



CERTIFICADO NUMERO: 4734/2022

EL NOTARIO TREINTA Y OCHO (38) DEL CIRCULO DE BOGOTA
CONFORME A LOS ARTICULOS 89 Y 90 DEL DECRETO 960/70 Y
DEMAS NORMAS CONCORDANTES.

CERTIFICA QUE:

MEDIANTE ESCRITURA PÚBLICA NUMERO TRECE MIL CIENTO
CUARENTA Y TRES (13143) DE FECHA QUINCE (15) DE DICIEMBRE DEL
AÑO DOS MIL QUINCE (2015) OTORGADA EN ESTA NOTARIA,
COMPARECIÓ EL DOCTOR LUIS ANDRÉS PENAGOS VILLEGAS,
IDENTIFICADO CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 71.724.156
EXPEDIDA EN MEDELLÍN, QUIEN OBRA EN CALIDAD DE
REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN
FAMILIAR "COMPENSAR" OTORGÓ: PODER GENERAL AMPLIO Y
SUFICIENTE A LA DOCTORA MARIA CATALINA PACHÓN VALDERRAMA,
IDENTIFICADA CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1.019.050.274
EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C., ABOGADA TITULADA CON TARJETA
PROFESIONAL No. 251.617 EXPEDIDA POR EL CONSEJO SUPERIOR DE
LA JUDICATURA.

CUYAS DISPOSICIONES ESPECIFICAS SE ENCUENTRAN CONSIGNADAS
EN DICHA ESCRITURA, Y QUE A LA FECHA NO APARECE NOTA DE
REVOCACION, MODIFICACIÓN O SUSTITUCION ALGUNA.

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE A LOS OCHO (08) DIAS DEL
MES DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL VEINTIDOS (2022) CON DESTINO A:
EL INTERESADO.

EDUARDO DURAN GOMEZ

NOTARIO TREINTA Y OCHO (38) DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.



PC046373612

10-03-22 PC046373612

DW5QKUP0Z0

THOMAS GREG & SONS



República de Colombia

Pág. No 1

13143



A0024305561



ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO:

TRECE MIL CIENTO CUARENTA Y TRES (13143)

FECHA DE OTORGAMIENTO:

QUINCE (15) DE DICIEMBRE DE DOS MIL QUINCE (2015)

NOTARIA TREINTA Y OCHO (38) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO

FORMULARIO DE CALIFICACIÓN

CÓDIGO NOTARIAL: 1100100038

CLASE DE ACTO: PODER GENERAL

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO IDENTIFICACIÓN:

PODERDANTE.

LUIS ANDRÉS PENAGOS VILLEGAS, identificado con cédula de ciudadanía número 71.724.156 de Medellín en calidad de representante legal suplente de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR según certificado de existencia y representación expedido por la superintendencia de subsidio familiar, adjunto al presente escrito.

APODERADA

MARIA CATALINA PACHON VALDERRAMA, quien se identifica con la cédula de ciudadanía número 1.019.050.274 expedida en Bogotá D.C.

En la ciudad de Bogotá, Distrito Capital, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, a los Quince (15) días del mes de Diciembre de Dos mil quince (2015) el suscrito EDUARDO DURAN GOMEZ NOTARIO TREINTA Y OCHO (38)

DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C. da fe que las declaraciones que se contienen en la presente escritura han sido emitidas por quienes la otorgan.

Compareció con minuta escrita LUIS ANDRÉS PENAGOS VILLEGAS, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 71.724.156 expedida en Medellín quien obra en calidad de Representante Legal Suplente de la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR, según certificado de existencia y representación expedido por la Superintendencia del Subsidio Familiar, por medio del presente escrito OTORGA PODER GENERAL AMPLIO Y SUFICIENTE a la Doctora MARIA CATALINA PACHON VALDERRAMA, abogada titulada, identificada con cédula de ciudadanía número 1.019.050.274 de Bogotá y con tarjeta



Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario

República de Colombia
Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial



PC046373608

EDUARDO DURAN GOMEZ
NOTARIO 38 DE BOGOTÁ D.C.

09-01-2015

91HABENTZ S.A. N° 69-13516

10-03-22 PC046373608

THOMAS GREG & SONS

profesional de abogado distinguida con el número 251.617 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, para que en nombre y representación de la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR** ejecute todos y cada uno de los siguientes actos:-----

1. REPRESENTACIÓN JUDICIAL: Para que represente a la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR**, ante cualquier entidad, funcionario o empleado de la Rama Judicial y sus organismos vinculados o adscritos, en la interposición de cualquier acción de carácter civil, agraria, penal, laboral, administrativo, constitucional, comercial y/o de cualquier naturaleza, así como ser parte y comparecer en las mismas en calidad de demandado, notificándose y ejerciendo todas las diligencias y actuaciones propias del derecho de defensa y contradicción, y en general, continuando con tales actuaciones hasta la culminación de los procesos correspondientes. Dentro del presente acto, se incluyen de forma expresa, las siguientes facultades para que sean ejercidas por el poderdante en nombre y representación de la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR**: confesar judicialmente; recibir y/o cobrar; allanarse cuando así sea necesario; disponer del derecho de litigio; conciliar, absolver interrogatorio de parte; tachar de falsedad un documento o cualquier tipo de prueba; licitar y solicitar adjudicación de bienes; transigir y transar pleitos y diferencias que ocurran con terceros en el desarrollo de las actividades propias de la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR**; desistir de los procesos, pretensiones, reclamaciones o gestiones en que intervenga a nombre de esta, así como de los recursos que en ello interponga y de los incidentes que promueva.-----

2. CONCILIACIÓN: Para que en representación de la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR** acuda a las audiencias de conciliación y concilie con plenas facultades, incluyendo la representación legal en diligencias extrajudiciales y judiciales, así como en los procesos jurisdiccionales.-----

3. ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS: Para que en representación de la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR** inicie, se notifique de actuaciones administrativas; invoque el silencio administrativo positivo; solicite revocatoria directa de actos administrativos; interponga los recursos de ley; y en general, realice todas las diligencias y actuaciones pertinentes para ejercer el derecho de defensa y



República de Colombia

Pág. No 3



Aa029597931



contradicción, y continúe tales actuaciones hasta la culminación de todas las acciones constitucionales, acciones contenciosas administrativas, investigaciones administrativas, y demás diligencias y trámites ante cualquier corporación, entidad, funcionario o empleado de las Ramas Ejecutiva y Judicial y sus órganos vinculados o adscritos, del Ministerio Público, de los órganos de control fiscal y demás autoridades administrativas del orden público nacional, departamental, distrital o local. -----

El ejercicio de las facultades que por este mandato se confieren, conllevan las responsabilidades propias de los mandatarios previstas en la legislación colombiana, sin perjuicio de las sanciones penales, fiscales y disciplinarias a que haya lugar. -----

El ejercicio de este poder no comprende el de vinculaciones de carácter laboral a la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR**. -----

Se presenta **MARIA CATALINA PACHON VALDERRAMA**, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., abogada titulada, identificada con cédula de ciudadanía Número 1.019.050.274 de Bogotá y con tarjeta profesional de abogado distinguida con el Número 251.617 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando en nombre propio y manifestó que acepta el poder que mediante esta escritura se le otorga. -----

HASTA AQUÍ LA MINUTA PRESENTADA

El suscrito Notario Treinta y Ocho (38) en uso de las atribuciones contempladas en el Artículo 12 del Decreto 2148 de 1983 y en virtud que el Doctor **LUIS ANDRÉS PENAGOS VILLEGAS**, actúa en calidad de representante legal suplente de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**, tiene registrada su firma en ésta Notaria, **AUTORIZA** que el presente instrumento sea suscrito por la persona fuera del recinto Notarial en las Oficinas de la Entidad que representa. -----

SE ADVIRTIÓ al(a los) otorgante(s) de esta escritura de la **obligación que tiene(n) de leer la totalidad de su texto**, a fin de verificar la exactitud de todos los datos en ella consignados con el fin de aclarar, modificar o corregir lo que le(s) pareciere; la firma de la misma demuestra su aprobación total del texto (Artículo 35 decreto ley 960 de 1.970). -----

SE ADVIERTE igualmente la necesidad de diligenciar los espacios en blanco correspondientes a la información personal y de trabajo consignados en el espacio destinado para la firma de los suscriptores del instrumento publico, con el objeto de

NOT. 38
MV



PC046373609

Eduardo Durán Gómez
NOTARIO 38 DE BOGOTA D.C.

28/08/2015

1034

HE60K02HTA 5-1

10-03-22 PC046373609

THOMAS GREG & SONS

confrontar la información solicitada con el contenido de la escritura previo a la autorización de la misma. _____

En consecuencia, la notaria no asume ninguna responsabilidad por error o inexactitudes establecidas con posterioridad a la firma del(los) otorgante(s) y del notario. _____

En tal caso, de la existencia de estos, deben ser corregidos mediante el otorgamiento de una nueva escritura, suscrita por el(los) que intervino (eron) en la inicial y sufragada por el(ellos) mismo(s) (Artículo 102 decreto ley 960 de 1.970).

ESTA ESCRITURA FUE ELABORADA EN LAS HOJAS DE PAPEL NOTARIAL

NÚMEROS: *****

Aa024305561- Aa029597931- Aa028724813- _____

LEIDO el presente instrumento público por los comparecientes manifestaron su conformidad con el contenido lo aprobaron en todas sus partes y en constancia de su asentimiento lo firman con el suscrito notario que lo autorizo con mi firma. _____

RETENCIÓN EN LA FUENTE. ARTÍCULOS 20 y 64 LEY 0075 de 1986. _____ \$ EXENTO _____

DERECHOS NOTARIALES \$49.000 _____

SUPERINTENDENCIA \$4.850 _____

FONDO NACIONAL DEL NOTARIADO \$ 4.850 _____

IVA \$19.312 _____

DECRETO 1681 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 1.996, modificado por el DECRETO 3432 DE SEPTIEMBRE 19 DE 2.011, nuevamente modificado por el DECRETO 0188 DEL 12 DE FEBRERO DE 2.013 y RESOLUCION 641 DEL 23 DE ENERO DE 2.015. _____



República de Colombia

Pág. No 5



Aa028724613



FOLIO ANTERIOR /Aa029597931

ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO:

TRECE MIL CIENTO CUARENTA Y TRES (13143)

FECHA DE OTORGAMIENTO:

QUINCE (15) DE DICIEMBRE DE DOS MIL QUINCE (2015)

NOTARÍA TREINTA Y OCHO (38) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.

PODERDANTE


LUIS ANDRÉS PENAGOS VILLEGAS

C.C. 71.724.156 expedida en Medellín

Obra en calidad de Representante Legal suplente de la CAJA DE

COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

DIRECCIÓN OFICINA: Calle 73 # 10-83 Torre D piso 9

TELÉFONO OFICINA: 4285088 ext. 24569

CELULAR:

APODERADA


MARIA CATALINA PACHON VALDERRAMA

C.C. No. 1.019.050.274 de Bogotá D.C.

DIRECCIÓN: Calle 73 No 10-83 Torre D. Piso 9

TELEFONO: 4285088 ext. 25864

CORREO ELECTRONICO



PC046373610

Eduardo Durán Gómez
NOTARIO 38 DE BOGOTÁ D.C.

10-03-2015

10-03-2015

10-03-22 PC046373610

OZ56T019U8

THOMAS GREG & SONS



EL (LA) NOTARIO(A) TREINTA Y OCHO (38)
DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.


EDUARDO DURAN GOMEZ


JORGE RIVERA

MPM

LA SUSCRITA SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA
RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA Y LAS MEDIDAS ESPECIALES

HACE CONSTAR QUE:

1. Le compete a esta Superintendencia ejercer la vigilancia e inspección sobre el ejercicio y función de las Cajas de Compensación Familiar.
2. De conformidad con lo dispuesto en el numeral 15 del artículo 16 del Decreto 2595 de 2012 es función de la Superintendencia Delegada para la Responsabilidad Administrativa y las Medidas Especiales llevar el registro de las instituciones bajo vigilancia de la Superintendencia, de sus representantes legales, de los integrantes del Consejo Directivo y de los Revisores Fiscales.
3. La Corporación denominada **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR**, es una entidad Privada sin ánimo de lucro, organizada como Corporación que cumple funciones de Seguridad Social, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C. y NIT 860066942-7, goza de personería jurídica conferida por medio de la Resolución No.2409 del 30/06/1978, proferida por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
4. Según nuestros registros, el Representante Legal Suplente para efectos judiciales y conciliaciones extrajudiciales en asuntos atinentes a la Empresa Promotora de Salud – **EPS COMPENSAR** y en el caso de las **IPS COMPENSAR** cuando éstas estén involucradas en reclamaciones de responsabilidad civil médica o profesional de la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR**, es el doctor **LUIS ANDRÉS PENAGOS VILLEGAS**, identificado con cédula de ciudadanía No.71.724.156 de Medellín y tarjeta profesional 85409 del C. S. de la J., designación aprobada por el Ente de Inspección, Vigilancia y Control mediante Resolución No. 0153 del 25 de marzo de 2011 y Acta de Posesión No. 609.
5. Según información suministrada por la citada Caja, la dirección para efectos de notificaciones judiciales es la Avenida 68 No.49A - 47 de esta ciudad.

Dada en Bogotá D.C., a los quince (15) días del mes de octubre de 2015.

JEANNETTE BENITEZ DE ARÉVALO
Superintendente Delegada

Proyectó: Maria Esther Caicedo Angulo

Calle 45 A No. 9-46 PBX: 3487800 Bogotá Colombia
Línea Gratuita Nacional 018000910110 en Bogotá D.C.: 3487777
www.ssf.gov.co - e-mail: ssf@ssf.gov.co



PC046373611



10-03-22 PC046373611

TDZLQSEUC

THOMAS GREG & SONS

ES LA COPIA (FOTOCOPIA) NUMERO =359= DE LA
ESCRITURA PÚBLICA =13143= DE FECHA =15= DEL MES
DE =DICIEMBRE= DEL AÑO =2015= TOMADA DE SU
ORIGINAL QUE SE EXPIDE CONFORME AL ARTÍCULO 41
DEL DECRETO 2148 DE 1983, EN =04= HOJAS CON
DESTINO AL: =INTERESADO=

DADO EN BOGOTÁ, D.C., EL 08 DE JUNIO DE 2022

EDUARDO DURÁN GOMEZ

NOTARIO TREINTAY OCHO (38) DEL CIRCULO DE BOGOTA



SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ, D.C., 1/03/2022

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL:
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

EL SUSCRITO SUPERINTENDENTE DELEGADO PARA LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA Y LAS MEDIDAS ESPECIALES, DANDO CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO EN EL NUMERAL 15 DEL ARTÍCULO 16 DEL DECRETO 2595 DE 2012.

C E R T I F I C A

NOMBRE: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT. 860.066.942-7

DIRECCIÓN: AVENIDA 68 No. 49 A - 47

DOMICILIO: BOGOTÁ, D.C.

TELÉFONO: 4280666

EMAIL: ccfcompensar@ssf.gov.co

CONSTITUCIÓN Y OBJETO: LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR ES UNA ENTIDAD PRIVADA SIN ÁNIMO DE LUCRO, ORGANIZADA COMO CORPORACIÓN QUE CUMPLE FUNCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y GOZA DE PERSONERÍA JURÍDICA CONFERIDA POR MEDIO DE LA RESOLUCIÓN No.2409 DEL 30 DE JUNIO DE 1978, EMITIDA POR EL MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, SE ENCUENTRA FACULTADA PARA DESARROLLAR LAS FUNCIONES PREVISTAS EN LOS ARTÍCULOS 41 Y 62 DE LA LEY 21 DE 1982, EL ARTÍCULO 16 DE LA LEY 789 DE 2002, SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS Y LAS DEMAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN.

C E R T I F I C A

REPRESENTACIÓN LEGAL:

DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 37 DE LOS ESTATUTOS, ELECCIÓN Y REMOCIÓN. COMPENSAR TENDRA UN DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y UN NÚMERO DE SUPLENTE, DEPENDIENDO DE LA COMPLEJIDAD QUE REQUIERA LA OPERACIÓN, QUIENES EN SU ORDEN LO REEMPLAZARÁN EN SU FALTA ABSOLUTA O TEMPORAL. LOS SUPLENTE SERÁN DESIGNADOS POR EL CONSEJO DIRECTIVO, EL CUAL PODRÁ REMOVERLOS LIBREMENTE EN CUALQUIER EPOCA. EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO, O QUIEN HAGA SUS VECES, ES EL REPRESENTANTE LEGAL DE COMPENSAR Y LE

CORRESPONDE SU ADMINISTRACIÓN DIRECTA. POR SU GESTIÓN RESPONDERÁ ANTE LA ASAMBLEA GENERAL DE AFILIADOS Y EL CONSEJO DIRECTIVO.

DIRECTORES ADMINISTRATIVOS	NOMBRES	CÉDULA DE CIUDADANÍA	RESOLUCIÓN MEDIANTE LA CUAL SE APROBÓ SU DESIGNACIÓN
PRINCIPAL	CARLOS MAURICIO VÁSQUEZ	79.541.640	0556 10/09/2019
SUPLENTE	MARGARITA AÑEZ SAMPEDRO	51.779.392	0713 9/12/2019
SEGUNDO SUPLENTE	ANDRES BARRAGAN TOBAR	19.489.949	0713 9/12/2019
TERCER SUPLENTE	OSCAR MARIO RUÍZ	79.538.820	0053 20/02/2009

CERTIFICA

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL:

CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 38 DE LOS ESTATUTOS SON FUNCIONES DEL DIRECTOR ADMINISTRATIVO LAS SIGUIENTES: 1. DIRIGIR A COMPENSAR PARA EL MEJOR CUMPLIMIENTO DE LOS FINES PARA LOS CUALES FUE CREADA. 2. CUMPLIR Y HACER CUMPLIR LA LEY, LOS ESTATUTOS Y REGLAMENTOS DE COMPENSAR, LOS ORDENAMIENTOS DE LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR Y LAS DECISIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE AFILIADOS Y DEL CONSEJO DIRECTIVO. 3. ASISTIR, CON VOZ, PERO SIN VOTO, A LAS REUNIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL Y DEL CONSEJO DIRECTIVO. 4. REPRESENTAR A COMPENSAR JUDICIAL Y EXTRAJUDICIALMENTE. 5. PRESENTAR A LA ASAMBLEA GENERAL Y AL CONSEJO DIRECTIVO, EN SUS REUNIONES ORDINARIAS O CADA VEZ QUE LO EXIJAN, LAS CUENTAS, BALANCES Y CUALQUIER INFORME SOBRE LA MARCHA DE COMPENSAR. 6. CONVOCAR A LA ASAMBLEA GENERAL Y AL CONSEJO DIRECTIVO CONFORME A LOS PRESENTES ESTATUTOS. 7. GIRAR, ACEPTAR, ENDOSAR, NEGOCIAR EN CUALQUIER FORMA, TÍTULOS VALORES, TITULARIZAR CARTERA Y EJECUTAR LOS ACTOS O CONTRATOS QUE SE REQUIERAN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS FINES DE COMPENSAR, DENTRO DE LAS PREVISIONES ESTATUTARIAS. 8. NOMBRAR LOS EMPLEADOS DE COMPENSAR CUYA DESIGNACIÓN NO ESTÉ RESERVADA A OTROS ÓRGANOS DE LA CAJA Y REMOVERLOS LIBREMENTE. 9. CELEBRAR TODOS LOS ACTOS DE DISPOSICIÓN Y ADMINISTRACIÓN NECESARIOS Y CONDUCENTES AL LOGRO DEL OBJETO DE COMPENSAR, CON LAS LIMITACIONES QUE ESTABLEZCAN LOS ESTATUTOS, LA ASAMBLEA GENERAL O EL CONSEJO DIRECTIVO. 10. CUMPLIR CON LAS DEMÁS FUNCIONES QUE LE ASIGNEN LA LEY, LOS ESTATUTOS, LA ASAMBLEA GENERAL Y EL CONSEJO DIRECTIVO.

LIMITACIONES PARA CONTRATAR:

MEDIANTE ACTA NO. 50 DE FECHA 18 DE MARZO DE 2021, CORRESPONDIENTE A LA ASAMBLEA GENERAL DE EMPLEADORES AFILIADOS SE APROBÓ POR UNANIMIDAD, LA CUANTÍA MÁXIMA POR LA CUAL EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO PUEDE CONTRATAR SIN AUTORIZACIÓN PREVIA DEL CONSEJO DIRECTIVO EN LA SUMA DE \$ 24.364.060.701

ESTA DECISIÓN FUE APROBADA POR ESTA SUPERINTENDENCIA A TRAVÉS DE LA RESOLUCIÓN NO. 0549 DEL 21 DE SEPTIEMBRE DE 2021, EJECUTORIADA EL 6 DE OCTUBRE DE 2021.

C E R T I F I C A

REPRESENTANTES LEGALES ANTE AUTORIDADES JURISDICCIONALES:

NOMBRE

LUIS ANDRES PENAGOS VILLEGAS

C.C. No. 71.724.156

T.P. No. 85409 DEL C.S. DE LA J.

DESIGNACIÓN APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 0153 DEL 25 DE MARZO DE 2011.

C E R T I F I C A

CONSEJO DIRECTIVO

PERIODO 2018 - 2022

REPRESENTANTES DE LOS EMPLEADORES APROBADOS MEDIANTE LA RESOLUCIÓN No. 378 DEL 20 DE JUNIO DE 2018:

EMPLEADORES

PRINCIPAL		
REGLON	AFILIADO	DESIGNADO
PRIMER REGLÓN	R & I SEGUROS LTDA NIT. 900.148.606-4	ALVARO ANTONIO ROZO PALAU C.C. No. 438.255
SEGUNDO REGLÓN	10 AUDIO S.A.S. NIT. 900.537.951-1	CARLOS SAAVEDRA GARCÍA C.C. No. 19.071.244
TERCER REGLÓN	SERVISEXTA S.A. NIT. 860.004.130-8	JOSÉ FRANCISCO GUERRERO GONZÁLEZ C.C. No. 19.225.322
CUARTO REGLÓN	DISTRICARGO OPERACIÓN S.A. NIT. 830.033.723	ALVARO JOSÉ RIVERA HERNÁNDEZ C.C. No. 19.270.606
QUINTO REGLÓN	SU TEMPORAL S.A NIT. 800.240.718-0	GABRIEL RAMIRO CRUZ MARTÍNEZ C.C. No. 19.124.278 – RENUNCIA REGISTRADA 21/08/2019
SUPLENTE		
REGLÓN	AFILIADO	DESIGNADO
PRIMER REGLÓN	FASECOLDA NIT. 860.049.275-0	MARIA CLAUDIA CUEVAS MARTÍNEZ C.C. No. 52.647.393
SEGUNDO REGLÓN	MYPEOPLE CONSULTORES ORGANIZACIONALES LTDA. NIT. 830.033.522-6	LILIANA ARROYO VARGAS C.C. No. 66.753.369
TERCER REGLÓN	OLD MUTUAL PENSIONES Y CESANTÍAS NIT. 800.148.514	CLAUDIA LILIANA SOLANO ROA C.C. No. 39.787.825
CUARTO REGLÓN	CONTINENTAL BUS S.A. NIT. 800.227.937	MARÍA DEL PILAR BETANCOURT CONTRERAS C.C. No. 51.905.743
QUINTO REGLÓN	SERVIMOS LTDA. NIT. 860.051.638-7	RUBEN DARIÓ LOPEZ CORREA C.C. No. 16.050.124

REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES DESIGNADOS MEDIANTE LA RESOLUCION No. 1479 DEL 16 DE ABRIL DE 2018 PROFERIDA POR EL MINISTERIO DE TRABAJO:

TRABAJADORES

PRINCIPAL		
REGLON	AFILIADO	TRABAJADOR
PRIMER REGLON	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. NIT. 860.002.180	FABIAN ONEIVER CONTRERAS LEMUS C.C. No. 79.952.012
SEGUNDO REGLON	GROUPE SEB COLOMBIA S.A. NIT. 890.900.307	JORGE ADONAI ESPINOZA PÉREZ C.C. No. 19.233.530
TERCER REGLON	AJECOLOMBIA S.A. NIT. 830.081.407	ALBERTO ALFREDO CASTILLO FANDIÑO C.C. No. 79.749.086
CUARTO REGLON	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN CRISTOBAL NIT. 800.216.538	MARIA DORIS GONZÁLEZ C.C. No. 41.713.286
QUINTO REGLON	INSTITUTO DE DESARROLLO URBANO - IDU NIT. 899.999.081	MIGUEL ENRIQUE MORANTES SABOGAL C.C. No. 19.430.928
SUPLENTE		
REGLON	AFILIADO	TRABAJADOR
PRIMER REGLON	AIG SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT. 860.037.707	WILSON CORREA GALINDO C.C. No. 79.560.140
SEGUNDO REGLON		RENUNCIA
TERCER REGLON	FONDO EDUCATIVO REGIONAL DE BOGOTÁ NIT. 899.999.458	MELVA RINCON SUÁREZ C.C. No. 37.310.464
CUARTO REGLON	HOSPITAL SIMON BOLIVAR EMPRESA SOCIAL EL ESTADO NIT. 800.196.433	FLOR NOHELIA ORTÍZ BAQUERO C.C. No. 41.651.773
QUINTO REGLON	BANCO GNB SUDAMERIS S.A. NIT. 860.050.750	MARIO ALEXANDER SANCHEZ TORRES C.C. No. 79.623.726

CERTIFICA

REVISOR FISCAL
PERIODO 2018 – 2022

REVISORES FISCALES	PERSONA JURIDICA	NOMBRES	CÉDULA DE CIUDADANÍA	TARJETA PROFESIONAL	RESOLUCIÓN MEDIANTE LA CUAL SE APROBÓ SU DESIGNACIÓN
PRINCIPAL	ERNST & YOUNG AUDIT S.A.S. NIT. 860.008.890-5	ALVARO MAURICIO CORAL RINCON	79.150.976	18954-T	0378 20/06/2018
SUPLENTE	BAKER TILLY COLOMBIA LTDA. NIT. 800.249.449-5	BERNARDO RODRIGUEZ LAVERDE	80.353.347	35189-T	0378 20/06/2018


CARLOS ANDRÉS ESQUIAQUI RANGEL
SUPERINTENDENTE DELEGADO PARA LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA
Y LAS MEDIDAS ESPECIALES

Revisó: Andrés Mauricio Neira Álvarez - Coordinador Grupo Interno de Registro y Control
Proyectó: Jaidy Alzamora Barrios – Contratistas

RV: Notificación No. 20022849

SHIRLEY LIZETH GONZALEZ LOZANO <SLGONZALEZL@compensarsalud.com>

Mar 31/05/2022 11:26 AM

Para: MARIA CATALINA PACHON VALDERRAMA <MCPACHONV@compensarsalud.com>

Hola Catica,

Este proceso seria tuyo. Ya lo ingresé en reparto.

Cordialmente,

SHIRLEY LIZETH GONZÁLEZ LOZANO

ABOGADA

Gerencia Jurídica

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR – COMPENSAR E.P.S



De: SHIRLEY LIZETH GONZALEZ LOZANO

Enviado el: martes, 31 de mayo de 2022 11:26 a.m.

Para: 'PAULA NATALIA CARREÑO CORREA' <PNCARRENO@compensar.com>; LUISA FERNANDA RODRIGUEZ RODRIGUEZ <LFRODRIGUEZR@compensarsalud.com>

CC: MAURA ELENA DELGADO QUINTERO <medelgadoq@compensar.com>; LADY YESENIA PINZON RIVERA <LYPINZONR@compensar.com>

Asunto: RE: Notificación No. 20022849

Buenas tardes,

Este proceso es de nuestra competencia.

Muchas gracias.

Cordialmente,

SHIRLEY LIZETH GONZÁLEZ LOZANO

ABOGADA

Gerencia Jurídica

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR – COMPENSAR E.P.S

De: PAULA NATALIA CARREÑO CORREA [<mailto:PNCARRENO@compensar.com>]**Enviado el:** martes, 31 de mayo de 2022 9:08 a.m.**Para:** SHIRLEY LIZETH GONZALEZ LOZANO <SLGONZALEZ@compensarsalud.com>; LUISA FERNANDA RODRIGUEZ RODRIGUEZ <LFRODRIGUEZ@compensarsalud.com>**CC:** MAURA ELENA DELGADO QUINTERO <medelgado@compensar.com>; LADY YESENIA PINZON RIVERA <LYPINZONR@compensar.com>**Asunto:** RV: Notificación No. 20022849

Hola buen día, traslado asunto para su conocimiento y gestiones pertinentes. Por favor, confirmar si en efecto es un tema de su competencia.

Paula Carreño Correa

Abogada

Secretaría General y Jurídica Compensar

De: NOTIFICACIONES JUDICIALES <notificacionesjudiciales@compensar.com>**Enviado el:** viernes, 27 de mayo de 2022 3:59 p. m.**Para:** PAULA NATALIA CARREÑO CORREA <PNCARRENO@compensar.com>**Asunto:** RV: Notificación No. 20022849*Pao**Me orientas por fa*

De: NOTIFICACIÓN ELECTRONICA <acuseelectronico@acuseelectronico.co>**Enviado el:** viernes, 27 de mayo de 2022 3:50 p. m.**Para:** NOTIFICACIONES JUDICIALES <notificacionesjudiciales@compensar.com>**Asunto:** Notificación No. 20022849

Por favor no responda a este correo, es una notificación automática y los mensajes enviados a este correo no serán respondidos, buzón NOT-REPLY.

COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA No. 20022849

Señor(a)

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR -COMPENSAR S.A.notificacionesjudiciales@compensar.com

Reciba un cordial saludo,

Esta es una comunicación electrónica, cuyo remitente es **JUZGADO DIECISIETE (17) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ**.

Para verificar la lectura de los anexos a este correo, por favor haga CLICK en cada documento para descargarlo.

DOCUMENTOS ANEXOS

(haga clic en cada documento para descargarlo)

[1. DEC 806 COMPENSAR S.pdf](#)

Este mensaje fue enviado a través de la plataforma tecnológica de correo electrónico de ACUSE ELECTRONICO – ENVIAMOS COMUNICACIONES S.A.S..

El contenido de este mensaje puede ser información privilegiada y confidencial de Compensar Salud. Si usted ha recibido este correo por error, equivocación u omisión, por favor informe de ello a quien lo envía y destrúyalo en forma inmediata. Está prohibida su retención, grabación, reimpresión, utilización o divulgación con cualquier propósito. Este mensaje ha sido verificado con software antivirus; sin embargo, Compensar Salud no se hace responsable por la presencia en él o en sus anexos de algún virus que pueda generar daños en los equipos o programas del destinatario. Recuerde que la interceptación y substracción de esta comunicación está sujeto a sanciones penales correspondientes (ley 1273 del 2009). Recordemos que todos debemos aportar al cumplimiento de la ley 1581 del 2012.

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1022395641, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa TOUR VACATION GROUP HOTELES AZUL S.A.S NIT 900304940, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220325	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 7 días del mes de Junio de 2.022

Observaciones:

FECHA DE NACIMIENTO: 19940818

DIRECCIÓN AFILIADO: SE REQUIERE ACTUALIZAR DIRECCION

TELÉFONO AFILIADO: 0

NIT EMPRESA: 900304940

NOMBRE EMPRESA: TOUR VACATION GROUP HOTELES AZUL S.A.S

DIRECCIÓN EMPRESA: CR 46 94 73

TELÉFONO EMPRESA: 3104949

ULTIMO IBC REPORTADO: 1800000

FECHA DE INGRESO: 20220325

FECHA DE RETIRO: No Registrada

CIUDAD: BOGOTA D.C.

DEPARTAMENTO: BOGOTA

Fecha de Ingreso	Fecha de Retiro	Empresa	Direccion	Telefono
20220325	No Registrada	TOUR VACATION GROUP HOTELES AZUL S.A.S	CR 46 94 73	3104949
20171201	No Registrada	LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA	SE REQUIERE ACTUALIZAR DIRECCION	0

Con destino a:

JURIDICA COMPENSAR SALUD

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: JESSICA ALEJANDRA CABEZA
CER-AFI 19083400

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA, identificado(a) con Cedula Ciudadania 1022395641 se encuentra Activo a COMPENSAR EPS realizando los siguientes aportes durante los periodos de cotización relacionados a continuación:

Nit Empresa	Radicado	Fecha de Pago	Periodo	IBC	Cotización
900304940	9434757154	20220513	202205	\$ 1,800,000	\$ 72,000
900304940	9433472032	20220411	202204	\$ 1,260,000	\$ 50,400
1022395641	57002458	20220328	202202	\$ 1,000,000	\$ 125,000
1022395641	56905688	20220221	202201	\$ 1,000,000	\$ 125,000
1022395641	8355675157	20220131	202112	\$ 908,526	\$ 113,600
1022395641	54938984	20211213	202111	\$ 908,526	\$ 113,600
1022395641	54258628	20211116	202110	\$ 908,526	\$ 113,600
1022395641	53581702	20211019	202109	\$ 908,526	\$ 113,600
1022395641	52890992	20210913	202108	\$ 908,526	\$ 113,600
1022395641	52220798	20210820	202107	\$ 908,526	\$ 113,600
1022395641	51531175	20210716	202106	\$ 908,526	\$ 113,600
1022395641	50867277	20210616	202105	\$ 908,526	\$ 113,600
1022395641	50208673	20210518	202104	\$ 908,526	\$ 113,600
1022395641	49545305	20210413	202103	\$ 908,526	\$ 113,600
1022395641	48838773	20210302	202102	\$ 908,526	\$ 113,600
1022395641	48194413	20210129	202101	\$ 908,526	\$ 113,600
1022395641	47589535	20210105	202012	\$ 877,803	\$ 109,800
1022395641	46894975	20201204	202011	\$ 877,803	\$ 109,800
1022395641	46262833	20201103	202010	\$ 877,803	\$ 109,800
1022395641	45598059	20201002	202009	\$ 877,803	\$ 109,800
1022395641	44970000	20200911	202008	\$ 877,803	\$ 109,800
1022395641	8344338622	20200813	202007	\$ 877,803	\$ 109,800
1022395641	43893437	20200708	202006	\$ 877,803	\$ 109,800
1022395641	42914219	20200611	202005	\$ 877,803	\$ 109,800
1022395641	8342375766	20200507	202004	\$ 877,803	\$ 109,800
1022395641	41565843	20200402	202003	\$ 877,803	\$ 109,800

1022395641	40881822	20200311	202002	\$ 877,803	\$ 109,800
1022395641	40239842	20200204	202001	\$ 877,803	\$ 109,800
1022395641	39613052	20200109	201912	\$ 828,116	\$ 103,600
1022395641	38940943	20191210	201911	\$ 828,116	\$ 103,600
1022395641	38313119	20191113	201910	\$ 828,116	\$ 103,600
1022395641	37654617	20191009	201909	\$ 828,116	\$ 103,600
1022395641	37014465	20190905	201908	\$ 828,116	\$ 103,600
1022395641	36370176	20190812	201907	\$ 828,116	\$ 103,600
1022395641	35719727	20190709	201906	\$ 828,116	\$ 103,600
1022395641	35128852	20190606	201905	\$ 828,116	\$ 103,600
1022395641	34478331	20190509	201904	\$ 828,116	\$ 103,600
1022395641	33861894	20190402	201903	\$ 828,116	\$ 103,600
1022395641	33244330	20190307	201902	\$ 828,116	\$ 103,600
1022395641	32657874	20190207	201901	\$ 828,116	\$ 103,600
1022395641	8332077492	20190109	201812	\$ 781,242	\$ 97,700
1022395641	8331446906	20181204	201811	\$ 781,242	\$ 97,700
1022395641	8330708000	20181107	201810	\$ 781,242	\$ 97,700
1022395641	8329948725	20180907	201809	\$ 781,242	\$ 97,700
1022395641	8329085920	20180802	201808	\$ 781,242	\$ 97,700
1022395641	8328434936	20180709	201807	\$ 781,242	\$ 97,700
1022395641	8327805603	20180608	201806	\$ 781,242	\$ 97,700
1022395641	8327139229	20180504	201805	\$ 781,242	\$ 97,700
1022395641	8326481571	20180406	201804	\$ 781,242	\$ 97,700
1022395641	8326009041	20180308	201803	\$ 781,242	\$ 97,700
1022395641	8325087378	20180205	201802	\$ 781,242	\$ 97,700
1022395641	8324508383	20180109	201801	\$ 737,717	\$ 92,300
1022395641	8324004293	20171204	201712	\$ 737,717	\$ 92,300

Se expide el presente certificado a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 7 días del mes de junio de 2022

Destino: JURIDICA COMPENSAR SALUD

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud (601) 4441234.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: JESSICA ALEJANDRA CABEZA

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7 CERTIFICA QUE**

El(la) señor(a) LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA, identificado con Cedula Ciudadania con número 1022395641, ha tramitado las siguientes incapacidades/o licencias a COMPENSAR:

Documento Empresa	Fecha Inicio	Fecha Final	Diagnóstico	Indicador de prorroga	Días Incapacidad	Días Acumulados	Estado Incapacidad	Causal de Rechazo SI	Normatividad	IBC Trabajador	Valor Incapacidad	Fecha Efectiva de Pago	Forma Pago	Fecha Radicación
1022395641	21/12/2020	23/12/2020	U071-COVID 19 VIRUS IDENTIFICADO	NO	3	3	PAGADO			877.803	31.747	04/03/2021	EFFECTIVO TRABAJADOR	20/01/2021
1022395641	01/04/2019	01/04/2019	K589-SINDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA	NO	1	1								*
1022395641	28/11/2018	29/11/2018	N946-DISMENORREA, NO ESPECIFICADA	NO	2	2	NO AUTORIZADO	INCAPACIDAD INICIAL MENOR A 2 DIAS	DECRETO 780 DE 2016 ARTICULO 3.2.1.10 Paragrafo 1	781.242	0		CHEQUE TRABAJADOR	05/12/2018
1022395641	21/11/2018	27/11/2018	D27X-TUMOR BENIGNO DEL OVARIO	SI	7	71	PAGADO			781.242	197.785	19/12/2018	CHEQUE TRABAJADOR	05/12/2018
1022395641	14/11/2018	20/11/2018	D27X-TUMOR BENIGNO DEL OVARIO	SI	7	64	PAGADO			781.242	197.785	17/12/2018	CHEQUE TRABAJADOR	16/11/2018
1022395641	09/11/2018	13/11/2018	D27X-TUMOR BENIGNO DEL OVARIO	SI	5	57	PAGADO			781.242	141.275	17/12/2018	CHEQUE TRABAJADOR	16/11/2018

Documento Empresa	Fecha Inicio	Fecha Final	Diagnóstico	Indicador de prorrogas	Días Incapacidad	Días Acumulados	Estado Incapacidad	Causal de Rechazo SI	Normatividad	IBC Trabajador	Valor Incapacidad	Fecha Efectiva de Pago	Forma Pago	Fecha Radicación
1022395641	25/10/2018	08/11/2018	D27X-TUMOR BENIGNO DEL OVARIO	SI	15	52	PAGADO			781.242	423.824	17/12/2018	CHEQUE TRABAJADOR	30/10/2018
1022395641	18/10/2018	24/10/2018	D27X-TUMOR BENIGNO DEL OVARIO	SI	7	37	PAGADO			781.242	197.785	17/12/2018	CHEQUE TRABAJADOR	30/10/2018
1022395641	18/09/2018	17/10/2018	D27X-TUMOR BENIGNO DEL OVARIO	NO	30	30	PAGADO			781.242	847.648	09/11/2018	CHEQUE TRABAJADOR	05/10/2018

*Incapacidad No Radicada

Se expide el presente certificado a solicitud del (la) interesado el 2 de junio de 2022.

Con destino a: AREA JURIDICA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud (601) 4441234 opción 6-3.

Cordialmente,

Gerencia Prestaciones Económicas y medicina Laboral

COMPENSAR EPS.



Elaboró: MARIA FERNANDA GOMEZ
Equipo Prestaciones Económicas y Medicina Laboral

EL SUSCRITO GERENTE DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES DEL PROGRAMA EPS DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR NIT 860.066.942-7

CERTIFICA

Que revisadas las bases de datos que reposan en nuestro sistema de información de salud en el aplicativo SSAS (Sistema de Autorización de Servicios de Salud), los servicios de salud que se encuentran relacionados a continuación, corresponden a los que se le autorizaron al (la) usuario(a) **LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA** identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. **1.022.395.641**, desde el día el 17 de enero de 2018 hasta el 23 de diciembre de 2021.

AUTORIZACION	PRESTADOR	NOMBRE PRESTADOR	PROGRAMA	FECHA AUTORIZACION	FECHA PROGRAMACION	SERVICIO	DESCRIPCIÓN SERVICIO	Descripción Punto Atención
180176032269470	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20180117	20180217	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	AUTOPISTA SURCITAS MEDICAS
180346070220165	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20180203	20180203	902209	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOG	KENNEDY I LABORATORIO CLINICO
180369245232711	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20180205	20180205	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	UNION TEMPO PROCEDIMIENTO
180466016567395	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20180215	20180301	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	KENNEDY I CITAS MEDICAS
180606086667666	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS CONTRIBUTIVO	20180301	20180301	MM055098	ACETAMINOFEN 500MG TABLETA	AUDIFARMA
180606086667666	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS CONTRIBUTIVO	20180301	20180301	MM027815	CLOTRIMAZOL 1%/40G CREMA	AUDIFARMA
180606088680786	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20180301	20180315	89025002	GINECOLOGÍA CONSULTA	KENNEDY I CITAS MEDICAS
180606155684356	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20180301	20180302	892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	KENNEDY I CITAS MEDICAS

AUTORIZACION	PRESTADOR	NOMBRE PRESTADOR	PROGRAMA	FECHA AUTORIZACION	FECHA PROGRAMACION	SERVICIO	DESCRIPCIÓN SERVICIO	Descripción Punto Atención
180646070446990	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20180305	20180305	898001	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL	CALLE 42 CITAS MEDICAS
180726227444031	900588343	UNION TEMPORAL CRUZ ROJA - COMPENSAR	POS CONTRIBUTIVO	20180313	20180313	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	UNION TEMPORAL CRUZ ROJA - COMPE
180726194550297	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS CONTRIBUTIVO	20180313	20180313	MM075072	LABINPINA 10MG TABLETA	AUDIFARMA
180726194550297	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS CONTRIBUTIVO	20180313	20180313	MM038609	NAPROXENO TABLETAS 250 MG	AUDIFARMA
180766076222977	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20180317	20180317	906605	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	KENNEDY I LABORATORIO CLINICO
180813468590995	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20180322	20180322	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	UNION TEMPO PROCEDIMIENTO
180833797349136	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20180324	20180324	702203	COLPOSCOPIA	UNION TEMPO PROCEDIMIENTO
180946049610739	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20180404	20180404	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	KENNEDY I CITAS MEDICAS
181066109404135	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20180416	20180427	89020278	PLANIFICACIÓN 1VEZ	KENNEDY I CITAS MEDICAS
181176164697676	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS CONTRIBUTIVO	20180427	20180427	MM008435	SINOVL	AUDIFARMA
181926052692452	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20180711	20180813	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	KENNEDY I CITAS MEDICAS
182259999089860	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS CONTRIBUTIVO	20180813	20181012	MM015580	DOXICICLINA TABLETAS 100 MG	AUDIFARMA
182259999089859	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS CONTRIBUTIVO	20180813	20180912	MM015580	DOXICICLINA TABLETAS 100 MG	AUDIFARMA
182259999089859	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS CONTRIBUTIVO	20180813	20180912	MM007786	ACIDO RETINOICO 0.05%/60ML LOCION	AUDIFARMA
182259999089860	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS CONTRIBUTIVO	20180813	20181012	MM007786	ACIDO RETINOICO 0.05%/60ML LOCION	AUDIFARMA

AUTORIZACION	PRESTADOR	NOMBRE PRESTADOR	PROGRAMA	FECHA AUTORIZACION	FECHA PROGRAMACION	SERVICIO	DESCRIPCIÓN SERVICIO	Descripción Punto Atención
182256073659933	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS CONTRIBUTIVO	20180813	20180813	MM015580	DOXICICLINA TABLETAS 100 MG	AUDIFARMA
182256073659933	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS CONTRIBUTIVO	20180813	20180813	MM007786	ACIDO RETINOICO 0.05%/60ML LOCION	AUDIFARMA
182441994676553	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20180901	20180901	652802	RESECCION DE QUISTE PARA-OVARICO POR LAPAROSCOPIA +	UNIDAD DE SERVICIOS SALITRE
182496255377060	800085486	CLINICA PARTENON LTDA.	POS CONTRIBUTIVO	20180906	20180906	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	URGENCIAS PARTENON
182497538773743	900210981	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD	POS SIN COBRO	20180906	20180906	VERHOSPI	VERIFICACION PARA HOSPITALIZACION	CORP.HO SP.JUAN CIUDAD-URGMAJOR
182497536596517	830091697	SERVICIOS BIOMEDICOS INGENIERIA LTDA SIGLA SERBIOMED LTDA	POS SIN COBRO	20180906	20180906	S31301	TRASLADO TERRESTRE BASICO PACIENTES, PRI	SERVICIOS BIOMEDICOS INGENIERIA
182536078583738	900210981	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD	POS SIN COBRO	20180910	20180910	MEDCTCHX	MEDICAMENTOS CTC	CORP HOSP JUAN CIUDAD H MAYOR
182536075368901	900210981	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD	POS SIN COBRO	20180910	20180910	MEDCTCHX	MEDICAMENTOS CTC	CORP HOSP JUAN CIUDAD H MAYOR
182536119369977	900210981	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD	POS SIN COBRO	20180910	20180910	MEDCTCHX	MEDICAMENTOS CTC	CORP HOSP JUAN CIUDAD H MAYOR
182586141014368	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20180915	20180915	898201	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	PATOLOGIA SEDE PROPIA-CENTRAL
182766216289330	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS CONTRIBUTIVO	20181003	20181003	MM075282	SULFATO FERROSO 300 MG TABLETAS RECUBIERTAS	AUDIFARMA
182766216289330	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS CONTRIBUTIVO	20181003	20181003	MM063065	BISACODILO 5MG TABLETA	AUDIFARMA
182766216289330	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS CONTRIBUTIVO	20181003	20181003	MM055098	ACETAMINOFEN 500MG TABLETA	AUDIFARMA
182763723510128	900210981	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD	POS SIN COBRO	20181003	20181003	541701	LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO VÍA ABIERTA	CORP.HO SP.JUAN CIUDAD-H.MAYOR
182763723510128	900210981	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD	POS SIN COBRO	20181003	20181003	541102	LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA	CORP.HO SP.JUAN CIUDAD-H.MAYOR

AUTORIZACION	PRESTADOR	NOMBRE PRESTADOR	PROGRAMA	FECHA AUTORIZACION	FECHA PROGRAMACION	SERVICIO	DESCRIPCIÓN SERVICIO	Descripción Punto Atención
182763723510128	900210981	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD	POS SIN COBRO	20181003	20181003	546100	NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL (EVISCER	CORP.HO SP.JUAN CIUDAD-H.MAYOR
182987197610206	900210981	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD	POS CONTRIBUTIVO	20181025	20181025	890335	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	CORP.HO SP.JUAN CIUDAD-H.MAYOR
182996115369370	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20181026	20181113	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	KENNEDY I CITAS MEDICAS
183046100317570	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20181031	20181031	89020110	CONSULTA NO PROGRAMADA MED GENERAL	KENNEDY I CITAS MEDICAS
183116039586084	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20181107	20181107	89020110	CONSULTA NO PROGRAMADA MED GENERAL	KENNEDY I CITAS MEDICAS
183176047514339	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20181113	20181114	89020110	CONSULTA NO PROGRAMADA MED GENERAL	KENNEDY I CITAS MEDICAS
183216044224465	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20181117	20181117	902209	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOG	KENNEDY I LABORATORIO CLINICO
183246047275030	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20181120	20181121	89020110	CONSULTA NO PROGRAMADA MED GENERAL	KENNEDY I CITAS MEDICAS
183256047394471	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS CONTRIBUTIVO	20181121	20181121	MM078933	DICLOFENACO 75MG/3ML SOLUCION INYECTABLE	AUDIFARMA
183256047394471	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS CONTRIBUTIVO	20181121	20181121	MM035093	N-BUTIL BROMURO DE HIOSCINA 20 MG. / 1 ML.	AUDIFARMA
183316098667244	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20181127	20181128	89020110	CONSULTA NO PROGRAMADA MED GENERAL	KENNEDY I CITAS MEDICAS
183366117738746	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20181202	20181205	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	KENNEDY I CITAS MEDICAS
183396049386748	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS CONTRIBUTIVO	20181205	20181205	MM076819	IBUPROFENO 400MG TABLETAS RECUBIERTAS	AUDIFARMA

AUTORIZACION	PRESTADOR	NOMBRE PRESTADOR	PROGRAMA	FECHA AUTORIZACION	FECHA PROGRAMACION	SERVICIO	DESCRIPCIÓN SERVICIO	Descripción Punto Atención
183396049386748	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS CONTRIBUTIVO	20181205	20181205	MM008435	SINOVUL	AUDIFARMA
183406081408984	860066942	COMPENSAR (BOGOTA)	POS CONTRIBUTIVO	20181206	20181206	990107	EDUCACION GRUPAL EN SALUD POR TRABAJO SOCIAL	KENNEDY I CITAS MEDICAS
190307198431671	900210981	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD	POS SIN COBRO	20190130	20190130	890235	CIRUGÍA GENERAL 1A VEZ CONSULTA	CORP.HO SP.JUAN CIUDAD-H.MAYOR
190366052567933	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20190205	20190205	890201	MEDICINA GENERAL 1A VEZ	KENNEDY I CITAS MEDICAS
190403468269405	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20190209	20190209	881401	ULTRASONOGRAFÍA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	UNION TEMPO PROCEDIMIENTO
190866056227535	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20190327	20190327	89020110	CONSULTA NO PROGRAMADA MED GENERAL	KENNEDY I CITAS MEDICAS
190866089584384	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20190327	20190327	MM066849	MIOFLEX METOCARBAMOL 750MG TABLETAS	AUDIFARMA
190866089584384	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20190327	20190327	MM108306	NAPROXENO 250MG TABLETA	AUDIFARMA
190916102284127	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20190401	20190401	89020110	CONSULTA NO PROGRAMADA MED GENERAL	KENNEDY I CITAS MEDICAS
190916114538851	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20190401	20190401	MM011380	MYLANTA DOS	AUDIFARMA
190916114538851	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20190401	20190401	MM075072	LABINPINA 10MG TABLETA	AUDIFARMA
191266019169426	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20190506	20190506	890201	MEDICINA GENERAL 1A VEZ	KENNEDY I CITAS MEDICAS
191316128220988	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20190511	20190511	902209	HEMOGRAMA III HEMOGLOBINA-HEMATOCRITO-RECuento DE ERITROCITOS-INDI LEU	KENNEDY I LABORATORIO CLINICO
191316128220988	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20190511	20190511	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	KENNEDY I LABORATORIO CLINICO
191316128220988	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20190511	20190511	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	KENNEDY I LABORATORIO CLINICO
191316128220988	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20190511	20190511	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	KENNEDY I LABORATORIO CLINICO

AUTORIZACION	PRESTADOR	NOMBRE PRESTADOR	PROGRAMA	FECHA AUTORIZACION	FECHA PROGRAMACION	SERVICIO	DESCRIPCIÓN SERVICIO	Descripción Punto Atención
191438652611685	830027558	IMEVI SAS	POS SIN COBRO	20190523	20190523	890207	OPTOMETRÍA CONSULTA 1 VEZ	IMEVI SAS
192336071247111	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20190821	20190821	890201	MEDICINA GENERAL 1A VEZ	KENNEDY I CITAS MEDICAS
192346070582716	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20190822	20190822	MM013131	SUGASTRIN	AUDIFARMA
192346070582716	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20190822	20190822	MM074727	VITISES GEL	AUDIFARMA
192536135591578	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20190910	20190910	89020110	CONSULTA NO PROGRAMADA MED GENERAL	KENNEDY I CITAS MEDICAS
192556070596084	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20190912	20190912	MM075072	LABINPINA 10MG TABLETA	AUDIFARMA
192556070596084	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20190912	20190912	MM037581	PEPSAMAR 234 MG TABLETA	AUDIFARMA
192349999951348	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20190921	20190822	MM013131	SUGASTRIN	AUDIFARMA
192349999951348	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20190921	20190822	MM074727	VITISES GEL	AUDIFARMA
192666119221843	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20190923	20190923	902209	HEMOGRAMA III HEMOGLOBINA- HEMATOCRITO- RECUENTO DE ERITROCITOS- INDI LEU	KENNEDY I LABORATORIO CLINICO
192666119221843	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20190923	20190923	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	KENNEDY I LABORATORIO CLINICO
192739245262162	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20190930	20190930	881302	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL : HIGAD	UNION TEMPO PROCEDIMIENTO
192746083230502	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20191001	20191001	890201	MEDICINA GENERAL 1A VEZ	KENNEDY I CITAS MEDICAS
192756148642080	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20191002	20191002	MM063065	BISACODILO 5MG TABLETA	AUDIFARMA
192349999951349	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20191021	20190822	MM013131	SUGASTRIN	AUDIFARMA
192349999951349	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20191021	20190822	MM074727	VITISES GEL	AUDIFARMA

AUTORIZACION	PRESTADOR	NOMBRE PRESTADOR	PROGRAMA	FECHA AUTORIZACION	FECHA PROGRAMACION	SERVICIO	DESCRIPCIÓN SERVICIO	Descripción Punto Atención
193019171291358	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20191028	20191028	872102	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL DOBLE	UNION TEMPR PROCEDIMIENTO
200456026555940	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20200214	20200214	89020110	CONSULTA NO PROGRAMADA MED GENERAL	KENNEDY I CITAS MEDICAS
200456019637783	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20200214	20200214	MM075823	AMOXICILINA CAPSULAS 500 MG	AUDIFARMA
200456019637783	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20200214	20200214	MM070248	DEXAMETASONA 8MG/2ML SOL INY	AUDIFARMA
200456019637783	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20200214	20200214	MM063867	IBUPROFENO MK 600 MG	AUDIFARMA
200456019637783	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20200214	20200214	MM051677	CLORFENIRAMINA 4MG TABLETAS	AUDIFARMA
201396032259271	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20200518	20200518	890201	MEDICINA GENERAL 1A VEZ	KENNEDY I CITAS MEDICAS
201396062425201	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20200518	20200518	MM063065	BISACODILO 5MG TABLETA	AUDIFARMA
201556012286320	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20200603	20200603	890301	MEDICINA GENERAL CONTROL	KENNEDY I CITAS MEDICAS
201556066484959	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20200603	20200603	MM074727	VITISES GEL	AUDIFARMA
201556066484959	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20200603	20200603	MM019735	METOCLOPRAMIDA 10MG TABLETA	AUDIFARMA
201556116492102	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20200603	20200603	MM019735	METOCLOPRAMIDA 10MG TABLETA	AUDIFARMA
201556116492102	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20200603	20200603	MM074727	VITISES GEL	AUDIFARMA
201566080381612	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20200604	20200604	890206	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CONSULTA 1 VEZ	KENNEDY I CITAS MEDICAS
201566083219187	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20200604	20200604	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ES	KENNEDY I LABORATORIO CLINICO
201566083219187	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20200604	20200604	90700901	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] No. 2 DETERMINACIÓN DE	KENNEDY I LABORATORIO CLINICO

AUTORIZACION	PRESTADOR	NOMBRE PRESTADOR	PROGRAMA	FECHA AUTORIZACION	FECHA PROGRAMACION	SERVICIO	DESCRIPCIÓN SERVICIO	Descripción Punto Atención
							HEMOGLOBINA HUMAN	
201566083219187	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20200604	20200604	90700902	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] No. 3 DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMAN	KENNEDY I LABORATORIO CLINICO
202976074555664	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20201023	20201023	890301	MEDICINA GENERAL CONTROL	KENNEDY I CITAS MEDICAS
203496074517040	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20201214	20201214	890301	MEDICINA GENERAL CONTROL	KENNEDY I CITAS MEDICAS
203506159704251	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20201215	20201215	MM007059	LOPERAMIDA TABLETAS POR 2 MG	AUDIFARMA
203506159704251	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20201215	20201215	MM068133	IBUPROFENO 800MG TABLETA	AUDIFARMA
203506159704251	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20201215	20201215	MM036381	KETOTIFENO JARABE	AUDIFARMA
203536038479268	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20201218	20201218	890301	MEDICINA GENERAL CONTROL	KENNEDY I CITAS MEDICAS
203566018711228	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20201221	20201221	MM007543	BECLOMETASON A DIPROPIONATO 50 MCGDOSIS AEROSOL NASAL	AUDIFARMA
203566018711228	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20201221	20201221	MM018390	LORATADINA 10MG TABLETA	AUDIFARMA
203566018711228	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20201221	20201221	MM055098	ACETAMINOFEN 500MG TABLETA	AUDIFARMA
203586126355360	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20201223	20201223	908856	IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	KENNEDY I LABORATORIO CLINICO
203636148300071	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20201228	20201228	890301	MEDICINA GENERAL CONTROL	KENNEDY I CITAS MEDICAS
203656063582832	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20201230	20201230	MM055098	ACETAMINOFEN 500MG TABLETA	AUDIFARMA
210166067339057	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20210116	20210116	990113	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	KENNEDY I CITAS MEDICAS


AUTORIZACION	PRESTADOR	NOMBRE PRESTADOR	PROGRAMA	FECHA AUTORIZACION	FECHA PROGRAMACION	SERVICIO	DESCRIPCIÓN SERVICIO	Descripción Punto Atención
210176024728427	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20210117	20210117	908856	IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	LABORATORIOS SALITRE
211306102540681	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20210510	20210510	890201	MEDICINA GENERAL 1A VEZ	KENNEDY I CITAS MEDICAS
211346015537275	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20210514	20210514	MM070248	DEXAMETASONA 8MG/2ML SOL INY	AUDIFARMA
211346015537275	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20210514	20210514	MM058018	DICLOFENAC ECAR 50MG TABLETA	AUDIFARMA
213026110394971	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20211029	20211029	89020110	CONSULTA NO PROGRAMADA MED GENERAL	KENNEDY I CITAS MEDICAS
213026020584505	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20211029	20211029	MM078154	FENCAFEN TABLETAS	AUDIFARMA
213026020584505	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20211029	20211029	MM030995	DIPIRONA SODICA 2.5 G/5 ML	AUDIFARMA
213306028097906	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20211126	20211126	89020110	CONSULTA NO PROGRAMADA MED GENERAL	KENNEDY I CITAS MEDICAS
213306129504708	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20211126	20211126	MM037581	PEPSAMAR 234 MG TABLETA	AUDIFARMA
213306129504708	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20211126	20211126	MM108374	METOCLOPRAMIDA 4 MG ML GOTAS SOLUCION ORAL	AUDIFARMA
213306129504708	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20211126	20211126	MM108889	ESOMEPRAZOL 20MG TABLETAS DE LIBERACIÓN RETARDADA	AUDIFARMA
213306129504708	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	20211126	20211126	MM080415	HIOSCINA N BUTILBROMURO 10MG TABLETAS	AUDIFARMA
213476063591446	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20211213	20211213	908856	IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	KENNEDY I LABORATORIO CLINICO
213576037504763	860066942	COMPENSAR	POS SIN COBRO	20211223	20211223	908856	IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	LABORATORIOS SALITRE

Para su mayor comprensión a continuación se explican los campos relacionados:

NOMBRE DE CAMPO	DESCRIPCIÓN
AUTORIZACION	Número de Autorización
PRESTADOR	Nombre del Prestador
PROGRAMA	Nombre del programa que está afiliado el usuario
FECHA AUTORIZACION	Fecha de autorización de la cita (AAAAMMDD)
FECHA PROGRAMACION	Fecha de la cita (AAAAMMDD)
SERVICIO	Código del Servicio de Salud
DESCRIPCIÓN SERVICIO	Nombre del Servicio de Salud
DESCRIPCIÓN PUNTO ATENCIÓN	Nombre de la sede en la que se prestó el servicio

La presente certificación se expide con destino. Juzgado 17 Civil del Circuito de Bogotá, Radicado: 11001310301720210037600, Demandante: Luisa Fernanda Puentes García y otros, Demandado: Compensar EPS, a los (1) día del mes de junio del año dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,



LUZ ALEJANDRA GUTIERREZ MEDINA

Coordinadora Gestión de Información para la Toma de Decisiones

Elaboró: Sandra González Suárez, Gestión de Información para la Toma de Decisiones:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PACIENTE:	LUISA FERNANDA PUENTE	TIPO IDENTIFICACIÓN:	CC	IDENTIFICACIÓN:	1022395641
EDAD:	23 Años	SEXO:	Femenino	MODALIDAD ATENCIÓN:	Ambulatorio
EPISODIO:	8081241	FECHA REGISTRO:	16/07/2018	HORA REGISTRO:	11:09:14
ASEGURADORA:	COMPENSAR POS-PC	PROFESIONAL RESPONSABLE:			

652802 RESECCION QUISTE PARA OVARICO POR LAPAROSCOPIA

A. DECLARACIONES

Con el presente documento y en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre a los Cirujanos Generales del Grupo de Cirugía Laparoscópica de Compensar y específicamente a los Dr. (s.) _____, y a los profesionales de la salud de su elección que puedan llegar a requerirse en salas de cirugía de Compensar y con el concurso del personal auxiliar, para realizar en mí o en (la), la(s) intervención (es) quirúrgica (s) arriba mencionada.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La video-Laparoscopia, consiste en ingresar a la cavidad abdominal a través de pequeñas incisiones con instrumental especial (trocares y laparoscopia), visualizando la cavidad abdomino-pélvica por medio de un monitor de televisión con la ayuda de medios de distensión principalmente CO2. Según los antecedentes, clínica, estudios previos y criterio médico, se decidirá el tipo de laparoscopia que podrá ser:

- Video-Laparoscopia diagnóstica.
- Video-laparoscopia diagnóstico-quirúrgica.
- Video-laparoscopia a quirúrgica.

2. INDICACIONES DEL PROCEDIMIENTO

Las principales indicaciones del procedimiento son dolor pélvico o sangrado, procedimientos de esterilización, tratamiento de masas pélvicas, diagnóstico y tratamiento de problemas de fertilidad, para manejar estas patologías pueden requerirse uno o varios de los procedimientos que se encuentran a continuación:

- Solo informe diagnóstico.
- Extirpación de masas sólidas o quísticas sobre los ovarios o las trompas.
- Fulguración de focos de endometriosis.
- Lisis de adherencias.
- Resección parcial de ligamentos útero sacros.
- Toma de biopsias de peritoneo, ovarios u otros órganos abdominales.
- Salpingectomía uni o bilateral (exéresis de trompas).
- Salpingostomía uni o bilateral (abertura de las trompas).
- Ooforectomía uni o bilateral (exéresis de ovarios).
- Oclusión tubárica bilateral para planificación definitiva.
- Miomectomía (exéresis de miomas) y/o miólisis.
- Tratamiento quirúrgico de un embarazo ectópico según los hallazgos.
- Histerectomía con asistencia laparoscópica.

3. BENEFICIOS A RECIBIR

En el caso de la laparoscopia diagnóstica tener clara la causa de la sintomatología o de la condición, también lograr alivio de los síntomas presentes como dolor pélvico o hemorragia uterina, o la extracción de una masa pélvica, o el beneficio de obtener un método de planificación definitiva como en el caso de la esterilización tubárica.

4. RIESGOS FRECUENTES

Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevisibles e impredecibles durante o posterior a la intervención con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud y que pueden ser derivados del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: hipertensión arterial, asma, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas y alergias previas.

Otras complicaciones de esta intervención pueden ser:

- Hematomas sobre las heridas o en la pelvis.
- Enfisema subcutáneo (acumulación de aire) en cara, cuello, tórax y abdomen.
- Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga, uréter e intestinos.
- Hemorragias intra o postoperatoria (con la posible necesidad de transfusión).

Paciente: LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA

Identificación: 1022395641

Episodio: 8081241

- Infecciones de la herida, pélvicas o urinarias (en mu y raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso de l estado de salud que requieren tratamientos adicionales).
- Edema pulmo nar.
- Embolismo gaseoso.
- Hiponatremia (disminución de sodio).
- Her niaciones postquirúrgicas.
- Lesiones nerviosas (nervio ilioinguinal).

5. RIESGOS ESPECÍFICOS

La extirpación de un quiste de ovario (endometriomas, quiste simple, qui stes dermoides) o la lisis de adherencias con fulguración de los focos d e endometriosis, no garantiza que en un futuro no puedan aparecer otras nuevas lesiones o persistir la Sintomatología.

Si me llegaran a extirpar los ovarios (oforectomía), es posible que me aparezcan signos y síntoma s de menopausia. Además la extirpación de los ovarios, trompas o útero i mplicaría que las posibilidades de tener hijos serían por ayuda médica c on técnicas de reproducción asistida.

Si el objetivo es la ligadura de trompas para planificación, existe un porcentaje de recanalización de la s trompas en los que se produce un nuevo embarazo que es del 0,5-1.6%, e incluyen embarazo ectópicos es decir extrauterinos.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica (pasar a una laparotomía o cirugía a cielo abierto convencional) previs ta de antemano en procura de ofrecer mejores resultados o salvar mi vida .

6. ALTERNATIVAS TRATAMIENTO

Manejos médicos diversos con terapias hormonales, analgésicos, antiinfla matorio; así como el que la cirugía se podría realizar por medio de lapa rotomía, es decir, por medio de la cirugía tradicional abdominal abierta .

7. CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN

Se me ha explicado que de no aceptar el manejo médico podrían surgir com plicaciones como que un tumor ovárico aumente de tamaño, no diagnosticar una patología maligna o potencialmente maligna a tiempo, persistencia d e síntomas que no responden a manejo médico generalmente, dolor abdomino -pélvico y o hemorragias uterinas anormales las cuales podrían causar an emia y requerir transfusiones, compromiso de la fertilidad entre otros.

8. DISPOSICIÓN Y VOLUNTAD

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoria y entendiblemente, así mismo declaro que he si do advertido por parte de los médicos autorizados en el sentido de que l a práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimientos especiales q ue practicaran, compromete una actividad y una obligación medica de medi os, pero no de resultado, razón por la cual comprendo bien que no se pu eden garantizar los resultados exitosos de la misma.

Se me ha explicado que por razones de facilitar la oportunidad en la cirugía y el funcionam iento como grupo, mis consultas previas pueden ser realizadas por cualqu iera de los Ginecólogos del Grupo de Laparoscopia Ginecológica de Compe nsar y la cirugía podrá ser realizada por otro cirujano del mismo grupo, a quien identifico y cuyo nombre aparece al inicio de este documento.

Entiendo que en el transcurso de la intervención quirúrgica o procedimi ento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales, por tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si se consideran necesarios, por lo tanto (el) los Ciruja nos del Grupo de Laparoscopia Ginecológica de Compensar, quedan facultad os para llevar a cabo estas conductas, Compensar queda autorizada para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean ret irados durante la intervención, previa la toma de muestras o partes adec uadas con destino a exámenes anatomopatológicos, siendo mi deber el recl amar su resultado e informarlo al médico.

He entendido las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, estoy satisfecha con la información reci bida del médico tratante, quien lo ha hecho en un lenguaje claro y senci llo, y me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a sat isfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificad os de posible previsión que conlleva el procedimiento quirúrgico que aquí í autorizo.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entend ido por mí en su integridad, que todos los espacios en blanco han sido c ompletados antes de mi firma, en tales condiciones consiento que se me r ealice la Cirugía para

Paciente: LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA

Identificación: 1022395641

Episodio: 8081241

Relajación de Piso Pélvico.

Si en el momento de l procedimiento se presentaran reacciones y efectos secundarios que comp rometen mi (su) capacidad vital y en procura de ofrecer mejores resultad os o salvar mi (su) vida, extendo autorización amplia y suficiente al e quipo de salud que me (le) atiende para que me sean practicadas las mani obras de reanimación cardio-cerebro-pulmonar necesarias.

He sido advertido do y entiendo que es mi deber consultar a urgencias y/o a mi médico tratante para recibir el manejo que se requiera, en caso de presentar signos de alarma.

En caso de ser necesario autorizo

La presencia de personal en formación durante el procedimiento: Si

La utilización de mis (sus) datos con fines de investigación: Si

La posibilidad de efectuar registro foto y/o videográfico únicamente con fines académicos y clínicos y siempre en el marco de las políticas de conservación de la intimidad y confidencialidad de la información que se requiere:

Yo, LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA con documento tipo CC No. 1022395641 decido libre y voluntariamente **ACEPTAR** el procedimiento sugerido y asumo la responsabilidad y las consecuencias que ello acarrea.

Episodio : 4393299
Fecha : 02.02.2018

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 **F. Nacimiento** : 18.08.1994
Sexo : Femenino **Edad** : 23 Años
Especialidad : 11TTC MEDICINA GENERAL
Aseguradora : COMPENSAR POS-PC



Historia Clínica de Ingreso

Anamnesis

Estado Civil : Soltero
Dominancia : Diestro **Sistema de Creencias** : Católico
Nivel de Escolaridad : Universitarios Completos
Empleador o Empresa : CONTADORA 4 739882
Ocupación : CONTADORES
Vive Solo : Familiares
Informante : Paciente

Motivo de Consulta

08+30 NO RESPONDE AL LLAMADO EN SALA DE ESPERA Y NO SIRVE EL PARLANTE 08+40 NO RESPONDE AL LLAMADO EN SALA DE ESPERA Y NO SIRVE EL PARLANTE 08+45 NO RESPONDE AL LLAMADO EN SALA DE ESPERA Y NO SIRVE EL PARLANTE 09+00 NO RESPONDE AL LLAMADO EN SALA DE ESPERA Y NO SIRVE EL PARLANTE 09+20 NO RESPONDE AL LLAMADO EN SALA DE ESPERA Y NO SIRVE EL PARLANTE 09+23 MC: VARIAS COSITAS

Enfermedad Actual

PACIENTE QUIEN CONSULTA EL 02/02/2018 POR CUADRO DE 4 MESES DE MENSTRUACION MENSUAL ABUNDANTES (USO DE 48 TOALLAS AL DIA) DE 2 - 4 DIAS DEDURACION ASOCIA DOLOR EN FOSA ILIACA IZQUIERDA NAUSEAS, EPISODISO DIARREICOS NIEGA ORTO SINTOMA. MANEJADA CON IBUPRIOFENO 800 MG CADA 8 HORAS SIN MEJORIA

Consulta Compartida : No

Revisión por Sistemas

Sintomático respiratorio

¿Presenta tos con expectoración por más de 15 días? : No

* SÍNTOMAS GENERALES

NO REFIERE.

