

Doctora

**PAULA CATALINA LEAL ÁLVAREZ**

**JUEZ CINCUENTA Y SEIS (56) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ**

E. S. D.

<b>REF.</b>	<b>CONTESTACIÓN A LA DEMANDA</b>
<b>Radicado:</b>	2023-0167
<b>Proceso:</b>	Verbal de mayor cuantía – responsabilidad médica
<b>Demandante:</b>	Diana Carolina Osorio Orozco, Fabián Arley Serrato Díaz y otros
<b>Demandados:</b>	Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital San José, Compensar, Paola Andrea Restrepo Vesga y Wilmar Hernándo García Sacipa

**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** formulada ante usted por los señores DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO en nombre propio y en representación de las menores SOFIA SERRATO OSORIO y LUCIANA SERRATO OSORIO, FABIÁN ARLEY SERRATO DÍAZ, YOLANDA OROZCO PINTO, CESAR AUGUSTO OSORIO ESCOBAR, MARÍA NELLY DÍAZ BELLO y DIEGO LEONARDO SERRATO DÍAZ en contra de la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSÉ, PAOLA ANDREA RESTREPO VESGA, WILMAR HERNÁNDO GARCÍA SACIPA y la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR – 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, así:

1. **Frente al hecho 1º: No consta** a mí representada, pues se hace referencia a una circunstancia propia de la esfera íntima y familiar de los demandantes, la cual deberá ser probada en el proceso judicial.
2. **Frente al hecho 2º: No consta** a mí representada, pues se hace referencia a una circunstancia propia de la esfera íntima y familiar de los demandantes, la cual deberá ser probada en el proceso judicial.
3. **Frente al hecho 3º: No consta** la conformación del núcleo familiar de los demandantes ya que corresponde a una circunstancia propia de la vida privada de los actores en la que no participa mi representada.
4. **Frente al hecho 4º: No consta** a mí representada, pues se hace referencia a una circunstancia propia de la esfera íntima y familiar de los demandantes, la cual deberá ser probada en el proceso judicial.
5. **Frente al hecho 5º: No es cierto** en la forma en que se encuentra redactado, siendo necesario realizar las siguientes precisiones: Si bien la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO quedó en estado de embarazo a finales del año 2016, esta consultó

por primera vez con gestación confirmada el 4 de enero de 2017, en donde se identifica tiempo de gestación de 6,2, semanas, iniciando los controles prenatales en la Unidad de Servicios de Compensar de Fontibón y no de Calle 26 como se refiere en el presente hecho, sede última a la cual tan solo se derivó en junio de 2017 para control por alto riesgo obstétrico debido a infección de vías urinarias a repetición.

Igualmente, es necesario precisar que la demandante no asistió a todos los controles prenatales, pues se registra inasistencia al programado para el 12 de enero de 2017.

6. **Frente al hecho 6º: Es cierto**, corresponde a una transcripción de la historia clínica del 4 de enero de 2017.
7. **Frente al hecho 7º: Es cierto**, corresponde a lo referido en la historia clínica.
8. **Frente al hecho 8º: Es cierto**, corresponde a una transcripción de la historia clínica del 1 de febrero de 2017, realizando la precisión que la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO tenía programado control prenatal para el 12 de enero de 2017, pero esta no asistió, así como tampoco se realizó la ecografía ordenada desde el 4 de enero de 2017.
9. **Frente al hecho 9º: Es cierto**, para el momento de la valoración del 1 de febrero de 2017 el embarazo de la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO se consideraba de bajo riesgo, con único hallazgo importante de infección de vías urinarias, por lo que se remite el mismo día con medicina general para iniciar manejo antibiótico.

Es importante señalar, que para la fecha de la atención, la actora aún no se había realizado la ecografía obstétrica, razón por la cual y debido a las pocas semanas de gestación (10,2 semanas) se desconocía que se trataba de un embarazo gemelar.

10. **Frente al hecho 10º: Es cierto**, corresponde a transcripción parcial de la historia clínica del 1 de febrero de 2017 por medicina general, quien, de acuerdo con urocultivo y de manera oportuna y pertinente, brinda manejo con cefalexina para la infección de vías urinarias.
11. **Frente al hecho 11º: Es cierto**, el 10 de febrero de 2017 la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO tuvo control prenatal en donde se clasificó el embarazo como de alto riesgo ya que con los resultados de la ecografía obstétrica practicada el 8 de febrero de 2017, se trataba de una gestación gemelar.
12. **Frente al hecho 12º: Es parcialmente cierto** y así se acepta que la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO tuvo valoración médica el 17 de febrero de 2023, sin embargo se precisa que esta no correspondió a un control prenatal sino a una valoración por primera vez por nutrición.
13. **Frente al hecho 13º: Es cierto**, corresponde a una transcripción de la historia clínica del 13 de marzo de 2017
14. **Frente al hecho 14º: Es cierto**, corresponde a una transcripción de la historia clínica del 20 de abril de 2017
15. **Frente al hecho 15º: Es cierto**, corresponde a una transcripción de la historia clínica del 26 de abril de 2017
16. **Frente al hecho 16º: No es cierto**, la segunda cesión de estimulación durante la gestación fue realizada el 3 de mayo de 2017 y no el 5 de mayo de 2017, como se refiere en el hecho de la demanda.

Sumando a lo anterior, es importante tener en cuenta que el mero registro de la historia clínica, no sirve de fundamento para deprecar la responsabilidad civil médica, ya que si bien la jurisprudencia ha reconocido la importancia de esta prueba documental, también ha precisado que se requieren de pruebas técnicas que permitan su interpretación y valoración en orden a determinar si se configuran los elementos de la responsabilidad:

*“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.**”*

(...)

***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)

17. **Frente al hecho 17º: Es cierto**, en valoración del 1 de junio de 2017 se refiere antecedente de hospitalización en el Hospital de Mederi, por persistencia de infección urinaria pese a manejo antibiótico brindado desde el 1 de febrero de 2017. En consecuencia y debido a la infección urinaria a repetición, el tratante decide de manera oportuna y pertinente remitir a manejo por ginecología de alto riesgo obstétrico.

Lo anterior, a manera preventiva, toda vez que de acuerdo con la valoración médica, para la fecha, la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO no tenía ningún síntoma o signo clínico o paraclínico de patología que complicase el embarazo, pues se encontraba hemodinamicamente estable, con signos vitales normales, movimientos y fetocardia presente en ambos fetos. En este sentido, es importante precisar que el embarazo de alto riesgo, no implica que per sé algo dentro de la gestación este mal o que el embarazo tenga una complicación, sino que se trata de una clasificación que permite identificar y controlar factores de riesgo para que estos no se concreten.

18. **Frente al hecho 18º: Es parcialmente cierto** y así se acepta la anotación de la historia clínica, correspondiente al seguimiento del embarazo. Sin embargo, se precisa que dicha valoración fue realizada el 1 de junio de 2017 y no el 6 de junio de 2017 como se refiere en el texto de la demanda

19. **Frente al hecho 19º: Es cierto**, corresponde a una transcripción de la historia clínica del 22 de junio de 2017

20. **Frente al hecho 20º: No es cierto**. Se aclara en primer lugar que la ecografía ginecobstetra hace referencia a una sospecha de RCIU fue practicada con posterioridad a la primera valoración ginecológica por alto riesgo obstétrico que realizó el Doctor WILMAR HERNÁNDO GARCÍA SACIPA y, adicionalmente, en dicha valoración el galeno hizo una valoración más exhaustiva y completa a lo que se transcribe en el presente hecho, lo cual solo corresponde a parte del ordenamiento médico y no a la valoración clínica como tal.

---

<sup>1</sup> Sala de Casación Civil. Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 14 de septiembre de 2020, expediente SC917-2020 (M.P. Luis Armando Tolosa Villabona)

En efecto, el Doctor WILMAR HERNÁNDO GARCÍA SACIPA valora a la paciente, quien clínicamente no presenta ningún signo de alarma, revisa los paraclínicos practicados a la fecha, incluidas las ecografías que reportan crecimiento simétrico de ambos fetos con morfología normal, peso de la madre adecuado para la gestación y se identifican factores de riesgo.

Así mismo, se señalan de manera clara los signos de alarma para consultar por urgencias, en donde de forma expresa se deja claro que uno de ellos con las contracciones

**Análisis y plan** : GESTANTE CURSANDO 31 SEMANAS QUIEN PRESENTA GEMELAR BICORIAL, CON CRECIMIENTO CONCORDANTE, ADEMÁS IVU A REPETICIÓN EN PROFILAXIS CEFALEXINA, REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN EN UCI POR SEPSIS URINARIA

(...)

**PLAN DE INTERVENCIÓN**

ATENCIÓN POR OBSTETRICIA ALTO RIESGO

DIETA POR NUTRICIÓN

SE FORMULA: CALCIO, SULFATO FERROSO

SS LABORATORIOS: DE TERCER TRIMESTRE

ECO SEGUIMIENTO

SEÑALES DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS: SANGRADO, SALIDA DE LÍQUIDO POR VAGINA, CONTRACCIONES,

DISMINUCIÓN DE MOVIMIENTOS FETALES, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ASOCIADO A VISIÓN DE LUCES, PITOS EN LOS OÍDOS,

DOLOR TIPO PRESIÓN EN LA BOCA DEL ESTÓMAGO, FIEBRE O ARDOR AL ORINAR

SE EXPLICA CON CLARIDAD RIESGOS E IMPLICACIONES CLÍNICAS, LA PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTAR

SE INFORMA SOBRE SENTENCIA C355 RESPETANDO DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER: TOMAR

DECISIONES LIBRES Y SIN DISCRIMINACIÓN SOBRE LA POSIBILIDAD DE PROCREAR O NO, DE REGULAR LA FECUNDIDAD Y DE

DISPONER DE LA INFORMACIÓN Y MEDIOS PARA ELLO. TAMBIÉN IMPLICA EL DERECHO DE TENER ACCESO A LOS SERVICIOS

DE SALUD REPRODUCTIVA

Con posterioridad a esta valoración y de conformidad con lo allí prescrito, en IDIME se le practica a la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO ecografía obstétrica con treinta y un (31) semanas de gestación.

**21. Frente al hecho 21º: No es cierto** en la forma en que se plantea en la demanda, pues en la valoración por nutrición (profesional que no tiene formación de médico) del 18 de julio de 2017 no se hicieron consideraciones particulares sobre la sospecha de RCIU simétrico, ya que la anotación a la que hace alusión el apoderado del extremo actor, únicamente corresponde a la transcripción de los hallazgos de la ecografía practicada el 27 de junio de 2017, cuyo análisis o correlación con el estado clínico de la paciente y la definición del plan de manejo solo puede decidirse por el obstetra de alto riesgo y no por el nutricionista, quien, reiteramos, no tiene formación como médico y por lo tanto mal haría en emitir un concepto sobre ello.

**22. Frente al hecho 22º:** Toda vez que a través del presente hecho se hace alusión a dos circunstancias particulares, procederá a pronunciarme sobre cada una de ellas, así:

En primer lugar, **no es cierto** que en la historia clínica previa al parto, la última atención médica date del 18 de julio de 2017, ya que como se observa de documento adjunto, existe registro clínico del control prenatal por alto riesgo obstétrico realizado el 25 de julio de 2017 por parte del Doctor WILMAR HERNÁNDO GARCÍA SACIPA.

Ahora bien, **no es cierto** que la valoración médica y el plan de manejo instaurado por el Doctor WILMAR HERNÁNDO GARCÍA SACIPA pusiera en riesgo a la gestante o a los fetos, pues debe entenderse que la fase diagnóstica en medicina comprende la correlación de factores clínicos con los paraclínicos y que frente a estos últimos, cuando de imágenes diagnósticas se trata los hallazgos siempre son subjetivos y deben correlacionarse por el tratante para definir un manejo.

Dicho esto y en punto a la anotación realizada por el Doctor WILMAR HERNÁNDO GARCÍA SACIPA debe ponerse de presente lo siguiente:

- Verificando con detenimiento el registro clínico, el galeno compara los pesos aproximados de los fetos en la ecografía del 27 de junio de 2017 y considera que existe un crecimiento simétrico **gemelar**. Lo anterior, como quiera que, como se probará en el proceso, los percentiles de crecimiento del embarazo no pueden equipararse o ser comparativos en las últimas semanas para los embarazos generales, lo anterior como quiera que desde la semana treinta y uno (31) en adelante los fetos gemelares tienen un crecimiento inferior al de un feto único. Así, en concepto técnico rendido por la Doctora Cindy Catalina Herrera Romero, se indica:

*“Las curvas de crecimiento de los fetos en las gestaciones múltiples son similares a las de las gestaciones únicas hasta las 28-30 semanas, presentado un descenso progresivo posterior de la velocidad de crecimiento. Se aplanan hacia las 34-35 semanas, mostrando a partir de entonces una diferencia cada vez mayor con respecto a los fetos únicos. Lo anterior se presenta debido al hacinamiento en la cavidad uterina.*

*Se habla de Crecimiento discordante, cuando la diferencia de pesos estimados es >20%.*

(...)

*No existe consenso en la literatura respecto a la conveniencia de utilizar tablas específicas para gestaciones gemelares”*

Como se observa entonces, al tratarse de un embarazo gemelar y que la diferencia de pesos entre ambos fetos no era superior al 20%, el tratante de manera acertada considero que el crecimiento era simétrico, pues reiteramos que no es correcto en este punto de la gestación, guiarse por las tablas de crecimiento de percentiles establecidas para los embarazos únicos.

- Precisado lo anterior y como quiera en la auscultación clínica realizada el 25 de julio de 2017, la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO y los fetos no presentaban ninguna alteración o signo de alarma como por ejemplo un sufrimiento fetal o factores de riesgo en la madre y que se encontraba en la semana treinta y cinco (35) de gestación, el Doctor WILMAR HERNÁNDO GARCÍA SACIPA decide derivar para la atención del parto ya que de acuerdo con la literatura científica, lo recomendable es llevar el parto hasta la semana 36-37 si no existe evidencia de alteraciones en los *nasciturus*.
- Igualmente y en correlación con lo anterior, se describe que el Doctor WILMAR HERNÁNDO GARCÍA SACIPA brinda a la demandante los siguientes signos de alarma para consultar a urgencias: *“sangrado, salida de líquido por vagina, contracciones, disminución de movimientos fetales, dolor de cabeza intenso, asociado a visión de luces, pitos en los odios, dolor tipo presión en la boca del estómago, fiebre o ardor al orinar se explica con claridad riesgos e implicaciones clínicas, la paciente dice entender y aceptar”* (Negrillas fuera de texto); razón por la cual y como se explicará más adelante no se comprende por qué el 6 de agosto de 2017 la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO deja evolucionar las contracciones por doce (12) horas antes de consultar a urgencias.

23. **Frente al hecho 23º: No es cierto**, como se señaló al momento de contestar el hecho No. 21, la nutricionista en consulta del 18 de julio de 2017 no emitió un concepto médico sobre una posible restricción urinaria, pues lo allí descrito corresponde a la transcripción de una ecografía obstétrica, la cual debía ser valorada y correlacionada con la clínica del paciente por parte del ginecólogo tratante, es decir con el Doctor WILMAR

HERNÁNDO GARCÍA SACIPA, como en efecto se hizo en valoración programada para el 25 de julio de 2017 quien de manera acertada consideró que el crecimiento intrauterino de los fetos era normal al no existir una diferencia superior a 20% entre ambos fetos y al tratarse de un embarazo gemelar superior a la semana treinta y uno (31), en donde es normal y habitual tener bajos pesos debido a las limitaciones de la cavidad uterina.

24. **Frente al hecho 24º: No es cierto.** Como se señaló con anterioridad, al correlacionar los hallazgos imagenológicos con la clínica de la paciente, no es posible considerar RCIU, toda vez que, se reitera, no existía una diferencia superior a 20% entre el peso de ambos fetos y los percentiles de crecimiento no pueden traslaparse sin más a un embarazo gemelar en donde se espera un crecimiento menor al de un feto único.

Adicionalmente, no sobra indicar que frente a una sospecha de RCIU el manejo es expectante, es decir que no es recomendable desembarazar de manera inmediata, sino extender el nacimiento al menos hasta la semana 37 a 38 en embarazos gemelares, salvo que exista un signo o síntoma adicional de alarma como un sufrimiento fetal, el cual no se presentaba en la valoración por alto riesgo obstétrico realizada el 25 de julio de 2017, razón por la cual es posible concluir que la derivación para la atención del parto fue acertada pues para la fecha, no existían criterios adicionales para tomar una decisión en otro sentido:

*“Con respecto a la interrupción del embarazo no complicado, se considera que se debe llevara a una interrupción electiva a la semana 37, si el estado materno fetal es normal. Los embarazos gemelares sin complicaciones no deberán prolongarse más allá de las 39 semanas de gestación porque a partir de ese momento aumenta la mortalidad perinatal; la edad óptima de terminación es entre las semanas 37 y 38. Para el caso de gemelares con complicación, pero en bienestar fetal, de ser posible, se intentará interrumpir hasta las 36-37 semanas de edad gestacional.”<sup>2</sup>*

25. **Frente al hecho 25º: No es cierto.** En primer lugar debe precisarse que la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO no ingresó a urgencias de la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSÉ por el hecho de solo “sentir las contracciones del parto,” ya que como se describe en la historia clínica, la paciente si ingreso con contracciones, pero con doce (12) horas de evolución, lo cual fácilmente permite concluir que la actora no atendió oportunamente los signos de alarma referidos por el Doctor WILMAR HERNÁNDO GARCÍA SACIPA ya que, pese a tratarse de un embarazo gemelar de alto riesgo dejó transcurrir un tiempo considerable para consultar.

Ahora bien, **tampoco es cierto** que esta ingresara entre las 9 y las 9:15pm, ya que de acuerdo con el registro de ingreso este se dio a las 9:35am, siendo valorada por el servicio de ginecología a las 9:45pm, en donde debido a que se trata de un embarazo gemelar y debido a la cavidad hueca se presentó una superposición de fetos al registro de la monitoria, lo cual se corrobora con la autopsia practicada al feto No. 2, en donde se concluye que la muerte fetal transcurrió alrededor de 24 horas previas in útero, es decir que este *nasciturus* ya había fallecido cuando la demandante ingresó al servicio de urgencias de la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSÉ

26. **Frente al hecho 26º: No es cierto.** Verificada la historia clínica del prestador la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSÉ, no existe dicha nota, lo cual es concordante con lo descrito en el registro médico, pues la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO ingresó a urgencias de dicha institución el 6 de agosto de 2017 a las 9:45pm.