* ORGANOS DE LOS SENTIDOS

NO DOLOR OCULAR, NO DIPLOPIA, NO OTALGIA, NO RINORREA, NO ODINOFAGIA.

* CARDIOVASCULAR

NO ANGINA, NO TAQUICARDIA, NO SINCOPE, NO DOLOR TORACICO.

* RESPIRATORIO

NO DISNEA, NO HEMOPTISIS, NO TOS, NO EXPECTORACION, NO DOLOR TORACICO.

* GASTROINTESTINAL

HÁBITO INTESTINAL NORMAL, NO MELENAS, NO RECTORRAGIA, NO HEMATEMESIS, NO SÍNTOMAS DISPEPTICOS, NO DIARREA.

* GENITOURINARIO

NO DISURIA, NO POLAQUIURIA, NO NICTURIA, NO HEMATURIA.

* LOCOMOTOR

NO LIMITACION FUNCIONAL. MARCHA NORMAL.

* OSTEOARTICULAR

NO OSTEOALGIAS, NO ARTRALGIAS, NO DEFORMIDADES.

* SISTEMA NERVIOSO

NO CEFALEA, NO PARESTESIAS/DISESTESIAS, NO PERDIDA DE FUERZA, NO VERTIGO NI LATERALIZACION

* PIEL Y ANEXOS

Historia Clínica de Ingreso

NO LESIONES, NO ICTERICIA, NO ALOPECIA, NO PRURITO, NO PETEQUIAS ESPONTANEOS.

* **PSIQUIATRICOS**

NO CAMBIOS EMOCIONALES O AFECTIVOS. BUEN PATRON DE SUEÑO.

* **SISTEMA ENDOCRINO Y METABOLICO**

PESO CONSTANTE, NO POLIDISPIA, NO POLIFAGIA, NO ASTENIA, NO ADINAMIA

* **OTROS**

NIEGA

Parametros básicos

Condiciones generales

Aspecto General	: Bueno
Color de la Piel	: Normal
Estado Hidratación	: Hidratado
Estado de Conciencia	: Alerta
Estado del Dolor	: 0
Orientado en Tiempo	: Si
Orientado en Persona	: Si
Orientado en Espacio	: Si
Posición Corporal	: Normal
Condición al Llegar	: Sobrio
Presión Arterial(mm Hg)	: 100 / 60
Presión Arterial Media(mm Hg)	: 73
Pulso	: 78
Pul/min Tomado	: Sí

Frec. Respiratoria(x min)	: 16
Sat. Oxígeno(%)	: 95
FIO2(%)	: 21
Frec. Cardíaca	: 78
Temperatura(°C)	: 36,0
Peso(Kg)	: 67,000
Talla(cm)	: 167
IMC(Kg/m2)	: 24,02
Superficie Corporal(m2)	: 1,75

Examen Fisico por Regiones

* **-CABEZA**

NORMOCEFALO, NO HAY MASAS NI DEFORMIDADES.

* **-OJOS**

PINRLA. CONJUNTIVAS ROSADAS, MOVIMIENTOS NORMALES, NO SECRECION.

* **-OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA**

OTOSCOPIA NORMAL. NO RINORREA. OROFARINGE SANA. MUCOSA ORAL HUMEDA.

* **-CUELLO**

NO MASAS NI ADENOPATIAS, NO INGURGITACION YUGULAR.

* **-TORAX Y PULMONES**

EXPANSION SIMETRICA, RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES, SIN AGREGADOS.

* **-MAMA**

SIMETRICAS, NO MASAS, NO TELORREA NI INVERSION DE PEZONES.

Historia Clínica de Ingreso

- * **-CARDIACO**
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, NO HAY S3.
- * **-ABDOMEN Y PELVIS**
RSIS (+) BLANDO, NO MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR NI IRRITACION PERITONEAL
- * **-GENITALES**
NO SE EXPLORA.
- * **-ANO-RECTAL**
NO SE EXPLORA.
- * **-EXTREMIDADES SUPERIORES**
NO EDEMAS, PULSOS SIMETRICOS Y DE BUENA AMPLITUD.
- * **-EXTREMIDADES INFERIORES**
NO EDEMAS, PULSOS SIMETRICOS Y DE BUENA AMPLITUD.
- * **-OSTEOMUSCULAR**
NO DEFORMIDADES, ARCOS DE MOVIMIENTO COMPLETOS.
- * **-NEUROLOGICO**
NO MENINGISMO, NO FOCALIZACION, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.
- * **-MENTAL**
CON MEMORIA CONSERVADA, EUTIMIA AL MOMENTO DEL EXAMEN.
- * **-PIEL Y FANERAS**
PIEL ROSADA, NO ICTERICIA, NO ALOPECIA, NO CIANOSIS, NO LESIONES

Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal	: N920
Descripción	: MENSTRUACION EXCESIVA Y FRECUENTE CON CICLO REGULA
Clasificación	: Diag. Principal
Tipo	: Impresión Diagnóstica
Finalidad Consulta	: No Aplica
Causa Externa	: Enfermedad general

Relación de Diagnósticos

- * **Fecha** : 02.02.2018 **Hora** : 09:32
Código Diagnóstico : Z124
Nombre Diagnóstico : EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUMOR DEL CUELLO
Clasificación : Diag. Relacionado N°2
Tipo Diagnóstico : Impresión Diagnóstica
- * **Fecha** : 02.02.2018 **Hora** : 09:33
Código Diagnóstico : Z003
Nombre Diagnóstico : EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE
Clasificación : Diag. Relacionado N°2
Tipo Diagnóstico : Impresión Diagnóstica

Análisis y Plan

PACIENTE DE 23 AÑOS CON DOLOR PELVICO Y MENSTRUACION ABDUNDANTE SE SOLICITA PERFIL HORMONAL - HEMOGRAMA - ECO TV - CCV Y CONTROL EN GESTION

PLAN

RECOMENDACIONES SOBRE AUTOCUIDADO

SE LE RECOMIENDA AUTOEXAMEN DE SENOS

RECOMENDACIONES SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

IMPORTANCIA DE NUTRICION BALANCEADA (DIETA HIPOSODICA HIPOGRASA HIPOGLUSIDA)

Historia Clínica de Ingreso

ACTIVIDAD FISICA MODERADA 150 MINUTOS POR SEMANA

NO CONSUMIR TABACO - NI DROGAS - NI LICOR

RECOMENDACIONES DE SALUD E HIGIENE E ORAL

RECOMENDACIONES GENERALES

SIGNOS DE ALARMA

- SENSACION DE FALTA DE AIRE YA SEA EN REPOSOS O AL HACER ESFUERZOS FISICOS
- DIFICULTAD PARA RESPIRAR
- ASPECTO AZULOSOS O AMORATADO DE LA PIEL O LOS LABIOS
- ESPUTO SANGUNOLENTO O COLOR ANORMAL
- DOLOR TORACICO SOLO O IRRADIADO A MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO
- PALPITACIONES O TAQUICARDIA
- VISION BORROSA, PERDIDA DE LA VISION O VISION DOBLE DE INICIO SUBITO
- ALTERACION DE LA CONSCIENCIA
- FIEBRE ELEVADA MEDIDA CON TERMOMETRO MAYOR A 38 GRADOS QUE PERSISTA POR 3 DIAS
- CAIDA DE LA PRESION ARTERIAL
- PERDIDA DE PESO INEXPLICABLE
- DEPOSICIONES BLANCAS O NEGRAS
- ORINA MUY OSCURA O CON SANGRE

Clasificac.de la Atención : Consulta Externa

Responsable Firmar

No. Interlocutor : 2000005694

Responsable : VILLARREAL RAMIREZ SHIRLEY IVONNE

Registro : 52235748

Especialidad : MEDICINA GENERAL

Fecha : 02.02.2018

Hora : 09:33

Episodio : 5032330
Fecha : 01.03.2018

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 **F. Nacimiento** : 18.08.1994
Sexo : Femenino **Edad** : 23 Años
Especialidad : 10CTC MEDICINA GENERAL
Aseguradora : COMPENSAR POS-PC



Historia Clínica de Ingreso

Anamnesis

Estado Civil : Soltero
Dominancia : Diestro
Nivel de Escolaridad : Universitarios Completos
Empleador o Empresa : CONTADORA 4 739882
Ocupación : CONTADORES
Vive Solo : Familiares

Sistema de Creencias : Católico

Motivo de Consulta

DOLOR EN FOSA ILIACA IZQUIERDA A ESTUDIO

Enfermedad Actual

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE DE 4 MESES DE EVOLUCION DADO POR DOLOR MARCADO DURANTE PERIODOS MSNTRUALES HACIA LA FOSA ILIACA IZQUIERDA POR LO CUAL SE INDICA PARACLINICOS DE CONTROL TRAE REPORTE 2018/02/03 TSH 2.9 FH 1.4 LH 6.61 HEMOGRAMA LEUCOCITOS 9.13 HTC 43 HB 14.7 PLAQUETAS 353 ECOGRAFIA TRNASVAGINAL 05/02/2018 QUISTE ANEXIALN IZQUIERDO DE 63*39 *55 MM.

Consulta Compartida : No

Revisión por Sistemas

Sintomático respiratorio

¿Presenta tos con expectoración por más de 15 días? : No

Parametros básicos

Condiciones generales

Aspecto General : Bueno

Presión Arterial

Toma de Presión : Manual
Presión Arterial(mm Hg) : 120 / 70
Presión Arterial Media(mm Hg) : 87
Pulso : 75
Pul/min Tomado : Sí
Presente / ausente : Presente

Frec. Respiratoria(x min) : 19
Frec. Cardíaca : 75
Peso(Kg) : 79,000
Talla(cm) : 170
IMC(Kg/m2) : 27,34
Superficie Corporal(m2) : 1,91

Examen Fisico por Regiones

- * **-CABEZA**
CABEZA SIN ALTERACIONES
- * **-OJOS**
OJOS NORMAL SIN ALTERACIONES
- * **-OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA**
OTOSCOPIA:NORMAL MUCOSA HUMEDA SIN LESIONES NASOSCOPIA NORMAL OROFARINGE
- * **-CUELLO**

Historia Clínica de Ingreso

CUELLO SIMETRICO NO MASAS

* **-TORAX Y PULMONES**

TORAX : SIMETRICO SIN TIRAJES CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

* **-MAMA**

MAMAS NO SE EXPLORA

* **-CARDIACO**

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS

* **-ABDOMEN Y PELVIS**

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EN EL MOMENTO DOLOR LEVE AL APALPACION EN FOSA ILIACA IZQUIERDA.

* **-GENITALES**

GENITOURINARIO ASINTOMATICO NO SE EXPLORA

* **-ANO-RECTAL**

ANO RECTAL NO SE EXPLORA

* **-EXTREMIDADES SUPERIORES**

EXTREMIDADES SUPERIORES SIMETRICAS SIN EDEMAS BUEN LLENADO CAPILAR

* **-EXTREMIDADES INFERIORES**

EXTREMIDADES INFERIORES SIN ALTERACIONES

* **-OSTEOMUSCULAR**

OSTEOMUSCULAR NORMAL

* **-NEUROLOGICO**

NEUROLOGICO SIN ALTERACIONES

* **-MENTAL**

MENTAL SIN ALTERACION EVIDENTE

* **-PIEL Y FANERAS**

PIEL SE NOTA EN ZONA INTERNA DE MAMAS BILATERAL LESIONES EN PIAL PLANA CON ESTIGMAS DE RASCADO.

Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal : Q501
Descripción : QUISTE EN DESARROLLO DEL OVARIO
Clasificación : Diag. Principal
Tipo : Confirmado Nuevo
Finalidad Consulta : No Aplica
Causa Externa : Enfermedad general

Relación de Diagnósticos

* **Fecha** : 01.03.2018 **Hora** : 18:29
Código Diagnóstico : B49X
Nombre Diagnóstico : MICOSIS, NO ESPECIFICADA
Clasificación : Diag. Relacionado N°1
Tipo Diagnóstico : Impresión Diagnóstica

Análisis y Plan

Historia Clínica de Ingreso

PACIENTE CON DOLOR EN FOSA ILIACA IZQUIERDA SE INDICO ECOGRAFIA TV DONDE SE NOTA QUISTE SIMPLE EN OVARIO IZQUIERDO DE GRAN TAMAÑO SE COMENTA CON GINECOLOGIA INDICA CONTROL PRIORITARIO CON DICHAS ESPECIALIDAD Y ACETAMINOFEN. SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA SI AUMENTA EL DOLOR O PRESENTA FIEBRE CONSULTAR A SERVICIO DE URGENCIAS SE DA ORDEN PARA GINECOLOGIA.

SE INDICA ESTILO DE VIDA SALUDABLE, ALIMENTACION RICA EN FIBRA FRACCIONADA 5 VECES AL DIA, EVITAR ALIMENTOS RICOS EN SAL Y DULCE, RELIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIAMENTE DURANTE MINIMO 30 MINUTOS , MEDIDAS DE BUEN TRATO EN CASA. PAREJA ESTABLE, RELIZAR AUTOEXAMEN MAMARIO MENSUAL.

Clasificac.de la Atención : No Aplica

Responsable Firmar

No. Interlocutor : 0000001895

Responsable : COCUNUBO GARCIA JAVIER ALI

Registro : 80006346

Especialidad : MEDICINA GENERAL

Fecha : 01.03.2018 **Hora** : 18:31

Episodio : 5363094
Fecha : 15.03.2018

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 **F. Nacimiento** : 18.08.1994
Sexo : Femenino **Edad** : 23 Años
Especialidad : 10CTC GINECOLOGIA
Aseguradora : COMPENSAR POS-PC



Historia Clínica de Ingreso

Anamnesis

Estado Civil : Soltero
Dominancia : Diestro
Nivel de Escolaridad : Universitarios Completos
Empleador o Empresa : CONTADORA 4 739882
Ocupación : CONTADORES
Vive Solo : Familiares

Sistema de Creencias : Católico

Motivo de Consulta

CONTROL CON RESULTADOS

Enfermedad Actual

ADECUADA EVOLUCION , REFIERE DOLOR PELVICO INTERMITENTE HACE 3 MESES,SIN TTO, FUR HOY , CICLOS 30 X 5 DIAS MUY DOLOROSA

Consulta Compartida : No

Revisión por Sistemas

Sintomático respiratorio

¿Presenta tos con expectoración por más de 15 días? : No

Parametros básicos

Condiciones generales

Aspecto General : Bueno
Color de la Piel : Normal
Estado Hidratación : Hidratado
Presión Arterial(mm Hg) : 100 / 80
Presión Arterial Media(mm Hg) : 87
Pulso : 80
Pul/min Tomado : Sí

Frec. Respiratoria(x min) : 12
Peso(Kg) : 78,000
Talla(cm) : 170
IMC(Kg/m2) : 26,99
Superficie Corporal(m2) : 1,90

Examen Fisico por Regiones

* -GENITALES

NO DESEA EXAMEN HOY CON EL CICLO

Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal : D391
Descripción : TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVARIO
Clasificación : Diag. Principal
Tipo : Impresión Diagnóstica
Finalidad Consulta : No Aplica
Causa Externa : Enfermedad general

Analisis y Plan

CONTROL, CON COLPOSCOPIA, ECO TV PARA REEVALUAR EL CASO Y DECIDIR CX , CONTROL , RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA Y HABITOS SALUDABLES FUR HOY , CA 125
DX 1 ASCUS A ESTUDIO 2 GOPO 3 PNF CONDON 4 Q ANEXIAL A ESTUDIO

Historia Clínica de Ingreso

Clasificac.de la Atención : Consulta Externa

Responsable Firmar**No. Interlocutor** : 0000002819**Responsable** : BELTRAN MARTINEZ JOSE MAURICIO**Registro** : 79329931**Especialidad** : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**Fecha** : 15.03.2018 **Hora** : 16:10

Episodio : 5363094
Fecha : 03.04.2018

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 **F. Nacimiento** : 18.08.1994
Sexo : Femenino **Edad** : 23 Años
Especialidad : 10CTC GINECOLOGIA
Aseguradora : COMPENSAR POS-PC



Evoluciones Generales

Evoluciones Generales

Subjetivo : CONTROL CON RESULTADOS

Objetivo : ADECUADA EVOLUCION COLPOSCOPIA DEL 24 MAERZO 2108 NEAGTIVA , BX NO TOMAN ECO DEL 22 MARZO 2108 QUISTE PARAOVARICO ANEXIAL IZQ 58MM PREVIO DE 63MM

Análisis : PTE SANA SIN VPH EN EL MOMENTO , PTE CON MASA GRANDE PARAOVARICA PERISISTENTE SINTOMATICA, CON DOLOR PELVICO INTERMITETNE

Plan : RESECCION X LAPAROSCOPIA D EMASA PERSISTENTE , CITOLOGIA CADA 6MESES OBLIGATORIO, CONDON OBLIGATORIO IC PALNIFICACION LA PTE ENTIENDE Y ACEPTA TODO

Diagnósticos

Diagnóstico de Ingreso / C. Externa

Diagnóstico Principal : D391
Descripción : TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVARIO
Tipo : Impresión Diagnóstica
Causa Externa : Enfermedad general
Finalidad de la Consulta : No Aplica
Clasificación Diagnóstico : Diag. Principal

Evolución Diagnóstica

* **Fecha del Registro** : 15.03.2018
Hora : 16:10
Diagnóstico : D391
Descripción : TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVARIO
Clasificación : Diag. Principal
Tipo : Impresión Diagnóstica
Responsable : BELTRAN MARTINEZ JOSE MAURICIO

Responsable Guardar

Fecha : 03.04.2018 **Hora** : 18:47
Registro : 79329931

Responsable : BELTRAN MARTINEZ JOSE MAURICIO
Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Responsable Firmar

Fecha : 03.04.2018 **Hora** : 18:47
Registro : 79329931
Responsable : BELTRAN MARTINEZ JOSE MAURICIO
Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Episodio : 8081241
Fecha : 16.07.2018

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 F. Nacimiento : 18.08.1994
Sexo : Femenino Edad : 23 Años
Especialidad : 10ATC GINECO CX
Aseguradora : COMPENSAR POS-PC



Historia Clínica de Ingreso

Anamnesis

Estado Civil : Soltero
Dominancia : Diestro
Nivel de Escolaridad : Universitarios Completos
Empleador o Empresa : CONTADORA 4 739882
Ocupación : CONTADORES
Vive Solo : Familiares

Sistema de Creencias : Católico

Motivo de Consulta

REMITIDA PARA CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA

Enfermedad Actual

ANTEC.p.- QX:- G0P0 FUR:1-vii-2018 PLA.AO
TRAJE ECOGRAFIA:IMAGEN QUISTICA DE 63X39X55 QUISTE DE PARAOVARIO.CV:15/03:ASCUS CP:NEGATIVA CA125:29.08

Consulta Compartida : No

Revisión por Sistemas

Sintomático respiratorio

¿Presenta tos con expectoración por más de 15 días? : No

* OTROS

NO ALERGIAS

Parametros básicos

Condiciones generales

Aspecto General : Bueno
Color de la Piel : Normal
Estado de Conciencia : Alerta

Presión Arterial

Toma de Presión : Manual
Presión Arterial(mm Hg) : 110 / 60
Presión Arterial Media(mm Hg) : 77
Pulso : 80
Pul/min Tomado : Sí
Presente / ausente : Presente
Rítmico/Arritmico : Rítmico

Frec. Respiratoria(x min) : 16
Peso(Kg) : 78,000
Talla(cm) : 171
IMC(Kg/m2) : 26,67
Superficie Corporal(m2) : 1,90

Examen Físico por Regiones

- * **-TORAX Y PULMONES**
BUENA VENTILACION NO SOBREGREGADOS
- * **-CARDIACO**
RSCS RITMICOS
- * **-ABDOMEN Y PELVIS**

Historia Clínica de Ingreso

GLOBULSOSO

* -GENITALES
GEXT.N

Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal : D27X
Descripción : TUMOR BENIGNO DEL OVARIO
Clasificación : Diag. Principal
Tipo : Confirmado Nuevo
Descrip. Diagnóstica : QUISTE PARAOVARIO
Finalidad Consulta : No Aplica
Causa Externa : Enfermedad general

Analisis y Plan

SE PROGRAMA RESECCION DE QUISTE DE PARAOVARIO POR LAPAROSCOPIA

Clasificac.de la Atención : No Aplica

Responsable Firmar

No. Interlocutor : 2000011178
Responsable : DIAZ RODRIGUEZ CARLOS ALBERTO
Registro : 19451707
Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Fecha : 16.07.2018 **Hora** : 11:03

Episodio : 8090793
Fecha : 08.08.2018

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 F. Nacimiento : 18.08.1994
Sexo : Femenino Edad : 23 Años
Especialidad : 10BTC ANESTESIA
Aseguradora : COMPENSAR POS-PC



Registro de Pre-Anestesia

Anámnesis

Motivo de consulta : VALORACIÓN PREANESTÉSICA
Enfermedad actual : PROGRAMADA PARA RESECCIÓN DE QUISTE PARAOVÁRICO

Antecedentes Anestésicos

En el pasado ha tenido alguno de los siguientes problemas?

Medicamentos que ingiere : FUR: 28/07/2018 PLANIFICA MÉTODO DE BARRERA RESTO
NEGATIVOS

Revisión por Sistemas

Observaciones Otro Problema (especifique) : SEDENTARIA

Examen Físico por Regiones

* Región : -CABEZA
Normal : X
* Región : -OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA
Anormal : X
Hallazgos : TRATAMIENTO DE ORTODONCIA FIJO
* Región : -CUELLO
Normal : X
* Región : -TORAX Y PULMONES
Normal : X
* Región : -CARDIACO
Normal : X

Prioridad procedimiento : Normal

Presión Arterial

Presión Arterial(mm Hg) : 140 / 86
Presión Arterial Media(mm Hg) : 104

Pulso

Otros Datos

Frec. Respiratoria(x min) : 12
Frec. Cardíaca(Latidos x min) : 94
Sat. Oxígeno(%) : 96
Peso(Kg) : 81,000
Talla(cm) : 171
IMC : 27,70
Superficie Corporal : 1,94

Vía Aérea

Evaluación vía Aérea

Apertura Bucal : >4
Distancia Mentohioidea : > 6.5
Mallampati : III
Movilidad de la columna cervical (%) : > 110
Puede desplazar la mandíbula sobre el maxilar superior : SI
Peso (kg) : <90
Total (La suma mayor a 4, indica Alto Riesgo) : 2

Estado Dentadura

Registro de Pre-Anestesia

Estado Dentadura : Bueno
Dientes Flojos : No

Prótesis

ASA : I

NYHA

CLASE FUNCIONAL : El paciente tolera la actividad habitual. II

Diagnóstico de Ingreso

Diagnóstico Principal : D27X
Descripción : TUMOR BENIGNO DEL OVARIO
Clasificación Diagnóstico : Diag. Principal
Dx Pre-Qx : X
Tipo Diagnóstico : Confirmado Repetido
Finalidad de la Consulta : No Aplica
Causa Externa : Enfermedad general

Procedimientos

* Código Cirugía : 0000652802
Descripción : RESECCION QUISTE PARA-OVARICO POR LAPAROSCOPIA

Técnica Anestésica Sugerida

General : Sí

Regional

Concepto Anestesiologo : Apto para anestesia

Acepta Anestesia : Si

Se firma consentimiento : Si

Observaciones Valoración Preanestésica : EXPLICO AYUNO

Responsable Firmar

Fecha firma : 08.08.2018 Hora : 13:40

Responsable : ACOSTA GARZON JORGE DAVID

Especialidad : ANESTESIOLOGIA

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 **F. Nacimiento** : 18.08.1994
Sexo : Femenino **Edad** : 24 Años
Especialidad : 10BTC ANESTESIA
Aseguradora : COMPENSAR POS-PC

Registro de Enfermería Cirugía Segura

Parametros Básicos

Presión Arterial(mm Hg)	: 128 / 82	Sat. Oxígeno(%)	: 94
Presión Arterial Media(mm Hg)	: 97	Temperatura(°C)	: 37,0
Frec. Cardíaca(latidos x min)	: 95	Peso(Kg)	: 80,000
Frec. Respiratoria(x min)	: 19	Talla(cm)	: 170
IMC(Kg/m2)	: 27,68	Superficie Corporal(m2)	: 1,92
FUR	: 25.08.2018		

Registro enfermería Cirugía Segura

- * **Preguntas** : VERIFICA IDENTIFICACIÓN VERBAL DEL PACIENTE
Si : X
- * **Preguntas** : MANILLA DE IDENTIFICACIÓN COMPLETAMENTE DILIGENCIADA
Si : X
- * **Preguntas** : VERIFICA PROCEDIMIENTO Y AUTORIZACIÓN VIGENTE
Si : X
Observaciones : RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO IZQUIERDO POR LAPAROSCOPIA
- * **Preguntas** : CIRUJANO VALIDA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y REALIZA MARCACIÓN
Si : X
Observaciones : RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO IZQUIERDO POR LAPAROSCOPIA
- * **Preguntas** : VERIFICA MARCACIÓN DE SITIO OPERATORIO Y/O LATERALIDAD
Si : X
Observaciones : IZQUIERDO
- * **Preguntas** : VERIFICA ANTECEDENTES
Si : X
Observaciones : NINGUNO
- * **Preguntas** : VERIFICA ALERGIAS
Si : X
Observaciones : NIEGA ALERGIAS
- * **Preguntas** : VENA CANALIZADA PERMEABLE
Si : X
Observaciones : RECUPERACION
- * **Preguntas** : ADMINISTRACIÓN DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA
Si : X
Observaciones : 2GR CEFAZOLINA
- * **Preguntas** : VERIFICA VALORACIÓN PREANESTESICA
Si : X
Observaciones : DR JORGE ACOSTA
- * **Preguntas** : CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIRURGICO DILIGENCIADO
Si : X
- * **Preguntas** : CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA DILIGENCIADO
Si : X
- * **Preguntas** : CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENFERMERÍA DILIGENCIADO
Si : X
- * **Preguntas** : VERIFICA DISPONIBILIDAD DE INSUMOS Y EQUIPO REQUERIDOS
Si : X
- * **Preguntas** : VERIFICA DISPONIBILIDAD DE INSTRUMENTAL Y ROPA REQUERIDOS
Si : X
- * **Preguntas** : VERIFICA PARACLINICOS NECESARIOS (EKG, RNM, TAC, LAB., RX)
Si : X
Observaciones : ECOGRAFIA
- * **Preguntas** : MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS EN CASA
Si : X

Registro de Enfermería Cirugía Segura

Observaciones : VITAMINA C AYER

* **Preguntas** : VEJIGA VACÍA
Si : X

* **Preguntas** : BAÑO GENERAL (INCLUIDO CABELLO) DÍA ANTERIOR
Si : X

* **Preguntas** : PACIENTE DESPROVISTO DE PROTESIS
Si : X

* **Preguntas** : PACIENTE DESPROVISTO DE LENTES
Si : X

* **Preguntas** : RETIRO DE ESMALTE, JOYAS Y GANCHOS
Si : X

* **Preguntas** : COLOCACIÓN DE BATA
Si : X

* **Preguntas** : RIESGO DE CAÍDA
No : X

* **Preguntas** : REALIZA TRASLADO SEGURO DEL PACIENTE A LA SALA
Si : X

Observaciones : EN SILLA DE RUEDAS

Datos relevantes

Fecha : 03.09.2018 **Hora** : 15:30:00
Dosis : 2,0 **Unidad medida** : **Vía** : IV
Profilaxis Antibiotica : CEFAZOLINA

Fecha : **Hora** : 00:00:00
Dosis : 0,0 **Unidad medida** : gr
Protocolo TEP-TVP :

Ultima ingesta de líquidos : 03.09.2018 09:00:00
Última ingesta de sólidos : 02.09.2018 19:00:00

Otros Datos

Acompañante : Si **Nombre** : ALICIA GARCIA
Parentesco : MADRE **Teléfono** : 3132397938

Notas de Enfermería : PACIENTE REFIERE QUE NO PRESENTA SINTOMAS DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS NI INTESTINALES EN EL MOMENTO, PACIENTE SANA, CLASIFICACION ASA I POR ANESTESIA

Responsable Guardar

Fecha : 03.09.2018 **Hora** : 15:23
Registro : 52331605 **Nombre** : PROAÑOS MURILLO CLAUDIA ROCIO
Especialidad : AUXILIAR DE ENFERMERIA

Responsable Firmar

No. Interlocutor : 0000001222

REGISTRO DE ANESTESIA

PACIENTE:

TIPO IDENTIFICACIÓN:

IDENTIFICACIÓN:

EPISODIO:

SEXO:

MODALIDAD ATENCIÓN:

EDAD:

FECHA REGISTRO:

HORA REGISTRO:

00:00:00

ASEGURADORA:

Record de Anestesia

Riesgo Anestésico

Clasificación de la cirugía:

ASA:

Evaluación via Aérea

Apertura Bucal:

Distancia Mentohioidea:

Mallampati:

Movilidad de la columna cervical (%):

Puede desplazar la mandíbula sobre el maxiliar superior:

Peso (kg):

LA SUMA MAYOR DE 4 INDICA RIESGO ALTO:

0

Riesgo Broncoaspiración:

Clase Inducción

Clase Intubación

Registro Anestesia

Otros Datos

Otros Datos				
Balance de líquidos				
Administrados			Eliminados	
			Descripción	Sumatoria
			Sangrado	0
			Diuresis	0
			Drenes y Sondas	0
			Déficit	0
			Pérdidas Insensibles	0
			Otro	0
			Egreso en Bomba	0
Total Administrados	0	CC.	Total Eliminados	0 CC.
Total Balance	0	CC.		

Registro de Exámenes de Quirófano

Condiciones de Salida

Intubado:

Destino del paciente:

Episodio : 8090793
Fecha : 03.09.2018

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 **F. Nacimiento** : 18.08.1994
Sexo : Femenino **Edad** : 24 Años
Especialidad : 10BTP RECUPERACIÓN INICIAL CIR
Aseguradora : COMPENSAR POS-PC



Registro de Enfermería Quirúrgico

Fecha de evaluación : 03.09.2018

Hora : 15:45

Ingreso al quirófano

PAS (mmHg)	: 130	Oxígeno al ingreso	: No Ap
PAD (mmHg)	: 80		
PAM (mmHg)	: 97		
Temperatura	: 36,6	Saturación de oxígeno (%)	: 96
Frec. Cardíaca (lxmin)	: 74	Frec. Respiratoria (x min)	: 20
Observaciones	: Ingresa paciente a sala # 3 canalizada MSI, se ubica en mesa quirúrgica, se monitoriza.		

Responsable : PEREZ DIAZ DORIS ROCIO

Procedimientos durante la cirugía

Tabla registro procedimientos durante la cirugía

* **Fecha del Registro** : 03.09.2018 **Hora** : 17:01
Fecha de evaluación : 03.09.2018 **Hora** : 17:10

Protección ocular	: Si	Posición del paciente	: Posición ginecológica o litotomía
Placa de electro bisturí	: Si	Lugar de placa	: Muslo derecho cara anterior
Protección de la piel	: Si		

Pieza y/o muestra operatoria : Si

Observaciones : PATOLOGIA 1 FRASCO, INSTRUMENTACION INFORMA RECUENTO COMPLETO.
Número de personas en el quirófano : 5

Nota de Enfermería : Termina cirugía sin complicaciones, dejando tres puertos quirúrgicos cubiertos con micropore sin sangrado, se retira sonda vesical por orden medica, Dr Polania retira anestésicos y extuba paciente, se pasa paciente a camilla de recuperación.

No. Interlocutor	: 0000001263	Responsable	: PEREZ DIAZ DORIS ROCIO
Registro	: 52396965	Especialidad	: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Ubicación	: En Cirugía		

* **Fecha del Registro** : 03.09.2018 **Hora** : 16:15
Fecha de evaluación : 03.09.2018 **Hora** : 16:18

Protección ocular	: Si	Posición del paciente	: Posición ginecológica o litotomía
Placa de electro bisturí	: Si	Lugar de placa	: Muslo derecho cara anterior
Protección de la piel	: Si		

Pieza y/o muestra operatoria :
Número de personas en el quirófano : 5

Nota de Enfermería : Previa infiltración de puertos quirúrgicos con xilocaína al 1% con epinefrina + bupivacaína sin epinefrina Dr Díaz inicia cirugía sin complicaciones.

No. Interlocutor	: 0000001263	Responsable	: PEREZ DIAZ DORIS ROCIO
Registro	: 52396965	Especialidad	: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Ubicación	: En Cirugía		

* **Fecha del Registro** : 03.09.2018 **Hora** : 16:09
Fecha de evaluación : 03.09.2018 **Hora** : 15:55

Protección ocular	: Si	Posición del paciente	: Decúbito supino o dorsal
Placa de electro bisturí	: Si	Lugar de placa	: Muslo derecho cara anterior
Protección de la piel	: Si	Area de asepsia quirúrgica	: Abdomen

Asepsia quirúrgica con : Yodoformo jabón y solución

Pieza y/o muestra operatoria : No
 Número de personas en el quirófano : 5

Nota de Enfermería : Verificación de lista de chequeo, inducción anestesia general por Dr Polania, intubación orotraqueal tubo # 7.5 con neumo, medidas de protección ocular y postural, se coloca paciente en posición ginecológica, Dr Gomez realiza asepsia y antisepsia con yodine espuma-solución, pasa sonda vesical foley # 14 a cystoflo retorno orina clara, se administran 8 MG de dexametasona IV y 60Mg de ketorolaco en goteo según orden verbal Dr Polania.

No. Interlocutor : 0000001263
 Registro : 52396965
 Ubicación : En Cirugía

Responsable : PEREZ DIAZ DORIS ROCIO
 Especialidad : AUXILIAR DE ENFERMERIA

Salida del Quirófano

Fecha Salida : 03.09.2018
 PAS (mmHg) : 122
 PAD (mmHg) : 68
 PAM (mmHg) : 86
 Pulso : 68
 Frec. Cardíaca (lxmin) : 68

Hora : 17:15

Oxígeno al egreso : Si
 Dispositivo de Oxígeno : Máscara de ventury
 Fracción inspirada de Oxígeno (%) : 40%
 Saturación de oxígeno : 96
 Frec. Respiratoria : 17

Tiempo Torniquete

Nota de enfermería : Se traslada paciente a recuperación en camilla, líquidos permeables MSI, abdomen blando, depresible, puertos cubiertos con micropore sin sangrado.

Responsable : PEREZ DIAZ DORIS ROCIO
 Destino del Paciente : Recuperación

Responsable Guardar

Fecha : 03.09.2018
 No. Interlocutor : 0000001263
 Registro : 52396965

Hora : 17:43
 Nombre : PEREZ DIAZ DORIS ROCIO
 Especialidad : AUXILIAR DE ENFERMERIA

Responsable Firmar

Fecha : 03.09.2018
 No. Interlocutor : 0000001263
 Registro : 52396965

Hora : 17:43
 Nombre : PEREZ DIAZ DORIS ROCIO
 Especialidad : AUXILIAR DE ENFERMERIA

Episodio : 8090793
Fecha : 03.09.2018

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 **F. Nacimiento** : 18.08.1994
Sexo : Femenino **Edad** : 24 Años
Especialidad : 10BUQ SALAS DE CIRUGÍA
Aseguradora : COMPENSAR POS-PC



Informe Quirúrgico

Pérdida estimada de sangre (cc)	: 20	Prioridad	: Normal
Entrada Quirófano	: 15:45	Inicio Anestesia	: 15:54
Inicio Procedimiento	: 16:18	Fin procedimiento	: 17:10
Clase de Herida	: Limpia		
Finalidad	: Terapéutico		
Anestesia	: General		

Relación de Diagnósticos Preoperatorios

* **Código Dx** : D27X
Clasificación : Diag. Principal **Tipo Diagn.** : Confirmado Repetido

Relación de Diagnósticos Post Operatorio

* **Código Dx** : D27X
Clasificación : Diag. Principal **Tipo Diagn.** : Confirmado Repetido

Procedimientos

* **Qx Realizada** : 0000652802 **Lateralidad** : No Aplica
Descripción : RESECCION QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROSCOPIA
Politrazmatizado : No **Vía** : A: Única Vía / Misma Vía

Equipo Quirúrgico

ANESTESIA : POLANIA ROJAS ALCIDES
AYUDAR : GOMEZ MARTINEZ LEONEL FERNANDO
AYUDAR : DIAZ RODRIGUEZ CARLOS ALBERTO
CIRCULAR : PEREZ DIAZ DORIS ROCIO
INSTRUMENTAR : GARZON BERNAL LILIANA ANDREA
OPERAR : DIAZ RODRIGUEZ CARLOS ALBERTO

Hallazgos

QUISTE DE PARAOVARIO DE 6 CM

Descripción

ASEPSIA Y ANTISEPSIA EXPOSICION DEL CAMPO SE COLOCA PINZA EN CUELLO Y Sonda VESICAL. SE REALIZA INCISION INFRAUMBILICAL DISECCION POR PLANOS HASTA CAVIDAD SE PASA TROCAR DE 10 MM Y LAPAROSACOPPIO SE INSUFLA C02 SE REALIZAN CONTRAPUNCIONES DE 5 MM BILATERALES Y SE VISUALIZA PELVIS ENCONTRANDO UTERO DE 7 CM ANEXO DERECHO NORMAL. QUISTE DE PARAOVARIO IZQUIERDO DE 6 CM. SE REALIZA DISECCION DE QUISTE DE PARAOVARIO CON LIGASURE Y SE DISECA QUISTE. SE EXTRAEE LIQUIDIO Y SE ENVIA CAPSULA A PATOLOGIA. SE REvisa HEMOSTASIA DE LECHO Y SE REvisa TROMPA LA CUAL QUEDO INTEGRA OVARIO IZQUIERDO NORMAL. SE LAVA CON 100 DE SS. SE REvisa ABDOMEN ENCONTRANDO A NIVEL DE EPIPLON ABIERTO POR EL TROCAR. NO SANGRADO. SE EXTRAEN ELEMENTOS Y C02. SE CIERRA FASCIA CON VICRYL1 Y PIEL ON COMONCORYL. RECUENTO: COMPLETO SANGRADO: 20 CC

Recuento Compresas : N/A **Condición Egreso** : Vivo **Torniquete** : N/A
Tiempo Total Torniquete : 00:00
Sangrado (cc.) : 20
Toma de Biopsia : Sí
Descripción Muestra : CAPSULA DE QUISTE DE PARAOVARIO

Firmado por (Especialista 1)

Registro : 19451707 **Responsable** : DIAZ RODRIGUEZ CARLOS ALBERTO
Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Fecha : 03.09.2018 **Hora** : 17:12

Registro de Enfermería Post-Quirúrgico

Tabla registro procedimientos post quirúrgico

* **Fecha del Registro** : 03.09.2018 **Hora** : 19:01
Fecha evaluación : 03.09.2018 **Hora** : 19:00
PAS : 112 **PAD** : 66
PAM : 81 **Temperatura** : 36,3
Frec. Cardíaca : 80 **Frec. Respiratoria** : 16
Saturación de oxígeno : 96

Tipo Recuperación : Recuperación Tardía
Conciencia : Completamente Despierto
Actividad : Movimientos voluntarios de 4 extremidades
Respiración : Capaz de respirar profundamente y toser libremente
Apositos : Seco y sin secreción
Saturación O2 : Capaz de mantener la O2 mayor al 92% respirando aire ambien.
Duresis : Ha eliminado espontáneamente
Circulación : TA +/- 20% del nivel preanestésico
Ingesta : Capaz de beber líquidos
Dolor : Sin Dolor
Deambulación : Capaz de Levantarse y Caminar Derecho
Cap. vestirse : Se viste con ayuda
Total : 21

Notas de enfermería : PACIENTE RECIBE Y TOLERA VIA ORAL, NO REFIERE NAUSEAS O DOLOR, SE INICIA A DAR RECOMENDACIONES Y CUIDADOS DEL POSTQUIRURGICO, SALE CON HERIDAS QUIRURGICAS EN ABDOMEN EN REGION UMBILICAL CUBIERTA CON GASA+MICROPOR, SE VERIFICA SIN EVIDENCIA DE SANGRADO EN VENDAJES, ABDOMEN BLANDO, SE ENTREGA HOJA DE RECOMENDACIONES, INCAPACIDAD MEDICA, SE RETIRA ACCESO VENOSO DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON CATETER #20 Y SE RETIRA MANILLA, SE TRASLADA PACIENTE A SILLA DE RUEDAS AL VEHICULO EN COMPAÑIA DE FAMILIAR.

No. Interlocutor : 2000010885 **Responsable** : PERALTA GOMEZ PAULA CATALINA
Registro : 1030630618 **Especialidad** : AUXILIAR DE ENFERMERIA
Ubicación : En Consulta Externa

* **Fecha del Registro** : 03.09.2018 **Hora** : 18:54
Fecha evaluación : 03.09.2018 **Hora** : 18:30
PAS : 110 **PAD** : 70
PAM : 83 **Temperatura** : 36,8
Frec. Cardíaca : 79 **Frec. Respiratoria** : 17
Saturación de oxígeno : 95

Tipo Recuperación : Recuperación Tardía
Conciencia : Completamente Despierto
Actividad : Movimientos voluntarios de 4 extremidades
Respiración : Capaz de respirar profundamente y toser libremente
Apositos : Seco y sin secreción
Saturación O2 : Capaz de mantener la O2 mayor al 92% respirando aire ambien.
Duresis : Ha eliminado espontáneamente
Circulación : TA +/- 20% del nivel preanestésico
Ingesta : Capaz de beber líquidos
Dolor : Sin Dolor
Deambulación : Capaz de Levantarse y Caminar Derecho
Cap. vestirse : Se viste con ayuda
Total : 21

Notas de enfermería : INGRESA PACIENTE A RECUPERACION TARDIA EN CAMILLA, ALERTA, ORIENTADA, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, DE UN POSTOPERATORIO INMEDIATO DE RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROSCOPIA, CON HERIDA QUIRURGICA EN ABDOMEN, CON TRES PUERTOS QUIRURGICOS EN REGION UMBILICAL CUBIERTA CON GASA+MICROPORE, SIN EVIDENCIA DE SANGRADO EN VENDAJES, ABDOMEN BLANDO, CON ACCESO VENOSO CERRADO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, CON CATETER #20, NO REFIERE DOLOR DOLOR NI COMPLICACIONES,SE ASISTE A VESTIR, SE MONITORIZA, SE DEJA EN OBSERVACION EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SE INICIA VIA ORAL.

No. Interlocutor : 2000010885
Registro : 1030630618
Ubicación : En Consulta Externa

Responsable : PERALTA GOMEZ PAULA CATALINA
Especialidad : AUXILIAR DE ENFERMERIA

Datos de Salida

Fecha de salida : 03.09.2018
Destino del paciente : Domicilio
Medio de salida : Carro particular

Hora : 19:15

Responsable Guardar

Fecha : 03.09.2018
No. Interlocutor : 0000003553
Registro : 79149976

Hora : 19:43
Nombre : POLANIA ROJAS ALCIDES
Especialidad : ANESTESIOLOGIA

Responsable Firmar

Fecha : 03.09.2018
No. Interlocutor : 0000003553
Registro : 79149976

Hora : 19:43
Nombre : POLANIA ROJAS ALCIDES
Especialidad : ANESTESIOLOGIA

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 **F. Nacimiento** : 18.08.1994
Sexo : Femenino **Edad** : 24 Años
Especialidad : 10BTP RECUPERACIÓN INICIAL CIR
Aseguradora : COMPENSAR POS-PC

Registro de Enfermería Post-Quirúrgico

Tabla registro procedimientos post quirúrgico

* **Fecha del Registro** : 03.09.2018 **Hora** : 18:31
Fecha evaluación : 03.09.2018 **Hora** : 18:26
PAS : 126 **PAD** : 77
PAM : 93 **Temperatura** : 37,0
Frec. Cardíaca : 78 **Frec. Respiratoria** : 18
Saturación de oxígeno : 93

Tipo Recuperación : Recuperación
Conciencia : Completamente Despierto
Actividad : Movimientos voluntarios de 4 extremidades
Respiración : Capaz de respirar profundamente y toser libremente
Apositos : Seco y sin secreción
Saturación O2 : Capaz de mantener la O2 mayor al 92% respirando aire ambien.
Duresis : No ha eliminado y no hay globo vesical (Pac. tranquilo)
Circulación : TA +/- 20% del nivel preanéstesico
Dolor : Sin Dolor
Deambulaci3n :
Total : 15

Notas de enfermería : SE TRASLADA PACEINTE A SALAS DE RECUPERACION TARDIA EN CAMILLA BAJO, MEDIDAS DE SEGUIRDA D ALERTA CONCIENTE ORIENTADO CON BUEN CON BUEN PATRON RESPIRATORIO CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO YELCO 20 FIJO Y FUNIONAL PASANDO SSN A MANTENIMIENTO DE POST OPERATORIO DE LAPAROSCOPIA DIGNOSTICA HERIDAS CUBIERTAS CON GASAS MAS MICROPORE, SIN SANGRADO Y SECAS.

No. Interlocutor : 2000011796 **Responsable** : MEDINA FONSECA LIBARDO ROMAN
Registro : 1055332629 **Especialidad** : AUXILIAR DE ENFERMERIA
Ubicaci3n : En Consulta Externa

* **Fecha del Registro** : 03.09.2018 **Hora** : 18:25
Fecha evaluaci3n : 03.09.2018 **Hora** : 18:10
PAS : 129 **PAD** : 77
PAM : 94 **Temperatura** : 37,0
Frec. Cardíaca : 80 **Frec. Respiratoria** : 17
Saturaci3n de oxígeno : 90

Tipo Recuperaci3n : Recuperaci3n
Conciencia : Completamente Despierto
Actividad : Movimientos voluntarios de 4 extremidades
Respiraci3n : Capaz de respirar profundamente y toser libremente
Apositos : Seco y sin secreci3n
Saturaci3n O2 : Capaz de mantener la O2 mayor al 92% respirando aire ambien.
Duresis : No ha eliminado y no hay globo vesical (Pac. tranquilo)
Circulaci3n : TA +/- 20% del nivel preanéstesico
Dolor : Sin Dolor
Deambulaci3n :
Total : 15

Notas de enfermería : SE HACE RONDA DE ENFERMERIA PACIENTE ESTABLE EN LA UNIDAD.

No. Interlocutor : 2000011796 **Responsable** : MEDINA FONSECA LIBARDO ROMAN
Registro : 1055332629 **Especialidad** : AUXILIAR DE ENFERMERIA
Ubicaci3n : En Consulta Externa

* **Fecha del Registro** : 03.09.2018 **Hora** : 18:10
Fecha evaluaci3n : 03.09.2018 **Hora** : 17:55
PAS : 129 **PAD** : 82

Tipo Recuperación	: Recuperación
Conciencia	: Completamente Despierto
Actividad	: Movimientos voluntarios de 4 extremidades
Respiración	: Capaz de respirar profundamente y toser libremente
Apositos	: Seco y sin secreción
Saturacion O2	: Capaz de mantener la O2 mayor al 92% respirando aire ambien.
Circulación	: TA +/- 20% del nivel preanéstico
Dolor	: Sin Dolor
Deambulaci3n	:
Total	: 14

No. Interlocutor	: 0000001094	Responsable	: TONCON GARCIA DIANA CONSTANZA
Registro	: 52080470	Especialidad	: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Ubicación	: En Consulta Externa		

Tipo Recuperación	: Recuperación
Conciencia	: Completamente Despierto
Actividad	: Movimientos voluntarios de 4 extremidades
Respiración	: Capaz de respirar profundamente y toser libremente
Apositos	: Seco y sin secreción
Saturacion O2	: Necesita inhalar O2 para mantener saturación de O2 > 90%
Duresis	: No ha eliminado y no hay globo vesical (Pac. tranquilo)
Circulación	: TA +/- 20% del nivel preanéstesico
Dolor	: Sin Dolor
Deambulación	:
Total	: 14

No. Interlocutor	: 2000011796	Responsable	: MEDINA FONSECA LIBARDO ROMAN
Registro	: 1055332629	Especialidad	: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Ubicación	: En Consulta Externa		

Tipo Recuperación	: Recuperación
Conciencia	: Responde al llamado
Actividad	: Movimientos voluntarios de 4 extremidades
Respiración	: Capaz de respirar profundamente y toser libremente
Apositos	: Seco y sin secreción
Saturacion O2	: Necesita inhalar O2 para mantener saturación de O2 > 90%
Duresis	: No ha eliminado y no hay globo vesical (Pac. tranquilo)
Circulación	: TA +/- 20% del nivel preanéstesico
Dolor	: Sin Dolor
Deambulaci3n	:
Total	: 13

Notas de enfermería : PACIENTE EN LA UNIDAD SIN COMPLICACIONES

No. Interlocutor : 2000011796
Registro : 1055332629
Ubicación : En Consulta Externa

Responsable : MEDINA FONSECA LIBARDO ROMAN
Especialidad : AUXILIAR DE ENFERMERIA

* **Fecha del Registro** : 03.09.2018 **Hora** : 17:41
Fecha evaluación : 03.09.2018 **Hora** : 17:15
PAS : 128 **PAD** : 82
PAM : 97 **Temperatura** : 37,0
Frec. Cardíaca : 87 **Frec. Respiratoria** : 17
Saturación de oxígeno : 100

Tipo Recuperación : Recuperación
Conciencia : Responde al llamado
Actividad : Movimientos voluntarios de 4 extremidades
Respiración : Capaz de respirar profundamente y toser libremente
Apositos : Seco y sin secreción
Saturación O2 : Necesita inhalar O2 para mantener saturación de O2 > 90%
Duresis : No ha eliminado y no hay globo vesical (Pac. tranquilo)
Circulación : TA +/- 20% del nivel preanestésico
Dolor : Sin Dolor
Deambulaci3n :
Total : 13

Notas de enfermería : INGRESA PACEINTE A SALAS DE RECUPERACION EN CAMILLA BAJO, MEDIDAS DE SEGURIDAD SOMNOLIENTO CON BUEN APTRO RESPIRATORIO CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO YELCO 20 FIJO Y FUNIONAL PASANDO SSN A MANTENIMIENTO DE POST OPERATORIO DE CISTECTOMIA DE HOVARIO POR LAPAROSCOPIA TRES PUERTOS QUIRURGICOS EN REGION ABDOMINAL CUBIERTOS CON GASAS MAS MICROPORE SECOS LIMPIOS, SE MONITORIZA SE COLOCA MANTA TERMICA SE ADMINISTRA OXGENO POR MASCARA FACIAL SE DEJA EN OBSERVACION.

No. Interlocutor : 2000011796
Registro : 1055332629
Ubicación : En Consulta Externa

Responsable : MEDINA FONSECA LIBARDO ROMAN
Especialidad : AUXILIAR DE ENFERMERIA

Datos de Salida

Fecha de salida : 03.09.2018 **Hora** : 18:30
Destino del paciente : Recuperaci3n tardía
Medio de salida : Camilla

Responsable Guardar

Fecha : 03.09.2018 **Hora** : 18:31
No. Interlocutor : 2000011796 **Nombre** : MEDINA FONSECA LIBARDO ROMAN
Registro : 1055332629 **Especialidad** : AUXILIAR DE ENFERMERIA

Responsable Firmar

Fecha :
No. Interlocutor : **Nombre** :
Registro : **Especialidad** :

Episodio : 10703753
Fecha : 31.10.2018

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 **F. Nacimiento** : 18.08.1994
Sexo : Femenino **Edad** : 24 Años
Especialidad : C MEDICA NO PROGRAMADA
Aseguradora : COMPENSAR POS-PC



Historia Clínica de Ingreso

Anamnesis

Estado Civil : Soltero
Dominancia : Diestro
Nivel de Escolaridad : Universitarios Completos
Empleador o Empresa : CONTADORA 4 739882
Ocupación : CONTADORES
Vive Solo : Familiares

Sistema de Creencias : Católico

Motivo de Consulta

RSECCION DE OVARIO

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 24 AÑOS EN CITA NO PROGRAMADA QUIEN REFIERE REECCON DE OVARIO IZQUEIRDO POR QUISTE EN CALLE 94 TARE PATOLOGIA DEL 8 DE SPETIEMBRE MJESTAR PARED DE QUISTE REVCESTIDO POR EPITEKIO CILINDRICO CON PRESENCIA DE CELULAS SI ATIPIAS NI MITOSIS REFEIE POSTERIOR A SALIDA DE CIRUGIA INCIA DOLOR INTENSO QUE LA OBLIGA A RECONSULTAR ENCUESTRAN PERFOIRACION DE INTESTINAL Y REINTERVIENEN EN LA CLINICA MEDERI , COMENTA FUR EN OCTUBRE 29 CON ABUNDANTE SANGARDO COAGULOS SANGRE NORMAL

Consulta Compartida : No

Revisión por Sistemas

Sintomático respiratorio

¿Presenta tos con expectoración por más de 15 días? : No

* SÍNTOMAS GENERALES

NO FIEBRE NO MALESTAR GRAL.

* ORGANOS DE LOS SENTIDOS

NO OTALGIA, NO VISION BORROSA

* CARDIOVASCULAR

NO DOLOR TORACICO NO DISNEA

* RESPIRATORIO

NO TOS

* GASTROINTESTINAL

NO DIARREA NO VOMITO

* GENITOURINARIO

NO DISURIA, NO HEMATURIA

* LOCOMOTOR

NO LIMITACION FUNCIONAL

* OSTEOARTICULAR

NO DOLOR POLIARTICULAR

* SISTEMA NERVIOSO

NO CEFALEA NO DEFCIT MOTOR

* PIEL Y ANEXOS

Historia Clínica de Ingreso

NO EXANTEMAS

* **PSIQUIATRICOS**

NO DEFCIT

* **SISTEMA ENDOCRINO Y METABOLICO**

NO POLIFAGIA NO POLIDIPSIA

Parametros básicos

Condiciones generales

Aspecto General : Bueno
Color de la Piel : Normal
Estado Hidratación : Hidratado
Estado de Conciencia : Alerta
Orientado en Tiempo : Si
Orientado en Persona : Si
Orientado en Espacio : Si

Presión Arterial

Toma de Presión : Manual
Presión Arterial(mm Hg) : 120 / 80
Presión Arterial Media(mm Hg) : 93
Lugar de la Toma : Brazo Derecho
Posición : Sedestación
Pulso : 70
Pul/min Tomado : Sí
Presente / ausente : Presente

Frec. Respiratoria(x min) : 20
Sat. Oxígeno(%) : 90
FIO2(%) : 21
Frec. Cardíaca : 70
Temperatura(°C) : 36,0
Peso(Kg) : 69,000
Talla(cm) : 165
IMC(Kg/m2) : 25,34
Superficie Corporal(m2) : 1,78

Examen Fisico por Regiones

- * **-CABEZA**
NORMOCEFALA
- * **-OJOS**
PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS
- * **-OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA**
NO OTALGIA, NO HIPEREMIA FARINGEA
- * **-CUELLO**
NO MASAS NO MEGALIAS
- * **-TORAX Y PULMONES**
RUIDOS RITMICOS NO SOPLOS , NO AGREGADOS. NORMOV.
- * **-MAMA**
NO MASAS
- * **-CARDIACO**

Historia Clínica de Ingreso

NO SOBREGREGADOS.

- * **-ABDOMEN Y PELVIS**
NO IRRITACION PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS, CICATRIZ QUIRURGICA SIN SIGNOS DE SOBREENFECCION SIN MATERIAL DE SUTURA.
- * **-GENITALES**
NORMAL
- * **-ANO-RECTAL**
NORMAL
- * **-EXTREMIDADES SUPERIORES**
NO DEFICIT PULSOS PRESENTES
- * **-EXTREMIDADES INFERIORES**
NO DEFICIT PULSOS PRESENTES
- * **-OSTEOMUSCULAR**
NO DOLOR NO ESPASMO
- * **-NEUROLOGICO**
NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
- * **-MENTAL**
NO DEFICIT
- * **-PIEL Y FANERAS**
CICATRIZ QUIRURGICA ABDOMINAL SIN SOBREENFECCION. SIN MATERIAL DE SUTURA.

Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal : N946
Descripción : DISMENORREA, NO ESPECIFICADA
Clasificación : Diag. Principal
Tipo : Impresión Diagnóstica
Finalidad Consulta : No Aplica
Causa Externa : Enfermedad general

Relación de Diagnósticos

* **Fecha** : 31.10.2018 **Hora** : 14:21
Código Diagnóstico : Z540
Nombre Diagnóstico : CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA
Clasificación : Diag. Relacionado N°1
Tipo Diagnóstico : Impresión Diagnóstica

Análisis y Plan

PACIENTE DE 24 AÑOS EN CITA NO PROGRAMADA CON DOLOR TIPO COLICO ASOCIADO A SU CICLO MESTRUAL DESDE OCTUBRE 29 SE ENCUENTRA EN SEGUIMIENTO POR CIRUJANO POR SU PERITONITIS Y CON GINECOLOGIA POR SU PATOLOGIA GINECOLOGICA DE BASE. TOLERA BIEN VIA ORAL DEPOSICION ADECUADA DIURESIS + PTE. CON ADECUADO POST-OPERATORIO SIN SIRS.

SE SOLICITAN ESTUDIOS DE EXTENSION DE CONTROL Y NUEVA VALORACION CON RESULTADOS. EXPLICACION SIGNOS DE LAARMA DOLOR ABDOMINAL FIEBRE VOMITO O MALESTADO GRAL. ASISTIR X URGENCIAS CL. MEDERI

Clasificac.de la Atención : Consulta prioritaria

Responsable Firmar

No. Interlocutor : 2000011811

Historia Clínica de Ingreso

Responsable : MARTIN MARTINEZ JUAN ORLANDO**Registro** : 79283799**Especialidad** : MEDICINA GENERAL**Fecha** : 31.10.2018**Hora** : 14:33

Episodio : 10889715
Fecha : 09.11.2018

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 **F. Nacimiento** : 18.08.1994
Sexo : Femenino **Edad** : 24 Años
Especialidad : C MEDICA NO PROGRAMADA
Aseguradora : COMPENSAR POS-PC



Historia Clínica de Ingreso

Anamnesis

Estado Civil : Soltero
Dominancia : Diestro **Sistema de Creencias** : Católico
Nivel de Escolaridad : Universitarios Completos
Empleador o Empresa : CONTADORA 4 739882
Ocupación : CONTADORES
Vive Solo : Familiares

Motivo de Consulta

"PERFORACION INTESTINAL DURANTE EXTRACCION QUISTE OVARIO IZQUIERDO"

Enfermedad Actual

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE PERFORACION INTESTINAL IZQUIERDA DURANTE RESECCION DE QUISTE OVARIO IZQUIERDO ESTO HACE 2 MESES. SE MANEJO CON CIRUGIA GENERAL, ULTIMO LAVADOPERITONEAL HACE UN MES. PACIENTE CON ANEMIA FERROPENICA EN MANEJO. ACTUAMENTE REFIERE SENSACION DE FATIA MALESTAR GENERAL Y DEBILIDAD.

Consulta Compartida : No

Revisión por Sistemas

Sintomático respiratorio

¿Presenta tos con expectoración por más de 15 días? : No

* SÍNTOMAS GENERALES

NIEGA

* ORGANOS DE LOS SENTIDOS

NIEGA

* CARDIOVASCULAR

NIEGA

* RESPIRATORIO

NIEGA

* GASTROINTESTINAL

NIEGA

* GENITOURINARIO

NIEGA

* LOCOMOTOR

NIEGA

* OSTEOARTICULAR

NIEGA

* SISTEMA NERVIOSO

NIEGA

* PIEL Y ANEXOS

NIEGA

* PSIQUIATRICOS

Art. 18. "Firma del médico sustituida por el nombre e identificación respectiva, de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 (Art. 18)"

Historia Clínica de Ingreso

NIEGA

* **SISTEMA ENDOCRINO Y METABOLICO**

NIEGA

* **OTROS**

NIEGA

Parametros básicos

Condiciones generales

Aspecto General : Bueno
Color de la Piel : Normal
Estado Hidratación : Hidratado

Presión Arterial

Toma de Presión : Manual
Presión Arterial(mm Hg) : 120 / 70
Presión Arterial Media(mm Hg) : 87
Pulso : 75
Pul/min Tomado : Sí
Presente / ausente : Presente

Frec. Respiratoria(x min) : 19

Frec. Cardíaca : 75

Examen Fisico por Regiones

* **-CABEZA**

CABEZA SIN ALTERACIONES

* **-OJOS**

OJOS NORMAL SIN ALTERACIONES

* **-OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA**

OTOSCOPIA:NORMAL MUCOSA HUMEDA SIN LESIONES NASOSCOPIA NORMAL OROFARIN

* **-CUELLO**

CUELLO SIMETRICO NO MASAS

* **-TORAX Y PULMONES**

TORAX : SIMETRICO SIN TIRAJES CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

* **-MAMA**

MAMAS asintomatica en el momento

* **-CARDIACO**

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS

* **-ABDOMEN Y PELVIS**

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EN EL M

* **-GENITALES**

GENITOURINARIO ASINTOMATICO en el momento

* **-ANO-RECTAL**

ANO RECTAL NO SE EXPLORA

Historia Clínica de Ingreso

- * **-EXTREMIDADES SUPERIORES**
EXTREMIDADES SUPERIORES SIMETRICAS SIN EDEMAS BUEN LLENADO CAPILAR
- * **-EXTREMIDADES INFERIORES**
EXTREMIDADES INFERIORES SIN ALTERACIONES
- * **-OSTEOMUSCULAR**
OSTEOMUSCULAR NORMAL
- * **-NEUROLOGICO**
NEUROLOGICO SIN ALTERACIONES
- * **-MENTAL**
MENTAL SIN ALTERACION EVIDENTE
- * **-PIEL Y FANERAS**
PIEL SIN ALTERACIONES EN EL MOMENTO

Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal : Z988
Descripción : OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Clasificación : Diag. Principal
Tipo : Confirmado Repetido
Finalidad Consulta : No Aplica
Causa Externa : Enfermedad general

Relación de Diagnósticos

* **Fecha** : 09.11.2018 **Hora** : 08:42
Código Diagnóstico : D649
Nombre Diagnóstico : ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO
Clasificación : Diag. Relacionado N°1
Tipo Diagnóstico : Confirmado Repetido

Análisis y Plan

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE PERITONITIS POR PERFORACION INTESTINAL HACE 2 MESES DURANTE RESECCION DE QUISTE OVARIO IZQUIERDO. EN EL MOMENTO EN MANEJO CON GINECOLOGIA CIRUGIA GENERAL.
 ACTUAMNETE DOLOR CICATRIA EN BUEN ESTADO NO SIGNOS DE INFECCION PERO DOLOR AL MOMENTO DE MOVILIZACION Y CAMINATAS.
 SE INDICA INCAPACIDAD HASTA VALORACION CONGINECOLOGIA EN 5 DIAS
 SE DAN INDICACIONES SIGNOS DE ALRMA SI PRESENTA FIEBRE DOLOR INTENSO MALESTAR GENERAL ASISTIR A CONSULTA POR URGENCIAS

Clasificac.de la Atención : No Aplica

Responsable Firmar

No. Interlocutor : 0000001895
Responsable : COCUNUBO GARCIA JAVIER ALI
Registro : 80006346
Especialidad : MEDICINA GENERAL

Fecha : 09.11.2018 **Hora** : 08:48

Episodio : 10950255
Fecha : 13.11.2018

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 **F. Nacimiento** : 18.08.1994
Sexo : Femenino **Edad** : 24 Años
Especialidad : 10CTC GINECOLOGIA
Aseguradora : COMPENSAR POS-PC



Historia Clínica de Ingreso

Anamnesis

Estado Civil : Soltero
Dominancia : Diestro **Sistema de Creencias** : Católico
Nivel de Escolaridad : Universitarios Completos
Empleador o Empresa : CONTADORA 4 739882
Ocupación : CONTADORES
Vive Solo : Familiares
Informante : Paciente

Motivo de Consulta

POP DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR CISTECTOMIA OVARIO IZQUIERDO EN 3 DE SEP. 2018 .

Enfermedad Actual

G0P0

FUR. 1.NOVEMBRE. 2018

PLANIFICACION NEGATIVA. NIEGA RELACIONES SEXUALES (SE EXPLICA SI TINE RELACIONES SEXUALES PUEDE EMBARARSE.

POP DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR CISTECTOMIA OVARIO IZQUIERDO EN 3 DE SEP. 2018 . REFIERE COMPLICACION CON LESIONES INTESTINALES Y PERITONITIS, ULTIMO PROCEDIMIENTO " OPRINCIPIOS DE OCTUBRE ".

TRAE REPORTE 7.SEP.2017 PERITONITIS AGUDA.

94681-18 CAPSULA DE QUISTE OVARICO : CISTOADENOMA CEROSO.

PAVCIENTE MANIFISTA ESTA INCAPACITADA HASTA EL DIA DE HOY POR CITA PRIORITARIA 5 DIAS .

Consulta Compartida : No

Revisión por Sistemas

Sintomático respiratorio

¿Presenta tos con expectoración por más de 15 días? : No

* SÍNTOMAS GENERALES

NO PICOS FEBRILES

* GENITOURINARIO

NO SANGRADO.

Parametros básicos

Condiciones generales

Aspecto General : Bueno
Presión Arterial(mm Hg) : 110 / 60
Presión Arterial Media(mm Hg) : 77
Pulso : 17
Pul/min Tomado : Sí
Presente / ausente : Presente

Frec. Respiratoria(x min) : 16
Peso(Kg) : 70,000
Talla(cm) : 171
IMC(Kg/m2) : 23,94
Superficie Corporal(m2) : 1,79

Examen Físico por Regiones

Historia Clínica de Ingreso

* **-CABEZA**

bueno

* **-ABDOMEN Y PELVIS**

CICATRIZ ABDOMINAL HIPERTROFICA . NO SIGNOS DE DOLOR ABDOMINAL.

* **-GENITALES**

TV. UTERO DE 6 CM , ENA AVF . NO SE PALPAN MASA ANEXILAES. NO DOLOR A LA MOVILIZACION DE CUELLO.

Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal : Z488

Descripción : OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA

Clasificación : Diag. Principal

Tipo : Confirmado Nuevo

Dx Pre-Qx : Sí

Finalidad Consulta : No Aplica

Causa Externa : Enfermedad general

Analisis y Plan

POP OR CISTECTOMIA OVARIO IZQUIERDO EN 3

DE SEP. 2018 . REFIERE COMPLICACION CON LESION INTESTINAL . ASITIO A CONTROL SE DIO INCAPACIDAD 25. OCTUBRE. 2018 . PACIENTE INSISTE TRABAJA EN ZONA FRANCA LE SES DIFICIL DESPLAZARSE POR LO CUAL SOLICITA PRORROGA DE INCAPACIDAD.

REFIERE CIRUJANO GENERAL DE MEDERI LE RECOMENDO NO SUBIR ESCALESRAS , NO TINE REGISTRO ESCRITO DE ESTO . REFIERE LA PACIENTE EL PROCESO EN MEDERI FUE CERRADO.

SE LLAMA A PARTE ADMINIRSTAR TIVA DR. JUAN CARLOS RODRIGUEZ Y SE COMENTA PACIENTE PARA SER VALORADA POR CIRUGIA GENERAL DE MANERA PRIORITARIA. EL DOCTOTR CONSIDERA PUEDE SER VALORADO POR MEDICO DE FAMILIA.

SE EXPLICA A PACIENTE LA PATOLOGIA ES BENIGNA.

PACIENTE REFIERE ESTA MUY TRIZTE "POR TODO LLORA " , SE REMITE A PSICOLOGIA.

Clasificac.de la Atención : Consulta Externa

Responsable Firmar

No. Interlocutor : 2000011167

Responsable : ESTUPIÑAN GEBER

Registro : 40036668

Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Fecha : 13.11.2018

Hora : 13:30

Episodio : 10978279
Fecha : 14.11.2018

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 F. Nacimiento : 18.08.1994
Sexo : Femenino Edad : 24 Años
Especialidad : C MEDICA NO PROGRAMADA
Aseguradora : COMPENSAR POS-PC

Historia Clínica de Ingreso

Anamnesis

Estado Civil : Soltero
Dominancia : Diestro
Nivel de Escolaridad : Universitarios Completos
Empleador o Empresa : CONTADORA
Ocupación : CONTADORES
Vive Solo : Familiares

Sistema de Creencias : Católico

Motivo de Consulta

SIN ACOMPAÑANTE
"POR LA CIRUGIA"

Enfermedad Actual

FEMENINA DE 24 AÑOS CON ANTECEDENTE DE RESECCION DE QUISTE PARA-OVARICO IZQUIERDO POR LAPAROSCOPIA DEL 03 DE SEPT DE 2018 QUIN PRESENTO MULTIPLES COMPLICACIONES INTRA-OPERATORIAS POR LOQUEU REQUIERIO LAPAROTOMIA EXPLORATORIA + ANASTOMOSIS LATEROLATERAL EN ASA DELGADA + OMENTECTOMIA PARCIAL POR PERITONITIS EN 4 CUADRANTES Y POSTERIORMENTE MULTIPLES LAVADOS INTRA-OPERITONEALES ULTIMO 25 DE SEPT DE 2018 POR LOQUEU SE DIO EGRESO EL 25 DE OCTUBRE DE 2018 , YA FUE VALORADA POR GINECOLOGIA QUIEN CONSIDERO CONTROL CON PATOLOGIA AUN PENDIENTE POR PROGRAMAR. REFIERE AUN TENER PENDIENTE VALORACION DE CONTROL POR CX GENERAL PROGRAMADA 28 DE NOV DE 2018 , HOY CONSULTA POR DOLOR PERSISTENTE EN SITIO OPERATORIO DE PREDOMINIO CON LA MARCHA Y CON VALSALVA.

Consulta Compartida : No

Revisión por Sistemas

Sintomático respiratorio

¿Presenta tos con expectoración por más de 15 días? : No

* SÍNTOMAS GENERALES

NO REFIERE

* ORGANOS DE LOS SENTIDOS

NO REFIERE

* CARDIOVASCULAR

NO REFIERE

* RESPIRATORIO

NO REFIERE

* GASTROINTESTINAL

HABITO INTESTINAL DIARIO DE CONSISTENCIA NORMAL

* GENITOURINARIO

HABITO URINARIO 4/0 SIN SINTOMAS IRRITATIVOS U OBSTRUCTIVOS

* LOCOMOTOR

NO REFIERE

* OSTEOARTICULAR

NO REFIERE

* SISTEMA NERVIOSO

NO REFIERE

Historia Clínica de Ingreso

* PIEL Y ANEXOS

NO REFIERE

* PSIQUIATRICOS

NO REFIERE

* SISTEMA ENDOCRINO Y METABOLICO

NO REFIERE

* OTROS

NO REFIERE MODIFICACION EN ANTECEDENTES PERSONALES O FAMILIARES. FUM: 9 NOV 2018 , PNF: NIEGA NO VIDA SEXUAL

Parametros básicos

Condiciones generales

Aspecto General : Bueno
Color de la Piel : Normal
Estado Hidratación : Hidratado
Estado de Conciencia : Alerta
Presión Arterial(mm Hg) : 120 / 78
Presión Arterial Media(mm Hg) : 92

Frec. Respiratoria(x min) : 16
Sat. Oxígeno(%) : 99
FIO2(%) : 21
Frec. Cardíaca : 68
Temperatura(°C) : 36,0

Examen Fisico por Regiones

* -CABEZA

NORMAL

* -OJOS

CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, ISOCORIA NORMORREACTIVA

* -OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA

OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, MUCOSA ORAL HUMEDA SIN EXUDADOS

* -CUELLO

MOVIL Y SIN ADENOPATIAS

* -TORAX Y PULMONES

SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS

* -MAMA

NO VALORADO

* -CARDIACO

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

* -ABDOMEN Y PELVIS

CICATRIZ QX DE LAPAROTOMIA SIN SIGNOS DE SOBREINFECCION, RUIDOS INTESTINALES NORMALES, BLANDO, LEVEMENTE DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL DE PARED ABDOMINAL. PUÑOEPRECUSION NEGATIVA

* -GENITALES

NO VALORADO

Episodio : 11151738
Fecha : 21.11.2018

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 **F. Nacimiento** : 18.08.1994
Sexo : Femenino **Edad** : 24 Años
Especialidad : C MEDICA NO PROGRAMADA
Aseguradora : COMPENSAR POS-PC



Historia Clínica de Ingreso

Anamnesis

Estado Civil : Soltero
Dominancia : Diestro
Nivel de Escolaridad : Universitarios Completos
Empleador o Empresa : CONTADORA
Ocupación : CONTADORES
Vive Solo : Familiares

Sistema de Creencias : Católico

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

PACIENTE CON RECUPERACION DE CIRUGIA ABDOMINAL POR LAPAROTOMIA EXPLORATORIA POR QUISTE DE DE OVARIO Y SECUNDARIO PERFORACION DE INTESTINO, ACTUALMENTE EN CONROLES POR GINECOLOGIA Y PENDIENTE CIRUGIA GENERAL , REFIERE LEVE DOLOR AL CAMINAR , HERIDA CICATRIZADA 90%. NIEGA FIEBRE OTROS SINTOMAS POR EL CUAL CONSULTA. FUR: 18/11/2018

Consulta Compartida : No

Revisión por Sistemas

Sintomático respiratorio

¿Presenta tos con expectoración por más de 15 días? : No

* SÍNTOMAS GENERALES

NIEGA

* ORGANOS DE LOS SENTIDOS

NIEGA

* CARDIOVASCULAR

NIEGA DOLOR TORACICO, PALPITACIONES, ORTOPNEA

* RESPIRATORIO

NIEGA TOS, EXPECTORACION, SIBILANCIAS

* GASTROINTESTINAL

NIEGA NAUSEAS, PROBLEMAS EN APETITO, DOLOR ABDOMINAL

* GENITOURINARIO

NIEGA

* LOCOMOTOR

NO PRESENTA ALTERACIONES DE LA MARCHA, NO MIALGIAS

* OSTEOARTICULAR

NIEGA DOLOR ARTICULAR, EDEMAS, DEFORMIDADES

* SISTEMA NERVIOSO

NIEGA INSOMNIO, SINCOPEs, LIPOTIMIAS, AMNESIA, AFASIA

* PIEL Y ANEXOS

NIEGA PRURITO, CAIDA DE CABELLO, SUDORACION EXCESIVA

* PSIQUIATRICOS

Art. 18. "Firma del médico sustituida por el nombre e identificación respectiva, de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 (Art. 18)"

Historia Clínica de Ingreso

NIEGA

* **SISTEMA ENDOCRINO Y METABOLICO**

NIEGA CAMBIOS DE PESO, HIRSUTISMO, INTOLERANCIA AL CALOR Y AL FRIO

* **OTROS**

NIEGA

Parametros básicos

Presión Arterial(mm Hg) : 120 / 80

Presión Arterial Media(mm Hg) : 93

Examen Físico por Regiones

* **-CABEZA**

NORMOCEFALO, NO MASAS, SIN ALTERACIONES

* **-OJOS**

NO ICTERICIA, PUPILAS ISOCORICAS, NORMORREACTIVAS A LA LUZ Y ACOMODACION

* **-OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA**

OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, NARIZ SIN ALTERACION, BOCA MUCOSA HUMEDA

* **-CUELLO**

SIN MASAS NI ADENOMEGALIAS

* **-TORAX Y PULMONES**

SIMETRICO, SIN LESIONES, RSRS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGAD

* **-MAMA**

NO APLICA

* **-CARDIACO**

RSCS RITMICOS, SIN SOPLOS

* **-ABDOMEN Y PELVIS**

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO SIGNOS DE IRITACION PERITONEAL, BLUMBER

* **-GENITALES**

SIN EXPLORACION

* **-ANO-RECTAL**

SIN EXPLORACION

* **-EXTREMIDADES SUPERIORES**

EUTROFICAS, SIN ALTERACIONES NI DEFORMIDADES

* **-EXTREMIDADES INFERIORES**

SIN EDEMAS, CON ADECUADA PERFUSION, NO VENAS VARICOSAS

* **-OSTEOMUSCULAR**

NO LIMITACION FUNCIONAL

* **-NEUROLOGICO**

ALERTA, ORIENTADO, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15

Historia Clínica de Ingreso

* **-MENTAL**

PACIENTE CON CURSO Y CONTENIDO DE PENSAMIENTOS ADECUADO

* **-PIEL Y FANERAS**

NO PETEQUIAS, NO EQUIMOSIS, NO HEMATOMAS

Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal : Z489
Descripción : CUIDADO POSTERIOR A LA CIRUGIA, NO ESPECIFICADO
Clasificación : Diag. Principal
Tipo : Impresión Diagnóstica
Finalidad Consulta : No Aplica
Causa Externa : Enfermedad general

Análisis y Plan

VALORO PACIENTE ALERTA CONSIENTE ORIENTADO A FEBRIL E HIDRATADO TOLERA VIA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE CURSA CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL SECUNDARIO A PROCESO QUIRURGICO EN RESOLUCION , AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA SECUELA DE CICATRIZ CON QUELODE EN REGION ABDOMINAL TIPO LAPAROTOMIA EXPLOORATORIA. AL EXAMEN FISIO NO SE EVIDENCIA NINGUN SIGNO DE INFECCION NI DE ABDOMEN AGUDO. SOLO DOLOR ALA PALPACION PROFUNDA, SE DA MANEJO CON ANAKLGESICO IM Y REPOSO EN CASA. PENDIENTE NUEVA VALORACION POR ESPECIALISTA.

Clasificac.de la Atención : Consulta prioritaria

Responsable Firmar

No. Interlocutor : 2000010931
Responsable : NAVARRO MUÑOZ HERNANDO DAVID
Registro : 72270914
Especialidad : MEDICINA GENERAL

Fecha : 21.11.2018 **Hora** : 10:55

Episodio : 11330125
Fecha : 28.11.2018

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 **F. Nacimiento** : 18.08.1994
Sexo : Femenino **Edad** : 24 Años
Especialidad : C MEDICA NO PROGRAMADA
Aseguradora : COMPENSAR POS-PC



Historia Clínica de Ingreso

Anamnesis

Estado Civil : Soltero
Dominancia : Diestro
Nivel de Escolaridad : Universitarios Completos
Empleador o Empresa : CONTADORA
Ocupación : CONTADORES
Vive Solo : Familiares

Sistema de Creencias : Católico

Motivo de Consulta

TENGO COLICOS

Enfermedad Actual

PACIENTE QUE ASISTE A CITA PRIORITARIA POR DOLOR ABDOMINAL GENERALIZADO DE TIPO COLICO ASOCIADO CON SANGRADO VAGINAL SIN COAGULOS. REFIERE QUE ESTA PENDIENTE UNA VALORACION MEDICA POR GINECOLOGIA, NIEGA OTROS SINTOMAS POR EL CUAL CONSULTA. FUR:27/11/2018

Consulta Compartida : No

Revisión por Sistemas

Sintomático respiratorio

¿Presenta tos con expectoración por más de 15 días? : No

* SÍNTOMAS GENERALES

NIEGA

* ORGANOS DE LOS SENTIDOS

NIEGA

* CARDIOVASCULAR

NIEGA DOLOR TORACICO, PALPITACIONES, ORTOPNEA

* RESPIRATORIO

NIEGA TOS, EXPECTORACION, SIBILANCIAS

* GASTROINTESTINAL

NIEGA NAUSEAS, PROBLEMAS EN APETITO, DOLOR ABDOMINAL

* GENITOURINARIO

NIEGA

* LOCOMOTOR

NO PRESENTA ALTERACIONES DE LA MARCHA, NO MIALGIAS

* OSTEOARTICULAR

NIEGA DOLOR ARTICULAR, EDEMAS, DEFORMIDADES

* SISTEMA NERVIOSO

NIEGA INSOMNIO, SINCOPEs, LIPOTIMIAS, AMNESIA, AFASIA

* PIEL Y ANEXOS

NIEGA PRURITO, CAIDA DE CABELLO, SUDORACION EXCESIVA

* PSIQUIATRICOS

Historia Clínica de Ingreso

NIEGA

* **SISTEMA ENDOCRINO Y METABOLICO**

NIEGA CAMBIOS DE PESO, HIRSUTISMO, INTOLERANCIA AL CALOR Y AL FRIO

* **OTROS**

NIEGA

Parametros básicos

Presión Arterial(mm Hg) : 120 / 80

Presión Arterial Media(mm Hg) : 93

Frec. Respiratoria(x min) : 18

Tipo de Respiración : Normal

Sat. Oxígeno(%) : 97

Temperatura : Normal

Temperatura(°C) : 36,0

Lugar de la Toma : Axilar

Examen Fisico por Regiones

* **-CABEZA**

NORMOCEFALO, NO MASAS, SIN ALTERACIONES

* **-OJOS**

NO ICTERICIA, PUPILAS ISOCORICAS, NORMORREACTIVAS A LA LUZ Y ACOMODACION

* **-OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA**

OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, NARIZ SIN ALTERACION, BOCA MUCOSA HUMEDA

* **-CUELLO**

SIN MASAS NI ADENOMEGALIAS

* **-TORAX Y PULMONES**

SIMETRICO, SIN LESIONES, RSRS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGAD

* **-MAMA**

NO APLICA

* **-CARDIACO**

RSCS RITMICOS, SIN SOPLOS

* **-ABDOMEN Y PELVIS**

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO SIGNOS DE IRITACION PERITONEAL, BLUMBER

* **-GENITALES**

SIN EXPLORACION

* **-ANO-RECTAL**

SIN EXPLORACION

* **-EXTREMIDADES SUPERIORES**

EUTROFICAS, SIN ALTERACIONES NI DEFORMIDADES

* **-EXTREMIDADES INFERIORES**

SIN EDEMAS, CON ADECUADA PERFUSION, NO VENAS VARICOSAS

Historia Clínica de Ingreso

- * **-OSTEOMUSCULAR**
NO LIMITACION FUNCIONAL
- * **-NEUROLOGICO**
ALERTA, ORIENTADO, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15
- * **-MENTAL**
PACIENTE CON CURSO Y CONTENIDO DE PENSAMIENTOS ADECUADO
- * **-PIEL Y FANERAS**
NO PETEQUIAS, NO EQUIMOSIS, NO HEMATOMAS

Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal : N946
Descripción : DISMENORREA, NO ESPECIFICADA
Clasificación : Diag. Principal
Tipo : Impresión Diagnóstica
Finalidad Consulta : No Aplica
Causa Externa : Enfermedad general

Analisis y Plan

VALORO PACIENTE ALERTA CONSIENTE ORIENTADO A FBERIL E HIDRATADO TOLERA VIA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE CURSA CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL SECUNDARIO A DISMENORREA O TRASTORNO DE MESNTRUACION EN EL MOMENTO CON COLICOS BADOMINALES MENSTRUALES. SE DA MANEJO CON ANALGESICO IM Y REPOSO EN CASA X 2 DIAS, PENDIENTE CITA CON GINECOLOGIA . ENTIEND EY ACEPTA MASNEJO MEDICO. SI PERSISTE SINTOMAS ACUDIR A URGENCIAS.

Clasificac.de la Atención : Consulta prioritaria

Responsable Firmar

No. Interlocutor : 2000010931
Responsable : NAVARRO MUÑOZ HERNANDO DAVID
Registro : 72270914
Especialidad : MEDICINA GENERAL

Fecha : 28.11.2018 **Hora** : 11:12

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 **F. Nacimiento** : 18.08.1994
Sexo : Femenino **Edad** : 26 Años
Especialidad : 10CTP TALLERES PYP
Aseguradora : COMPENSAR -PC

Registro de Talleres

* **Fecha del registro** : 16.01.2021 **Hora Registro** : 11:49
Servicio : 10CTP TALLERES PYP
Responsable : Terapeuta física
Programa : A TODO PULMÓN ADULTOS
Módulo : 1 **Sesión #** : 1
Fecha : 16.01.2021 **Hora de inicio** : 06:30 **Hora de finalización** : 06:45
Tema : ORIENTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO. QUÉ ES Y COMO TRATARLO. CHARLA DIRIGIDA A
PACIENTES Y CUIDADORES

Objetivo de la sesión : INFORMAR LOS ASPECTOS RELEVANTES DEL MANEJO DE LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA, HACIENDO ÉNFASIS EN LOS

Objetivo específico : Describir actividades de promoción y prevención de la enfermedad respiratoria en el Adulto.

Informar sobre la patología, cuidados generales, Medidas de Aislamiento y autocuidado, signos y síntomas de alarma, medidas preventivas generales. Abordar creencias y mitos sobre la enfermedad e identificar requerimiento de apoyo emocional. Informar sobre uso y mantenimiento de la inhalocámara si actualmente usa inhaladores. Enfatizar mantener contacto permanente con Compensar en el seguimiento de COVID 19. Informar sobre canales de atención para resolver inquietudes relacionadas con certificados de aislamiento, reporte de prueba, Certificado de recuperación e incapacidad.

Descripción de la actividad : Se realiza llamada telefónica de seguimiento en las primeras 72 horas luego de la confirmación de resultado positivo de COVID 19 usuario acepta recibir la teleorientación Si, se interroga sobre el estado general de salud y manifiesta que se encuentra recuperado, se interroga sobre síntomas respiratorios encontrando tos y fatiga al esfuerzo, uso actual de medicamentos inhalados refiere becloemtasona, en su familia existen otras personas con sintomatología respiratoria No, ha tomado precauciones como uso de tapabocas lavado de manos y distanciamiento social Si. Se indaga si requiere apoyo emocional el usuario refiere que No. Se explican signos de alarma, debe estar pendiente de exacerbación de síntomas: persistencia de fiebre, tos, sensación de ahogo, dificultad respiratoria, en caso de aumento o persistencia en los síntomas debe asistir a urgencias. Usuario manifiesta que comprende y ha recibido la información, se informa sobre los canales de atención de COMPENSAR, se resuelven dudas para el usuario y el núcleo familiar. Se dan recomendaciones sobre manejo y limpieza de inhalocámara, uso de inhaladores Si Se dan recomendaciones sobre lavado nasal Si Se dan recomendaciones sobre manejo de respiración, adecuada mecánica respiratoria. Se envía material educativo vía wasap

Plan : Contacto telefónico con LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA Paciente quien ya termino aislamiento estricto desde el 05 de enero, se define cierre de caso por recuperación y mejoría de paciente. Se termina llamada usuario manifiesta que entiende y acepta la educación, y que se resolvieron todas las dudas.

Responsable : PEDROZA PERDOMO DIANA MARCELA
Registro : 26425275
Especialidad : FISIOTERAPIA
Ubicación : En Consulta Externa

* **Fecha del registro** : 06.12.2018 **Hora Registro** : 11:22
Servicio : 10CTC CUIDADO EMOCIONAL
Responsable : Trabajador Social
Programa : CUIDADO EMOCIONAL ADULTO
Módulo : 1 **Sesión #** : 1
Fecha : 06.12.2018 **Hora de inicio** : 09:00 **Hora de finalización** : 11:00
Tema : REESCRIBIR MI HISTORIA

Objetivo de la sesión : PROMOVER EL AUTORRECONOCIMIENTO DE ESTRATEGIAS PERSONALES Y SOCIALES DE AFRONTAMIENTO DE EVENTOS E

Objetivo específico : Promover historias de auto reconocimiento, resiliencia, confianza, esperanza#Mapear recursos personales, familiares y sociales que favorecen el afrontamiento y la resiliencia.#Destacar logros y re encuadrar dificultades.#

Descripción de la actividad : Se realiza actividad de acogida para sensación grupal de pertenencia, pertinencia del cuidado emocional y cooperación.#Se desarrolla intervención terapéutica orientada al autorreconocimiento, la identificación y re significación de dificultades y la promoción de la agencia personal- familiar para el adecuado afrontamiento de las mismas.#Se genera espacio de retroalimentación y conclusiones de la experiencia.# Se asigna tareas y siguiente programación.

Plan : Continuar con el proceso grupal psicosocial.

Responsable : GONZALEZ LOPEZ MONICA ALEJANDRA
Registro : 1018453798

Registro de Talleres

Especialidad : PSICOLOGIA
Ubicación : En Consulta Externa



4271072001E

Fecha: 09/02/2019 07:29:34 a. m.
Paciente: LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Examen: ECO TRANSVAGINAL
Empresa: UT COMPENSAR IPS

Sede: COMP KENNEDY
Estudio: 56772857 710720
Documento: 1022395641
Edad: 24 a 5 m 21 d

ECOGRAFIA TRANSVAGINAL:

Con transductor transvaginal se realizó barrido sonográfico observándose:

Útero en RVF de contornos regulares y ecogenicidad miometrial normal con dimensiones de 44 x 48 x 47 mm.

Endometrio de 11.2 mm de espesor, homogéneo.

Cuello uterino cerrado de 31 mm de longitud.

Ovarios de aspecto ecográfico normal y dimensiones de:

Ovario derecho de 40 x 17 x 31 mm, para un volumen de 11.6 cc.

Ovario izquierdo de 27 x 16 x 26 mm, para un volumen de 6.4 cc.

No hay líquido libre en los fondos de saco.

OPINION:

ECOGRAFIA TRANSVAGINAL DENTRO DE LIMITES NORMALES.

LINA MARIA TELLEZ CUELLAR

M.D. GINECO-OBSTETRA

R.M. 35537714

C.C. 35537714

Transcrito por: GUTJEN

Episodio : 12921640
Fecha : 07.02.2019

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 **F. Nacimiento** : 18.08.1994
Sexo : Femenino **Edad** : 24 Años
Especialidad : C MEDICA NO PROGRAMADA
Aseguradora : COMPENSAR CONTRIBUTIVA



Historia Clínica de Ingreso

Anamnesis

Estado Civil : Soltero
Dominancia : Diestro
Nivel de Escolaridad : Universitarios Completos
Empleador o Empresa : CONTADORA
Ocupación : CONTADORES
Vive Solo : Familiares
Informante : Paciente

Sistema de Creencias : Católico

Motivo de Consulta

" PERIODO INTENSO CON DOLOR Y DIAREE SEVERA "

Enfermedad Actual

PTE DE OCUPACION CONTADORA P DIXE QUIEN EN SPET FUE LAÁROSCOPI POR EL QUISTE DE OVARIO Y POSTERIOPR PORESNJTO PERFORACION INTESTINAL Y LA VOLVIERON A OPERAR (BOLSA DE BOGOTA) AHORA DOLOR INTENSO DURANTE LA MESTRUACION DIOARTREA Y MESTRUACION INTENSAS DOLORES VIBRANTES CONSTANTE TRATAMIENTO AOS BELLARA

Consulta Compartida : No

Revisión por Sistemas

Sintomático respiratorio

¿Presenta tos con expectoración por más de 15 días? : No

* SÍNTOMAS GENERALES

NORMALES

* ORGANOS DE LOS SENTIDOS

NO REFIERE

* CARDIOVASCULAR

NO REFIERE

* RESPIRATORIO

NO SINTOMAS

* GASTROINTESTINAL

NO DOLOR NI DIARREA APETITO NORMAL HI 1 X DIA

* GENITOURINARIO

FRECUENCIA Y CANTIDAD NORMAL ADECUADA NO DOLOR NO ARDOR MESTRUACIONES INBTESNA CON DOLOR

* LOCOMOTOR

SIN SINTOMAS

* OSTEOARTICULAR

NO DOLOR NI EDEMA NI LIMITACION

* SISTEMA NERVIOSO

NO REFIERE

* PIEL Y ANEXOS

Historia Clínica de Ingreso

NADA

* **PSIQUIATRICOS**

NO REFIERE

* **SISTEMA ENDOCRINO Y METABOLICO**

CAIDA DEL CABELLEO

* **OTROS**

NADA

Parametros básicos

Condiciones generales

Aspecto General : Bueno
Color de la Piel : Normal
Estado Hidratación : Hidratado
Estado de Conciencia : Alerta
Estado del Dolor : 0
Orientado en Tiempo : Si
Orientado en Persona : Si
Orientado en Espacio : Si
Posición Corporal : Normal
Condición al llegar : Sobrio

Presión Arterial

Toma de Presión : Manual
Presión Arterial(mm Hg) : 110 / 70
Presión Arterial Media(mm Hg) : 83
Lugar de la Toma : Brazo Derecho
Posición : Sedestación
Pulso : 70
Pul/min Tomado : Sí
Presente / ausente : Presente
Rítmico/Arritmico : Rítmico

Frec. Respiratoria(x min) : 18
Tipo de Respiración : Normal
Frec. Cardíaca : 70
Temperatura : Normal
Peso(Kg) : 63,500
Talla(cm) : 170
IMC(Kg/m2) : 21,97
Superficie Corporal(m2) : 1,70

Examen Físico por Regiones

- * **-CABEZA**
NORMOCEFALA SIN DOLOR EN SENOS
- * **-OJOS**
SIN SECERECION ISOCORICAS
- * **-OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA**
SIN SECRECION AMIGDLAS NORMALES
- * **-CUELLO**
SIN ADENOPATIAS TIROIDES NO PALPABLE
- * **-TORAX Y PULMONES**

Historia Clínica de Ingreso

SIN DOLOR SIN EXTRATONOS

* **-MAMA**

SIN SECRECION SIN MASAS SIN CAMBIOS DE COLOR

* **-CARDIACO**

SIN SOPLOS RUIDOS RITMICOS

* **-ABDOMEN Y PELVIS**

BLANDO DEPRESIBLE SIN MASAS RSIS +/- SIN ZONAS DE DOLOR O IRRITACION PERITONEAL CICTRIS QUELIODE INFRAU8M,BLCAL MEDIAL

* **-GENITALES**

NO SE EXPLORA

* **-ANO-RECTAL**

NO SE EXPLORA

* **-EXTREMIDADES SUPERIORES**

NORMALES

* **-EXTREMIDADES INFERIORES**

NORMALES SIN EDEMAS NI ULCERAS

* **-OSTEOMUSCULAR**

SIN LIMITACION Y SIN DOLOR

* **-NEUROLOGICO**

NO DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR

* **-MENTAL**

SIN CAMBIOS COGNITIVOS

* **-PIEL Y FANERAS**

SIN CAMBIOS

Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal : N925

Descripción : OTRAS MENSTRUACIONES IRREGULARES ESPECIFICADAS

Clasificación : Diag. Principal

Tipo : Confirmado Nuevo

Finalidad Consulta : No Aplica

Causa Externa : Enfermedad general

Analisis y Plan

SE EX'NLIOA QUE ESTA EN BUEN ESTADAO

SE SOOLITA ECO TV DE EPELVIS

SE SUSGLOERE TOPM,AR BIOTINA CADA DIA X 3 MESS

SE REVISNS LOS EXMAN ESTAN NPRMAES HEMOPGRAMA NORMAL

SE CIATA A GESTIB ON LA ECO

SE LE EXPLICA SOBRE AUTOCUIDADO PERSONAL, AUTOEXAMEN DE MAMAS, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PREVENION DE ETS, IMPORTANCIA DE REALIZACION DE CITOLOGIA PERIODICA. VENTAJAS DEL USO DE UN METODO ANTICONCEPTIVO. PREVENION DE ACCIDENTES, IMPORTANCIA DE LA SALUD E HIGIENE ORAL SEGUIMIENTO PERIODICO POR HIGIENE ORAL U ODONTOLOGIA

EVITAR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, ALCOHOL Y CIGARRILLO DIETA BALANCEADA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, EJERCICIO FISICO EN FORMA REGULAR, RECREACION

Clasificac.de la Atención : Consulta Externa

Historia Clínica de Ingreso

Responsable Firmar**No. Interlocutor** : 0000001806**Responsable** : ESMERAL JIMENEZ HECTOR MANUEL**Registro** : 79261160**Especialidad** : MEDICINA GENERAL**Fecha** : 07.02.2019**Hora** : 08:45

Episodio : 14310330
Fecha : 01.04.2019

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 **F. Nacimiento** : 18.08.1994
Sexo : Femenino **Edad** : 24 Años
Especialidad : C MEDICA NO PROGRAMADA
Aseguradora : COMPENSAR CONTRIBUTIVA



Historia Clínica de Ingreso

Anamnesis

Estado Civil : Soltero
Dominancia : Diestro
Nivel de Escolaridad : Universitarios Completos
Empleador o Empresa : CONTADORA
Ocupación : CONTADORES
Vive Solo : Familiares
Informante : Paciente

Sistema de Creencias : Católico

Motivo de Consulta

" DOLOR DE ESTOMAGO ,ESTREÑIMIENTO "

Enfermedad Actual

PACIENTE REFIERE CUADRO DE 10 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL , SE ASOCIA DEPOSICIONES DURAS , DOLOROSAS, PRESENTO SANGRADO CON LA DEPOSICION ESTA MAÑANA , FLATULENCIA: SI BORBORISMOS: SI, FIEBRE: NO, VOMITO: NO, DIARREA: NO-DOLOR TORACICO: NIEGA, DISNEA: NIEGA, TINNITUS: NIEGA , FOSFENOS: NIEGA, EPISTAXIS: NIEGA,CEFALEA INTENSA: NIEGA , POLIFAGIA: NIEGA, POLIDIPSIA: NIEGA. OCUPACION. CONTADORA PUBLICA-FUMA: NIEGA - BEBE:NIEGA - VIVE CON LOS PADRES..FUR: 10 DE MARZO/19 :

-** NOTA : CITA DOBLE AGENDA : 12.40 - 2 DE 2.

Consulta Compartida : No

Revisión por Sistemas

Sintomático respiratorio

¿Presenta tos con expectoración por más de 15 días? : No

Parametros básicos

Condiciones generales

Aspecto General : Bueno
Color de la Piel : Normal
Estado Hidratación : Hidratado
Estado de Conciencia : Alerta
Orientado en Tiempo : Si
Orientado en Persona : Si
Orientado en Espacio : Si
Posición Corporal : Normal
Condición al Llegar : Sobrio

Presión Arterial

Toma de Presión : Manual
Presión Arterial(mm Hg) : 120 / 70
Presión Arterial Media(mm Hg) : 87

Frec. Respiratoria(x min) : 19
Frec. Cardíaca : 72
Peso(Kg) : 62,000
Talla(cm) : 166
IMC(Kg/m2) : 22,50
Superficie Corporal(m2) : 1,68

Examen Fisico por Regiones

* **-CABEZA**
NORMOCEFALA.

Historia Clínica de Ingreso

- * **-OJOS**
PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ.
- * **-OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA**
OTOSCOPIA NORMAL - MUCOSAS HUMEDAS
- * **-CUELLO**
NO ADENOPATIAS.
- * **-TORAX Y PULMONES**
SIMETRICO,MURMULLO VESICULAR ADECUADO NO SDR NO TIRAJES.
- * **-MAMA**
NO SE EXPLORAN
- * **-CARDIACO**
RITMICOS NO SOPLOS-
- * **-ABDOMEN Y PELVIS**
DEPRESIBLE DOLOROSO EN MESOGASTRIO,NO MASAS NO MEGALIAS,NO SIGNOS PERITONEALES HXQX ,CICATRIZ QUELOIDE.LAPAROTOMIA.
- * **-GENITALES**
NO SE EXPLORAN
- * **-ANO-RECTAL**
NO SE EXPLORAN
- * **-EXTREMIDADES SUPERIORES**
PULSOS RADIAL/CUBITAL PRESENTES..
- * **-EXTREMIDADES INFERIORES**
NO EDEMAS ,PULSOS FEMORALES/POPLITEOS /PEDIOS PRESENTES
- * **-OSTEOMUSCULAR**
NO LIMITACIONES
- * **-NEUROLOGICO**
-,NO DEFICIT NEUROLOGICO-
- * **-MENTAL**
-NORMAL
- * **-PIEL Y FANERAS**
NO LESIONES, EN PIEL.

Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal	: K589
Descripción	: SINDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA
Clasificación	: Diag. Principal
Tipo	: Impresión Diagnóstica
Finalidad Consulta	: No Aplica
Causa Externa	: Enfermedad general

Analisis y Plan

Historia Clínica de Ingreso

- PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD --PACIENTE ACEPTABLE ESTADO, NO PRESENTA SIGNOS DE ALARMA, NO DEFICIT NEUROLÓGICO, CON CUADRO DE SII SIN DIARREA- --RECOMENDACIONES: ALIMENTACION SALUDABLE COMER VERDURAS FRUTAS FRESCAS HACER EJERCICIO A TOLERANCIA ,AUTOCUIDADO . NO FRITOS, NO GASEOSAS , NO COMIDAS DE PAQUETE , NO AYUNOS PROLONGADOS , NO TINTO , NO DULCES HIPERACIDOS,NO CHICLES , NO MENTAS , NO ACOSTARSE CON ESTOMAGO LLENO , DEAMBULAR 2 HORAS ANTES DE ACOSTARSE , MANEJO DEL ESTRESS - EVITAR BEBIDAS ALCOHOLICAS , EVITAR BROCOLI COLIFLOR HABICHUELAS, REPOLLO ENTRE OTROS..

-----ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA: SI PRESENTA FIEBRE MAYOR 38 C, PERSISTENTE O REAPARICIÓN DE LA FIEBRE, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR ABDOMINAL CONSTANTE, DEPOSICIONES CON SANGRE, MICCIONES CON SANGRADO,ALTERACIONES EN EL HABLA Y O LENGUAJE, EN LA MARCHA, MOVIMIENTO,FUERZA, SENSIBILIDAD.

-** NOTA : CITA DOBLE AGENDA : 12.40 - 2 DE 2.

Clasificac.de la Atención : No Aplica

Responsable Firmar

No. Interlocutor : 0000001799

Responsable : MARTINEZ ALFONSO JOSE EDILBERTO

Registro : 79127272

Especialidad : MEDICINA GENERAL

Fecha : 01.04.2019

Hora : 14:56

Episodio : 18583248
Fecha : 12.09.2019

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 **F. Nacimiento** : 18.08.1994
Sexo : Femenino **Edad** : 25 Años
Especialidad : C MEDICA NO PROGRAMADA
Aseguradora : COMPENSAR CONTRIBUTIVO-PC

Historia Clínica de Ingreso

Anamnesis

Estado Civil : Soltero
Dominancia : Diestro
Nivel de Escolaridad : Universitarios Completos
Empleador o Empresa : CONTADORA
Ocupación : CONTADORES
Vive Solo : Familiares

Sistema de Creencias : Católico

Motivo de Consulta

CITA NO PROGRAMADA

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 25 AÑOS CON DLOR EN ABDOMEN EN EPOGATSI Y MARCO COLCIO IZQUIERDO , EN MANEJO CON SUCRALFATO Y OMEPRAZOL , ESTOS MEDICAMENTOS NO HAN MEJORADO EN LO ABSOLUTO, ADEMÁS REFIERE AEOS CONSTANTES

Consulta Compartida : No

Revisión por Sistemas

Sintomático respiratorio

¿Presenta tos con expectoración por más de 15 días? : No

* SÍNTOMAS GENERALES

NORMAL

* ORGANOS DE LOS SENTIDOS

NORMAL

* CARDIOVASCULAR

NORMAL

* RESPIRATORIO

NO TOS, NO DISNEA , NO DOLOR TORAXICO

* GASTROINTESTINAL

HABITO INTESTINAL DIARIO 1 CONNDIFICULTAD

* GENITOURINARIO

HABURINARIO 5X0

* LOCOMOTOR

NORMAL

* OSTEOARTICULAR

NORMAL

* SISTEMA NERVIOSO

NORMAL

* PIEL Y ANEXOS

NORMAL

* PSIQUIATRICOS

Historia Clínica de Ingreso

NORMAL

* SISTEMA ENDOCRINO Y METABOLICO

NORMAL

* OTROS

REFIERE QUE NO PRACTICA DEPORTE , HOBIES NINGUNO , DOMINANCIA DERECHA

Parametros básicos

Condiciones generales

Aspecto General : Bueno
Color de la Piel : Normal
Estado Hidratación : Hidratado
Estado de Conciencia : Alerta
Orientado en Tiempo : Si
Orientado en Persona : Si
Orientado en Espacio : Si
Posición Corporal : Normal
Condición al llegar : Sobrio

Presión Arterial

Toma de Presión : Manual
Presión Arterial(mm Hg) : 100 / 60
Presión Arterial Media(mm Hg) : 73
Pulso : 70
Pul/min Tomado : Sí
Presente / ausente : Presente

Frec. Respiratoria(x min) : 20
Sat. Oxígeno(%) : 90
Frec. Cardíaca : 70
Temperatura : Normal
Temperatura(°C) : 36,0
Peso(Kg) : 67,000
Talla(cm) : 170
IMC(Kg/m2) : 23,18
Superficie Corporal(m2) : 1,75

Examen Fisico por Regiones

- * **-CABEZA**
NORMOCEFALO
- * **-OJOS**
PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ
- * **-OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA**
MEMBRANA TÍMPANA INTEGRAL
- * **-CUELLO**
MOVIL
- * **-TORAX Y PULMONES**
SIMETRICO BIEN VENTILADOS
- * **-MAMA**
NO SE EXPLORA
- * **-CARDIACO**

Historia Clínica de Ingreso

RITMICOS NO SOPLOS

- * **-ABDOMEN Y PELVIS**
BLANDO DEPRESIBLE DOLOR EN EPIGASTRIO Y MARCO COLICO
- * **-GENITALES**
NO SE EXPLORA
- * **-ANO-RECTAL**
NO SE EXPLORA
- * **-EXTREMIDADES SUPERIORES**
SIMETRICAS
- * **-EXTREMIDADES INFERIORES**
PULSOS DISTALES PRESENTES
- * **-OSTEOMUSCULAR**
SIN ALTERACIONES
- * **-NEUROLOGICO**
SIN DEFICIT
- * **-MENTAL**
SIN ALTERACIONES
- * **-PIEL Y FANERAS**
SIN ALTERACIONES
- * **-OTROS**
NIEGA

Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal	: R104
Descripción	: OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
Clasificación	: Diag. Principal
Tipo	: Impresión Diagnóstica
Finalidad Consulta	: No Aplica
Causa Externa	: Enfermedad general

Analisis y Plan

SE TRATA DE PACIENTE DE 25V AÑOS CON DOLOR E EPIGASTRATRIO Y MARCO COLCIO ANTECEDENTE DE LAPAROTOMIA POR PERITONITIS ENCUECTOR EN BUEN ESTADO GENERAL. AFEBRIL. NO SIGNOS DE DESHIDRATACION, PERMEABLE. OJOS: PUPILAS ISOCORICAS, MOVIMIENTOS OCUALRES CONSERVADOS. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS, MANO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA OTORRINO: OROFARINGE NÓRMAL. ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE DOLOR EN EPIGASTRIO Y MARCO COLICO . NO SE PALPAN MASAS, NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. PUÑOPERCUSION LUMBAR (-). GENITOURINARIO NO SE EXPLORA EXTREMIDADES: NO EDEMAS, EUTROFICAS. NEUROLOGICO: MOTOR Y SENSITIVO CONSERVADO. NO SIGNOS MENINGEOS, DEJO MANEJO MEDICO PAA SU DOLOR ENVIO ECOGRAFIASE DAN RECOMENDACIONES HABITOS NUTRICIONALES: CONSUMIR MAS FRUTAS ,VERDURAS DIARIAS CONSUMIR QUINUA, AMARANTO -UNA HARINA AL DIA - EVITAR CARNES FRIAS, EMBUTIDOS,CARNE DE CERDO , PRODUCTOS INSUSTRALIZADOS COMO JUGOS, GASEOSAS, SALSAS, SOPAS INSTANTANEAS, PAQUETES, PRODUCTOS DE TRIGO ,PAN, PASTELES EVITAR SOYA. NO GRASA TRAN. COMER A HORAS FIJAS, MASTICAR LOS ALIMENTOS ACTIVIDAD FISICA MINIMO TRES VECES POR SEMANA 30 MINUTOS DORMIR IDEALMENTE 8 HORAS DIARIAS SE HABLA SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS SE RECALCA LA IMPORTANCIA DEL USO DEL CONDON PARA REDUCCION DE RIESGOS DE ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL Y/O ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL DE ABDOMEN TOTAL.

Clasificac.de la Atención : Consulta Externa

Historia Clínica de Ingreso

Responsable Firmar**No. Interlocutor** : 2000009071**Responsable** : GANTIVA CEPEDA DOLLY ZULIETH**Registro** : 52266168**Especialidad** : MEDICINA GENERAL**Fecha** : 12.09.2019**Hora** : 16:30



42/756446/1

Fecha: 30/09/2019 07:17:10 a. m.
Paciente: LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Examen: ECO ABDOMEN TOTAL
Empresa: UT COMPENSAR IPS

Sede: COMP KENNEDY
Estudio: 61999317 756446
Documento: 1022395641
Edad: 25 a 1 m 12 d

Se realiza procedimiento institucional de consentimiento informado, se resuelven dudas al paciente y este refiere entender y aceptar la realización de estudio.

ECOGRAFÍA ABDOMINAL TOTAL :

Con transductor Convex se realizó estudio ecográfico del abdomen con los siguientes hallazgos :

Hígado de tamaño, forma, contornos y ecogenicidad normales, sin lesiones focales ó difusas.

La vía biliar intra y extrahepática es de calibre y configuración normales.

Vesícula biliar distendida, de paredes delgadas y contenido anecoico.

Páncreas y retroperitoneo en su porción visualizada de morfología usual.

El bazo es de tamaño normal, ecoestructura homogénea y no hay alteraciones de su cápsula.

Riñones de tamaño, forma, contornos posición y orientación normales.

No se observaron alteraciones en el curso y calibre de las estructuras vasculares retroperitoneales.

No se observa líquido libre en la cavidad abdominal.

Vejiga distendida, de paredes delgadas y contenido anecoico, útero en AVF, con medidas aproximadas de 70 x 33 x 69 mm, para un volumen de 84 cc, endometrio de 6 mm de grosor, ovarios con medidas aproximadas de :

Derecho de 26 x 14 x 25 mm, para un volumen de 5 cc.

Izquierdo de 21 x 19 x 28 mm, para un volumen de 6 cc.

No se observan masas anexiales.

Fondo de saco posterior libre.

Abundante gas intestinal, se recomienda correlacionar con rx de abdomen sin preparación.



42/756446/1

Fecha: 30/09/2019 07:17:10 a. m.
Paciente: LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Examen: ECO ABDOMEN TOTAL
Empresa: UT COMPENSAR IPS

Sede: COMP KENNEDY
Estudio: 61999317 756446
Documento: 1022395641
Edad: 25 a 1 m 12 d

EDGARD MORENO BUITRAGO

M.D. RADIOLOGO

R.M. 191793

C.C. 79491697

Transcrito por: RINCAR

IMPORTANTE: La recomendación de estudios complementarios es de tipo técnico, de acuerdo a la modalidad de imagen diagnóstica realizada, por lo que la competencia para definir la necesidad de estudios complementarios es del equipo médico tratante del paciente, de acuerdo al contexto clínico y ayudas diagnósticas previas.

Episodio : 19115511
Fecha : 02.10.2019

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 F. Nacimiento : 18.08.1994
Sexo : Femenino Edad : 25 Años
Especialidad : C MEDICA NO PROGRAMADA
Aseguradora : COMPENSAR CONTRIBUTIVO-PC



Historia Clínica de Ingreso

Anamnesis

Estado Civil : Soltero
Dominancia : Diestro
Nivel de Escolaridad : Universitarios Completos
Empleador o Empresa : CONTADORA
Ocupación : CONTADORES
Vive Solo : Familiares

Sistema de Creencias : Católico

Motivo de Consulta

TRAIGO EXAMENES MEDICOS

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 25 AÑOS CON ECOGRAFÍA ABDOMINAL TOTAL :Con transductor Convex se realizó estudio ecográfico del abdomen con los siguientes hallazgos :Hígado de tamaño, forma, contornos y ecogenicidad normales, sin lesiones focales ó difusas.La vía biliar intra y extrahepática es de calibre y configuración normales.Vesícula biliar distendida, de paredes delgadas y contenido anecoico.Páncreas y retroperitoneo en su porción visualizada de morfología usual.El bazo es de tamaño normal, ecoestructura homogénea y no hay alteraciones de su cápsula.Riñones de tamaño, forma, contornos posición y orientación normales.No se observaron alteraciones en el curso y calibre de las estructuras vasculares retroperitoneales.No se observa líquido libre en la cavidad abdominal.Vejiga distendida, de paredes delgadas y contenido anecoico, útero en AVF, con medidasaproximadas de 70 x 33 x 69 mm, para un volumen de 84 cc, endometrio de 6 mm de grosor, ovarioscon medidas aproximadas de :Derecho de 26 x 14 x 25 mm, para un volumen de 5 cc.Izquierdo de 21 x 19 x 28 mm, para un volumen de 6 cc.No se observan masas anexiales.Fondo de saco posterior libre.Abundante gas intestinal, se recomienda correlacionar con rx de abdomen sin preparación.. LABORATORIOS 24/9/19 GLUCOA 76.7 HEMGRAMA WBC 6.75 HCTO 43 HB 14.2PLAQUETAS 388

Consulta Compartida : No

Revisión por Sistemas

Sintomático respiratorio

¿Presenta tos con expectoración por más de 15 días? : No

* SÍNTOMAS GENERALES

NORMAL

* ORGANOS DE LOS SENTIDOS

NORMAL

* CARDIOVASCULAR

NORMAL

* RESPIRATORIO

NO TOS, NO DISNEA , NO DOLOR TORAXICO

* GASTROINTESTINAL

HABITO INTESTINAL DIA DE POR MEDIO O CADA DOS DIAS

* GENITOURINARIO

HABURINARIO 5X0

* LOCOMOTOR

NORMAL

* OSTEOARTICULAR

NORMAL

* SISTEMA NERVIOSO

Art. 18. "Firma del médico sustituida por el nombre e identificación respectiva, de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 (Art. 18)"

Historia Clínica de Ingreso

NORMAL

* PIEL Y ANEXOS

NORMAL

* PSIQUIATRICOS

NORMAL

* SISTEMA ENDOCRINO Y METABOLICO

NORMAL

* OTROS

REFIERE QUE NO PRACTICA DEPORTE , HOBIES NINGUNO , DOMINANCIA DERECHA

Parametros básicos

Condiciones generales

Aspecto General : Bueno
Color de la Piel : Normal
Estado Hidratación : Hidratado
Estado de Conciencia : Alerta
Orientado en Tiempo : Si
Orientado en Persona : Si
Orientado en Espacio : Si
Posición Corporal : Normal
Condición al llegar : Sobrio

Presión Arterial

Toma de Presión : Manual
Presión Arterial(mm Hg) : 100 / 70
Presión Arterial Media(mm Hg) : 80
Lugar de la Toma : Brazo Derecho
Posición : Sedestación
Pulso : 70
Pul/min Tomado : Sí
Presente / ausente : Presente

Frec. Respiratoria(x min) : 20
Sat. Oxígeno(%) : 90
Frec. Cardíaca : 70
Temperatura : Normal
Temperatura(°C) : 36,0
Peso(Kg) : 67,000
Talla(cm) : 170
IMC(Kg/m2) : 23,18
Superficie Corporal(m2) : 1,75

Examen Fisico por Regiones

- * **-CABEZA**
NORMOCEFALO
- * **-OJOS**
PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ
- * **-OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA**
MEMBRANA TIMPNAICA INTEGRAL
- * **-CUELLO**

Historia Clínica de Ingreso

MOVIL

- * **-TORAX Y PULMONES**
SIMETRICO BIEN VENTILADOS
- * **-MAMA**
NO SE EXPLORA
- * **-CARDIACO**
RITMICOS NO SOPLOS
- * **-ABDOMEN Y PELVIS**
BLANDO DEPRESIBLE
- * **-GENITALES**
NO SE EXPLORA
- * **-ANO-RECTAL**
NO SE EXPLORA
- * **-EXTREMIDADES SUPERIORES**
SIMETRICAS
- * **-EXTREMIDADES INFERIORES**
PULSOS DISTALES PRESENTES
- * **-OSTEOMUSCULAR**
SIN ALTERACIONES
- * **-NEUROLOGICO**
SIN DEFICIT
- * **-MENTAL**
SIN ALTERACIONES
- * **-PIEL Y FANERAS**
SIN ALTERACIONES
- * **-OTROS**
NIEGA

Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal : R104
Descripción : OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
Clasificación : Diag. Principal
Tipo : Impresión Diagnóstica
Finalidad Consulta : No Aplica
Causa Externa : Enfermedad general

Relación de Diagnósticos

* **Fecha** : 02.10.2019 **Hora** : 17:45
Código Diagnóstico : K590
Nombre Diagnóstico : CONSTIPACION
Clasificación : Diag. Relacionado N°1
Tipo Diagnóstico : Impresión Diagnóstica

Analisis y Plan

Historia Clínica de Ingreso

SE TRATA DE PACIENTE DE 25 AÑOS CON DOLOR ABDOMINAL DISTNSION GASESS SINTOMAS QUE SE RELACIONA CON SU MAL HABITO INTESTINAL ENCUENTRO EN BUEN ESTADO GENERAL. AFEBRIL. NO SIGNOS DE DESHIDRATACION, PERMEABLE. OJOS: PUPILAS ISOCORICAS, MOVIMIENTOS OCUALRES CONSERVADOS. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS, MANO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA OTORRINO: OROFARINGE NORMAL. ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE . NO SE PALPAN MASAS, NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. PUÑOPERCUSION LUMBAR (-). GENITOURINARIO NO SE EXPLORA EXTREMIDADES: NO EDEMAS, EUTROFICAS. NEUROLOGICO: MOTOR Y SENSITIVO CONSERVADO. NO SIGNOS MENINGEOS , DEJO MANEJO PARA SU DOLOR Y SU CONSTIPACION Y SOLICO RX DE ABDOMEN CONTORL WEN HORA DE GESTION HAG ENFAISIS EN INGESTA DE ABUNFDANTES LIQUIDOS FRUTAS VERDUTAS MEJORAR HABIT INTESTINAL .

Clasificac.de la Atención : Consulta Externa

Responsable Firmar

No. Interlocutor : 2000009071
Responsable : GANTIVA CEPEDA DOLLY ZULIETH
Registro : 52266168
Especialidad : MEDICINA GENERAL

Fecha : 02.10.2019 **Hora** : 17:48



02/2677851/1

Fecha: 28/10/2019 08:05:31 a. m.
Paciente: LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Examen: RX TRANSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE
Empresa: UT COMPENSAR EPS- NOVIEMBRE
Dosis aproximada entrada superficie 0.71 mGy.

Sede: NORTE
Estudio: 62646013 2677851
Documento: 1022395641
Edad: 25 a 2 m 10 d

RX TRÁNSITO INTESTINAL :

En la proyección preliminar el patrón de distribución gaseosa, los contornos viscerales, las líneas de los psoas y de los tejidos blandos no presentan alteraciones. No se observan calcificaciones anormales y las estructuras óseas no presentan alteraciones.

Por técnica convencional con medio de contraste baritado se realizó tránsito intestinal demostrando cámara gástrica, píloro, bulbo duodenal, yeyuno e íleon de calibre, contornos y recorrido usuales, sin evidencia de engrosamiento ni de alteraciones en los pliegues de su mucosa.

La frecuencia de los pliegues es normal.

El tránsito del medio de contraste se realiza en un tiempo de 60 minutos.

No se evidencia proceso fistuloso.

CONCLUSIÓN:

RX TRÁNSITO INTESTINAL DENTRO DE LÍMITES NORMALES.

NEFTALI CARDOSO CAICEDO

M.D. RADIOLOGO

R.M. 79531554

C.C. 79531554

Transcrito por: AREDIA

IMPORTANTE: La recomendación de estudios complementarios es de tipo técnico, de acuerdo a la modalidad de imagen diagnóstica realizada, por lo que la competencia para definir la necesidad de estudios complementarios es del equipo médico tratante del paciente, de acuerdo al contexto clínico y ayudas diagnósticas previas.

Episodio : 24137621
Fecha : 18.05.2020

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 **F. Nacimiento** : 18.08.1994
Sexo : Femenino **Edad** : 25 Años
Especialidad : 10CTC MEDICINA GENERAL
Aseguradora : COMPENSAR CONTRIBUTIVO-PC



Evoluciones Generales

Evoluciones Generales

Servicio : 0000890201
MEDICINA GENERAL CONSULTA DE PRIMERA VEZ
Tele seguimiento : Sí

Subjetivo : SE REALIZA TELEORIENTACION, MEDIDA DE CONTINGENCIA POR PANDEMIA COVID 19, VIRUS CAUSANTE DE SARS-CoV-2 (COVID-19), ENFERMEDAD QUE PUEDE CURSAR DESDE SINTOMAS LEVES HASTA NEUMONIA, SIRS Y MUERTE, CON POSIBLES SECUELAS DE FIBROSIS PULMONAR, PACIENTE ACEPTA ESTA INTERVENCION MC: SANGRADO ANAL EA: CUADRO CLINICO DE 1 SEMANA DE SANGRADO ANAL ROJIZO AL LIMPIARSE, DEPOSICIONES DURAS, PUJO, HABITO INTESTINAL CADA 2 DIAS CONSUME FIBRA CON POCA MEJORIA NO TOMA MEDICAMENTOS PLANIFICACION CON AO # SUSPENDE USO HACE 6 DIAS FUR 1 MAYO 2020

Objetivo : ANTECEDENTE DE PERITONITIS EN OCT DE 2018 ABDOMEN ABIERTO, HISTORIA DE ESTREÑIMIENTO DESDE ENTONCES, NO FIEBRE NO ESCALOFRIO, NO DIARREA NO VOMITO

Análisis : PACIENTE CON REINICIO DE SINTOMAS DE ESTREÑIMIENTO, DEJO FORMULA DE BISACODILO Y DIETA POR ESCRITO

Plan : SE ENVIA ORDENES POR CORREO, SE EPXLICA SIGNOS DE ALARMA

Diagnósticos

Diagnóstico de Ingreso / C. Externa

Diagnóstico Principal : K529
Descripción : COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS, NO ESPECIFICADAS
Tipo : Confirmado Repetido
Causa Externa : Enfermedad general
Finalidad de la Consulta : No Aplica
Clasificación Diagnóstico : Diag. Principal

Responsable Guardar

Fecha : 18.05.2020 **Hora** : 11:14
Registro : 40039358

Responsable : ALBERTO CELY ADRIANA MARIA
Especialidad : MEDICINA GENERAL

Responsable Firmar

Fecha : 18.05.2020 **Hora** : 11:14
Registro : 40039358
Responsable : ALBERTO CELY ADRIANA MARIA
Especialidad : MEDICINA GENERAL

Episodio : 24429373
Fecha : 03.06.2020

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 **F. Nacimiento** : 18.08.1994
Sexo : Femenino **Edad** : 25 Años
Especialidad : 10CTC MEDICINA GENERAL
Aseguradora : COMPENSAR CONTRIBUTIVO-PC



Evoluciones Generales

Evoluciones Generales

Servicio : 0000890301
CONSULTA DE CONTROL MEDICINA GENERAL
Tele seguimiento : Sí

Subjetivo : TELESEGUIMIENTO POR CONTINGENCIA COVID-19 Dando cumplimiento a directrices del gobierno nacional por CONTINGENCIA generada por COVID-19, en miras de evitar mayor riesgo de contagio que van dirigidas a mitigar el impacto en los pacientes que asisten a consultas, se realiza intervención vía telefónica. "Pensando en el bienestar tanto de Usted como de su familia me permito informarle que Compensar Salud ha implementado el modelo de teleorientación, de ésta manera evitando los desplazamientos a las unidades de servicio, disminuyendo el riesgo de contagio de COVID 19" Consentimiento informado: Una vez recibida esta información, ¿acepta Usted recibir esta teleorientación de salud? Respuesta: Si # ** CORREO ELECTRONICO:LFERNANDAPUENTESGAR@HOTMAIL.COM

Objetivo : LLEVO 2 SEMNAS CON ESTREÑIMIENTO SEVERO DIC QUE HACE 18 MESES DURANTE UNA CIRUGIA DE OVARIO PRESNTO PERFORACION DE INTYESTINO GRUESO LE HICIERON RESCCION COLONICA Y LAVDAO PERITONMARL EN 10 OASIONES POSTEROR DIPSEPSI Y TRANSITO INTESTINAL MUY LENTO AHORA PUJO DOLOR Y SNMGARADO DE TIPO MANACHAS SIN FIEBER Y SIN ESCALOFRILO

Análisis : SE SUGOERE TRAST MOTRIS DEL COLON VS ADHERENCIAS INTESTINALES

Plan : SE USGOER TIMAR GUAYACO EN HECES X 2 SE SUSGLOERE ESOMPERAZOL METOCLOPRAMIDA Y LACTULAX CADA 13HRS SE ENVA A NUTRICION PAR COORGAIAR LA DIETE PARA MAJAO DE POSBLES ADHERNCIAS INTETINALES SE DSN SOGNOS DE ALARMAO M OMO MELENA RECTORRAGI DESBANECOMCNTO AUNMATO DEL OLOR ABDOMINAL

Diagnósticos

Diagnóstico de Ingreso / C. Externa

Diagnóstico Principal : K590
Descripción : CONSTIPACION
Tipo : Impresión Diagnóstica
Causa Externa : Enfermedad general
Finalidad de la Consulta : No Aplica
Clasificación Diagnóstico : Diag. Principal

Evolución Diagnóstica

* **Fecha del Registro** : 03.06.2020
Hora : 13:26
Diagnóstico : N994
Descripción : ADHERENCIAS PERITONEALES PELVICAS CONSECUTIVAS A PROCEDIMIENTOS
Clasificación : Diag. Relacionado N°1
Tipo : Impresión Diagnóstica
Responsable : ESMERAL JIMENEZ HECTOR MANUEL

Responsable Guardar

Fecha : 03.06.2020 **Hora** : 13:26
Registro : 79261160

Responsable : ESMERAL JIMENEZ HECTOR MANUEL
Especialidad : MEDICINA GENERAL

Responsable Firmar

Fecha : 03.06.2020 **Hora** : 13:27
Registro : 79261160
Responsable : ESMERAL JIMENEZ HECTOR MANUEL
Especialidad : MEDICINA GENERAL

Episodio : 27497542
Fecha : 30.10.2020

Paciente : LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA
Identificación : CC 1022395641 **F. Nacimiento** : 18.08.1994
Sexo : Femenino **Edad** : 26 Años
Especialidad : 10CTC MEDICINA GENERAL
Aseguradora : COMPENSAR -PC



Evoluciones Generales

Evoluciones Generales

Servicio : 0000890301
CONSULTA DE CONTROL MEDICINA GENERAL
Tele seguimiento : Sí

Subjetivo : SE REALIZA TELE-ORIENTACIÓN TELEFÓNICA ACEPTADA POR EL PACIENTE A MODO DE CONSULTA VIRTUAL A RAÍZ DE LA SUSPENSIÓN DE CONSULTA PRESENCIAL POR LA PANDEMIA COVID

Objetivo : SE REVIS SICU SANGRAE OCULAT EN HECES NEGATIVO X 3 DICE QUE TRNE MUCHAS IRREGULARIDES MSTRULAES CON DOLOR E INTENSAS FUE OPERAD DE UN QUISTE DE OVARIO HACE MAS DE 2 AÑOS CON PERFORACIN INTESTINAL Y LAVADO PERITOMERALE S

Análisis : SE CONSIDER MESTRUACION IRREGULARA CLON HISTORIA D QUIOSTE DE OVARIO

Plan : SE SUGOERE CTROL ECOGRAFICO DE PELVIS SE INSITE EN DIETA YA FUE VISTS POR NUTRICIONISTA Y SE LE DIERON LAS RECOMENDACIONES RESPECTIVAS SE CITA CON EL REPORTE DE LE CO PARA PERTINECIA DE SEGUIR TOMANDO AOS

Diagnósticos

Diagnóstico de Ingreso / C. Externa

Diagnóstico Principal : N926
Descripción : MENSTRUACION IRREGULAR, NO ESPECIFICADA
Tipo : Impresión Diagnóstica
Causa Externa : Enfermedad general
Finalidad de la Consulta : No Aplica
Clasificación Diagnóstico : Diag. Principal

Responsable Guardar

Fecha : 30.10.2020 **Hora** : 09:30
Registro : 79261160

Responsable : ESMERAL JIMENEZ HECTOR MANUEL
Especialidad : MEDICINA GENERAL

Responsable Firmar

Fecha : 30.10.2020 **Hora** : 09:32
Registro : 79261160
Responsable : ESMERAL JIMENEZ HECTOR MANUEL
Especialidad : MEDICINA GENERAL

CONCEPTO MÉDICO EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN DE LA PACIENTE LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA

PACIENTE: LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA

CC: 1.022.395.641

FECHA DE NACIMIENTO: 18 de agosto de 1994

FECHA: 01 de junio de 2022

Posterior al análisis de las historias clínicas relacionadas con las atenciones médicas prestadas a la paciente LUISA FERNANDA PUENTES GARCIA de tipo ambulatorio en Compensar Eps y hospitalario en Hospital Universitario Mayor Mederi desde el año 2018, procederé a emitir el resumen de la atención médica y correspondiente concepto médico, de acuerdo a la revisión de la literatura científica, guías y protocolos del caso.

I. RESUMEN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Se trata de un paciente que para el 2018 tenía 23 años, sin antecedentes patológicos de importancia.

1. Atención Ambulatoria Eps Compensar

- **Febrero 02 de 2018: medicina general**

Paciente quien consulta por cuadro de 4 meses de menstruación mensual abundante (uso de 48 toallas al día) de 2 - 4 días de duración asocia dolor en fosa iliaca izquierda, náuseas, episodios diarreicos, niega otro síntoma. Manejada con ibuprofeno 800 mg cada 8 horas sin mejoría.

Paciente de 23 años con dolor pélvico y menstruación abundante, se solicita perfil hormonal – hemograma - eco tv - ccv y control.

- **Marzo 01 de 2018: medicina general**

Paciente con cuadro clínico de 4 meses de evolución dado por dolor marcado durante periodos menstruales hacia la fosa iliaca izquierda por lo cual se indica paraclínicos de control.

Trae reporte 2018/02/03 tsh 2.9, fh 1.4, lh 6.61, hemograma leucocitos 9.13 htc 43 hb 14.7 plaquetas 353, ecografía transvaginal 05/02/2018 quiste anexial izquierdo de 63*39 *55 mm.

Al examen físico: abdomen y pelvis: abdomen blando depresible no signos de irritación peritoneal, en el momento dolor leve a la palpación en fosa iliaca izquierda.

Paciente con dolor en fosa iliaca izquierda se indicó ecografía tv donde se nota quiste simple en ovario izquierdo de gran tamaño se comenta con ginecología, indica control prioritario con dichas especialidad y acetaminofén. Se explican signos de alarma si aumenta el dolor o presenta fiebre consultar a servicio de urgencias se da orden para ginecología.

- **Marzo 15 de 2018: ginecología**

Adecuada evolución, refiere dolor pélvico intermitente hace 3 meses, sin tto, fur hoy, ciclos 30 x 5 días muy dolorosa.

Control con colposcopia, eco tv para reevaluar el caso y decidir cx, control, recomendaciones, signos de alarma y hábitos saludables, ss/ ca 125
Dx 1 ascus a estudio. 2 G0P0. 3 pnf condón 4 quiste anexial a estudio.

- **Abril 03 de 2018: ginecología**

Adecuada evolución colposcopia del 24 marzo 2108 negativa, bx no toman, eco del 22 marzo 2108 quiste paraovarico anexial izq. 58mm previo de 63mm.

Paciente sana sin vph en el momento, con masa grande paraovarica, persistente, sintomática, con dolor pélvico intermitente.

Plan: resección x laparoscopia de masa persistente, citología cada 6 meses obligatorio, condón obligatorio, ic planificación, la pte entiende y acepta todo.

- **Julio 16 de 2018: ginecología**

Remitida para cistectomía de ovario por laparoscopia. G0P0. FUR:1-VII-2018, planificación anticonceptivos orales

Trae ecografía: imagen quística de 63x39x55, quiste de paraovario.

CV:15/03: ascus, colposcopia: negativa, ca125: 29.08.

Se programa resección de quiste de paraovario por laparoscopia. Se diligencia consentimiento informado, donde se describen riesgos frecuentes como: riesgo de muerte o del compromiso del estado de salud y que pueden ser derivados del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: hipertensión arterial, asma, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas y alergias previas.

Otras complicaciones de esta intervención pueden ser:

- Hematomas sobre las heridas o en la pelvis.
- Enfisema subcutáneo (acumulación de aire) en cara, cuello, tórax y abdomen.
- Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga, uréter e intestinos.
- Hemorragias intra o postoperatoria (con la posible necesidad de transfusión).
- Infecciones de la herida, pélvicas o urinarias (en mu y raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud que requieren tratamientos adicionales).
- Edema pulmonar.
- Embolismo gaseoso.
- Hiponatremia (disminución de sodio).
- Herniaciones postquirúrgicas.
- Lesiones nerviosas (nervio ilioinguinal).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PACIENTE:	LUISA FERNANDA PUENTE	TIPO IDENTIFICACIÓN:	CC	IDENTIFICACIÓN:	1022395641
EDAD:	23 Años	SEXO:	Femenino	MODALIDAD ATENCIÓN:	Ambulatorio
EPISODIO:	8081241	FECHA REGISTRO:	16/07/2018	HORA REGISTRO:	11:09:14
ASEGURADORA/COMPENSAR POS-PC	PROFESIONAL RESPONSABLE:				
652802	RESECCION QUISTE PARA OVARIO POR LAPAROSCOPIA				

A. DECLARACIONES

Con el presente documento y en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre a los Cirujanos Generales del Grupo de Cirugía Laparoscópica de Compensar y específicamente a los Dr. (s.) _____, y a los profesionales de la salud de su elección que puedan llegar a requerirse en salas de cirugía de Compensar y con el concurso del personal auxiliar, para realizar en mí o en (la), la(s) intervención (es) quirúrgica (s) arriba mencionada.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La video-Laparoscopia, consiste en ingresar a la cavidad abdominal a través de pequeñas incisiones con instrumental especial (trocares y laparoscopio), visualizando la cavidad abdomino-pélvica por medio de un monitor de televisión con la ayuda de medios de distensión principalmente CO₂. Según los antecedentes, clínica, estudios previos y criterio médico, se decidirá el tipo de laparoscopia que podrá ser:

- Video-Laparoscopia diagnóstica.
- Video-laparoscopia diagnóstico-quirúrgica.
- Video-laparoscopia quirúrgica.

2. INDICACIONES DEL PROCEDIMIENTO

Las principales indicaciones del procedimiento son dolor pélvico o sangrado, procedimientos de esterilización, tratamiento de masas pélvicas, diagnóstico y tratamiento de problemas de fertilidad, para manejar estas patologías pueden requerirse uno o varios de los procedimientos que se encuentran a continuación:

- Solo Informe diagnóstico.
- Extirpación de masas sólidas o quísticas sobre los ovarios o las trompas.
- Fulguración de focos de endometriosis.
- Lisis de adherencias.
- Resección parcial de ligamentos útero sacros.
- Toma de biopsias de peritoneo, ovarios u otros órganos abdominales.
- Salpingectomía uni o bilateral (exéresis de trompas).
- Salpingostomía uni o bilateral (abertura de las trompas).
- Ooforectomía uni o bilateral (exéresis de ovarios).
- Oclusión tubárica bilateral para planificación definitiva.
- Miomectomía (exéresis de miomas) y/o miólisis.
- Tratamiento quirúrgico de un embarazo ectópico según los hallazgos.
- Histerectomía con asistencia laparoscópica.

3. BENEFICIOS A RECIBIR

En el caso de la laparoscopia diagnóstica tener clara la causa de la sintomatología o de la condición, también lograr alivio de los síntomas presentes como dolor pélvico o hemorragia uterina, o la extracción de una masa pélvica, o el beneficio de obtener un método de planificación definitivo como en el caso de la esterilización tubárica.

4. RIESGOS FRECUENTES

Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevisibles e impredecibles durante o posterior a la intervención con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud y que pueden ser derivados del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: hipertensión arterial, asma, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas y alergias previas.

Otras complicaciones de esta intervención pueden ser:

- Hematomas sobre las heridas o en la pelvis.
- Enfisema subcutáneo (acumulación de aire) en cara, cuello, tórax y abdomen.
- Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga, uréter e intestinos.
- Hemorragias intra o postoperatoria (con la posible necesidad de transfusión).

Paciente: LUISA FERNANDA PUNTES GARCIA
Identificación: 1022395641
Episodio: 8081241

- Infecciones de la herida, pélvicas o urinarias (en mu y raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso de l estado de salud que requieren tratamientos adicionales).
- Edema pulmo nar.
- Embolismo gaseoso.
- Hipernatremia (disminución de sodio).
- Her niaciones postquirúrgicas.
- Lesiones nerviosas (nervio ilioinguinal).

5. RIESGOS ESPECÍFICOS

La extirpación de un quiste de ovario (endometriomas, quiste simple, quistes dermoides) o la lisis de adherencias con fulguración de los focos de endometriosis, no garantiza que en un futuro no puedan aparecer otras nuevas lesiones o persistir la Sintomatología.

Si me llegaran a extirpar los ovarios (ooforectomía), es posible que me aparezcan signos y síntomas de menopausia. Además la extirpación de los ovarios, trompas o útero implicaría que las posibilidades de tener hijos serían por ayuda médica con técnicas de reproducción asistida.

Si el objetivo es la ligadura de trompas para planificación, existe un porcentaje de recanalización de las trompas en los que se produce un nuevo embarazo que es del 0,5-1,6%, e Incluyen embarazo ectópico es decir extrauterinos.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica (pasar a una laparotomía o cirugía a cielo abierto convencional) previa ta de antemano en procura de ofrecer mejores resultados o salvar mi vida .

6. ALTERNATIVAS TRATAMIENTO

Manejos médicos diversos con terapias hormonales, analgésicos, antitumorales; así como el que la cirugía se podría realizar por medio de laparotomía, es decir, por medio de la cirugía tradicional abdominal abierta .

7. CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN

Se me ha explicado que de no aceptar el manejo médico podrían surgir complicaciones como que un tumor ovárico aumente de tamaño, no diagnosticar una patología maligna o potencialmente maligna a tiempo, persistencia de síntomas que no responden a manejo médico generalmente, dolor abdominal -pélvico y o hemorragias uterinas anormales las cuales podrían causar anemia y requerir transfusiones, compromiso de la fertilidad entre otros.

8. DISPOSICIÓN Y VOLUNTAD

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoria y entendiblemente, así mismo declaro que he sido advertido por parte de los médicos autorizados en el sentido de que la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimientos especiales que practicarán, compromete una actividad y una obligación médica de medios, pero no de resultado, razón por la cual comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados exitosos de la misma.

Se me ha explicado que por razones de facilitar la oportunidad en la cirugía y el funcionamiento como grupo, mis consultas previas pueden ser realizadas por cualquiera de los Ginecólogos del Grupo de Laparoscopia Ginecológica de Compensar y la cirugía podrá ser realizada por otro cirujano del mismo grupo, a quien identifico y cuyo nombre aparece al inicio de este documento.

Entiendo que en el transcurso de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales, por tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si se consideran necesarios, por lo tanto (el) los Cirujanos del Grupo de Laparoscopia Ginecológica de Compensar, quedan facultados para llevar a cabo estas conductas, Compensar queda autorizada para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados durante la intervención, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos, siendo mi deber el reclamar su resultado e informarlo al médico.

He entendido las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo, y me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento quirúrgico que aquí autorizo.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma, en tales condiciones consiento que se me realice la Cirugía para

4. RIESGOS FRECUENTES

Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posterior a la intervención con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud y que pueden ser derivados del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: hipertensión arterial, asma, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas y alergias previas.

Otras complicaciones de esta intervención pueden ser:

- Hematomas sobre las heridas o en la pelvis.
- Enfisema subcutáneo (acumulación de aire) en cara, cuello, tórax y abdomen.
- Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga, uréter e intestinos.
- Hemorragias intra o postoperatoria (con la posible necesidad de transfusión).

- **Agosto 08 de 2018: anestesia**
Valoración preanestésica. Programada para resección de quiste para ovárico. Apta para anestesia. Explico ayuno.
- **Septiembre 03 de 2018: cirugía ginecológica**
Paciente programada para resección quiste paraovarico por laparoscopia.

Hallazgos: quiste paraovario de 6 cm

Descripción quirúrgica: asepsia y antisepsia, exposición del campo, se coloca pinza en cuello y sonda vesical. Se realiza incisión infraumbilical disección por planos hasta cavidad se pasa trocar de 10 mm y laparoscopia se insufla CO₂, se realizan contrapunciones de 5 mm bilaterales y se visualiza pelvis encontrando útero de 7 cm, anexo derecho normal. Quiste de paraovario izquierdo de 6 cm. Se realiza disección de quiste de paraovario con ligasure y se disecciona quiste. Se extrae líquido y se envía capsula a patología. Se revisa hemostasia de lecho y se revisa trompa la cual quedo integra, ovario izquierdo normal. Se lava con 100 de ss. Se revisa abdomen encontrando a nivel de epiplón abierto por el trocar. No sangrado. Se extraen elementos y CO₂. Se cierra fascia con vicryl 1 y piel con comoncoryl.