---

<sup>2</sup> Concepto técnico rendido por la Doctora Cindy Catalina Herrera Romero

- 27. Frente al hecho 27°: Es parcialmente cierto**, ya que si bien la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO fue valorada nuevamente a las 9:45pm del 6 de agosto de 2017 por la Doctora PAOLA ANDREA RESTREPO VESGA, **no es cierto** que ambos fetos se encontraran con vida para ese momento ya que de acuerdo con la autopsia practicada al feto No. 2, se advierte que este presentaba una muerte in útero superior a 24 horas pues ya presentaba esfacelaciones en la piel, lividez y rigidez parcial.
- 28. Frente al hecho 28°: No es cierto** que la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO presentara una falta de atención y seguimiento por parte del SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSÉ ya que una vez ingresa se ordena hospitalizar para la atención del parto por cesárea y se brinda seguimiento por enfermería (11:25pm). Concomitantemente se adelanta necesariamente la organización de sala de cirugía y de personal calificado para participar en el procedimiento quirúrgico, así como de la valoración pre anestésica, la cual en efecto fue llevada a cabo.
- 29. Frente al hecho 29°: No es cierto**, a las 12:18am del 7 de agosto de 2017 la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO es ingresada a sala de parto, en donde se realiza evolución manual y barrido ecográfico pero sin registro de fetocardias:

ECOGRAFÍAS 08/02/07 Gmb 11.3 ss lw 37 ss 25/04/17 Gmb 21, 25s  
 lw 36 ss 20/05/2017 26.3 ss lw 37.4 ss 27/06/2017 Gmb  
 24.25s lw 35.55s Bicipital Biamniótico Barrido ecográfico  
 Feto 1 una cefalica dorso anterior flanco izquierdo ICA normal Feto  
 podalico dorso anterior en flanco derecho ICA normal PFC 1=2300 PFC 2=2600

- 30. Frente al hecho 30°: No es cierto.** De la lectura integral de la historia clínica y en particular de la descripción quirúrgica, se advierte que el feto femenino nace a las 12:57am y el feto masculino es extraído de la cavidad uterina a las 12:58am con esfacelación en extremidades y cordón umbilical no pulsátil con sangre coagulada, lo que es consecuente con la autopsia practicada y reitera que este *nasciturus* falleció antes del ingreso a la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSÉ.

#### HALLAZGOS :

A LAS 00+57 HORAS SE RECIBE RECIEN NACIDO VIVO FEMENINO PESO:2585 GR TALLA: 46 CM, APGAR: 8\*9\*9, PLACENTA COMPLETA, LIQUIDO AMNIOTICO MECONIO GRADO I EN PRESENTACION PODALIDA, A LAS 00+58 HORAS SE RECIBE RECIEN NACIDO VIVO MASCULINO EN PRESENTACION CEFALICA HIPOTONICO CON DESFACELACION EN EXTREMIDADES, ACABALGAMIENTO DE SUTURAS DEL CRANEO, CORDON UMBILICAL NO PULSATIL CON SANGRE COAGULADA. PESO:1740 GR TALLA: 47 CM, APGAR: 0\*0\*0, PLACENTA COMPLETA, LIQUIDO AMNIOTICO MECONIO GRADO III. CAVIDAD EUTERMICA, UTERO TONICO AL FINALIZAR. SANGRADO ESTIMADO 400 CC. TROMPAS UTERINAS Y OVARIOS NORMALES

- 31. Frente al hecho 31°: No es cierto**, lo aquí referido por el apoderado del extremo actor corresponde a una lectura restringida y parcial de la historia clínica, pues de acuerdo con el registro médico el feto No. 2 nace con una Apgar<sup>3</sup> 0-0-0 es decir sin signos vitales, con mala apariencia (esfacelación de extremidades, acabalgamiento de suturas del cráneo y cordón umbilical con sangre coagulada), sin tono muscular y sin gesticulación.
- 32. Frente al hecho 32°: Es parcialmente cierto** y así se acepta que de acuerdo con la autopsia practicada al *nasciturus*, este tuvo una muerte in útero, mayor a 24 horas, por lo que se concluye fácilmente que el lamentable fallecimiento de este feto ocurrió antes del ingreso a la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSÉ el 6 de agosto de 2017.
- 33. Frente al hecho 33°: No es cierto.** Se precisa que una vez la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO es valorada por ginecología se deja en hospitalización

<sup>3</sup> Sistema de puntuación que valora con cinco criterios la adaptación y vitalidad del recién nacido al minuto 1, 5 y 10 del nacimiento.

con registro de seguimiento por enfermería a las 11:25pm y es trasladada a las sala de partos, es decir al área de cirugía, a las 12:18am del 7 de agosto de 2017.

34. **Frente al hecho 34°: Es parcialmente cierto** y así me atengo al contenido de la nota de enfermería. Sin embargo, no se acepta la referencia horaria ya que se desconoce por parte del actor que algunas de las notas no se realizan de manera inmediata al tiempo de la atención, sino con posterioridad.
35. **Frente al hecho 35°: Es parcialmente cierto** y así me atengo al contenido de la nota de enfermería. Sin embargo, no se acepta la referencia horaria ya que se desconoce por parte del actor que algunas de las notas no se realizan de manera inmediata al tiempo de la atención, sino con posterioridad.
36. **Frente al hecho 36°: Es parcialmente cierto** y así me atengo al contenido de la nota de enfermería. Sin embargo, no se acepta la referencia horaria ya que se desconoce por parte del actor que algunas de las notas no se realizan de manera inmediata al tiempo de la atención, sino con posterioridad.
37. **Frente al hecho 37°: Es parcialmente cierto** y así me atengo al contenido de la nota de enfermería. Sin embargo, no se acepta la referencia horaria ya que se desconoce por parte del actor que algunas de las notas no se realizan de manera inmediata al tiempo de la atención, sino con posterioridad.
38. **Frente al hecho 38°: Es parcialmente cierto** y así me atengo al contenido de la nota de enfermería, la cual coincide en los hallazgos con los que se extrajo al feto No. 2 y que confirman su muerte in útero de varias horas de instauración. Sin embargo, no se acepta la referencia horaria ya que se desconoce por parte del actor que algunas de las notas no se realizan de manera inmediata al tiempo de la atención, sino con posterioridad.
39. **Frente al hecho 39°: Es parcialmente cierto** y así me atengo al contenido de la nota de enfermería, la cual coincide en los hallazgos con los que se extrajo al feto No. 2 y que confirman su muerte in útero de varias horas de instauración. Sin embargo, no se acepta la referencia horaria ya que se desconoce por parte del actor que algunas de las notas no se realizan de manera inmediata al tiempo de la atención, sino con posterioridad.
40. **Frente al hecho 40°: No es cierto** y no se encuentra probado que la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSÉ haya incumplido las guías y protocolos para la atención del parto, pues cuando ingresa la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO al servicio de urgencias es valorada inmediatamente por ginecología, quien define la necesidad de parto por cesárea sin que se identificase ningún signo o síntoma que requiriera que esta se realizara de forma inmediata, quedando hospitalizada con seguimiento por enfermería y posterior traslado a sala de partos, en donde lastimosamente se identifica óbito fetal que por la características del cadáver y el cordón umbilical permiten concluir que su fallecimiento no ocurrió mientras se encontraba en el Hospital.
41. **Frente al hecho 41°: No consta** a mi representada, toda vez que la investigación administrativa a la que se hace referencia no fue adelantada en contra de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, sino de la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSÉ, entidad independiente y autónoma a mi mandante.
42. **Frente al hecho 42°: No consta** a mi representada, toda vez que la investigación administrativa a la que se hace referencia no fue adelantada en contra de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, sino de la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSÉ, entidad independiente y autónoma a mi mandante.

43. **Frente al hecho 43°: No es cierto.** De acuerdo con la historia clínica de la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSÉ desde el ingreso se hizo referencia a los hallazgos de la ecografía obstétrica del 27 de junio de 2017, aclarándose en todo caso que las actuaciones tomadas en cada una de las instituciones que atendió a la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO fueron pertinentes y concordantes con la evidencia clínica.
44. **Frente al hecho 44°: No consta** a mi representada, toda vez que la investigación administrativa a la que se hace referencia no fue adelantada en contra de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, sino de la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSÉ, entidad independiente y autónoma a mi mandante.
45. **Frente al hecho 45°: No consta** a mi representada, toda vez que la investigación administrativa a la que se hace referencia no fue adelantada en contra de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, sino de la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSÉ, entidad independiente y autónoma a mi mandante.
46. **Frente al hecho 46°: No consta** a mi representada, toda vez que la investigación administrativa a la que se hace referencia no fue adelantada en contra de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, sino de la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSÉ, entidad independiente y autónoma a mi mandante.
47. **Frente al hecho 47°: No consta** a mi representada, toda vez que la investigación administrativa a la que se hace referencia no fue adelantada en contra de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, sino de la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSÉ, entidad independiente y autónoma a mi mandante.
48. **Frente al hecho 48°: No consta** a mi representada, toda vez que la investigación administrativa a la que se hace referencia no fue adelantada en contra de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, sino de la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSÉ, entidad independiente y autónoma a mi mandante.

## 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 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 toda vez que la atención médica dispensada durante la gestación, el embarazo y el parto fue pertinente y de acuerdo con los síntomas y signos clínicos de la paciente, sin que exista un nexo de causalidad entre el óbito fetal presentado antes del ingreso a la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSÉ y la atención médica dispensada.

De esta manera, deberá denegarse la pretensión toda vez que no se configuró responsabilidad 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 debido a la inexistencia de una conducta culposa y de un nexo de causalidad.

**Frente a la marcada bajo el No. 2.- Me opongo** a su declaración ya que COMPENSAR EPS cumplió a cabalidad con las obligaciones contractuales que le correspondían como asegurador en el salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 177 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, razón por la cual no es posible declarar algún tipo de incumplimiento en razón de este vínculo contractual con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Frente a la marcada bajo el No. 3.- Me opongo** a su declaración, ya que como se demostrará la atención prenatal asegurada por mi representada a la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO se brindó con criterios de oportunidad, continuidad y pertinencia, sin existir una conducta culposa ya que, como se ha señalado a lo largo de la presente contestación, las determinaciones médicas se tomaron de acuerdo con la clínica de la paciente y con la evidencia existente frente a los percentiles de crecimiento para un embarazo gemelar, el cual fue simétrico y sin criterios para desembarazar con anterioridad.

**Frente a la marcada bajo el No. 4.- Me opongo** a su declaración frente a la codemandada PAOLA ANDREA RESTREPO VESGA, ya que como se demostrará en el proceso, el actuar de la especialista no tuvo ningún vínculo de causalidad con el daño alegado en la presente demanda.

**Frente a la marcada bajo el No. 5.- Me opongo** a su declaración frente al codemandado WILMAR HERNÁNDO GARCÍA SACIPA, ya que como se demostrará en el proceso, la actuación desplegada por el galeno y el plan de manejo fue concordante con la evidencia científica, ya que la diferencia de los pesos registrados en la ecografía del 27 de junio de 2017 no superaba el 20% por lo que no existía criterio para considerar que, tratándose de un embarazo gemelar, existiera una RCIU.

Adicionalmente, tampoco existe una relación de causalidad entre la conducta del especialista y el óbito in útero registrado, ya que para el caso de marras la muerte fetal registrada no tiene una causa clara o relacionada con el crecimiento, sin que pueda perderse de vista que existen sendos registros de muertes fetales sin causa asociada.

**Frente a la marcada bajo el No. 6.- Me opongo** a cualquier tipo de condena, toda vez que al no concurrir todos los elementos indispensables para la existencia de responsabilidad civil médica, no surge la obligación indemnizatoria en cabeza de COMPENSAR EPS.

Sumado a lo anterior y como se desarrollará más adelante, los perjuicios inmatrimoniales solicitados no se encuentran demostrados ni en su existencia ni en su cuantía, adicionalmente que aquellos desconocen los límites o toques establecidos por la Sala Civil del Corte Suprema de Justicia.

### **III. EXCEPCIONES**

#### **A. EXCEPCIÓN PREVIA**

De conformidad con lo establecido en el artículo 101 del CGP, en escrito separado se propondrá por parte de esta defensa judicial la excepción previa de inepta demanda por falta de requisitos formales.

#### **B. EXCEPCIONES DE MÉRITO**

##### **i. 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 haya repercutido desfavorablemente en la atención médica brindada a la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO y a los fetos que estaban por nacer.

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 trascrita y descendiendo al caso de marras, 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 requeridos para la atención de la gestación y el parto de DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO y garantizó su prestación en los diferentes niveles de atención a través de las instituciones que conforman su red.

Así, se observa en la historia clínica que COMPENSAR EPS cumplió a cabalidad con sus funciones como asegurador en salud brindando los servicios médicos que fueron prescritos por los tratantes 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.

Ahora bien, en relación con los servicios médicos dispensados por la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSÉ, se advierte que si bien mi representada realiza seguimiento a la ejecución de los contratos celebrados con las distintas IPS en orden a garantizar la calidad en la atención en salud<sup>4</sup>, no puede suplir las funciones de éstas. Reconociendo esta realidad, en el contrato de prestación de servicios de salud número SS.RIPE-INST 0010 /2005, se estableció que la responsabilidad derivada de la atención en salud brindada por dichas IPS correría a cargo de aquellas y no de mi representada:

**“CLÁUSULA 15. AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL.** Para los efectos del presente contrato EL CONTRATISTA desarrollará con plena autonomía científica, técnica y administrativa la relación con el usuario, teniendo en cuenta los parámetros de eficiencia y calidad correspondientes al nivel de complejidad; **por tanto cualquier responsabilidad derivada de dicha relación será exclusivamente a cargo del CONTRATISTA que presta los servicios. COMPENSAR no se hace responsable por los perjuicios que puedan derivarse de la atención prestada por EL CONTRATISTA, con respecto de los resultados adversos, inmediatos o tardíos producidos por efecto de la atención profesional o tratamiento prescrito. En ningún caso podrá invocarse ni judicial ni extrajudicialmente la existencia de solidaridad con COMPENSAR, pues EL CONTRATISTA renuncia expresamente a invocar cualquier norma legal que la establezca o la permita, actualmente vigente o en el futuro. En el evento en que COMPENSAR sea requerido judicial o extrajudicialmente por el usuario atendido o sus representantes legales o familiares responsables o allegados con el fin de exigir indemnización por los perjuicios causados en razón o con ocasión del servicio prestado por EL CONTRATISTA, éste se constituye desde ya en garante para el pago de la misma. Para los efectos EL CONTRATISTA concurrirá al proceso correspondiente en calidad de llamado en garantía. En últimas, EL CONTRATISTA se compromete a responder ante COMPENSAR por el total de los perjuicios que la entidad sea obligada a pagar judicial o extrajudicialmente, para lo cual COMPENSAR repetirá o compensará posteriormente, las sumas de dinero que haya**

---

<sup>4</sup> Seguimiento que para el caso en concreto demostró que se la atención en salud se ajustó a la *lex artis*

*cancelado directamente por daños imputables al CONTRATISTA, incluidos los pagos y costos ocasionados” (Negrillas fuera de texto)*

En este sentido, no solo se realizará el respectivo llamamiento en garantía a la codemandada bajo los cánones establecidos en el CGP, sino que también se solicita al Despacho, de la manera más respetuosa, que se realice un juicio específico sobre las funciones desarrolladas por COMPENSAR EPS en relación con la atención de la gestación y el parto de la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO.

En particular, COMPENSAR EPS garantizó el acceso a los servicios de salud a través de su red de prestadores de servicios de salud, los cuales actuaron conforme a la evidencia científica, brindándose todos los servicios de salud que determinaron los facultativos, sin que existiera ninguna traba administrativa que limitara el ejercicio médico.

Estas circunstancias se prueban con las historias clínicas de la paciente que se allegan con el presente escrito y con el documento denominado “Kardex de Uso” el cual da cuenta de todas las autorizaciones de servicios de salud que han sido emitidas por COMPENSAR EPS.

Dicho lo anterior, en la medida que COMPENSAR EPS autorizó de forma oportuna y continua todos los servicios médicos requeridos, es necesario que se exima a mi representada de cualquier tipo de responsabilidad.

## ii. AUSENCIA DE CONDUCTA CULPOSA – CARGA DE LA PRUEBA Y OBLIGACIONES DE MEDIO

Sin detrimento de lo señalado en el anterior literal del presente acápite, hago consistir la presente excepción en indicar que, dentro de las presentes diligencias, no se constata la existencia de alguna conducta culposa y mucho menos dolosa por los profesionales en salud que trataron a la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO.

Como se probará a lo largo del proceso, todos y cada uno de los médicos tratantes actuaron de manera prudente, diligente, con pericia, en estricto cumplimiento de las guías y protocolos médicos y siempre dentro de los parámetros de la *lex artis ad hoc*.

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,<sup>5</sup> 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.*

(...)

---

<sup>5</sup> **“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)

*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, si la conducta de los facultativos se ajustó a los cánones descritos en la literatura científica.

Con todo, en ejercicio de la carga dinámica de la prueba, en el presente proceso se demostrará que la atención médica dispensada a DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO siempre fue diligente, oportuna, continua y pertinente, 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:

- Los controles prenatales se realizaron de manera oportuna y continua, brindándose seguimiento y tratamiento a los hallazgos encontrados, como lo fue la infección de las vías urinarias, frente a la cual se tomaron los cultivos necesarios y se brindó manejo antibiótico adecuada.
- Pese a lo anterior y a que el antibiótico prescrito era el indicado, por presentar infección urinaria a repetición, se clasifica el embarazo de la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO como de alto riesgo obstétrico, derivándose la atención y los siguientes controles prenatales para esta especialidad.
- Dentro de las capacidades del nutricionista no está la definición o plan de atención frente a la gestación, más allá del control del peso materno.
- La ecografía corresponde a un paraclínico a través del cual se identifican subjetivamente hallazgos imagenológicos, los cuales no corresponden a un diagnóstico.
- De acuerdo con los hallazgos de la ecografía ginecobstetra realizada el 27 de junio de 2017, se hace referencia a una sospecha de RCIU, más no a un diagnóstico confirmado, el cual corresponde al obstetra tratante, quien en correlación con el estado clínico de la paciente define un plan de manejo.
- En valoración del 25 de julio de 2017, el doctor WILMAR HERNÁNDO GARCÍA SACIPA compara los pesos aproximados de los fetos en la ecografía y considera que existe un crecimiento simétrico **gemelar**. Lo anterior, como quiera que los percentiles de crecimiento del embarazo no pueden equipararse o ser comparativos en las últimas semanas para los embarazos generales, debido a que desde la semana treinta y uno (31) en adelante los fetos gemelares tienen un crecimiento inferior al de un feto único. Así, en concepto técnico rendido por la Doctora Cindy Catalina Herrera Romero, se indica:

*“Las curvas de crecimiento de los fetos en las gestaciones múltiples son similares a las de las gestaciones únicas hasta las 28-30 semanas, presentado un descenso progresivo posterior de la velocidad de crecimiento. Se aplanan hacia las 34-35 semanas, mostrando a partir de entonces una diferencia cada vez mayor con respecto a los fetos únicos. Lo anterior se presenta debido al hacinamiento en la cavidad uterina. Se habla de Crecimiento discordante, cuando la diferencia de pesos estimados es >20%.*

(...)