Recuento: completo, sangrado: 20 cc.

Paciente recibe y tolera vía oral, no refiere nauseas o dolor, se inicia a dar recomendaciones y cuidados del postquirúrgico, sale con heridas quirúrgicas en abdomen en región umbilical cubierta con gasa + micropore, se verifica sin evidencia de sangrado en vendajes, abdomen blando, se entrega hoja de recomendaciones, incapacidad médica, se retira acceso venoso de miembro superior izquierdo con catéter #20 y se retira manilla, se traslada paciente a silla de ruedas al vehículo en compañía de familiar.

2. Atención hospitalaria Mederi

- **Septiembre 06 de 2018, 20:13 hrs: ginecología**
Paciente de 24 años en pop mediato del 03/09/18 de resección de quiste paraovarico izquierdo por laparoscopia por cuadro de dolor pélvico, que consulta por cuadro de 4 días de evolución consistente en múltiples episodios eméticos, asociado a dolor abdominal de predominio en hemiabdomen inferior, palpitaciones y deposiciones diarreicas. Refiere pico febril de 38 °c el día de hoy.
Ecografía ginecológica transvaginal 06/09/18: hematoma en fondo de saco posterior de 700 cc. Útero en avf de 44x35x55 mm, cavidad endometrial vacía, endometrio homogéneo de 2 mm, ovarios normales, se observa incremento de líquidos interasas, parauterino y en saco de Douglas de ecoestructura heterogénea con niveles de líquidos y ecos internos con un volumen aproximado de 700 cc en relación con hematoma posquirúrgico.

Laboratorios: pcr: 348, bun: 31.1, creatinina 0.95, sodio: 135, k: 3.74, glucosa 132, hemograma: leu: 19740, neu: 89.9%, hcto: 43.9, hb: 14.90, plaquetas: 433000.

En lugar de remisión (clínica Partenón) inician antibiótico con ampicilina sulbactam 3 gr iv cada 6 horas. Al examen físico: Abdomen: anormal, distendido, blando, doloroso a la palpación de hemiabdomen inferior, con signos de irritación peritoneal.

Al momento, hipotensa, taquicárdica, con signos de deshidratación grado II, con signos de irritación peritoneal. Se pasa a sala de cirugía para laparotomía exploratoria. Se firma consentimiento informado. Se continúa antibioticoterapia. Se explica a paciente conducta que refiere entender y aceptar.

- **Septiembre 07 de 2018, 00:57 hrs: uci**

Respuesta de interconsulta uci.

Paciente de 24 años en pop de resección laparoscópica de ovario, actualmente con abdomen agudo quirúrgico. Solicitan cama en uci para traslado pop. Plan: se asigna cama 240 uci norte.

- **Septiembre 07 de 2018, 00:58 hrs: cirugía general**

Descripción quirúrgica:

Se acude a llamado intraoperatorio de ginecología. Segunda parada de seguridad. Paciente en decúbito supino, bajo anestesia regional al momento del ingreso se encontró paciente con laparotomía infraumbilical, la cual se amplió hasta el epigastrio, anestesia decide colocación de anestesia general. Revisión sistemática de la cavidad encontrando líquido purulento en los cuatro cuadrantes. Revisión sistemática de asas intestinales delgadas y gruesas, encontrando enterotomía iatrogénica en asas delgadas a 140cm de la válvula ileocecal. Las asas adyacentes al sitio de perforación se encontraban con múltiples membranas fibrinopurulentas y áreas de despulimiento, por lo que se decidió realizar resección de 20cm de intestino delgado y anastomosis laterolateral con sutura mecánica lineal. Cierre del meso con sutura continua de polipropileno, lavado de cavidad y hemostasia, se decidió colocación de bolsa de interfase y cierre de piel para lavado en 48 horas.

Hallazgos: liquido purulento en los cuatro cuadrantes. Enterotomía iatrogénica en asas delgadas a 140 cm de la válvula ileocecal las asas adyacentes al sitio de perforación se encontraban con múltiples membranas fibrinopurulentas y áreas de despulimiento.

- **Septiembre 07 de 2018, 03:21 hrs: ginecología**

Nota recuperación: Paciente de 24 años con diagnósticos de:

1. Pop de laparotomía exploratoria + anastomosis latero lateral con sutura mecánica tipo lineal en asa delgada a 140 cm de la válvula ileocecal + peritonitis de los 4 cuadrantes + omelectomía parcial + colocación de bolsa de interfase
2. Pop mediato del 03/09/18 de resección de quiste paraovarico izquierdo por laparoscopia extrahospitalaria
3. G0P0

Paciente refiere sentirse bien, niega dolor abdominal, niega picos febriles, niega nauseas, niega vómito, diuresis clara por sonda.

Paciente consciente hidratada afebril, en buenas condiciones generales con signos vitales de: ta: 118/70 mmhg fc: 78 x min sat: 94%. Cabeza: mucosa oral húmeda, sonda nasogástrica. Abdomen: blando depresible, cubierto, levemente doloroso a la palpación perilesional, sin signos de irritación peritoneal, herida sin secreción. G/o: se omite tacto vaginal, no sangrado vaginal, sonda vesical con diuresis clara.

Paciente de 24 años en pop mediano del 03/09/18 de resección de quiste paraovario izquierdo por laparoscopia extrahospitalaria, en donde se considera paso a laparotomía exploratoria en donde se evidencia enterotomía por lo que se realiza anastomosis latero lateral con sutura mecánica tipo lineal en asa delgada a 140 cm de la válvula ileocecal + omentectomía parcial + además con peritonitis de los 4 cuadrantes, cierran con bolsa de interfase para paso a lavado en 48 horas. Actualmente paciente hemodinámicamente estable, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, sin picos febriles, sin signos de irritación peritoneal, con herida quirúrgica cubierta, en buen estado general, se considera paso a uci para vigilancia hemodinámica y quirúrgica, se continua manejo conjunto con cirugía general, se considera continuar manejo antibiótico, se le explica a la paciente sobre manejo y posibles complicaciones, paciente refiere entender y aceptar.

- **Septiembre 07 de 2018, 04:00 hrs: ginecología**

Dx preqx: 1 pop mediano del 03/09/18 de resección de quiste paraovario izquierdo por laparoscopia extrahospitalaria
2 abdomen agudo

Dx postqx: idem

Procedimiento: laparotomía exploratoria

Hallazgos: líquido purulento en los cuatro cuadrantes, presencia de materia fecal en cavidad, enterotomía de aproximadamente 2x2 cm a 140 cm de la válvula ileocecal, asas intestinales adyacentes a sitio de perforación cubierta por membranas fibrinopurulentas, se realiza llamado a cirugía general, útero y anexos dentro de la normalidad.

Descripción quirúrgica:

1. previa asepsia y antisepsia, sonda vesical a cistoflo, colocación de campos quirúrgicos.
2. incisión mediana infraumbilical, disección por planos hasta cavidad abdominal.
3. identificación de hallazgos anteriormente descritos lavado de cavidad abdominal con 2000 cc líquidos tibios.
4. se realiza llamado a servicio de cirugía general, los cuales amplían incisión hasta epigastrio.
5. realizan revisión de asas intestinales delgadas y gruesas, con hallazgo de enterotomía de aproximadamente 2x2 cm en asas delgadas a 140cm de la válvula ileocecal.
6. procedimiento continua a cargo de servicio de cirugía quienes realizan resección de 20cm de intestino delgado y anastomosis laterolateral con sutura mecánica lineal con cierre del meso.
7. lavado de cavidad y hemostasia.
8. finalizan procedimiento dejando bolsa de interfase y cierre de piel para lavado en 48 horas, previo recuento de compresas e instrumental informado por instrumentador.
9. sangrado al finalizar 200 cc.

- **Septiembre 07 de 2018, 05:32 hras: ginecología - uci**

Paciente de 24 años de edad con idx:

1. Pop de laparotomía exploratoria + anastomosis latero lateral con sutura mecánica tipo lineal en asa delgada a 140 cm de la válvula ileocecal + peritonitis de los 4 cuadrantes + omelectomía parcial + colocación de bolsa de interfase por enterotomía iatrogénica en asas delgadas
2. Pop mediato del 03/09/18 de resección de quiste paraovarico izquierdo por laparoscopia extrahospitalaria
3. G0p0
4. Riesgo tromboembólico intermedio

Paciente de 24 años de edad en pop extrahospitalaria del 03/09/18 de resección de quiste paraovárico izquierdo por laparoscopia quien ingresa con abdomen agudo y se encuentra en pop de laparotomía exploratoria + anastomosis latero lateral con sutura mecánica tipo lineal en asa delgada a 140 cm de la válvula ileocecal + peritonitis de los 4 cuadrantes + omelectomía parcial + colocación de bolsa de interfase. En el momento paciente en aceptables condiciones generales, mala modulación del dolor, soporte ventilatorio con oxígeno por cánula nasal, sin soporte vasopresor. A la espera de paraclínicos de control en contexto pop; paraclínicos previos a intervención con compromiso de función renal y marcada elevación de pcr. En manejo con antibioticoterapia con ampicilina sulbactam. En plan de ser llevada por parte de cirugía general a nuevo lavado y cierre en 48 horas. Continúa en vigilancia y manejo conjunto en la unidad.

- **Septiembre 07 de 2018, 08:57 hras: cirugía general**

Paciente hemodinámicamente estable, sin requerimiento de soporte ventilatorio ni vasoactivo, refiere buen control del dolor, sin síntomas en el momento. En vigilancia pop en uci por resección intestinal por perforación. A la paciente se le realizó cierre de piel con colocación de bolsa de interfase en plan de lavado el día de mañana dado contaminación de la cavidad y distensión de las asas proximales al sitio de perforación. Se comentó en junta de decisiones de cirugía general y se consideró que es candidata a manejo con piperacilina tazobactam. Se indica retiro de sonda e inicio de vía oral temprana, y se contraindica la utilización de opioides. Estaremos atentos a su evolución.

Plan:

Lavado peritoneal mañana

Inicio de dieta blanda a tolerancia

Piperacilina tazobactam 4.5 gr iv cada 6 horas

Manejo conjunto con ginecología

- **Septiembre 07 de 2018, 10:11 hras: infectología**

Paciente en quien se consideró escalonamiento atb a ureidopenicilina con lo cual estamos de acuerdo, se debe suspender los otros atb formulados, manejo con pipetazo por 7 días luego de la intervención quirúrgica.

- **Septiembre 07 de 2018, 21:25 hras: uci**

Paciente continúa manejo y vigilancia clínica en uci sin soporte ventilatorio. Sin dificultad respiratoria. Sin soporte vaso activo. Sin signos clínicos ni gasimétricos de hipo perfusión. Electrovisoscopio y ekg persisten con

taquicardia, continua con infusión de amiodarona, con ritmo taquicardia sinusal, electrocardiograma con patrón SI QIII TIII. 3. Sepsis de origen abdominal. Cubrimiento con pip tazobactam. Continúa manejo y vigilancia en uci. Pendiente angiotac de tórax.

- **Septiembre 08 de 2018, 05:55 hras: cirugía general**

Paciente hemodinámicamente estable, sin requerimiento de soporte ventilatorio ni vasoactivo, se documentó taquicardia supraventricular, que requirió cardioversión farmacológica con amiodarona. Se realizó ecocardiograma que no muestra hallazgos patológicos que explique el cuadro, y se realizó angiotac de tórax cuyo reporte está pendiente.

Actualmente estable, sin respuesta inflamatoria además de la taquicardia, adecuado gasto urinario, buen control del dolor, con émesis persistente. Flatos escasos, no deposiciones. En día 1 de manejo con piperacilina tazobactam. Sera llevada a lavado peritoneal el día de hoy donde se definirá cierre de la pared.

- **Septiembre 08 de 2018, 07:47 hras: uci**

Mujer de 24 años:

0. Taquicardia supraventricular por reentrada aguda, cardioversión farmacológica 2 ocasiones con adenosina. 12:40horas 07/09/18.

1. Sepsis origen abdominal. Peritonitis de 4 cuadrantes.

2. Postoperatorios.

2.1. Pop de laparotomía exploratoria + resección de 20 cm de id y anastomosis latero lateral con sutura mecánica lineal + peritonitis de los 4 cuadrantes + omectectomia parcial + colocación de bolsa de interfase y cierre de piel

2.2 pop mediato del 03/09/18 de resección de quiste paraovarico izquierdo por laparoscopia extrainstitucional

3. G0p0

4. Riesgo tromboembólico intermedio

5. Tep descartado por Angiotac de tórax (08/09/18)

Actualmente:

1. Sin soporte ventilatorio. Sin dificultad respiratoria. O2 por cn. Pafi 199. Rx de tórax de rutina sin derrames ni consolidaciones. Distensión de cámara gástrica. Tep descartado por Angiotac de tórax.

2. Sin soporte vasoactivo. Sin signos clínicos ni gasimetricos de hipoperfusión. Ritmo sinusal en monitor ekg. Sin hipovolemia. Eco tt 07/09/18 fevi normal. Sin valvulopatía.

4. Azoados normales. Electrolitos normales. Acido base normal.

5. No tolera adecuadamente vía oral. Distensión cámara gástrica en rx de tórax y al ef. Náuseas y émesis. Glucometría normal.

6. Sin déficit neurológico agudo.

7. Cirugía general considera paso a salas de cirugía hoy.

Vigilancia en uci. Suspender vía oral. Paso de sonda orogástrica (decisión en conjunto con cx general). Pendiente hoy paso a salas de cirugía. Pronóstico reservado. Familiares informados en las tardes.

- **Septiembre 09 de 2018, 04:40 hrs: cirugía general**

Descripción quirúrgica:

Previa pausa de seguridad, revisión de consentimientos informados, paciente bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos, se abre herida quirúrgica previa, evidenciando salida de abundante liquido peritoneal de características fecaloides, se retira bolsa de interfase, se revisan cuatro cuadrantes evidenciando material de iguales características, se realiza evisceración completa y revisión sistemática de asas intestinales que se encuentran indemnes, con membranas fibrinopurulentas, anastomosis laterolateral en adecuadas condiciones, indemne, sin fugas, se realiza lavado exhaustivo de cavidad con 3000 cc de ssn, se dejan dos bolsas de viaflex preasas, cierre de piel con sutura continua polipropileno.

- **Septiembre 09 de 2018, 05:57 hrs: ginecología**

Paciente con dx anotados, actualmente estable hemodinámicamente, sin sirs, sin signos de dificultad respiratoria, con aporte de oxígeno por sistema de bajo flujo con adecuados niveles de saturación, sin requerimientos de soporte inotrópico o vasopresor, sin signos de bajo gasto con volúmenes urinarios dentro de metas: gasto urinario en 2.5 cc/kg/hora.

Paraclínicos de control sin leucocitosis no neutrofilia, no evidencia de anemia, función renal dentro de límites normales, no se observa trastorno hidroelectrolítico.

Hoy fue llevada a lavado peritoneal por parte de cirugía general (04+40 horas) encontrándose abundante liquido peritoneal con asas intestinales incluyendo suturas mecánicas indemnes, membranas fibrinopurulentas por lo que realizan lavado con 3000 cc de cristaloides, por el momento no se realiza cierre definitivo.

Paciente con evolución clínica estable, en el momento con adecuada modulación de sirs, en cubrimiento antibiótico piperacilina tazobactam hoy día 3, persiste con drenaje activo por sonda nasogástrica, no se observa distensión abdominal, no ha presentado nuevos episodios de taquicardia supraventricular, ayer se suspendió infusión de amiodarona con fc dentro de metas, sin dolor torácico, reporte de Angiotac negativo por lo que además se suspendió infusión de enoxaparina, continúa con trombo profilaxis. Continúa manejo conjunto con servicio de cirugía general para determinar cierre definitivo de pared abdominal, vigilancia clínica en uci. Se explica a paciente y familiar (hermana) conducta actual y manejo a seguir quienes refieren aceptar y entender.

- **Septiembre 09 de 2018, 06:32 hrs: cirugía general**

1. Pop de laparotomía exploratoria + anastomosis latero lateral con sutura mecánica tipo lineal en asa delgada a 140 cm de la válvula ileocecal + peritonitis de los 4 cuadrantes + omectectomia parcial + colocación de bolsa de interfase y cierre de piel

-pop inmediato lavado peritoneal 09/09/2018 con hallazgo de peritonitis de 4 cuadrantes de aspecto fecaloide, anastomosis indemne.

2. Pop mediato del 03/09/18 de resección de quiste paraovarico izquierdo por laparoscopia extrahospitalaria
3. G0p0
4. Riesgo tromboembólico intermedio

Paciente en pop de resección de quiste paraovarico izquierdo quien presento enterotomía, en el momento paciente clínicamente estable, sin sris, sin signos de dificultad respiratoria ni signos de irritación peritoneal. Por el momento continua manejo médico en la uci a la espera de resolución de cuadro activo. Se considera debe ser pasada a nuevo lavado dentro de 48 horas.

- **Septiembre 10 de 2018, 06:18 hras: cirugía general**

Paciente estable, sin requerimiento de soporte ventilatorio ni vasoactivo, adecuado gasto urinario, respuesta inflamatoria sistémica en modulación. En pop día 1 de lavado peritoneal, con persistencia de contaminación de cavidad, por lo que se cerró piel con bolsa de interfase, en plan de lavado el día de mañana. Actualmente con abundante drenaje por sonda nasogástrica, por lo que no se retira y continua nutrición parenteral. En manejo antibiótico día 3 con piperacilina tazobactam. Continúa vigilancia en uci.

- **Septiembre 10 de 2018, 20:18 hras: uci**

Paciente con los diagnósticos reportados, que se encuentra con estabilidad hemodinámica sin requerimiento de vasopresores o ventilación mecánica, sin signos clínicos de bajo gasto o dificultad respiratoria, glucometrías en niveles adecuados, leucocitosis sin anemia, azoados normales. En plan de evaluación y seguimiento por cirugía. Vigilancia hemodinámica.

- **Septiembre 11 de 2018, 01:30 hras: cirugía general**

Lavado quirúrgico

Descripción quirúrgica: Previa pausa de seguridad, revisión de consentimientos informados, paciente bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos, se abre herida quirúrgica previa, evidenciando salida de abundante liquido peritoneal turbio, no fétido, del cual se toma cultivos. Retiro bolsa de interfase, revisión de cuatro cuadrantes evidenciando material de iguales características. Lavado de cavidad en 4 cuadrantes hasta obtener liquido claro con 4000cc de ssn. Anastomosis intestinal indemne. Secado de cavidad. Se deja bolsa de viaflex preasas. Colocación de malla de tracción de polipropileno de 15 x 15cm, la cual se fija a aponeurosis de los rectos con sutura continua de polipropileno. Cierre de piel con sutura continua polipropileno. No complicaciones.

- **Septiembre 11 de 2018, 08:34 hras: cirugía general**

1. Pop de laparotomía exploratoria + anastomosis latero lateral con sutura mecánica tipo lineal en asa delgada a 140 cm de la válvula ileocecal + peritonitis de los 4 cuadrantes + omectectomia parcial + colocación de bolsa de interfase y cierre de piel

1.1 pop 09/09/2018 lavado peritoneal con hallazgo de peritonitis de 4 cuadrantes de aspecto fecaloide, anastomosis indemne.

- 1.2 pop 10/09/18 lavado peritoneal + colocación de malla de tracción: hallazgo de líquido turbio
2. Pop 03/09/18 de resección de quiste paraovarico izquierdo por laparoscopia extrahospitalaria + enterotomía iatrogénica
3. Taquicardia supraventricular por reentrada aguda, cardioversión farmacológica 2 ocasiones con adenosina. 12:40 horas 07/09/18.
4. Riesgo tromboembólico intermedio.

Paciente estable, sin requerimiento de soporte ventilatorio ni vasoactivo, en pop de lavado peritoneal el día de ayer con hallazgo de líquido peritoneal turbio, por lo que se decidió colocación de bolsa de interfase y malla de tracción para lavados a repetición. Se llevará a lavado en 48 horas. Por el momento continua vigilancia en uci.

- **Septiembre 12 de 2018, 06:41 hrs: cirugía general**

Paciente hemodinámicamente estable, sin requerimiento de soporte ventilatorio ni vasoactivo, ayer retiro de sonda nasogástrica e inicio de tolerancia a la vía oral sin complicaciones. Persiste taquicárdica, sin fiebre, con evidencia de aumento de leucocitosis con neutrofilia a pesar de manejo con piperacilina tazobactam. Pendiente reporte de cultivos para definir escalonamiento ab. Continúa vigilancia en uci.

- **Septiembre 12 de 2018, 20:49 hrs: uci**

Paciente hemodinámicamente estable, buenas condiciones generales, con soporte nutricional, con leve modulación de respuesta inflamatoria, según evolución clínica posible lavado quirúrgico el día de mañana, continúa soporte integral uci, ss/ labs control.

- **Septiembre 13 de 2018, 18:59 hrs: uci**

Paciente con antecedente de resección intestinal y anastomosis en manejo de sepsis abdominal con reporte de cultivo positivo para enterobacter asburiae sensible a manejo establecido con adecuado patrón ventilatorio sin soporte vasoactivo con perfusión mantenida con respuesta inflamatoria aun no modulada función renal conservada con gasto urinario preservado, actualmente con nutrición parenteral en plan de tolerancia a la vía oral, en plan de llevar a cirugía para nuevo lavado quirúrgico.

- **Septiembre 13 de 2018, 21:13 hrs: cirugía general**

Lavado quirúrgico

Descripción quirúrgica: Parada de seguridad, en decúbito dorsal, se realiza asepsia y antisepsia con clorhexidina jabón y solución, colocación de campos quirúrgicos, se realiza retiro de material de sutura de la herida quirúrgica, se evidencia líquido de reacción del cual se toma muestra, se realiza apertura de malla de tracción y se extrae bolsa de viaflex, hay evidencia de líquido de reacción peritoneal en cantidad de 900 cc de líquido turbio no purulento, se realiza lavado de la cavidad peritoneal con 2500 cc de solución salina, secado de la cavidad abdominal, se realiza plicatura de la malla de tracción, y cierre de piel con polipropileno 0, se cubre herida quirúrgica, se traslada paciente a salas a uci, recuento de material médico quirúrgico informado como completo.

Hallazgos: líquido de reacción peritoneal en cantidad de 800 cc, membranas fibrinopurulentas, afrontamiento de malla y cierre de piel.

- **Septiembre 14 de 2018, 07:59 hrs: cirugía general**

1. Pop 06/09/18 laparotomía exploratoria + anastomosis I-I mecánica a 140 cm de la válvula ileocecal + bolsa de interfase y cierre de piel
 - 1.1 pop 09/09/2018 lavado peritoneal con hallazgo de peritonitis de 4 cuadrantes de aspecto fecaloide, anastomosis indemne.
 - 1.2 pop 10/09/18 lavado peritoneal + colocación de malla de tracción: hallazgo de líquido turbio
 - 1.3 pop 13/09/18 lavado peritoneal con 800cc de líquido turbio.
2. Pop 03/09/18 de resección de quiste paraovarico izquierdo por laparoscopia extrahospitalaria + enterotomía iatrogénica
3. Taquicardia supraventricular por reentrada aguda, cardioversión farmacológica 2 ocasiones con adenosina. 12:40 horas 07/09/18.

Paciente hemodinámicamente estable, sin requerimiento de soporte ventilatorio ni vasoactivo. Fue llevada el día de ayer a lavado peritoneal, encontrando 800cc de líquido turbio, por lo que se lavó con 2500cc de ssf, y se dejó nuevamente con bolsa de interfase y cierre de malla de tracción, con posterior cierre de piel.

Se encuentra en manejo con piperacilina tazobactam (hoy día 6) desde el pop inmediato pese a lo cual se evidencia leucocitosis en aumento persistente con neutrofilia. Reporte de cultivo de líquido peritoneal evidencia enterococo asburiae multisensible. Se solicita concepto de infectología para definir modificaciones en el esquema antibiótico. Se llevará a nuevo lavado en 48 horas. Se explica a la paciente.

- **Septiembre 14 de 2018, 11:09 hrs: infectología**

Paciente conocida por el servicio, última valoración el 07 de septiembre donde se avaló manejo empírico por foco intraabdominal con piperacilina tazobactam. Paciente con requerimiento de múltiples revisiones y lavados (4 intervenciones en esta hospitalización), último lavado hasta la fecha el día de ayer con hallazgos de: líquido de reacción peritoneal en cantidad de 800 cc, membranas fibrinopurulentas, afrontamiento de malla y cierre de piel.

Resultado de cultivo del LP del 11/09/2018 con tipificación de Enterobacter asburiae MS y E. faecalis sensible a ampicilina. Tiene pendiente reporte de cultivos de lavado del día de ayer. Paciente inicialmente con buena respuesta clínica, sin embargo, con episodios de TSV con requerimiento de adenosina, leucocitosis a expensas de neutrófilos en aumento progresivo durante los últimos dos días.

Clínicamente sin soporte hemodinámico ni vasopresor, se consideró paso a piso el día de ayer, pero con episodio aislado de hipotermia y diaforesis. Hoy día 7 de cubrimiento con Piperacilina tazobactam, el cual consideramos tiene buen espectro para microorganismos tipificados en líquido peritoneal. Paciente aun en plan de revisión y lavados por servicio de cirugía general, consideramos adicionar amikacina por 5 días, rastreo de hongos y esperar

reporte de cultivos. Solicitar hemocultivos. Estamos atentos a nuevos llamados.

- **Septiembre 14 de 2018, 15:43 hrs: unidad de cuidados intermedios**

Nota ingreso a unidad de cuidados intermedios:

Paciente procedente de unidad de cuidado intensivo quien se encuentra hospitalizada por sepsis de origen abdominal secundario a peritonitis de 4 cuadrantes con requerimiento de resección intestinal, se dejó con bolsa de interfase y cierre de malla de tracción - cierre de piel, cubrimiento antibiótico con piperacilina tazobactam en día 7/10 + amikacina 1/5, con modulación de reactantes de fase aguda, sin nuevos episodios de taquiarritmias spv, en manejo conjunto con cirugía general en plan de nuevo lavado peritoneal en 48 horas, ingresa en aceptable estado general, cifras tensionales en metas, persiste taquicardia y oximetrías normales, sin signos de hipoperfusión ni bajo gasto, en quien se considera continuar vigilancia hemodinámica estricta ante el riesgo de shock séptico o arritmia colapsante, atentos a evolución clínica.

- **Septiembre 14 de 2018, 16:45 hrs: clínica del dolor**

Paciente cuadro de dolor agudo pos quirúrgico, nosciectivo visceral en contexto de POP tras quiste ovárico, peritonitis con necesidad de lavados quirúrgicos y continuación de los mismos, en cubrimiento antibiótico por infectología, se considera por nuestro servicio, rotación opioide para mejorar manejo analgésico así como actividad de este en posible componente neuropático asociado, continuamos seguimiento y medidas analgésicas.

- **Septiembre 15 de 2018, 09:00 hrs: cirugía general**

Paciente hemodinámicamente estable, sin requerimiento de soporte ventilatorio ni vasoactivo, buen gasto urinario, paraclínicos en rangos de normalidad excepto por leucocitosis persistente. Reporte de cultivos de líquido peritoneal muestra enterococo asburiae, por lo que se solicita concepto de infectología quienes consideran continuar con piperacilina tazobactam y adicionar amikacina al manejo. Revaloraran la evolución de la paciente en 48 horas. El día de mañana será llevada a nuevo lavado. Se explica a la paciente las posibilidades de nuevos lavados y cierre de pared según hallazgos. Paciente refiere entender, continua manejo instaurado.

- **Septiembre 15 de 2018, 20:27 hrs: unidad de cuidados intermedios**

Paciente de 24 años con diagnóstico de sepsis de origen abdominal en pop de laparotomía exploratoria, resección de 20 cm de intestino delgado latero-lateral, paciente con antecedente de taquicardia supraventricular por re entrada, que requirió cardioversión farmacológica, en el momento persiste con taquicardia sin signos de bajo gasto. Con leucocitosis y neutrofilia, continua con antibioticoterapia de amplio espectro, espera de tipificación de gérmenes por cultivos, se continúa vigilancia clínica estricta.

- **Septiembre 16 de 2018, 23:25 hrs: cirugía general**

Lavado quirúrgico

Descripción quirúrgica:

Previa lista de chequeo y lavado de piel con clorhexidina se retira sutura continua de piel, al obtenerse líquido turbio se toma muestra para cultivo. Se retiran membranas de la malla se abre esta por su línea media y se accede a la cavidad peritoneal, se retira la bolsa viaflex y se avanza, rodeando en poca extensión el monobloque de asas, se lava el área con 1200 cc de solución salina. Se refuerza la malla en su lado izquierdo. Se coloca otra bolsa viaflex. Se cierra la malla con sutura continua. Se lava el subcutáneo. Se cierra la piel con sutura continua de prolene.

Hallazgos: líquido turbio en cantidad de unos 200 cc. Abundantes membranas fibrinopurulentas. Monobloque parcial

- **Septiembre 17 de 2018, 06:38 hrs: cirugía general**

1. Pop 06.09.18 laparotomía exploratoria + anastomosis I- I mecánica a 140 cm de la válvula ileocecal + bolsa de interfase y cierre de piel

1.1 pop 09/09/2018 lavado peritoneal con hallazgo de peritonitis de 4 cuadrantes de aspecto fecaloide, anastomosis indemne.

1.2 pop 10/09/18 lavado peritoneal + colocación de malla de tracción: hallazgo de líquido turbio

1.3 pop 13/09/18 lavado peritoneal con 800cc de líquido turbio.

1.4 pop 16/09/18 lavado peritoneal con hallazgo de 200cc de líquido turbio. Se deja bolsa y malla de tracción

2. Pop 03/09/18 de resección de quiste paraovarico izquierdo por laparoscopia extrahospitalaria + enterotomía iatrogénica

3. Taquicardia supraventricular por reentrada aguda, cardioversión farmacológica 2 ocasiones con adenosina. 12:40 horas 07/09/18.

Hemodinámicamente estable, sin requerimiento de soporte ventilatorio ni vasoactivo, tolerando la dieta, llevada a lavado peritoneal el día de ayer donde se encontró 200cc de líquido turbio, por lo que se lavó y se dejó con bolsa de interfase y malla de tracción, para lavados a demanda. Será llevada a lavado el próximo jueves. Por el momento continúa manejo instaurado. Hoy nueva valoración por infectología con paraclínicos de control.

- **Septiembre 17 de 2018, 11:26 hrs: psicología**

Se realiza intervención direccionada a valoración y apoyo. Se asigna tarea cognoscitiva manejo de estresores ambientales estancia hospitalaria.

- **Septiembre 18 de 2018, 07:00 hrs: infectología**

Paciente cursando con peritonitis terciaria, en quien se había considerado manejo con ureidopenicilina por 10 días y aminoglucósido por 5 días.

Fue necesario llevarla a nuevo lavado hace dos días donde se encontró 200cc de líquido turbio, persiste con rta leucocitaria como único signo de sirs, no hay evidencia de nuevos gérmenes tipificados, nos solicitan concepto para definir ajustes en terapia atb dado que ayer era el último día del betalactámicos, consideramos:

Paciente con cuadro descrito, en quien se considera que se beneficia de escalar manejo atb ante la persistencia de líquido sugestivo de infección, por esta razón se sugiere suspender pipetazo e iniciar meropenem 2gr iv cada 8 h, continuar amikacina por 5 días más. Según reporte de nuevos cultivos se definirá manejo atb direccionado.

- **Septiembre 18 de 2018, 07:43 hras: cirugía general**

Hemodinámicamente estable, sin requerimiento de soporte ventilatorio ni vasoactivo, tolerando la dieta, con flatos sin deposiciones, pobre control del dolor abdominal a pesar de recomendaciones de clínica del dolor. Refiere adicionalmente ausencia de deposiciones lo que podría exacerbar el dolor por lo que se solicita rx de abdomen en bipedestación y se realiza formulación de bisacodilo. Se realizará nuevo lavado próximo viernes 3 pm. Se indica deambulacion asistida y terapia respiratoria. Continúa manejo instaurado.

- **Septiembre 19 de 2018, 11:29 hras: clínica del dolor**

Paciente con estancia en unidad de cuidados intermedios para vigilancia hemodinámica. Paciente que cursa con sepsis de origen abdominal. Paciente anteriormente valorada por nuestro servicio, en manejo con oxicodona IV, sin embargo, durante la visita de hoy, paciente refiere dolor mal controlado con esa analgesia pautada anteriormente. Paciente con múltiples lavados de cavidad abdominal. Dolor de fin de dosis, por lo anterior se decide iniciar infusión continua de oxicodona a razón 1mg bolo/hora y se valorara respuesta. Seguimiento por nuestro servicio.

- **Septiembre 20 de 2018, 02:05 hras: cirugía general**

Lavado quirúrgico

Descripción quirúrgica: Previa pausa de seguridad, revisión de consentimientos informados previa asepsia y antisepsia con clorhexidina jabón y solución, colocación de campos quirúrgicos, se realiza apertura de laparotomía previa, se abre malla de tracción obteniendo líquido turbio, se retira bolsa de viaflex, se lava cavidad con 5000 cc de ssn hasta obtener líquido claro, se posiciona nueva bolsa preasas y se realiza plicatura de la malla de tracción. Cierre de piel con prolene 2-0. No complicaciones.

Hallazgos: líquido peritoneal turbio aproximadamente 200 cc, membranas fibrinopurulentas, monobloque central.

- **Septiembre 20 de 2018, 10:02 hras: unidad de cuidados intermedios**

Paciente con evolución adecuada, sin disfunción orgánica múltiple, con persistencia de leucocitosis en ascenso, sin embargo, ya se escalono terapia antimicrobiana con carbapenémico, con cultivo positivo con germen ampc. No ha vuelto a presentar fiebre y el dolor abdominal está controlado por lo tanto se considera continuar con igual esquema antibiótico y analgesia y traslado a piso.

- **Septiembre 20 de 2018, 19:03 hras: ingreso a piso**

Femenina de 24 años de edad, quien ingresa el día 06/09/2018 en postoperatorio mediato del 03/09/18 de resección de quiste paraovárico

izquierdo por laparoscopia. Llevada a laparotomía exploratoria, encontrando líquido purulento en los cuatro cuadrantes, con enterotomía iatrogénica en asas delgadas a 140 cm de la válvula ileocecal, múltiples membranas fibrinopurulentas y áreas de despulimiento. Se realizó cierre con bolsas de interfase para realización de lavados quirúrgicos. Se inició cubrimiento antibiótico con ampicilina sulbactam, el cual fue escalonado posteriormente a piperacilina tazobactam. Evolución clínica tórpida, con requerimiento de múltiples lavados peritoneales y con indicación de nuevo escalonamiento de cubrimiento antibiótico de acuerdo con indicación de infectología. Aislamiento microbiológico de *Enterobacter cloacae* en último lavado peritoneal, actualmente bajo cubrimiento antibiótico con Meropenem y Amikacina.

Pobre modulación del dolor, con requerimiento de ajuste farmacológico por parte de clínica del dolor. Actualmente en manejo con infusión de oxicodona, en espera de nueva valoración por este servicio para definir manejo adicional. En cuanto a aislamiento microbiológico, por tratarse de germen AMP-C, decido dejar en aislamiento de contacto hasta nueva valoración por infectología y concepto de epidemiología.

- **Septiembre 21 de 2018, 07:04 hrs: cirugía general**

Paciente en pop de lavado peritoneal, con persistencia de líquido turbio, actualmente en lavados a demanda. Actualmente estable, con paraclínicos sin leucocitosis ni neutrofilia, hiperkalemia, sin otras alteraciones, con ultimo cultivo de líquido peritoneal con aislamiento de *enterobacter cloacae* por lo que solicitan nueva valoración por infectología quienes consideran suspender amikacina e iniciar ampicilina 2 gr cada 4 horas e interconsultar nuevamente si no hay evolución clínica favorable.

Refiere pobre control del dolor, ayer valorada por clínica del dolor quienes indicaron oxicodona en infusión continua. Se indica terapia respiratoria con incentivo, terapia física y deambulacion asistida. Se explica a paciente y familiar. Refieren entender y aceptan. Nuevo lavado el día de hoy.

- **Septiembre 21 de 2018, 08:22 hrs: infectología**

Paciente femenina de 24 años conocida por el servicio con peritonitis de cuatro cuadrantes, que ha requerido múltiples lavados peritoneales por el servicio de cirugía general, en manejo antibiótico actual con meropenem (18/09/2018) y amikacina (14/09/2018). Ha recibido manejo antibiótico durante la hospitalización con ampicilina sulbactam (lugar de remisión hasta 07/09/2018) -gentamicina-clindamicina (07/09/2018). Piperacilina tazobactam (07/09/2018-17/09/2018). En último lavado peritoneal persiste líquido turbio con presencia de membranas fibrinopurulentas, con ultimo cultivo de líquido peritoneal con aislamiento de *enterobacter cloacae* por lo que solicitan nueva valoración para direccionamiento de manejo antibiótico. En el momento paciente sin leucocitos, no neutrofilia, no picos febriles. En espera de nuevo lavado por parte de cirugía general. Por lo anterior consideramos:

Continuar 14 días de meropenem, adicionar ampicilina 2gr iv cada 4 h. Suspender amikacina. Según evolución al final de tto solicitar nueva ic con pcr y hemograma actualizado para definir suspender tto o prolongación del atb por vía oral.

- **Septiembre 21 de 2018, 23:49 hrs: cirugía general**

Lavado quirúrgico

Descripción quirúrgica: Firma de consentimiento. Pausa de seguridad. Decúbito supino, anestesia general. Previa asepsia y antisepsia con clorhexidina jabón y solución, colocación de campos quirúrgicos, se realiza apertura de laparotomía previa, obteniendo 100 cc de líquido turbio, se abre malla de tracción obteniendo líquido turbio, el cual se toma muestra para cultivo y amilasa, se retira bolsa de viaflex, se lava cavidad con 3500 cc de ssn hasta obtener líquido claro, se posiciona nueva bolsa preasas y se realiza plicatura de la malla de tracción. Cierre de piel con prolene 2-0. No complicaciones

Hallazgos: líquido en tejido celular subcutáneo turbio aproximadamente 100 cc líquido peritoneal turbio aproximadamente 200 cc. Monobloque central.

- **Septiembre 22 de 2018, 07:12 hrs: cirugía general**

Paciente con perforación intestinal y requerimiento de resección y anastomosis, actualmente en múltiples lavados por persistencia de líquido turbio en cavidad peritoneal, por lo que se encuentra con bolsa de interfase, malla de tracción y cierre de piel. Último lavado el día de ayer, donde se tomó muestra de amilasa en líquido la cual es reportada negativa y gram de último cultivo sin gérmenes. Infectología indica manejo con meropenem por 14 días y ampicilina. Se indica inicio de vía oral, deambulación asistida y terapia respiratoria; además, dado taquicardia persistente, sin leucocitosis y con antecedente de taquicardia supraventricular, se solicita val a medicina interna. Se explica a paciente y familiar, refieren entender y aceptan.

- **Septiembre 22 de 2018, 15:22 hrs: medicina interna**

Solicitan interconsulta a nuestro servicio por episodios de taquicardia, paciente en el momento asintomática cardiovascular, se recibe electrocardiograma, ritmo sinusal, con eje normal, FC: 125. Se considera cuadro compatible con taquicardia sinusal, sin embargo, se considera prudente ampliar estudios de extensión con electrolitos, función tiroidea, placa de tórax, PCR. Favor reinterconsultar con resultados.

- **Septiembre 23 de 2018, 08:16 hrs: medicina interna**

Ayer solicitan interconsulta a nuestro servicio por episodios de taquicardia, EKG sugestivo de taquicardia sinusal, se ampliaron estudio de extensión los cuales muestran THS dentro de límites normales, azoados normales, PCR positiva, hemograma con leucocitosis en ascenso, anemia sin requerimientos transfusionales, con trombocitosis. Placa de tórax con atelectasias subsegmentarias bibasales sin evidencia de lesiones pleurales. Se considera por lo tanto taquicardia refleja mala modulación de sirs en probable relación a no control de foco infeccioso, deberá continuar con lavados por parte de servicio médico tratante, y vigilancia de curva térmica, en caso de presentar pico febril hemocultivar y escalonamiento antibiótico. Se solicitan gases arteriales para mañana. Por nuestro servicio sin intervenciones adicionales por lo cual se cierra interconsulta.

- **Septiembre 24 de 2018, 07:41 hras: cirugía general**

Paciente en el momento estable, con mejor control de la sintomatología, en manejo ab con meropenem y ampicilina por indicación de infectología con lo que presenta modulación parcial de sirs. El día de hoy se llevará a nuevo lavado peritoneal, cuenta ya con consentimiento informado. Se explica a paciente y familiar, refieren entender y aceptan.

- **Septiembre 25 de 2018, 04:08 hras: cirugía general**

Lavado quirúrgico

Descripción quirúrgica: Previa lista de chequeo y lavado de piel con clorhexidina se realiza retiro de puntos. Previo a este retiro se observa salida de abundante líquido opalescente por el borde del ombligo. Se retiran la malla de tracción y la bolsa de interfase. Se toma muestra para cultivo. Se lava superficialmente el monobloque. Se limpian los bordes de la pared de las membranas purulentas. Se tallan en corta distancia los bordes aponeuróticos. Se realiza cierre de la aponeurosis con sutura continua de Maxon y puntos de descarga de mismo material. Se lava el tejido celular subcutáneo y previo desbridamiento de los bordes se cierra la piel con puntos bastante separados.

Hallazgos: Membranas descritas que se interpretan como reacción a cuerpo extraño. Monobloque central sin evidencia de fistula.

- **Septiembre 25 de 2018, 07:23 hras: cirugía general**

Paciente en pop inmediato de lavado peritoneal el día de hoy, con hallazgo de escaso líquido opalescente, del cual se toma cultivo, retiro de malla de tracción, cierre de aponeurosis y cierre de piel. Actualmente refiere mal control del dolor, a pesar de manejo con hidromorfona. Pendiente valoración por clínica del dolor. Continúa manejo antibiótico y vigilancia clínica. Se cerró pared abdominal, continúa manejo por servicio tratante ginecología.

- **Septiembre 25 de 2018, 10:21 hras: clínica del dolor**

Paciente femenina de 24 años de edad, con diagnósticos anotados, paciente con evolución tórpida, con requerimiento de múltiples lavados peritoneales y con cubrimiento con antibióticos de amplio espectro. Paciente con manejo de analgesia con bomba de pca de oxicodona con uso de 28 de 31 requerimientos en 24 horas. Actualmente paciente refiere dolor parcialmente controlado, fue llevada a lavado quirúrgico ayer durante las horas de la madrugada y será llevada nuevamente en las próximas horas, por lo que se decide continuar igual manejo por parte de nuestro servicio, seguimiento.

- **Septiembre 26 de 2018, 05:41 hras: ginecología**

Paciente de 24 años, con diagnósticos en pop día 2 de lavado peritoneal + retiro de malla de tracción + cierre de pared abdominal en manejo antibiótico con meropenem (d7) + ampicilina (d3) según indicado por infectología con cultivo de líquido peritoneal del día de ayer negativo, paciente hemodinámicamente estable, normotensa, con modulación del dolor valorada previamente por clínica de dolor quienes realizan ajuste de analgésico, paraclínicos hemograma sin leucocitosis no neutrofilia, anemia sin requerimiento de transfusión y trombocitosis, azoados normales y

electrolitos sin alteraciones, paciente sin nuevas indicaciones de ser llevada intervenciones quirúrgicas, por el momento continuamos manejo intrahospitalario y antibiótico de amplio espectro, se explica a paciente, refieren entender y aceptan.

- **Septiembre 27 de 2018, 06:24 hrs: ginecología**

Paciente con diagnósticos descritos en pop día 3 de cierre de pared abdominal en manejo antibiótico con meropenem (d9/14) + ampicilina (d5/14) según indicado por infectología con ultimo cultivo de líquido peritoneal negativo, en el momento con estabilidad clínica sin sirs con evolución hacia la mejoría sin necesidad de requerimientos de transfusión o escalonamiento de terapia ab en quien se considera optimización de analgesia descrita por clínica del dolor y continuar vigilancia clínica manejo ab de amplio espectro. Por buena evolución clínica se solicita phd para continuar manejo antibiótico en casa. Se explica conducta a paciente refiere entender y aceptar.

- **Septiembre 29 de 2018, 05:22 hrs: ginecología**

Paciente de 24 años, con diagnósticos descritos en pop (25/09/2018) de cierre de pared abdominal en manejo antibiótico con meropenem (d11/14) + ampicilina (d7/14) indicado por infectología. En el momento con estabilidad clínica, sin sirs, sin signos de irritación peritoneal. Valorada el día de ayer por clínica del dolor indica manejo analgésico con oxicodona tabletas 10mg vo cada 8 horas + rescates de 2mg iv de oxicodona máximo 4 rescates en 24h; cierran interconsulta e indican manejo analgésico ambulatorio con oxicodona por un mes ambulatoriamente. Paciente persiste sin realizar deposiciones desde el domingo por lo cual se aumenta dosis de bisacodilo y si no hay mejoría se podrá considerar realizar enema con aprobación de cirugía general. Se solicita valoración por infectología para modificación de antibioticoterapia para posible salida con phd.

- **Septiembre 29 de 2018, 08:35 hrs: infectología**

Paciente con peritonitis de cuatro cuadrantes, que ha requerido múltiples lavados peritoneales, ultimo el 25/09/2018 con cierre de cavidad por parte de cirugía general, actualmente en cubrimiento antibiótico con meropenem (18/09/2018) y ampicilina (21/09/2018) por último aislamiento de enterobacter cloacae (17/09/2018). Ultimo cultivo 25/09/2018 de líquido peritoneal sin aislamiento, con hemocultivos negativos, paraclínicos de control sin leucocitos ni neutrofilia, pcr en descenso. Solicitan valoración por nuestro servicio para determinar duración de terapia antibiótico y posibilidad de pdh. Por lo anterior consideramos 1. Realizar terapia switch a ciprofloxacina 500 mg vo cada 12 horas por 7 días.

- **Octubre 01 de 2018, 05:36 hrs: ginecología**

Paciente en pop (25/09/2018) de cierre de pared abdominal, que se encuentra en manejo antibiótico con ciprofloxacina vo día 2/7, indicado por infectología. Actualmente estable clínica y hemodinámicamente, hidratada, afebril, sin signos de dificultad respiratoria, sin soporte vasopresor ni ventilatorio, sin sirs, sin signos de irritación peritoneal. Valorada el día de ayer por servicio de infectología quienes consideran terapia switch a ciprofloxacina. Paraclínicos del día de hoy con hg sin leucocitosis ni

neutrofilia, anemia normocrómica, normocítica, plq normales, electrolitos normales, reducción de la pcr, pendiente valoración por psicología.

Paciente con evolución estable refiere miedo al egreso por dolor abdominal y herida qx, se despejan dudas en lenguaje cálido y sencillo se explica a la paciente y al familiar presente en habitación ella y su familiar refieren entender y aceptar. Ss/ phd, por el momento continua igual manejo médico y vigilancia clínica.

- **Octubre 02 de 2018, 05:20 hras: ginecología**

Paciente de 24 años, con diagnóstico de:

1. pop de lavado peritoneal + retiro de malla de tracción + cierre de pared abdominal (25/09/18)
 - 1.1 lavado peritoneal 21/09/218
 - 1.2 pop (16/09/2018) lavado peritoneal
 - 1.3 pop (14/09/2018) lavado peritoneal
 - 1.4 pop (11/09/2018) lavado peritoneal + malla de tracción
2. Pop (09/09/2018) lavado peritoneal + bolsas de viaflex preasas
3. Pop de laparotomía exploratoria + anastomosis latero lateral con sutura mecánica tipo lineal en asa delgada a 140 cm de la válvula ileocecal + peritonitis de los 4 cuadrantes + omectectomia parcial + colocación de bolsa de interfase por enterotomía iatrogénica en asas delgadas
4. Pop mediato del 03/09/18 de resección de quiste paraovarico izquierdo por laparoscopia extrahospitalaria
5. G0p0
6. Riesgo tromboembólico alto
7. Taquicardia supraventricular por reentrada aguda, cardioversión farmacológica 2 ocasiones con adenosina. 12:40horas 07/09/18
8. Tep descartada.

Paciente en switch antibiótico con ciprofloxacina vo día 3/7, indicado por infectología. En el momento hemodinámicamente estable, con evolución clínica satisfactoria, hidratada, afebril, sin sirs, sin signos de irritación peritoneal. Valorada por clínica del dolor el día de ayer quienes indican manejo del dolor con opioides + naloxona para mejoría de habito intestinal; al igual que manejo con bisacodilo; seguimiento por consulta externa paciente con mejoría ostensible del cuadro inicial, se da egreso por ginecología en día de hoy, continuar tto ambulatorio oral por 4 días la paciente y familiar se encuentran de acuerdo. Se explica a paciente quien entender y acepta conducta a seguir y manejo instaurado.

Plan: analgésicos - indicados por clínica del dolor. Sulfato ferroso 1 tab día. Ciprofloxacina 500 mg vo cada 12 horas por 7 días (hasta 6 de oct de 2018) faltan 4 días. Control x consulta externa de ginecología en 1 semana. Faja abdominal. Medias anti embólicas. Incapacidad si la necesita x 30 días inicialmente. Enoxaparina 40 mg sc día x 10 días del pop.

Signos de alarma y reconsulta: fiebre malestar general astenia y adinamia síntomas urinarios lumbalgia, incapacidad para la marcha, sangrado genital abundante o escaso de mal olor, salida de pus x vagina, disnea dolor torácico, convulsiones alteración de estado de conciencia, herida qx con calor rubor edema o secreción.

3. Atención ambulatoria Mederi

- **Octubre 25 de 2018: ginecología**

Paciente que se encuentra con diagnósticos anotados, que al examen físico se observa estable hemodinámicamente, sin sirs, sin deterioro neurológico, sin signos de dificultad respiratoria. Paciente sin criterios clínicos para complicaciones agudas o tardías postquirúrgicas. Por lo anterior se indica control con reporte de patología. Se dan recomendaciones y signos de alarma de manera completa. Paciente refiere entender y aceptar lo explicado.

4. Atención ambulatoria Compensar

- **Octubre 31 de 2018: medicina general**

Paciente de 24 años quien refiere resección de ovario izquierdo por quiste en calle 94, trae patología del 8 de septiembre: pared de quiste revestido por epitelio cilíndrico con presencia de células si atipias ni mitosis. Refiere posterior a salida de cirugía, inicia dolor intenso que la obliga a reconsultar, encuentran perforación de intestinal y reintervienen en la clínica Mederi, comenta fur en octubre 29 con abundante sangrado, coágulos sangre normal.

Al examen físico: abdomen y pelvis: no irritación peritoneal, ruidos intestinales positivos, cicatriz quirúrgica sin signos de sobreinfección sin material de sutura.

Paciente con dolor tipo cólico asociado a su ciclo menstrual desde octubre 29, se encuentra en seguimiento por cirujano por su peritonitis y con ginecología por su patología ginecológica de base. Tolerancia bien vía oral, deposición adecuada, diuresis +. Paciente con adecuado postoperatorio sin sirs. Se solicitan estudios de extensión de control y nueva valoración con resultados. Explicación signos de alarma: dolor abdominal, fiebre, vomito o mal estado general, asistir por urgencias clínica Mederi.

5. Atención ambulatoria Mederi

- **Noviembre 03 de 2018: cirugía general**

Paciente con adecuada evolución postoperatoria, con herida quirúrgica en cicatrización, se cita a control en 3 meses para seguimiento. Se dan recomendaciones generales.

Al examen físico: abdomen: blando, depresible, cicatriz por laparotomía en buenas condiciones, no se palpan defectos herniarios.

6. Atención Ambulatoria Compensar

- **Noviembre 09 de 2018: medicina general**

Paciente con antecedente de perforación intestinal izquierda durante resección de quiste ovario izquierdo esto hace 2 meses. Se manejó con cirugía general, último lavado peritoneal hace un mes. Paciente con anemia ferropénica en manejo. Actualmente refiere sensación de fatiga, malestar general y debilidad.

Actualmente dolor, cicatriz en buen estado no signos de infección, pero dolor al momento de movilización y caminatas. Se indica incapacidad hasta valoración con ginecología en 5 días, se dan indicaciones signos de alarma: si presenta fiebre dolor intenso malestar general asistir a consulta por urgencias.

- **Noviembre 13 de 2018: ginecología**

Pop de laparotomía exploratoria por cistectomía ovario izquierdo en 3 de septiembre 2018. G0P0. Fur: 1 noviembre 2018. Planificación negativa. Niega relaciones sexuales (se explica si tiene relaciones sexuales puede embarazarse).

Refiere complicación con lesiones intestinales y peritonitis, ultimo procedimiento "a principios de octubre". Trae reporte 7 sep 2017: peritonitis aguda. 94681-18 capsula de quiste ovárico: cistoadenoma Seroso. Paciente manifiesta esta incapacitada hasta el día de hoy por cita prioritaria 5 días.

Al examen físico: abdomen y pelvis: cicatriz abdominal hipertrófica. No signos de dolor abdominal. Genitales: tv. Útero de 6 cm, en avf. No se palpan masa anexiales. No dolor a la movilización de cuello.

Pop cistectomía ovario izquierdo en 3 de sep.2018. Paciente insiste trabaja en zona franca le es difícil desplazarse por lo cual solicita prorroga de incapacidad. Refiere cirujano general de Mederi le recomendó no subir escaleras, no tiene registro escrito de esto. Refiere la paciente el proceso en Mederi fue cerrado. Se llama a parte administrativa Dr. Juan Carlos Rodríguez y se comenta paciente para ser valorada por cirugía general de manera prioritaria. El doctor considera puede ser valorado por médico de familia. Se explica a paciente la patología es benigna. Paciente refiere está muy triste "por todo llora ", se remite a psicología.

- **Noviembre 14 de 2018: medicina general**

Femenina de 24 años con antecedente de resección de quiste paraovarico izquierdo por laparoscopia del 03 de sept de 2018, quién presentó múltiples complicaciones intraoperatorias por lo que requirió laparotomía exploratoria + anastomosis laterolateral en asa delgada + omentectomía parcial por peritonitis en 4 cuadrantes y posteriormente múltiples lavados intraperitoneales ultimo 25 de sept de 2018 por lo que se dio egreso el 25 de octubre de 2018, ya fue valorada por ginecología quien consideró control con patología, aún pendiente por programar. Refiere aun tener pendiente valoración de control por cx general programada 28 de nov de 2018, hoy consulta por dolor persistente en sitio operatorio de predominio con la marcha y con Valsalva.

Al examen físico: abdomen y pelvis: cicatriz qx de laparotomía sin signos de sobreinfección, ruidos intestinales normales, blando, levemente doloroso a la palpación superficial de pared abdominal. Puño percusión negativa.

Se indica continuar con medicación sintomática analgésica formulada recientemente y se extiende incapacidad médica por referir dolor persistente en espera de valoración por cx general para concepto. Actualmente en buen

estado general, hidratada, sin signos de dificultad respiratoria, estable hemodinámicamente, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica.

- **Diciembre 05 de 2018: medicina general**

Paciente quien fue intervenida por ginecología el 3 de sept de 2018, laparoscopia y resección de quiste para ovárico izquierdo, dos días después presenta dolor abdominal, acudió a Mederi y realizan laparotomía, hallazgo de peritonitis perforación intestinal, lavados quirúrgicos cada 48 horas, egresa de hospitalización el 6 de oct de 2018. Ya fue valorada por ginecología ha presentado dolor en fosa iliaca izquierda y prurito en herida quirúrgica, ciclos cada 28 x 5 días sangrado abundante el 1er día no planificación, no tiene vida sexual activa. Fur 30 nov de 2018.

Al examen físico: abdomen: blando no masas no megalias, Blumberg negativo Rovsing negativo psoas negativo cicatriz línea media supra e infraumbilical en buen estado no solución de continuidad en pared, no sobreinfección, ruidos intestinales presentes.

Ciclos regulares con dismenorrea, reinicio método de planificación con ao, dieta alta en fibra y baja en irritantes gástricos por escrito, uso de preservativo en relaciones sexuales, se explica su cuadro. Citología según esquema de salud de la mujer. Manejo de dismenorrea. Signos de alarma en dolor abdominal.

- **Febrero 07 de 2019: medicina general**

Paciente quien en septiembre le realizaron laparoscopia por quiste de ovario y posterior presentó perforación intestinal y la volvieron a operar (bolsa de Bogotá), ahora dolor intenso durante la menstruación, diarrea y menstruación intensa, dolor bajo constante. Tratamiento: anticonceptivos orales.

Al examen físico: abdomen y pelvis: blando depresible sin masas rsis +/- sin zonas de dolor o irritación peritoneal, cicatriz queloides infraumbilical medial.

Se explica que está en buen estado. Se solicita eco tv de pelvis. Se sugiere tomar biotina cada día x 3 meses. Se revisan los exámenes, están normales: hemograma normal.

- **Febrero 09 de 2019: ecografía transvaginal**

ECOGRAFIA TRANSVAGINAL:

Con transductor transvaginal se realizó barrido sonográfico observándose:

Útero en RVF de contornos regulares y ecogenicidad miometrial normal con dimensiones de 44 x 48 x 47 mm.

Endometrio de 11.2 mm de espesor, homogéneo.

Cuello uterino cerrado de 31 mm de longitud.

Ovarios de aspecto ecográfico normal y dimensiones de:

Ovario derecho de 40 x 17 x 31 mm, para un volumen de 11.6 cc.

Ovario izquierdo de 27 x 16 x 26 mm, para un volumen de 6.4 cc.

No hay líquido libre en los fondos de saco.

OPINION:

ECOGRAFIA TRANSVAGINAL DENTRO DE LIMITES NORMALES.

7. Atención Ambulatoria Mederi

- **Febrero 21 de 2019: cirugía general**

Paciente con evolución y seguimiento clínico dentro de límites normales, sin complicaciones agudas ni tardías del procedimiento, en el momento adecuado habito gastrointestinal. Se da indicaciones de dieta, dado que refiere presentar alopecia se da orden de valoración por dermatología. Se explica a paciente plan ambulatorio, se da de alta por cirugía general.

Al examen físico: abdomen: blando, depresible, cicatriz por laparotomía en buenas condiciones, no se palpan defectos herniarios.

8. Atención Ambulatoria Compensar

- **Septiembre 12 de 2019: medicina general**

Se trata de paciente de 25 años con dolor en epigastrio y marco cólico, antecedente de laparotomía por peritonitis, encuentro en buen estado general. Al examen físico: abdomen: blando depresible dolor en epigastrio y marco cólico. No se palpan masas, ni megalias, no signos de irritación peritoneal.

Dejo manejo médico para su dolor, envió ecografía de abdomen total. Se dan recomendaciones hábitos nutricionales: consumir más frutas, verduras diarias.

- **Septiembre 30 de 2019: ecografía abdomen total**

ECOGRAFÍA ABDOMINAL TOTAL :

Con transductor Convex se realizó estudio ecográfico del abdomen con los siguientes hallazgos :

Hígado de tamaño, forma, contornos y ecogenicidad normales, sin lesiones focales ó difusas.

La vía biliar intra y extrahepática es de calibre y configuración normales.

Vesícula biliar distendida, de paredes delgadas y contenido anecoico.

Páncreas y retroperitoneo en su porción visualizada de morfología usual.

El bazo es de tamaño normal, ecoestructura homogénea y no hay alteraciones de su cápsula.

Riñones de tamaño, forma, contornos posición y orientación normales.

No se observaron alteraciones en el curso y calibre de las estructuras vasculares retroperitoneales.

No se observa líquido libre en la cavidad abdominal.

Vejiga distendida, de paredes delgadas y contenido anecoico, útero en AVF, con medidas aproximadas de 70 x 33 x 69 mm, para un volumen de 84 cc, endometrio de 6 mm de grosor, ovarios con medidas aproximadas de :

Derecho de 26 x 14 x 25 mm, para un volumen de 5 cc.

Izquierdo de 21 x 19 x 28 mm, para un volumen de 6 cc.

No se observan masas anexiales.

Fondo de saco posterior libre.

Abundante gas intestinal, se recomienda correlacionar con rx de abdomen sin preparación.

- **Octubre 02 de 2019: medicina general**

Paciente con dolor abdominal, distensión, gases, síntomas que se relaciona con su mal hábito intestinal, encuentro en buen estado general. Afebril. Abdomen blando depresible. No se palpan masas, ni megalias, no signos de irritación peritoneal.

Dejo manejo para su dolor y su constipación y solicito rx de abdomen

- **Octubre 28 de 2019: radiografía de tránsito intestinal**

RX TRANSITO INTESTINAL :

En la proyección preliminar el patrón de distribución gaseosa, los contornos viscerales, las líneas de los psoas y de los tejidos blandos no presentan alteraciones. No se observan calcificaciones anormales y las estructuras óseas no presentan alteraciones.

Por técnica convencional con medio de contraste baritado se realizó tránsito intestinal demostrando cámara gástrica, píloro, bulbo duodenal, yeyuno e íleon de calibre, contornos y recorrido usuales, sin evidencia de engrosamiento ni de alteraciones en los pliegues de su mucosa.

La frecuencia de los pliegues es normal.

El tránsito del medio de contraste se realiza en un tiempo de 60 minutos.

No se evidencia proceso fistuloso.

CONCLUSIÓN:

RX TRÁNSITO INTESTINAL DENTRO DE LÍMITES NORMALES.

- **Mayo 10 de 2020: medicina general**

Antecedente de peritonitis en oct de 2018 abdomen abierto, historia de estreñimiento desde entonces, no fiebre no escalofrió, no diarrea no vomito. Paciente con reinicio de síntomas de estreñimiento, dejo formula de bisacodilo y dieta por escrito. Se envía órdenes por correo, se explica signos de alarma.

- **Octubre 30 de 2020: medicina general**

Se revisa sicu sangre oculta en heces negativo x 3, dice que tiene muchas irregularidades menstruales con dolor e intensas, fue operada de un quiste de ovario hace más de 2 años con perforación intestinal y lavados peritoneales.

Se considera menstruación irregular con historia de quiste de ovario. Plan: se sugiere control ecográfico de pelvis, se insiste en dieta, ya fue vista por nutricionista y se le dieron las recomendaciones respectivas, se cita con el reporte del eco para pertinencia de seguir tomando anticonceptivos orales.

II. CONCEPTOS Y EVIDENCIA MÉDICA

Cistoadenoma seroso:

Dentro de la clasificación de los tumores de ovario, el cistoadenoma seroso es el más frecuente de aquellos que provienen del epitelio celómico superficial. Representan los tumores ováricos más frecuentes, constituyendo del 20 a 50% de todos los tumores ováricos. El cistoadenoma seroso tiene potencial de malignizarse, fenómeno que ocurre con una frecuencia cercana al 30%. Por lo general el tamaño varía entre 5 a 20 cm, y el 20% son bilaterales. Macroscópicamente la característica típica son las prolongaciones papilares de su superficie que a veces son tan numerosas que adquieren aspecto de coliflor.

La mejor forma de confirmar el diagnóstico de estas grandes masas es por ultrasonido. Así mismo el diagnóstico se puede corroborar por TAC y el estudio histopatológico transoperatorio.

El manejo laparoscópico de los quistes ováricos se ha convertido en el estándar de oro para su resolución quirúrgica. Aunque tradicionalmente se ha considerado el tamaño de los quistes como limitante para el manejo laparoscópico a quistes menores de 10 cm, se ha demostrado que con una selección adecuada de las pacientes, el tamaño de un quiste no necesariamente constituye una contraindicación para la cirugía laparoscópica.

Cirugía laparoscópica:

El uso de laparoscopia para la realización de procedimientos en ginecología va en aumento puesto que proporciona mayores beneficios, cuando se compara con la laparotomía, en cuanto a una recuperación más rápida, menor dolor operatorio y estadía hospitalaria más corta. Sin embargo, dado que es un procedimiento invasivo existe el riesgo de que surjan complicaciones.

El manejo laparoscópico en masas anexiales benignas ha sido referido como seguro. También se ha asociado a una menor pérdida sanguínea, menores complicaciones posquirúrgicas, más corto tiempo de estadía hospitalaria y más rápida recuperación, en comparación con el manejo tradicional por laparotomía.

Algunos autores han limitado el abordaje laparoscópico a casos en los cuales la masa anexial es menor a 10 cm. Se define quiste gigante como aquel que presenta un tamaño superior a 10 cm.

Las complicaciones de la cirugía ginecológica laparoscópica son raras, con una incidencia de 3 a 6 por cada 1.000 casos y la tasa de mortalidad está estimada en 3,3 por cada 100.000 procedimientos. Estas aumentan directamente con el nivel de complejidad de los procedimientos y disminuyen con la experiencia del cirujano. Sin embargo, estas complicaciones no son mayores en comparación con la laparotomía. Chapron y colaboradores no encontraron diferencias entre las complicaciones mayores entre pacientes manejadas con laparoscopia o con laparotomía para patología ginecológica benigna, aunque sí encontraron un riesgo más bajo de complicaciones menores con la laparoscopia.

Complicaciones mayores

Lesiones vasculares: tienen una incidencia de 0,01% a 0,64%,5 pero son severas con una tasa de mortalidad del 9% y 17%. Anatómicamente, los vasos de mayor riesgo durante la entrada son la arteria aorta, la vena cava inferior y los vasos iliacos.

Lesiones intestinales: son la causa de más de la mitad de las complicaciones mayores en cirugía laparoscópica con una incidencia de 0,06% a 0,65%; estas lesiones pueden ser sospechadas cuando se aspira contenido intestinal, se presenta olor fecaloide o cuando la presión a la entrada se encuentra entre 8 y 10 milímetros de mercurio (mm Hg). En el posoperatorio inmediato debe ser considerada si la paciente presenta vómito, dolor abdominal, distensión y fiebre.

Lesiones urológicas: las lesiones de vejiga y uréteres se reportan con una incidencia de 0,03% a 0,13%, donde las lesiones de la vejiga son de 2 a 3 veces más frecuentes que las lesiones ureterales.⁵ Los tipos de lesiones urinarias más comunes son perforación vesical, seguida de fístula, ligadura de uréter y corte de uréter.

Complicaciones por el neumoperitoneo: la disminución del retorno venoso, el aumento de la presión vascular pulmonar y sistémica, y la elevación de los niveles de dióxido de carbono son consecuencias fisiológicas del neumoperitoneo, al igual que la posición Trendelenburg, ambos requeridos durante los procedimientos ginecológicos laparoscópicos, los cuales son tolerados por la mayoría de las pacientes. Sin embargo, en mujeres con problemas cardiopulmonares puede ser causa de descompensación y de laparoconversión en pacientes no estabilizados.

Peritonitis secundaria:

La peritonitis es una inflamación de la cavidad peritoneal debida a una infección, traumatismos o irritantes químicos como la bilis, el jugo pancreático o los jugos intestinales. En general se presenta de forma aguda y puede ser localizada o difusa. Las peritonitis infecciosas, dependiendo de su origen, suelen clasificarse como primarias, secundarias y terciarias.

La peritonitis primaria o espontánea no está relacionada con ningún foco intraabdominal o perforación del tubo digestivo. La secundaria suele aparecer tras una complicación intraabdominal como una perforación gástrica o de víscera hueca, ruptura del apéndice o de un absceso o contaminación quirúrgica o traumática. La peritonitis terciaria aparece en pacientes postoperados con una peritonitis secundaria que no responde al tratamiento y que presenta fallo multiorgánico o sepsis.

La peritonitis secundaria aparece tras la contaminación de la cavidad abdominal por materia intestinal o del tracto génito-urinario. Puede aparecer tras la perforación del tracto intestinal, por necrosis isquémica de la pared o por translocación bacteriana. Las peritonitis secundarias también pueden ser postoperatorias (por dehiscencia de sutura o perforación iatrogénica) o pueden aparecer tras un traumatismo abdominal penetrante o cerrado (peritonitis postraumáticas). Las causas más frecuentes de la peritonitis son la apendicitis y las perforaciones secundarias a una diverticulitis, úlcus péptico o vesícula biliar gangrenosa. Otras causas son las neoplasias, la isquemia mesentérica con necrosis intestinal, las hernias estranguladas o encarceladas, los vólvulos, las invaginaciones con necrosis y la enfermedad inflamatoria intestinal.

Al inicio, los síntomas clínicos se confunden con el proceso responsable de la peritonitis y pueden variar dependiendo de la edad del paciente, la afectación de su estado general y el grado de extensión de la infección.

El síntoma principal es el dolor abdominal intenso que inicialmente puede estar localizado pero que posteriormente se generaliza. La localización de dolor depende de la patología de base y de si la inflamación está localizada o generalizada. En las perforaciones gástricas el dolor suele ser epigástrico y en la apendicitis el dolor suele iniciarse en la región periumbilical y a las pocas horas se localiza en la fosa ilíaca derecha. Cuando la infección progresa el dolor se generaliza, se agrava con los movimientos, con la tos y se acompaña de distensión abdominal con defensa muscular. A la palpación, el abdomen está contracturado (vientre en tabla), distendido, inmóvil, difusamente doloroso a la palpación y a la descompresión (signo de Blumberg). Con frecuencia existe íleo acompañado de disminución de los ruidos intestinales.

En general los pacientes presentan signos de gravedad con mal estado general, fiebre, taquicardia, taquipnea y ocasionalmente hipotensión, fallo multiorgánico y shock. La fiebre es un síntoma frecuente pero que puede faltar en los ancianos o inmunodeprimidos lo cual es un signo de gravedad y mal pronóstico.

El tratamiento de la peritonitis secundaria requiere la corrección quirúrgica de la patología desencadenante combinado con el tratamiento de soporte y los antibióticos. En primer lugar se debe corregir la inestabilidad hemodinámica y los trastornos metabólicos y se debe iniciar el tratamiento antimicrobiano.

La intervención quirúrgica debe realizarse lo más pronto posible, después que el paciente se haya estabilizado y esté en condiciones de ser operado. Habitualmente se efectúa una laparotomía con desbridamiento de colecciones supuradas, limpieza de los esfacelos y lavado peritoneal con suero salino.

Los antibióticos, si se administran precozmente, controlan la bacteriemia, reducen las complicaciones sépticas y evitan la diseminación local de la infección. Sin embargo, una vez está instaurada la peritonitis, es muy difícil controlar la infección solamente con antibióticos sin el drenaje quirúrgico.