*No existe consenso en la literatura respecto a la conveniencia de utilizar tablas específicas para gestaciones gemelares”*

- Al tratarse de un embarazo gemelar y que la diferencia de pesos entre ambos fetos no era superior al 20%, de manera acertada se consideró que el crecimiento era simétrico, pues reiteramos que no es correcto en este punto de la gestación, guiarse por las tablas de crecimiento de percentiles establecidas para los embarazos únicos.
- Frente a una sospecha de RCIU el manejo es expectante, es decir que no es recomendable desembarazar de manera inmediata, sino extender el nacimiento al menos hasta la semana 37 a 38 en embarazos gemelares, salvo que exista un signo o síntoma adicional de alarma como un sufrimiento fetal, el cual no se presentaba en la valoración por alto riesgo obstétrico realizada el 25 de julio de 2017, razón por la cual es posible concluir que la derivación para la atención del parto fue acertada pues para la fecha, no existían criterios adicionales para tomar una decisión en otro sentido:

*“Con respecto a la interrupción del embarazo no complicado, se considera que se debe llevar a una interrupción electiva a la semana 37, si el estado materno fetal es normal. Los embarazos gemelares sin complicaciones no deberán prolongarse más allá de las 39 semanas de gestación porque a partir de ese momento aumenta la mortalidad perinatal; la edad óptima de terminación es entre las semanas 37 y 38. Para el caso de gemelares con complicación, pero en bienestar fetal, de ser posible, se intentará interrumpir hasta las 36-37 semanas de edad gestacional.”<sup>6</sup>*

- El Doctor WILMAR HERNÁNDO GARCÍA SACIPA brindó a la demandante los siguientes signos de alarma para consultar a urgencias: *“sangrado, salida de líquido por vagina, **contracciones**, disminución de movimientos fetales, dolor de cabeza intenso, asociado a visión de luces, pitos en los odios, dolor tipo presión en la boca del estómago, fiebre o ardor al orinar se explica con claridad riesgos e implicaciones clínicas, la paciente dice entender y aceptar”* (Negrillas fuera de texto); pese a lo cual la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO deja evolucionar las contracciones por doce (12) horas antes de consultar a urgencias.
- Cuando la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO ingresó a urgencias de la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSÉ se presentó una superposición de fetos al registro de la monitoria, lo cual se corrobora con la autopsia practicada al feto No. 2, en donde se concluye que la muerte fetal transcurrió alrededor de 24 horas previas in útero, es decir que el *nasciturus* ya había fallecido cuando la demandante ingresó al servicio hospitalario.
- De acuerdo con el registro médico, el feto No. 2 nace con una Apgar 0-0-0 es decir sin signos vitales, con mala apariencia (esfacelación de extremidades, acabalgamiento de suturas del cráneo y cordón umbilical con sangre coagulada), sin tono muscular y sin gesticulación, motivo por el cual no había tratamiento a ofertar.

Recapitulado lo anterior, se tiene que no existió una conducta culposa en los servicios de salud brindados a la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO ni a sus fetos y, por el contrario, queda demostrado que las conductas médicas fueron acordes con el cuadro clínico y paraclínico que presentó la paciente, pese a lo cual lastimosamente se presenta un óbito fetal.

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.

---

<sup>6</sup> Concepto técnico rendido por la Doctora Cindy Catalina Herrera Romero

### iii. AUSENCIA DE NEXO CAUSAL

Hago consistir la presente excepción en señalar que no fue la conducta desplegada por los médicos tratantes la causa adecuada generadora óbito fetal del *nasciturus* de la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO. Como se demostrará con las pruebas técnicas que se solicitarán y practicarán en el proceso, ante una supuesta RCIU el manejo es expectante y para la valoración del 25 de julio de 2017 no existían criterios como un estado fetal insatisfactorio, distres fetal o sufrimiento fetal para ordenar el desembrazo, por lo que no fue esta conducta lo que ocasionó el fallecimiento del feto, el cual ocurrió con posterioridad.

Igualmente, de acuerdo con la autopsia practicada por la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ – HOSPITAL DE SAN JOSÉ, es posible establecer que el lamentable óbito fetal ocurrió al menos 24 horas antes del ingreso a dicha institución, sin establecer una causal de muerte particular, motivo por el cual deberá tampoco puede imputarse el fallecimiento a la atención en esta IPS.

Deberá valorarse por el Despacho, que de acuerdo con la literatura médica es común que existan muertes fetales en las que no es posible establecer la causa, tal y como se refiere en concepto médico adjunto:

*“El fallecimiento de un gemelo puede producirse de manera espontánea o tras la práctica de una técnica invasiva, diagnóstica o terapéutica.*

(...)

*La causa principal de muerte fetal intraútero es desconocida (...)*

*En gestaciones expuestas en estudios, no se ha logrado identificar la etiología de la muerte fetal, todos los fetos muertos nacieron sin anomalías, las placentas eran normales, las serologías fueron negativas, así como la prueba de tolerancia oral a la glucosa.”*

Dicho esto, en el estudio de la causalidad adecuada deberán tenerse en cuenta todos los antecedentes médicos que confluyen en el estado de salud, incluida la tardanza de la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO en consultar al servicio de urgencias, pues pese a habersele advertido que la contracción era un signo de alarma para consultar por urgencias, esta dejó pasar doce (12) horas de contracciones para consultar al servicio médico, las cuales en el devenir de los hechos fueron determinantes para la presencia del óbito fetal.

Por lo tanto, el mero contacto con el paciente no puede hacer acreedor al médico como el causante de todos los males que aquejan a aquél, pues ello conllevaría a desconocer que la responsabilidad de los profesionales en salud debe ser evaluada conforme a los derroteros de la *lex artis ad hoc* y no de una pseudo responsabilidad objetiva, razón por la cual, de la manera más respetuosa, se solicita que se declare probada la presente excepción, en la medida que no existe ni siquiera una prueba sumaria que en donde se determine que con ocasión de la actuación médica brindada a la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO se haya ocasionado el óbito fetal que aquí nos ocupa.

### iv. LOS PERJUICIOS SOLICITADOS NO RESULTAN INDEMNIZABLES ANTE LA INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD Y POR TRATARSE DE DAÑOS QUE NO SE ENCUENTRAN PROBADOS

Hago consistir la presente excepción en indicar que los daños inmateriales pretendidos con la demanda no se encuentran demostrados, al menos en lo que respecta a su existencia y el quantum solicitado excede en veces los topes jurisprudenciales establecidos por la jurisdicción civil.

Así, en primer lugar si bien no se desconoce que por la tipología de perjuicios pretendió existe dificultades en la demostración de su extensión, ello no releva a la parte demandante de la carga de la prueba en los términos de artículo 176 del CGP, en lo que respecta a la prueba de la causación del hecho dañoso. El daño, cualquiera sea su naturaleza, debe ser cierto para que proceda su reparación, tal y como lo ha señalado la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia en diferentes oportunidades:

*“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).”<sup>7</sup>*

Ahora bien, tampoco es procedente el reconocimiento por parte de COMPENSAR EPS de los daños solicitados ya que, al no configurarse todos los elementos constitutivos de la responsabilidad es improcedente acceder al reconocimiento de perjuicio alguno. Así, al no existir una conducta culposa, ni nexos causales, no existe responsabilidad médica y en tal virtud deben negarse las pretensiones respecto de cualquier tipo de perjuicio:

*“Sin embargo, en ocasiones a pesar de existir daño no procede declarar la responsabilidad. Esto por cuanto el daño es requisito indispensable pero no suficiente para que se declare la responsabilidad. En efecto, en algunos eventos no se declara la responsabilidad, a pesar de haber existido daño. Es lo que ocurre en dos hipótesis: el daño existe pero no se puede atribuir al demandado, como cuando aparece demostrada una de las causales exonerativas; o el daño existe y es imputable, pero el imputado no tiene el deber de repararlo, porque no es un daño antijurídico y debe ser soportado por quien lo sufre”<sup>8</sup>*

Por su parte y sin detrimento de lo anterior, no puede pasarse por alto que los valores solicitados a título de reparación exceden, en veces, los criterios jurisprudenciales, así:

- En lo que respecta al daño moral, el mismo no se encuentra demostrado y, en todo caso, se advierte que la tasación realizada por los demandantes desconoce los antecedentes jurisprudenciales de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia la cual ha fijado como cifra máxima para esta tipología de perjuicio la suma de sesenta millones de pesos (\$60.000.000) en caso de los parientes más cercanos<sup>9</sup> como padres y hermanos, disminuyéndose significativamente mientras se alejan en los vínculos de consanguinidad, por lo que al hacer una extensión proporcional, también resultan desproporcionados los valores solicitados hacia la familia extensa.
- Por su parte, en punto al daño a la vida de relación, debemos advertir que dentro de las presentes diligencias no hay lugar a su reconocimiento al tratarse de una tipología de perjuicio que, como lo ha mencionado el Alto Tribunal Civil, solo se reconoce a la víctima directa del daño y no a sus familiares como erradamente se pretende por el extremo actor. Así, en sentencia del 28 de junio de 2017, expediente SC9193-2017 (M.P. Ariel Salazar Ramírez):

<sup>7</sup> 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)

<sup>8</sup> HENAO, Juan Carlos. El Daño. Análisis comparativo de la responsabilidad extracontractual del Estado en derecho colombiano y francés. P. 39, Universidad Externado de Colombia.

<sup>9</sup> Sala de Casación Civil. Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 24 de agosto de 2016, expediente SC13925-2016 (M.P. Ariel Salazar Ramírez).

**“b) Daño a la vida de relación:**

***Este rubro se concede únicamente a la víctima directa del menoscabo a la integridad psicofísica como medida de compensación por la pérdida del bien superior a la salud, que le impedirá tener una vida de relación en condiciones normales.”<sup>10</sup>***  
(Negrilla fuera de texto)

- Finalmente, en lo que respecta a la pérdida de oportunidad solicitada, adviértase que este se sustenta en la interrupción del deseo de los demandantes de tener en vida la *nasciturus* para compartir con él, que no es otra cosa que el daño moral ya pretendido, por lo no puede ser de recibo el reconocimiento del mismo ya que conllevaría un doble resarcimiento el cual se encuentra proscrito de la responsabilidad civil.

Incluso, sobre esta tipología inmaterial en reciente jurisprudencia se consideró que este no corresponde a un daño autónomo y por lo mismo, no resulta indemnizable:

*“Toda indemnización de un daño con relevancia jurídica lleva implícita una valoración de las oportunidades que tenía la víctima de obtener un beneficio o evitar un perjuicio. **No hay ninguna “pérdida de oportunidad” que no pueda ser catalogada como una violación de los bienes jurídicos indemnizables mediante las categorías autónomas admitidas por nuestra jurisprudencia, tales como el daño emergente, el lucro cesante, la vida en relación o la violación de un bien protegido por la Constitución.***

*En ese orden, el médico que frustra las oportunidades de recuperar la salud de su paciente vulnera un bien protegido por el ordenamiento superior: la salud; pero no una “oportunidad en sí de recuperar la salud”, pues no existe ningún criterio objetivo diferenciador de ambas situaciones. El abogado negligente que impide la oportunidad de presentar un recurso o ganar un pleito no viola “una oportunidad”, simplemente vulnera el derecho de su cliente a la defensa técnica. Y la persona que impide la asistencia a un concurso o competencia en el que se tenían grandes posibilidades de éxito o de obtención de una ventaja económica o satisfacción personal no disminuye la oportunidad de ganar el concurso o competición, tan sólo ocasiona un perjuicio patrimonial o moral a quien tenía altas probabilidades de ganar.*

***No existe, entonces, ninguna razón para considerar que la pérdida de una oportunidad es una categoría autónoma de daño indemnizable.***

(...)

*Una vez se ha demostrado que la pérdida de una oportunidad no es un daño autónomo, ni un sucedáneo de la relación causal en los casos de indeterminación o incertidumbre causal, ni mucho menos un método de reparto de responsabilidad proporcional con base en criterios estadísticos, sólo queda concebirla como una técnica probatoria para atribuir responsabilidad bajo criterios de probabilidad lógica.”<sup>11</sup>*

Por lo anterior, rogamos al Despacho acceder a la presente excepción, en el evento hipotético en que considere procedentes las pretensiones elevadas en la demanda.

## **v. 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

---

<sup>11</sup> Sala de Casación Civil. Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 27 de febrero de 2020, radicado SC562-2020 (M.P. Ariel Salazar Ramírez)

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. LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

En escrito separado, de conformidad con lo estipulado en el artículo 64 del CGP, en la misma oportunidad en que se presenta esta contestación de la demanda, me permito formular los siguientes llamamientos en garantía:

- A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, en virtud del contrato de seguros de Responsabilidad Civil – Profesional Clínicas No. 198548 del 25 de septiembre de 2021 al 31 de diciembre de 2022, el cual se encontraba vigente para la época de la reclamación sobre los hechos que aquí se debaten.
- A la SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSÉ en virtud del contrato de prestación de servicios de salud No. SS.RIPE-INST 0010 /2005 suscrito el 10 de abril de 2005, en el que COMPENSAR EPS funge como contratante y la IPS como contratista.

#### VI. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito al Despacho, se decreten, practiquen y tengan como tales los siguientes medios de prueba de conformidad con el artículo 164 y siguientes del CGP:

**1.-DOCUMENTALES:** Solicito se tengan como pruebas documentales las siguientes:

1. Certificado de afiliación al Plan de Beneficios en Salud de la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO, en donde se constata el vínculo contractual con mi representada
2. Kardex de uso o reporte de autorizaciones correspondiente a DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO
3. Historia clínica de DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO correspondiente a las IPS básicas de COMPENSAR
4. Concepto médico emitido por Cindy Catalina Herrera Romero sobre la atención médica brindada a DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO, 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, los señores:

DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO, quien podrá citarse en la Calle 16 D Bis A No. 97-4 en la ciudad de Bogotá y en el correo carolinateens25@hotmail.com, tal y como se informa en el escrito de la demanda

FABIÁN ARLEY SERRATO DÍAZ, quien podrá citarse en la Calle 16 D Bis A No. 97-4 en la ciudad de Bogotá y en el correo fabianserrato20@hotmail.com, tal y como se informa en el escrito de la demanda.

YOLANDA OROZCO PINTO, quien podrá citarse en la Calle 16 F No. 97-3 en la ciudad de Bogotá y en el correo carolinateens25@hotmail.com, tal y como se informa en el escrito de la demanda.

CESAR AUGUSTO OSORIO ESCOBAR, quien podrá citarse en la Calle 68 A Sur No. 78 J-35 en la ciudad de Bogotá y en el correo casara2326@gmail.com, tal y como se informa en el escrito de la demanda.

MARÍA NELLY DÍAZ BELLO, quien podrá citarse en la Calle 34 A Sur No. 99 A-45 casa 54 en la ciudad de Bogotá y en el correo marianellydiazbello@gmail.com, tal y como se informa en el escrito de la demanda.

DIEGO LEONARDO SERRATO DÍAZ, quien podrá citarse en la Calle 16 D Bis A No. 97-47 en la ciudad de Bogotá y en el correo diegoserratodiaz0214@gmail.com, tal y como se informa en el escrito de la demanda.

Lo anterior, 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.

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.

**2.2** Solicito al despacho se sirva hacer comparecer al codemandado, Doctor WILMAR HERNÁNDO GARCÍA SACIPA, para que absuelva el interrogatorio de parte que personalmente le formularé respecto de los hechos que se narran en la demanda y en la contestación que se hace con el presente escrito. El codemandado podrá citarse en la Avenida carrera 15 A No. 120-74 en la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico smarin@equipojuridico.com.co

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.

**2.3** Solicito al despacho se sirva hacer comparecer a la codemandada, Doctora PAOLA ANDREA RESTREPO VESGA, para que absuelva el interrogatorio de parte que personalmente le formularé respecto de los hechos que se narran en la demanda y en la contestación que se hace con el presente escrito. La codemandada podrá citarse en la Avenida carrera 15 A No. 120-74 en la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico smarin@equipojuridico.com.co

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 DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO durante su gestación y parto:

3.1. Al médico especialista en ginecología, ORLANDO ALONSO CELY CALDERON, identificado con cédula de ciudadanía número 79310484, 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 DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO durante la gestación.

**3.2.** A la médico especialista en ginecología, MARISOL LEZCANO, identificada con cédula de ciudadanía número 1026264571, quién podrá ubicare a través de mi representada en el correo electrónico [compensarepsjuridica@compensarsalud.com](mailto:compensarepsjuridica@compensarsalud.com). El objeto de la prueba consiste en que aquella declare sobre los pormenores de la atención médica brindada a la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO durante la atención del parto

**3.3.** A la médico especialista en ginecología, MARIA CAMILA CANTOR, identificada con cédula de ciudadanía número 1014190022, quién podrá ubicare a través de mi representada en el correo electrónico [compensarepsjuridica@compensarsalud.com](mailto:compensarepsjuridica@compensarsalud.com). El objeto de la prueba consiste en que aquella declare sobre los pormenores de la atención médica brindada a la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO durante la atención del parto

**3.4.** A la médico especialista en pediatría, HENRY QUINTERO B., identificado con cédula de ciudadanía número 80110276, quién podrá ubicare a través de mi representada en el correo electrónico [compensarepsjuridica@compensarsalud.com](mailto:compensarepsjuridica@compensarsalud.com). El objeto de la prueba consiste en que aquél declare sobre los pormenores de la atención médica brindada a la señora DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO durante la atención del parto y el estado de los fetos extraídos en la cesárea practicada el 7 de agosto de 2017

#### **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 PERINATOLOGÍA Y/O NEONATOLOGÍA** 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 Cindy Catalina Herrera Romero, identificada con cédula de ciudadanía número 1072642460, 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 DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO y que es objeto del presente proceso. La médica podrá citarse a través de la suscrita apoderada o en el correo electrónico [ccherrerar@compensarsalud.com](mailto:ccherrerar@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. 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](mailto: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](mailto:mcpachonv@compensarsalud.com) y el celular 3005696388. El referido buzón electrónico es el canal digital elegido por la suscrita para todos los fines del proceso.

De la Señora 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.



Ca441942045

**CERTIFICADO NUMERO: 10369/2023**

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 CUATRO (04) DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL VEINTITRES (2023) CON DESTINO AL INTERESADO.



**RODOLFO REY BERMUDEZ**

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





# República de Colombia

Pág. No 1



Ca441942049

Aa024305561

## 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 cedula 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 (2.015) el suscrito **EDUARDO DURAN GOMEZ NOTARIO TREINTA Y OCHO (38)**

**DEL CIRCULO 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 cedula de ciudadanía número 1.019.050.274 de Bogotá y con tarjeta



Ca441942049

1031188A35517

09-01-2015

01-09-23

cadena s.a. - ne-80903010

cadena

República de Colombia

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

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



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 está 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



103819GADABGSXCX

28/08/2015

01-08-23

113539aQ2ZCC29AV

NOT. 38

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. -----**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----



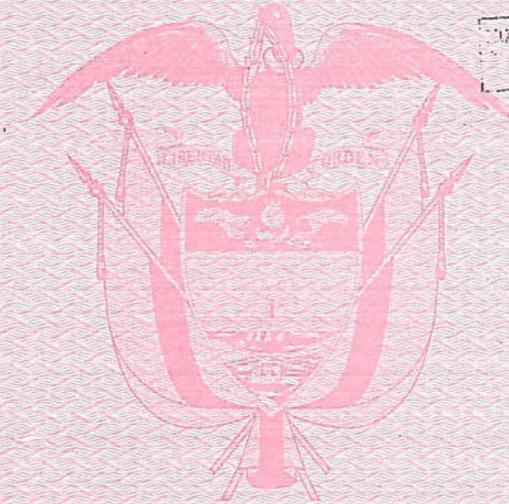
Pág. No 6

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

  
EDUARDO DURAN GOMEZ

  
JORGE RIVERA

MPM

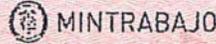




Ca441942046



**SuperSubsidio**



**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 BENÍTEZ DE ARÉVALO**  
Superintendente Delegada

Proyectó: María Esther Caicedo Angulo *m*

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



cadena

República de Colombia

Hoja notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial

PODOLFO REY BERMUDEZ  
Notario 38 (E) del Circuito de Bogotá



Ca441942046

Cadena SA No. 800000000001-09-23

ES LA COPIA (FOTOCOPIA) NUMERO =371= 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 04 DE OCTUBRE DE 2023



**RODOLFO REY BERMUDEZ**

NOTARIO TREINTA Y OCHO (38E) DEL CIRCULO DE BOGOTA

## SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ, D.C., 2 DE OCTUBRE DEL 2023

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL:  
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

EL SUSCRITO DELEGADO PARA LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA Y LAS MEDIDAS ESPECIALES, CON FUNDAMENTO EN LAS INSCRIPCIONES DEL REGISTRO DE LAS ENTIDADES BAJO LA VIGILANCIA DE LA SUPERINTENDENCIA.

### CERTIFICA

NOMBRE: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR  
NIT. 8600669427

DOMICILIO: 3

DIRECCIÓN: Avenida 68 No. 49 A - 47

TELÉFONO: 4280666

EMAIL PARA NOTIFICACIONES JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS:

notificacionesjudiciales@compensar.com

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, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 21 DE 1982, ARTÍCULO 42, Y LA LEY 789 DE 2002, ARTÍCULO 16, SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS Y LAS DEMÁS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN SUSTITUYAN O ADICIONEN. GOZA DE PERSONERÍA JURÍDICA CONFERIDA POR MEDIO DE LA RESOLUCIÓN No. 2409 DE FECHA 30/06/1978 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 DEMÁS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN

### CERTIFICA

REPRESENTACIÓN LEGAL:

DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 37 DE LOS ESTATUTOS, ELECCIÓN Y REMOCIÓN. COMPENSAR TENDRÁ 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 CU DE LOS ESTATUTOS, LA REPRESENTACIÓN LEGAL Y LA ADMINISTRACIÓN DIRECTA DE LA CORPORACIÓN ESTÁN A CARGO DEL DIRECTOR ADMINISTRATIVO, QUIEN SERÁ ELEGIDO POR EL CONSEJO DIRECTIVO EN SU PRIMERA REUNIÓN PARA PERÍODOS DE CUATRO AÑOS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SU ELECCIÓN Y SIN PERJURIO DE SU REMOCIÓN POR EL CONSEJO DIRECTIVO EN CASO QUE NO SE LLEVE A EFECTO

LA ELECCIÓN, CONTINUARÁ COMO DIRECTOR ADMINISTRATIVO QUIEN HAYA SIDO ELEGIDO PARA EL PERÍODO INMEDIATAMENTE ANTERIOR.

DIRECTORES ADMINISTRATIVOS	NOMBRES	CÉDULA DE CIUDADANÍA	RESOLUCIÓN MEDIANTE LA CUAL SE APROBÓ SU DESIGNACIÓN
PRINCIPAL	Carlos Mauricio Vásquez Paez	79.541.640	0556 10/09/2019
SUPLENTE	Margarita Añez Sampedro	51.779.392	0713 09/12/2019
SEGUNDO SUPLENTE	Andrés Barragán Tobar	19.489.949	0713 09/12/2019
TERCER SUPLENTE	Oscar Mario Ruiz	79.538.820	0053 20/02/2009

#### CERTIFICA

#### FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Conforme al Artículo 38° de los Estatutos de la Corporación, 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 DE ASAMBLEA NO. 51 DE FECHA 10 DE MARZO DE 2022, LA ASAMBLEA APROBÓ POR MAYORÍA, LA CUANTÍA POR LA CUAL EL DIRECTOR PUEDE CONTRATAR SIN CONSULTA PREVIA AL CONSEJO DIRECTIVO ASCIENDE A \$ 29.868.380.803. LA CUAL FUE APROBADA MEDIANTE RESOLUCIÓN 0292 DE 23 DE MAYO DE 2022, EJECUTORIADA EL 8 DE AGOSTO DE 2022.

#### CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES ANTE AUTORIDADES JURISDICCIONALES

NOMBRE:

Luis Andrés Penagos Villegas  
C.C. No. 71.724.156 de Medellín  
T.P. No. 85409 C S de la J

DESIGNACIÓN APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 0153 DEL 25/03/2011

CERTIFICA

CONSEJO DIRECTIVO

PERIODO 2022-2026

REPRESENTANTES DE LOS EMPLEADORES APROBADOS MEDIANTE LA RESOLUCIÓN No. 0292 del 23/05/2022 Y AUTORIZADOS PARA EL EJERCICIO DEL CARGO A PARTIR DEL 09/08/2022:

EMPLEADORES

PRINCIPAL		
REGLÓN	AFILIADO	DESIGNADO
PRIMER REGLÓN	<b>Empresa:</b> R&I SEGUROS LTDA <b>Nit Empresa:</b> 900.148.606-4 <b>Dirección Empresa:</b> Carrera 67 No. 167 - 61 Oficina 403 de Bogotá, D.C.	<b>Principal 1:</b> ALVARO ANTONIO ROZO PALOU <b>Cédula:</b> 438.255 de Bogotá, D.C.
SEGUNDO REGLÓN	<b>Empresa:</b> DISTRICARGO OPERATIONS S.A <b>Nit Empresa:</b> NIT. 830.033.723-1 <b>Dirección Empresa:</b> carrera 106 No 15-25 MZ 09 BG 04 de BOGOTÁ	<b>Principal 2:</b> ALVARO JOSÉ RIVERA HERNANDEZ <b>Cédula:</b> 19270606 de BOGOTÁ
TERCER REGLÓN	<b>Empresa:</b> MY PEOPLE CONSULTORES ORGANIZACIONALES SAS <b>Nit Empresa:</b> 830.033.522-6 <b>Dirección Empresa:</b> CARRERA 7 # 156-68 of 1305 Edificio North Point III de BOGOTÁ	<b>Principal 3:</b> LILIANA ARROYO VARGAS <b>Cédula:</b> 66.763.369 de PALMIRA
CUARTO REGLÓN	<b>Empresa:</b> 10 AUDIO S.A.S. <b>Nit Empresa:</b> 900.537.951-1 <b>Dirección Empresa:</b> Calle 78 No. 9 - 57 de Bogotá, D.C.	<b>Principal 4:</b> CARLOS SAAVEDRA GARCÍA <b>Cédula:</b> 19.071.244 de Bogotá, D.C.
QUINTO REGLÓN	<b>Empresa:</b> SKANDIA PENSIONES Y CESANTIAS S.A <b>Nit Empresa:</b> 800.148.514-2 <b>Dirección Empresa:</b> Avenida 19 No 109A-30 de BOGOTÁ	<b>Principal 5:</b> CLAUDIA LLIANA SOLANO ROA <b>Cédula:</b> 39.787.825 de Usaquén



SUPLENTE		
RENLÓN	AFILIADO	DESIGNADO
PRIMER RENGLÓN	<b>Empresa:</b> FASECOLDA <b>Nit Empresa:</b> 860.049.275-0 <b>Dirección Empresa:</b> Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11 de Bogotá, D.C.	<b>Suplente 1:</b> MARIA CLAUDIA CUEVAS MARTÍNEZ <b>Cédula:</b> 52.647.393 de USAQUÉN
SEGUNDO RENGLÓN	<b>Empresa:</b> CONTINENTAL BUS S.A <b>Nit Empresa:</b> 800.227.937 <b>Dirección Empresa:</b> AVENIDA BOYACÁ # 15-69 de BOGOTÁ	<b>Suplente 2:</b> MARÍA DEL PILAR BETANCOURT CONTRERAS, <b>Cédula:</b> 51.905.743 de BOGOTÁ
TERCER RENGLÓN	<b>Empresa:</b> LA BIFERIA S.A <b>Nit Empresa:</b> 830.135.186-2 <b>Dirección Empresa:</b> CRA 45 NO. 123-33 de BOGOTÁ	<b>Suplente 3:</b> JUAN ANTONIO CABALLERO ARGAEZ <b>Cédula:</b> 19.286.431 de BOGOTÁ
CUARTO RENGLÓN	<b>Empresa:</b> FONDO DE EMPLEADOS DE COLSANITAS FECOLSA <b>Nit Empresa:</b> 860.527.467-9 <b>Dirección Empresa:</b> CALLE 99 NO.13-11 de BOGOTÁ	<b>Suplente 4:</b> MARIA DEL CARMEN JIMÉNEZ RODRÍGUEZ <b>Cédula:</b> 39.682.278 de USAQUÉN
QUINTO RENGLÓN	<b>Empresa:</b> SERVICIOS Y MANO DE OBRA SUPLEMENTARIA SERVIMOS S.A.S <b>Nit Empresa:</b> 860.051.638-7 <b>Dirección Empresa:</b> CALLE 42 A NO. 9 - 63 de Bogotá, D.C.	<b>Suplente 5:</b> RUBÉN DARÍO LÓPEZ CORREA <b>Cédula:</b> 16.050.124 de PACORA
SEXTO RENGLÓN	<b>Empresa:</b> <b>Nit Empresa:</b> <b>Dirección Empresa:</b>	<b>Suplente 6:</b> <b>Cédula:</b>
SÉPTIMO RENGLÓN	<b>Empresa:</b> <b>Nit Empresa:</b> <b>Dirección Empresa:</b>	<b>Suplente 7:</b> <b>Cédula:</b>
OCTAVO RENGLÓN	<b>Empresa:</b> <b>Nit Empresa:</b> <b>Dirección Empresa:</b>	<b>Suplente 8:</b> <b>Cédula:</b>
NOVENO RENGLÓN	<b>Empresa:</b> <b>Nit Empresa:</b> <b>Dirección Empresa:</b>	<b>Suplente 9:</b> <b>Cédula:</b>
DÉCIMO RENGLÓN	<b>Empresa:</b> <b>Nit Empresa:</b> <b>Dirección Empresa:</b>	<b>Suplente 10:</b> <b>Cédula:</b>

Identificador: HsaT wbyA e0WA oNV3 mj4i AOAaw yrw=  
La validez de este documento puede verificarse en: <https://gtss.ssf.gov.co/SedeElectronica>

Documento firmado digitalmente

REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES DESIGNADOS MEDIANTE LA RESOLUCIÓN No. 1656 del 23/05/2022 PROFERIDA POR EL MINISTERIO DE TRABAJO Y AUTORIZADOS PARA EL EJERCICIO DEL CARGO POR ESTA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR A PARTIR DEL 01/06/2022:

TRABAJADORES

PRINCIPAL		
REGLÓN	TRABAJADOR	AFILIADO
PRIMER REGLÓN	<b>Principal 1:</b> FABIÁN ONEIVER CONTRERAS LEMUS <b>Cédula:</b> 79.952.012 de BOGOTÁ	<b>Empresa:</b> SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A <b>Nit Empresa:</b> 860002180 <b>Dirección Empresa:</b> AV. DORADO NO. 68B-31 de BOGOTÁ D.C
SEGUNDO REGLÓN	<b>Principal 2:</b> JORGE ADONAI ESPINOZA PÉREZ <b>Cédula:</b> 19.233.530 de BOGOTÁ	<b>Empresa:</b> FEDERACIÓN CGT SECCIONAL BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA <b>Nit Empresa:</b> 900530873 <b>Dirección Empresa:</b> DIAGONAL 39 A BIS # 14-52 de BOGOTÁ
TERCER REGLÓN	<b>Principal 3:</b> ALBERTO ALFREDO CASTILLO FANDIÑO <b>Cédula:</b> 79.749.086 de BOGOTÁ D.C	<b>Empresa:</b> AJECOLOMBIA S.A <b>Nit Empresa:</b> 830081407 <b>Dirección Empresa:</b> KM 2 VÍA FUNZA SIBERIA PARQUE INDUSTRIAL SAN ANTONIO BOD 123 BL A de No registra
CUARTO REGLÓN	<b>Principal 4:</b> MARÍA DORIS GONZÁLEZ <b>Cédula:</b> 41.713.286 de BOGOTÁ	<b>Empresa:</b> SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE <b>Nit Empresa:</b> 900959051-7 <b>Dirección Empresa:</b> DIAGONAL 34 No. 5-43 de BOGOTÁ
QUINTO REGLÓN	<b>Principal 5:</b> MIGUEL ENRIQUE MORANTES SABOGAL <b>Cédula:</b> 19.430.928 de BOGOTÁ	<b>Empresa:</b> INSTITUTO DE DESARROLLO URBANO - IDU <b>Nit Empresa:</b> 899999081 <b>Dirección Empresa:</b> CALLE 22 NO. 6-27 de BOGOTÁ
SUPLENTE		
REGLON	TRABAJADOR	AFILIADO
PRIMER REGLÓN	<b>Suplente 1</b> ALBERTO LEÓN TORRES <b>Cédula:</b> 19.427.035 de BOGOTÁ.	<b>Empresa:</b> DELTA SALUD SAS BIC <b>Nit Empresa:</b> 800214959 <b>Dirección Empresa:</b> CALLE 116 NO. 18-77 de BOGOTÁ
SEGUNDO REGLÓN	<b>Suplente 2</b> ADRIAN CORTES VARGAS <b>Cédula:</b> 79.182.723 de SIBATE	<b>Empresa:</b> CORPORACIÓN DE ABASTOS DE BOGOTÁ SA CORABASTOS <b>Nit Empresa:</b> 860028093 <b>Dirección Empresa:</b> AV. CARRERA 80 NO. 2-51 EDF. ADMON de BOGOTÁ

Documento firmado digitalmente  
 Identificador: HsaT wbyA e0WA oNV3 mj4i: AOA w yrw=  
 La validez de este documento puede verificarse en: <https://gtss.ssf.gov.co/SedeElectronica>

TERCER RENGLÓN	<b>Suplente 3</b> MARIO ALEXANDER SANCHEZ TORRES <b>Cédula:</b> 79.623.726 de BOGOTÁ	<b>Empresa:</b> BANCO GNB SUDAMERIS SA <b>Nit Empresa:</b> 860050750 <b>Dirección Empresa:</b> CALLE 34 NO, 24-08 de BOGOTÁ
CUARTO RENGLÓN	<b>Suplente 4</b> MELVA RINCÓN SUÁREZ <b>Cédula:</b> 37.310.464 de OCAÑA	<b>Empresa:</b> FONDO EDUCATIVO REGIONAL DE BOGOTÁ <b>Nit Empresa:</b> 899999061-9 <b>Dirección Empresa:</b> AV. EL DORADO # 66-63 de BOGOTÁ
QUINTO RENGLÓN	<b>Suplente 5</b> CLAUDIA PATRICIA SUAREZ SEGURA <b>Cédula:</b> 41.106.900 de ORITO	<b>Empresa:</b> FUNDACIÓN CLINICA SHAI0 <b>Nit Empresa:</b> 860006656 <b>Dirección Empresa:</b> DIAGONAL 115 A No. 70C-75 de BOGOTÁ
SEXTO RENGLÓN	<b>Suplente 6:</b> <b>Cédula:</b>	<b>Empresa:</b> <b>Nit Empresa:</b> <b>Dirección Empresa:</b>
SÉPTIMO RENGLÓN	<b>Suplente 7:</b> <b>Cédula:</b>	<b>Empresa:</b> <b>Nit Empresa:</b> <b>Dirección Empresa:</b>
OCTAVO RENGLÓN	<b>Suplente 8:</b> <b>Cédula:</b>	<b>Empresa:</b> <b>Nit Empresa:</b> <b>Dirección Empresa:</b>
NOVENO RENGLÓN	<b>Suplente 9:</b> <b>Cédula:</b>	<b>Empresa:</b> <b>Nit Empresa:</b> <b>Dirección Empresa:</b>
DÉCIMO RENGLÓN	<b>Suplente 10:</b> <b>Cédula:</b>	<b>Empresa:</b> <b>Nit Empresa:</b> <b>Dirección Empresa:</b>

CERTIFICA

REVISOR FISCAL

PERIODO 2022 - 2026 Ó SU DESIGNACIÓN

REVISORES FISCALES	PERSONA JURIDICA	NOMBRES	CÉDULA DE CIUDADANÍA	TARJETA PROFESIONAL	RESOLUCIÓN MEDIANTE LA CUAL SE APROBÓ SU DESIGNACIÓN
PRINCIPAL	BAKER TILLY		80.353.347	35189-T	0499 05/08/2022

COLOMBIA  
LTDA.  
NIT.  
800.249.449-  
5

BERNARDO  
RODRÍGUEZ  
LAVERDE

SUPLENTE	ERNST & YOUNG AUDITORES S.A.S NIT. 860.008.890- 5	JOANA KATERIN PARRA BORDA	1.032.368.135	199.627-T	0198 03/03/2023
----------	---	------------------------------------	---------------	-----------	--------------------

**Carlos Andrés Esquiaqui Rangel**

SUPERINTENDENTE DELEGADO PARA LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA Y LAS MEDIDAS ESPECIALES

**SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO  
FAMILIAR**

Carrera 69 No. 25 B – 44 Pisos 3, 4 y 7  
PBX: (57+1) 348 7800 Bogotá - Colombia  
Línea Gratuita Nacional: 018000 910 110 en Bogotá D.C.: 3487777  
[www.ssf.gov.co](http://www.ssf.gov.co) - email [ssf@ssf.gov.co](mailto:ssf@ssf.gov.co)

Identificador: HsaT\_wbyA\_e0WA\_oNV3\_mj4i\_AOAw\_yrw=  
La validez de este documento puede verificarse en: <https://gtss.ssf.gov.co/SedeElectronica>

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

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) FABIAN ARLEY SERRATO DIAZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1016026543, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa ALTERNATIVAS LOGIC SAS NIT 901493277, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210713	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO	CP	1016051970	CC	20171206	No Registrada	Activo
SOFIA SERRATO OSORIO	HI	1019997336	TI	20171206	No Registrada	Activo
LUCIANA SERRATO OSORIO	HI	1029154303	RC	20171206	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 12 días del mes de Septiembre de 2.023

Observaciones:

Fecha de Ingreso	Fecha de Retiro	Empresa	Dirección	Telefono
20210713	No Reaistrada	ALTERNATIVAS LOGIC SAS	CL 8 SUR 35 26	4510147
20201123	20210801	ALTERNATIVAS VJ SAS	CR 26 C 35 A SUR 33	6027500

20190316	20201113	INMOBILIARIA CONFIANDONOS SAS	CR 70 B 31 SUR 29	3911027
20171206	20190313	KCF CONFIANZA S.A.S	CL 2 71B 14	5631593
20170502	20171130	FABIAN ARLEY SERRATO DIAZ	SE REQUIERE ACTUALIZAR DIRECCION	0
20170215	20170430	SERVICIO CASA FULL SERVICE SAS	CL 19 A 96 C 16	4857200
20161006	20170331	FABIAN ARLEY SERRATO DIAZ	SE REQUIERE ACTUALIZAR DIRECCION	0
20160718	20160801	SOLUCIONES INTEGRALES CYS S.A.S	SE REQUIERE ACTUALIZAR DIRECCION	5513266
20160602	20160701	FERREMOOR S.A.S	CR 32 7 96	8078594
20151029	20160501	FERREMOOR S.A.S	CR 32 7 96	8078594
20130905	20151101	EMPRESARIO CONSTRUCOL S.A.S	AC 13 8 A 44 OF 519	2798017

**Con destino a:**  
AREA JURIDICA

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: EDNA LILIANA PULIDO

CER-AFI 22800174

**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) **DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. **1.016.051.970**, desde el día el 28 de Mayo de 2016 hasta el 12 de Octubre de 2022.