El pronóstico depende de varios factores, como la edad del paciente, las comorbilidades, la duración de la contaminación abdominal y los microorganismos responsables. A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos la mortalidad sigue siendo elevada (10-40%), particularmente en los ancianos y en los pacientes cuya peritonitis tenga una evolución superior a las 48 horas.

III. ANÁLISIS DEL CASO

Paciente que para el 2018 tenía 23 años, sin antecedentes patológicos de importancia.

En febrero de 2018 consultó a medicina general por cuadro de 4 meses de dolor en fosa iliaca izquierda asociado a menstruaciones abundantes con náuseas y episodios diarreicos, por lo cual solicitan paraclínicos y ecografía transvaginal.

En la ecografía transvaginal se reporta quiste anexial izquierdo de gran tamaño y remiten a ginecología. Dicha especialidad considera gran quiste paraovárico izquierdo y el 16 de julio de 2018 ordena resección del quiste por laparoscopia, se diligencia consentimiento informado describiendo riesgos frecuentes como hematomas sobre las heridas o en la pelvis, enfisema subcutáneo (acumulación de aire) en cara, cuello, tórax y abdomen, lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga, uréter e intestinos, hemorragias intra o postoperatoria (con la posible necesidad de transfusión), infecciones de la herida, pélvicas o urinarias (en muy raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud que requieren tratamientos adicionales), edema pulmonar, embolismo gaseoso, hiponatremia (disminución de sodio), herniaciones postquirúrgicas, lesiones nerviosas (nervio ilioinguinal).

El procedimiento quirúrgico es llevado a cabo el 03 de septiembre de 2018, encontrándose quiste paraovárico de 6 cm, sin complicaciones y se da egreso posterior al periodo de recuperación que cursó con normalidad.

Para el 06 de septiembre de 2018 la paciente ingresa a urgencias de Hospital Mederi por cuadro de múltiples episodios eméticos, asociado a dolor abdominal de predominio en hemiabdomen inferior, palpitaciones y deposiciones diarreicas. Es valorada por cirugía general, quienes la encuentran hipotensa, taquicárdica, con signos de deshidratación grado II, con signos de irritación peritoneal y ordenan pasar a salas de cirugía para laparotomía exploratoria.

El procedimiento fue llevado a cabo en la madrugada del 07 de septiembre de 2018, sin complicaciones, con hallazgos descritos como: líquido purulento en los cuatro cuadrantes, enterotomía iatrogénica en asas delgadas a 140 cm de la válvula ileocecal. Realizaron resección de 20cm de intestino delgado y anastomosis latero lateral con sutura mecánica lineal, lavado de cavidad y hemostasia, colocación de bolsa de interfase y cierre de piel para lavado en 48 horas. La paciente es trasladada a unidad de cuidado intensivo para vigilancia hemodinámica y quirúrgica.

Durante la estancia hospitalaria la paciente evoluciona con estabilidad hemodinámica, sin requerimiento de soporte ventilatorio ni vasoactivo, en vigilancia postoperatoria en uci por resección intestinal por perforación y múltiples lavados quirúrgicos.

Posterior a la laparotomía exploratoria del 07 de septiembre en donde encuentran perforación intestinal, realizan resección intestinal y colocación de bolsa de interfase, le realizan 6 lavados quirúrgicos en donde encuentran líquido peritoneal de características fecaloides y/o turbio, y dejan abdomen abierto, sin embargo, en último lavado quirúrgico realizado el 25 de septiembre de 2018 presentó secreción de líquido opalescente, retiran la malla de tracción y la bolsa de interfase y cierran la pared abdominal definitivamente.

El 14 de septiembre la paciente es trasladada a unidad de cuidados intermedios por encontrarse estable, sin signos de hipoperfusión ni bajo gasto, sin soporte vasopresor ni ventilatorio. Por adecuada evolución, sin disfunción orgánica múltiple, con escalonamiento de terapia antimicrobiana, sin fiebre y el dolor abdominal controlado se considera traslado a piso el 20 de septiembre de 2018.

La paciente continúa en manejo por ginecología, con esquema de antibiótico escalonado con meropenem y ampicilina según concepto de infectología. Adicional con atención por clínica del dolor para modulación del dolor abdominal. Debido a estabilidad clínica, sin sirs, sin signos de irritación peritoneal, se le solicita valoración por programa phd para posible egreso, por lo cual infectología realiza cambio a antibioticoterapia oral. Dan egreso el 02 de octubre con manejo antibiótico, analgésico y control ambulatorio por ginecología y cirugía general, así como recomendaciones y signos de alarma.

Asiste a control ambulatorio a Hospital Mederi por ginecología el 25 de octubre de 2018 en donde la encuentran estable hemodinámicamente, sin sirs, sin deterioro neurológico y sin criterios clínicos para complicaciones agudas o tardías postquirúrgicas. Así mismo acude a control con cirugía general el 03 de noviembre de 2018 con adecuada evolución postoperatoria, cicatriz por laparotomía en buenas condiciones, y sin palpación de defectos herniarios.

El 09 de noviembre de 2018 asiste a cita por medicina general refiriendo dolor en cicatriz quirúrgica al movilizarse y al caminar. El 13 de noviembre en nuevo control con ginecología de Compensar, reportan la patología del quiste como benigna, consistente en un cistoadenoma seroso.

Para el 07 de febrero de 2019, en control por medicina general refiere dolor intenso durante la menstruación, diarrea y menstruación intensa, dolor bajo constante, por lo cual solicitan ecografía transvaginal, realizada el 9 de febrero de 2019 dentro de límites normales.

Cirugía general de Hospital Mederi valora nuevamente a la paciente el 21 de febrero de 2019, en donde describe evolución y seguimiento clínico dentro de límites normales, sin complicaciones agudas ni tardías del procedimiento, con adecuado habito gastrointestinal, dan de alta.

El 12 de septiembre de 2019 asiste a valoración por medicina general por presentar dolor en epigastrio y en marco cólico, ordenan ecografía abdomen total la cual realizan el 30 de septiembre de 2019 encontrándose abundante gas intestinal, y solicitan radiografía de tránsito intestinal que realizan el 28 de octubre con reporte dentro de límites normales.

Para el año 2020, en mayo, la paciente consulta por estreñimiento, dejan manejo dietario y farmacológico para colitis. En octubre consulta por síntomas ginecológicos como menstruación irregular, ordenan ecografía de pelvis pero la paciente no se la ha realizado.

Para este caso, la paciente cursaba con un quiste paraovárico izquierdo sintomático de gran tamaño y que tenía como indicación terapéutica la extirpación quirúrgica vía laparoscopia.

El procedimiento se realizó el 03 de septiembre de 2018 sin complicaciones aparentes, puesto que en el postoperatorio mediato evolucionó adecuadamente; sin embargo, en el postoperatorio tardío presentó dolor abdominal, episodios eméticos y un pico febril, con la

consiguiente valoración en urgencias encontrando signos de irritación peritoneal y requerimiento de laparotomía exploratorio de urgencia.

Esta laparotomía exploratoria se llevó a cabo el 07 de septiembre de 2018 encontrando perforación intestinal iatrogénica con la necesidad de resección intestinal y colocación de bolsa para dejar el abdomen abierto por cuadro de peritonitis con el fin de realizar lavados quirúrgicos como tratamiento coadyuvante junto con el farmacológico.

Se considera entonces que la perforación intestinal fue iatrogénica, es decir, propia del procedimiento quirúrgico consistente en laparoscopia y se contempló como un riesgo frecuente de este tipo de procedimientos, el cual se informó en el consentimiento informado, firmado y fue aceptado por la paciente.

Como bien lo describe la literatura médica, la técnica de laparoscopia para la realización de procedimientos ginecológicos proporciona mayores beneficios, cuando se compara con la laparotomía, en cuanto a una recuperación más rápida, menor dolor operatorio y estadía hospitalaria más corta, sin perjuicio que sigue siendo un procedimiento invasivo y persiste el riesgo de que surjan complicaciones propias, como lo sucedido en esta paciente, el cual fue un acto involuntario pero reportado en la ciencia como riesgo inherente del procedimiento, con un porcentaje de incidencia de lesión intestinal del 0,06% a 0,65%.

Adicional a este acto involuntario, la paciente recibió atención de calidad, pertinente, oportuna y eficaz, lográndose controlar el proceso infeccioso consistente en peritonitis y logrando posterior a varios lavados quirúrgicos realizar cierre de abdomen sin complicaciones ni secuelas en su salud, pues los controles postoperatorios posteriores tanto de ginecología como de cirugía general describen que la paciente evolucionó satisfactoriamente sin complicaciones postoperatorias, tal que, en ecografías tanto abdominales como transvaginales y radiografías intestinales realizadas meses después del evento, todo se encuentra dentro de límites normales.

De acuerdo con lo anterior podemos concluir que a pesar de materializarse un riesgo inherente y descrito en relación con la laparotomía ginecológica, reportado en el consentimiento informado, la atención brindada a la usuaria fue oportuna, pertinente y de calidad, logrando superar el proceso infeccioso abdominal, con estado clínico adecuado en el momento, sin complicaciones en su salud.

IV. CONCLUSIONES

Con el fin de realizar un análisis crítico de la atención prestada a la paciente, con motivo de la perforación intestinal como complicación de laparotomía ginecológica, es necesario evaluar de manera integral todos los aspectos asociados.

Se trata de una paciente que para el 2018 tenía 23 años, sin antecedente patológicos de importancia.

Presentaba un cuadro de 4 meses de dolor en fosa iliaca izquierda asociado a menstruaciones abundantes con náuseas y episodios diarreicos, por lo cual realizan paraclínicos y evidencian quiste paraovárico izquierdo de gran tamaño con indicación de resección quirúrgica a través de laparotomía.

Dicho procedimiento se lleva a cabo el 03 de septiembre de 2018, encontrando un quiste paraovárico de 6 cm, sin complicaciones. Sin embargo, el 06 de septiembre ingresa a urgencias del Hospital Mederi por cuadro de dolor pélvico de 4 días de evolución asociado a eméticos, palpitations y deposiciones diarreicas con un pico febril. Es valorada por ginecología con aparente hematoma postquirúrgico y signos de irritación peritoneal, llevan a laparotomía exploratoria, encuentran líquido purulento en cuatro cuadrantes y enterotomía, realizan resección de 20 cm de intestino delgado y anastomosis latero lateral.

Termina procedimiento sin complicaciones dejando abdomen abierto para futuros lavados quirúrgicos, trasladan a la unidad de cuidado intensivo y posteriormente de acuerdo a necesidad realizan lavados quirúrgicos en número de 7 en total, con el fin de obtener líquido claro, el cual se obtuvo el 25 de septiembre, día en el que cierran definitivamente el abdomen. Durante estos días de estancia hospitalaria la paciente fue manejada integralmente por varias especialidades como ginecología, cirugía general, infectología, medicina crítica, medicina interna y clínica del dolor. Nunca estuvo descompensada hemodinámicamente y requirió soporte vasoactivo, ni vasopresor ni ventilatorio.

Egreso de hospitalización el 02 de octubre de 2018 en adecuadas condiciones, con abdomen cerrado y en curso de cicatrización, libre de proceso infeccioso inicial denominado peritonitis.

Posteriormente continúa en controles ambulatorios por ginecología y cirugía general con adecuada evolución clínica, sin complicaciones ni secuelas posteriores por lo cual dan de alta ambulatoria.

En conclusión, se considera que para este caso, se materializó uno de los riesgos descritos para este tipo de procedimientos a pesar de manejarse adecuadamente el procedimiento quirúrgico, sin embargo, a la paciente se le brindó toda la atención medica de calidad, oportuna y pertinente necesaria para superar el proceso infeccioso y encontrarse en este momento sin complicaciones relacionadas a dicho evento. Por otro lado es importante resaltar que el quiste resecado reportó patología benigna, sin embargo, según la ciencia médica, este tipo de tumores pueden migrar hacia la malignidad, por lo cual era necesaria su extracción.

V. CONSIDERACIONES

La suscrita perita declara que no se considera incurso en algunas de las causales de impedimento para rendir el dictamen pericial, que tiene los conocimientos médicos y que ha actuado leal y fielmente al desempeño de su labor.

En el presente dictamen no se han utilizado métodos, experimentos o investigaciones diferentes a las usadas habitualmente en el desarrollo del ejercicio profesional o de dictámenes periciales rendidos en otras oportunidades.



Nury Niyireth Vanoy Rocha, MD

Especialista en Gerencia Integral de Servicios de Salud

Magister en Administración en Salud

R.M. 73 905/2013

CC 1121850397 de Villavicencio

nnvanoyr@compensarsalud.com

VI. BIBLIOGRAFÍA

1. Soto Miranda M, et al. Cistadenoma seroso gigante de ovario. Revista Facultad de Medicina UNAM 50(1), 2007.
2. Sepulveda Agudeo J. Complicaciones laparoscópicas asociadas a la técnica de entrada. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 62(1):88-93, 2011.
3. Zapata Perez F, et al. Manejo laparoscópico de quiste gigante de ovario. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 60(1), 2009.
4. Gurguí M, et al. Peritonitis y otras infecciones intraabdominales, protocolos clínicos. Sociedad española de enfermedades infecciones y microbiología clínica. 2000.

Caso clínico

Cistadenoma seroso gigante de ovario. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

Miguel Ángel Soto Miranda,¹ Alberto Goné Fernández,¹ Marco Antonio Calzada Ramos,² Andrés Romero y Huesca³

¹ Departamento de Cirugía. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social.

² Cirujano General, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

³ Cirujano General. Hospital General de Zona 30, IMSS.

Introducción

Los quistes gigantes de ovario son considerados así cuando pesan más de 12 kilos. Son una entidad rara en la actualidad.^{1,2} Por definición, un crecimiento quístico del ovario debe tener al menos 2.5 cm de diámetro para ser denominado quiste.³ En las décadas de los setenta y ochenta, se informaron en la bibliografía mundial 20 casos de quistes mayores de 20 kg.⁴ Gómez, et al, informa 14 casos de tumores gigantes de ovario, el mayor con un peso de 24.33 kg, de tipo pseudomucinoso.⁵ Machanda y cols⁶ describieron un caso que pesó 74 kg.

En México, el quiste gigante de ovario con mayor peso fue de 70 kg, reportado en el Hospital de la Mujer de la Ciudad de México en 1992.⁷

Reporte del caso

Femenino de 21 años, soltera, originaria de Tula, Hidalgo. Menarca a los 12 años, ritmo 30 x 3, eumenorreica, sin inicio de vida sexual.

Padecimiento actual de 8 meses de evolución con aumento progresivo de volumen abdominal, sensación de plenitud posprandial, sensación de pesantez pélvica, disnea de grandes esfuerzos sin cianosis y posteriormente hiporexia.

A la exploración física con peso de 75 kg, T.A. 110-70, F.C. 56 por minuto y F.R. 30 por minuto. Se observa mal conformada a expensas de crecimiento abdominal, disneica, deambulando con dificultad, sin presencia de cianosis. Buen estado de hidratación. Taquipnea, con disminución de los movimientos de amplexión y amplexación, campos pulmonares con murmullo vesicular sin fenómenos agregados. Abdomen globoso, se palpa tumor de bordes regulares de 30 x 30 cm, no doloroso, movilidad limitada, con matidez a la percusión. Miembros inferiores con edema +.

Se solicita ultrasonido abdominal que reporta quiste de ovario izquierdo de aproximadamente 31 x 28 x 19 cm. Exámenes de laboratorio con: Hb 13.2 g/dL, leucocitos 7,200/mm³, neutrófilos 68%, urea 19 mg/dL, creatinina 0.9 mg/dL,

Na⁺ 137 mmol/L, K⁺ 4.7 mmol/L, Cl⁻ 99 mmol/L, Ca⁺⁺ 10.8 mmol/L, P⁺ 6.5 mmol/L.

Laparotomía exploradora, incisión media de la sínfisis del pubis al apéndice xifoides, extrayendo tumor quístico dependiente de ovario izquierdo nutrido por la arteria ovárica. Se realizó salpingooforectomía izquierda sin complicaciones. Anexo contralateral sin alteraciones. El quiste pesó 32.3 kg (figuras 1 y 2).

Reporte histopatológico: Cistadenoma seroso de ovario con 33.5 x 28.5 x 21 cm, salpinge izquierda normal. Evolución posoperatoria sin complicaciones.

Discusión

Los tumores del ovario no son tan frecuentes como los del útero y de mama, pero constituyen el tercer grupo de tumores benignos y malignos de la mujer. Los tumores benignos del ovario no constituyen un grupo bien definido, pues si bien alrededor del 75-85%⁸ son evidentemente benignos, otros en su evolución pueden malignizarse. El riesgo de presentar tumores epiteliales se incrementa con la edad, ya que a pesar que la disminución de la función ovárica, el ovario humano nunca pierde su capacidad para generar tumores.⁸

Dentro de la clasificación de los tumores de ovario, el cistadenoma seroso es el más frecuente de aquellos que provienen del epitelio celómico superficial.⁹ Representan los tumores ováricos más frecuentes, constituyendo del 20 a 50% de todos los tumores ováricos. El cistadenoma seroso tiene potencial de malignizarse, fenómeno que ocurre con una frecuencia cercana al 30%.¹⁰ Por lo general el tamaño varía entre 5 a 20 cm, y el 20% son bilaterales.³ Macroscópicamente la característica típica son las prolongaciones papilares de su superficie que a veces son tan numerosas que adquieren aspecto de coliflor. En general no alcanzan el gran tamaño de los mucinosos.¹¹

Los tumores quísticos gigantes se han confundido en pacientes muy obesas o con ascitis.^{4,12,13} La mejor forma de confirmar el diagnóstico de estas grandes masas es por ul-



Figura 1. Quiste de ovario, su cápsula delgada donde se transparentan sus vasos nutricios y el contenido líquido transparente después de movilizarlo y aislar la cavidad.

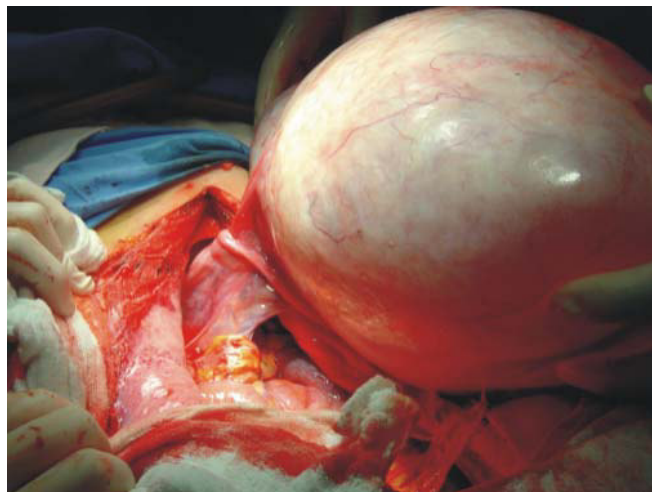


Figura 2. El quiste de ovario aún unido a la salpinx por su pedículo vascular.

trasonido. Así mismo el diagnóstico se puede corroborar por TAC y el estudio histopatológico transoperatorio. La determinación de marcadores tumorales como el antígeno Ca – 125 específico de tumores epiteliales no mucinosos de ovario es de utilidad. Además predice enfermedad recidivante cuando es mayor de 35 U/mL, y permite monitorizar el tratamiento de la pacientes con cáncer de ovario. Rara vez se eleva en tumores benignos como en este caso. Su sensibilidad se eleva en pacientes posmenopáusicas, ya que en premenopáusicas puede estar elevado en múltiples padecimientos de origen benigno como salpingitis, embarazo y otros.¹⁴

En relación al tratamiento quirúrgico, no es confiable la inspección macroscópica simple para determinar si un quiste ovárico es benigno o maligno. Es necesario realizar la escisión completa del ovario, aun cuando no haya evidencia definitiva de malignidad.² Bezjian y cols¹⁵ recomiendan la descompresión preoperatoria con extracción posterior de la cápsula si hay compromiso cardiovascular; sin embargo en cáncer de ovario existe el riesgo de diseminación. La extracción intacta del tumor evita la diseminación.

Recientemente, el manejo laparoscópico de los quistes ováricos se ha convertido en el estándar de oro para su resolución quirúrgica. Aunque tradicionalmente se ha considerado el tamaño de los quistes como limitante para el manejo laparoscópico a quistes menores de 10 cm, Sagiv R y cols¹⁷ demostraron que con una selección adecuada de las pacientes, el tamaño de un quiste no necesariamente constituye una contraindicación para la cirugía laparoscópica.

Referencias

- Bernal MS, Luna BI, Olivares VC et al. Quiste de ovario gigante. Informe de un Caso. *Ginec Obstet Mex* 2001; 69(7): 259-261.
- Dotters DJ, Katz VL, Currie J. Masive ovarian cyst: A comprehensive surgical approach. *Obstet Gynaecol* 1988; 43: 191-196.
- Sutton GP, Rogers RE, Hurd WW. Gynecology In: *Principles of Surgery*, McGraw-Hill 1999; 1833-1876.
- Ottensen M, Rose M. Giant ovarian cyst masked by obesity. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 349-51.
- Gómez AE, Camacho MA, Álvarez VM et al. Tumores gigantes del ovario. *Ginec Obstet Mex* 1975; 37: 137-143.
- Machanda R, Kriplani A. Giant malignant ovarian tumor: a case report. *International Journal of Gynecological Cancer* 2005; 15(6): 1135-1137.
- Zamora GM. Giant ovarian cyst: Case report. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 1247-1248.
- Jones HW, Went AC, Bromet LS et al. Tumores del ovario en: *Tratado de Ginecología de Novak*. 1ª. Edición. Interamericana. 1998.
- Disaia PJ, Creasman WT. *Oncología Ginecológica Clínica*. 5a ed. Madrid, España Edit. Harcourt Brace. 1999: 255-83.
- González MJ, González BJ. *Ginecología Oncológica*. 2da ed. Barcelona, España. Edit. Masson. 2000: 383-386.
- Fox H, Langley FA. *Tumors of the ovary*. 1ª edit. Great Britain 1976: 29-36.
- Menahem S, Shvartzman P. Giant ovarian cyst mimicking ascites. *J Fam Pract* 1994; 39: 479-481.
- Berkowitz R. Massive ovarian enlargement in a obese patient. *Obstet Gynecol* 1976; 48: 183-185.
- Cruishank DJ. The clinical significance of preoperative CA-125 in ovarian cancer. *Br J Obstet Gynecol* 1987 94: 692.
- Bezjian AA. A massive ovarian tumor preoperative siphonage and excision. A case report. *Obstet Gynecol* 1971; 38(2): 214-216.
- Fisher EL. Management of a large ovarian tumor. Report of a case. *Obstet Gynecol* 1965; 26(3): 417-419.
- Sagiv R, Golan A, Glezerman M. Laparoscopic management of extremely large ovarian cysts. *Obstetrics and Gynecology* 2005; 105(6): 1319-1322.



ARTÍCULO DE REVISIÓN

COMPLICACIONES LAPAROSCÓPICAS ASOCIADAS A LA TÉCNICA DE ENTRADA

Entry technique-associated laparoscopic complications

Janer Sepúlveda-Agudelo, M.D.*

Recibido: febrero 5/10 - Aceptado: enero 17/11

RESUMEN

Objetivo: realizar una revisión detallada de las complicaciones de la cirugía laparoscópica en ginecología, con énfasis en las relacionadas con la entrada a la cavidad peritoneal dada su alta frecuencia.

Materiales y métodos: se realizó una búsqueda detallada de literatura publicada en inglés a través de PubMed/MEDLINE, Ovid y registro de revisiones sistemáticas y estudios aleatorizados controlados de Cochrane, usando como palabras clave “laparoscopic entry”, “trocars injury”, “laparoscopy complications”, “laparoscopic injury” y “optical trocars”. Se seleccionaron principalmente metaanálisis, estudios clínicos aleatorizados, guías clínicas, artículos de revisión y series de casos.

Resultados: se seleccionaron 36 artículos, 2 metaanálisis, 3 estudios clínicos aleatorizados, 1 guía clínica, 11 revisiones sistemáticas, 10 revisiones de tema y 9 series de casos. Las complicaciones de la cirugía laparoscópica son raras, se presentan con mayor frecuencia durante la entrada y generalmente son de origen vascular, intestinal y urológico. Igualmente, pueden presentarse complicaciones por el neumoperitoneo y por electrocirugía. Otras complicaciones que ocurren con menor frecuencia son la neurológicas, las hernias incisionales, las

metástasis por el sitio de entrada, las infecciones, los hematomas y la formación de adherencias.

Conclusiones: la laparoscopia es un procedimiento relativamente seguro. Sin embargo, hay que ser muy cuidadoso en el momento del acceso a la cavidad abdominal, porque la mayoría de complicaciones ocurren durante la entrada.

Palabras clave: entrada laparoscópica, lesiones con trócares, complicaciones laparoscópicas, lesiones laparoscópicas, trócares ópticos.

SUMMARY

Objective: carrying out a detailed review of complications arising from laparoscopic surgery used in gynecology, emphasizing those related to entering the peritoneal cavity as being the most frequently presented.

Materials and methods: a detailed search was made of literature published in English in PubMed/MEDLINE, Ovid and the Cochrane database of systematic reviews and randomized controlled trials using the following key words: “laparoscopic entry”, “trocars injury”, “laparoscopy complications”, “laparoscopic injury” and “optical trocars”. Metanalysis, randomized clinical studies, clinical guidelines, review articles and case series were mainly selected.

Results: 36 articles, 2 metanalyses, 3 randomized clinical studies, 1 clinical guide, 11 systematic reviews, 10 topic reviews and 9 case series were selected. Complications rarely arise during laparoscopic surgery; they occur most frequently during entry and are generally

* Médico Gineco-obstetra, Especialista en Cirugía Endoscópica Ginecológica. Profesor Asistente, Departamento de Gineco-obstetricia, Universidad Industrial de Santander. Miembro, grupo de investigación GINO. Bucaramanga (Colombia).
Correo electrónico: janersepulveda@yahoo.es

of vascular, intestinal or urological origin. Complications may likewise be presented by pneumoperitoneum and electrosurgery. Less frequently occurring complications are neurological in origin or involve incisional hernias, metastasis at the entry site, infections, hematomas and adherence formation.

Conclusions: laparoscopy represents a relatively safe procedure; however, great care must be taken when gaining access to the abdominal cavity as most complications occur during such entry.

Key words: laparoscopic entry, trocar lesions, laparoscopic complications, laparoscopic lesions, optical trocar.

INTRODUCCIÓN

El uso de laparoscopia para la realización de procedimientos en ginecología va en aumento puesto que proporciona mayores beneficios, cuando se compara con la laparotomía, en cuanto a una recuperación más rápida, menor dolor operatorio y estadía hospitalaria más corta.¹ Sin embargo, dado que es un procedimiento invasivo existe el riesgo de que surjan complicaciones.² Dichas complicaciones ocurren especialmente al momento del ingreso de los instrumentos endoscópicos a la cavidad abdominal.^{3,4} Las complicaciones de la cirugía ginecológica laparoscópica son raras, con una incidencia de 3 a 6 por cada 1.000 casos y la tasa de mortalidad está estimada en 3,3 por cada 100.000 procedimientos.⁵ Estas aumentan directamente con el nivel de complejidad de los procedimientos y disminuyen con la experiencia del cirujano.^{5,6} Sin embargo, estas complicaciones no son mayores en comparación con la laparotomía. Chapron y colaboradores no encontraron diferencias entre las complicaciones mayores entre pacientes manejadas con laparoscopia o con laparotomía para patología ginecológica benigna, aunque sí encontraron un riesgo más bajo de complicaciones menores con la laparoscopia.⁷

El objetivo de este documento es realizar una revisión detallada de las complicaciones de la cirugía laparoscópica en ginecología. Puesto que son las más frecuentes, se hace énfasis en aquellas relacionadas con las técnicas de entrada a la cavidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de literatura publicada en inglés a través de las bases de datos PubMed/MEDLINE, Ovid y el registro de revisiones sistemáticas y estudios aleatorizados controlados de la colaboración Cochrane, usando los términos: “*laparoscopic entry*”, “*trocars injury*”, “*laparoscopy complications*”, “*laparoscopic injury*”, y “*optical trocars*”. Se seleccionaron revisiones sistemáticas y narrativas, guías clínicas, estudios clínicos aleatorizados y series de casos.

RESULTADOS

Se revisaron 36 artículos: 2 metaanálisis, 11 revisiones sistemáticas cualitativas, 1 guía clínica, 3 estudios clínicos aleatorizados, 10 revisiones de tema y 9 series de casos.

Complicaciones mayores

Lesiones vasculares

Tienen una incidencia de 0,01% a 0,64%,⁵ pero son severas con una tasa de mortalidad del 9% y 17%.⁸ Anatómicamente, los vasos de mayor riesgo durante la entrada son la arteria aorta, la vena cava inferior y los vasos ilíacos.⁵ Se deben sospechar ante evidencia rápida intraoperatoria de inestabilidad hemodinámica o la presencia de un hematoma retroperitoneal.⁹ Los vasos sanguíneos en la pared abdominal también pueden resultar comprometidos durante el ingreso, sus lesiones son reportadas con una frecuencia de 0,2% a 2%.¹⁰ El vaso que más se ve comprometido es la arteria epigástrica inferior, y esto ocurre generalmente por inserción de trócares laterales.¹¹

Lesiones intestinales

Son la causa de más de la mitad de las complicaciones mayores en cirugía laparoscópica con una incidencia de 0,06% a 0,65%;⁵ estas lesiones pueden ser sospechadas cuando se aspira contenido intestinal, se presenta olor fecaloide o cuando la presión a la entrada se encuentra entre 8 y 10 milímetros de mercurio (mm Hg). En el posoperatorio inmediato debe ser considerada

si la paciente presenta vómito, dolor abdominal, distensión y fiebre.⁵

Lesiones urológicas

Las lesiones de vejiga y uréteres se reportan con una incidencia de 0,03% a 0,13%, donde las lesiones de la vejiga son de 2 a 3 veces más frecuentes que las lesiones ureterales.⁵ Los tipos de lesiones urinarias más comunes son perforación vesical, seguida de fístula, ligadura de uréter y corte de uréter; sin embargo, no se ha reportado diferencia con la cirugía abierta ginecológica.⁸ Los síntomas que pueden hacer sospechar lesión vesical son vómito, dolor o distensión abdominal, fiebre, escalofrío, retención urinaria, oliguria, anuria o goteo persistente de orina.⁵

Complicaciones por el neumoperitoneo

La disminución del retorno venoso, el aumento de la presión vascular pulmonar y sistémica, y la elevación de los niveles de dióxido de carbono son consecuencias fisiológicas del neumoperitoneo, al igual que la posición Trendelenburg, ambos requeridos durante los procedimientos ginecológicos laparoscópicos, los cuales son tolerados por la mayoría de las pacientes. Sin embargo, en mujeres con problemas cardiopulmonares puede ser causa de descompensación y de laparoconversión en pacientes no estabilizados.⁵ Por otra parte, casos de hipercapnia, neumotórax o neumomediastino y edema pulmonar han sido reportados,¹²⁻¹⁵ especialmente en pacientes con defectos del diafragma, usualmente en el hemidiafragma derecho y menos frecuente por perforación del diafragma durante los procedimientos laparoscópicos.⁸ Ocasionalmente, se puede presentar embolización con una frecuencia de 0,0014% y con una tasa de mortalidad de 28,5%.^{5,8} Otra complicación relacionada con el neumoperitoneo es el enfisema subcutáneo, que en la mayoría de los casos se limita a la pared abdominal, pero puede extenderse a extremidades, nuca, mediastino y pericardio.¹²

Complicaciones según la técnica de entrada a la cavidad abdominal

Revisaremos las complicaciones asociadas a la técnica cerrada (que utiliza la aguja de Veress), la técnica abierta (disección de la pared abdominal para el paso del trócar) y la técnica directa (paso directo del trócar sin uso de la aguja de Veress)¹⁶ así como la técnica visual.¹⁷

Se ha descrito que la entrada directa disminuye el riesgo de la insuflación preperitoneal y la falla de la entrada.⁵ Sin embargo, con esta técnica se presentan más lesiones viscerales en comparación con la aguja de Veress, pero menos lesiones vasculares^{18,19} y una incidencia más baja de complicaciones menores.²⁰ No existe evidencia acerca de la superioridad de alguna técnica en relación a las otras.^{16,21,22} En una revisión de Cochrane en 2009 de 17 estudios controlados, en 3040 laparoscopias, no se presentaron diferencias entre las diversas técnicas para la prevención de las complicaciones mayores. Sin embargo, se presentaron 2 ventajas de la entrada directa, comparada con la aguja de Veress. Por un lado, la entrada directa evita la insuflación extraperitoneal (OR 0,06 IC 0,02-0,23) y, por otro lado, tiene una menor posibilidad de fracaso de la entrada (OR 0,22 IC 0,08-0,56).²³

Por otra parte, no hay evidencia sobre una menor lesión durante el acceso mediante el uso de técnicas abiertas. En el año 2002, Molloy y colaboradores llevaron a cabo un metaanálisis, en el cual compararon la entrada directa, la entrada con aguja de Veress y la técnica abierta. En los resultados, se observó un mayor riesgo de lesiones intestinales con la técnica abierta (OR 2,9 IC 1,8-4,8). Por otra parte, se evidenció que la técnica abierta protege contra las lesiones vasculares cuando se compara con la técnica con aguja de Veress, con un OR de 0,1 (IC 0,01-0,8).¹⁶

En cuanto al sistema de cánula visual o trócares ópticos locales, el cual permite ir entrando a la cavidad y observar las diferentes capas de la pared abdominal, es preciso decir que no representa protección contra lesiones intraabdominales.¹⁷

En un ensayo aleatorizado con 186 pacientes posmenopáusicas, Tinelli y colaboradores no encontraron diferencias en la disminución de la ocurrencia de las complicaciones mayores vasculares e intestinales, cuando se usaron trócares ópticos, y solo presentó como ventaja una reducción en las complicaciones menores.²⁴ Igualmente, en otro estudio aleatorizado, realizado por Minervini y colaboradores con 60 pacientes en procedimientos relacionados con patología renal, se llegó a la conclusión de que el uso de cánula visual no previene contra lesiones intraabdominales e incluso pueden ocurrir en un mayor porcentaje, cuando se compara con la técnica abierta de Hasson.²⁵

Por otro lado, se han usado sitios diferentes para inserción de la aguja de Veress, cuando se sospechan adherencias a nivel periumbilical. El más usado es el denominado punto de Palmer, localizado a 3 centímetros por debajo del reborde costal con línea media claviclar.²⁶ Esta entrada se encuentra contraindicada en pacientes con hepatoesplenomegalia o con antecedentes de cirugía gástrica o esplénica.²⁶

Hernias incisionales

Tienen una incidencia aproximada de 1%,⁸ con una variación entre 0,02% y 5%.⁵ Ocurren con mayor frecuencia con la técnica cerrada en comparación con la abierta y están asociadas a factores como la obesidad, la desnutrición y la infección.²⁷

Por otro lado, el riesgo de eventración aumenta con el diámetro del trocar. Es casi inexistente para trócares de 5 mm, con un riesgo estimado de 0,23% para trócares de 10 mm, y 3,1% para trócares de 12 mm.²⁸ La mayoría de las hernias ocurren en los sitios extraumbilicales y el uso de trócares de punta cónica disminuye la incidencia.⁸

Otras complicaciones

Las infecciones son raras,^{5,12} ya que se presentan en aproximadamente 0,1% de los casos.¹³ Otras complicaciones que se pueden presentar son

los hematomas y la formación de adherencias;⁵ también se han descrito metástasis por el sitio del puerto,²⁹ pero la incidencia no es diferente cuando se realiza laparotomía³⁰ y no evita su uso en pacientes ginecológicas bien seleccionadas.³¹⁻³³ Además, se pueden presentar lesiones neurológicas ocasionadas básicamente por mala posición de la paciente durante la cirugía.³⁴

Mortalidad

En el año 2001, Bhojru y colaboradores analizaron 629 lesiones causadas por trócares, reportados a la *Food and Drug Administration* (FDA) entre 1993 y 1996. Se reportaron 32 muertes, donde 26 resultaron de injuria vascular y 6 de lesiones intestinales, en 28 muertes se usaron trócares desechables, 3 por visión óptica y 1 por trócares reutilizables, 408 lesiones fueron injurias vasculares y 182 lesiones viscerales, se presentaron 30 hematomas de pared y las demás pacientes no fueron analizadas. Estos autores concluyen que los trócares desechables y la entrada directa no disminuyen las complicaciones viscerales, y una lesión intestinal no reconocida puede ser fatal.³⁵ Posteriormente, Fuller y colaboradores analizaron 1.399 lesiones por trócares entre 1997 y 2002 reportadas a la FDA. Se presentaron 31 muertes; 25 de ellas fueron por lesiones vasculares y 6 por lesiones intestinales; en 15 de las muertes se utilizaron trócares desechables, en 9 muertes se utilizaron trócares con visión óptica y 7 muertes no se reportaron.³⁶ Por otro lado, en el metaanálisis llevado a cabo por Molloy y colaboradores se presentaron 10 muertes, en 5 casos no establecen como fue la entrada, en las otras 5 muertes reportadas se usó aguja de Veress, 2 fueron causadas por perforación intestinal y 3 relacionadas con embolismo gaseoso. Los autores no reportan el tipo de trócares que usaron.⁴

CONCLUSIONES

La laparoscopia es un procedimiento relativamente seguro, sin embargo hay que tener mucho cuidado

durante el acceso a la cavidad abdominal porque la mayoría de complicaciones ocurren durante la entrada. Las nuevas tecnologías para la entrada en cirugía laparoscópica requieren mayor evaluación porque no hay evidencia que soporte un menor riesgo de lesiones vasculares e intestinales.

AGRADECIMIENTOS

A Lucy, mi compañera inseparable que me apoyó en esta nueva experiencia que comencé en mi vida; y a mi hija Andrea, motivo de mi impulso para la realización de mis metas.

REFERENCIAS

- Morelli SS, McGovern PG. Laparoscopy in the gynecologic patient. Review of Techniques and Complications. *Postgrad Obstet Gynecol* 2009;29:1-5.
- Nordestgaard AG, Bodily KC, Osborne RW, Buttorff JD. Mayor vascular injuries during laparoscopic procedures. *Am J Surg* 1995;169:543-5.
- Ahmad G, Duffy J, Watson A. Laparoscopic entry techniques and complications. *Int J Gynaecol Obstet* 2007;99:52-5.
- Molloy D, Kaloo P, Cooper M, Nguyen T. Laparoscopic entry: a literature review and analysis of techniques and complications of primary port entry. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002;42:246-54.
- Makai G, Isaacson K. Complications of gynecologic laparoscopy. *Clin Obstet Gynecol* 2009;52:401-11.
- Tarik A, Fehmi C. Complications of gynaecological laparoscopy--a retrospective analysis of 3572 cases from a single institute. *J Obstet Gynaecol* 2004;24:813-6.
- Chapron C, Fauconnier A, Goffinet F, Bréart G, Dubuisson J. Laparoscopic surgery is not inherently dangerous for patients presenting with benign gynecologic pathology. Results of a meta-analysis. *Hum Reprod* 2002;17:1334-42.
- Magrina J. Complications of laparoscopic surgery. *Clin Obstet Gynecol* 2002;45:469-80.
- Shirk GJ, Johns A, Redwine DB. Complications of laparoscopic surgery: How to avoid them and how to repair them. *J Minim Invasive Gynecol* 2006;13:352-9.
- Vázquez-Frías JA, Huete-Echandi F, Cueto-García J, Padilla-Paz LA. Prevention and treatment of abdominal wall bleeding complications at trocar sites: review of the literature. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2009;19:195-7.
- Stovall TG, Mann WJ. Complications of gynecologic laparoscopic surgery. *Up To Date* 2009;17(1).
- Munro MG. Laparoscopic access: complications, technologies, and techniques. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002;14:36-74.
- Wadlund DL. Laparoscopy: risks, benefits and complications. *Nurs Clin N Am* 2006;41:219-29.
- Gutiérrez MA, Navarro, Cardoso B, Garzon JP. Edema Pulmonar en Cirugía laparoscópica ginecológica. *Rev Col Anest* 2007; 35:167-70.
- Eslava J, Gaitán H, Pedraza N. Edema pulmonar en cirugía laparoscópica: presentación de un caso y revisión sistemática de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2005;56:294-302.
- Vilos GA, Ternamian A, Dempster J, Laberge PY. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Laparoscopic entry: a review of techniques, technologies, and complications. *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29:433-65.
- Jansen FW, Kolkman W, Bakkum EA, de Kroon CD, Trimbo-Kemper TC, Trimbo JB. Complications of laparoscopy: an inquiry about closed versus open-entry technique. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:634-8.
- Chapron C, Cravello L, Chopin N, Kreiker G, Blanc B, Dubuisson JB. Complications during set-up procedures for laparoscopy in gynecology: open laparoscopy does not reduce the risk of major complications. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:1125-9.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Preventing Entry-Related Gynaecological Laparoscopic Injuries Green-top Guideline No. 49 May 2008.
- Chandler JG, Corson SL, Way L. Three spectra of laparoscopic entry access injuries. *J Am Coll Surg* 2001;192:478-91.
- Vilos GA. The ABCs of a safer laparoscopic entry. *J Minim Invasive Gynecol* 2006;13:249-51.
- Ahmad G, Duffy JMN, Phillips K, Watson AJS. Laparoscopic Entry Techniques. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2):CD006583.
- Sharp HT, Dodson MK, Draper ML, Watts DA, Doucette RC, Hurd WW. Complications associated with optical-access laparoscopic trocars. *Obstet Gynecol* 2002;99:553-5.

24. Tinelli A, Malvasi A, Guido M, Istre O, Keckstein J, Mettler L. Initial laparoscopic access in postmenopausal women: a preliminary prospective study. *Menopause* 2009;16:966-70.
25. Minervini A, Davenport K, Pefanis G, Keeley FX Jr, Timoney AG. Prospective study comparing the bladeless optical access trocar versus hasson open trocar for the establishment of pneumoperitoneum in laparoscopic renal procedures. *Arch Ital Urol Androl* 2008;80:95-8.
26. Brill AI, Cohen BM. Fundamentals of Peritoneal Access. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2003;10:287-97.
27. Tonouchi H, Ohmori Y, Kobayashi M, Kusunoki M. Trocar site hernia. *Arch Surg* 2004;139:1248-56.
28. Leroy J, Dutson E, Henri M. Complicaciones vinculadas a las puertas de acceso y trócar. *WeBSurg.com* 2005;5(3). Visitado 2009 Oct 10. Disponible en: <http://www.websurg.com/ref/doi-ot02es274.htm>
29. Ramirez PT, Frumovitz M, Wolf JK, Levenback C. Laparoscopic port-site metastases in patients with gynecological malignancies. *Int J Gynecol Cancer* 2004;14:1070-7.
30. Vergote I, Marquette S, Amant F, Berteloot P, Neven P. Port-site metastases after open laparoscopy: a study in 173 patients with advanced ovarian carcinoma. *Int J Gynecol Cancer* 2005;15:776-9.
31. Zivanovic O, Sonoda Y, Diaz JP, Levine DA, Brown CL, Chi DS, et al. The rate of port-site metastases after 2251 laparoscopic procedures in women with underlying malignant disease. *Gynecol Oncol* 2008;111:431-7.
32. Abu-Rustum NR, Rhee EH, Chi DS, Sonoda Y, Gemignani M, Barakat RR. Subcutaneous tumor implantation after laparoscopic procedures in women with malignant disease. *Obstet Gynecol* 2004;103:480-7.
33. Curet MJ. Port site metastases. *Am J Surg* 2004;187:705-12.
34. Barnett JC, Hurd WW, Rogers RM, Williams NL, Shapiro SA. Laparoscopic positioning and nerve injuries. *J Min Invasive Gynecol* 2007;14:664-72.
35. Bhoyrul S, Vierra MA, Nezhat CR, Krummel TM, Way LW. Trocar injuries in laparoscopic surgery. *J Am Coll Surg* 2001;192:677-83.
36. Fuller J, Ashar BS, Carey-Corrado J. Trocar-associated injuries and fatalities: An analysis of 1399 reports to the FDA. *J Minim Invasive Gynecol* 2005;12:302-7.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.



REPORTE DE CASO

MANEJO LAPAROSCÓPICO DE QUISTE GIGANTE DE OVARIO: REPORTE DE CASO

A case report of laparoscopic management of a giant cystic ovarian mass

*Federico Zapata-Pérez, M.D.**, *Juan David Castañeda-Roldán, M.D.***, *José Fernando De los Ríos-Posada, M.D.***, *Adriana María Arango-Martínez, M.D., M.Sc****, *Ricardo Anibal Mesa-Cock, M.D. *****

Recibido: noviembre 15/07 – Aceptado: enero 28/09

RESUMEN

Objetivo: revisar las consideraciones técnicas, indicaciones, riesgos y beneficios de este tipo de abordaje en masas pélvicas gigantes. Se presenta un caso en el que se realizó el abordaje laparoscópico de una masa quística ovárica de gran tamaño y su extracción a través de colpotomía posterior. La cirugía laparoscópica de los quistes gigantes de ovario surge como una alternativa a considerar en el manejo de estas pacientes.

Palabras clave: quiste gigante de ovario, laparoscopia, colpotomía.

SUMMARY

Objective: reviewing technical considerations, indications, risks and benefits of a laparoscopic approach to giant ovarian cysts. A case is presented where a giant ovarian cyst was extracted by posterior colpotomy. Laparoscopic surgery on giant pelvic mass represents an alternative for managing such patients.

Key words: giant ovarian cyst, laparoscopy, colpotomy.

INTRODUCCIÓN

Los quistes ováricos son un problema común. En el Reino Unido son la cuarta causa de admisión hospitalaria de origen ginecológico. Se calcula que a la edad de 65 años, un 4% de las mujeres habrán sido admitidas en un hospital por esta razón.¹

Cuando los cirujanos se enfrentan a un quiste de ovario benigno de gran tamaño, la mayoría escogen la vía abierta; pocos tratan de removerlo por vía laparoscópica, principalmente debido a que se prevén dificultades técnicas, falta de entrenamiento y la posibilidad de malignidad.²

El manejo laparoscópico en masas anexiales benignas ha sido referido como seguro.³

También se ha asociado a una menor pérdida sanguínea, menores complicaciones posquirúrgicas, más corto tiempo de estadía hospitalaria y más rápida recuperación, en comparación con el manejo tradicional por laparotomía.⁴

Si la masa anexial es unilateral, quística, unilocular, de superficie lisa, pared delgada, sin partículas sólidas internas y sin ascitis, el riesgo de malignidad es muy bajo. El nivel normal de marcadores tumorales, especialmente del antígeno sérico CA 125, apoya mucho más la probable benignidad del tumor. En general, los tumores malignos son masas de tejido blando, con bordes irregulares, necrosis central,

* Ginecólogo, Residente Cirugía Endoscópica Ginecológica CES.

Ginecólogo Clínica Las Américas. Grupo salud sexual y reproductiva, línea endoscopia ginecológica, Universidad CES. Medellín, Colombia. Correo electrónico: fedezapata69@hotmail.com

** Ginecólogo Endoscopista Clínica del Prado. Profesor Posgrado Cirugía Endoscópica Ginecológica CES. Grupo salud sexual y reproductiva, línea endoscopia ginecológica, Universidad CES. Medellín, Colombia.

*** Ginecóloga Magister Epidemiología. Profesora Universidad CES. Grupo salud sexual y reproductiva, línea endoscopia ginecológica, Universidad CES. Medellín, Colombia.

**** Patólogo. Profesor Universidad CES. Jefe de laboratorio de patología y citología Clínica del Prado. Grupo salud sexual y reproductiva, línea endoscopia ginecológica, Universidad CES. Medellín, Colombia.

aspecto mal definido, septos gruesos y papilas en el interior. Igualmente pueden tener vegetaciones internas o externas.⁵

La remoción laparoscópica de masas anexiales malignas puede ser evitada con una cuidadosa selección prequirúrgica de la paciente. Si la evaluación antes del procedimiento eleva la sospecha de malignidad, se deberá optar por realizar una laparotomía. Existen herramientas adicionales, como el índice de riesgo de malignidad de Jacobs, que permiten exactitud en el diagnóstico y excluyen del manejo laparoscópico a pacientes con masas malignas.⁶

Algunos autores han limitado el abordaje laparoscópico a casos en los cuales la masa anexial es menor a 10 cm. Se define quiste gigante como aquel que presenta un tamaño superior a 10 cm.⁷

Un gran quiste de ovario impone algunos retos para el cirujano que lo aborde por laparoscopia, como son: la insuflación y la inserción del trocar, que no deben ser realizados de la manera usual, por el riesgo de ruptura y el espacio disminuido por la compresión del quiste, lo cual hace la instrumentación más difícil e incrementa el riesgo de ruptura.⁸

Aunque la remoción laparoscópica total es posible, existen reportes de técnicas combinadas para el abordaje de pacientes con masa anexial gigante. Se ha reportado la extracción de un quiste gigante, descomprimiéndolo por minilaparotomía y completando la ooforectomía por vía laparoscópica.⁸

También se ha descrito el drenaje del quiste antes del procedimiento laparoscópico con un catéter suprapúbico, seguido por cistectomía laparoscópica.⁹

Para la extracción de las masas gigantes luego de resecarlas por laparoscopia, es conocido el uso de bolsas endoscópicas, disponibles comercialmente, y métodos de morcelación.¹⁰ Otras opciones descritas incluyen el uso de retractores abdominales autorretenibles para minilaparotomía.¹¹

En la literatura revisada, no se encontraron descripciones de la extracción de quistes gigantes de ovario a través de colpotomía posterior.

Este caso se presenta con el objetivo de revisar las consideraciones técnicas, indicaciones, riesgos y beneficios de este tipo de abordaje en masas pélvicas gigantes.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 54 años, casada, con tres hijos, quien acudió a la Clínica del Prado de Medellín, Colombia, por un cuadro de un año de evolución de dolor abdominal progresivo, localizado en hipogastrio, intermitente, moderado, asociado a polaquiuria y empeoramiento posprandial. Refería sangrado vaginal recurrente desde hacía 8 meses, después de 7 años de menopausia. Como único antecedente quirúrgico tenía una tubectomía.

No tenía antecedentes patológicos de ningún otro tipo. En el examen físico se encontró una paciente en condiciones generales aceptables, con frecuencia cardíaca de 78 latidos por minuto, una presión arterial de 110/70 mmHg y 70 kg de peso.

El abdomen evidenció una masa gigante que lo ocupaba en toda su extensión, hasta el apéndice xifoides. El examen vaginal reveló un útero difícil de definir por la interferencia de la masa, y un cérvix de aspecto normal. Tenía una ecografía transvaginal y abdominal practicada un mes antes de la cirugía, que informaba la presencia de una masa quística gigante de ovario izquierdo, con medidas de 200 x 167 x 131 mm, sin septos ni papilas en su interior, sugestiva de un cistoadenoma.

Una tomografía axial computarizada confirmó la presencia de lesión intraabdominal quística, con un tamaño mayor al reportado por ultrasonido y de probable origen anexial izquierdo; además demostró dilatación de cavidades colectoras renales y del uréter del mismo lado.

El antígeno CA 125 dio como resultado 25 U/ml. Se programó para ooforectomía laparoscópica.

Bajo anestesia general, se realizó tiempo vaginal con cánula de Rubin y tiempo abdominal con aguja de Verres en el punto de Palmer, localizado en la línea medioclavicular izquierda con reborde costal, esto debido al gran tamaño del quiste. Se

insuflaron 10 litros de CO₂, insertando luego un trocar metálico de 5 mm y el laparoscopio. Se confirmó la presencia de la masa que ocupaba toda la cavidad abdominal, desplazando a tensión las vísceras, con un tamaño de aproximadamente 34 cm. No había ascitis, implantes peritoneales, adherencias ni excrecencias que hicieran pensar en tumor maligno. Bajo visión directa, se insertó un trocar auxiliar de 5 mm en la fosa ilíaca izquierda, y a través de éste se hizo aspiración de 10 litros de líquido amarillo claro, hasta colapsar totalmente el quiste (**figura 1**). Luego se pasaron 2 trocates auxiliares de 5 mm en la fosa ilíaca derecha y área suprapúbica, y con energía bipolar a 25 watts y corte con tijera, se realizó una salpingo-ooforectomía izquierda. La evaluación del ovario contralateral, el apéndice cecal, el epiplón, el estómago y el resto de vísceras intraabdominales, no reveló patología diagnosticable por este medio. Por vía vaginal se introdujo una gasa en el fórnix posterior, y a través de la vía laparoscópica se practicó una colpotomía de 2,5 cm con 75 vatios de corriente monopolar. El anexo fue extraído sin dificultad por la incisión practicada.

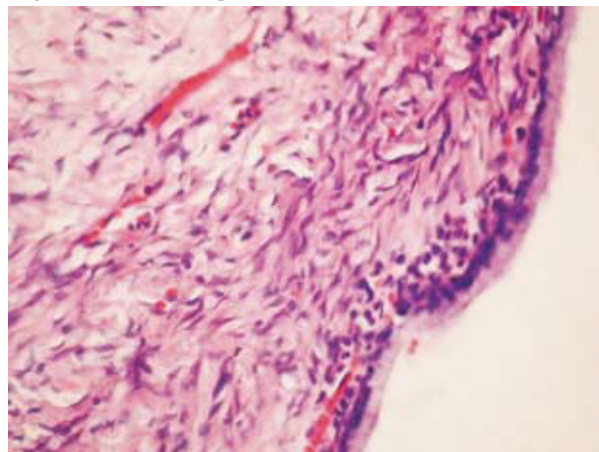
Figura 1. Quiste gigante después de aspiración laparoscópica.



Por vía vaginal se cerró la colpotomía con una sutura continua de catgut cromado 2-0, y a través del abdomen se verificó la hemostasia en la zona de resección. No hubo complicaciones y la paciente fue dada de alta 2 horas después de la intervención.

En la revisión posoperatoria, ocho días más tarde, la paciente refirió mejoría total de sus síntomas y dijo sentirse satisfecha con su tratamiento. La anatomía patológica reportó una lesión quística benigna tapizada por epitelio cilíndrico compatible con cistadenoma seroso (**figura 2**).

Figura 2. Microscopía de la lesión.



DISCUSIÓN

Cuando se opera un quiste de ovario con sospecha de malignidad, debe evitarse al máximo el escape del líquido a la cavidad peritoneal. Los implantes del tumor en la pared abdominal ocurren en el 1,1% de las pacientes.¹²

Se ha sugerido que los quistes gigantes pueden ser removidos por vía laparoscópica si cumplen varias condiciones, a saber:

1. Evaluación prequirúrgica que indique baja probabilidad de malignidad.
2. Remoción intacta del quiste ovárico.
3. Cuidadosa aspiración del quiste y sus contenidos.
4. Buen lavado peritoneal, si hay ruptura del quiste.¹³

La técnica recomendada incluye la utilización del punto de Palmer para ingresar a la cavidad abdominal. Después de realizar la insuflación, se debe valorar la cavidad abdominal entera, inspeccionando el hígado, goteras parietocólicas, superficies peritoneales, estómago, intestino, la cápsula del quiste y el ovario contralateral. Si se considera necesario, se deben tomar muestras de líquido peritoneal. La

punción con una aguja laparoscópica y cánula de succión permiten aspirar y drenar el quiste, evitando el escape del líquido. Aunque algunos autores consideran que el escape de células a la cavidad peritoneal, cuando se presenta una ruptura intraoperatoria, empeora el devenir en casos de malignidad inadvertida, otros trabajos han sugerido que esto no cambia el pronóstico. Estos estudios han determinado que los únicos factores que influyen de forma importante la recaída del tumor son: el grado del tumor, la presencia de adherencias densas o la presencia de ascitis de gran volumen, y que no hay diferencia en la tasa de supervivencia a 5 años entre los pacientes a los que se les hace remoción intacta del quiste, comparada con aquellos con ruptura del mismo en la cirugía.¹⁴

La adecuada evaluación prequirúrgica con los índices de riesgo y con Doppler en masas anexiales, puede aumentar la sensibilidad para la detección un poco más precisa de la probable naturaleza maligna en este tipo de tumores.¹⁵

Un informe reciente valoró el abordaje laparoscópico para quistes gigantes benignos de ovario en 33 pacientes, encontrando una tasa de éxito del 93%. Dos pacientes requirieron laparotomía por adherencias. El 70% de las pacientes fueron dadas de alta el mismo día de la cirugía. No hubo complicaciones intra ni posoperatorias.¹⁶

REFERENCIAS

1. Garcetti GG, Ciavattini A, Tiriduzzi M. Combined ultrasonographically guided drainage and laparoscopic excision of large endometriomas. A pilot study. *Gynecol Obstet Invest* 1998;45:266-8.
2. Goh SM, Yam J, Loh SF, Wong A. Minimal access approach to the management of large ovarian cysts. *Surg Endosc* 2007;21:80-3.
3. Yuen PM, Yu KM, Yip SK. A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian masses. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:109-14.
4. Mais V, Ajossa S, Piras B, Maroingiu D, Guerriero S, Melis GB. Treatment of nonendometriotic benign adnexal cysts: a randomized comparison of laparoscopy and laparotomy. *Obstet Gynecol* 1995;86:770-4.
5. Knudsen UB, Tabor A, Mosgaard B, Andersen ES, Kjer JJ, Hahn-Petersen S, et al. Management of ovarian cyst. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:1012-21.
6. Jacobs I, Oram D, Fairbanks J, Turner J, Frost C, Grudzinkas JG. A risk of malignancy index incorporating CA 125, ultrasound and menopausal status for the accurate preoperative diagnosis of ovarian cancer. *Br J Obstet Gynaecol* 1990;97:922-9.
7. Salem HA. Laparoscopic excision of large ovarian cysts. *J Obstet Gynaecol Res* 2002;28:290-4.
8. Canarelli JP, Plancq MC, Bob'Oyono JM, Ricard J. Voluminous ovarian cyst children. Therapeutic strategy. *J Chir (Paris)* 1993;130:525-8.
9. Dolan MS, Boulanger SC, Salameh JR. Laparoscopic management of giant ovarian. *JSLs* 2006;10:254-6.
10. Eltabbakh GH, Kaiser JR. Laparoscopic management of a large ovarian cyst in an adolescent. A case report. *J Reprod Med* 2000;45:231-4.
11. Sunoo CS. Laparoscopic removal of a large adnexal mass. *Obstet Gynecol* 2004;103:1087-9.
12. Rhode JM, Advincula AP, Reynolds RK, Bruke WM. A minimally invasive technique for management of the large adnexal mass. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2006;13:476-9.
13. Childers JM, Aqua KA, Surwit EA, Hallum AV, Hatch KD. Abdominal-wall tumor implantation after laparoscopy for malignant conditions. *Obstet Gynecol* 1994;84:765-9.
14. Vergote I, De Brabanter J, Fyles A, Bertelsen K, Einhorn N, Sevelde P, et al. Prognostic importance of degree of differentiation and cyst rupture in stage I invasive epithelial ovarian carcinoma. *Lancet* 2001;357:176-82.
15. Loh SF, Yan YL, Huang HF, Yeo GSH. Efficacy of colour Doppler imaging in the pre-operative diagnosis of ovarian malignancy. Free paper FIGO Copenhagen; 1997.
16. Eltabbakh GH, Charboneau AM, Eltabbakh NG. Laparoscopic surgery for large benign ovarian cysts. *Gynecol Oncol* 2008;108:72-6.

Protocolos Clínicos SEIMC

Editores: J.M. Aguado, B. Almirante, J. Fortún

IX

Peritonitis y otras infecciones intraabdominales

Coordinador: X. Garau

M. Gurguí

A. Moreno

A. Sitges-Serra

M. Blanes



SOCIEDAD
ESPAÑOLA
DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA

Peritonitis y otras infecciones intraabdominales

Coordinador:
X. Garau
Hospital Mutua de Terrassa, Barcelona.

<i>Peritonitis</i>	3
<i>Gastroenteritis</i>	11
<i>Abscesos intraabdominales</i>	29
<i>Infección vía biliar</i>	35

M. Gurguí. Hospital San Pau, Barcelona.
A. Moreno. Hospital Clinic i Provincial, Barcelona.
A. Sitges-Serra. Hospital del Mar, Barcelona.
M. Blanes. Hospital La Fe, Valencia.

Peritonitis y otras infecciones intraabdominales

Peritonitis

Introducción

La peritonitis es una inflamación de la cavidad peritoneal debida a una infección, traumatismos o irritantes químicos como la bilis, el jugo pancreático o los jugos intestinales ^(1, 2). En general se presenta de forma aguda y puede ser localizada o difusa.

Las peritonitis infecciosas, dependiendo de su origen, suelen clasificarse como primarias, secundarias y terciarias (tabla 1).

La peritonitis primaria o espontánea no está relacionada con ningún foco intraabdominal o perforación del tubo digestivo. La secundaria suele aparecer tras una complicación intraabdominal como una perforación gástrica o de víscera hueca, ruptura del apéndice o de un absceso o contaminación quirúrgica o traumática⁽³⁾. La peritonitis terciaria aparece en pacientes postoperados con una peritonitis secundaria que no responde al tratamiento y que presenta fallo multiorgánico o sepsis.

1. Peritonitis primaria o espontánea

La peritonitis primaria es poco frecuente (1-2%) y se observa básicamente en pacientes con ascitis ^(3, 4, 5) que presentan una infección peritoneal sin una causa evidente.

En los adultos, la peritonitis bacteriana espontánea (PBE) se presenta en pacientes con cirrosis hepática y ascitis aunque raramente se han descrito casos en pacientes con insuficiencia cardíaca, linfedema, ascitis metastásica, nefropatía lúpica o sin ninguna enfermedad de base. En la población infantil esta complicación, que actualmente es excepcional, aparece en niños afectados de síndrome nefrótico.

La peritonitis tuberculosa, la secundaria a infecciones del tracto genital femenino así como la relacionada con la diálisis peritoneal suelen considerarse dentro del grupo de las peritonitis primarias.

Etiología

En los pacientes cirróticos el 70 % de las PBE están causadas por enterobacterias particularmente *E.coli*. Otras causas menos frecuentes son *K.pneumoniae*, *S.pneumoniae* y los enterococos. Menos del 5% se deben a anaerobios ⁽⁴⁾. En el estudio de Boixeda ⁽⁵⁾ se aisló *E.coli* en el 40% de los pacientes y en la revisión de Wilcox ⁽⁴⁾ el patógeno más frecuente fue *E.coli* (47%) seguido de *K.pneumoniae* (11%), otros bacilos gramnegativos (11%) y estreptococos (26%).

La peritonitis primaria de la infancia ha disminuido en los últimos años, probablemente en relación con el uso generalizado de antibióticos y suele estar causada por *S.pneumoniae*, estreptococos del grupo A y más raramente por enterobacterias y estafilococos.

Algunas infecciones gonocócicas o por Chlamydias de forma excepcional cursan con peritonitis localizadas (pelvipertonitis o perihepatitis) y la tuberculosis puede presentarse con un cuadro peritoneal.

Las peritonitis de los pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria están causadas por los microorganismos de la piel, *S.epidermidis*, corinebacterias, *S.aureus* y más raramente enterobacterias, *P.aeruginosa* u hongos.

Patogenia

La ruta de la infección puede ser por vía hematogena, linfática o por migración transmural a través de la pared desde la luz intestinal. Los pacientes cirróticos con ascitis con una concentración de proteínas baja (<1 g/dl) tienen alterada la actividad metabólica y fagocítica.

Cuadro clínico	Etiologías frecuentes	Etiologías menos frecuentes o raras
Peritonitis primaria: <ul style="list-style-type: none">- Adulto: asociada a cirrosis hepática- Infancia- Asociada a la diálisis peritoneal- Tuberculosa	<i>E. coli</i> , <i>K. pneumoniae</i> , enterococos	<i>S. pneumoniae</i> , estreptococos del grupo viridans <i>S. pyogenes</i> , <i>S. aureus</i> <i>P. aeruginosa</i> , enterococo enterobacterias, <i>Candida</i> sp
Peritonitis secundaria <ul style="list-style-type: none">- Postperforación- Postoperatoria- Postraumática	Flora mixta aerobia* y anaerobia**	Enterobacterias resistentes, <i>P. aeruginosa</i> , <i>Candida</i> sp
Peritonitis terciaria	Cultivo negativo, estafilococos coagulasa negativos, enterococos, <i>Candida</i> sp	<i>P. aeruginosa</i> , enterobacterias

* *E.coli*, enterococos, estreptococos del grupo viridans, otras enterobacterias.
** *B.fragilis*, estreptococos anaerobios, clostridios.

Tabla 1. Clasificación y etiología de las peritonitis.

ca del sistema reticulo-endotelial y la capacidad opsonizante y bactericida del líquido ascítico. Todos estos factores favorecen la aparición de PBE (Figura 1).

Se han descrito infecciones localizadas (perihepatitis o síndrome de Fitz-Hugh-Curtis) de origen genital en niñas o mujeres con infecciones gonocócicas o por Chlamydias.

La peritonitis tuberculosa suele ser secundaria a una diseminación hematógena pero también puede presentarse por contigüidad a partir de focos intestinales, genitales o de ganglios linfáticos abdominales.

En la peritonitis que complica la diálisis peritoneal los microorganismos proceden de la piel, de los líquidos de diálisis que pueden estar contaminados o del tubo intestinal por migración transmural o por perforación directa.

Clínica

Las manifestaciones clínicas más características son la fiebre (80%) y el dolor abdominal difuso (78%) con náuseas y vómitos. El abdomen está distendido, es doloroso a la palpación, con defensa muscular y signo de la descompresión positivo. El peristaltismo está disminuido o ausente y los pacientes con cirrosis, síndrome nefrótico o tuberculosis suelen presentar ascitis en mayor o menor grado.

Algunos pacientes con hepatopatías avanzadas y ascitis abundante pueden tener cuadros febriles subagudos sin síntomas de peritonitis aguda o pueden presentar otros síntomas de descompensación como la

encefalopatía hepática, síndrome hepatorenal etc. La peritonitis espontánea también puede aparecer como complicación de las varices esofágicas sangrantes.

La peritonitis tuberculosa suele presentarse de forma subaguda con fiebre o febrícula, sudoración nocturna y síndrome tóxico. El abdomen está distendido con ascitis en mayor o menor cantidad y es doloroso a la palpación. A veces se palpan masas abdominales y en la laparoscopia o laparotomía se visualizan nódulos diseminados en la superficie peritoneal.

La pelviperitonitis gonocócica se manifiesta con signos inflamatorios localizados en la parte inferior del abdomen, a veces similares a una apendicitis, pero también puede presentarse como una peritonitis difusa. Cuando se produce una perihepatitis el dolor se localiza predominantemente en el hipocondrio derecho.

La peritonitis asociada a la diálisis peritoneal se manifiesta con dolor y fiebre. El líquido dializado es turbio con un recuento superior a 100 leucocitos/mm³.

Diagnóstico

En todos los casos el diagnóstico se basa en la punción del líquido ascítico para estudio citológico, bioquímico y microbiológico.

En los pacientes cirróticos con una peritonitis espontánea, el líquido ascítico suele ser un trasudado con unas proteínas < 1 g/dL y con una citología con predominio de polimorfonucleares (>250 células/mm³). Si hay un recuento muy elevado de polimorfonucleares

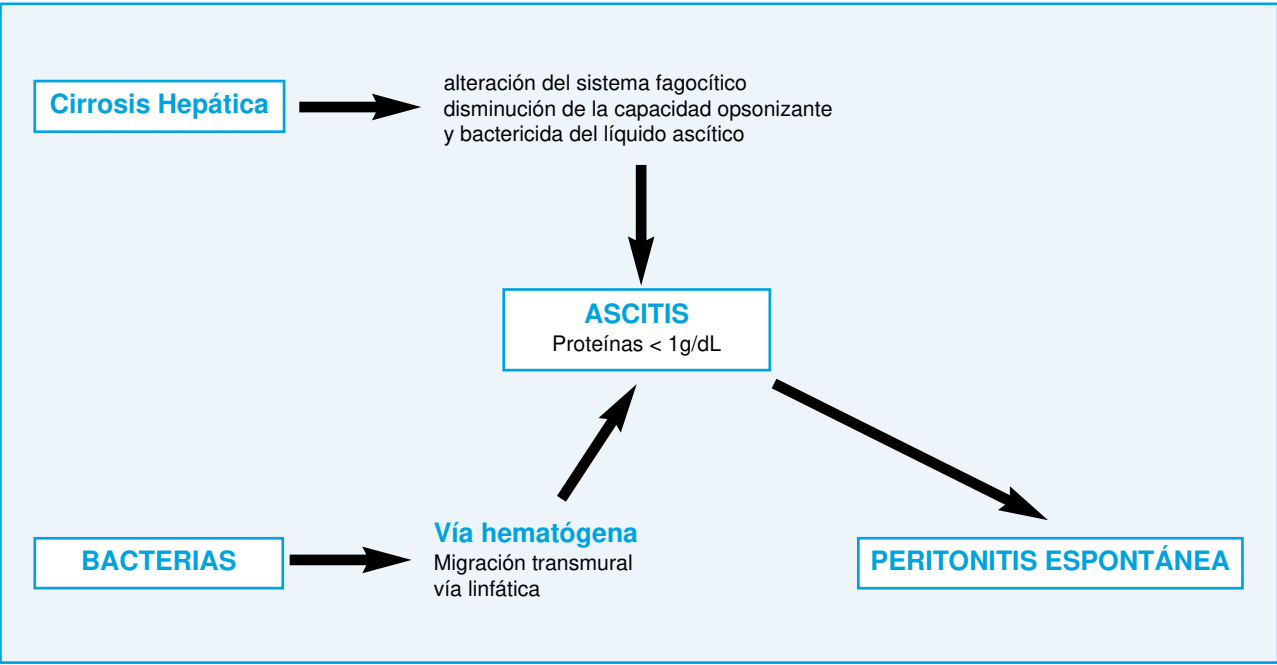


Figura 1. Esquema de la fisiopatología de la peritonitis espontánea del cirrótico.

(>5000/mm³) y/o un cultivo polimicrobiano se debe sospechar un absceso peritoneal o una peritonitis secundaria.

El diagnóstico se confirma por el cultivo del líquido peritoneal. A veces es difícil recuperar los microorganismos del líquido ascítico porque la carga bacteriana es escasa. Los resultados mejoran si se inoculan 10 ml de líquido ascítico en una botella de hemocultivo. La tinción de Gram del líquido ascítico a menudo es negativa (50%) y la mitad de las infecciones son bacteriémicas por lo que siempre deben cursarse hemocultivos.