AUTORIZACION	PRESTADOR	NOMBRE PRESTADOR	PROGRAMA	FECHA AUTORIZACION	FECHA PROGRAMACION	CODIGO SERVICIO	SERVICIO	Punto Atención
161497532105740	900782672	EMERGENCY SERVICES ASSISTANCE ESA S A S	POS SIN COBRO	28/05/2016	28/05/2016	S3130101	TRASLADO TERRESTRE BASICO PACIENTES	AMBULANCIAS EMERGENCY SERVICES
161607523672422	860015536	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	POS SIN COBRO	8/06/2016	8/06/2016	00000000	ABSTENCION DE VERIFICACION	URGENCIAS SAN IGNACIO
161695405671907	860015536	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	POS SIN COBRO	17/06/2016	17/06/2016	750101	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSTPARTO O POSTABORTO POR DILATACIÓN Y CUR	HOSPITAL SAN IGNACIO
161747536742118	899999017	SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL SAN JOSE	POS SIN COBRO	22/06/2016	22/06/2016	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	URGENCIAS SAN JOSE
171106091492367	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	20/04/2017	20/04/2017	99312002	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA TÉTANOS Y DIFTERIA [Td]	.VACUNACION FONTIBON
171225911487522	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	2/05/2017	2/05/2017	93370001	TERAPIA PSICOFISICA PARA EL PARTO	USS FONTIBON RED CENTRO
171259237538071	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	5/05/2017	5/05/2017	881431	ECO OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	USS CALLE 26 RED CENTRO
171295911556243	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	9/05/2017	9/05/2017	93370001	TERAPIA PSICOFISICA PARA EL PARTO	USS FONTIBON RED CENTRO

171367353457430	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	16/05/2017	16/05/2017	89020513	CONTROL PRENATAL ENFERMERA	USS FONTIBON RED CENTRO
171396222792349	900210981	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	19/05/2017	19/05/2017	890701	ATENCION INICIAL URGENCIAS SIN PROC	
171421727519780	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	22/05/2017	22/05/2017	89030202	OBSTETRICIA DETECCION CONTROL	USS FONTIBON RED CENTRO
171425911527807	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	22/05/2017	22/05/2017	89030202	OBSTETRICIA DETECCION CONTROL	USS FONTIBON RED CENTRO
171425911528306	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	22/05/2017	22/05/2017	89030202	OBSTETRICIA DETECCION CONTROL	USS FONTIBON RED CENTRO
171435911307008	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	23/05/2017	23/05/2017	93370001	TERAPIA PSICOFISICA PARA EL PARTO	USS FONTIBON RED CENTRO
171519625490673	900210981	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD	POS SIN COBRO	31/05/2017	31/05/2017	S1120214	HOSPITALIZACION MEDICAPOR	CORP.HOSP.JUAN CIUDAD-H.MAYOR
171526063556546	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	1/06/2017	1/06/2017	99351301	VACUNA INFLUENZA GESTANTES	.VACUNACION FONTIBON
171526089556655	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	1/06/2017	1/06/2017	99351303	VACUNA DPT GESTANTES	.VACUNACION FONTIBON
171527359564229	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	1/06/2017	1/06/2017	89030211	OBSTETRICIA ALTO RIESGO AMBULATORIO	USS CALLE 26 RED CENTRO
171587352621995	900210981	CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD	POS SIN COBRO	7/06/2017	7/06/2017	89020227	OBSTETRICIA ALTO RIESGO	
171589828620797	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	7/06/2017	7/06/2017	93370001	TERAPIA PSICOFISICA PARA EL PARTO	USS FONTIBON RED CENTRO
171589828621754	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	7/06/2017	7/06/2017	93370001	TERAPIA PSICOFISICA PARA EL PARTO	USS FONTIBON RED CENTRO

171589828623319	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	7/06/2017	7/06/2017	93370001	TERAPIA PSICOFISICA PARA EL PARTO	USS FONTIBON RED CENTRO
171647370463093	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	13/06/2017	13/06/2017	89020278	PLANIFICACION 1VEZ	USS FONTIBON RED CENTRO
171652046681530	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	14/06/2017	14/06/2017	93370001	TERAPIA PSICOFISICA PARA EL PARTO	USS FONTIBON RED CENTRO
171735911280900	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	22/06/2017	22/06/2017	89020513	CONTROL PRENATAL ENFERMERA	USS FONTIBON RED CENTRO
171789140336214	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	27/06/2017	27/06/2017	881431	ECO OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	USS KENNEDY I RED SUR
171789140336843	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	27/06/2017	27/06/2017	881431	ECO OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	USS KENNEDY I RED SUR
171816088686236	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	30/06/2017	30/06/2017	89030211	OBSTETRICIA ALTO RIESGO AMBULATORIO	USS CALLE 26 RED CENTRO
171935911631637	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	12/07/2017	12/07/2017	93370001	TERAPIA PSICOFISICA PARA EL PARTO	USS FONTIBON RED CENTRO
172067378509913	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	25/07/2017	25/07/2017	93370001	TERAPIA PSICOFISICA PARA EL PARTO	USS FONTIBON RED CENTRO
172186188790355	899999017	SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL SAN JOSE	POS SIN COBRO	6/08/2017	6/08/2017	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	URGENCIAS SAN JOSE
172207531354289	899999017	SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL SAN JOSE	POS SIN COBRO	8/08/2017	8/08/2017	898301	AUTOPSIA [NECROPSIA] COMPLETA * +	HOSPITAL SAN JOSE
172231702460283	899999017	SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL SAN JOSE	POS SIN COBRO	11/08/2017	11/08/2017	740100	CESAREA	HOSPITAL SAN JOSE-PARTOS

172231702460283	899999017	SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL SAN JOSE	POS SIN COBRO	11/08/2017	11/08/2017	511202	HABITACION COMPARTIDA	HOSPITAL SAN JOSE-PARTOS
172478245426864	899999017	SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL SAN JOSE	POS SIN COBRO	4/09/2017	4/09/2017	74010001	CESAREA POMEROY	HOSPITAL SAN JOSE-PARTOS
172836059380889	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	10/10/2017	10/10/2017	890201	MEDICINA GENERAL 1A VEZ CONSULTA	USS FONTIBON RED CENTRO
173336058656462	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	29/11/2017	29/11/2017	890301	MEDICINA GENERAL CONTROL	USS FONTIBON RED CENTRO
210256021514110	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	25/01/2021	25/01/2021	890301	MEDICINA GENERAL CONTROL	FONTIBON CITAS MEDICAS
210656048251872	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	6/03/2021	6/03/2021	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
210656083251520	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	6/03/2021	6/03/2021	902209	HEMOGRAMA III HEMOGLOBIN A- HEMATOCRITO -RECUENTO DE ERITROCITOS- INDI LEU	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
210656083251520	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	6/03/2021	6/03/2021	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
210656048251872	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	6/03/2021	6/03/2021	903818	COLESTEROL TOTAL	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
210656048251872	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	6/03/2021	6/03/2021	903868	TRIGLICERIDOS +	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
211316105504464	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	11/05/2021	11/05/2021	890301	MEDICINA GENERAL CONTROL	FONTIBON CITAS MEDICAS
211491467239733	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	29/05/2021	29/05/2021	898001	LECTURA CITOLOGIA VAGINAL	UNION TEMPO PROCEDIMIEN T IDIME

211491467240074	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	29/05/2021	29/05/2021	892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	UNION TEMPO PROCEDIMIEN T IDIME
211689239271412	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	17/06/2021	17/06/2021	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	UNION TEMPO PROCEDIMIEN T IDIME
211766097640606	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	25/06/2021	25/06/2021	890211	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA	FONTIBON CITAS MEDICAS
211816031432981	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	30/06/2021	30/06/2021	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	FONTIBON APOYO DIAGNOSTICO
211826063487148	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	1/07/2021	1/07/2021	890206	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CONSULTA 1 VEZ	FONTIBON CITAS MEDICAS
211876141565146	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	6/07/2021	6/07/2021	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	FONTIBON APOYO DIAGNOSTICO
211946109531501	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	13/07/2021	13/07/2021	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	FONTIBON APOYO DIAGNOSTICO
213646113467534	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	30/12/2021	30/12/2021	89020110	CONSULTA NO PROGRAMADA MED GENERAL	FONTIBON CITAS MEDICAS
213658686364375	860070301	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA	POS SIN COBRO	31/12/2021	31/12/2021	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	URGENCIAS CRUZ ROJA
220046153370133	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	4/01/2022	4/01/2022	89020110	CONSULTA NO PROGRAMADA MED GENERAL	FONTIBON CITAS MEDICAS
220046130424431	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	4/01/2022	4/01/2022	89020110	CONSULTA NO PROGRAMADA MED GENERAL	FONTIBON CITAS MEDICAS
220046082310430	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	4/01/2022	4/01/2022	890201	MEDICINA GENERAL 1A VEZ	FONTIBON CITAS MEDICAS

220056047600320	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	4/01/2022	4/01/2022	890201	MEDICINA GENERAL 1A VEZ	FONTIBON CITAS MEDICAS
220046092427685	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	4/01/2022	4/01/2022	MM071502	PLASIL10 MG.	AUDIFARMA
220046092427685	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	4/01/2022	4/01/2022	MM055098	ACETAMINOFE N 500MG	AUDIFARMA
220046092427685	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	4/01/2022	4/01/2022	MM007059	LOPERAMIDA TABLETAS POR 2 MG	AUDIFARMA
220056092270580	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	5/01/2022	5/01/2022	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	CALLE 26 LABORATORIO CLINICO
220046089477854	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	5/01/2022	4/01/2022	890201	MEDICINA GENERAL 1A VEZ	FONTIBON CITAS MEDICAS
220059239237119	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	5/01/2022	5/01/2022	881305	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR: HIG	UNION TEMPO PROCEDIMIENTO
220056092270580	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	5/01/2022	5/01/2022	903833	FOSFATASA ALCALINA	CALLE 26 LABORATORIO CLINICO
220056092270580	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	5/01/2022	5/01/2022	903866	TRANSAMINAS A GLUTAMICO PIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA	CALLE 26 LABORATORIO CLINICO
220056092270580	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	5/01/2022	5/01/2022	903867	TRANSAMINAS A GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATOAMINO TRANSFERASA	CALLE 26 LABORATORIO CLINICO
220076032499184	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	7/01/2022	7/01/2022	890235	CIRUGÍA GENERAL 1A VEZ CONSULTA	CALLE 42 CITAS MEDICAS
220076030498977	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	7/01/2022	7/01/2022	890235	CIRUGÍA GENERAL 1A VEZ CONSULTA	CALLE 42 CITAS MEDICAS
220129159266265	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	12/01/2022	12/01/2022	883434	COLANGIOGRAFIA POR RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA	UNION TEMPR PROCEDIMIENTO

220146071333884	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	14/01/2022	14/01/2022	890246	GASTROENTEROLOGÍA 1A VEZ CONSULTA	CES CL98 CITAS MEDICAS
220426091470358	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	11/02/2022	11/02/2022	890246	GASTROENTEROLOGÍA 1A VEZ CONSULTA	CES CL98 CITAS MEDICAS
220436096276379	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	12/02/2022	12/02/2022	902209	HEMOGRAMA III HEMOGLOBINA A-HEMATOCRITO-RECUENTO DE ERITROCITOS-INDI LEU	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
220436096276379	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	12/02/2022	12/02/2022	906219	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
220436096276379	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	12/02/2022	12/02/2022	906317	Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
220436096276379	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	12/02/2022	12/02/2022	906225	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
220436096276379	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	12/02/2022	12/02/2022	906440	NUCLEARES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
220436096276379	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	12/02/2022	12/02/2022	906220	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
220436096276379	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	12/02/2022	12/02/2022	906829	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
220436096276379	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	12/02/2022	12/02/2022	906223	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
220436096276379	860066942	CAJA DE COMPENSACION	POS SIN COBRO	12/02/2022	12/02/2022	906432	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	FONTIBON LABORATORIO CLINICO

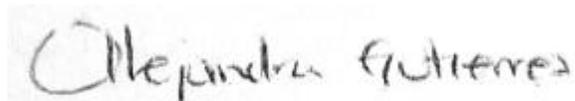
		FAMILIAR COMPENSAR						
220436096276379	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	12/02/2022	12/02/2022	906218	Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
220436096276379	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	12/02/2022	12/02/2022	903867	TRANSAMINAS A GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATOAMINO TRANSFERASA	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
220436096276379	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	12/02/2022	12/02/2022	906221	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE Hbc] SEMIAUTOMATIZADA	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
220436096276379	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	12/02/2022	12/02/2022	906436	MUSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
220436096276379	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	12/02/2022	12/02/2022	903016	FERRITINA +	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
220436096276379	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	12/02/2022	12/02/2022	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
220436096276379	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	12/02/2022	12/02/2022	903833	FOSFATASA ALCALINA	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
220436096276379	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	12/02/2022	12/02/2022	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
220436096276379	860066942	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	POS SIN COBRO	12/02/2022	12/02/2022	903866	TRANSAMINAS A GLUTAMICO PIRUVICO O ALANINO AMINO TRANSFERASA	FONTIBON LABORATORIO CLINICO
222858679560255	830027558	IMEVI SAS	POS SIN COBRO	12/10/2022	12/10/2022	890207	OPTOMETRÍA CONSULTA 1 VEZ	IMEVI SAS

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 56 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ, Radicado: 11001310304120230016700, Demandantes: DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO, SOFIA SERRATO OSORIO, LUCIANA SERRATO OSORIO, FABIÁN ARLEY SERRATO DÍAZ, YOLANDA OROZCO PINTO, CESAR AUGUSTO OSORIO ESCOBAR, MARÍA NELLY DÍAZ BELLO Y DIEGO LEONARDO SERRATO DÍAZ, Demandados: SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSÉ, COMPENSAR, PAULA ANDREA RESTREPO VESGA Y WILMAR HERNÁNDO GARCÍA SACIPA, a los (22) días del mes de Septiembre del año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,



**LUZ ALEJANDRA GUTIERREZ MEDINA**

Coordinadora Gestión de Información para la Toma de Decisiones

Elaboró: Denis Yadira Rincón Galán, Gestión de Información para la Toma de Decisiones:

## Historia Clínica

<b>Nº Id Afiliado</b> 1016026543	<b>Atendido En</b> AV CLL 13 # 104 -21	<b>Nº Autorización</b> 163641134428901	<b>Fecha y Hora Atención</b> 2017-01-04 13:06:20
<b>Nº Id Paciente</b> 1016051970	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b>	<b>Programa</b> POS CONTRIBUTIVO
<b>Nombre y Apellidos Completos</b> DIANA OSORIO OROZCO	<b>Sexo</b> F	<b>Grupo Sanguíneo</b> A	<b>Edad</b> 24 Año(s) 1 Mes(es)
<b>Dirección Residencia</b> DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO		<b>RH</b> +	<b>Fecha Nacimiento</b> 03/12/1992
<b>Ocupación</b> PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN Y PENSIONADOS O JUBILADOS		<b>Telefonos</b> 3163342885	<b>Edad</b> 24 Año(s) 1 Mes(es)
<b>Responsable</b> FABIAN SERRATO ESPOSO 3173075899		<b>Acompañante</b> SOLA CA	<b>Parentesco del Responsable</b> ¿Cuál?
<b>Etnia</b> Blanco		<b>Telefono del Responsable</b> ¿Cuál?	<b>Aseguradora</b> ¿Cuál?
<b>Estado Civil</b> Unión libre			
<b>Causa Externa</b> 15 Otra		<b>Finalidad Consulta</b> . Detección de alteraciones de embarazo	

### Riesgo Paciente

#### Motivo Consulta

. CONTROL PRENATAL PRIMERA VEZ CON ENFERMERA.

#### Enfermedad Actual

. ASISTE PACIENTE A LA CONSULTA CON TEST DE EMBARAZO EN SANGRE POSITIVO , ASINTOMATICA SIN SIGNOS DE VASOESPASMO , EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. SOLA, NO REFIERE HOSPITALIZACIONES Y/O URGENCIAS EN EL ULTIMO MES. NO AH VIAJADO A ZONAS ENDEMICAS CON EXPOSICION A ZIKA

#### Evolución y Control

. USUARIA REFIERE GESTACION NO PLANEADA, PLANIFICABA FRACASO METODO ANTICONCEPTIVO : NO, POR QUE NO PLANIFICABA: QUERIA BEBE , PERIODO INTERGENESICO DE: 7 ANOS FN : 16/06/2009 . ESCOLARIDAD: TECNICO , OCUPACION: ESTETISISTA , ALFABETA : SI CONDICION ESPECIAL : DESPLAZADO: NIEGA DISCAPACIDAD: NO G3P0A0E0C1V1 , FUM: 20/11/2016 , EG: 6.2 SEMANAS , FPP: 27/08/2017 , EG CONFIABLE POR FUM: SI , PROCEDENCIA : BOGOTA , RECIBE APOYO DEL COMPANERO DE 26 ANOS DE EDAD, OCUPACION DEL COMPANERO TECNICO DE ELECTRODOMESTICOS , BUENA RELACION DE PAREJA, BUEN ESTADO EMOCIONAL DURANTE EL EMBARAZO, VIVE CON: HIJA Y ESPOSO

EVALUACION DE LA GESTACION ANTERIOR:: MULTIPLICIDAD DEL EMBARAZO: NO, PREMATUROS: NO, A TERMINO: SI, RECIEN NACIDO MENOR DE 2500 GR: NO, MALFORMACIONES: NO, RECIEN NACIDO DE 4000 GR:: NO  
MUERTES PERINATALES: NO, EMBARAZOS PREVIOS: SI, ULTIMO ABORTO: SI ( 14 SEM ) ESPONTANEO  
FECHA: JULIO 2016 RETENCION PLANCENTARIA: NO, ABRUPTO DE PLACENTA: NO  
EVENTOS DE RIESGO GESTACIONAL: NINGUNO EN EL MOMENTO  
(ABORTO HABITUAL, HIE, DIABETES, RCIU, BAJO PESO AL NACER, ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS, RIESGO DE PRE-ECLAMPSIA

#### Revisión por Sistemas

Cabeza SE INDAGA ACERCA DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA :  
PACIENTE NIEGA CEFALEA, NIEGA TINITUS, NIEGA FOSFENOS , NIEGA VOMITO, NIEGA EPIGASTRALGIA, NIEGA DOLOR PELVICO, NIEGA DISURIA , NIEGA LEUCORREA ,NIEGA SANGRADO VAGINAL , NIEGA EDEMA .  
PESO PRÉGESTACIONAL: 59 KG

¿Paciente Sintomático Respiratorio? No Red de Apoyo: Si Sedentarismo: Si

#### Antecedentes Generales

Patológicos: TBC: NIEGA  
DIABETES: NIEGA  
HIPERTENSION: NIEGA  
PREECLAMPSIA: NIEGA  
ECLAMPSIA: NIEGA  
OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA  
CARDIOPATIA: NIEGA  
NEFROPATIA: NIEGA  
CHAGAS: NIEGA  
PALUDISMO: NIEGA  
VACUNA DE ANTIRUBEOLA: NO  
COAGULOPATIAS: NIEGA  
VARICELA : SI EN LA INFANCIA Quirúrgicos: CIRUGIA GENITO URINARIA: CESAREA HACE 6 AÑOS POR PRESENTAR PRESENTACION PODALICA  
LEGRADO OBSTETRICO JULIO 2016 POS ABORTO RETENIDO DE 14 SEM Traumáticos: NIEGA Alérgicos: NIEGA  
mayo/2015 mediamnto alwimtno niega Tóxicos: FUMADORA ACTIVA: NIEGA  
FUMADORA PASIVA: NIEGA  
DROGAS: NIEGA  
ALCOHOL: NIEGA Farmacológicos: NIEGA Familiares: MADRE, ABUELA MATERNA HIPERTENSAS  
TBC: NIEGA  
DIABETES: NIEGA  
PRECLAMPSIA: NIEGA  
ECLAMPSIA: NIEGA  
OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA

. Transfusionales: NIEGA TRANSFUSIONES  
RH PAREJA: NO SABE / RH PACIENTE: A+  
ENERO 2017 NIEGA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. Sexuales: SEXARQUIA: 14 AÑOS , NUMERO DE  
COMPANEROS SEXUALES EN LA VIDA: 1 , NIEGA USO DEL PRESERVATIVO , ENFERMEDADES DE  
TRANSMISION SEXUAL COMO VIH: NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS ETS: NIEGA EN EL  
MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.  
PLANIFICA: NO METODO: NO APLICA  
HISTORIA DE INFERTILIDAD: NO  
TATUAJES O PIRCEING: NO  
TRANSPLANTE DE ORGANOS.: NO  
FECHA DE LA ULTIMA CITOLOGIA: DIC 2015 REFIERE VERBALEMENTE QUE FUE NEGATIVA.  
TUVO CONSULTA PRECONCEPCIONAL: NO  
COMPANERO DE LA USUARIA PRESENTO ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH:  
NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.  
AH PRESENTADO SIGNOS Y SINTOMAS DE ZIKA: NO Observaciones: ESTETICISTA 2016/05/31  
VACUNACION CON TD ANTERIOR ESTACION +/- 2 DOSIS . NO REFIERE OTRO CAMBIO EN  
ANTECEDENTES. REF ASISTENCIA A CITA ODONTologica ESTA EN TOO PARTICULAR, NUTRICION SI  
YA TIENE CITA Y CURSO PSICOFISICO NO. ESCOLARIDAD BACHILLERATO COMPLETO, TRABAJA EN  
ESTETICA. VIVE CON ESPOSO E HIJA DE 6 AÑOS. BUENAS RELACIONES.

#### **Antecedentes Ginecológicos**

Menarquia: 15 Histerectomía: Falso Fecha ultima menstruación: 2016/11/20 Fecha ultimo parto: 2009/06/16  
Gestas: 2 Partos: 0 Abortos: 1 Ectópicos: 0 Cesáreas: 1 Vivos: 1 Gestación: Si Fecha probable de parto por  
FUR: 2017/08/27 Fecha Ultima Citología: 2015/12/01 Resultado Ultima Citología: Normal Otros: 29 DE  
ABRIL/16= VIH. HEPB, VDRL, TOXZOG = NEG, HB 12.9 A+ Observaciones: SE INFORMA SOBRE  
SENTENCIA C-355/2006 RESPENTANDO DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER,  
TOMAR DECISIONES LIBRES Y SIN DISCRIMINACION SOBRE LA POSIBILIDAD DE PROCREAR O NO, DE  
REGULAR LA FECUNDIDAD Y DE DISPONER DE LA INFORMACION Y MEDIOS PARA ELLO. TAMBIEN  
IMPLICA EL DERECHO DE TENER ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA QUE  
GARANTICEN UNA MATERNIDAD SEGURA. LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS, LA  
DECISION LIBRE DE INTERRUCCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LOS CASOS CUANDO SE TRATE  
DE PRODUCTO DE VIOLACION O ACCESO CARNAL, CUANDO EXISTAN MALFORMACIONES FETALES,  
INCOMPATIBLES CON LA VIDA POS NATAL, Y CUANDO EL EMBARAZO PONGA EN PELIGRO LA SALUD  
DE LA MADRE. Sífilis gestacional: Riesgo no evaluado Hipertensión inducida por la gestación: Riesgo no  
evaluado ¿Se ha realizado una mamografía?: No aplica Fecha de mamografía: 1845-01-01 Resultado de la  
mamografía: No aplica

#### **Planificación**

El paciente manifiesta que Tiene Vida Sexual Activa Número de compañeros(as): 1

#### **Parámetros Básicos**

TAD: 60 mmHg TAS: 100 mmHg FC: 85 PPM FR: 23 RPM Temperatura: 36 °C Talla: 155 cm Peso: 60,6 Kg  
Perimetro Abdominal: 00 cm Saturación de oxígeno: 90 % Oxígeno: No IMC: 25.2237

#### **Examen Físico**

General: ADECUADO ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD  
RESPIRATORIA. ESTADO MENTAL: ALERTA, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS. Cabeza: CABEZA:  
NORMOCEFALA, NO EDEMA PALPEBRAL, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL:  
HUMEDA.CUELLO MOVIL NO MASAS, CARDIOPULMONAR: TORAX NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS  
CARDIACOS NO TAQUICARDICOS, RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MURMULLO  
VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS. MAMAS: SIMETRICAS SIN MASAS NO SECRETANTE  
APTAS PARA LA LACTANCIA MATERNA ABDOMEN: GLOBOSO BLANDO NO DOLOROSO, NO SIGNOS DE  
IRRITACION PERITONEAL, UTERO GRAVIDO, AUN NO PALPABLE, NO DINAMICA UTERINA,  
GENITOURINARIO: DIURESIS POSITIVA, NO LEUCORREA NI SANGRADO VAGINAL NI AMNIOORREA.  
EXTREMIDADES: EUTROFICAS, SIN EDEMAS, ADECUADA PERFUSION DISTAL, NO DILATACIONES  
VARICOSAS. OSTEOARTICULAR SIN ALTERACION, NEUROLOGICO: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO,  
ROT +/+/++++, PARES CRANEANOS CONSERVADOS, NO SIGNOS MENINGEOS. SIN SINTOMAS DE  
VASOESPASMOS, PIEL INTEGRAL .  
PRESION ARTERIAL MEDIA: 73.3

#### **Diagnósticos**

Z348 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES Z717 CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL  
VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]

#### **Medicamentos Formulados y/o Administrados**

ACIDO FOLICO TABLETA 1 MG Cantidad: 30 Vía Administración: Oral Dosificación: Tomar 1 TAB DIA  
Duración del tratamiento: 6 Mes(es) . CALCIO CARBONATO TABLETA O CAPSULA 600 MG Cantidad: 60 Vía  
Administración: Oral Dosificación: Tomar 1 TAB CADA 12 HRS Duración del tratamiento: 6 Mes(es) .  
Recomendaciones:

#### **Laboratorio Clínico**

##### **LABORATORIOS FORMULADOS**

G13 : 902209HEMOGR+ 902212HEMOCLA+ 906127TOXOIGG+ 906317AGHEPAB+ 90691501TREPO +  
90710603UROA Cantidad: 1 Observación: TOMA DE LABORATORIO EN AYUNAS

LABORATORIO DE LUNES A SABADO 6:15 A 9:00

EMBARAZO CONFIRMADO

SE CITA PARA CONTROL DE REPORTES DE LABORATORIOS EN 4 DIAS DE LUNES A VIERNES DE 4 A 5  
PM

901235 : UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]+ Cantidad: 1 Observación: SE RECOMIENDA  
RECOGER LA MUESTRA CON LA PRIMERA ORINA DE LA MAÑANA, PREVIO LAVADO DE GENITALES CON  
JABON Y ABUNDANTE AGUA, RECOGERLA A MITAD DE LA MICCIÓN. 906249 : VIH 1 Y 2. ANTICUERPOS  
& \*+ Cantidad: 1 Observación:

#### **Imagenología**

##### **Otros Exámenes y/o procedimientos**

88143104 : ECO OBSTETRICA CON SONOLUCENCIA NUCAL Cantidad: 1 Observación: 11.5 A 13.5  
89030601 : PROGRAMAS DE DETECCION TEMPRANA- NUTRICION (NUTRICION GESTANTE (DETECCION  
TEMPRANA)) Cantidad: 1 Observación: 93370001 : ENTRENAMIENTO PRE, PERI Y POST PARTO (TERAPIA  
PSICOFISICA PARA EL PARTO) Cantidad: 1 Observación: MAYOR A 16 SEM 99312002 : VACUNACION  
COMBINADA CONTRA TETAN (VACUNA TD MUJERES EMBARAZADAS) Cantidad: 1 Observación: 21 SEM

#### **Procedimientos Internos**

##### **Remisiones**

99021212 : EDUCACION EN SALUD ORAL Cantidad: 1 ( NOTA REMISION ) RESUMEN HISTORIA CLINICA:  
OBSERVACIONES: TRATAMIENTO:

#### **Incapacidades/Licencias**

##### **Conducta**

. Conducta: EMBARAZO DE BAJO RIESGO BIOPsicOSOCIAL SEGUN ESCALA DE HERRERA PUNTAJE:0  
RIESGO OBSTETRICO : BAJO  
ESTADO NUTRICIONAL: CLASIFICACION B IMC ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL

PACIENTE SIN SINTOMAS DE TENSION EMOCIONAL, HUMOR DEPRESIVO, NI PRESENTA SINTOMAS NEUROVEGETATIVOS, RECIBE SOPORTE FAMILIAR.  
SE LE DA LA BIENVENIDA AL PROGRAMA EXPLICANDO IMPORTANCIA Y PERIODICIDAD DE LOS CONTROLES DE VENIR ACOMPAÑADA, EXPLICANDO LOS DEBERES Y DERECHOS DE LA PACIENTE, IMPORTANCIA DEL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES  
SE DILIGENCIA Y HACE ENTREGA DE CARNET CLAP MATERNO.  
SE BRINDAN SIGNOS DE ALARMA, INDICANDO LA IMPORTANCIA DE LA AUTOIDENTIFICACION DE LOS MISMOS, ENFANTIZANDO QUE TODA LA FAMILIA GESTANTE DEBE DE SABERLOS: FIEBRE, CEFALEA FUERTE, FOSFENOS, TINITUS, VOMITO FRECUENTE, DOLOR ABDOMINAL, DOLOR PELVICO SINTOMAS URINARIOS, AUSENCIA O DISMINUCION DE MOVIMIENTOS FETALES, SANGRADO VAGINAL, PERDIDA DE LIQUIDO VAGINAL, EDEMA EN CARA Y PIES ERUPCION CUTANEA GENERALIZADA, ANTE LOS CUALES DEBE ASISTIR A SERVICIO DE URGENCIAS DEL POS O PAC EN CASO DE TENERLO.  
SE EXPLICA QUE EN CASO DE VIVIR EN MUNICIPIOS ALEDANOS A BOGOTA, PUEDE IR A URGENCIAS A LA RED DE CUNDINAMARCA, AL SITIO QUE QUEDE MAS CERCA A SU DOMICILIO.  
SE ENTREGA A LA PACIENTE PAGINA WEB DONDE PUEDE CONSULTAR INFORMACION SOBRE LA EPS Y SOBRE RED DE URGENCIAS. WWW.COMPENSAR.COM/SALUD/COMO ME CUIDO.  
SE INFORMA COMPLICACIONES FETALES POR EL USO DE SUSTANCIA PSICOACTIVAS, ALCOHOL Y CIGARRILLO DURANTE EL EMBARAZO, SE LE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA.  
SE SOLICITA PRIMER KIT DE PARACLINICOS:  
UROANALISIS Y UROCULTIVO, SEROLOGIA, HEMOCLASIFICACION, CUADRO HEMATICO, ANTIGENOS PARA HEPATITIS B Y ANTIGENOS PARA TOXOPLASMA Y PRUEBA DE ELISA VIH PREVIA CONSEJERIA PRE TEST.  
ECOGRAFIA OBSTETRICA  
SE PROGRAMA CITA DE PRIMERA VEZ CON G/O, Y PROXIMO CONTROL CON ENFERMERIA. SE DA ORDEN DE VALORACION CON NUTRICION Y DE ODONTOLOGIA.  
PENDIENTE REMITIR A CURSO PSICOFISICO EN SEMANA 16, VACUNA INFLUENZA EN SEMANA 14, VACUNA TT EN SEMANA 21, VACUNACION EN LA SEMANA 26 PARA DPT ACELULAR.  
PREVIA CONSEJERIA PRETEST Y CONSENTIMIENTO INFORMADO SE SOLICITA PRUEBA ELISA VIH 1 Y 2, EXPLICANDO MOTIVO DE SOLICITUD E IMPORTANCIA DE LA MISMA, VOLUNTARIEDAD PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA MISMA. EXPLICANDO CLARAMENTE DIFERENCIA ENTRE PORTADOR DE VIH Y SIDA, SE INDICA EVITAR PROMISCUIDAD PREVENCION DE ETS, Y USO DEL PRESERVATIVO EN TODA RELACION SEXUAL, CONDUCTAS SICOSOCIALES Y SEXUALES SEGURAS. PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA INFORMACION BRINDADA EN CONSULTA, NO SE RECOMIENDA VIAJAR A ZONAS ENDEMICAS EN CASO DE HACERLO TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL ZIKA COMO EL USO DE REPELENTE CONTRA INSECTOS, PRENDAS CON MANGA LARGA, PANTALONES LARGOS, TOLDILLOS Y ANJEOS EN VENTANAS Y PUERTAS.  
. ¿Brindó orientación en Lactancia Materna?: Si. Fecha de consejería en Lactancia Materna: 2017-01-04.  
Asesoría Pre test Elisa para VIH: Si. Fecha asesoría Pre test Elisa para VIH: 2017-01-04

**Otros Parámetros y Valores Relacionados**  
**Firma del Profesional**



GLORIA ESPERANZA PINEDA ALVIS  
65708045  
Especialidad: ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR

## Historia Clínica

<b>Nº Id Afiliado</b> 1016026543	<b>Atendido En</b> AV CLL 13 # 104 -21	<b>Nº Autorización</b> 170041134585315	<b>Fecha y Hora Atención</b> 2017-01-04 16:16:12
<b>Nº Id Paciente</b> 1016051970	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b>	<b>Programa</b> POS CONTRIBUTIVO
<b>Nombre y Apellidos Completos</b> DIANA OSORIO OROZCO	<b>Sexo</b> F	<b>Grupo Sanguíneo</b> A	<b>Edad</b> 24 Año(s) 1 Mes(es)
<b>Dirección Residencia</b> DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO		<b>RH</b> +	<b>Fecha Nacimiento</b> 03/12/1992
<b>Ocupación</b> PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN Y PENSIONADOS O JUBILADOS		<b>Telefonos</b> 3163342885	<b>Edad</b> 24 Año(s) 1 Mes(es)
<b>Responsable</b> FABIAN SERRATO ESPOSO 3173075899		<b>Acompañante</b> SOLA CA	<b>Celular</b> 3173075899
<b>Etnia</b> Blanco		<b>Telefono del Responsable</b> ¿Cuál?	<b>Telefono del Acompañante</b> ¿Cuál?
<b>Estado Civil</b> ¿Cuál?		<b>Parentesco del Responsable</b> ¿Cuál?	<b>Aseguradora</b> ¿Cuál?
<b>Causa Externa</b> 15 Otra		<b>Finalidad Consulta</b> . Detección de alteraciones de embarazo	

### Riesgo Paciente

#### Motivo Consulta

. Asesoría Pre Test- prueba de VIH

#### Enfermedad Actual

. Asiste usuaria a la asesoría pre test de Elisa para VIH- SIDA, gestante asintomática no refiere hospitalizaciones en el último mes

#### Evolución y Control

. No hay presencia de signos y síntomas sugestivos de infección aguda por VIH, no uso de drogas inyectables o sustancias psicoactivas, orientación sexual: Heterosexual, No uso adecuado del preservativo, Primera Elisa que se va a realizar.

#### Revisión por Sistemas

Cabeza Se informa sobre la confidencialidad en la entrega de la prueba.  
Se educa sobre:- Ejercicio responsable sobre la sexualidad y reproducción

- Derechos sexuales y reproductivos
- Protección ITS/VIH-SIDA
- Prevención de Violencia y abuso sexual
- Educación sexual
- Promover al autocuidado en pareja
- Uso del preservativo.

-Hábitos de vida saludable. No consumo de bebidas alcohólicas. Cigarrillo, tabaco o sustancias psicoactivas. de acuerdo a dichos factores de riesgo se remite a toxicología. Insisto en evitar promiscuidad. Prevención de ets. y uso de preservativo en toda relación sexual. conductas psico-sociales y sexuales seguras. Se explica claramente diferencia entre portador de VIH y paciente con sida. Se explica además a la gestante que esta prueba se le volverá a confirmar en la semanas 33 de gestación

¿Paciente Sintomático Respiratorio? No Red de Apoyo: Si Sedentarismo: Si

#### Antecedentes Generales

Patológicos: TBC: NIEGA  
DIABETES: NIEGA  
HIPERTENSION: NIEGA  
PREECLAMPSIA: NIEGA  
ECLAMPSIA: NIEGA  
OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA  
CARDIOPATIA: NIEGA  
NEFROPATIA: NIEGA  
CHAGAS: NIEGA  
PALUDISMO: NIEGA  
VACUNA DE ANTIRUBEOLA: NO  
COAGULOPATIAS: NIEGA  
VARICELA : SI EN LA INFANCIA Quirúrgicos: CIRUGIA GENITO URINARIA: CESAREA HACE 6 AÑOS POR PRESENTAR PRESENTACION PODALICA  
LEGRADO OBSTETRICO JULIO 2016 POS ABORTO RETENIDO DE 14 SEM Traumáticos: NIEGA Alérgicos: NIEGA  
mayo/2015 mediamnto alwimtno niega Tóxicos: FUMADORA ACTIVA: NIEGA  
FUMADORA PASIVA: NIEGA  
DROGAS: NIEGA  
ALCOHOL: NIEGA Farmacológicos: NIEGA Familiares: MADRE, ABUELA MATERNA HIPERTENSAS  
TBC: NIEGA  
DIABETES: NIEGA  
PRECLAMPSIA: NIEGA  
ECLAMPSIA: NIEGA  
OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA

. Transfusionales: NIEGA TRANSFUSIONES

RH PAREJA: NO SABE / RH PACIENTE: A+

ENERO 2017 NIEGA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. Sexuales: SEXARQUIA: 14 AÑOS , NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES EN LA VIDA: 1 , NIEGA USO DEL PRESERVATIVO , ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH: NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.

PLANIFICA: NO METODO: NO APLICA

HISTORIA DE INFERTILIDAD: NO

TATUAJES O PIRcing: NO

TRANSPLANTE DE ORGANOS.: NO

FECHA DE LA ÚLTIMA CITOLOGÍA: DIC 2015 REFIERE VERBALEMENTE QUE FUE NEGATIVA.  
TUVO CONSULTA PRECONCEPCIONAL: NO  
COMPAÑERO DE LA USUARIA PRESENTO ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH:  
NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.  
AH PRESENTADO SIGNOS Y SINTOMAS DE ZIKA: NO Observaciones: ESTETICISTA 2016/05/31  
VACUNACION CON TD ANTERIOR ESTACION +/- 2 DOSIS . NO REFIERE OTRO CAMBIO EN  
ANTECEDENTES. REF ASISTENCIA A CITA ODONTOLÓGICA ESTA EN TOO PARTICULAR, NUTRICION SI  
YA TIENE CITA Y CURSO PSICOFISICO NO. ESCOLARIDAD BACHILLERATO COMPLETO, TRABAJA EN  
ESTETICA. VIVE CON ESPOSO E HIJA DE 6 AÑOS. BUENAS RELACIONES.