En la peritonitis tuberculosa el líquido ascítico suele ser un exudado con proteínas altas (> 3g /dL) y una pleocitosis linfocítica. La glucosa puede estar descendida y la determinación de la actividad de la ADA (adenosina deaminasa) suele ser elevada (actividad superior a 18 U/l). La tinción de Ziehl-Neelsen casi siempre es negativa y los cultivos en medios especiales tardan de 2 a 6 semanas. En general el diagnóstico se efectúa por el estudio histológico de las muestras peritoneales biopsiadas por laparoscopia que muestran granulomas caseificantes. La intradermoreacción con PPD suele ser positiva y la radiografía de tórax es patológica en más del 50% de los pacientes.

Tratamiento

En los pacientes cirróticos con PBE, antes de tener los resultados de los cultivos, se debe iniciar el tratamiento empírico. Como la mayoría de las infecciones se

deben a *E.coli* o a estreptococos, se suelen utilizar cefalosporinas de tercera generación, como la cefotaxima o ceftriaxona, u otros betalactámicos como la amoxicilina-ácido clavulánico. Las pautas clásicas aconsejaban tratamientos durante 10-14 días pero estudios más recientes han demostrado la eficacia de tratamientos más cortos durante 5-7 días^(2,3). También se han utilizado las quinolonas con buenos resultados⁽³⁾. Los aminoglicósidos deben evitarse por su nefrotoxicidad. Es aconsejable repetir la paracentesis a las 48 horas para controlar si el recuento celular ha disminuido y si se han negativizado los cultivos.

La peritonitis primaria neumocócica o estreptocócica se trata con cefalosporinas de 3ª generación o penicilina a dosis elevadas si la cepa es sensible.

La peritonitis tuberculosa debe tratarse con las pautas convencionales (isoniacida/rifampicina/pirazinamida) durante seis o nueve meses.

La peritonitis asociada a la diálisis peritoneal puede tratarse por vía general o por vía intraperitoneal. En las infecciones por *Candida* sp o por *P. aeruginosa* y siempre que la infección persista a pesar de los antibióticos debe retirarse el catéter de diálisis.

En la tabla 2 se presentan las pautas de tratamiento de las peritonitis primarias.

Pronóstico y prevención

En la actualidad la mortalidad de la peritonitis espontánea del cirrótico es inferior al 30%⁽⁵⁾ pero la recurrencia dentro del primer año es del 70%. La des-

Tipo	Primera elección	Alternativas
PBE del cirrótico	Cefotaxima o Ceftriaxona	Amoxicilina/ac. clavulánico Ciprofloxacina
Infancia	Cefotaxima o Ceftriaxona	Penicilina Vancomicina
Tuberculosa	Isoniacida + Rifampicina + Pirazinamida	
Gonocócica	Ceftriaxona	Ciprofloxacina
Chlamydias	Doxiciclina	Ciprofloxacina
Asociada a la diálisis peritoneal	Vancomicina o Teicoplanina +/- Ceftazidima	Tratamiento por vía intraperitoneal
Etiologías menos frecuentes:		
- Candida sp	Fluconazol	Anfotericina B
- Enterococo	Ampicilina +/-gentamicina	Piperacilina
- P. aeruginosa	Ceftazidima o cefepime +/- aminoglucósido	Carbapenem +/-aminoglucósido
- S.aureus	Cloxacilina +/- Gentamicina	Vancomicina

Tabla 2. Tratamiento de las peritonitis primarias.

contaminación selectiva intestinal con norfloxacina oral o cotrimoxazol a días alternos ó 5 días por semana disminuye la frecuencia de la peritonitis espontánea del cirrótico (del 68-22% al 20-3%). Si embargo en la mayoría de los estudios randomizados (excepto los pacientes con hemorragia digestiva) no se ha demostrado una mejoría en la supervivencia de los pacientes con hepatopatías muy avanzadas ⁽⁶⁾.

2. Peritonitis secundaria y terciaria

Aparece tras la contaminación de la cavidad abdominal por materia intestinal o del tracto génito-urinario ^(1, 2, 3, 7). Puede aparecer tras la perforación del tracto intestinal, por necrosis isquémica de la pared o por translocación bacteriana. Las peritonitis secundarias también pueden ser postoperatorias (por dehiscencia de sutura o perforación yatrogénica) o pueden aparecer tras un traumatismo abdominal penetrante o cerrado (peritonitis postraumáticas).

Las causas más frecuentes de la peritonitis son la apendicitis y las perforaciones secundarias a una diverticulitis, ulcus péptico o vesícula biliar gangrenosa. Otras causas son las neoplasias, la isquemia mesentérica con necrosis intestinal, las hernias estranguladas o encarceradas, los vólvulos, las invaginaciones con necrosis y la enfermedad inflamatoria intestinal.

La peritonitis terciaria cursa con poco exudado fibrinoso y no evoluciona hacia la formación de abscesos. Aparece en pacientes postoperados con una peritonitis secundaria que se ha tratado y que persisten con clínica de peritonitis y/o sepsis con fallo multiorgánico.

Etiología

En general la peritonitis secundaria suele estar causada por una flora polimicrobiana mixta aerobia y anaerobia con predominio de enterobacterias, *Bacteroides fragilis* y estreptococos anaerobios. Las infecciones exógenas por *S. aureus* o *P. aeruginosa* son poco frecuentes.

Las infecciones secundarias a la interrupción en la continuidad del tracto intestinal están causadas por la flora endógena habitual del tubo digestivo. La composición de la flora varía y va aumentando, particularmente la flora anaerobia, a medida que se progresa distalmente. A nivel gástrico predomina una flora similar a la flora bucal (10³ ufc/ml) con predominio de bacterias grampositivas (estreptococos del grupo viridans, lactobacilos y *Candida* sp) y con una proporción de aerobios/anaerobios 1/1. Existe una correlación entre el pH gástrico y el número de microorganismos. Si el pH es bajo, el contenido del estómago es prácticamente estéril. En cambio, los pacientes con aclorhidria o con tratamientos que disminuyen la acidez tienen una proporción más elevada de bacterias. El íleon contiene enterobacterias, particularmente *E.coli*,

enterococos y una proporción similar de bacterias anaerobias (10⁸ ufc/ml). La mayor concentración de microorganismos se localiza en el colon (10¹¹ ufc/ml) donde predominan los anaerobios (*B.fragilis*, otros bacteroides, *Clostridium* sp) sobre las enterobacterias en una proporción 1.000/1. Los cambios de la flora a nivel del tracto intestinal son los responsables de las diferencias etiológicas en las distintas complicaciones sépticas y en general existe relación entre la localización de la perforación y las bacterias aisladas.

En una revisión de seis series publicadas recientemente ⁽³⁾ y que incluyen 1.009 pacientes con infecciones intraabdominales, el 60% presentaban infecciones polimicrobianas. De las 3.182 bacterias aisladas el 41% correspondía a bacterias anaerobias *Bacteroides fragilis* (30%), otras especies de Bacteroides (6%), *Clostridium* sp (4%) y el 59% a bacterias aerobias o facultativas particularmente *E.coli* (20%). Los enterococos y *P. aeruginosa* se aislaron en un 4% y en un 6% de los pacientes y *S. aureus* en un 1%.

En las peritonitis terciarias los cultivos a menudo son negativos o se aíslan patógenos con poca capacidad invasiva u hongos.

Patogenia

Las defensas locales y generales del paciente son fundamentales para controlar la infección intraperitoneal.

Independientemente de la causa que produce la peritonitis se desencadenan una serie de reacciones locales y sistémicas ^(1, 2, 3).

La contaminación bacteriana del peritoneo produce de forma inmediata una reacción inflamatoria con una reacción vascular con aumento de la capacidad de absorción peritoneal y de la permeabilidad. La motilidad intestinal disminuye y la luz intestinal se distiende con gas y líquido. A nivel peritoneal se exuda líquido con un contenido alto de proteínas y con granulocitos que fagocitan y lisan los microorganismos. Las células mesoteliales segregan lisozima que tiene acción bactericida y los macrófagos producen citoquinas, factor de necrosis tumoral (TNF), inter-leuquinas (IL-1, IL-6) e interferón gamma. El exudado peritoneal contiene fibrinógeno y se forman placas de fibrina en las superficies inflamadas del peritoneo con adherencias de las asas intestinales y el epiploon que tienden a delimitar anatómicamente la infección con la formación de colecciones supuradas o abscesos. Cuando los mecanismos de defensa locales y sistémicos no pueden localizar la infección, ésta progresa a una peritonitis difusa. Algunos de los factores que favorecen esta diseminación son la mayor virulencia de algunas bacterias, el grado de contaminación y su duración y alteraciones de las defensas del huésped.

A nivel sistémico, la presencia de bacterias y sus toxinas desencadenan una respuesta inflamatoria sistémica con la activación y liberación de citoquinas y factores humorales con efectos citotóxicos. Este síndrome puede cursar con inestabilidad hemodinámica, disfunción multiorgánica y muerte. En los pacientes con peritonitis terciaria, la mala respuesta al tratamiento y la gravedad del cuadro se atribuyen a una liberación exagerada e incontrolada de citoquinas que no responde a ninguna terapéutica.

Manifestaciones clínicas

Al inicio los síntomas clínicos se confunden con el proceso responsable de la peritonitis y pueden variar dependiendo de la edad del paciente, la afectación de su estado general y el grado de extensión de la infección.

El síntoma principal es el dolor abdominal intenso que inicialmente puede estar localizado pero que posteriormente se generaliza. La localización de dolor depende de la patología de base y de si la inflamación está localizada o generalizada. En las perforaciones gástricas el dolor suele ser epigástrico y en la apendicitis el dolor suele iniciarse en la región periumbilical y a las pocas horas se localiza en la fosa ilíaca derecha. Cuando la infección progresa el dolor se generaliza, se agrava con los movimientos, con la tos y se acompaña de distensión abdominal con defensa muscular.

A la palpación, el abdomen está contracturado (vientre en tabla), distendido, inmóvil, difusamente doloroso a la palpación y a la descompresión (signo de Blumberg). Con frecuencia existe íleo acompañado de disminución de los ruidos intestinales.

En general los pacientes presentan signos de gravedad con mal estado general, fiebre, taquicardia, taquipnea y ocasionalmente hipotensión, fallo multiorgánico y shock. La fiebre es un síntoma frecuente pero que puede faltar en los ancianos o inmunodeprimidos lo cual es un signo de gravedad y mal pronóstico.

Diagnóstico

Se basa en la historia clínica, la exploración física, los datos de laboratorio y los estudios radiológicos. Es frecuente la leucocitosis con desviación a la izquierda y pueden haber signos analíticos de deshidratación y hemoconcentración.

Las radiografías abdominales en bipedestación, decúbito supino y decúbito lateral pueden mostrar dilatación de las asas intestinales y la presencia de aire libre si existe una perforación. En la peritonitis difusa el hallazgo más frecuente es el íleo paralítico con distensión de asas, niveles hidroaereos intraluminales y separación de las asas por líquido peritoneal.

La ecografía abdominal y la tomografía axial computarizada son útiles para visualizar abscesos y permiten la colocación de drenajes percutáneos guiados para drenar abscesos.

El diagnóstico microbiológico se basa en el cultivo del exudado peritoneal o del pus de las colecciones supuradas obtenidos en la laparotomía o por punción percutánea con control radiológico. El cultivo de los exudados de drenajes y fístulas tiene menos valor ya que puede contaminarse de la flora cutánea. Las muestras deben remitirse rápidamente al laboratorio donde deben ser procesadas para cultivo en medios aerobios y anaerobios. Los hemocultivos efectuados al inicio del cuadro y antes de iniciar antibióticos son positivos en el 25% de los casos.

Tratamiento

El tratamiento de la peritonitis secundaria requiere la corrección quirúrgica de la patología desencadenante combinado con el tratamiento de soporte y los antibióticos. En los pacientes con sepsis no se ha demostrado la eficacia de los tratamientos inmunomoduladores como los anticuerpos anti endotoxina, anti TNF o las interleuquinas.

En primer lugar se debe corregir la inestabilidad hemodinámica y los trastornos metabólicos y se debe iniciar el tratamiento antimicrobiano.

La intervención quirúrgica debe realizarse lo más pronto posible, después que el paciente se haya estabilizado y esté en condiciones de ser operado. Habitualmente se efectúa una laparotomía con desbridamiento de colecciones supuradas, limpieza de los esfacelos y lavado peritoneal con suero salino.

Los antibióticos, si se administran precozmente, controlan la bacteriemia, reducen las complicaciones sépticas y evitan la diseminación local de la infección. Sin embargo, una vez está instaurada la peritonitis es muy difícil controlar la infección solamente con antibióticos sin el drenaje quirúrgico.

El tratamiento antibiótico empírico debe ser activo contra las enterobacterias y las bacterias anaerobias intestinales. Los protocolos de tratamiento clásicos, y que a menudo se utilizan como referencia, recomiendan la combinación de metronidazol o clindamicina y un aminoglicósido. En los últimos años hay una tendencia a utilizar cada vez menos los aminoglicósidos, en parte por el riesgo de nefrotoxicidad particularmente en enfermos graves y también por su mala penetración tisular. La cefoxitina sola o asociada a un aminoglicósido se ha utilizado con buenos resultados en pacientes con cuadros no muy graves, pero en la actualidad hay más tendencia a utilizar la asociación de una cefalosporina de 3ª generación y metronidazol. En los

pacientes con alergias severas a los betalactámicos, se pueden utilizar las quinolonas asociadas a un antibiótico anaerobicida.

La monoterapia con piperacilina-tazobactam o con carbapenems (imipenem o meropenem) ha demostrado su eficacia en diversos estudios⁽¹⁾. Sin embargo, estos antibióticos, y particularmente los carbapenems, por su amplio espectro antimicrobiano es prudente reservarlos para tratar infecciones complicadas en pacientes evolucionados o que ya han sido tratados previamente con antibióticos. Los estudios que comparan estos antibióticos de amplio espectro versus las combinaciones clásicas clindamicina/gentamicina no demuestran diferencias significativas y la eficacia global es del 80-85%. En muchos de estos estudios es difícil valorar la eficacia atribuible al tratamiento antibiótico ya que ésta depende del tipo de pacientes, patología de base, comorbilidades, patógenos aislados y también del tratamiento quirúrgico.

El diagnóstico precoz y el inicio rápido del tratamiento antibiótico adecuado han demostrado que reducen la morbilidad y la mortalidad de las peritonitis. En una serie de pacientes con peritonitis post cirugía electiva abdominal, el tratamiento antibiótico inadecuado se asoció a una mortalidad del 45% incluso en los pacientes a los que se les cambió el tratamiento con los resultados de los cultivos. En cambio, en los pacientes tratados correctamente la mortalidad se redujo al 16%⁽³⁾.

El tratamiento de las supuraciones abdominales mixtas en las que se aíslan enterococos o *Candida* está controvertido. Gorbach y otros autores^(7, 8) han revisado diversos trabajos de infecciones abdominales tratadas con pautas antibióticas que no son activas frente enterococos y no han demostrado fallos terapéuticos. Sin embargo, cuando se aísla a partir de hemocultivos o como microorganismo único o predominante en pacientes con infecciones residuales o recurrentes deben utilizarse antibióticos activos frente al enterococo. Esta misma idea debe utilizarse para tratar infecciones por *Candida* spp o, *P. aeruginosa* u otros bacilos gramnegativos multiresistentes⁽²⁾.

La duración del tratamiento es variable entre 7 y 10 días después de la cirugía, pero en general se recomienda continuarlo hasta que los pacientes estén estables, sin fiebre y sin leucocitosis.

En las peritonitis terciarias si se aíslan estafilococos o *Candida* sp es recomendable asociar al antibiótico de amplio espectro un glucopéptido o fluconazol. Si se aíslan especies distintas de *Candida albicans* debe utilizarse la anfotericina B.

En la tabla 3 se muestra las pautas recomendadas para tratar las peritonitis secundarias y terciarias y en la tabla 4 las dosis de los antibióticos utilizados en el tratamiento de las peritonitis.

Tipo	Antibiótico de primera elección	Alternativas
Secundaria Extrahospitalaria	Cefotaxima o Ceftriaxona + Metronidazol	Clindamicina + Gentamicina o Cefoxitina +/- Gentamicina o Ciprofloxacina + Metronidazol o clindamicina
Secundaria Intrahospitalaria ⁽¹⁾	Piperazilina-tazobactam	Imipenem o Meropenem
Terciaria ⁽²⁾	Imipenem o Meropenem + Vancomicina o Teicoplanina +/- Fluconazol ⁽³⁾	Ceftazidima ⁽⁴⁾ + Metronidazol + Vancomicina +/- Anfotericina B ⁽⁵⁾
⁽¹⁾ en pacientes tratados previamente con antibióticos. ⁽²⁾ el tratamiento debe individualizarse según los resultados de los cultivos y los antibióticos utilizados previamente. ⁽³⁾ si se aísla <i>Cándida albicans</i> . ⁽⁴⁾ si se aísla <i>P. aeruginosa</i> u otros bacilos gramnegativos multiresistentes. ⁽⁵⁾ si se aísla especies distintas de <i>Candida albicans</i> (<i>C. krusei</i> , <i>C. tropicalis</i> , <i>C. glabrata</i>).		

Tabla 3. Tratamiento de las peritonitis secundarias y terciarias.

Antibiótico	Dosis adultos	Dosis niños
Ampicilina	2g/ 6 h ev	100-200 mg/kg. /d ev
Amoxicilina/clavulánico	1-2g/ 8h ev	100 mg/kg. /d ev
Cloxacilina	2 g/6 horas	100 mg/kg./d
Cefepime	1-2g/8-12h ev	100-150 mg/kg. /d ev
Cefotaxima	1-2 g/ 8h ev	100-150 mg/kg. /d ev
Cefoxitina	1 g/6 h ev	80-160 mg/kg. /d ev
Ceftazidima	1-2g/ 8 h ev	100-150 mg/kg. /d ev
Ceftriaxona	2g/ 24 h ev	50-100 mg/kg. /d ev
Ciprofloxacina	400 mg/ 12 h ev	No recomendado
Clindamicina	600 mg/ 8 h ev	25-40 mg/kg. /d ev
Doxiciclina	100 mg/12 h	No recomendado
Gentamicina	5-7 mg/kg./d ev	5-7 mg/kg./d ev
Imipenem	0.5-1g/ 6-8 h ev	40-60 mg/kg. /d ev
Meropenem	1g/ 8 h ev	20 mg/kg./8h ev
Metronidazol	500mg/ 8 h ev	20-35 mg/kg./d ev
Penicilina G sódica	2-3 millones UI/4h ev	100.000-250.000UI/kg./d ev
Piperacilina	4g/ 6 h ev	200-300 mg/kg. /d ev
Piperacilina/tazobactam	4,5g/ 6-8 h ev	200-300 mg/kg. /d ev
Teicoplanina	400-800mg/ 24 h ev	6-10 mg/kg. /d ev
Vancomicina	1g/ 12 h ev	40 mg/kg. /d ev
Antifúngicos		
Anfotericina B	0,5-1mg/kg./d ev.	0,5-1mg/kg./d ev
Anfotericina B liposomal	3-5 mg/kg./d ev	0,5-1mg/kg./d ev
Anfotericina B complejo lipídico	5 mg/kg./d ev	0,5-1mg/kg./d ev
Fluconazol	200 mg/12 h ev	10 mg/kg./d ev

Tabla 4. Dosificación de los antimicrobianos en el tratamiento de la peritonitis.

Pronóstico

El pronóstico depende de varios factores, como la edad del paciente, las comorbilidades, la duración de la contaminación abdominal y los microorganismos responsables.

A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos la mortalidad sigue siendo elevada (10-40%) particularmente en los ancianos y en los pacientes cuya peritonitis tenga una evolución superior a las 48 horas. La evaluación y estratificación de los pacientes con la escala APACHE II se correlaciona con la evolución y la mortalidad de la peritonitis.

Prevencción

La utilización de la profilaxis quirúrgica (10) en la cirugía potencialmente contaminada o en la cirugía sucia o contaminada han reducido considerablemente las tasas de infección postoperatoria. En general se utiliza la cefazolina en la cirugía gastro-duodenal o de vías biliares y cefoxitina o cefazolina + metronidazol en la cirugía colorectal.

Bibliografía

- Levison MA, Bush LM. Peritonitis and other intra-abdominal infections. En Mandell, Douglas, Bennett’s Principles and Practice of Infectious Diseases. 5 th edition. 2000 Churchill Livingstone. Philadelphia. 821-856.

- Johnson CC, Baldessarre J, Levison ME: Peritonitis: update on pathophysiology, clinical manifestations and management. Clin Infect Dis 1997;24:1035-47.

- Laroche M, Harding G. Primary and secondary peritonitis: an update. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1998; 17:542-550.

- Wilcox CM, Dismukes WE. Spontaneous bacterial peritonitis: a review of pathogenesis, diagnosis, and treatment. Medicine 1987; 66:447- 456.

- Boixeda D, De Luis DA, Aller R, De Argilla SM. Spontaneous bacterial peritonitis: clinical and microbiological study of 233 episodes. J Clin Gastroenterol 1996;23:275-279.

- Bernard B, Grange JD, Khac EN, Amiot X, Opolon P, Poynart T. Antibiotic prophylaxis for the prevention of bacterial infections in cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding: a meta-analysis. Hepatology 1999; 29:1655-1661.

- Gorbach SL. Intra-abdominal infections. Clin Infect Dis 1993; 17: 961-65.

- Mc Lean KI, Sheehan GH, Harding GK. Intrabdominal infection : a review. Clin Infect Dis 1994; 19:100-116.

- Nathens AB, Rotstein OD. Antimicrobial therapy for intraabdominal infection. Am J Surg 1996; 172(6A):1S-6S.

- Anónimo. Profilaxis antimicrobiana en cirugía. The Medical Letter 1999; 21:89-93.

Peritonitis y otras infecciones intraabdominales

Gastroenteritis

Introducción

La gastroenteritis infecciosa (GI) es una inflamación y/o disfunción del intestino producida por un microorganismo o sus toxinas, que se manifiesta por diarrea acompañada o no de vómitos y dolor abdominal. Los agentes infecciosos involucrados en la misma (bacterias, virus y parásitos) son múltiples. Constituye una de las causas principales de morbilidad mundial, y una de las primeras de mortalidad en el mundo en vías de desarrollo.

La gastroenteritis es más frecuente y grave en el niño que en el adulto. Se estima que en países en vías de desarrollo mueren anualmente por esta causa alrededor de 4 a 6 millones de niños. Si en los países desarrollados se calcula que el número de episodios oscila entre 2-3 episodios por año, en los países en vías de desarrollo la frecuencia alcanza de 7 a 20 episodios entre niños con edad inferior a 2 años. Los episodios prolongados y recidivantes de diarrea favorecen la malnutrición y en consecuencia disminuyen la capacidad de resistencia a otros agentes infecciosos, lo que comporta indirectamente una mayor mortalidad. En los países desarrollados, las mejores condiciones higiénico-sanitarias, en particular las relacionadas con la transmisión por agua y alimentos, condicionan una menor incidencia. A pesar de que la mayoría de enteritis son agudas con clínica inferior a 2-4 semanas, ocasionalmente determinados pacientes, pueden presentar diarrea crónica, continua o intermitente.

1 Epidemiología clínica

El tipo, severidad y frecuencia de las infecciones gastro-intestinales viene determinado por distintos factores:

Individuo

El riesgo de contraer una GI varía dependiendo de la edad y grupos de riesgo. Asimismo, el tipo de vivienda, la densidad de población, las condiciones sanitarias y de vida, hábitos culturales y personales, y las fuentes de agua son determinantes de la exposición ambiental a patógenos entéricos. Los lactantes y niños pequeños son más proclives a sufrir infección por rotavirus, mientras que los niños mayores se infectan con mayor frecuencia por virus tipo Norwalk. Otros enteropatógenos más frecuentes en niños incluyen *Campylobacter jejuni* entre los 6-24 meses, *Salmonella* spp. a partir de los 2 años y en el caso de shigelosis entre los 6 meses y 4 años. Los adultos que conviven en el mismo ambiente, pueden constituirse como reservorios asintomáticos de potenciales microorganismos causantes de diarrea en niños y adultos susceptibles. Aunque la dosis infectante varía, bajos inóculos bacterianos pueden causar enfermedad como en el caso de *Shigella* spp. En el adulto inmunocompetente, *Salmonella* spp. es el primer agente etiológico seguido de *C. jejuni* fundamentalmente en nuestro medio. Es particularmente relevante las complicaciones gastrointestinales en los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituyendo la diarrea la manifestación clínica más frecuente (60%-90%). Aunque la incidencia de diarrea crónica ha disminuido en los últimos años con la introducción del tratamiento antirretroviral de gran eficacia, su manejo sigue siendo un problema. La inmunidad de la mucosa intestinal se haya disminuída en estos pacientes. Las alteraciones de los linfocitos T-colaboradores y T-supresores contenidos en la lámina propia, son similares a las que acontecen en la sangre periférica, provocando una disminución de la secreción de IgA con la consiguiente adherencia de

gran número de microorganismos. Además suele ocurrir una disminución de la acidez gástrica que provoca un aumento de la colonización bacteriana, así como neuropatía del sistema nervioso autónomo y alteraciones de la motilidad intestinal que impiden el aclaramiento de los patógenos intestinales a través de la heces. A menudo se acompaña de deficiencias nutricionales, pérdida de peso y dolor abdominal. En la mayoría de los casos se identifica el microorganismo causal (bacterias, virus, protozoos), aunque la etiología no siempre es infecciosa. Finalmente, varios medicamentos antirretrovirales (nelfinavir, ritonavir y didanosina entre otros) que se utilizan en las modernas pautas terapéuticas pueden provocar dispepsia y diarrea.

Localización geográfica y clima

El patrón característico de la enfermedad y el agente etiológico causal de GI varían considerablemente según el clima, estación y localización geográfica. Por ejemplo, *E. coli* produce una enterotoxina termolábil (LT) o termo-estable (ST) que causa enfermedad en los trópicos. Entre un 20 y un 50% de los individuos que viajan de zonas templadas a regiones tropicales presentarán diarrea del viajero. El cuadro se debe en principio a la ingestión de agua o comida contaminada y tiende a autolimitarse en 1 a 5 días. El microorganismo más frecuente es *E. coli* ECET con una incidencia variable dependiendo de la zona geográfica. (casi la mitad de casos de diarrea del viajero en Centro y Sudamérica). *Shigella*, *Salmonella* y *C. jejuni*, son las causas más comunes de enfermedad invasiva en el resto de los casos de diarrea del viajero. *V. cholerae* es causa de brotes epidémicos desde el inicio de la década de los 90 en Asia, Centro y Sudamérica. Otros patógenos más infrecuentes como *Aeromonas hydrophila* y *Plesiomonas shigelloides* se han aislado de turistas procedentes de Tailandia. La diarrea del viajero de etiología parasitaria incluye *Entamoeba histolytica*, causante de más del 5% de los casos de diarreas en viajeros a México y Tailandia, y *Giardia lamblia*, que se ha asociado con reservorios de agua contaminada en muchas zonas del mundo. *Cryptosporidium parvum* se ha aislado en México, África, en epidemias urbanas en los Estados Unidos de América y en enfermos con SIDA. Los virus como rotavirus y virus tipo Norwalk se han aislado hasta en un 12% de los turistas procedentes de América Latina, Asia y África. En nuestro medio y en la población infantil, el número de casos de diarrea por rotavirus es mayor en los meses fríos del año, con picos máximos en diciembre y enero, mientras que las enteritis por *Salmonella* spp predominan de mayo a septiembre, siendo la distribución anual de *Campylobacter* más uniforme.

Nosocomial

Las infecciones gastro-intestinales son especialmente frecuentes en los hospitales y centros de día, en general diseminados por contacto fecal-oral. Las infecciones gastro-intestinales de origen nosocomial de ámbito hospitalario están causadas en general por *Salmonella* y *Clostridium difficile*. Este último en más del 90% de los casos. Los factores de riesgo son la inmunodeficiencia relacionada con la edad, el tratamiento frecuente con antibióticos y la estancia hospitalaria. Entre los microorganismos más frecuentemente aislados en niños cabe destacar Rotavirus (en menores de 2 años), *G. lamblia*, *Shigella* spp, *C. jejuni* y *C. parvum* (en niños mayores).

2. Patogenia

Mecanismos de defensa del huésped:

En condiciones normales, el organismo humano posee suficientes mecanismos de defensa para combatir la enorme cantidad de microorganismos entéricos potencialmente patógenos ingeridos en cada comida. Los mejor conocidos son:

Flora saprófita:

El 99% de la flora intestinal saprófita, situada predominantemente en el último tramo del intestino delgado y en el colon, está constituida por microorganismos anaerobios y el 1% por otras bacterias. Esta flora constituye un mecanismo de defensa eficaz impidiendo la colonización de bacterias enteropatógenas. En niños que todavía no han desarrollado la colonización entérica normal, o pacientes tras ingesta de antibióticos por vía oral, los microorganismos enteropatógenos pueden causar infección con inóculos más pequeños. Asimismo, pueden seleccionarse otros microorganismos, como *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Clostridium* y *Cándida*, que colonizan el intestino, con el riesgo de infección sistémica, sobre todo en el paciente hospitalizado e inmunodeprimido.

Acidez gástrica:

El pH gástrico normal (< 4) destruye la mayoría de las enterobacterias ingeridas. Situaciones de hipo/aclorhidria (antiácidos, anti-H2,...) o en gastrectomizados, comportan un mayor riesgo de infecciones entéricas (*Salmonella*, *Shigella*,) y parasitarias (*G. lamblia*). Algunos microorganismos son estables en medio ácido (rotavirus), y otros como *H. pylori* pueden alterar la acidez gástrica incrementando la susceptibilidad del individuo a otros enteropatógenos.

Peristaltismo

La motilidad intestinal es un importante mecanismo para el aclaramiento de microorganismos del tracto gastrointestinal proximal. La alteración del peristaltismo causada por opiáceos, anomalías anatómicas (fístulas, divertículos,...) o patologías que cursen con disminución de la motilidad (diabetes, esclerodermia,...) confieren mayor facilidad para el sobrecrecimiento bacteriano.

Inmunidad:

En la lámina propia del intestino delgado (placas de Peyer) y colon existen células linfoides que se disponen en nódulos. La respuesta celular inmune y la producción de anticuerpos juegan un papel importante en la protección del huésped frente a las infecciones gastrointestinales. La inmunidad humoral, (inmunoglobulinas G, M e Ig A secretora) desempeña un importante papel protector.

Diversos componentes del moco y de las secreciones intestinales, como la lisozima y la lactoferrina y quizás los leucocitos que exudan en la superficie de las mucosas, contribuyen a reducir la población bacteriana del colon. En el lactante un mecanismo adicional de protección es la lactoferrina no saturada en la leche materna que, al unirse al hierro, produce un efecto bacteriostático.

En resumen, estos mecanismos de defensa reducen el número de microorganismos que alcanzan el intestino (pH ácido gástrico), evitan su adherencia a la mucosa (microflora saprófita, peristaltismo, IgA secretora) y previenen el crecimiento de los microorganismos que han colonizado (lactoferrina, lisozima). Su patogenicidad o su grado de virulencia está en relación directa con la capacidad de resistir la acidez gástrica y de adherirse a la mucosa.

Factores microbianos:

Tamaño del inóculo:

El número de microorganismos ingerido capaz de causar enfermedad varía de una especie a otra. *Shigella*, *Entamoeba* o *Giardia lamblia*: 10¹⁻² bacterias o quistes, *Salmonella* o *Vibrio cholerae*: 10⁵ – 10⁸ microorganismos.

Adherencia:

La capacidad de los microorganismos enteropatógenos para adherirse y colonizar la mucosa se relaciona directamente con la capacidad para causar enfermedad. Esta propiedad ha sido bien descrita en *E. coli* enterotoxigénica, la cual debe adherirse y colonizar el epitelio intestinal previamente a la producción de la enterotoxina. Las cepas enteropatógenas y enterohemorrágicas de

E. coli producen factores de virulencia que le permiten adherirse y destruir el borde en cepillo del epitelio intestinal. *V. cholerae* se adhiere al borde en cepillo de los enterocitos del intestino delgado mediante adhesinas específicas de superficie.

Producción de toxinas:

La producción de una o más toxinas por diversos microorganismos enteropatógenos es importante en la patogénesis de la diarrea. Las toxinas pueden estar preformadas en los alimentos o bien ser liberadas por el agente causal en la luz intestinal. Se distinguen las enterotoxinas, responsables de diarrea acuosa que actúan directamente en los mecanismos secretores de la mucosa intestinal; citotoxinas, que provocan la destrucción de las células de la mucosa intestinal, y neurotoxinas, que actúan directamente en el sistema nervioso central o periférico. El prototipo de enterotoxina lo constituye la toxina del cólera, que promueve la secreción de líquidos mediante la estimulación de la adenilciclase (enzima localizada en la membrana basal y lateral del enterocito), que transforma el ATP en AMP cíclico. Algunas cepas de *E. coli* poseen enterotoxinas lábiles (similares a las de *V. cholerae*), y otras estables que activan la guanilciclase que produce una reacción de fosforilación de las proteínas en el enterocito con utilización del ATP. Las citotoxinas bacterianas destruyen las células de la mucosa intestinal produciendo el síndrome disintérico, con presencia de sangre en las heces. Los microorganismos enteropatógenos que producen estas citotoxinas incluyen *S. dysenteriae*, *V. parahaemolyticus* y *C. difficile*. Cepas enterohemorrágicas de *E. coli*, frecuentemente del serotipo O157:H7, producen potentes citotoxinas estrechamente relacionadas con la toxina Shiga de *S. dysenteriae* y se han denominado toxinas Shiga-like. Estas cepas de *E. coli* se han asociado con epidemias de colitis hemorrágica y síndrome hemolítico-urémico. Las neurotoxinas generalmente son producidas por el microorganismo fuera del huésped, provocando síntomas de forma precoz después de la ingesta. Entre éstas caben destacar las toxinas de *S. aureus* y *Bacillus cereus*, que actúan en el sistema nervioso central provocando vómitos.

Invasión:

Los cuadros disenteriformes pueden resultar no solamente de la producción de citotoxinas, sino también de la invasión bacteriana y destrucción de las células de la mucosa intestinal. Las infecciones causadas por *Shigella* y *E. coli* enteroinvasivo, por ejemplo, están caracterizadas por la invasión de las células epiteliales de la mucosa intestinal. *Salmonella*, por otra parte, causa diarrea por invasión de la mucosa intestinal, aunque no se asocia a la destrucción de enterocitos.

3. Características clínicas

A continuación se expondrán tres apartados con especial relevancia en cuanto al tratamiento y manejo clínico: Gastroenteritis aguda, crónica y enteritis en el SIDA.

Gastroenteritis aguda infecciosa

Tipos de infección gastrointestinal.

Intoxicación de origen alimentario:

Las infecciones bacterianas causadas por enterotoxinas elaboradas fuera del huésped, tales como *S.aureus*, *B. cereus* y *C. perfringens*, tienen un corto período de incubación, inferior a 12 horas. Una excepción la constituye *C. botulinum*, cuya incubación suele ser de 18 a 36 horas. La mayoría de las intoxicaciones alimentarias provocadas por *S. aureus* son secundarias a la manipulación de los alimentos por portadores humanos. Es frecuente la diarrea, náuseas, vómitos y dolor abdominal, sin embargo la fiebre aparece en raras ocasiones. *B. cereus* puede producir un cuadro clínico caracterizado por vómitos, asociado a la ingesta de arroz contaminado, con un período de incubación corto mediada por una enterotoxina similar a la estafilocócica, o bien por diarrea con período de incubación pro-

longado, causado por una enterotoxina termolábil parecida a la de *E. coli*. El cuadro clínico causado por *C. perfringens* tiene un mayor período de incubación (8-14 horas), provoca diarrea y dolor abdominal, pero raramente vómitos y fiebre. El cuadro se autolimita en unas 24 horas. Ver tabla 1.

Infecciones invasivas.

Cuando el agente causal tiene capacidad invasiva el período de incubación y la duración de la enfermedad suelen ser superiores a los originados por toxinas. Es frecuente la fiebre, en ocasiones elevada y acompañada de escalofríos. El dolor abdominal presenta características cólicas y a menudo existe tenesmo rectal. Las heces suelen ser menos voluminosas y pueden tener sangre macroscópica o microscópica, polimorfonucleares y/o moco. El hemograma suele ser séptico. El cuadro clínico más característico es el de la disentería aguda causado por: *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter*, *E. Coli* invasiva, *Yersinia enterocolítica*, *Vibrio parahaemolyticus* o por parásitos como *E. histolytica*. El período de incubación varía entre 6 horas a varios días. En el caso de la *Salmonella* el cuadro de enterocolitis puede acompañarse de bacteriemia que con una frecuencia variable (5-40%) puede producir complicaciones sépticas metastáticas graves. La edad < 1 y > 50 años y la presencia de inmunodepresión, son algunos de los factores de riesgo

más importantes en la bacteriemia. Algunos microorganismos producen manifestaciones clínicas extraintestinales como *Y.enterocolítica* y, con menor frecuencia, *Shigella*, *Salmonella* y *Campylobacter*. Las más frecuentes son poliartritis migratoria, síndrome de Reiter, síndrome de Guillain-Barré y eritema nodoso. *Yersinia enterocolítica* es causa ocasional de adenitis mesentérica con dolor en fosa ilíaca derecha y puede simular clínicamente una apendicitis aguda. Otras complicaciones descritas incluyen el síndrome urémico hemolítico en niños con *Shigella* o por *E. coli* enterohemorrágica, y la aparición de abscesos hepáticos (con menor frecuencia en piel, diafragma, pulmón y pericardio), en el curso de una colitis amebiana. Otros microorganismos pueden ocasionar cuadros clínicos graves con mortalidad elevada, como el caso de la enterocolitis necrosante del niño (*E. coli*, otras bacterias, hongos y virus) y del adulto (*C. perfringens*).. *E. coli* enterohemorrágica provoca diarrea con sangre como consecuencia de una verocitotoxina. Esta colitis hemorrágica cursa frecuentemente sin fiebre, puede ser epidémica (contaminación de la cadena de alimentos) y la presencia de sangre en heces sin apenas leucocitos debe sugerir esta posibilidad. La listeriosis se reconoce cada vez con mayor frecuencia como causa de diarrea infecciosa. Puede ocurrir de forma epidémica por consumo de alimentos contaminados. Los más frecuentes son la leche cruda, el queso y ensaladas vegetales. Se presenta usualmente como enfermedad sistémica asociada a bacteriemia precedida de diarrea y puede metastizar en meninge o válvula cardíaca, con una tasa de mortalidad de alrededor del 20% en algunas series. La colitis pseudomembranosa a consecuencia de la administración de antibióticos está causada por *C.difficile* en más del 90% de los casos. La colonización por este microorganismo es en los adultos del 3% y en los hospitalizados del 10 al 20%. Los factores de riesgo son la inmunodeficiencia relacionada con la edad, el tratamiento con antimicrobianos y la estancia hospitalaria. Los antibióticos que con mayor frecuencia son causa de colitis pseudomembranosa son clindamicina, ampicilina y cefalosporinas. La clínica se inicia de forma súbita con fiebre y dolor abdominal. Con frecuencia la diarrea se autolimita al retirar el tratamiento antibiótico. En la mayoría de los pacientes los síntomas aparecen en el curso del tratamiento antibiótico, pero pueden presentarse posteriormente. Otras veces la clínica se prolonga hasta 6-10 semanas, con pérdida de peso, alteraciones electrolíticas y elevada mortalidad. Otros agentes infecciosos que actúan por invasión son los virus (en particular rotavirus). El período de incubación es de uno a dos días. La clínica se caracteriza por un cuadro agudo de diarrea y vómitos, en general autolimitado. Entre el 20 al 40% de los casos aparecen otras manifestaciones clínicas extraintestinales, como otitis. Los restantes virus capaces de causar gastroenteritis como los

adenovirus que cursan con una clínica similar a la descrita, la mayoría de las veces leve excepto el CMV que produce diarrea sanguinolenta, muchas veces grave, en pacientes inmunodeprimidos (trasplantados de órgano e infección por el VIH) en estadios avanzados. En España las tres causas mas frecuentes de diarrea infecciosa en los últimos años, han sido *Campylobacter*, *Salmonella* y rotavirus; que representan más de dos tercios de todos los agentes enteropatógenos detectados.

La actitud a seguir en una enteritis infecciosa viene reflejada en el diagrama I

Enteritis crónica

A nivel de intestino delgado:

Sobrecrecimiento bacteriano:

La flora entérica normal compuesta por microorganismos aerobios y fundamentalmente anaerobios en concentraciones de 10⁹/ml de secreción de yeyuno y de 10⁵ a 10⁹/gr de contenido en íleo, pueden aumentar en diferentes situaciones: Hipo o aclorhidria, anomalías anatómicas (obstrucciones, asas intestinales disfuncionantes), alteraciones de la motilidad (esclerodermia, neuropatía autonómica diabética), comunicaciones entre intestino delgado y colon (fístulas gastro o yeyunocólicas, resección de la válvula ileocecal) y en pacientes con algunas enfermedades de base como síndrome de inmunodeficiencia, pancreatitis crónica y cirrosis hepática. La clínica es fundamentalmente de diarrea, pérdida de peso por malabsorción, esteatorrea, dolor abdominal, náuseas y flatulencia.

Esprue tropical:

Afecta a personas que visitan o residen en áreas tropicales como Sudeste asiático, Filipinas y Centroamérica. Se produce un sobrecrecimiento bacteriano por parte de bacterias coliformes en el intestino delgado. Su patogénesis no está bien definida. La clínica es similar a la descrita en el apartado anterior.

Enfermedad de Whipple:

Causada por un bacilo identificado como *Tropheryma whippelii* que invade el intestino y a partir de éste, otros tejidos ya que se trata de una infección sistémica. Afecta predominantemente a varones de raza blanca y de edad media. La clínica más característica consiste en diarrea, malaabsorción con pérdida de peso, dolor abdominal, artralgias y síntomas dependientes de otras localizaciones.

Tuberculosis (TBC):

Mycobacterium tuberculosis puede afectar primariamente al intestino por ingesta de leche contaminada o

Microorganismos	Sintomas	Origen	Tratamiento
1 a 6 horas incubación			
<i>S. aureus</i>	Náuseas, vómitos y diarrea	Jamón, patatas, huevo, mayonesa, pastas de crema.	Rehidratación
<i>B. cereus</i>	Náuseas, vómitos y diarrea	Arroz frito	Rehidratación
8 a 16 horas de incubación			
<i>C. perfringens</i>	Dolor abdominal, diarrea (raramente vómitos)	Carne vacuno, legumbres	Rehidratación
<i>B. cereus</i>	Dolor abdominal, diarrea (raramente vómitos)	Carne vacuno, vegetales, guisantes, cereales	Rehidratación
> 16 horas de incubación			
<i>Vibrio cholerae</i>	Diarrea líquida	Marisco	Rehidratación
<i>E. coli enterotoxigénico</i>	Diarrea líquida	Ensaladas, queso, carne vacuno, agua	Cotrimoxazol o quinolonas 3d
<i>Salmonella spp.</i>	Diarrea inflamatoria	Carne vacuno, huevos, lácteos	Fluorquinolona o cotrimoxazol
<i>Shigella spp.</i>	Disentería	Patatas, lechuga, vegetales crudos	Fluorquinolona o doxiciclina
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	Disentería		

¹ Tetraciclinas o cotrimoxazol o fluorquinolonas (en adultos), cotrimoxazol o eritromicina (en niños)

Tabla 1. Tratamiento de las peritonitis primarias.

pacientes infectados por el VIH. Se comportan como patógenos entéricos y provocan enteritis cuya clínica es la mayoría de las veces, grave, persistente y recurrente. Los más destacados son los pertenecientes al género Microsporidios, *C. parvum*, *C. cayetanensis*, *I. belli* y *G. lamblia*; y menos frecuentemente, *B. hominis*, *Dientamoeba fragilis*, *Balantidium coli* y *E. histolítica*. Es común a todos ellos (principalmente microsporidios y criptosporidios) que afecten a pacientes con grave deterioro de la inmunidad ($CD4 < 100/mm^3$) y que la diarrea crónica se acompañe de malaabsorción.

Cryptosporidium parvum. Se han comunicado brotes de cryptosporidiasis a partir de la ingesta de agua corriente tanto en inmunocompetentes como en inmunodeprimidos, sin embargo, la diarrea es más frecuente en los pacientes VIH. Es responsable de entre el 3% y el 15% de los casos de diarrea crónica en los pacientes infectados por el VIH. La diarrea puede manifestarse de forma aguda, crónica o intermitente. Su gravedad es también variable. En algunos casos se produce deshidratación grave, malnutrición y pérdida de peso importante. Se han descrito portadores asintomáticos, aunque la mayoría de los casos progresan a enfermedad sintomática. Alrededor del 10% de los pacientes con *C. parvum* presentan alteraciones de la vía biliar (dilatación biliar intrahepática o extrahepática, irregularidades sugestivas de colangitis esclerosante, etc.). El mecanismo patogénico por el que parasita la vía biliar no es bien conocido. El reservorio biliar contribuye a la cronicidad de la infección y a la incapacidad de erradicar el microorganismo. No todos los pacientes con diarrea por *C. parvum* tienen mal pronóstico, ya que éste depende del número de linfocitos CD4. Cuando es inferior a $100/mm^3$, es frecuente la diarrea crónica y recidivante.

Microsporidios. Su prevalencia oscila entre el 7% y el 50%. En la mayoría de casos el género causal es *Enterocytozoon bienersi*, y en menor número *Encephalitozoon intestinalis*. Se han identificado en pacientes sin diarrea, motivo por el que ha sido cuestionada su patogenicidad; sin embargo, se han aislado como microorganismos responsables en muchos casos de enteritis crónica. Suelen asociarse a cifras de CD4 inferiores a $50/mm^3$ y la mayoría de los pacientes presentan malaabsorción.

Cyclospora cayetanensis. La identificación definitiva como miembro del género *Cyclospora* ocurrió en 1993. La prevalencia en la población VIH no está bien establecida; sin embargo, en los países donde es endémico (Haití) supone hasta el 11% de las diarreas. Los casos recogidos por la CDC en 1996, procedentes de USA y Canadá, relacionan este microorganismo con el consumo de frutas frescas (frambuesas) y a través de la ingesta de agua corriente. Recientemente han aumentado el número de casos comunicados, probablemente por la introducción de nuevos métodos diagnósticos,

aunque es muy probable que la incidencia real sea más baja por la eficacia de las pautas de profilaxis que incluyen cotrimoxazol.

Isospora belli es un protozoo endémico en áreas tropicales y subtropicales. La prevalencia en inmunocompetentes es baja, sin embargo en infectados por el VIH alcanza cifras del 15 % al 20% (en Haití). En los países industrializados, la incidencia es inferior al 2%, al igual que ocurre con la *Cyclospora*, dada su excelente sensibilidad a las pautas de profilaxis. Se transmite a través de alimentos o agua contaminada. La clínica es similar a la que origina *C. parvum*.

Blastocystis hominis. Es un protozoo con alta prevalencia en zonas tropicales y subtropicales tanto en la población inmunocompetente (3%) como inmunodeprimida (3-50%). Suele coexistir con otros parásitos en la mitad de los casos. Existe controversia respecto a su patogenicidad, ya que ocasionalmente no suele dar clínica diarreica. La clínica es superponible a la de otros protozoos.

Giardia lamblia. Es el microorganismo responsable más frecuente de gastroenteritis en los varones homosexuales, en los cuales su prevalencia es del 20%. Los síntomas más comunes son flatulencia, eructos, náuseas, diarrea y dolor abdominal. En ocasiones produce diarrea crónica y malaabsorción.

Entamoeba histolytica. Su prevalencia es de hasta el 25% en pacientes con SIDA y diarrea en USA., sobre todo en varones homosexuales. Tras un período de incubación de una semana, los pacientes presentan clínica similar a la de los inmunocompetentes: diarrea que puede comportarse como una disentería grave, proctocolitis y en ocasiones, manifestaciones extraintestinales secundarias a abscesos en hígado, pleura, pericardio o cerebro.

Virus.

Algunos virus, frecuentemente citomegalovirus (CMV), pueden ser causa de enteritis, a menudo crónicas y en ocasiones graves con hemorragia intestinal importante.

CMV

La prevalencia de esta infección en varones homosexuales es más elevada que en los heterosexuales (94 y 54%, respectivamente), sin embargo, la enfermedad por CMV aparece solo en el 7% de los pacientes con infección por el VIH, y las manifestaciones gastrointestinales en el 2.5%. Cuando los linfocitos CD4 disminuyen por debajo de $100/mm^3$, se reactiva la infección por CMV y a nivel del colon se producen lesiones ulceradas e infiltración neutrofílica de células endoteliales con presencia de endarteritis de pequeño vaso. La infección entérica se manifiesta por diarrea, muchas veces sanguinolenta, fiebre en el 50% de los casos, y dolor en

hemiabdomen inferior (ambas fosas ilíacas). La clínica puede durar semanas y ocasionalmente puede ocurrir perforación o graves complicaciones hemorrágicas.

Herpes simple (HSV).

El 20-30% de los varones homosexuales con clínica de proctitis presentan infección anorrectal por este virus (tipo 2 en más del 90% de los casos). La reactivación de este virus es más frecuente cuando los linfocitos CD4 son inferiores a $50/mm^3$. La proctitis herpética se caracteriza, además, por dificultad urinaria, parestias, neuralgia e impotencia. Las vesículas rectales pueden ser focales o formar úlceras confluentes.

Adenovirus, astrovirus y picornavirus.

A menudo causan diarreas persistentes.

Enteropatía asociada al SIDA.

En aproximadamente el 15% de los pacientes con diarrea crónica, no se identifica el microorganismo causal. Con frecuencia ocurre malnutrición y pérdida importante de peso. Las biopsias de yeyuno han demostrado atrofia parcial vellosa, con hiperplasia de las criptas e incremento del número de linfocitos intraepiteliales. En biopsias de colon se ha comprobado infiltración celular de la lámina propia, degeneración celular focal y función epitelial alterada, todo ello sugestivo de infección por el propio VIH. El tratamiento antirretroviral con fármacos de elevada eficacia hacen remitir la diarrea.

Sarcoma de Kaposi.

La afectación intestinal ocurre hasta en el 50-80% de los pacientes afectos de sarcoma de Kaposi cutáneo. A menudo es asintomático, aunque puede manifestarse con diarrea, pérdidas sanguíneas microscópicas o colitis hemorrágica.

Linfomas.

Los linfomas no-Hodgkin son más frecuentes en los pacientes con SIDA y se han asociado a infecciones por el virus de Epstein-Barr (EBV). Pueden afectar el aparato digestivo y ocasionalmente causar diarrea.

Idiopática y medicamentosa.

En general relacionada con fármacos antirretrovirales y en particular con los inhibidores de la proteasa (5% para indinavir a 30% para nelfinavir).

La actitud a seguir ante una enteritis en pacientes infectados por el VIH se expone en el diagrama II.

4. Diagnóstico

Generalidades

La sospecha diagnóstica se basará en la evaluación de una serie de factores: Edad del paciente, gravedad de la enfermedad, duración y tipo de diarrea. Antecedente reciente de utilización de antibióticos, pérdida de peso, enfermedades de base, otros procesos similares en la familia o en contactos, viajes recientes, indicará la necesidad de realizar estudios diagnósticos específicos. La descripción y el examen macroscópico de las heces constituye un punto de orientación importante según sea diarrea acuosa, mucoide o sanguinolenta. Su examen microscópico en busca de leucocitos fecales puede poner de manifiesto la presencia de parásitos, de creatorena o de esteatorrea sugiriendo insuficiencia pancreática o malaabsorción.

La endoscopia puede ser muy útil en el diagnóstico diferencial particularmente cuando la posibilidad de enfermedad inflamatoria intestinal es alta. Aunque la presencia de úlceras necróticas puede observarse en la sigelosis, también pueden detectarse en amebiasis o enfermedad de Crohn. La friabilidad mucosa es más sugestiva también de enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa). La presencia de placas elevadas como pseudomembranas es diagnóstico de la colitis pseudomembranosa. La biopsia de mucosa rectal, especialmente en presencia de úlceras, puede ser de gran utilidad en la identificación de *E. histolytica*, granulomas, amiloidosis o enfermedad de Whipple. La endoscopia es útil para el diagnóstico de linfoma y Sarcoma de Kaposi en pacientes con SIDA, así como la histología en la enteropatía por el VIH.

En ocasiones será necesario establecer el diagnóstico diferencial con diarreas de causa no infecciosa. La ingesta de algunos fármacos, de agentes tóxicos (setas, pesticidas, metales) u otras toxinas de origen orgánico pueden ocasionalmente confundirse con intoxicación alimentaria. Causas endocrinas no infecciosas de diarrea aguda secretora como es el carcinoma medular del tiroides, el carcinoide y el síndrome de Werner-Morrison. La apendicitis aguda, especialmente cuando es de localización retrocecal. La isquemia mesentérica con dolor intenso continuo y deposiciones diarreicas a menudo hemorrágicas, puede simular inicialmente una gastroenteritis.

Etiológico

En la mayoría de ocasiones, la enteritis es autolimitada por lo que no se hace necesario un estudio microbiológico más que en casos seleccionados. La historia clínica, los datos epidemiológicos y la exploración física proporcionan la información necesaria para sos-

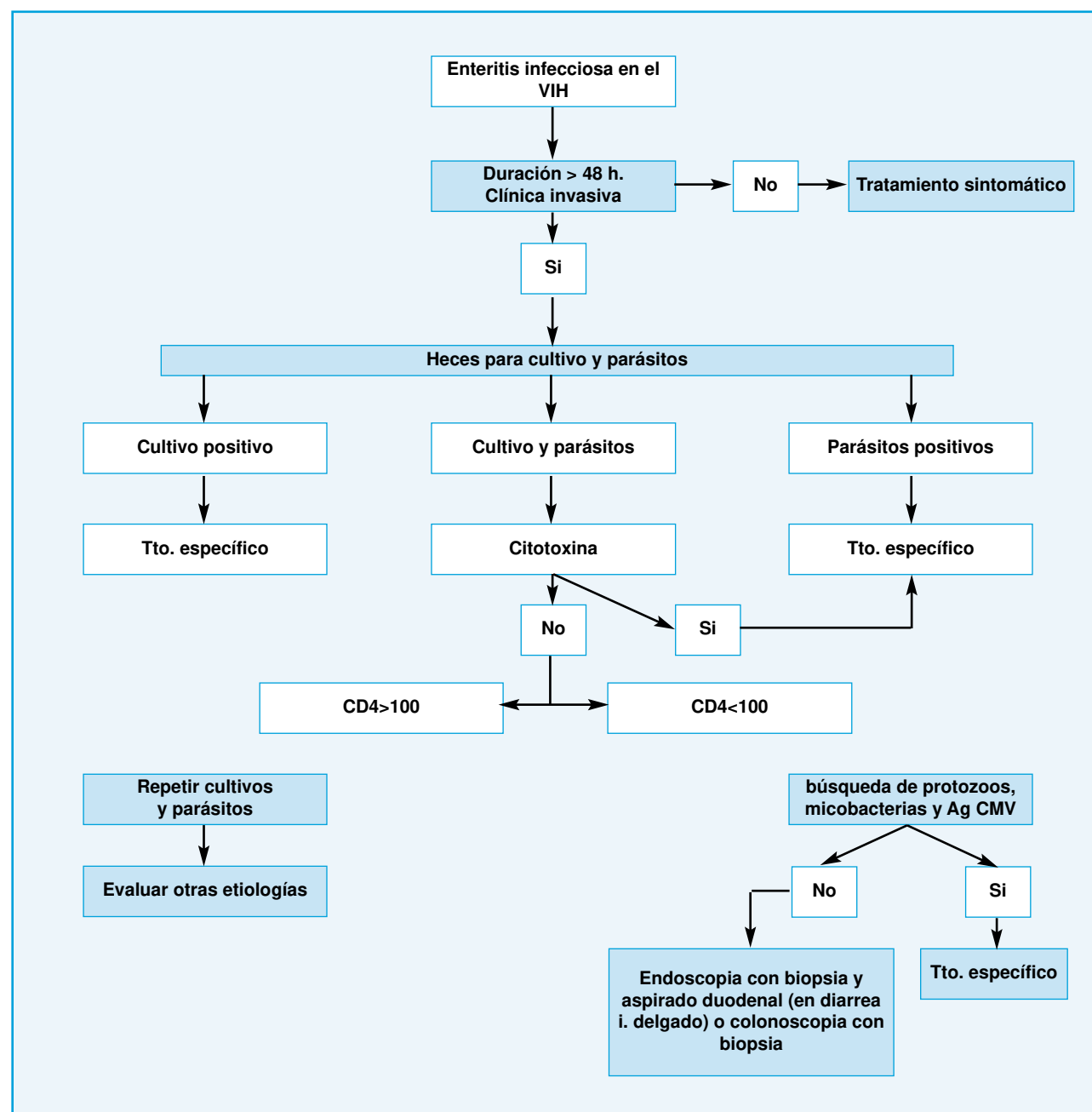


Diagrama de Estudio II

pechar la etiología infecciosa de la diarrea. Sin embargo, el diagnóstico definitivo se obtiene a través del estudio de las heces por medio de cultivos, microscopia electrónica y de la identificación de antígenos microbianos. Con sondas genéticas e hibridación de ADN y técnicas de amplificación como la PCR, aumentan notablemente la capacidad diagnóstica. Sin embargo, no se consigue un diagnóstico etiológico en más del 50% de los casos. Ello sugiere que ocasionalmente otros agentes todavía no identificados son causa de diarrea. La presencia de leucocitos en heces mediante la tinción de azul de metileno, indica la existencia de

inflamación mucosa colónica causada por un microorganismo invasivo o por enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn) mientras que su ausencia es indicativa de toxina preformada, infección viral, bacteria toxigénica, parásitos (incluyendo la forma invasiva de *Entamoeba*) o una enfermedad de intestino delgado. La tinción de Gram puede resultar útil en los casos de infección por *Campylobacter* o *Staphylococcus*. Asimismo el examen en fresco (microscopía de campo oscuro) puede resultar clave para el diagnóstico de infección causada por *Vibrio* spp. Finalmente, también será útil para la detección de trofozoitos,

quistes y huevos o larvas de helmintos. La búsqueda de parásitos está indicada en aquellos casos con una historia de diarrea prolongada (más de 2 semanas), con historia reciente de viajes, frecuentación de guarderías, homosexualidad e inmunodepresión. Los agentes más frecuentes son *G. lamblia*, *E. histolytica* y *C. parvum*. Es aconsejable realizar la búsqueda en varias muestras diferentes utilizando técnicas de concentración que aumenten la sensibilidad de la prueba.

Gastroenteritis aguda

Coprocultivo.

Está indicado en todos aquellos casos con diarrea que requiere hospitalización, en aquellos con signos o síntomas sugestivos de enteritis por un microorganismo invasivo (fiebre alta, tenesmo rectal, dolor abdominal persistente, sangre en heces) en aquellos con abundantes leucocitos fecales, con diarrea persistente y en los pacientes con inmunodepresión. La mayoría de laboratorios identificarán sin dificultad los enteropatógenos más comunes. Deben cultivarse las heces en medios habituales como agar *Salmonella-Shigella* (SS), agar Mac Conkey, agar xilosa-lisina-desoxicolato (XLD), selenito F, agar cefsulodina-igarsan-novobiocina (CIN), que pondrán de manifiesto *Salmonella* sp, *Shigella* sp, *E. coli* y *Y. enterocolitica*, y los medios de Skirrows o Butzlers para *Campylobacter* sp. Si hay antecedentes de ingesta antibiótica deben buscarse citotoxinas de *C. difficile* e identificar el germen mediante cultivo en medio de agar cicloserina-cefoxitina-fructosa. En los pacientes con manifestaciones clínicas extraintestinales deben solicitarse serologías para *Y. enterocolitica*, *Salmonella* sp, *Shigella* sp y *Campylobacter* sp en caso de que los coprocultivos fueran negativos. La sospecha de infección por *V. parahemolyticus* o *V. cholerae* requiere la utilización de medios especiales. Los diferentes *E. coli* enteropatógenos no pueden distinguirse de la flora fecal normal en cultivos rutinarios y se hace necesario realizar pruebas especiales para detectar la producción de toxinas. Las cepas del serotipo 0157:H7 pueden identificarse tentativamente al no fermentar el sorbitol y si la lactosa, o por serología.

Diarrea crónica:

Para diagnosticar sobrecrecimiento bacteriano y en el Esprue tropical, se utiliza cultivo en medio aerobio y anaerobio de secreciones duodenales con demostración de bacterias superior a 10^5 microorganismos/ml; sin embargo, rutinariamente en la clínica se utiliza un test como C¹⁴-xylosa, que de forma indirecta indica sobrecrecimiento bacteriano. El diagnóstico de la enfermedad de Whipple se obtiene por biopsia intestinal. El

diagnóstico de certeza de la tuberculosis intestinal se consigue realizando una tinción de Ziehl-Neelsen y cultivo en medio de Löwenstein del material intestinal obtenido mediante biopsia de la zona afectada. La identificación de *H. capsulatum* se realiza mediante la identificación del hongo en material biopsico intestinal. El diagnóstico de giardiasis se realiza mediante examen de varias muestras de heces en fresco o teñidas con tricromico, o bien por demostración de antígeno de *G. lamblia* mediante ELISA. Los protozoos se diagnostican mediante la identificación de ooquistes en heces (formas y tamaño distintos según el protozoo), por aspirado duodenal o por biopsia intestinal. El diagnóstico de amebiasis se realiza mediante examen microscópico de varias muestras de heces frescas. El diagnóstico de cepas patogénicas de *E. histolytica* se realiza mediante la detección de adhesinas por inmunoensayo.

Enteritis en el SIDA

Para identificar las bacterias enteropatógenas que con mayor frecuencia son responsables de gastroenteritis deben cultivarse las heces en los medios habituales antes descritos. El aislamiento de micobacterias en las heces no permite establecer el diagnóstico de TBC intestinal, puesto que en más del 30% de los pacientes con TBC pulmonar cavitada se halla el germen en las heces sin que exista lesión intestinal. La presencia de MAC en las heces es relativamente frecuente (1.3%-22%) incluso en pacientes de la población general y en infectados por el VIH sin criterios de SIDA, sin que padezcan invasión de la mucosa intestinal. Por otro lado, el cultivo de las heces en medio de Löwenstein puede ser negativo en muchas ocasiones, debido a que predomina la afectación de las capas profundas del intestino. El diagnóstico etiológico se consigue realizando una tinción de Ziehl-Neelsen y cultivo en medio de Löwenstein del material intestinal obtenido mediante biopsia de la zona afectada. En el caso de MAC, se aconseja realizar cultivo de sangre, médula ósea o ganglios linfáticos con el fin de diagnosticar una micobacteriosis diseminada.

La identificación de ooquistes de *C. parvum* en muestras de heces frescas, se realiza mediante tinciones que incluyen Kinyoun (Ziehl-Neelsen modificado), test fluorescente de la auramina-rodamina, mertiolate, yodo y formol (MIF), PAS y tinción negativa carbolfucsina. Todos ellos tienen una sensibilidad similar para detectar ooquistes de 4 a 6 mm, y rara vez es necesario recurrir a otras muestras (biopsia, aspirado duodenal). Recientemente se emplean nuevas técnicas como PCR y anticuerpos monoclonales mediante ELISA o inmunofluorescencia. El diagnóstico de microsporidiosis se realiza por examen de biopsia intestinal o por demostración en heces. La identificación de las esporas puede realizarse

mediante hematoxilina-eosina, PAS, plata metenamina o tinciones de Gram para tejidos (Brown y Hopps o Brown y Brenn) o del líquido duodenal obtenido tras la endoscopia. Mediante el microscopio electrónico pueden obtenerse imágenes de microsporidios en los diferentes estadíos para su clasificación como especie. El diagnóstico en heces, con demostración de estructuras ovoides de 1-3 mm mediante una tinción tricrómica de heces modificada por Weber, o modificaciones del método por Ryan o Kokoskin, se ha ido imponiendo en los últimos años y ha reemplazado a la biopsia. La PCR en heces y la microscopía electrónica también contribuyen a identificar las diferentes especies. Los quistes de *C.cayetanensis* de 8 a 10 µm de diámetro pueden identificarse en heces frescas mediante la tinción de Kinyoun (Ziehl-Neelsen modificado). Pueden demostrarse por aspirado duodenal y en biopsias de muestras tisulares procedentes de duodeno distal y yeyuno mediante la identificación del parásito por hematoxilina-eosina, PAS y plata metenamina. El diagnóstico de *I.belli* se realiza mediante el examen de heces con demostración de ooquistes ovoides de tamaño superior a los parásitos anteriores (20-30 mm) usando la tinción de Kinyoun (Ziehl-Neelsen modificado) o MIF (Blagg). Es necesario analizar varias muestras consecutivas de heces ya que la excreción de los ooquistes es intermitente. El diagnóstico de *G.lambli*a se realiza mediante la identificación en heces frescas de quistes y menos frecuentemente de trofozoitos. Se recomienda analizar varias muestras de heces en días diferentes, hecho que aumenta el rendimiento hasta el 85%. Pueden utilizarse pruebas de ELISA comercializadas para demostrar antígenos de *G.lambli*a en las heces. Los trofozoitos pueden identificarse mediante estudio histológico en las biopsias de intestino delgado. El diagnóstico de *E.histolytica* se realiza mediante la identificación de los quistes por tinción tricrómica de las heces. Las cepas patógenas se demuestran mediante inmunoensayo. La serología es útil en la amebiasis invasiva. El diagnóstico de *B.hominis* se realiza por identificación de formas vacuoladas mediante hematoxilina y tinción tricrómica de las heces.

CMV puede demostrarse mediante biopsia, e identificación de las típicas células infectadas por el virus, o cultivo tras la práctica de colonoscopia. Frecuentemente la clínica y la presencia de úlceras en la endoscopia pueden ser suficientes para iniciar tratamiento empírico frente a CMV sin necesidad de esperar el diagnóstico etiológico. Así mismo, la demostración de viremia en sangre junto a enteritis en ausencia de microorganismos patógenos en las heces, es suficiente para iniciar tratamiento específico. HSV puede aislarse mediante cultivo aunque el diagnóstico clínico puede ser suficiente en muchos casos. Otros virus pueden diagnosticarse mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) o por enzimo inmunoensayo (EIA).

5. Tratamiento

Rehidratación.

Las consecuencias más graves de la diarrea aguda son el resultado de la pérdida de líquido. Los microorganismos toxigénicos como *V.cholerae* y ciertas cepas de *E.coli* (ECET) se asocian con formas extremas de deshidratación debidas a la producción de gran cantidad de líquido que sobrepasa la capacidad de reabsorción del intestino distal, por lo que el principal objetivo del tratamiento es la reposición de líquido y electrolitos. Aunque la vía tradicional de administración ha sido la intravenosa, en años recientes las soluciones para rehidratación oral (SRO) han demostrado igual eficacia y son más prácticas desde el punto de vista logístico en los países en desarrollo. Se basan el aumento de la absorción de sodio en el intestino delgado en presencia de glucosa. La OMS recomienda una SRO con cloruro sódico, bicarbonato sódico, cloruro potásico y glucosa por litro de agua a concentraciones ya predeterminadas en farmacias. Se administran 1,5 litros por cada litro que se pierda por las heces. Los pacientes gravemente deshidratados y en los que el vómito proscribela administración oral, se tratarán con soluciones intravenosas. Una alternativa a la SRO basada en glucosa consiste en la sustitución de ésta por almidón derivado de arroz o cereales (50-80 gr). Estas soluciones producen menos pérdidas fecales, menor duración de la diarrea y una mayor absorción y retención de líquido y electrolitos que la SRO basada en glucosa en el tratamiento de la diarrea infantil. No se administrarán productos lácteos durante los primeros días dado el déficit secundario de lactasa. Aunque la mayoría de formas secretoras de la diarrea del viajero pueden tratarse adecuadamente con rehidratación, la utilización de subsalicilato de bismuto o de agentes antiperistálticos como la loperamida o difenoxilato asociados o no a antibióticos pueden acortar el período sintomático de la enfermedad. Sin embargo estos fármacos no deben ser utilizados en pacientes con colitis aguda grave, sea ésta de origen infeccioso o no infeccioso.

Tratamiento antibiótico.

Probablemente menos del 10% de los casos de diarrea aguda se benefician del tratamiento con antimicrobianos. Entre los tipos de diarrea que deben tratarse con antibióticos se encuentran la shigelosis, el cólera, la fiebre tifoidea, la diarrea del viajero sintomática, la diarrea por *E.coli* en los lactantes y la diarrea por *C.difficile*. Tabla 2. La enteritis por otros microorganismos frecuentes como *Salmonella* y *Campylobacter* no suelen beneficiarse de tratamiento antibiótico aunque existe controversia en diferentes estudios. En muchos casos no acorta la duración de la diarrea y alarga el estado de

Microorganismo	Tratamiento de elección	Alternativo
<i>Shigella</i> spp. ¹	Cotrimoxazol (TMP/SMX) 160/800 mg/d 5 d.	Ampicilina, fluorquinolonas, ceftriaxona
<i>V.cholerae</i>	Tetraciclinas 2 gr o doxiciclina 300 mg/ dosis única en adultos. Eritromicina 40 mg/Kg/ día, 3 días en niños	Fluorquinolona o eritromicina 3 d. en adultos Furazolidona o cotrimoxazol en niños.
Diarrea del viajero*: <i>E.coli</i> enterotoxigénico ECET Enterobacterias	Cotrimoxazol 320/1600 mg/dosis única, o 160/800 mg/d, 3 días Fluorquinolonas en adultos 3 días: Norfloxacin 800 mg/d, ciprofloxacino 1g/d, ofloxacino 400 mg/d	Azitromicina, eritromicina. furazolidona, doxiciclina
<i>E.coli</i> : Enteropatógeno EPEC Enteroinvasivo EIEC Otros ³	Cotrimoxazol o mecillinam 3 días Cotrimoxazol 5 días No se ha demostrado eficacia	Neomicina oral 3 días Ampicilina, fluorquinolona
<i>Salmonella typhi</i>	Fluorquinolona 1 gr 14 días. Ceftriaxona 7 días.	Amoxicilina 4-6 gr/d ó 100 mg/Kg en niños, o cotrimoxazol 640/3200mg/d.
<i>Salmonella</i> spp.1	Fluorquinolonas o cotrimoxazol 3d	Cefalosporina 3ª gen.
<i>Campylobacter jejuni</i> 1	Eritromicina 1 gr/d 5 días	Fluorquinolona (adultos)
* Los agentes probióticos como Lactobacillus GG reducen la duración de la enteritis aguda así como las recidivas.		
¹ Según antibiograma ² a excepción de México donde la tasa de resistencias es muy alta. ³ Enterohemorrágico (EHEC), adherente (DAEC), enteroagregativo (EaggEC)		

Tabla 2. Tratamiento antimicrobiano de los principales agentes infecciosos responsables de enteritis aguda.

portador fecal con el consiguiente riesgo de transmisión a otras personas y aumento de recidivas. Aunque se ha sugerido que podría aumentar las resistencias a diferentes antimicrobianos, es poco probable que ello ocurra ya que el aumento de resistencias viene dado por la administración a dosis subóptimas a los animales de granja. Sin embargo, hemos de considerar algunas situaciones en las que estaría indicado su tratamiento. Cuando la enteritis por *Salmonella* cursa con bacteriemia y/o metástasis sépticas deberá prescribirse tratamiento antibiótico, e instaurarse empíricamente cuando se sospeche salmonelosis en pacientes con riesgo de presentar complicaciones infecciosas: niños de corta edad, ancianos, neoplásicos, inmunodeprimidos, pacientes con anemia falciforme, afecciones vasculares, y portadores de prótesis y cuerpos extraños. En estos casos se recomendará tratamiento con una cefalosporina de 3ª generación, una fluorquinolona o bien cotrimoxazol. En caso de enteritis por *Campylobacter* se recomienda administrar un macrólido de forma precoz y en los cuadros disentéricos. En nuestro país, la alta prevalencia de

resistencia a fluoroquinolonas de *C.jejuni*, proscribela utilización empírica.