#### **Antecedentes Ginecológicos**

Menarquia: 15 Histerectomía: Falso Fecha ultima menstruación: 2016/11/20 Fecha ultimo parto: 2009/06/16  
Gestas: 2 Partos: 0 Abortos: 1 Ectópicos: 0 Cesáreas: 1 Vivos: 1 Gestación: Si Fecha probable de parto por  
FUR: 2017/08/27 Fecha Ultima Citología: 2015/12/01 Resultado Ultima Citología: Normal Otros: 29 DE  
ABRIL/16= VIH. HEPB, VDRL, TOXZOG = NEG, HB 12.9 A+ Observaciones: SE INFORMA SOBRE  
SENTENCIA C-355/2006 RESPETANDO DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER,  
TOMAR DECISIONES LIBRES Y SIN DISCRIMINACION SOBRE LA POSIBILIDAD DE PROCREAR O NO, DE  
REGULAR LA FECUNDIDAD Y DE DISPONER DE LA INFORMACION Y MEDIOS PARA ELLO. TAMBIEN  
IMPLICA EL DERECHO DE TENER ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA QUE  
GARANTICEN UNA MATERNIDAD SEGURA. LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS, LA  
DECISION LIBRE DE INTERRUCCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LOS CASOS CUANDO SE TRATE  
DE PRODUCTO DE VIOLACION O ACCESO CARNAL, CUANDO EXISTAN MALFORMACIONES FETALES,  
INCOMPATIBLES CON LA VIDA POS NATAL, Y CUANDO EL EMBARAZO PONGA EN PELIGRO LA SALUD  
DE LA MADRE. Sífilis gestacional: Riesgo no evaluado Hipertensión inducida por la gestación: Riesgo no  
evaluado ¿Se ha realizado una mamografía?: No aplica Fecha de mamografía: 1845-01-01 Resultado de la  
mamografía: No aplica

#### **Planificación**

El paciente manifiesta que Tiene Vida Sexual Activa Número de compañeros(as): 1

#### **Parámetros Básicos**

TAD: 1 mmHg TAS: 1 mmHg FC: 1 PPM FR: 1 RPM Temperatura: 1 °C Talla: 1 cm Peso: 1 Kg Perímetro  
Abdominal: 1 cm Saturación de oxígeno: 1 % Oxígeno: No IMC: 10000

#### **Examen Físico**

General: SANO

#### **Diagnósticos**

Z717 CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]

#### **Medicamentos Formulados y/o Administrados**

#### **Laboratorio Clínico**

#### **Imagenología**

#### **Otros Exámenes y/o procedimientos**

#### **Procedimientos Internos**

#### **Remisiones**

#### **Incapacidades/Licencias**

#### **Conducta**

Conducta: Se le informa a la usuaria sobre el reporte de la prueba presuntiva de ELISA-VIH  
Se le explica el PROPOSITO Y BENEFICIO de la prueba que consiste cuyo nombre es Elisa para VIH; es  
utilizada para precisar si una persona está infectada o no con el VIH mediante la determinación en sangre de los  
anticuerpos ( defensas producidas por el organismo) contra este virus, el propósito de realizar esta prueba es  
ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene antecedentes de riesgo,  
INTERPRETACION DE LA PRUEBA: Se examina la sangre utilizando una prueba presuntiva (ELISA), si ésta  
resulta REACTIVA (Positiva), se repite y será necesario realizar una prueba suplementaria o confirmatoria con  
Carga Viral y/o Western Blot; si ésta prueba se confirma como REACTIVA significa que la persona está infectada  
con VIH y que lo puede transmitir a otras personas si no toma las medidas adecuadas. Si el resultado es  
NEGATIVO, significa que no hay evidencia de laboratorio, hasta el momento, de que la persona esté infectada. \*  
LIMITACIONES DE LA PRUEBA: Las pruebas de laboratorio son bastantes confiables. Sin embargo algunos  
resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS significando que la prueba presuntiva ELISA fue POSITIVA, pero  
que la prueba confirmatoria (Carga viral y/o Western Blot) fue NEGATIVA. En este caso, la prueba presuntiva  
indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no los había. También se dan resultados  
FALSOS NEGATIVOS, en los cuales no se detectan anticuerpos contra VIH en la prueba presuntiva, pero en  
realidad el virus está presente, esto sucede cuando no ha pasado suficiente tiempo después de la infección y por  
lo tanto no existe aún el volumen necesario de anticuerpos para ser detectados por una prueba de ELISA. Es  
posible que en la prueba confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, esto significa que no hay  
seguridad de que la persona esté realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba. Tenga en cuenta  
que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presentará síntomas o desarrollará el SIDA.  
Se requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar el riesgo  
que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por el VIH Se explica RIESGOS  
de la prueba, se determinan factores de riesgo y se fortalecen factores protectores.

Usuario refiere entender y aceptar  
Se remite a laboratorio clínico.

Asesoría Pre test Elisa para VIH: Si. Fecha asesoría Pre test Elisa para VIH: 2017-01-06

#### **Otros Parámetros y Valores Relacionados**

#### **Firma del Profesional**



GLORIA ESPERANZA PINEDA ALVIS  
65708045  
Especialidad: ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR

## Historia Clínica

<b>Nº Id Afiliado</b> 1016026543	<b>Atendido En</b> AV CLL 13 # 104 -21	<b>Nº Autorización</b> 170047381488753	<b>Fecha y Hora Atención</b> 2017-02-01 13:06:55
<b>Nº Id Paciente</b> 1016051970	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b>	<b>Programa</b> POS CONTRIBUTIVO
<b>Nombre y Apellidos Completos</b> DIANA OSORIO OROZCO	<b>Sexo</b> F	<b>Grupo Sanguíneo</b> A	<b>Edad</b> 24 Año(s) 1 Mes(es)
<b>Dirección Residencia</b> DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO	<b>RH</b> +	<b>Fecha Nacimiento</b> 03/12/1992	<b>Teléfonos</b> 3173075899
<b>Ocupación</b> PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN Y PENSIONADOS O JUBILADOS	<b>Responsible</b> FABIAN SERRATO ESPOSO 3173075899	<b>¿Cuál?</b>	<b>Parentesco del Responsable</b>
<b>Etnia</b> Blanco	<b>Estado Civil</b> Unión libre	<b>¿Cuál?</b>	<b>Aseguradora</b>
<b>Causa Externa</b> 15 Otra	<b>Finalidad Consulta</b> . Detección de alteraciones de embarazo		

### Riesgo Paciente

#### Motivo Consulta

. CONSULTA DE CONTROL PRENATAL POR ENFERMERIA

#### Enfermedad Actual

. ASISTE PACIENTE DE 10.2 SEMANAS DE GESTACION POR FUR, ASINTOMATICA SIN SIGNOS DE VASOESPASMO, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SOLA .

#### Evolución y Control

. PENDIENTE ECOGRAFIA DE I TRIMESTRE, QUE CONSULTA A CONTROL PRENATAL NIEGA QUE HA IDO A URGENCIAS DURANTE EL ULTIMO MES, NO TOMA MEDICAMENTOS BUEN ESTADO EMOCIONAL EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA, BUENA RED DE APOYO, NO AH VIAJADO A ZONAS ENDEMICAS CON EXPOSICION A ZIKA

#### Revisión por Sistemas

Cabeza SE INDAGA ACERCA DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA : PACIENTE NIEGA CEFALEA, NIEGA TINITUS, NIEGA FOSFENOS , NIEGA VOMITO, NIEGA EPIGASTRALGIA, NIEGA DOLOR PELVICO, NIEGA DISURIA , NIEGA LEUCORREA ,NIEGA SANGRADO VAGINAL , NIEGA EDEMA.

¿Paciente Sintomático Respiratorio? No Red de Apoyo: Si Sedentarismo: Si

#### Antecedentes Generales

Patológicos: TBC: NIEGA  
 DIABETES: NIEGA  
 HIPERTENSION: NIEGA  
 PREEECLAMPSIA: NIEGA  
 ECLAMPSIA: NIEGA  
 OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA  
 CARDIOPATIA: NIEGA  
 NEFROPATIA: NIEGA  
 CHAGAS: NIEGA  
 PALUDISMO: NIEGA  
 VACUNA DE ANTIRUBEOLA: NO  
 COAGULOPATIAS: NIEGA  
 VARICELA : SI EN LA INFANCIA  
 IVU PENDIENTE TTO PACIENTE NO ASISTE A LA CITA ASIGNADA POR GINECOLOGIA PARA EL DIA 12/01/2017 Quirúrgicos: CIRUGIA GENITO URINARIA: CESAREA HACE 6 AÑOS POR PRESENTAR PRESENTACION PODALICA  
 LEGRADO OBSTETRICO JULIO 2016 POS ABORTO RETENIDO DE 14 SEM Traumáticos: NIEGA Alérgicos: NIEGA  
 mayo/2015 mediamnto alwimtno niega Tóxicos: FUMADORA ACTIVA: NIEGA  
 FUMADORA PASIVA: NIEGA  
 DROGAS: NIEGA  
 ALCOHOL: NIEGA Farmacológicos: NIEGA Familiares: MADRE, ABUELA MATERNA HIPERTENSAS  
 TBC: NIEGA  
 DIABETES: NIEGA  
 PRECLAMPSIA: NIEGA  
 ECLAMPSIA: NIEGA  
 OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA

. Transfusionales: NIEGA TRANSFUSIONES  
 RH PAREJA: NO SABE / RH PACIENTE: A+ .  
 ENERO 2017 NIEGA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.  
 VALORACION POR ODONTOLOGIA ASISTE PARTICULAR  
 VALORACION POR NUTRICION 17/02/2017  
 CURSO SICOPROFILACTICO PENDIENTE  
 VACUNAS DE LA GESTACION PENDIENTES Sexuales: SEXARQUIA: 14 AÑOS , NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES EN LA VIDA: 1 , NIEGA USO DEL PRESERVATIVO , ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH: NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.  
 PLANIFICA: NO METODO: NO APLICA  
 HISTORIA DE INFERTILIDAD: NO  
 TATUAJES O PIRING: NO  
 TRANSPLANTE DE ORGANOS.: NO  
 FECHA DE LA ÚLTIMA CITOLOGIA: DIC 2015 REFIERE VERBALEMENTE QUE FUE NEGATIVA.

TUVO CONSULTA PRECONCEPCIONAL: NO  
COMPANERO DE LA USUARIA PRESENTO ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH:  
NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.  
AH PRESENTADO SIGNOS Y SINTOMAS DE ZIKA: NO Observaciones: ESTETICISTA 2016/05/31  
VACUNACION CON TD ANTERIOR ESTACION +/- 2 DOSIS . NO REFIERE OTRO CAMBIO EN  
ANTECEDENTES. REF ASISTENCIA A CITA ODONTOLOGICA ESTA EN TOO PARTICULAR, NUTRICION SI  
YA TIENE CITA Y CURSO PSICOFISICO NO. ESCOLARIDAD BACHILLERATO COMPLETO, TRABAJA EN  
ESTETICA. VIVE CON ESPOSO E HIJA DE 6 AÑOS. BUENAS RELACIONES.

#### **Antecedentes Ginecológicos**

Menarquia: 15 Histerectomía: Falso Fecha última menstruación: 2016/11/20 Fecha último parto: 2009/06/16  
Gestas: 2 Partos: 0 Abortos: 1 Ectópicos: 0 Cesáreas: 1 Vivos: 1 Gestación: Si Fecha probable de parto por  
FUR: 2017/08/27 Fecha Última Citología: 2015/12/01 Resultado Última Citología: Normal Otros: UROCULTIVO  
POSITIVO PENDIENTE TTO Observaciones: SE INFORMA SOBRE SENTENCIA C-355/2006 RESPETANDO  
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER, TOMAR DECISIONES LIBRES Y SIN  
DISCRIMINACION SOBRE LA POSIBILIDAD DE PROCREAR O NO, DE REGULAR LA FECUNDIDAD Y DE  
DISPONER DE LA INFORMACION Y MEDIOS PARA ELLO. TAMBIÉN IMPLICA EL DERECHO DE TENER  
ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA QUE GARANTICEN UNA MATERNIDAD SEGURA.  
LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS, LA DECISION LIBRE DE INTERRUCCION  
VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LOS CASOS CUANDO SE TRATE DE PRODUCTO DE VIOLACION O  
ACCESO CARNAL, CUANDO EXISTAN MALFORMACIONES FETALES, INCOMPATIBLES CON LA VIDA POS  
NATAL, Y CUANDO EL EMBARAZO PONGA EN PELIGRO LA SALUD DE LA MADRE. Sífilis gestacional:  
Riesgo no evaluado Hipertensión inducida por la gestación: Riesgo no evaluado ¿Se ha realizado una  
mamografía?: No aplica Fecha de mamografía: 1845-01-01 Resultado de la mamografía: No aplica

#### **Planificación**

El paciente manifiesta que Tiene Vida Sexual Activa Número de compañeros(as): 1

#### **Parámetros Básicos**

TAD: 60 mmHg TAS: 100 mmHg FC: 85 PPM FR: 23 RPM Temperatura: 36 °C Talla: 155 cm Peso: 61 Kg  
Perímetro Abdominal: 00 cm Saturación de oxígeno: 90 % Oxígeno: No IMC: 25.3902

#### **Examen Físico**

General: VALORACION NUTRICIONAL CLASIFICACION B IMC ADECUADO PARA LA EDAD  
GESTACIONAL

· PRESENTO INCREMENTO DE 1 KG DURANTE EL ULTIMO MES DEL EMBARAZO.

· CURVA DE ALTURA UTERINA PERCENTIL P50

ADECUADO ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.  
ESTADO MENTAL: ALERTA, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS. Cabeza: CABEZA: NORMOCEFALA, NO  
EDEMA PALPEBRAL, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL: HUMEDA. CUELLO MOVIL NO  
MASAS. CARDIOPULMONAR: TORAX NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS NO TAQUICARDICOS,  
RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN  
AGREGADOS. MAMAS: SIMETRICAS SIN MASAS NO SECRETANTE APTAS PARA LA LACTANCIA  
MATERNA ABDOMEN: GLOBOSO BLANDO NO DOLOROSO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL,  
UTERO GRAVIDO, ALTURA UTERINA 8 CM AUN NO AUDIBLE NO DINAMICA UTERINA GENITOURINARIO:  
DIURESIS POSITIVA, NO LEUCORREA NI SANGRADO VAGINAL, NI AMNIOORREA. EXTREMIDADES:  
EUTROFICAS, SIN EDEMAS, ADECUADA PERFUSION DISTAL, NO DILATACIONES VARICOSAS.  
OSTEOARTICULAR SIN ALTERACION NEUROLOGICO: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, ROT +/+/++++,  
PARES CRANEANOS CONSERVADOS, NO SIGNOS MENINGEOS. SIN SINTOMAS DE VASOESPASMOS ,  
PIEL INTEGRAL .

#### **Diagnósticos**

Z348 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES

#### **Medicamentos Formulados y/o Administrados**

#### **Laboratorio Clínico**

Lab Interno: HEMOGRAMA III basofilos %0.3, basofilos abs0.02, eosinofilos %2.1, eosinofilos abs0.12,  
hematocrito38.6, hemoglobina13.4, linfocitos %29, linfocitos abs1.66, mch29.1, mchc34.7, mcv83.9, monocitos  
%8, monocitos abs0.46, mpv10.8, neutrofilos %60.6, neutrofilos abs3.46, rdw13.4, recuento de eritrocitos4.6,  
recuento de leucocitos5.72, recuento de plaquetas automatizado249, recuento diferencial manual-. HEPATITIS B  
ANTIGENO DE SUPERFICIE AG HBS hepatitis b antigeno de superficie ag hbs0.4. TOXOPLASMA GONDII AC  
IG G SEMI O AUTOMATIZADO toxoplasma gondii ac ig g semi o automatizadomenor 0.130. TREPONEMA  
PALLIDUM ANTICUERPOS PRUEBA TREPONEMICA (treponema pallidum anticuerpos prueba  
treponemicamenor a 0.1. UROANALISIS aspectolig. turbio, bacterias++++, bilirrubinaneg, celulas epiteliales2,  
cetonasneg, color .amarillo, densidad1014, eritrocitosneg, glucosanorm, hematies16, leucocitos/estearasaneg,  
leucocitos7, nitritospos, otros-, ph6, proteinasneg, urobilinogenonorm. UROCULTIVO ANTIBIOGRAMA  
CONCENTRACION MINIMA INHIB urocultivo antibiograma concentracion minima inhibresultado: positivo.  
recuento /ml: mayor a 100.000 ufc. VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPO virus de  
inmunodeficiencia humana 1 y 2 anticuerpo0.22. HEMOCLASIFICACION hemoclasificaciona, rhpositivo

Interpretación: UROCULTIVO POSITIVO SE REMITE A MEDICINA GENERAL PENDIENTE TTO  
USUARIA INASISTENTE

#### **LABORATORIOS FORMULADOS**

901235 : UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]+ Cantidad: 1 Observación: SE RECOMIENDA  
RECOGER LA MUESTRA CON LA PRIMERA ORINA DE LA MAÑANA, PREVIO LAVADO DE GENITALES CON  
JABON Y ABUNDANTE AGUA, RECOGERLA A MITAD DE LA MICCION.  
7 DIAS DESPUES DEL TTO

#### **Imagenología**

#### **Otros Exámenes y/o procedimientos**

#### **Procedimientos Internos**

#### **Remisiones**

#### **Incapacidades/Licencias**

#### **Conducta**

· Conducta: EMBARAZO DE BAJO RIESGO BIOPSIOSOCIAL SEGUN ESCALA DE HERRERA PUNTAJE:1  
POR IVU

· SE DAN ORDENES PARA:

FFV, UROCULTIVO PARA REALIZAR ENTRE LA SEMANA 12 Y 16, ECOGRAFIA OBSTETRICA

CURSO SICOPROFILACTICO

VACUNA INFLUENZA EN SEMANA 14

SE INDICA INICIAR ESQUEMA DE TT EN SEMANA 21 Y DPT ACELULAR EN LA SEMANA 26

S/S UROCULTIVO PENDIENTE

PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA INFORMACION BRINDADA EN CONSULTA, SE INFORMA QUE EN CASO  
DE TENER REALCIONES SEXUALES USO DEL PRESERVATIVO, SE BRINDA ORIENTACION SOBRE  
SIGNOS DE ALARMA, INDICANDO LA IMPORTANCIA DE LA AUTOIDENTIFICACION DE LOS MISMOS.  
ENFANTIZANDO QUE TODA LA FAMILIA GESTANTE DEBE DE SABERLOS: FIEBRE, CEFALEA FUERTE,  
FOSFENOS, TINITUS, VOMITO FRECUENTE, DOLOR ABDOMINAL, DOLOR PELVICO SINTOMAS  
URINARIOS, AUSENCIA O DISMINUCION DE MOVIMIENTOS FETALES, SANGRADO VAGINAL, PERDIDA

DE LIQUIDO VAGINAL, EDEMA EN CARA Y PIES ERUPCION CUTANEA ( BROTE) ANTE LOS CUALES DEBE ASISTIR A SERVICIO DE URGENCIAS DEL POS, SE EXPLICA A LA GESTANTE QUE EN CASO DE VIVIR EN MUNICIPIOS ALEDANOS A BOGOTA, PUEDE IR A URGENCIAS A LA RED DE CUNDINAMARCA, AL SITIO QUE QUEDE MAS CERCA A SU DOMICILIO. NO SE RECOMIENDA VIAJAR A ZONAS ENDEMICAS EN CASO DE HACERLO TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL ZIKA COMO EL USO DE REPELENTES CONTRA INSECTOS, PRENDAS CON MANGA LARGA, PANTALONES LARGOS, TOLDILLOS Y ANJEOS EN VENTANAS Y PUERTAS. SE ENTREGA A LA PACIENTE PAGINA WEB DONDE PUEDE CONSULTAR INFORMACION SOBRE LA EPS Y SOBRE RED DE URGENCIAS. WWW.COMPENSAR.COM/SALUD/COMO ME CUIDO- WWW.COMFENALCOVALLE.COM.CO/SALUD/ COMO ME CUIDO.