Si el paciente se haya hospitalizado y se sospecha que el agente causal es invasivo, se puede iniciar tratamiento antibiótico por vía parenteral (ceftriaxona) o una fluorquinolona, con el fin de tratar una bacteriemia por *Salmonella* (dado que es el enteropatógeno que con mayor frecuencia causa dicha complicación). Si los hemocultivos son negativos, se puede retirar el tratamiento antibiótico a los 3 días. El paciente con diarrea por *C.difficile* debe retirarse el antibiótico implicado y si la diarrea continua, añadir metronidazol o vancomicina oral durante 7-10 días. Recientemente se ha comprobado que mejora la diarrea y disminuyen las recurrencias si se añade probióticos como Lactobacillus GG.

Diarrea crónica:

El tratamiento del sobrecrecimiento bacteriano se realiza con amoxicilina/ clavulánico o bien como alternativa una cefalosporina y metronidazol, o cloranfeni-

col, con soporte nutricional. La duración del tratamiento y el manejo de las recidivas no están bien establecidos. El esprue tropical se trata tradicionalmente con tetraciclinas durante varias semanas, asociado a ácido fólico y vitamina B12. El tratamiento más idóneo de la enfermedad de Whipple es cotrimoxazol durante 1 año. El tratamiento de la infección tuberculosa se realiza con fármacos antituberculosos a las mismas dosis y durante el mismo tiempo que en la tuberculosis pulmonar. El tratamiento de la histoplasmosis incluye anfotericina B durante 10 semanas aproximadamente o bien ketconazol durante 6 meses. El tratamiento más eficaz de la giardiasis es el metronidazol durante 7 días, o bien tinidazol en dosis única. El tratamiento de los protozoos se realiza con cotrimoxazol durante 10 días en caso de *Cyclospora* e *Isospora*, paromomicina durante 10 días

en enteritis por *Cryptosporidium* y metronidazol durante 7 días en caso de *Blastocystis*. El tratamiento más eficaz de la enteritis por *P. shigelloides* y *Aeromonas* spp, *Shigella* spp., *Salmonella* spp. es el cotrimoxazol (TMP/SMX) y eritromicina en caso de *Campylobacter* spp. La amebiasis se trata con metronidazol durante 10 días. Tabla 3.

Enteritis en el SIDA

En la tabla 4 se indica el tratamiento y las dosis de los fármacos, de la gastroenteritis por enterobacterias en pacientes con SIDA. En muchas ocasiones se recomienda iniciar tratamiento antibiótico de forma empírica. Para ello, se requiere que éste sea eficaz frente a

	Tratamiento de elección	Tratamiento Alternativo
Intestino delgado		
1. Sobrecrecimiento bacteriano	1. Amoxicilina/clavulánico 875/125 mg/12h	1. Cefalosporina y metronidazol o cloranfenicol
2. Esprue tropical	2. Tetraciclinas 250 mg/6 h 1- 6 meses	2. Sulfamidas
3. Enfermedad de Whipple (<i>Tropheryma whippelii</i>)	3. Trimetoprima-sulfametoxazol 160/800 mg/12h 1 año	3. Penicilina, tetraciclina o cloranfenicol
4. Tuberculosis (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>)	4. Isoniacida, rifampicina y pirazinamida 6-9 meses	
5. Histoplasmosis (<i>Histoplasma capsulatum</i>)	5. Anfotericina B 0.6-1 mg/Kg/d 10 semanas	5. Ketoconazol 200-400 mg/d 6 meses.
INFECCIONES PARASITARIAS		
6. <i>Giardia lamblia</i>	6. Metronidazol 250 mg/8h ó 5mg/Kg/8h en niños, 7 días.	6. Tinidazol en dosis única, Albendazol o furazolidona
7. <i>Cryptosporidium parvum</i>	7. Paromomicina 500 mg/8 h ó 30 mg/Kg/d durante 10 d.	7. Azitromicina o atovacuona
8. <i>Cyclospora cayetanensis</i>	8 y 9. Trimetoprima-sulfametoxazol 160/800 mg/12h 7 d. y 5/25 mg/Kg /d en niños	8 y 9. Pirimetamina
9. <i>Isospora belli</i>		
10. <i>Blastocystis hominis</i>	10.Metronidazol 500 mg/8 h 7 d.	10.Furazolidona, Yodoquinol
INTESTINO GRUESO		
Enterobacterias:		
1. <i>Plesiomonas shigelloides</i>	1,2, 3 y 4. Cotrimoxazol 960 mg/6 h.	1,2,3,4. Fluorquinolonas, cefalosporinas de 3ª
2. <i>Aeromonas</i> spp		
3. <i>Shigella</i> spp		
4. <i>Salmonella</i> spp		
5. <i>Campylobacter</i> spp	5. Eritromicina 30-50 mg/Kg/d	5. Amoxicilina-clavulánico, tetraciclina, aminoglicósido, carbapenem
Amebiasis		
1. <i>Entamoeba histolytica</i>	1. Metronidazol 750 mg/8h 10 d. 30-50 mg/Kg/d en niños	1. Tinidazol en dosis única, dihidroemetina 5 d seguido de cloroquina 2-3 sem, tetraciclina o eritromicina 10 d seguido paramomicina

Tabla 3. Tratamiento de la enteritis crónica

Microorganismo	Tratamiento de elección (dosis)	Tratamiento Alternativo
Enterobacterias 1. <i>Salmonella</i> sp., <i>Shigella</i> sp., 2. <i>Campylobacter</i> sp. 3. <i>Aeromonas</i> sp y <i>Plesiomonas</i> sp 4. <i>C. difficile</i>	1. Ciprofloxacino 750 mg/12h 2. Eritromicina 2 g/d. 3. Ciprofloxacino 750 mg/12h 4. Metronidazol 500 mg/8 h	1. Ceftriaxona 1g/d o cotrimoxazol 960 mg/d 2. Ciprofloxacino 750 mg/12h 3. Cotrimoxazol 960 mg/d 4. Vancomicina 125 mg/6 h
Micobacterias 1. <i>Mycobacterium tuberculosis</i> 2. MAC	1. Isoniacida, rifampicina, pirazinamida ± etambutol 6-9 meses 2. Etambutol, claritromicina ± rifabutina	
Protozoos 1. <i>C.parvum</i> 2. Microsporidios 3. <i>Cyclospora cayetanensis</i> 4. <i>Isospora belli</i> 5. <i>Giardia lamblia</i> 6. <i>Entamoeba histolytica</i> 7. <i>Blastocystis hominis</i>	1. Paramomicina 500 mg/6h 4-6 sem.± azitromicina 600 mg/d 2. Albendazol 400 mg/8-12h Atovacuona 250 mg/8h 3. Cotrimoxazol 960 mg/6 h. 4. Cotrimoxazol 960 mg/6 h. 5. Metronidazol 500 mg/8h 6. Metronidazol 500 mg/8h 7. Metronidazol 500 mg/8h	1. Azitromicina, claritromicina, metronidazol, atovacuona o difluorometilnitina 2. Metronidazol o azitromicina 3. Pirimetamina o furazolidona 5. Furazolidona, quinacrina o paramomicina 6. Iodoquinol o paramomicina 7. Furazolidona, quinacrina o paramomicina
Virus 1. CMV 2. Herpes simple 3. Adenovirus	1. Ganciclovir 2.5 mg/Kg/8h o 5mg/Kg /12h 2. Aciclovir 400 mg/8-12h	1. Foscarnet 200 mg/Kg/día 2. Foscarnet 200 mg/Kg/día
1. Enteropatía crónica	1. Tratamiento antirretroviral altamente eficaz	
2. Medicamentos	2. Retirar la medicación o tratamiento sintomático En diarrea crónica (independientemente de la etiología): Octreótido 50-200 mg/8h o SP-303 (Provir) 500 mg/6h.	

Tabla 4. Tratamiento de la enteritis en el SIDA

Salmonella sp, *Shigella* sp. Y *Campylobacter* sp. Algunos fármacos que cumplen esta condición son las fluorquinolonas. La duración del tratamiento suele ser de 10-14 días, aunque en caso de recurrencias estaría indicado continuar durante 2-3 meses. Como tratamiento alternativo para *Salmonella* sp, está ceftriaxona y cotrimoxazol y para *Shigella* sp, cotrimoxazol y ampicilina (según antibiograma). Recientemente se han descrito, con respecto a las fluorquinolonas, un aumento de resistencias por parte de *C. jejuni* en aproximadamente 50%, por lo que en caso de falta de respuesta o aislamiento de este microorganismo, se recomienda administrar un macrólido. La diarrea por *C.difficile* deberá tratarse con metronidazol o vancomicina oral

La infección por *M.tuberculosis* se realiza con fármacos antituberculosos, a las mismas dosis y durante el mismo tiempo que en la TBC pulmonar. En caso de estenosis o tumoración ileocecal que clínicamente cursen con oclusión intestinal debe plantearse

la necesidad de tratamiento quirúrgico. MAC es resistente a varios de los fármacos antituberculosos clásicos. La pauta más eficaz consiste en la asociación de etambutol (fármaco que presenta mayor actividad in vitro) y un macrólido (claritromicina o azitromicina poseen una excelente actividad) con o sin rifabutina (que es más activa que la rifampicina). Otros fármacos como clofazimina y las fluoroquinolonas poseen actividad aunque se consideran actualmente de segunda línea.La enterocolitis por *C.parvum* se trata con paromomicina durante 4-6 semanas aunque la respuesta clínica es solo parcial en la mayoría de casos. El 20% de los pacientes responden favorablemente y alrededor del 40% mejora la diarrea. Se recomienda continuar a mitad de dosis de forma indefinida. Recientemente se ha utilizado azitromicina a dosis elevadas durante 4 semanas, basándose en estudios experimentales que demuestran su eficacia mientras se mantiene la terapéutica. Se ha comprobado una mayor actividad si se asocia a paramomicina. Como alternativa, aun-

que con menor eficacia, se ha utilizado letrazuril durante tiempo prolongado (1-6 meses) con respuesta parcial del 50%; sin embargo actualmente su utilización es escasa por los graves y frecuentes efectos secundarios. En caso de colangitis esclerosante, la combinación de paramomicina por vía intravenosa durante 2-3 semanas y letrazuril durante tiempo prolongado, puede ser eficaz. El tratamiento con albendazol durante 4-8 semanas, es eficaz frente a *E.intestinalis*. *E. bieneusi* es uniformemente resistente a todos los fármacos antiprotozoarios, aunque en algunos casos la respuesta clínica es parcial. La atovaquona administrada durante 1 mes muestra cierta eficacia frente a *E.bieneusi*, así como albendazol (mejoría inferior al 50%). El número de deposiciones suele disminuir significativamente, aunque el parásito persiste en heces en la mayoría de los pacientes. Como tratamiento alternativo se ha utilizado aunque con poco éxito, la azitromicina, el metronidazol, la pirimetamina, cotrimoxazol, itraconazol y recientemente un fármaco con graves efectos secundarios como el fumagillin. Finalmente, tanto para la enteritis por *C.parvum* como por microsporidiosis, si la respuesta es nula a la terapéutica antiinfecciosa, se recomienda administrar octreótido por vía subcutánea como tratamiento sintomático obteniéndose una respuesta total o parcial en el 50% de los casos. Como profilaxis secundaria o bien en los pacientes que no responden al tratamiento y siguen eliminando esporas, los nuevos antirretrovirales con gran actividad, parecen ser la solución más idónea, ya que se ha comprobado remisión de la diarrea y desaparición de las esporas con normalización histológica de la mucosa intestinal. El tratamiento de elección de *C.cayetanensis* es el cotrimoxazol durante 10 días. Las recaídas son frecuentes al finalizar el tratamiento, motivo por el que se aconseja profilaxis secundaria 3 veces por semana. No se conocen otros fármacos eficaces. El cotrimoxazol durante 10 – 21 días es eficaz para *I.belli*. Como el índice de recaídas es del 50%, se aconseja realizar tratamiento de mantenimiento con cotrimoxazol a las dosis habituales de 3 veces/semana. Como tratamiento alternativo está pirimetamina durante 10 días seguido de 3 veces/semana como mantenimiento o bien metronidazol, furazolidona o un macrólido durante 10 días. El tratamiento de elección de *G.lamblia* es metronidazol o tinidazol durante 7 a 10 días. Como tratamientos alternativos pueden utilizarse: Quinacrina, furazolidona y paramomicina. Como tratamiento de enteritis por *E.histolytica* se utiliza metronidazol durante 10 días. En caso de que persistan las formas quísticas y con el fin de prevenir recaídas, puede utilizarse paramomicina durante 7 días o iodoquinol durante 20 días. *B. hominis* se trata con metronidazol durante 7 días, aunque no suele responder en muchos casos. Como alternativa se puede

utilizar furazolidona durante 7 días o iodoquinol durante 20 días.

Ganciclovir durante 2-3 semanas constituye el tratamiento más utilizado para la infección por CMV. Aproximadamente el 30-50% de los pacientes recidivan al cabo de varios meses. Como alternativa al tratamiento está el foscarnet. Es aconsejable continuar con tratamiento de mantenimiento mientras los linfocitos CD4 permanezcan bajos. En el herpes simple suele utilizarse aciclovir, aunque después de tiempo prolongado pueden seleccionarse virus resistentes que no responden al fármaco referido y ha de utilizarse foscarnet. No existe tratamiento eficaz para el resto de virus.

Profilaxis primaria:

La administración de zidovudina y actualmente de los nuevos fármacos antirretrovirales, la profilaxis con cotrimoxazol de la neumonía por *Pneumocystis carinii* o bien la administración prolongada de una fluorquinolona, han contribuido a disminuir la incidencia de enteropatógenos especialmente por *Salmonella* sp.

Los pacientes con CD4<200 mm³ deberían adoptar una serie de medidas preventivas como evitar los deportes acuáticos donde puedan tragar agua potencialmente contaminada (piscinas); beber agua corriente (no embotellada o bien filtrada); y evitar el contacto con animales jóvenes. Estas medidas son generales para evitar todas las infecciones intestinales causadas por protozoos. Como profilaxis primaria frente a *C.cayetanensis* y en países tropicales, es recomendable evitar el consumo de frutas frescas (frambuesas) y seguir las medidas descritas para prevenir la cryptosporidiosis. Se ha demostrado que azitromicina, claritromicina o rifabutina, utilizadas como profilaxis frente al MAC, previenen la infección por *C. parvum*. Como profilaxis primaria frente a microsporidiosis no existe evidencia comprobada de que deba realizarse ni cuál es el fármaco más idóneo, aunque en estudios dirigidos a prevenir la histoplasmosis con itraconazol, o las infecciones por MAC con azitromicina, se ha observado una menor incidencia. En los pacientes con menos de 75 linfocitos T CD4+, se aconseja administrar claritromicina o rifabutina diaria o azitromicina semanal para prevenir la infección por micobacterias.

La administración de tratamiento antirretroviral muy activo, previene la enteropatía crónica con desaparición de estos protozoos (microsporidiosis y *C. parvum*) debido a la recuperación al menos parcial del sistema inmunitario.

Bibliografía

- LaMont J.T. Gastrointestinal Infections. Diagnosis and Management. Marcel Dekker, Inc. New York. 1997.
- Gorbach SL. Diarrea infecciosa e intoxicación alimentaria bacteriana. En: Sleisenger MH, Fordtran JS (eds). Enfermedades gastrointestinales. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana 1994: 1152-1188.
- Guerrant RL, Lima A.A.M. Inflammatory Enteritides. En: Mandell G, Bennet J, Dolin R. (eds). Principles and practice of infectious diseases. Nueva York, Churchill Livingstone, 2000: 1126-1136.
- Butterson JR, Calderwood SB. Acute infectious diarrheal diseases and bacterial food poisoning. En: Fauci AS, Braunwald, Isselbacher et al. (eds). Harrison's principles of internal medicine. Nueva York. Mc Graw Hill Inc, 1998: 796-800.
- Passaro DJ, Parsonnet J. Advances in the Prevention and Management of Traveler's Diarrhea. In: Remington JS., Swartz MN. Current Clinical Topics in Infectious Diseases. Blackwell Science, Int. Boston. 1998: 217-237.
- Ericsson CD. Traveler's Diarrhea: Epidemiology, Prevention, and Self-Treatment. In: Moellering RC. Infectious Disease Clinics of North America. WB.Saunders Company 1998: 285-305.
- Karasik Michael S, Afdhal Nezam H. Small and Large Bowel Infections in AIDS. En: Lamont J. Thomas J. (ed). Gastrointestinal Infections. Diagnosis and Management. New York 1997: 191-245.
- Podzamczar D, Santin M, Martinez-Lacasa J, Gudiol F, Benetucci J.A, Corti M. Tratamiento de las infecciones más frecuentes en pacientes con SIDA. En: Gatell J.M, Clotet B, Podzamczar D, Miró J.M, Mallolas J. (eds) Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento. Masson S.A. Barcelona 1998: 320-347.
- Sor V, Tor J, Domenech E, Gabarre E, Muga R, Inaraja L., et al. Tuberculosis abdominal en pacientes con SIDA. Med Clin (Barc) 1991; 97: 121-124.
- Moreno Camacho A, Moreno Martínez A, Valls ME, Bordas JM, Piqué JM, Bombí JA et al. Enteropatía crónica de etiología desconocida en pacientes con SIDA. Análisis de 40 casos. Med Clin (Barc) 1997; 109:452-456.
- USPHS/IDSA Prevention of Opportunistic Infections Working Group. USPHS/IDSA Guidelines for the

Prevention of Opportunistic Infections in Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus. MMWR 1999; 48 (RR10):1-59.

- Foudraire NA., Weverling GJ., Van Gool T., Roos MTL., Wolf F, Koopmans PP. Et al. Improvement of chronic diarrhoea in patients with advanced HIV-1 infection during potent antiretroviral therapy. AIDS 1998; 12:35-41.

- Goodgame RW. Understanding intestinal spore-forming protozoa: cryptosporidia, isospora, and cyclospora. Ann Intern Med 1996; 124:429-441.

- Khan WA. et al. Comparative trial of five antimicrobial compounds in the treatment of cholera in adults. Trans R Soc Trop Med Hyg 1995; 89:103.

- Kumar A., Forsmark CF, Toskes PP. The response of small bowel bacterial overgrowth to treatment: Effects of coexisting conditions. Gastroenterology 1996; 110:A340.

- Relman DA., Schmidt TM., MacDermott RA., Falkow S. Identification of the uncultured bacillus of Whipple's disease. New Engl J Med 1992; 327:293.

- Sherman S, Rohwedder JJ, Ravikrishnan KP, Weg JG. Tuberculosis enteritis and peritonitis:report of 36 general hospital cases. Arch Intern Med 1980; 140:506.

- Jernigan J, Guerrant RC, Pearson RD. Parasitic infections of the small intestine. Gut 1994; 35:289-293.

- Wolfson JS, et al. Cryptosporidiosis in immunocompetent patients. N Engl J Med 1985; 312: 1278-1282.

- Prats G, Llovet S, Muñoz C et.al. Etiología de la enteritis en un hospital general universitario en Barcelona (1992-1995). Enf. Infecc. Microbiol. Clin. 1997;15:349-356.

- Sánchez C, García-Restoy E, Garau J et.al. Ciprofloxacin and trimethoprim-sulfamethoxazole versus placebo in acute uncomplicated Salmonella enteritis: a double-blind trial. J.Infect. Dis. 1993; 168:1304-1307.

- Kartalija M, Sande M.A. Diarrhea and AIDS in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. Clin Infect Dis 1999; 28:701-7.

- Saavedra J. Probiotics and Infectious Diarrhea. Am J Gastroenterol 2000; 95(Suppl.):S16-S18.

- Pochapin M. The Effect of Probiotics on Clostridium difficile Diarrhea. Am J Gastroenterol 2000; 95 (Suppl.):S11-S13.

Peritonitis y otras infecciones intraabdominales

Abscesos intraabdominales

1. Definición de prevalencia

Los abscesos intraabdominales tienen un lugar bien definido dentro de la actual clasificación de las infecciones intraabdominales⁽¹⁾(Tabla 1). Representan una forma de peritonitis localizada, es decir, delimitada y tabicada por adherencias formadas por los órganos intraabdominales.

Los abscesos intraabdominales tienen dos orígenes: adquiridos en la comunidad o postoperatorios. Los primeros, corresponden a infecciones intraabdominales evolucionadas que se presentan ya como abscesos intraabdominales en el momento del diagnóstico inicial. Entre éstos podemos citar los abscesos apendiculares o los secundarios a diverticulitis sigmoide.

I. PERITONITIS PRIMARIA
A. Espontánea de la infancia.
B. Espontánea del adulto.
C. En diálisis peritoneal continua ambulatoria
D. Peritonitis tuberculosa.
II. PERITONITIS SECUNDARIA
A. Peritonitis por perforación
1. Perforación del tracto gastrointestinal.
2. Necrosis isquémica de pared intestinal.
3. Pelvipерitonitis
4. Translocación bacteriana.
B. Peritonitis postoperatoria
1. Dehiscencia de sutura
2. Perforación yatrogénica
C. Peritonitis postraumática
1. Traumatismo abdominal cerrado
2. Traumatismo abdominal penetrante
III. PERITONITIS TERCIARIA
A. Peritonitis sin agentes patógenos
B. Peritonitis fúngicas
C. Peritonitis por bacterias de baja patogenicidad
IV. ABSCESO INTRABDOMINAL
*Modificada de T. Hau. World J Surg 14:145-7, 1990.

Tabla 1. Clasificación de las infecciones intraabdominales*

Los abscesos postoperatorios sobrevienen en el curso de los primeros días de una intervención quirúrgica sobre el abdomen bien de tipo electivo o bien urgente (por peritonitis o por traumatismo abdominal). Mientras que la prevalencia de los abscesos adquiridos en la comunidad es difícil de precisar, sí que existe información prospectiva sobre la prevalencia de los abscesos postoperatorios. Olson et al.⁽²⁾ siguieron 32.284 intervenciones quirúrgicas de diversas especialidades durante los primeros 30 días de postoperatorio; 97 pacientes presentaron 114 abscesos postoperatorios. De éstos, 71 pacientes habían sido intervenidos de cirugía abdominal. Dos terceras partes de los abscesos intraabdominales postoperatorios se dieron en pacientes sometidos a cirugía colo-rectal, gástrica o bilio-pancreática. Una cuarta parte de los pacientes presentaron bacteriemia debida al mismo patógeno y un 11% infección de herida quirúrgica.

2. Etiopatogenia

Anatomía de la cavidad peritoneal.

Los abscesos intraabdominales se forman fundamentalmente en los espacios subfrénicos y en el saco de Douglas. En los pacientes operados electivamente, los abscesos suelen localizarse en las proximidades del órgano intervenido.

La localización de los abscesos intraperitoneales se comprende mejor recordando algunas de las características anatómicas y funcionales de la cavidad abdominal. El diafragma actúa como una bomba aspirante e impelente del líquido presente en la cavidad peritoneal, de forma que al producirse el vertido de contenido intestinal al peritoneo, por perforación de una víscera hueca o de una anastomosis quirúrgica, éste es arrastrado hacia los espacios subfrénicos. La gravedad y la situación declive del receso

de Douglas, explican la preferencia de las colecciones originadas en el hemiabdomen inferior (apendicitis, diverticulitis, infecciones ginecológicas) por situarse en la pelvis.

Etiología de los abscesos.

Los abscesos tienen su origen más frecuente en la extravasación o vertido del contenido intestinal en el peritoneo como consecuencia de la perforación de una víscera hueca espontánea o secundaria a una dehiscencia anastomótica o a un traumatismo con lesión visceral. Algunas perforaciones de víscera hueca que ocurren en la comunidad y que pueden ser causa de abscesos son la colecistitis aguda, la perforación duodenal, la apendicitis aguda de varios días de evolución o la perforación diverticular del sigma. Los abscesos pélvicos pueden asimismo originarse a partir de una enfermedad inflamatoria ginecológica (absceso tubo-ovárico, perforación uterina).

Los abscesos postoperatorios son generalmente debidos a fugas anastomóticas tardías o mínimas que han podido ser bien localizadas por los mecanismos de defensa locales. También pueden darse en ausencia de dehiscencia anastomótica como consecuencia de una sobreinfección de colecciones líquidas inicialmente estériles como por ejemplo hematomas o gasas olvidadas accidentalmente (ver más adelante).

Algunos abscesos intrabdominales son secundarios a traslocación bacteriana a través de una pared intestinal morfológicamente intacta que se ha hecho permeable a las bacterias como consecuencia de un foco inflamatorio de vecindad. Mora et al.⁽³⁾ implantaron fragmentos de materiales utilizados en prótesis (dacron, poliuretano) y un material control (algodón) en el peritoneo de animales de experimentación con flora intestinal normal. El dacron fue contaminado con bacterias entéricas (*E. coli*, *P. aeruginosa*, *E. faecalis*) en tres días. Los mismos materiales implantados en el tejido celular subcutáneo permanecieron estériles. Así pues, este estudio muestra de forma inequívoca que los cambios inflamatorios de la pared intestinal favorecen la traslocación bacteriana en ausencia de una solución de continuidad. Esta mecanismo patogénico es fundamental para comprender la formación de abscesos pancreáticos⁽⁴⁾ y de abscesos provocados por gasas olvidadas en el abdomen tras una laparotomía⁽⁵⁾.

Finalmente, una proporción reducida de abscesos intraabdominales son secundarios a traumatismo abdominal grave que ha precisado o no de una laparotomía previa.

Insulto bacteriano y reacción peritoneal.

Las bacterias causantes de infección intraabdominal tienen un poder patógeno que se ejerce por acción directa (fundamentalmente por antígenos capsulares), a través de toxinas (exo- o endotoxinas) y a través de media-

dores humorales -TNF, IL-6 e IL-1, principalmente- producidos durante sus interacción con los neutrófilos y macrófagos del huésped. En el caso de los bacilos gram-negativos, se ha hecho mucho énfasis en el papel de su endotoxina (LPS) como activadora de mediadores de la inflamación y del shock séptico. Sin embargo, los efectos locales de estos gérmenes son también notables. *E. coli*, por ejemplo, segrega una potente hemolisina capaz no sólo de potenciar sus efectos tóxicos locales (disminuir el pH y destruir neutrófilos) sino de interferir con las defensas del huésped en la erradicación de otros gérmenes co-infectantes como, por ejemplo, *B. fragilis*⁽⁶⁾.

Otro mecanismo patogénico importante es la sinergia bacteriana. Pascual et al.⁽⁷⁾ estudiaron la mortalidad por peritonitis inducida experimentalmente en la rata con *B. fragilis*. La inyección intraperitoneal de dicho germen (108 UFC) no causó mortalidad. En cambio, sí produjo un 50% de mortalidad la inyección de *E. coli* a dosis mucho más bajas. Cuando se inocularon ambos gémenes la mortalidad fue un 20-25% mayor respecto a la observada con *E. coli* sólomente.

La presencia de bacterias en la cavidad peritoneal desencadena una respuesta inflamatoria compleja cuyo origen parece centrarse en la célula endotelial de los capilares subserosos⁽⁸⁾. Estimulado por la presencia de gérmenes patógenos, el endotelio vascular expresa proteínas de superficie (ICAM y selectina) y segrega mediadores solubles que incrementan su permeabilidad, promueven la diapedesis de los neutrófilos hacia las áreas inflamatorias y regulan los mecanismos hemostáticos locales. La exudación de componentes del plasma y de neutrófilos hacia el área inflamatoria, junto con el vertido intestinal que haya podido ocurrir, constituyen el primer paso hacia la formación de colecciones supuradas.

Finalmente, un factor decisivo en la formación de abscesos es el éxito que puedan tener los órganos intraabdominales y el epiplon mayor en limitar la infección a un área determinada en lugar de que ésta se transforme en una peritonitis generalizada. En este proceso juega un papel importante la fibrina, proteína fibrilar que deriva del fibrinógeno plasmático.

Coadyuvantes.

Otro factor facilitador de la proliferación bacteriana intraperitoneal es la presencia de coadyuvantes. En la infección intraabdominal existen dos coadyuvantes principales: los cuerpos extraños (abandono de excesivo material de sutura, sulfato de bario, gasas o restos fecales) y la sangre. Los cuerpos extraños interfieren con la fagocitosis e impiden que los antibióticos alcancen el foco séptico. La hemoglobina interfiere la quimiotaxis, la fagocitosis y la lisis intracelular por los fagocitos de tal manera que la peritonitis asociada a hemoperitoneo es mucho más grave que la peritonitis sin él⁽⁹⁾.

Microbiología

Los gérmenes más frecuentemente involucrados en abscesos intrabdominales se reflejan en la Tabla 2. Destacan *E. coli*, *E. faecalis*, *P. aeruginosa* y *B. fragilis*, gérmenes que constituirán la principal diana del tratamiento antibiótico. En la serie de Olson et al.⁽²⁾ no fue nada despreciable la participación de *C. albicans* (15%) motivo por el cual es importante descartar la presencia de hongos en los abscesos postoperatorios, especialmente en aquellos que aparecen tras cirugía gástrica. *C. albicans* supone también un germen infectante relativamente frecuente en las infecciones pancreáticas tratadas con antibióticos durante periodos prolongados y comporta una elevada mortalidad cuando aparece en este contexto⁽¹⁰⁾.

	Ref. 2* (n=114)	H. del Mar** (n=55)
Gérmenes aerobios y facultativos		
Enterococcus faecalis	39%	40%
Streptococcus sp. (grupos A,B,C, G,F,viridans)	12%	33%
Staphylococcus aureus	1%	4%
Escherichia coli	39%	42%
Klebsiella pneumoniae	20%	11%
Pseudomonas aeruginosa	17%	9%
Enterobacter cloacae	13%	2%
Serratia marcescens	11%	0%
Proteus spp.	8%	5%
Citrobacter freundii	5%	7%
Gérmenes anaerobios		
Bacteroides fragilis	32%	24%
Peptostreptococcus	14%	7%
Clostridium spp.	10%	7%
Hongos		
	15%	4%
* Abscesos postoperatorios		
** Abscesos adquiridos en la comunidad y postoperatorios		

Tabla 2. Microbiología de los abscesos intrabdominales postoperatorios

3. Clínica y diagnóstico

Abscesos adquiridos en la comunidad.

El diagnóstico de absceso intraabdominal por complicación de un proceso séptico adquirido en la comunidad, suele hacerse a partir de la historia clínica, la presencia de fiebre y leucocitosis, y una tomografía axial computarizada (TC) confirmativa. Generalmente es posible obtener una historia de dolor abdominal localizado y fiebre de varios días de evolución antes de que el paciente sea visitado en el hospital. Asimismo, la historia

clínica detallada puede orientar hacia la patología que ha dado origen al absceso: apendicitis, colecistitis o diverticulitis sigmoide. La fiebre suele ser vespertina y el hemograma muestra leucocitosis (> 10.000 leucocitos/mm³). En ocasiones es posible palpar una masa abdominal dolorosa en la vecindad de la víscera perforada. El diagnóstico definitivo se obtiene mediante TC. En casos de sospecha de perforación diverticular es particularmente útil la TC tras administrar un enema de contraste hidrosoluble.

Abscesos postoperatorios.

Los abscesos postoperatorios son más frecuentes tras intervenciones urgentes –generalmente a consecuencia de infecciones intraabdominales o traumatismos penetrantes- que tras intervenciones electivas. La presencia de un síndrome febril tras una laparotomía debe hacer sospechar la formación de un absceso y obliga a un diagnóstico diferencial entre las infecciones nosocomiales más frecuentes en esta circunstancia: neumonía, bacteriemia por catéter, infección urinaria, infección de herida e infección intraabdominal. Un intervalo libre de fiebre en el postoperatorio es sugestivo de absceso intraabdominal. En el estudio de Olson et al.⁽²⁾ el tiempo medio desde la intervención quirúrgica hasta el diagnóstico de absceso intrabdominal fue de ocho días (rango, 3-29 días). La toma de hemocultivos ante un síndrome febril postoperatorio de causa poco clara está justificada ya que hasta un 25% de abscesos se acompañan de bacteriemia.

Tomografía axial computarizada.

Es la técnica de imagen de elección para el diagnóstico y localización de abscesos intraabdominales. De hecho la sensibilidad de la TC para el diagnóstico de colecciones intraabdominales se sitúa en torno al 90%^(2,11). Además de diagnosticar y localizar adecuadamente los abscesos intraabdominales, la TC permite seleccionar la mejor vía para el drenaje, tanto si éste se hace percutáneamente como por vía abierta. En ambos casos debe escogerse la vía de acceso más directa posible evitando las vísceras interpuestas.

Otros métodos de localización. La presencia de un absceso intraabdominal puede llegar a ser muy difícil de detectar en ausencia de una TC confirmativa. Si la sospecha se mantiene incluso cuando esta exploración es negativa, puede recurrirse a la gammagrafía abdominal con leucocitos marcados con tecnecio. Esta exploración se ha mostrado útil en diagnósticos difíciles de colecistitis, apendicitis, enfermedad inflamatoria pélvica o infección de injertos aórticos. Sin embargo, la gammagrafía con leucocitos no distingue bien entre foco inflamatorio y absceso propiamente dicho, motivo por el que debe interpretarse con cautela en pacientes postoperados⁽¹²⁾.

4. Tratamiento antibiótico

Décadas de tratamiento empírico avalan la eficacia de la antibioterapia en las infecciones intraabdominales. Su importancia relativa, sin embargo, ha sido difícil de objetivar porque en la presentación clínica, la evolución postoperatoria y el pronóstico de los abscesos intraabdominales influyen muchos factores: la virulencia de los microorganismos implicados, la magnitud del inóculo, la adecuación de la intervención quirúrgica, la persistencia de la contaminación peritoneal, la presencia de coadyuvantes, la administración apropiada de antibióticos y las defensas del huésped. A pesar de estas limitaciones, en la actualidad existe un creciente consenso sobre la importancia de una antibioticoterapia empírica adecuada ya que la falta de cobertura frente a determinados patógenos aumenta la morbilidad y la mortalidad de las infecciones intraabdominales⁽¹³⁻¹⁵⁾.

El tratamiento antibiótico de los abscesos intraabdominales persigue tres objetivos fundamentales:

1) **Curativo:** administrados precozmente en el curso de la formación de un absceso intraabdominal, los antibióticos pueden interrumpir su historia natural y curarlo.

2) **Paliativo:** los antibióticos atenúan las consecuencias sistémicas de una supuración intraabdominal localizada, evitando la bacteriemia y colaborando con las defensas del huésped en delimitar correctamente la infección.

3) **Coadyuvante:** los antibióticos colaboran con el drenaje radiológico o quirúrgico del absceso en la eliminación del inóculo bacteriano residual.

Los fármacos empleados en el tratamiento de los abscesos intraabdominales deben ofrecer una cobertura adecuada frente a enterobacterias, enterococos y *Bacteroides* del grupo *fragilis*. Aunque en algunas recomendaciones aún se consideren como casi equivalentes los regímenes que cubren o no al enterococo⁽¹⁶⁾, a nuestro juicio, éste debe cubrirse sistemáticamente en el tratamiento del absceso intraabdominal, especialmente si éste no es de origen apendicular. Estas mismas recomendaciones abogan por cubrir *E. faecalis* cuando los cultivos microbiológicos resultan positivos para este microorganismo. Para entonces, sin embargo, se ha perdido la ventana terapéutica de 72 horas durante la que la eficacia de los antibióticos es máxima⁽¹³⁾. En nuestra experiencia, *E. faecalis* ha sido aislado en un 30-50% de abscesos originados en el colon o en focos no apendiculares (estómago, vías biliares, intestino delgado y páncreas) mientras que no se ha aislado en ningún caso (más de 50) de perforación apendicular.

Así pues, las combinaciones de antibióticos que aseguran una cobertura adecuada serían las que comprendieran un antibiótico de cada uno de los tres grupos que se exponen a continuación:

- 1) frente a enterobacterias y *Pseudomonas* spp.: aminoglucósidos (5 mg/kg/d), cefotaxima 1-2g(6-8h.), cefepime (2g/8-12h.) o aztreonam (2g/8h.);
- 2) frente a *B. fragilis*: metronidazol (500 mg/8h.);
- 3) frente a *E. faecalis*: ampicilina (1-2g/4-6h.) o vancomicina en caso de alergia (1 g/12h.).

La tendencia actual es la de sustituir la combinación de antibióticos por un agente monoterápico para evitar tanto la polifarmacia como el riesgo de nefrotoxicidad por aminoglucósidos. En este caso, nuestro antibiótico de elección sería piperacilina-tazobactam (4g/6-8h.). Se trata de un antibiótico no tóxico, de un espectro muy amplio, con excelente cobertura frente a *E. faecalis* y *Pseudomonas* spp.

Los carbapenems (imipenem y meropenem) se han utilizado también en este contexto pero presentan ciertos inconvenientes:

- 1) menor actividad frente a cocos grampositivos, especialmente frente a *E. faecalis*⁽¹⁸⁾,
- 2) toxicidad de la cilastatina,
- 3) menor actividad de imipenem en pH ácido (el habitual en un absceso intrabdominal),
- 4) la dosis de 2 g./día de imipenem podría resultar insuficiente,
- 5) elevado costo del meropenem.

5. Tratamiento invasivo

Relevancia del drenaje.

La curación de un absceso intraabdominal exige un drenaje externo de su contenido purulento. Tan sólo en fases muy precoces pueden curarse exclusivamente con antibióticos. La evacuación del pus es fundamental para eliminar la fuente de endotoxina y de gérmenes viables que mantienen la infección y pueden ocasionar bacteriemia. La presencia de un foco séptico no drenado supone asimismo un estrés fisiológico con alteraciones metabólicas tales como proteólisis, neoglucogénesis y balance nitrogenado negativo. Los abscesos suponen, asimismo, un foco inflamatorio que secuestra volumen y proteínas plasmáticas, especialmente albúmina⁽¹⁸⁾.

Drenaje percutáneo.

Esta modalidad de drenaje ha ido ganando en popularidad ya que puede realizarse sin necesidad de anestesia general ni de una intervención quirúrgica formal. Se basa en la localización del absceso mediante ecografía o TC y el drenaje del mismo utilizando un catéter insertado percutáneamente bajo control de imagen.

En pacientes con abscesos de origen intestinal esta modalidad terapéutica consigue la curación en unas dos terceras partes de los pacientes. Bernini et al.⁽¹⁹⁾ estudiaron 82 pacientes con 111 abscesos intraabdominales originados en el colon bien por diverticulitis o como complicación postoperatoria. Se consiguió una curación completa sin necesidad de intervención quirúrgica en el 65% de los casos. En los 26 casos con abscesos uniloculares bien definidos el éxito terapéutico fue del 100%. Tanto en éste como en un estudio anterior⁽²⁰⁾ una puntuación del baremo Apache II de 15 o superior se asoció con mayor proporción de fracaso terapéutico frente al drenaje abierto.

Desbridamiento y drenaje quirúrgicos.

Se impone cuando el paciente se halla en situación grave (APACHE II>15), cuando se trata de abscesos multiloculados con tejidos necróticos (abscesos pancreáticos), cuando el absceso se asocia a un cuerpo extraño (gasa) y ante la menor sospecha de que pueda existir una infección intraabdominal más generalizada. La sospecha fundada de que el absceso puede ser secundario a una dehiscencia anastomótica precoz es también un argumento de peso para realizar una reintervención. En general, los abscesos más graves suelen darse precozmente en el curso postoperatorio, son de mayor tamaño y eventualmente múltiples o asociados a infección generalizada. Por estos motivos, son los que más a menudo exigen una reintervención formal con exploración completa del abdomen.

6. Situaciones especiales

Abscesos pancreáticos.

Alrededor del 8-10% de las pancreatitis agudas evolucionan hacia la formación de abscesos pancreáticos. En las pancreatitis biliares o alcohólicas los abscesos pancreáticos son más infrecuentes (3-7%) que en las pancreatitis postoperatorias. La gravedad de la pancreatitis también influye decisivamente en la aparición de abscesos pancreáticos que son excepcionales en pancreatitis leves (2-3%) y muy frecuentes en las pancreatitis graves (50%)⁽²¹⁾. Los abscesos pancreáticos difieren esencialmente del resto de abscesos intraabdominales por el hecho de formarse en el seno de una necrosis tisular extensa en el área pancreática y, sobre todo, peripancreática. Son por tanto, abscesos con un gran componente de tejidos necróticos, mal delimitados y multiloculados. Estas características anatómicas suponen una gran dificultad para que puedan ser drenados percutáneamente y casi siempre exigen intervenciones

agresivas, especialmente en la primera fase de la enfermedad. Conforme ésta evoluciona, los abscesos tienden a hacerse mejor delimitados y son más accesibles bien al drenaje percutáneo o a un drenaje abierto conservador. La hemorragia grave por erosión de un vaso peripancreático mayor es siempre una amenaza que planea sobre los pacientes con infección pancreática⁽²²⁾. Para prevenirla es preciso realizar maniobras de necrosectomía y desbridamiento radicales pero cautelosas, utilizar drenajes flexibles (silicona y tipo Penrose) y no demorar la evacuación de colecciones supuradas peripancreáticas una vez han sido adecuadamente definidas mediante TC.

Abscesos con fístula enterocutánea.

Con cierta frecuencia, el drenaje de un absceso intraabdominal va seguido de la salida de líquido intestinal o pancreático por los drenajes. Se trata de fístulas enterocutáneas cuyo origen es el mismo del absceso: una solución de continuidad en el tubo digestivo debida a traumatismo, una erosión por un drenaje o la dehiscencia de una anastomosis. En estos casos deben aplicarse los criterios básicos que rigen el tratamiento de las fistulas intestinales: drenaje amplio (de tipo aspirativo incluso durante los primeros días), cálculo del débito fistuloso, corrección de los desequilibrios hidroelectrolíticos, eliminación de estímulos enterales (alimentación parenteral) y estudio anatómico una vez el trayecto fistuloso se haya definido⁽²³⁾.

7. Factores pronósticos

Fry et al.⁽²⁴⁾ estudiaron los factores determinantes de la mortalidad (5-20%) de los abscesos intradominales. Los principales factores de riesgo fueron la presencia de insuficiencia de algún órgano, hemocultivos positivos, abscesos recidivantes o persistentes, abscesos múltiples, edad superior a los 50 años, y localización subhepática. Estos datos sugieren que las muertes por abscesos intraabdominales son consecuencia bien de un drenaje insuficiente o del fracaso de la respuesta fisiológica adecuada por parte del huésped.

Hay factores generales que influyen en el pronóstico del enfermo: la adecuación de la respuesta neuroendocrina a una infección grave y el estado de nutrición del paciente previo a la peritonitis. Es por ello que los pacientes de más de 70 años tienen peor pronóstico frente a este tipo de infecciones ya que en ellos es relativamente frecuente la tríada de malnutrición, síndrome eutiroideo y mala adaptación fisiológica⁽²⁵⁾. Ello pone de relieve la importancia de una adecuada respuesta metabólica a la agresión y, en su defecto, la importancia de un adecuado soporte médico y nutricional. De hecho, la

Peritonitis y otras infecciones intraabdominales

Infección vía biliar

Introducción

Las vías biliares forman un sistema de conductos a través de los cuales se segrega la bilis desde los lobulillos hepáticos al tracto gastrointestinal. Las vías biliares son estériles salvo que exista inflamación, obstrucción o cuerpos extraños. La infección de la vía biliar es un problema frecuente que ocasionalmente llega a comprometer la vida del paciente. Clásicamente, los problemas de las vías biliares tenían un tratamiento quirúrgico que a veces era necesario con carácter urgente. Los avances en las técnicas endoscópicas y radiológicas han permitido manejos menos agresivos, sin cirugía abierta que aumentan la importancia del tratamiento médico y antibiótico.

Aunque existe una continuidad anatómica entre la mucosa de todo el tracto biliar, desde un punto de vista esquemático y dependiendo de su localización distinguimos entre los procesos que afectan a la vesícula biliar (colecistitis) y a la vía biliar (colangitis). Repasaremos de manera conjunta por su similitud los aspectos etiopatogénicos y microbiológicos de las infecciones de la vía biliar y posteriormente enumeraremos de forma separada las distintas entidades clínicas y su tratamiento.

1. Patogénesis

Como en otras vísceras formadas por cavidades y conductos, la patología de las vías biliares está muy ligada a la litiasis y la obstrucción.

- COLECISTITIS. Se produce en más del 90% de los casos por obstrucción del conducto cístico, habitualmente por litiasis que desencadena la inflamación de la vesícula. Sin embargo, la presencia de colelitiasis aislada

no es suficiente para producir colecistitis. Estudios con animales de experimentación han demostrado que la ligadura del cístico no produce colecistitis. Además de la obstrucción y del aumento de la presión son necesarios otros factores incompletamente conocidos como irritantes, síntesis local de sustancias mediadoras de la inflamación (citoquinas, prostaglandinas), etc. Finalmente por compromiso en la irrigación sanguínea y/o en el drenaje venoso y linfático se produce cierta alteración tisular y proliferación bacteriana. La infección no parece ser una causa primaria de colecistitis y en la fase precoz de la colecistitis aguda la bilis suele ser estéril. Con posterioridad, el desarrollo de la infección es un fenómeno secundario que contribuye a las complicaciones tardías de la colecistitis y a su morbi-mortalidad.

- COLANGITIS. A diferencia de la colecistitis la causa primaria de la colangitis es la infección. Con la obstrucción, la elevación de la presión promueve la migración de las bacterias de la bilis a la circulación sistémica desencadenando una bacteriemia y sepsis.

Las bacterias pueden alcanzar el sistema biliar por vía ascendente desde el duodeno; también se ha demostrado la llegada de bacterias desde el intestino por traslocación a través de la vena porta, especialmente en presencia de ictericia. El correcto funcionamiento del esfínter de Oddi, la acción bacteriostática de las sales biliares y la IgA secretora con su efecto antiadherente, evitan la colonización del tracto biliar. Cuando se altera el mecanismo de barrera esfinteriana (esfinterotomía endoscópica, cirugía del colédoco, prótesis biliar) se permite el paso de bacterias patógenas al sistema biliar. La presencia de un cuerpo extraño como un cálculo o prótesis biliar sirve como foco inicial de nidificación y favorece la presencia de bacteriemia. Las enterobacterias tienen "pili" externos que se adhieren al cuerpo extraño y producen una matriz que las protege de la acción de anticuerpos y de antibióticos.

escala APACHE II, que guarda una estrecha relación con la mortalidad en las infecciones intraabdominales, mide en gran parte la adecuación de la respuesta fisiológica y metabólica frente a la agresión séptica^(26,27).

Bibliografía

- Intraabdominal infections- Introduction. World J Surg 1990; 14:145.
- Olson MM, O'Connor M. Nosocomial abscess. Results of an eight-year prospective study of 32.284 operations. Arch Surg 1989; 124:356-61.
- Mora EM, Cardona MA, Simmons RL. Enteric bacteria and ingested inert particles translocate to intraperitoneal prosthetic materials. Arch Surg 1991; 126:157-63.
- Medich DS, Lee TK, Melhem MF, Rowe MI, Schraut WH, Lee KKW. Pathogenesis of pancreatic sepsis. Am J Surg 1993; 165:46-52.
- Lauwers PR, Van Hee RH. Intraperitoneal gossypibomas: the need to count sponges. World J Surg 2000; 24:521-7.
- May AK, Gleason TG, Sawyer RG, Pruett TL. Contribution of Escherichia coli alpha-hemolysin to bacterial virulence and to intraperitoneal alterations in peritonitis. Infect Immun 2000; 68:176-83.
- Pascual JA, Iñarrea P, Martín J, García Borda J. Factores celulares de defensa local en la peritonitis experimental. Cir Esp 1986; 40:338-44.
- McGill SN, Ahmed NA, Christou NV. Endothelial cells: Role in infection and inflammation. World J Surg 1998; 22:171-8.
- Hau T. Bacteria, toxins, and the peritoneum. World J Surg 1990; 14:167-71.
- Hoerauf A, Hammer S, Muller-Myhsok B, Rupprecht H. Intra-abdominal Candida infection during acute necrotizing pancreatitis has a high prevalence and is associated with increased mortality. Crit Care Med 1998; 26:2010-5.
- Velmahos GC, Kamel E, Berne TV, Yassa N, Ramicone E, Song Z, Demetriades D. Abdominal computed tomography for the diagnosis of intra-abdominal sepsis in critically injured patients: fishing in murky waters. Arch Surg 1999; 134:831-6.
- Lantto E. Investigation of suspected intra-abdominal sepsis: the contribution of nuclear medicine. Scand J Gastroenterol Suppl 1994; 203:11-4.
- Mosdell DM, Morris DM, Voltura A, Pitcher DE, Twiest MW, Milne RL, Miscall BG, Fry DE. Antibiotic treatment for surgical peritonitis. Ann Surg 1991; 214:543-9.
- Sitges-Serra A, López MJ. Tratamiento antibiótico de las infecciones intraabdominales. En: "Tratamiento antibiótico" de L. Drobnic, Editorial EMISA. Madrid, 1997; 609-20.

- Christou NV, Turgeon P, Wassef R, Rotstein O, Bohnen J, Potvin M. Management of intra-abdominal infections. The case for intraoperative cultures and comprehensive broad-spectrum antibiotic coverage. The Canadian Intra-abdominal Infection Study Group. Arch Surg 1996; 131:1193-201.
- Álvarez L, Azanza JR, Balibrea JL, Caínzos M, García-Rodríguez JA, Gomis M, Gutiérrez A, Mensa J, Moya M, Palomar M. Pautas de tratamiento antibiótico empírico de las infecciones intraabdominales. Rev Esp Quimiot 2000; 13:1-8.
- Barie S, Vogel SB, Dellinger EP, Rotstein D, Solomkin JS, Yang JY, Baumgartner TF, for the Cefepime Intra-abdominal infection group. A randomized, double-blind clinical trial comparing cefepime plus metronidazole with imipenem-cilastatin in treatment of complicated intra-abdominal infections. Arch Surg 1997; 132:1294-302.
- Guirao X, García-Domingo MI, Lladó L, Franch G, Oliva A, Muñoz A, Sitges-Serra A. A new model of intrabdominal abscess. J Surg Res 1995; 59:658-65.
- Bernini A, Spencer MP, Wong WD, Rothenberger DA, Madoff RD. Computed tomography-guided percutaneous abscess drainage in intestinal disease: factors associated with outcome. Dis Colon Rectum 1997; 40:1009-13.
- Levison MA, Zeigler D. Correlation of APACHE II score, drainage technique and outcome in postoperative intrabdominal abscess. Surg Gynecol Obstet 1991; 172:89-94.
- Ranson JHC, Spencer FC. Prevention, diagnosis and treatment of pancreatic abscesses. Surgery 1977; 82:99-106.
- Gadaez ThR, Trunkey D, Kieffer RE. Visceral vessel erosion associated with pancreatitis. Arch Surg 1978; 113:1438-40.
- Sancho JJ, Maestro S, Hernández R, Girvent M, Sitges-Serra A. Management of enterocutaneous fistulas. Dig Dis 1997; 17:483-91.
- Fry DE, Garrison RN, Heitsch RC, Calhoun K, Polk HC. Determinants of death in patients with intrabdominal abscesses. Surgery 1980; 88:517-23.
- Girvent M, Maestro S, Hernández R, Carajol, Monné J, Sancho JJ, Gubern JM. Euthyroid sick syndrome, associated endocrine abnormalities, and outcome in elderly patients undergoing emergency operation. Surgery 1998; 123:560-7.
- Poenaru D, Christou NV. Clinical outcome of seriously ill surgical patients with intra-abdominal infection depends on both physiologic (APACHE II score) and immunologic (DTH score) alterations. Ann Surg 1991; 213:130-6.
- Wittmann DH, Schein M, Condon RE. Management of secondary peritonitis. Ann Surg 1996; 224:10-8.

2. Bacteriología

Los microorganismos más comúnmente aislados como causantes de infección de las vías biliares son los que constituyen la flora intestinal normal. En primer lugar, están los bacilos gramnegativos entéricos (*Escherichia coli*, *Klebsiella* spp, *Enterobacter* spp, *Proteus* spp). Gram positivos y anaerobios se aíslan con menor frecuencia. *Enterococcus* spp. es el gram positivo más habitual. Los anaerobios (*Bacteroides* spp, *Clostridium* spp y *Fusobacterium* spp) pueden aislarse junto a gram negativos como parte de una infección polimicrobiana si se usan las técnicas adecuadas. Los aislamientos de anaerobios son más frecuentes en pacientes con antecedentes de cirugía biliar o manipulaciones en el colédoco, en caso de infección crónica del tracto biliar o en la vejez. Del mismo modo, los anaerobios se asocian a cuadros clínicos más graves. La duración y severidad de los síntomas, la edad avanzada y la ictericia, son factores que predicen la existencia de bacterobilia. Como corolario, se acepta que la vía ascendente desde el intestino es la forma habitual de infección de la vía biliar.

- COLECISTITIS. Los cultivos de bilis de poco más de la mitad de los pacientes con colecistitis aguda son positivos. Por otra parte, la bacterobilia puede darse en pacientes asintomáticos. Es rara la existencia de bacteriemia acompañando al episodio (menos del 10 %) en los episodios no complicados.

- COLANGITIS. El cultivo de la bilis, los cálculos y las prótesis biliares son positivos en más del 90 % de los casos de colangitis. En contraste con la colecistitis, la bacteriemia ocurre en más del 50 % de los pacientes con colangitis. Los microorganismos más frecuentes tienen una distribución similar a la del cultivo biliar excepto el enterococo que es raro en hemocultivos. La presencia en sangre de anaerobios (*Bacteroides fragilis* y *Clostridium perfringens*) es variable. La frecuencia de los aislamientos tanto en bilis como en sangre aparece en la Tabla 1.

En caso de pacientes portadores de prótesis biliar, endoscopia reciente de la vía biliar o antibioterapia de

amplio espectro, la bilis se puede colonizar con flora resistente, en concreto *Pseudomonas aeruginosa*.

3. Clínica y Diagnóstico

Colecistitis aguda

Es la inflamación aguda de la vesícula biliar. La forma clásica de presentación es el cólico biliar con dolor severo que persiste durante más de cuatro a seis horas, localizado en hipocondrio derecho e irradiado a la espalda y al hombro, acompañado de fiebre habitualmente inferior a 38,5°, leucocitosis y signo de Murphy en la exploración física.

La ecografía es la prueba diagnóstica de elección. Los principales datos sonográficos sugestivos de colecistitis aguda son: presencia de una litiasis en el cuello vesicular; aumento del espesor de la pared (> 4-5mm) con existencia de una banda intermedia continua o focal hiperecogénica; y, el hallazgo de un signo de Murphy ecográfico (dolor selectivo con la presión del transductor en el área vesicular).

En el diagnóstico diferencial hay que considerar tanto los cuadros de mayor benignidad, p. ejemplo el cólico biliar simple, como los de mayor agresividad clínica como colecistitis complicadas que trataremos a continuación. Además, debe diferenciarse de un gran número de procesos que pueden cursan con dolor en hipocondrio derecho como la pancreatitis aguda, pielonefritis o litiasis ureteral derecha, úlcera péptica perforada, apendicitis, neumonía de lóbulo inferior derecho, absceso hepático, etc.

Complicaciones

Se pueden presentar en 20%-30% de pacientes. Las complicaciones clínicas aparecen cuando la inflamación vesicular progresa. Existen varias formas:

El **empiema vesicular** es una forma extrema de colecistitis aguda en la que se observa pus en la vesícula biliar.

Se encuentra entre el 2%-12% de las colecistectomías realizadas por colecistitis aguda. Es más frecuente en ancianos, suele ser indolente e incluso puede cursar con fiebre escasa. Los datos ecográficos son similares a la colecistitis aguda y presenta un riesgo elevado de fistulización con mortalidad elevada si se retrasa el tratamiento.

La **colecistitis gangrenosa** es la complicación más frecuente. Igualmente, ocurre con más frecuencia en ancianos, diabéticos o cuando se retrasa el inicio del tratamiento. Se caracteriza por la aparición de un mayor plastrón inflamatorio focal y sobre todo por un cuadro de sepsis. No obstante, en ocasiones no hay sospecha preoperatoria.

La **perforación vesicular** se presenta en alrededor del 2% de pacientes y sigue habitualmente a una colecistitis gangrenosa; a menudo es el origen de un absceso perivesicular y en una minoría de casos la perforación es abierta a la cavidad peritoneal y produce una peritonitis generalizada con elevada mortalidad.

La **colangitis** es otra complicación que se discutirá más abajo.

Colecistitis aguda no litiásica

Un 5%-10% de casos de colecistitis ocurren en pacientes sin litiasis biliar. La colecistitis acalculosa se produce habitualmente en pacientes críticos (shock, cirugía abdominal y/o traumatológica reciente, grandes quemados,...) y tiene una elevada mortalidad. Comparada con la colecistitis aguda litiásica, el cuadro clínico está menos focalizado en hipocondrio derecho y el curso clínico es más rápido y fulminante.

Colangitis

Se entiende por colangitis la inflamación del sistema biliar que se desarrolla como consecuencia de la estasis e infección habitualmente bacteriana. La litiasis es la causa del 80-90% de casos de colangitis. En el resto se deben a estenosis biliares benignas o malignas. Frecuentemente, la colangitis se produce tras una manipulación percutánea o endoscópica que no logra un buen drenaje biliar.

Los datos clínicos más típicos son el dolor en hipocondrio derecho, fiebre e ictericia (tríada de Charcot). Algunos pacientes presentan un cuadro leve con fiebre, orina oscura y dolor abdominal.

COLANGITIS SUPURATIVA AGUDA. Es una forma de colangitis de mayor gravedad que cursa con hipotensión, shock y obnubilación con mortalidad elevada debido a la sepsis que le acompaña. Si el cuadro no se resuelve pueden desarrollarse abscesos hepáticos.

El diagnóstico diferencial de la colangitis hay que realizarlo con otros cuadros como colecistitis, abscesos hepáticos, pancreatitis e incluso hepatitis que pueden dar cuadros clínicos semejantes. La presencia de leuco-

citosis, aumento de fosfatasas alcalinas, moderada elevación de ALT y negatividad de amilase en un paciente con clínica compatible sugieren el diagnóstico.

La ultrasonografía abdominal es de utilidad pues ayuda a delimitar la existencia de litiasis biliar, el grado de dilatación de las vías biliares y descarta la presencia de abscesos hepáticos. La dilatación biliar apoya la obstrucción y, por tanto, el diagnóstico de colangitis, pero no ocurre inmediatamente y puede no existir en pacientes con inflamación crónica de las vías biliares o enfermedades como la colangitis esclerosante.

Complicaciones

La bacteriemia y shock son relativamente frecuentes y forman parte del cuadro clínico grave de colangitis supurativa aguda que cursa con elevada mortalidad. Otras complicaciones incluyen la perforación vesicular, los abscesos hepáticos macroscópicos y la pancreatitis de origen biliar inducida por la litiasis coledocal.

4. Consideraciones farmacológicas

La eficacia de los antibióticos en el tratamiento de las infecciones del tracto biliar depende de su actividad antimicrobiana frente a los microorganismos habitualmente implicados y de su secreción biliar. Así, por ejemplo, la concentración de mezlocilina en bilis en proporción a su CMI para *E. coli*, es mucho más elevada que la de la asociación clásica de ampicilina y gentamicina. Sin embargo, la infección del tracto biliar está casi siempre asociada con algún grado de colestasis que condiciona una alteración en los mecanismos de excreción biliar de los antibióticos. Por ello se hace necesaria la rápida solución de la obstrucción.

Otros lugares en los que es importante que se alcanzen concentraciones bactericidas de antibiótico son la pared vesicular, la cavidad peritoneal, el parénquima hepático y la herida quirúrgica para prevenir el riesgo de diseminación durante la cirugía. En la profilaxis quirúrgica el que el antibiótico alcance una concentración elevada en la bilis ha demostrado tener escaso valor.

De cualquier modo, la respuesta práctica a la cuestión de cuál es la estrategia antibiótica más eficaz en cada situación clínica, debe obtenerse de estudios comparativos, amplios, aleatorizados, entre distintas pautas antibióticas.

5. Tratamiento

A pesar del hecho de que las infecciones del tracto biliar constituyen un problema clínico frecuente y potencialmente grave, el manejo clínico de estas situa-

Bacterias	Bilis (%)	Hemocultivos (%)
Escherichia coli	25-50	40-70
Klebsiella spp.	15-25	15-20
Enterobacter spp.	5-15	5
Pseudomonas aeruginosa	5-10	5
Otros gramnegativos	5-15	5
Enterococcus spp.	10-20	0-5
Otros grampositivos	0-5	0-5
Bacteroides spp.	5-15	0-15
Clostridium spp.	5-10	0-10

Tabla 1. Espectro de bacterias aisladas en bilis y sangre de pacientes con colangitis.(% porcentajes estimativos)

ciones es variable y existen pocos trabajos que compa-
ren la eficacia de los distintos tratamientos antibacte-
rianos en este contexto.

Generalidades

El tratamiento empírico inicial debe realizarse con
antibióticos que den cobertura a los aislamientos habi-
tuales en las infecciones de las vías biliares. Por lo tan-
to, estos antibióticos de amplio espectro tendrán que
ser activos contra gram-negativos, gram-positivos y
anaerobios. El régimen clásico incluía una penicilina
(habitualmente ampicilina) y un aminoglucósido con
la finalidad de cubrir los gram-negativos y el enteroco-
co. Sin embargo, la patogenicidad del *Enterococcus* spp.
en las infecciones de las vías biliares no está clara y casi
siempre forma parte de una infección mixta; además, su
aislamiento en los cultivos de bilis tiene escaso valor
para identificar qué pacientes van a fracasar con el tra-
tamiento antibiótico. Esta asociación clásica (ampicili-
na más gentamicina) tiene la desventaja de su limitada
cobertura de anaerobios, la resistencia frecuente de los
bacilos gram-negativos a la ampicilina y el riesgo de
nefrotoxicidad de los aminoglucósidos que se incre-
menta significativamente con la colestasis.

Las ureidopenicilinas tienen un amplio espectro de
actividad que incluye anaerobios, estreptococos gram-positivos
(incluyendo enterococo) y gram-negativos (incluyen-
do *Pseudomonas aeruginosa*). Esta monoterapia ha demos-
trado la misma eficacia que la combinación de ampicilina y
gentamicina en estudios comparativos. A la ureidopenicili-
na se le podría añadir aminoglucósido si hay riesgo eleva-
do de infección por *Pseudomonas aeruginosa* o *Enterobacter*
spp. (antecedente de endoscopia biliar previa o de trata-
miento antibiótico de amplio espectro). El imipenem-cilas-
tatina tendría un espectro de cobertura similar. La combi-
nación piperacilina-tazobactam puede ser de utilidad en
función del patrón local de resistencia por betalactamasas
de las enterobacterias (*Escherichia coli* y *Klebsiella* spp.).

Las cefalosporinas de 3ª ó 4ª generación no han
sido muy ensayadas en las infecciones de las vías biliar-
res. Hay estudios que muestran su similar efectividad
con respecto a la combinación clásica, pero no cubren
el enterococo y existe un riesgo potencial de inducción
de resistencia cruzada (*Enterobacter* spp.).

La experiencia clínica con fluorquinolonas en
infecciones de la vía biliar es limitada. En un estudio
aleatorizado la eficacia fue la misma que la combina-
ción de ampicilina, ceftazidima y metronidazol. Tienen
la ventaja de ser excretadas por la bilis incluso en situa-
ciones de obstrucción del tracto biliar.

En cuanto a la cobertura para anaerobios, debe
hacerse al menos en pacientes con factores de riesgo
(ancianos, pacientes graves o con cirugía biliar previa).
Se debe añadir metronidazol o clindamicina.

Colecistitis

Aunque la base del tratamiento de la colecistitis
aguda y de sus complicaciones sigue siendo quirúrgica,
puede ser necesario un período de estabilización preo-
peratoria. Habrá que considerar una serie de medidas
importantes (la dieta absoluta, la aspiración nasogástri-
ca, la estabilización del volumen extracelular y el equi-
librio electrolítico, la analgesia, etc.), pero el foco de
este tema se va a centrar en las pautas antibióticas.

Como se ha señalado, la colecistitis aguda no com-
plicada es primariamente un proceso inflamatorio, pero
puede ocurrir infección secundaria como consecuencia
de la colestasis. Por ello, el papel de los antibióticos en
la colecistitis aguda no complicada es controvertido y
hay estudios que muestran que la terapia antibiótica de
rutina no afecta el resultado del episodio, ni la inciden-
cia de complicaciones. Esto puede ser debido, al menos
en parte, al hecho de que la obstrucción del conducto
cístico dificulte la llegada del antibiótico.

El tratamiento antibiótico, en los casos en que se
utilice será empírico dada la escasa positividad de los
hemocultivos y la dificultad para extraer una muestra
de bilis que pudiera orientar la elección del antibiótico.

En el caso de colecistitis no complicada se utiliza el
tratamiento antibiótico con finalidad profiláctica perio-
peratoria, para prevenir las complicaciones bacterianas
tras la cirugía. En estos casos no complicados y sin hipo-
tensión ni síntomas sistémicos graves se acostumbra a
utilizar antibióticos que cubran el espectro de gramne-
gativos; se puede utilizar una cefalosporina 2ª genera-
ción a pesar de que no resulta efectiva contra el entero-
coco o ciertos anaerobios. Antibióticos como
amoxicilina-clavulánico o ampicilina-sulbactam tienen
un espectro un poco más amplio en esta indicación.

Colecistitis complicada. En pacientes en los que el
riesgo de bacteremia es alta (ancianos, diabéticos, icte-
ricia o cirugía biliar previa, hipotensión o síntomas sis-
témicos graves), o en los que se sospeche una compli-
cación infecciosa (colecistitis enfisematosa, empiema,
perforación o colangitis), el tratamiento ha de cubrir los
gram negativos y anaerobios, incluyendo *Bacteroides*
fragilis. El régimen clásico era ampicilina más un ami-
noglucósido junto con metronidazol o clindamicina.
También se ha propuesto una ureidopenicilina (piper-
acilina o mezlocilina) junto al metronidazol en un inten-
to de evitar nefrotoxicidad. La cobertura rutinaria de
anaerobios está aceptada de forma generalizada para la
colecistitis enfisematosa o pacientes con cuadros muy
graves. Veánse las recomendaciones concretas para
cada situación clínica en la Tabla 2.

La duración del tratamiento antibiótico viene dada
por la evolución clínica o la instauración de tratamien-
to quirúrgico. Si no se realiza cirugía precoz, el trata-
miento antibiótico por vía parenteral dura 7-10 días; si

Situación clínica	Antibioterapia
- No complicada (Profilaxis quir.)	Cefalosporina 2ª o Amoxi-clavulánico
- Riesgo elevado bacteremia	Ampicilina o Amoxi-clavulánico + Aminoglucósido
- Colecistitis enfisematosa o cuadro grave o complicado	Ampicilina + Aminoglucósido o (piperacilina o mezlocilina) + metronidazol
- Colecistitis alitiásica	Ampi + Aminoglucós. + Metronidazol o bien Cefalosporina 3-4ª + Metronidazol

Tabla 2. Tratamiento antibiótico i.v.empírico de la Colecistitis Aguda

se lleva a cabo cirugía sin complicaciones, el tratamien-
to no debe durar más de 2 días. El tratamiento empíri-
co se puede modificar en relación con los resultados
microbiológicos, aunque no hay que perder de vista
que las bacteriemias son raras y que el cuadro puede ser
polimicrobiano a pesar de que en el cultivo solo obten-
gamos un microorganismo.

La colecistectomía es el tratamiento definitivo de
la colecistitis aguda. El momento cronológico en que
debe realizarse ha sido un tema de discusión pues
depende de la gravedad clínica del cuadro, el riesgo
quirúrgico y la seguridad del diagnóstico. En la colecis-
titis grave (estado tóxico, leucocitosis > 20.000/mm³,
hipotensión, ictericia), en la colecistitis enfisematosa, o
cuando el diagnóstico no es seguro pero se sospechan
complicaciones, la colecistectomía de urgencia debe ser
realizada tan pronto como lo permita la situación
hemodinámica del paciente. En el resto de los casos, se
ha discutido si la cirugía precoz (antes de 48 horas) tie-
ne ventaja sobre la tardía (6-8 semanas después de la
resolución del cuadro agudo). Inicialmente se había
considerado a la colecistitis aguda como una contrain-
dicación a la colecistectomía laparoscópica, pero en la
actualidad se admite que este procedimiento se puede
realizar en la mayoría de los casos. En pacientes de alto
riesgo la colecistostomía puede ser preferible a la cole-
cistectomía.

Colecistitis alitiásica

El tratamiento ha de ser siempre la laparotomía
exploradora urgente con colecistectomía y cobertura
antibiótica amplia. El tratamiento triple habitual con
ampicilina, gentamicina y metronidazol es apropiado
para la mayoría de los pacientes. En pacientes con fun-
ción renal alterada una asociación de cefalosporina de
tercera generación y metronidazol es menos nefrotóxica.

Colangitis

El tratamiento sintomático de la colangitis aguda
incluye el aporte de suficiente líquido para mantener

hidratación, flujo urinario y evitar la hipotensión. Si
existe coagulopatía por la colestasis, se administrará
vitamina K vía intravenosa o plasma fresco.

El tratamiento antibiótico es obligatorio y se ins-
taurará inmediatamente, tras obtener hemocultivos. El
objetivo del tratamiento antibiótico es tratar la bacterie-
mia acompañante y evitar el shock séptico. Se debe
conocer que los antibióticos sólo no esterilizan la vía
biliar si no se resuelve la obstrucción. El tratamiento
empírico incluye piperacilina o ampicilina más amino-
glucósido, y metronidazol para dar cobertura a los ana-
erobios. La evolución clínica en las primeras 48 horas
junto a los resultados microbiológicos permitirán la reti-
rada del aminoglucósido o la adecuación del tratamien-
to con un número menor de fármacos. También se ha
ensayado piperacilina o mezlocilina asociado a metroni-
dazol para evitar la nefrotoxicidad del aminoglucósido.
En cuadros clínicos leves es posible el tratamiento ini-
cial con antibióticos con monoterapia, reconsiderando
la situación en función de la evolución.

La falta de respuesta al tratamiento antibiótico,
requiere una descompresión urgente de la vía biliar.
Son indicaciones de drenaje urgente la fiebre alta,
dolor abdominal persistente e hipotensión o shock a
pesar de 24-48h de terapia. El drenaje quirúrgico
urgente consistía en coledocotomía y colocación de un
tubo en T de Kher. En los últimos años, las técnicas
endoscópicas y de radiología intervencionista han des-
plazado a la cirugía en la terapéutica de las colangitis
agudas. Se puede utilizar un drenaje endoscópico o un
drenaje percutáneo. El drenaje endoscópico es menos
invasivo y se prefiere si los cálculos son pequeños y el
paciente no presenta alteraciones de la coagulación. La
técnica preferida es la esfinterotomía con extracción de
cálculos. En caso de alteraciones de la coagulación o
cálculos de gran tamaño, se puede colocar un catéter
naso-biliar para descomprimir el árbol biliar. Otra
alternativa es la colocación de una prótesis biliar
(stent). Si los cálculos están presentes en las vías intra-
hepáticas, el tratamiento endoscópico es efectivo
pocas veces.

Tabla 3. Tratamiento antibiótico i.v. empírico de la Colangitis Aguda

Colangitis recorrente

En pacientes con anomalías anatómicas, habitualmente secuelas de cirugía o endoscopia previas y con episodios recurrentes de colangitis, se han ensayado tratamientos antibióticos orales para intentar reducir la incidencia de los episodios.

A este respecto el cotrimoxazol es el fármaco más experimentado. Cubre el espectro de los patógenos biliares aerobios más comunes. La ciprofloxacina parece una interesante y adecuada alternativa de la que existe experiencia limitada.

Profilaxis antes de la ERCP

El papel de la profilaxis antibiótica para la prevención de la infección con la ERCP es controvertido. Varios trabajos han mostrado su valor por lo menos en sujetos de alto riesgo (drenaje biliar incompleto, malignidad, colangitis o ERCP previa). En este contexto varios antibióticos han mostrado su eficacia: piperacilina, cefazolina, cefuroxima, cefotaxima y ciprofloxacina.

Colangiopatías en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana

Algunas colangiopatías infecciosas únicamente se presentan en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Dichos cuadros están producidos por patógenos oportunistas y el más frecuentemente implicado es *Cryptosporidium*. Otros patógenos identificados son citomegalovirus, *Microsporidium*, *Mycobacterium avium* complex y *Cyclospora*. Los síntomas clínicos suelen ser colangitis con fiebre, dolor en hipocondrio derecho e importante elevación de fosfatas alcalinas aunque la ictericia es poco común. Suele presentarse en pacientes muy inmunodeprimidos (cifras de $CD4 < 100/mm^3$). El hallazgo más común en la colangiografía retrógrada, es la estenosis de la papila de Vater con cambios intrahepáticos de colangitis esclerosante. También puede afectar a la vía extrahepática o presentar estenosis papilar aislada. Los pacientes con colangitis esclerosante difusa tienen pocas opciones terapéuticas y, aunque la enfermedad tiene origen infeccioso, el tratamiento médico para *Cryptosporidium* o citomegalovirus no es eficaz. En los pacientes con estenosis papilar el tratamiento es básicamente endoscópico y la esfinterotomía produce una mejoría sintomática.

Bibliografía

- Bennett JE, Dolin R, eds. Principles and Practices of Infectious Diseases. (4.^a ed.). Nueva York: Churchill Livingstone Inc 1995; Cap 57: 705-740.
- Csendes, A, Burdiles, P, Maluenda, F, et al. Simultaneous bacteriologic assessment of bile from gallbladder and common bile duct in control subjects and patients with gallstones and common duct stones. Arch Surg 1996; 131: 389-394.
- Ducreux, M, Buffet, C, Lamy, P, et al. Diagnosis and prognosis of AIDS related cholangitis. AIDS 1995; 9: 875-880.
- Kuo CH, Changchien CS, Chen JJ, Tai DI, Chiou SS, Lee CM. Septic acute cholecystitis. Scand J Gastroenterol 1995; 30: 272-275.
- Lai ECS, Mok FPT, Tan ESY, Lo CM, Fan ST, You KT, Wong J. Endoscopic biliary drainage for severe acute cholangitis. N Engl J Med 1992; 326: 1.582-1.586.
- Lee DW; Chung SC. Biliary infection. Baillieres Clin Gastroenterol 1997 Dec;11(4):707-24
- Levison ME, Bush LM. Peritonitis and other intrabdominal infections. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R., Editores. Principles and practice of infectious diseases. Churchill Livingstone. Philadelphia 2000.
- Sinanan, MN. Acute cholangitis. Infect Dis Clin North Am 1992; 6(3):571-99.
- Strasberg SM, Clavien PA. Acute calculous cholecystitis. En: Haubrich WS, Schaffner F, Berk JE, eds. Bockus Gastroenterology. (5.^a ed.). Filadelfia: WB Saunders Co, 1995: Cap 137: 2.635-2.664.
- Sung, JY, Lyon, DJ, Seun, R, et al. Intravenous ciprofloxacin as treatment for patients with acute suppurative cholangitis: A randomised, controlled clinical trial. J Antimicrob Chemother 1995; 35: 855-864.
- Van den Hazel, SJ, Speelman, P, Tygat, GNJ, et al. Role of antibiotics in the treatment and prevention of acute and recurrent cholangitis. Clin Infect Dis 1994; 19: 279-286.
- Westphal JF, Brogard JM. Biliary tract infections. A guide to drug treatment. Drugs 1999; 57: 81-91.

Notas

Notas

Notas

Notas

NURY NIYIRETH VANOY ROCHA

31 años

Resido en la Calle 2 5-84 torre 2 apto 308

(Madrid – Cundinamarca)

Teléfono de Contacto 316 8824270

Dirección electrónica: nuryvanoy@hotmail.com

PERFIL

Soy una persona responsable, dedicada y comprometida con mi trabajo, con un alto nivel de liderazgo y buenas relaciones interpersonales.

Me gusta ser dinámica, innovadora y propositiva en la labor que desempeño. Soy capaz de formar parte de un equipo con disposición para desarrollar mis habilidades al máximo y aportar al constante mejoramiento de la empresa, tengo gran capacidad para la toma de decisiones y la resolución de problemas, que me permite un rápido y fácil afrontamiento de las circunstancias que se presenten en el entorno laboral, con altos estándares de calidad, enfocada en los lineamientos estratégicos de la corporación desde el área administrativa así como desde el área operacional, con alto desempeño en la gestión del recurso humano y su movilización.

ESTUDIOS

Maestría en Administración en Salud y Liderazgo Internacional

Universidad del Rosario

Bogotá – Actualmente

Especialista En Gerencia Integral de Servicio de Salud

Universidad del Rosario

Bogotá - 2015

Médico y Cirujano General

Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Bogotá - 2011

IDIOMAS

Español: Natal

Inglés: Básico

EXPERIENCIA LABORAL

CONSORCIO SALUD

Cargo: **Medico de asuntos jurídicos**

Funciones: Realizar el análisis de las solicitudes de servicios a través de acciones de tutela, teniendo en cuenta la pertinencia de la solicitud y la normatividad vigente. Asesoría y análisis en los casos objeto de reclamación. Realizar acompañamiento y asesoría al área jurídica de la entidad.

Jefe Inmediato: Luisa Fernanda Rodríguez

Teléfono: 3118081158

Fecha Inicio: 06/abril/2020

Fecha Finalización: Actualmente

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ

Cargo: **Gestor de hospitalización y urgencias**

Funciones: Gestionar los contratos con las EAPB, el talento humano, los indicadores, el presupuesto y las metas de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica alineado a los objetivos carismáticos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Jefe Inmediato: Dra. Katherine Parra

Teléfono: 3006129543

Fecha Inicio: 18/julio/2018

Fecha Finalización: 03/abril/2020

CAFAM

Cargo: **Jefe de Área Médica**

Funciones: Coordinar jefatura medica del departamento de servicios ambulatorios Cafam (sedes de la Ips Cafam).

Jefe Inmediato: Dra. Jeannette Torres

Teléfono: 6468000 Ext 3752

Fecha Inicio: 03/enero/2016

Fecha Finalización: Junio/2018

CAFAM

Cargo: **Médico general**

Funciones: Medico de consulta externa.

Jefe Inmediato: Dra. Martha Buitrago

Teléfono: 3132054447

Fecha Inicio: 10/febrero/2014

Fecha Finalización: 02/enero/2016

EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI-BOGOTA

Cargo: **Médico general**

Funciones: Medico de consulta domiciliaria.

Jefe Inmediato: Dr. Juan Carlos Agudelo

Teléfono: 3077364

Fecha Inicio: 04/Abril/2013

Fecha Finalización: Marzo/2014

DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR

Cargo: **Médico general**

Funciones: Medico del dispensario de la Escuela Militar de Cadetes, realizaba actividades consulta externa, urgencias, hospitalización, turnos nocturnos y acompañamiento en CENAE (Tolemaida)

Jefe Inmediato: Mayor Claudia Patricia Méndez

Teléfono: 4377760

Fecha Inicio: 01/febrero/2013

Fecha Finalización: 16/marzo/2013

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ANZOATEGUI-TOLIMA

Cargo: **Médico general**

Funciones: Medico de consulta externa, urgencias, hospitalización, actividades de promoción y prevención, brigadas extramurales y turnos nocturnos.

Jefe Inmediato: Dra. Delly Lucia Cabezas Gutiérrez

Teléfono: 2810121 (Tolima)

Fecha Inicio: 03/febrero/2012

Fecha Finalización: 02/febrero/2013

REFERENCIAS LABORALES

Mónica Andrea Sandoval

Médico general

Cafam

Teléfono: 33212110250

Sonia Segura López

Jefe de área medica

Cafam

Teléfono: 3212012311

Alix Yamile Arevalo

Médico Psiquiatra

Clínica Nuestra Señora de la Paz

Teléfono: 3182099707

REFERENCIAS PERSONALES

Dairo Nelson Vanoy

Tn. Ejército Nacional
Teléfono: 3138952645

Alberth Sanchez Clavijo

Administrador Financiero
Teléfono: 3102102461

FORMACIONES ADICIONALES E INTERESES

LVII CONGRESO COLOMBIANO DE PSIQUIATRIA

Asociación colombiana de Psiquiatría. Cartagena de Indias. 2018

CURSO FARMACODEPENDENCIA

Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Bogotá D.C. 2018

10° VERSION CONGRESOS DE LA SALUD

Caja de compensación Familiar CAFAM. Melgar-Tolima. 2017

DETECCION TEMPRANA CA DE MAMA

Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá D.C. 2017

Actualización BSL-BASIC LIFE SUPPORT y ACLS-ADVANCE CARDIAC LIFE SUPPORT.

CEI-UNAC, certificado por American Heart Association. Participante. Julio de 2015.

TALLER DE ELECTROCARDIOGRAFÍA DE ARRITMIAS Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Isa Aprende. Intensidad académica de 12 horas. Asistente. Mayo de 2013.

TALLER DE ELECTROCARDIOGRAFÍA BASICA, DE ARRITMIAS Y ENFERMEDAD CORONARIA

Fundación Cardioinfantil. Intensidad académica de 8 horas. Asistente. Diciembre de 2011.

III SIMPOSIO INTERNOS HUCSR

Actualización en Emergencias Médicas Hospital Universitario Clínica San Rafael Bogotá D.C. 2011

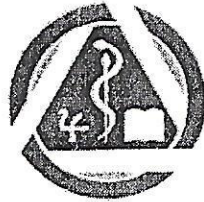
Deportes Hobbies: Lectura, teatro y natación

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nury Niyireth Vanoy Rocha', written over a light gray rectangular background.

Nury Niyireth Vanoy Rocha
C.C 1121850397

La Fundación Universitaria Juan A. Correas

Institución Universitaria con Acreditación Jandica 2103 del 29 de marzo de 1974 del Ministerio de Educación Nacional



ESCUELA DE MEDICINA

En cumplimiento de la Ley 1121 de 1978 y de la Ley 1712 de 1984 por las cuales se crea el Ministerio de Educación Nacional y se reorganiza el sistema de la educación superior

Declarando en consecuencia que

Nury Niyireth Hanoy Rocha

C.C. 1.121.136.297 de Villavieja

cumple satisfactoriamente los programas y reglamentos establecidos por la Fundación y los de la universidad, por lo tanto, se le otorga el título de

Médico y Cirujano General

Código 270716100001100111100

y le otorga el presente Diploma que le servirá para la inscripción de su nombre en el Registro de Médicos y Cirujanos

Se otorga en Bogotá, D.C. a los 10 de Noviembre de 2011

N.º 16.5525

Dr. Mabel Lora

[Firma]

[Firma]





UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

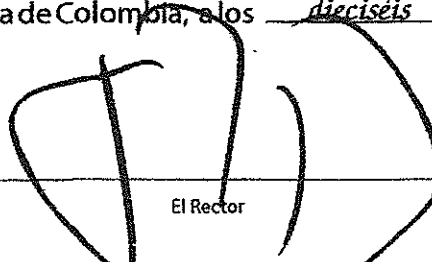
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN


Por cuanto Nury Niyireth Vanoy Rocha C.C. Nº 1121850397
Egresado de la Universidad Fundación Universitaria Juan N. Corpas
ha cumplido con todos los requisitos exigidos por este Colegio Mayor, cursando y aprobando el correspondiente programa académico, le confiere el
título de

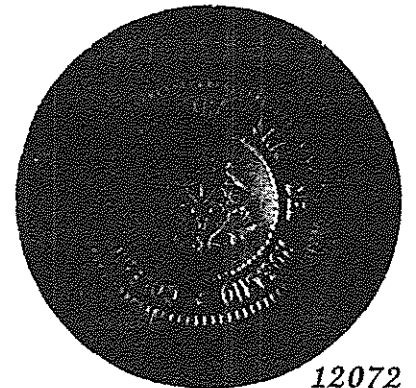
Especialista en Gerencia Integral de Servicios de Salud

Registrado bajo el Nº 47054 Folio 68 Libro 36 y refrendado por el Secretario General del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, en
la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia, a los dieciséis (16) días del mes de octubre de dos mil quince (2015)


La Vicerectora

El Decano


El Rector


La Secretaría General

El Director del Programa





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

PROSPERIDAD
PARA TODOS

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Registro No.
73 905/2013

Profesión u Ocupación

MÉDICO

Nombres y Apellidos

NURY NIYIRETH VANOY ROCHA

De

VILLAVICENCIO

Ciudad

BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Expedición

22/11/2013

C.C. o C.E.

1121850397

Institución de Educación

E.M.J.N. CORPAS

Código

79825/11

Doctor

CÉSAR AUGUSTO BRAUSÍN ARÉVALO

JUEZ DIECISIETE (17) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E. S. D.

REF.	<u>CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA</u>
Radicado:	2021-0376
Proceso:	Verbal de Responsabilidad Médica
Demandante:	Luisa Fernanda Puentes García y otros
Demandado:	Caja de Compensación Familiar Compensar – Compensar EPS

MARÍA CATALINA PACHÓN VALDERRAMA, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.019.050.274 de Bogotá, titular de la tarjeta profesional número 251.617 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi condición de apoderada de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, en su programa de entidad promotora de salud - **COMPENSAR EPS** (en adelante COMPENSAR EPS), representada legalmente por el doctor Luis Andrés Penagos Villegas, mayor de edad, domiciliado en esta ciudad e identificado con cédula de ciudadanía número 71.724.156 de Medellín, entidad con domicilio en la ciudad de Bogotá en la Avenida 68 No. 49 A - 47, en ejercicio de las facultades otorgadas mediante poder general elevado en Escritura Pública No. 13143 del 15 de diciembre de 2015 de la Notaría 38 del Círculo de Bogotá, a través del presente escrito procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA** formulada ante usted por los señores LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA, GINNA PAOLA PUENTES GARCÍA, KELLY JOHANA PUENTES GARCÍA, ALICIA GARCÍA IPUZ Y LUIS ALEJANDRO PUENTES MARTÍNEZ en contra de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR en su programa de entidad promotora de salud - COMPENSAR EPS, de la siguiente manera:

I. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Me pronunciaré de manera expresa respecto de cada uno de los hechos descritos por el apoderado de la parte demandante, en la misma forma y enumeración en que fueron señalados por aquél en el escrito de la demanda, de la siguiente manera:

1. **Frente al hecho 1º: Es cierto**, la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA se ha encontrado afiliada al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de COMPENSAR EPS, en calidad de trabajadora independiente desde el 1 de diciembre de 2017, tal y como se advierte en certificado de afiliación que se allega con la presente contestación.
2. **Frente al hecho 2º: Es cierto**, la demandante consultó el 2 de febrero de 2018 refiriendo menstruación abundante, dolor en fosa iliaca izquierda, náuseas y deposiciones diarreicas.
3. **Frente al hecho 3º: Es cierto**. En la consulta del 2 de febrero de 2018 el médico tratante ordenó la realización de perfil hormonal, hemograma y ecografía transvaginal.

Este último paraclínico fue realizado el 5 de febrero de 2018 registrando quiste anexial izquierdo de 63x39x55 mm, por lo que en consulta por medicina general realizada el 1 de marzo de 2018 se remite a la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA a especialista en ginecología.

4. **Frente al hecho 4º: Es parcialmente cierto**, pues lo referido por el apoderado de la parte demandante corresponde a una descripción parcial de la consulta médica realizada el 15 de marzo de 2018 por el especialista en ginecología, Doctor JOSE MAURICIO BELTRAN MARTINEZ.

Lo anterior, pues en la referida valoración el especialista emite impresión diagnóstica de *“tumor de comportamiento incierto o desconocido del ovario”* por lo que, como conducta determina:

Analisis y Plan

CONTROL, CON COLPOSCOPIA, ECO TV PARA REEVALUAR EL CASO Y DECIDIR CX, CONTROL, RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA Y HABITOS SALUDABLES FUR HOY, CA 125
DX 1 ASCUS A ESTUDIO 2 GOPO 3 PNF CONDON 4 Q ANEXIAL A ESTUDIO

Igualmente, es oportuno referir que con los resultados de los anteriores exámenes la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA asistió nuevamente a control con el ginecólogo JOSE MAURICIO BELTRAN MARTINEZ quien revisó los mismos, encontrando que la nueva ecografía trasvaginal demostraba la existencia de un quiste paraovarico anexial de 58mm, razón por la cual y ante el dolor persistente de la paciente, de forma oportuna y pertinente ordenó la realización de resección por laparoscopia, cirugía que se encuentra descrita en la literatura médica como el tratamiento a elección ante este tipo de patologías:

Objetivo : ADECUADA EVOLUCION COLPOSCOPIA DEL 24 MAERZO 2108 NEAGTIVA, BX NO TOMAN ECO DEL 22 MARZO 2108 QUISTE PARAOVARICO ANEXIAL IZQ 58MM PREVIO DE 63MM

Análisis : PTE SANA SIN VPH EN EL MOMENTO, PTE CON MASA GRANDE PARAOVARICA PERISISTENTE SINTOMATICA, CON DOLOR PELVICO INTERMITETNE

Plan : RESECCION X LAPAROSCOPIA D EMASA PERSISTENTE, CITOLOGIA CADA 6MESES OBLIGATORIO, CONDON OBLIGATORIO IC PALNIFICACION LA PTE ENTIENDE Y ACEPTA TODO

5. **Frente al hecho 5º: Es parcialmente cierto** ya que si bien la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA asistió a valoración ginecológica el 16 de julio de 2018 en donde se confirmó la necesidad de cirugía laparoscópica para resección de quiste, se omite mencionar por el apoderado de la actora que en la misma fecha se suscribió consentimiento informado para la realización de procedimiento quirúrgico en donde se explicó en qué consistía la cirugía y los riesgos asociados a la misma, dentro de los cuales se refirió la “lesión de órganos vecinos principalmente vejiga, uréter e intestinos.”

CONSENTIMIENTO INFORMADO				salud	
PACIENTE:	LUISA FERNANDA PUENTE	TIPO IDENTIFICACIÓN:	CC	IDENTIFICACIÓN:	1022395641
EDAD:	23 Años	SEXO:	Femenino	MODALIDAD ATENCIÓN:	Ambulatorio
EPISODIO:	8081241	FECHA REGISTRO:	16/07/2018	HORA REGISTRO:	11:09:14
ASEGURADORA:	COMPENSAR POS-PC	PROFESIONAL RESPONSABLE:			
652802	RESECCION QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROSCOPIA				

(...)

4. RIESGOS FRECUENTES

Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevisibles e impredecibles durante o posterior a la intervención con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud y que pueden ser derivados del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: hipertensión arterial, asma, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas y alergias previas.

Otras complicaciones de esta intervención pueden ser:

- Hematomas sobre las heridas o en la pelvis.
- Enfisema subcutáneo (acumulación de aire) en cara, cuello, tórax y abdomen.
- **Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga, uréter e intestinos.**
- Hemorragias intra o postoperatoria (con la posible necesidad de transfusión).

• Infecciones de la herida, pélvicas o urinarias (en muy raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud que requieren tratamientos adicionales).

- Edema pulmonar.
- Embolismo gaseoso.
- Hiponatremia (disminución de sodio).
- Herniaciones postquirúrgicas.
- Lesiones nerviosas (nervio ilioinguinal).

Por lo anterior, es preciso indicar al Despacho que, tal y como lo establece el artículo 16 de la Ley 23 de 1981¹ y lo ha ratificado la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencias proferidas dentro de los expedientes SC7110-2017 y SC3272-2020, cuando en el ejercicio de la práctica médica se concreta un riesgo que es inherente al procedimiento quirúrgico no es posible que se configure una conducta culposa del galeno, en tanto se considera que la concreción de un riesgo previsto no depende de la experticia o diligencia del médico.

Así entonces, ante la inexistencia de una conducta culposa y la asunción del riesgo por parte de la demandante, no confluyen en el presente caso los presupuestos necesarios para declarar la responsabilidad civil de mi prohijada.

6. **Frente al hecho 6º: Es cierto**, el 13 de agosto de 2018 la demandante consultó con medicina general ante la presencia de sintomatología urinaria por lo que se realizó auscultación general y se prescribió la realización de uroanálisis para definir manejo.

Se precisa en todo caso que los síntomas urinarios no tienen relación con la patología ginecológica, pues se trata de sistemas y estructuras diferentes.

7. **Frente al hecho 7º: No es cierto** en la forma en que se encuentra redactado toda vez que se refiere en un mismo hecho y de forma imprecisa a circunstancias fácticas acaecidas en fechas diferentes.

En efecto, la valoración pre anestésica por medio de la cual se determinó que la demandante se encontraba apta para la cirugía fue practicada el 8 de agosto de 2018; mientras que el procedimiento quirúrgico se llevó a cabo el 3 de septiembre de 2018. De acuerdo con la descripción quirúrgica la cirugía se realizó siguiendo los protocolos médicos, insertando sonda vesical e insuflando el abdomen con Co2 sin que se registraran complicaciones.

8. **Frente al hecho 8º: Es cierto**, una vez finalizada la cirugía la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA es trasladada a sala de recuperación en donde se revisa su estado hemodinámico y su estado de conciencia posterior a la anestesia, sin advertirse ninguna complicación como vómito, dolor abdominal, distensión o fiebre, por lo que, debido a su evolución satisfactoria, se dio egreso el mismo día.

9. **Frente al hecho 9º:** Toda vez que a través del presente hecho se refieren diferentes circunstancias fácticas, procederé a pronunciarme sobre cada una de ellas, así.

Es cierto y así se acepta que la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA ingresó al HOSPITAL DE MEDERI el 6 de septiembre de 2018 a las 8:13pm por presentar fuerte dolor abdominal con signos de irritación peritoneal, dejándose la salvedad que de acuerdo con la historia clínica de Compensar, dicho dolor no se presentó durante el post operatorio inmediato mientras la paciente se encontraba al cuidado de mi representada.

9.1. Es cierto. Lo relatado en el presente numeral corresponde a la descripción quirúrgica de la cirugía de laparotomía exploratoria realizada en el HOSPITAL DE MEDERI el 7 de septiembre de 2018, en donde en efecto, se consideró una enterotomía iatrogénica, es decir inherente a un procedimiento quirúrgico. Sobre este particular, la Doctora Nury Niyireth Vanoy Rocha en concepto médico que se aporta con la presente contestación señala:

¹ “ARTÍCULO 16. – La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados.”

“Se considera entonces que **la perforación intestinal fue iatrogénica, es decir, propia del procedimiento quirúrgico consistente en laparoscopia y se contempló como un riesgo frecuente de este tipo de procedimientos, el cual se informó en el consentimiento informado, firmado y fue aceptado por la paciente.**

*Como bien lo describe la literatura médica, la técnica de laparoscopia para la realización de procedimientos ginecológicos proporciona mayores beneficios, cuando se compara con la laparotomía, en cuanto a una recuperación más rápida, menor dolor operatorio y estadía hospitalaria más corta, sin perjuicio que sigue siendo un procedimiento invasivo y **persiste el riesgo de que surjan complicaciones propias, como lo sucedido en esta paciente, el cual fue un acto involuntario pero reportado en la ciencia como riesgo inherente del procedimiento, con un porcentaje de incidencia de lesión intestinal del 0,06% a 0,65%.***” (Negrillas y subrayas fuera de texto)

9.2. **No es cierto** que la cirugía de resección de quiste ovárico por laparoscopia haya sido realizada por el Doctor LEONARDO GOMEZ POLANIA. Como se advierte en la historia clínica, dicho procedimiento fue llevado a cabo por el ginecólogo CARLOS ALBERTO DIAZ RODRÍGUEZ.

Es preciso indicar en todo caso que, como se señaló al momento de contestar el hecho No. 5, la lesión de los intestinos era un riesgo inherente del procedimiento quirúrgico el cual fue asumido por la paciente con la suscripción del respectivo consentimiento informado

9.3. **No consta** a mi representada ni se encuentran probadas cuáles eran las aspiraciones personales de la demandante y mucho menos si las mismas se han visto frustradas en atención a los procedimientos que fueron realizado en el HOSPITAL DE MEDERI, los cuales en todo caso fueron exitosos y permitieron la recuperación de la paciente, tal y como se advierte en concepto médico:

*“Adicional a este acto involuntario, la paciente recibió atención de calidad, pertinente, oportuna y eficaz, lográndose controlar el proceso infeccioso consistente en peritonitis y logrando posterior a varios lavados quirúrgicos realizar cierre de abdomen sin complicaciones **ni secuelas en su salud, pues los controles postoperatorios posteriores tanto de ginecología como de cirugía general describen que la paciente evolucionó satisfactoriamente sin complicaciones postoperatorias, tal que, en ecografías tanto abdominales como transvaginales y radiografías intestinales realizadas meses después del evento, todo se encuentra dentro de límites normales.***” (Negrillas fuera de texto)

Por su parte, **no es cierto** que exista una “falla en el servicio” por parte de COMPENSAR EPS. Como se demostrará en el proceso, la lesión intestinal no se originó por la impericia o descuido del ginecólogo tratante ya que se trata de un riesgo inherente del procedimiento quirúrgico que se encuentra descrito en la literatura médica como de baja incidencia pero propio de la cirugía, es decir que puede ocurrir sin que se incumpla con la *lex artis*.

10. Frente al hecho 10º: No se trata de un hecho, sino de un aspecto procesal y de un requisito de procedibilidad que deberá ser objeto de análisis por parte del Despacho.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS Y DE CONDENA

Desde ya manifiesto al Despacho que me opongo a todas y cada una de las pretensiones elevadas en el escrito de subsanación de demanda, sin perjuicio del pronunciamiento expreso que efectuaré respecto de cada una de éstas, de la siguiente manera:

Frente a la marcada bajo el No. 1.- Me opongo a su declaración y solicito se deniegue toda vez que no se configuró responsabilidad civil médica en el asunto que aquí se debate, pues como se demostrará a lo largo del proceso, no se presentan todos los elementos imprescindibles y necesarios para hablar de responsabilidad civil. En particular porque la atención médica ginecológica dispensada se ajustó a la *lex artis* sin que se advierta una conducta culposa por parte del facultativo que realizó la cirugía laparoscópica el pasado 3 de septiembre de 2018.

Debe advertirse en todo caso que, de acuerdo con la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, la responsabilidad civil médica es de naturaleza subjetiva y se gobierna por un régimen de culpa probada y no de “falla presunta del servicio” como se indica por el apoderado de los demandantes, razón por la cual corresponderá a dicho extremo procesal la carga probatoria en relación con todos y cada uno de los elementos de la responsabilidad civil.

Frente a la marcada con el No. 2.- Me opongo y solicito se deniegue la pretensión pues al no concurrir todos los elementos de la responsabilidad civil, no surge la obligación indemnizatoria en cabeza de COMPENSAR EPS, razón por la cual mi representada no debe reconocer ningún subrogado pecuniario a los aquí demandantes.

Frente a la marcada con el No. 2.- Me opongo a la condena solicitada por la parte actora toda vez que en el presente caso no convergen los elementos axiológicos de la responsabilidad civil. En particular, debido a la ausencia de una conducta culposa ya que, contrario a lo señalado por la parte actora, la actuación del Doctor CARLOS ALBERTO DIAZ RODRÍGUEZ y de COMPENSAR EPS fue pertinente, oportuna, diligente y de acuerdo con la *lex artis*, presentándose entonces la concreción de un riesgo inherente que de acuerdo con el artículo 16 de la Ley 23 de 1981 y la jurisprudencia nacional no genera responsabilidad médica.

Daño emergente consolidado: **Me opongo** a que se decrete el reconocimiento de esta tipología de daño material a favor de la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA en monto de DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), puesto que se trata de un perjuicio que no es cierto al no encontrarse demostrado con ningún medio probatorio ni en su existencia ni en su cuantía, desconociendo así el requisito indispensable para que exista un daño resarcible.

Lucro cesante consolidado: **Me opongo** a una condena por lucro cesante puesto que además de no existir responsabilidad civil de mi representada en el presente caso, se trata de un perjuicio totalmente hipotético e incierto, el cual no se encuentra demostrado ni en su existencia ni en su cuantía y, por el contrario, su supuesto fundamento contraviene la información que la misma señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA ha reportado a COMPENSAR EPS.

En efecto, de acuerdo con nuestros sistemas de información y las certificaciones que se allegan con la presente contestación, se advierte que para la época de los hechos que dan origen a demanda, la demandante cotizó al Sistema General de Seguridad Social en Salud en calidad de trabajadora independiente con un IBC de un (1) SMLMV y mi representada reconoció todas y cada una de las incapacidades temporales que se comprendieron entre el 18 de septiembre de 2018 al 27 de noviembre de 2018 por un monto total de DOS MILLONES SEIS MIL CIENTO DOS PESOS (\$2.006.102)

Daño moral: **Me opongo** a la condena solicita por concepto de daño moral, pues se reitera que en la atención en salud dispensada a la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA no se incurrió en ninguna conducta culposa por la cual mi representada deba responder contractualmente. Por el contrario, lo que se advierte es la lamentable concreción de un riesgo inherente de un procedimiento quirúrgico previamente aceptado por el demandante que, bajo los derroteros de la jurisprudencia nacional, no da lugar a ningún tipo de responsabilidad.

Sin detrimento de lo anterior, sea esta la oportunidad para señalar que la estimación realizada en montos de entre 100 y 50 SMLMV desconoce la forma de tasación de la jurisdicción ordinaria

y el precedente actual en donde se consideró que el daño moral es indemnizable hasta un monto de SESENTA MILLONES DE PESOS (\$60.000.000) para los casos más graves (muerte),² el cual claramente no se acompasa ni puede compararse con una lesión iatrogénica intestinal.

Daño a la vida de relación: **Me opongo** a la condena solicitada por concepto de daño a la vida de relación en monto de 100 SMLMV. Como ya se ha señalado, en las presentes diligencias no concurren los elementos para considerar la existencia de responsabilidad civil médica, adicionalmente se advierte que la tasación realizada por el apoderado de la demandante desconoce el precedente jurisprudencial.

III. EXCEPCIONES DE MÉRITO

A. AUSENCIA DE CONDUCTA CULPOSA DE COMPENSAR EPS – DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD

Hago consistir la presente excepción en el hecho que no existe ninguna conducta que haya sido desplegada por COMPENSAR EPS, dentro de sus funciones de aseguramiento en salud que hayan repercutido desfavorablemente en la atención médica brindada a la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA.

De acuerdo con lo señalado en el artículo 177 de la Ley 100 de 1993, las entidades promotoras de salud son las encargadas del aseguramiento en salud, dentro del cual se encuentran las actividades de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y la conformación de redes para la atención en salud, a cambio de una prima que es reconocida por el Estado y que se conoce como unidad de pago por capitación – UPC, la cual es fijada anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social.

“ARTICULO. 177.-Definición. Las entidades promotoras de salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al fondo de solidaridad y garantía, de que trata el título III de la presente ley.”

Como se observa, de la norma transcrita y descendiendo al caso de la demandante, COMPENSAR EPS cumplió con sus funciones que le fueron asignadas legalmente como asegurador en salud. Así, mi representada autorizó cada uno de los servicios que fueron y han sido requeridos por la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA para la atención de su salud y ha coordinado su prestación a través de las diversas instituciones que conforman su red de atención en salud.

En efecto, se observa que al momento en que la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA consultó por el dolor en la fosa iliaca y las alteraciones en la menstruación se ordenaron los paraclínicos necesarios para emitir un diagnóstico certero y se remitió con la especialidad de ginecología quienes, de acuerdo con lo descrito en los protocolos y guías de atención definieron de forma pertinente y oportuna la necesidad de realizar cirugía de resección de quiste ovárico. Igualmente, con posterioridad a dicha intervención COMPENSAR EPS procedió a autorizar de forma oportuna todos los procedimientos, medicamentos, paraclínicos y demás servicios que ha requerido la demandante y que permitieron, conforme a la historia clínica, la evolución favorable de la complicación descrita como riesgo inherente de la cirugía practicada.

² Sala de Casación Civil. Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 24 de agosto de 2016, radicado SC13925-2016 (M.P. Ariel Salazar Ramírez)

Así, como se observa con la historia clínica y el certificado histórico de autorizaciones que se aportan con la presente contestación de demanda, para que obren como pruebas documentales dentro de las presentes diligencias, COMPENSAR EPS ha cumplido a cabalidad con sus funciones como asegurador en salud, brindando los servicios de salud que han sido pertinentes de manera oportuna, continua y sin dilaciones injustificadas, cumpliendo a su turno con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud establecido en el Decreto 1011 de 2006.

Podrá verificar el Despacho, con el estudio de la atención en salud que mi representada ha actuado de forma diligente, sin que - como se observa en el texto de la demanda - se le haga reproche alguno a su función como entidad promotora de salud.

En consecuencia, considera esta defensa que no puede declarársele a COMPENSAR EPS como civilmente responsable de la atención médica brindada a la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA toda vez que mi representada cumplió a cabalidad con las funciones de asegurador en salud.

B. CONCRECIÓN DEL RIESGO PROPIO E INHERENTE DEL PROCEDIMIENTO MÉDICO QUE FUE ASUMIDO POR EL PACIENTE - DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hago consistir la presente excepción en señalar que la lesión iatrogénica del intestino delgado identificada el 7 de septiembre de 2018, corresponde a un riesgo inherente de la cirugía de resección laparoscópica de quiste paraovarico practicada el 3 de septiembre de 2018 y por lo tanto no constituye una conducta culposa de la actividad médica al haber sido plenamente advertido y consentido por el paciente a través de la suscripción del consentimiento informado el 16 de julio de 2018:

<div><div></div><div></div></div> salud					
CONSENTIMIENTO INFORMADO					
PACIENTE:	LUISA FERNANDA PUENTE	TIPO IDENTIFICACIÓN:	CC	IDENTIFICACIÓN:	1022395641
EDAD:	23 Años	SEXO:	Femenino	MODALIDAD ATENCIÓN:	Ambulatorio
EPISODIO:	8081241	FECHA REGISTRO:	16/07/2018	HORA REGISTRO:	11:09:14
ASEGURADORA:COMPENSAR POS-PC		PROFESIONAL RESPONSABLE:			
652802		RESECCION QUISTE PARA OVARIO POR LAPAROSCOPIA			

(...)

4. RIESGOS FRECUENTES

Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevisibles e impredecibles durante o posterior a la intervención con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud y que pueden ser derivados del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: hipertensión arterial, asma, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas y alergias previas.

Otras complicaciones de esta intervención pueden ser:

- Hematomas sobre las heridas o en la pelvis.
- Enfisema subcutáneo (acumulación de aire) en cara, cuello, tórax y abdomen.
- **Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga, uréter e intestinos.**
- Hemorragias intra o postoperatoria (con la posible necesidad de transfusión).

• Infecciones de la herida, pélvicas o urinarias (en muy raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud que requieren tratamientos adicionales).

- Edema pulmonar.
- Embolismo gaseoso.
- Hiponatremia (disminución de sodio).
- Herniaciones postquirúrgicas.
- Lesiones nerviosas (nervio ilioinguinal).

Como se observa, es claro que entre la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA y el Doctor CARLOS RAFAEL DIAZ RODRIGUEZ se trabó la relación médico – paciente de forma voluntaria conforme a lo previsto en el artículo 5 de la Ley 23 de 1981 y se cumplió a cabalidad con el deber de información, motivo por el cual no es posible en esta instancia reprochar la

actividad del facultativo, cuando lo cierto es que éste actuó de conformidad con las necesidades y requerimientos de la paciente y de acuerdo con la autorización por ella brindada.

Recordamos que conforme a lo señalado en el artículo 15 de la Ley 23 de 1981, los médicos se encuentran obligados, dentro de la fase del tratamiento, entre otros muchos aspectos, a que los procedimientos hayan sido aceptados y/o autorizados por el paciente:

“ARTICULO 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.”

Por lo tanto, descendiendo al caso de marras se observa que la obligación de los facultativos se cumplió a cabalidad en tanto obra en la historia clínica el consentimiento informado a través del cual la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA acepta la realización del procedimiento quirúrgico y los riesgos asociados al mismo, dentro de los cuales se identificó la lesión intestinal.

De tal manera que, cuando se brinda el consentimiento para la realización del procedimiento, se está aceptando de forma libre y voluntaria la práctica del mismo, así como sus riesgos, motivo por el cual cuando el tratamiento se aplica o se concreta el riesgo informado no es posible hablar de responsabilidad civil ya que se carece del elemento de culpabilidad y se configura la concreción de un tratamiento y/o riesgo que fue asumido por el paciente:

“ARTICULO 16. La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados.”³ (Negrilla fuera de texto)

Partiendo de la norma transcrita y que las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha indicado que la existencia de un evento adverso en la realización de un tratamiento médico no implica, de suyo, la configuración de responsabilidad civil, pues debe establecerse si dicho evento se generó como consecuencia de una conducta culposa o si, por el contrario, se trata de una circunstancia previsible bajo un contexto de diligencia, el cual no genera responsabilidad civil:

“Por lo demás, como lo recalcó la Sala recientemente, resulta cuestionable que haya lugar a responsabilidad civil derivada del acto médico, cuando se materializa un riesgo que es propio, natural o inherente al procedimiento ofrecido. En estos casos, el daño causado no tiene el carácter de indemnizable, al no estar precedido de un comportamiento culposos.”

Frecuentemente el médico se encuentra con los riesgos inherentes al acto médico, sea de ejecución o de planeamiento, los cuales son inseparable de la actividad médica, por cuanto no puede predicarse que la medicina sea una ciencia exacta y acabada, sino en constante dinámica y evolución.

Al respecto, la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de esta Sala, es pacífica en sostener y reconocer que la medicina es una ciencia en construcción, y por lo tanto, apareja la existencia de ciertos riesgos inherentes a la realización de procedimientos médicos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa.

(...)

³ Ley 23 de 1981

*Por esto, dentro del marco de la responsabilidad médica, debe juzgarse que los riesgos inherentes son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en a ejecución de un acto médico e intimamente ligado con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la *lex artis*”⁴ (Negrilla y subrayas fuera de texto)*

Partiendo de las anteriores consideraciones y descendiendo al caso en concreto de la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA, no es posible derivar ningún tipo de responsabilidad a cargo de mi representada como consecuencia de la cirugía de resección de quiste paraovarico por laparoscopia y de la lesión iatrogénica del intestino delgado, la cual, de acuerdo con la literatura médica y la *lex artis ad hoc*, constituye un riesgo propio, inherente, de la intervención quirúrgica.

Se probará en el proceso que, en efecto, la actuación del facultativo que intervino a la demandante se ajustó a los derroteros de la ciencia médica y de la evidencia científica y que el lamentable suceso de lesión intestinal no es consecuencia de una conducta culpable, sino que, por el contrario, se encuentra descrito como un riesgo inherente de ese tipo de intervenciones. En este sentido, la doctora Nury Niyireth Vanoy Rocha, en concepto médico que se allega con la presente contestación de demanda, señala:

“Se considera entonces que la perforación intestinal fue iatrogénica, es decir, propia del procedimiento quirúrgico consistente en laparoscopia y se contempló como un riesgo frecuente de este tipo de procedimientos, el cual se informó en el consentimiento informado, firmado y fue aceptado por la paciente.”

*Como bien lo describe la literatura médica, la técnica de laparoscopia para la realización de procedimientos ginecológicos proporciona mayores beneficios, cuando se compara con la laparotomía, en cuanto a una recuperación más rápida, menor dolor operatorio y estadía hospitalaria más corta, sin perjuicio que sigue siendo un procedimiento invasivo y **persiste el riesgo de que surjan complicaciones propias, como lo sucedido en esta paciente, el cual fue un acto involuntario pero reportado en la ciencia como riesgo inherente del procedimiento, con un porcentaje de incidencia de lesión intestinal del 0,06% a 0,65%.**”* (Negrillas y subrayas fuera de texto)

En consecuencia, no es correcto hablar de negligencia en la atención médica como lo hace el apoderado de la demandante, pues lo que en realidad ocurrió fue la concreción de un riesgo propio e inherente del procedimiento.

Finalmente, no sobra señalar que, además de haberse concretado un riesgo propio, inherente y documentado científicamente, en ningún momento se prueba de manera técnica y juiciosa, por los demandantes, que la intervención quirúrgica haya comportado un error o descuido médico, motivo por el cual tampoco es posible declarar la existencia de responsabilidad civil y por ello se solicita al Despacho que se declare probada la presente excepción, toda vez que **dentro de las presentes diligencias no se configura el elemento de culpabilidad, pues la lesión intestinal corresponde a un riesgo propio e inherente de la intervención quirúrgica libremente aceptada por la paciente.**

⁴ Sala Civil, Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 7 de septiembre de 2020, expediente SC3272-2020 (M.P. Luis Armando Tolosa Villabona)

C. AUSENCIA DE CONDUCTA CULPOSA – CARGA DE LA PRUEBA Y OBLIGACIONES DE MEDIO

Sin detrimento de los argumentos esbozados en los literales a) y b) de este acápite, hago consistir la presente excepción en señalar que la atención en salud dispensada a la demandante antes, durante y con posterioridad a la cirugía de resección de quiste paraovarico por laparoscopia practicada el 3 de septiembre de 2018 fue prudente, diligente, en cumplimiento de las guías y protocolos médicos y siempre dentro de los parámetros de la *lex artis ad hoc*, razón por la cual no se constata la existencia de alguna conducta culposa y mucho menos dolosa que genere responsabilidad civil por parte de COMPENSAR EPS.

En aras de sustentar el medio exceptivo, sea lo primero recordar que de acuerdo con la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia y en concordancia con lo señalado en el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011,⁵ se ha establecido de forma pacífica que la responsabilidad galénica es de naturaleza subjetiva, motivo por el cual al momento del análisis judicial es imprescindible que se valore la conducta del profesional de cara a las normas y principios propios del ejercicio médico. En este sentido, en sentencia del pasado 7 de septiembre de 2020, expediente SC3272-2020 (M.P. Luis Armando Tolosa Villabona), la Corte Suprema de Justicia recordó que bajo ninguna circunstancia la conducta médica puede abrigarse bajo el paraguas de la responsabilidad objetiva:

“Sin embargo, la actividad médica no puede ser concebida como peligrosa, ni mucho menos, gobernada por la responsabilidad objetiva; salvo, casos excepcionales, por cuanto no puede concebirse las obligaciones que lo componen como de resultados, sino de medios, por regla general, por cuanto la finalidad esencial es la lucha por el bienestar humano, por la salud, por una existencia vital libre de apremios y achaques.

(...)

Una visión peligrosista desconoce la historia, el presente y el futuro de la profesión del médico, que de ningún modo puede ser equiparada con la actitud de vándalos irresponsables, de lesionadores dolosos, de mercaderes de la medicina o de científicos sin ética que cosifican al ser humano”

Partiendo de estas consideraciones y en atención a lo señalado en el artículo 167 del CGP, deberá la parte demandante demostrar mediante pruebas técnicas,⁶ si la conducta de los facultativos se ajustó a los cánones descritos en la literatura científica.

⁵ **“ARTÍCULO 104. AUTORREGULACIÓN PROFESIONAL.** Acto propio de los profesionales de la salud. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. **Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.** (...)” (Negrillas fuera de texto)

⁶ Sobre el particular, la Sala de Casación Civil de Corte Suprema de Justicia en sentencia del 14 de septiembre de 2020, expediente SC917-2020 (M.P. Luis Armando Tolosa Villabona), señaló:

“No obstante, en sí misma [la historia clínica], carece de aptitud para revelar las faltas imputadas a los convocados al juicio. Esto, desde luego, no significa la postulación de una tarifa probatoria en materia de responsabilidad médica o de cualquier otra disciplina objeto de juzgamiento. Tratándose de asuntos médicos, cuyos conocimientos son especializados, se requieren esencialmente pruebas de igual modalidad, demostrativas de una mala praxis.

Como el juez es ajeno al conocimiento de la disciplina médica, la Corte, tiene explicado que “(...) un dictamen pericial, un documento científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar (...) sobre las reglas (...) que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga (...).

Las historias clínicas y las prescripciones emitidas por los facultativos, en principio, se insiste, no serían suficientes sin más para dejar fijados con certeza los elementos de la responsabilidad endilgada. Sin la ayuda de otros medios de convicción que las interpreten, andaría el juez a tientas en orden a determinar, según se dejó sentado en el mismo antecedente inmediatamente citado (...) si lo que se estaba haciendo en el clínica era o no un tratamiento adecuado y pertinente según las reglas del arte (...).” (Negrilla y subrayas fuera de texto)

Con todo, en ejercicio de la carga dinámica de la prueba, en el presente proceso se demostrará que la atención médica dispensada a la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA siempre fue diligente y prudente, sin que en ningún momento se sometiera a la paciente a actuaciones alejadas de la ética y probidad médica. En efecto, podemos señalar, de manera general que:

- La intervención quirúrgica de resección de quiste paraovarico por laparoscopia se encontraba totalmente indicada, toda vez que la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA presentaba sintomatología persistente con dolor hacia la fosa iliaca izquierda, menstruación abundante y resultados de ecografía transvaginal que demostraban la presencia de un quiste paraovarico:

“El manejo laparoscópico de los quistes ováricos se ha convertido en el estándar de oro para su resolución quirúrgica. Aunque tradicionalmente se ha considerado el tamaño de los quistes como limitante para el manejo laparoscópico a quistes menores de 10 cm, se ha demostrado que con una selección adecuada de las pacientes, el tamaño de un quiste no necesariamente constituye una contraindicación para la cirugía laparoscópica.

(...)

El manejo laparoscópico en masas anexiales benignas ha sido referido como seguro. También se ha asociado a una menor pérdida sanguínea, menores complicaciones posquirúrgicas, más corto tiempo de estadía hospitalaria y más rápida recuperación, en comparación con el manejo tradicional por laparotomía.”⁷
(Negrilla fuera de texto)

- Previo a la intervención quirúrgica, el 16 de julio de 2018 la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA de forma libre y voluntaria suscribió consentimiento informado por medio de cual autorizó al Doctor CARLOS ALBERTO DIAZ RODRIGUEZ a realizar la cirugía de resección de quiste paraovarico por laparoscopia y asumió los riesgos que dicho procedimiento quirúrgico implicaba, entre ellos la lesión intestinal.
- De acuerdo con la descripción quirúrgica la cirugía fue realizada siguiendo los protocolos médicos e intraoperatoriamente no se evidenció por parte del equipo médico ninguna lesión en los órganos blandos que permitiera considerar la presencia de una herida en los mismos.
- En el post operatorio inmediato no se registró ningún síntoma o signo de alarma como fiebre, vómito, dolor o distensión abdominal, razón por la cual los facultativos no tenían elementos para considerar una posible lesión intestinal. Se trata de un procedimiento quirúrgico y una recuperación sin complicaciones.
- La señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA presenta dolor abdominal, emesis, deposiciones diarreicas e irritación peritoneal hasta el 6 de septiembre de 2019.
- Por medio de la red de servicios de COMPENSAR EPS se garantizó a la demandante la atención en salud que requirió para el diagnóstico y el tratamiento de la peritonitis presentada y registrada el 7 de septiembre de 2018.
- El HOSPITAL DE MEDERI suministró a la paciente todos los servicios que esta requirió bajo criterios de calidad, oportunidad, pertinencia y seguridad, sin que se registrase una vulneración a la *lex artis*.

⁷ Concepto médico brindado por la Doctora Nury Niyireth Vanoy Rocha

- De acuerdo con la historia clínica de la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA la lesión abdominal fue tratada con éxito sin que se registrasen secuelas o complicaciones. Igualmente, desde la especialidad de ginecología se realizó seguimiento a la paciente, encontrando que el quiste extraído era de naturaleza benigna, realizando seguimiento al diagnóstico sin evidencia de nuevos quistes en nuevas ecografías trasvaginales realizadas con posterioridad:

“Adicional a este acto involuntario, la paciente recibió atención de calidad, pertinente, oportuna y eficaz, lográndose controlar el proceso infeccioso consistente en peritonitis y logrando posterior a varios lavados quirúrgicos realizar cierre de abdomen sin complicaciones ni secuelas en su salud, pues los controles postoperatorios posteriores tanto de ginecología como de cirugía general describen que la paciente evolucionó satisfactoriamente sin complicaciones postoperatorias, tal que, en ecografías tanto abdominales como transvaginales y radiografías intestinales realizadas meses después del evento, todo se encuentra dentro de límites normales.

De acuerdo con lo anterior podemos concluir que a pesar de materializarse un riesgo inherente y descrito en relación con la laparotomía ginecológica, reportado en el consentimiento informado, la atención brindada a la usuaria fue oportuna, pertinente y de calidad, logrando superar el proceso infeccioso abdominal, con estado clínico adecuado en el momento, sin complicaciones en su salud.”⁸

Dicho lo anterior, se tiene que no existió una conducta culposa en los servicios de salud brindados a la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA y, por el contrario, queda demostrado que las conductas médicas fueron acordes con el diagnóstico médico y que las circunstancias presentadas son riesgos y complicaciones propios de la intervención quirúrgica.

De tal manera que, al no existir prueba alguna que demuestre que existió un tratamiento inadecuado o una conducta negligente de los galenos, deviene en la necesidad de eximir a mi representada de todas y cada una de las pretensiones de la parte actora.

D. LOS DAÑOS SOLICITADOS SON HIPOTÉTICOS E INCIERTOS Y SU TASACIÓN DESCONOCE EL PRECEDENTE JUDICIAL

Hago consistir la presente excepción en señalar que el daño identificado por la parte actora como elemento de la responsabilidad civil no resulta indemnizable toda vez que el mismo no se reviste de real certeza, motivo por el cual se incumple con la característica básica de este elemento estructural del deber resarcitorio:

*“La premisa básica consiste en la reparación del daño causado, todo el daño y nada más que el daño, con tal que sea cierto en su existencia ontológica.
(...)”*

La certidumbre del daño, por consiguiente, es requisito constante ineludible de toda reparación y atañe a la real, verídica, efectiva o creíble conculcación del derecho, interés o valor jurídicamente protegido, ya actual, bien potencial e inminente, mas no eventual, contingente o hipotética (cas. civ. sentencias de 11 de mayo de 1976, 10 de agosto de 1976, G.J. No. 2393, pp. 143 y 320).⁹

En efecto, adviértase que los daños materiales solicitados no se encuentran probados ni en su existencia ni en su cuantía, pues no obra en el expediente prueba alguna que demuestre los egresos aludidos como daño emergente o el supuesto ingreso dejado de percibir a título de lucro cesante.

⁸ Ibídem

⁹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 9 de septiembre de 2010. Expediente 17042-3103-001-2005-00103-01 (M.P. William Namén Vargas)

Si bien se aduce que se ha generado un daño emergente por valor de VEINTE MILLONES DE PESOS (\$20.000.000) por los supuestos “*gastos realizados por la familia en la atención médica*” no se especifica de forma puntual en qué tipo de gastos incurrieron y mucho menos se allegan facturas o comprobantes de egreso que den cuenta de los mismos. Por el contrario, lo que se advierte es que todos los servicios de salud que requirió la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA fueron debidamente autorizados y brindados por COMPENSAR EPS a través de su red de prestadores de servicios de salud, prueba de ello es el kardex de uso o histórico de autorizaciones que se aporta con la presente contestación de demanda y en donde constan todos y cada uno de los servicios que han sido brindados a la demandante por mi prohijada.

Por su parte, nótese que en el lucro cesante se aduce como las supuestas incapacidades médicas que recibió y en razón de un supuesto ingreso de CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4.000.000). Circunstancia que debe ser denunciada por mi representada, pues como se advierte en los documentos que se aportan con la presente contestación, para la época de los hechos la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA reportó al Sistema General de Seguridad Social en Salud un ingreso base de cotización de SETECIENTOS OCHENTA Y UN MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS (\$781,242), en virtud del cual COMPENSAR EPS canceló las incapacidades médicas que le fueron generadas entre el 18 de septiembre de 2018 al 27 de noviembre de 2017 por valor de DOS MILLONES SEIS MIL CIENTO DOS PESOS (\$2.006.102).

De otra parte, en lo que respecta al daño moral, el mismo no se encuentra demostrado bajo ninguna prueba ni siquiera sumaria y, adicionalmente, su tasación de entre 100 y 50 SMLMV desconoce el precedente judicial fijado por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, la cual ha establecido como monto máximo indemnizable por esta categoría de daño inmaterial la suma de SESENTA MILLONES DE PESOS (\$60.000.000) para los casos de muerte,¹⁰ el cual difiere de forma evidente y sustancial de la lesión iatrogénica presentada en el intestino delgado.

Finalmente tampoco se demuestra el daño a la vida de relación y por el contrario, de acuerdo con la historia clínica de la demandante se advierte que la misma no quedó con secuelas de las patologías presentadas, pues la lesión intestinal fue correctamente cerrada sin que con posterioridad a su egreso del HOSPITAL DE MEDERI se requirieran tratamientos adicionales. Del mismo modo, la patología ginecológica fue correctamente tratada pues las ecografías realizadas con posterioridad registran dentro de los límites normales.

De esta manera, fácil es concluir que los daños aducidos por la parte actora resultan del todo hipotéticos e inciertos, lo cual impide una condena en perjuicios ya que, conforme a los derroteros de la responsabilidad civil, solo aquel daño que se encuentre plenamente probado es el que debe ser indemnizado, tal y como lo señala Tamayo Jaramillo:

“Salvo ciertas excepciones que veremos, podemos sentar el postulado de que la víctima debe mostrar la existencia del perjuicio del cual reclama la indemnización. La equidad, como instrumento para cuantificar monetariamente la indemnización, es inservible en cuanto a la existencia del perjuicio, que debe ser establecida por cualquiera de los medios probatorios.

Al respecto De Cupis expresa:

“Ni siquiera se puede hablar de recurrir o suplir el defecto de prueba con la valoración equitativa que, como es sabido, presupone la prueba de la existencia del daño, y que solo tiene por objeto la cuantificación del daño del quantum”

¹⁰ Sala de Casación Civil. Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 24 de agosto de 2016, radicado SC13925-2016 (M.P. Ariel Salazar Ramírez)

En líneas generales, la jurisprudencia colombiana también ha exigido que la víctima demuestre la existencia del daño si pretende obtener cualquier tipo de indemnización.”¹¹

G. EXCEPCION GENÉRICA

Además de las excepciones propuestas en el presente escrito, propongo la denominada excepción genérica, en virtud de la cual, deberán declararse probadas las excepciones que no habiendo sido expresamente enunciadas, resulten probadas en el proceso y se funden en las disposiciones constitucionales, legales, contractuales y las directrices jurisprudenciales que constituyan el marco jurídico con fundamento en el cual habrá de decidirse el presente litigio.

IV. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 206 del Código General del Proceso, me permito realizar la objeción a la estimación razonada de la cuantía respecto de los perjuicios solicitados por la parte demandante, especialmente frente al daño emergente y el lucro cesante, como modalidad de perjuicios patrimoniales.

En relación con los valores solicitados a título de **daño emergente**, los mismos se objetan ya que no existe certeza en relación con su causación debido a que se aduce su concreción en razón de los servicios médicos que la paciente requirió, cuando lo cierto es que, de acuerdo con el histórico de autorizaciones que acompaña el presente escrito, todos los servicios médicos fueron autorizados y pagados por COMPENSAR EPS.

Así mismo, no existe en el expediente copias de facturas o de comprobantes de egreso que den cuenta de las supuestas erogaciones realizadas por la demandante, de lo cual es posible concluir que se trata de un perjuicio incierto e hipotético que por ello no puede ser objeto de resarcimiento.

De otro lado, sobre el **lucro cesante**, existen serios reparos con la suma solicitada en la demanda y que los actores hacen consistir en los supuestos ingresos dejados de percibir durante la incapacidad médica. Ello, pues COMPENSAR EPS reconoció y pago a la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA las incapacidades médicas que se comprendieron entre el 18 de septiembre de 2018 al 27 de noviembre de 2017, tal y como se evidencia en certificado de prestaciones económicas que se allega con la presente contestación.

En este mismo sentido, debemos llamar la atención del Despacho que pese a que la parte actora aduce tener ingresos de CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4.000.0000), dicha afirmación carece de respaldo y, por el contrario, advierte COMPENSAR EPS que para la época de los hechos la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA reportó al Sistema General de Seguridad Social en Salud un IBC correspondiente a SETECIENTOS OCHENTA Y UN MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS (\$781,242). Así, en el caso hipotético de considerar una indemnización por esta modalidad de perjuicio, también deberá el Despacho disponer la remisión del caso a la UGPP por la evidente evasión al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Recordamos entonces que el lucro cesante debe ser cierto y probarse en su existencia y cuantía por lo que resulta necesario la existencia de pruebas que permitan colegir la existencia o posibilidades ciertas de un ingreso:

“En este contexto, el lucro cesante como preconiza la jurisprudencia reiterada de esta Corporación y entendió el ad quem, parte de “una situación concreta, tangible, que debe estar presente al momento de surgir la lesión del interés jurídicamente tutelado”, es “indemnizado cuando se afinca en una situación real, existente al momento del evento

¹¹ TAMAYO JARAMILLO, Javier (2013). Tratado de responsabilidad civil. Tomo II. P. 800 Legis

dañino, condiciones estas que, justamente, permiten inferir, razonablemente, que las ganancias o ventajas que se percibían o se aspiraba razonablemente a captar dejarán de ingresar al patrimonio fatal o muy probablemente” (cas. civ. sentencia de 24 de junio de 2008, [S-055-2008], exp. 11001-3103-038-2000-01141-01), es decir, es menester una situación concreta, real y sólida al instante del detrimento a consecuencia de cuya ruptura se prolonga en el tiempo el efecto nocivo o, a lo menos, una situación cierta en proceso de consolidación en la época del evento dañino, hipótesis en la que, por supuesto, se requiere previamente constatar su existencia para proyectar la privación de las utilidades.”¹²

De lo expuesto, se tiene entonces que no puede existir condena alguna por concepto de daño emergente ni lucro cesante en atención a que se trata de un perjuicio eventual e hipotético, no actual ni cierto, cuya cuantía estimada por la parte actora corresponde a meras expectativas sin fundamento factico o jurídico alguno y que por ello no puede servir como prueba de los supuestos daños materiales reclamados con el libelo demandatorio.

V. LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

En escrito separado, de conformidad con lo estipulado en el artículo 64 del C.G.P, en la misma oportunidad en que se presenta esta contestación de la demanda, me permito formular el siguiente llamamiento en garantía:

- A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, en virtud del contrato de seguros de Responsabilidad Civil – Profesional Clínicas No. AA198548 del 25 de septiembre de 2020, el cual se encontraba vigente para la época de la reclamación sobre los hechos que aquí se debaten.

VI. MEDIOS DE PRUEBA

DE LAS PRUEBAS SOLICITADAS POR LA PARTE DEMANDADA, COMPENSAR EPS:

Solicito respetado señor Juez, se decreten, practiquen y tengan como tales los siguientes medios de prueba de conformidad con el artículo 164 y siguientes del C.G.P.:

1.-DOCUMENTALES: Solicito se tengan como pruebas documentales las siguientes:

1. Certificado de afiliación de la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA, en donde se constata el vínculo contractual con mi representada.
2. Certificado de pago de aportes de la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en donde se constata los periodos cancelados, la fecha del pago y el IBC reportado.
3. Certificado de prestaciones económicas de la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA, en donde se advierte las incapacidades que han sido generadas a su favor y su estado.
4. Certificado de autorizaciones emitidas a favor de la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA, en donde se puede apreciar los servicios médicos que han sido brindados por COMPENSAR EPS.
5. Consentimiento informado suscrito por la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA el 16 de julio de 2018, en donde se advierte de las lesiones inherentes del procedimiento quirúrgico realizado.

¹² Ibidem

6. Historia clínica de la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA correspondiente a la atención médica brindada en las IPS de Compensar
7. Concepto médico emitido por Nury Niyireth Vanoy Rocha sobre la atención médica brindada a la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA, junto con los documentos que acredita su idoneidad y soporte técnico.

2.- INTERROGATORIO DE PARTE:

2.1. Solicito al Despacho se sirva hacer comparecer a los demandantes, señores LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA, GINNA PAOLA PUENTES GARCÍA, KELLY JOHANA PUENTES GARCÍA, ALICIA GARCÍA IPUZ Y LUIS ALEJANDRO PUENTES MARTÍNEZ, para que absuelvan el interrogatorio de parte que personalmente les formularé respecto de los hechos que se narran en la demanda y en la contestación que se hace con el presente escrito. Los demandantes podrán citarse en la Calle 45 Sur No. 77Y - 60 Bloque 5, Apartamento 303 (Lagos de Timiza) de la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico lfernandapuentesgar@hotmail.com, conforme se indica en el escrito de la demanda.

El pliego de preguntas lo acompañaré en sobre cerrado o abierto una vez se encuentre decretada la presente prueba y que se aportará previamente a la fecha de su realización, reservándome en todo caso, el derecho a realizarlo de manera oral el día en que se fije fecha para la audiencia de rigor.

3.- TESTIMONIAL:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 208 y siguientes del CGP, ruego al Despacho se sirva fijar fecha y hora para la recepción de los testimonios técnicos que a continuación citaré, con la finalidad de que depongan acerca de los hechos que se narran en la demanda y respecto de la contestación de la misma, así como también sobre aquellas cuestiones que interesan al proceso y que le consten en su calidad de profesional en salud que han conocido de manera directa la atención médica brindada a la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA

3.1 Al médico, especialista en ginecología JOSE MAURICIO BELTRAN MARTINEZ, identificado con cédula de ciudadanía número 79329931, quién podrá ubicare a través de mi representada en el correo electrónico compensarepsjuridica@compensarsalud.com. El objeto de la prueba consiste en que aquél declare sobre los pormenores de la atención médica brindada a la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA entre el 2 de febrero de 2018 y el 30 de octubre de 2020

3.2 Al médico, especialista en ginecología CARLOS ALBERTO DIAZ RODRIGUEZ, identificado con cédula de ciudadanía número 19451707, quién podrá ubicare a través de mi representada en el correo electrónico compensarepsjuridica@compensarsalud.com. El objeto de la prueba consiste en que aquél declare sobre los pormenores de la atención médica brindada a la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA entre el 16 de julio de 2018 y el 30 de octubre de 2020

3.3 Al médico, especialista en ginecología LEONEL FERNANDO GOMEZ MARTINEZ, identificado con cédula de ciudadanía número 19451707, quién podrá ubicare a través de mi representada en el correo electrónico compensarepsjuridica@compensarsalud.com. El objeto de la prueba consiste en que aquél declare sobre los pormenores de la atención médica brindada a la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA el 3 de septiembre de 2018.

4.- PRUEBA PERICIAL:

Dando aplicación a lo dispuesto en el artículo 227 del Código General del Proceso y atendiendo a que el término del traslado de la contestación de la demanda es insuficiente para aportar el dictamen al que alude esta disposición, solicito al Despacho, de la manera más respetuosa,

que le conceda a mi representada un término no menor a diez (10) días para aportar el dictamen de un **MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA** que brinde su experticia y conocimiento técnico en relación con las atenciones médicas que aquí se debaten.

5.- DECLARACIÓN Y RATIFICACIÓN DE CONCEPTO DE EXPERTO:

Solicito al Despacho que de conformidad con lo establecido en el artículo 165 del CGP se sirva hacer comparecer a la Doctora Nury Niyireth Vanoy Rocha, identificada con cédula de ciudadanía número 1.121.850.397, con domicilio en la Carrera 69 No. 47 - 34 Torre B, Piso 4 de la ciudad de Bogotá, para que rinda su declaración y ratifique su concepto médico en relación con la atención médica brinda a la señora LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA y que es objeto del presente proceso. La médica podrá citarse a través de la suscrita apoderada o en el correo electrónico nnvanoyr@compensarsalud.com

VII. ANEXOS

1. Escritura Pública No. 13143 del 15 de diciembre de 2015 de la Notaría 38 del Círculo de Bogotá, por medio de la cual se le otorga poder a la suscrita para actuar en calidad de apoderada general de la Caja de Compensación Familiar Compensar, en su programa de entidad promotora de salud - COMPENSAR EPS.
2. Certificado de existencia y representación legal de la Caja de Compensación Familiar Compensar, en su programa de entidad promotora de salud - COMPENSAR EPS. El anterior documento para evidenciar quién actúa como representante legal de la entidad que represento.
3. Copia de la notificación electrónica de que trata el Decreto Legislativo 806 de 2020, recibida el 27 de mayo de 2022
4. Los documentos relacionados en el acápite de pruebas

VIII. NOTIFICACIONES

Mi representada, COMPENSAR EPS recibirá notificaciones en la Avenida 68 No. 49 A - 47 de la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico compensarepsjuridica@compensarsalud.com

La suscrita apoderada, en la Carrera 69 No. 47 – 34 Piso 4 de la ciudad de Bogotá D.C, en correo electrónico mcpachonv@compensarsalud.com y el celular 3005696388. En los términos del artículo 3 del Decreto 806 de 2020, el referido buzón electrónico es el canal digital elegido por la suscrita para todos los fines del proceso.

Del Señor Juez, con todo respeto



MARÍA CATALINA PACHÓN VALDERRAMA

C.C. N°. 1.019.050.274 de Bogotá D.C.

T.P. N° 251.617 del C. S. de la J.

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTÍA COMPENSAR EPS EXP.

11001310301720210037600

MARIA CATALINA PACHON VALDERRAMA <MCPACHONV@compensarsalud.com>

Mar 28/06/2022 10:10 AM

Para:

- Juzgado 17 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC:

- LUIS ENRIQUE CHAPARRO FONSECA <luisenriquechapparrofonseca@hotmail.com>

 2 archivos adjuntos (22 MB)

Contestación Compensar.pdf; Llamamiento La Equidad.pdf;

Respetados Doctores, buenos días.

En mi calidad de apoderada de COMPENSAR EPS, entidad demandada dentro del proceso verbal de responsabilidad médica promovido por los señores LUISA FERNANDA PUENTES GARCÍA Y OTROS y que cursa en el Despacho bajo el radicado número 110013103017**20210037600**, me permito allegar por este medio:

1. Escrito de contestación a la demanda junto con sus anexos y pruebas en 1 documento PDF contentivo de 203 folios
2. Escrito de llamamiento en garantía formulado en contra de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO en 1 documento PDF contentivo de 75 folios

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 2213 de 2022, copio el presente correo electrónico al apoderado de la contraparte

Cordialmente

MARÍA CATALINA PACHÓN VALDERRAMA

Apoderada Compensar EPS

El contenido de este mensaje puede ser información privilegiada y confidencial de Compensar Salud. Si usted ha recibido este correo por error, equivocación u omisión, por favor informe de ello a quien lo envía y destrúyalo en forma inmediata. Está prohibida su retención, grabación, reimpresión, utilización o divulgación con cualquier propósito. Este mensaje ha sido verificado con software antivirus; sin embargo, Compensar Salud no se hace responsable por la presencia en él o en sus anexos de algún virus que pueda generar daños en los equipos o programas del destinatario. Recuerde que la interceptación y substracción de esta comunicación está sujeto a sanciones penales correspondientes (ley 1273 del 2009). Recordemos que todos debemos aportar al cumplimiento de la ley 1581 del 2012.