SE FOMENTA LACTANCIA MATERNA , EXCLUSIVA , LIBRE DEMANDA.  
SE INFORMA LOS RIESGOS FETALES POR EL USO DE SUSTANCIA PSICOACTIVAS, ALCOHOL Y CIGARRILO DURANTE EL EMBARAZO .  
SE FOMENTA FACTORES PROTECTORES PARA EL AUTOCUIDADO DIETA BALANCEADA, BAJA EN GRASAS, HARINAS , Y AZUCARES, IMPORTANCIA DEL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES CUIDADOS GENERALES DURANTE EL EMBARAZO, VESTIDO, HIGIENE ETC . SE REGISTRA Y SE ENTREGA CARPETA CON CLAP MATERNO, SE ASIGNAN CITAS CON OBSTETRICIA Y ENFERMERIA DE SEGUIMIENTO

. ¿Brindó orientación en Lactancia Materna?: Si. Fecha de consejería en Lactancia Materna: 2017-02-01.  
Asesoría Pos test Elisa para VIH: Si. Fecha asesoría Pos test Elisa para VIH: 2017-02-01

**Otros Parámetros y Valores Relacionados**  
**Firma del Profesional**



GLORIA ESPERANZA PINEDA ALVIS  
65708045  
Especialidad: ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR

## Historia Clínica

<b>Nº Id Afiliado</b> 1016026543	<b>Atendido En</b> AV CLL 13 # 104 -21	<b>Nº Autorización</b> 17031182337664	<b>Fecha y Hora Atención</b> 2017-02-01 13:24:13
<b>Nº Id Paciente</b> 1016051970	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b>	<b>Programa</b> POS CONTRIBUTIVO
<b>Nombre y Apellidos Completos</b> DIANA OSORIO OROZCO	<b>Sexo</b> F	<b>Grupo Sanguíneo</b> A	<b>Edad</b> 24 Año(s) 1 Mes(es)
<b>Dirección Residencia</b> DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO		<b>RH</b> +	<b>Fecha Nacimiento</b> 03/12/1992
<b>Ocupación</b> PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN Y PENSIONADOS O JUBILADOS		<b>Telefonos</b> 3163342885	<b>Edad</b> 24 Año(s) 1 Mes(es)
<b>Responsable</b> FABIAN SERRATO ESPOSO 3173075899		<b>Acompañante</b> SOLA CA	<b>Parentesco del Responsable</b> Aseguradora
<b>Etnia</b> Mestizo		<b>Telefono del Responsable</b> ¿Cuál?	<b>Parentesco del Responsable</b> Aseguradora
<b>Estado Civil</b>		<b>¿Cuál?</b>	<b>Aseguradora</b>
<b>Causa Externa</b> 15 Otra		<b>Finalidad Consulta</b> . No Aplica	

### Riesgo Paciente

#### Motivo Consulta

. Asesoría post- prueba de VIH

#### Enfermedad Actual

. Asiste usuaria a la asesoría pos test de Elisa para VIH- SIDA, asintomática no refiere hospitalizaciones en el último mes

#### Evolución y Control

. No hay presencia de signos y síntomas sugestivos de infección aguda por VIH, no uso de drogas inyectables o sustancias psicoactivas, orientación sexual: Heterosexual, No uso adecuado del preservativo, Primera Elisa que se va a realizar.

#### Revisión por Sistemas

Cabeza Se informa sobre la confidencialidad en la entrega de la prueba.  
Se educa sobre:- Ejercicio responsable sobre la sexualidad y reproducción

- Derechos sexuales y reproductivos
- Protección ITS/VIH-SIDA
- Prevención de Violencia y abuso sexual
- Educación sexual
- Promover al autocuidado en pareja
- Uso del preservativo.

-Hábitos de vida saludable. No consumo de bebidas alcohólicas. Cigarrillo, tabaco o sustancias psicoactivas. De acuerdo a dichos factores de riesgo se remite a toxicología. Insisto en evitar promiscuidad. Prevención de ets. Y uso de preservativo en toda relación sexual. Conductas psico-sociales y sexuales seguras. Se explica claramente diferencia entre portador de VIH y paciente con sida. Se explica además a la gestante que esta prueba se le volverá a confirmar en la semanas 33 de gestación

¿Paciente Sintomático Respiratorio? No Red de Apoyo: Si Sedentarismo: Si

#### Antecedentes Generales

Patológicos: TBC: NIEGA  
DIABETES: NIEGA  
HIPERTENSION: NIEGA  
PREEECLAMPSIA: NIEGA  
ECLAMPSIA: NIEGA  
OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA  
CARDIOPATIA: NIEGA  
NEFROPATIA: NIEGA  
CHAGAS: NIEGA  
PALUDISMO: NIEGA  
VACUNA DE ANTIRUBEOLA: NO  
COAGULOPATIAS: NIEGA  
VARICELA : SI EN LA INFANCIA  
IVU PENDIENTE TTO PACIENTE NO ASISTE A LA CITA ASIGNADA POR GINECOLOGIA PARA EL DIA 12/01/2017  
II.1.2017 SIN CAMBIOS Quirúrgicos: CIRUGIA GENITO URINARIA: CESAREA HACE 6 AÑOS POR PRESENTAR PRESENTACION PODALICA  
LEGRADO OBSTETRICO JULIO 2016 POS ABORTO RETENIDO DE 14 SEMII.1.2017 SIN CAMBIOS  
Traumáticos: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Alérgicos: NIEGA  
mayo/2015 mediamnto alwimtno niegall.1.2017 SIN CAMBIOS Tóxicos: FUMADORA ACTIVA: NIEGA  
FUMADORA PASIVA: NIEGA  
DROGAS: NIEGA  
ALCOHOL: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Farmacológicos: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Familiares:  
MADRE, ABUELA MATERNA HIPERTENSAS  
TBC: NIEGA  
DIABETES: NIEGA  
PRECLAMPSIA: NIEGA  
ECLAMPSIA: NIEGA  
OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA

.II.1.2017 SIN CAMBIOS Transfusionales: NIEGA TRANSFUSIONES  
RH PAREJA: NO SABE / RH PACIENTE: A+  
ENERO 2017 NIEGA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.  
VALORACION POR ODONTOLOGIA ASISTE PARTICULAR  
VALORACION POR NUTRICION 17/02/2017

CURSO SICOPROFILACTICO PENDIENTE  
VACUNAS DE LA GESTACION PENDIENTES II.1.2017 SIN CAMBIOS Sexuales: SEXARQUIA: 14 AÑOS ,  
NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES EN LA VIDA: 1. NIEGA USO DEL PRESERVATIVO .  
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH: NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS  
ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.

PLANIFICA: NO METODO: NO APLICA

HISTORIA DE INFERTILIDAD: NO

TATUAJES O PIRING: NO

TRANSPLANTE DE ORGANOS.: NO

FECHA DE LA ULTIMA CITOLOGIA: DIC 2015 REFIERE VERBALEMENTE QUE FUE NEGATIVA.

TUVO CONSULTA PRECONCEPCIONAL: NO

COMPANERO DE LA USUARIA PRESENTO ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH:

NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.

AH PRESENTADO SIGNOS Y SINTOMAS DE ZIKA: NO II.1.2017 SIN CAMBIOS Observaciones: ESTETICISTA

2016/05/31 VACUNACION CON TD ANTERIOR ESTACION +/- 2 DOSIS . NO REFIERE OTRO CAMBIO EN

ANTECEDENTES. REF ASISTENCIA A CITA ODONTOLÓGICA ESTA EN TOO PARTICULAR, NUTRICION SI

YA TIENE CITA Y CURSO PSICOFISICO NO. ESCOLARIDAD BACHILLERATO COMPLETO, TRABAJA EN

ESTETICA. VIVE CON ESPOSO E HIJA DE 6 AÑOS. BUENAS RELACIONES.

#### Antecedentes Ginecológicos

Menarquia: 15 Histerectomía: Falso Fecha ultima menstruación: 2016/11/20 Fecha ultimo parto: 2009/06/16

Gestas: 2 Partos: 0 Abortos: 1 Ectópicos: 0 Cesáreas: 1 Vivos: 1 Gestación: Si Fecha probable de parto por

FUR: 2017/08/27 Fecha Ultima Citología: 2015/12/01 Resultado Ultima Citología: Normal Otros: UROCULTIVO

POSITIVO PENDIENTE TTO Observaciones: SE INFORMA SOBRE SENTENCIA C-355/2006 RESPONDIENDO

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER, TOMAR DECISIONES LIBRES Y SIN

DISCRIMINACION SOBRE LA POSIBILIDAD DE PROCREAR O NO, DE REGULAR LA FECUNDIDAD Y DE

DISPONER DE LA INFORMACION Y MEDIOS PARA ELLO. TAMBIEN IMPLICA EL DERECHO DE TENER

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA QUE GARANTIGEN UNA MATERNIDAD SEGURA.

LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS, LA DECISION LIBRE DE INTERRUCCION

VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LOS CASOS CUANDO SE TRATE DE PRODUCTO DE VIOLACION O

ACCESO CARNAL CUANDO EXISTAN MALFORMACIONES FETALES, INCOMPATIBLES CON LA VIDA POS

NATAL, Y CUANDO EL EMBARAZO PONGA EN PELIGRO LA SALUD DE LA MADRE. Sífilis gestacional:

Riesgo no evaluado Hipertensión inducida por la gestación: Riesgo no evaluado ¿Se ha realizado una

mamografía?: No aplica Fecha de mamografía: 1845-01-01 Resultado de la mamografía: No aplica

#### Planificación

El paciente manifiesta que Tiene Vida Sexual Activa Número de compañeros(as): 1

#### Parámetros Básicos

TAD: 1 mmHg TAS: 1 mmHg FC: 1 PPM FR: 1 RPM Temperatura: 1 °C Talla: 1 cm Peso: 1 Kg Perímetro

Abdominal: 1 cm Saturación de oxígeno: 1 % Oxígeno: No IMC: 10000

#### Examen Físico

General: SANO

#### Diagnósticos

Z717 CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]

#### Medicamentos Formulados y/o Administrados

#### Laboratorio Clínico

#### Imagenología

#### Otros Exámenes y/o procedimientos

#### Procedimientos Internos

#### Remisiones

#### Incapacidades/Licencias

#### Conducta

Conducta: Se le informa a la usuaria sobre el reporte de la prueba presuntiva de ELISA-VIH

Se le explica el PROPOSITO Y BENEFICIO de la prueba que consiste cuyo nombre es Elisa para VIH; es

utilizada para precisar si una persona está infectada o no con el VIH mediante la determinación en sangre de los

anticuerpos ( defensas producidas por el organismo) contra este virus, el propósito de realizar esta prueba es

ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene antecedentes de riesgo,

INTERPRETACION DE LA PRUEBA: Se examina la sangre utilizando una prueba presuntiva (ELISA), si ésta

resulta REACTIVA (Positiva), se repite y será necesario realizar un prueba suplementaria o confirmatoria Carga

viral y/o (Western Blot); si ésta prueba se confirma como REACTIVA significa que la persona está infectada con

VIH y que lo puede transmitir a otras personas si no toma las medidas adecuadas. Si el resultado es

NEGATIVO, significa que no hay evidencia de laboratorio, hasta el momento, de que la persona esté infectada. \*

LIMITACIONES DE LA PRUEBA: Las pruebas de laboratorio son bastantes confiables. Sin embargo algunos

resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS significando que la prueba presuntiva ELISA fue POSITIVA, pero

que la prueba confirmatoria (Western Blot) fue NEGATIVA. En este caso, la prueba presuntiva indicaba

presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no los había. También se dan resultados FALSOS

NEGATIVOS, en los cuales no se detectan anticuerpos contra VIH en la prueba presuntiva, pero en realidad el

virus está presente, esto sucede cuando no ha pasado suficiente tiempo después de la infección y por lo tanto

no existe aún el volumen necesario de anticuerpos para ser detectados por una prueba de ELISA. Es posible

que en la prueba confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, esto significa que no hay seguridad

de que la persona esté realmente infectada y se hace necesario repetir. Tenga en cuenta que la prueba no

puede predecir si usted permanecerá saludable, presentará síntomas o desarrollará el SIDA. Se requerirá de

evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar el riesgo que usted tiene

de presentar problemas de salud como resultado de la infección por el VIH Se explica RIESGOS de la prueba,

se determinan factores de riesgo y se fortalecen factores protectores.

Usuario refiere entender y aceptar

Se entrega reporte de prueba de ELISA VIH 1y2 NEGATIVO.

. Asesoría Pre test Elisa para VIH: Si. Fecha asesoría Pre test Elisa para VIH: 2017-02-01

#### Otros Parámetros y Valores Relacionados

#### Firma del Profesional



GLORIA ESPERANZA PINEDA ALVIS

65708045

Especialidad: ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR

## Historia Clínica

<b>Nº Id Afiliado</b> 1016026543	<b>Atendido En</b> IPS COMPENSAR	<b>Nº Autorización</b> 170321134477257	<b>Fecha y Hora Atención</b> 2017-02-01 17:14:49
<b>Nº Id Paciente</b> 1016051970	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b>	<b>Programa</b> POS CONTRIBUTIVO
<b>Nombre y Apellidos Completos</b> DIANA OSORIO OROZCO	<b>Sexo</b> F	<b>Grupo Sanguíneo</b> A	<b>Edad</b> 24 Año(s) 1 Mes(es)
<b>Dirección Residencia</b> DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO		<b>RH</b> +	<b>Fecha Nacimiento</b> 03/12/1992
<b>Ocupación</b> PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN Y PENSIONADOS O JUBILADOS		<b>Acompañante</b> SOLA CA	<b>Teléfonos</b> 3163342885
<b>Responsable</b> FABIAN SERRATO ESPOSO 3173075899		<b>Teléfono del Responsable</b>	<b>Parentesco del Responsable</b>
<b>Etnia</b> Mestizo		<b>¿Cuál?</b>	
<b>Estado Civil</b> Casado		<b>¿Cuál?</b>	<b>Aseguradora</b> COMPENSAR
<b>Causa Externa</b> 13 Enfermedad General		<b>Finalidad Consulta</b> . No Aplica	

### Riesgo Paciente Motivo Consulta

. emb 10 sem enviada pro enfermeria

### Enfermedad Actual

. trea labs hepatitis b , toxoplasma , treponema negativos ch normal po patologico urocultivo e coli multisensible ,includos cefalosporinas se ordena manejo emdico  
FUR 20 NOV 2016 , G3A1V1 , FUP 7 ANOS CICLO 30 X 7 DIAS , , PLANIFICABA CON IM MENSUAL .  
NIEGA OTRAS PATOLOGIA DÚRANTE PRESNETE EMBARAZO , NO SANGRADOS GENITALES

### Evolución y Control

### Revisión por Sistemas

Cabeza . Ojos . Oídos, Nariz y boca . Cardio Respiratorio . Mamas . Gastrointestinal . Genitourinario . Sistema Endocrino . Sistema Osteomuscular . Neuromuscular y Neurosiquiátrico . Piel y Anexos .. Otros . ¿Paciente Sintomático Respiratorio? No Red de Apoyo: Si Sedentarismo: Si

### Antecedentes Generales

Patológicos: TBC: NIEGA

DIABETES: NIEGA

HIPERTENSION: NIEGA

PREEECLAMPSIA: NIEGA

ECLAMPSIA: NIEGA

OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA

CARDIOPATIA: NIEGA

NEFROPATIA: NIEGA

CHAGAS: NIEGA

PALUDISMO: NIEGA

VACUNA DE ANTIRUBEOLA: NO

COAGULOPATIAS: NIEGA

VARICELA : SI EN LA INFANCIA

IVU PENDIENTE TTO PACIENTE NO ASISTE A LA CITA ASIGNADA POR GINECOLOGIA PARA EL DIA 12/01/2017

II.1.2017 SIN CAMBIOS Quirúrgicos: CIRUGIA GENITO URINARIA: CESAREA HACE 6 AÑOS POR

PRESENTAR PRESENTACION PODALICA

LEGRADO OBSTETRICO JULIO 2016 POS ABORTO RETENIDO DE 14 SEMII.1.2017 SIN CAMBIOS

Traumáticos: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Alérgicos: NIEGA

mayo/2015 mediamnto alwimtno niegall.1.2017 SIN CAMBIOS Tóxicos: FUMADORA ACTIVA: NIEGA

FUMADORA PASIVA: NIEGA

DROGAS: NIEGA

ALCOHOL: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Farmacológicos: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Familiares:

MADRE, ABUELA MATERNA HIPERTENSAS

TBC: NIEGA

DIABETES: NIEGA

PRECLAMPSIA: NIEGA

ECLAMPSIA: NIEGA

OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA

.II.1.2017 SIN CAMBIOS Transfusionales: NIEGA TRANSFUSIONES

RH PAREJA: NO SABE / RH PACIENTE: A+ .

ENERO 2017 NIEGA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

VALORACION POR ODONTOLOGIA ASISTE PARTICULAR

VALORACION POR NUTRICION 17/02/2017

CURSO SICOPROFILACTICO PENDIENTE

VACUNAS DE LA GESTACION PENDIENTESII.1.2017 SIN CAMBIOS Sexuales: SEXARQUIA: 14 AÑOS ,

NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES EN LA VIDA: 1 , NIEGA USO DEL PRESERVATIVO ,

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH: NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS

ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.

PLANIFICA: NO METODO: NO APLICA

HISTORIA DE INFERTILIDAD: NO

TATUAJES O PIRÇING: NO

TRANSPLANTE DE ORGANOS.: NO

FECHA DE LA ÚLTIMA CITOLOGIA: DIC 2015 REFIERE VERBALEMENTE QUE FUE NEGATIVA.

TUVO CONSULTA PRECONCEPCIONAL: NO

COMPANERO DE LA USUARIA PRESENTO ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH:

NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA. AH PRESENTADO SIGNOS Y SINTOMAS DE ZIKA: NOII.1.2017 SIN CAMBIOS Observaciones: ESTETICISTA 2016/05/31 VACUNACION CON TD ANTERIOR ESTACION +/- 2 DOSIS . NO REFIERE OTRO CAMBIO EN ANTECEDENTES. REF ASISTENCIA A CITA ODONTOLOGICA ESTA EN TOO PARTICULAR, NUTRICION SI YA TIENE CITA Y CURSO PSICOFISICO NO. ESCOLARIDAD BACHILLERATO COMPLETO, TRABAJA EN ESTETICA. VIVE CON ESPOSO E HIJA DE 6 ANOS. BUENAS RELACIONES.

**Antecedentes Ginecológicos**

Menarquia: 15 Histerectomía: Falso Fecha ultima menstruación: 2016/11/20 Fecha ultimo parto: 2009/06/16 Gestas: 2 Partos: 0 Abortos: 1 Ectópicos: 0 Cesáreas: 1 Vivos: 1 Gestación: No Fecha Ultima Citología: 2015/12/01 Resultado Última Citología: Normal Otros: UROCULTIVO POSITIVO PENDIENTE TTO Observaciones: SE INFORMA SOBRE SENTENCIA C-355/2006 RESPETANDO DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER, TOMAR DECISIONES LIBRES Y SIN DISCRIMINACION SOBRE LA POSIBILIDAD DE PROCREAR O NO, DE REGULAR LA FECUNDIDAD Y DE DISPONER DE LA INFORMACION Y MEDIOS PARA ELLO. TAMBIEN IMPLICA EL DERECHO DE TENER ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA QUE GARANTICEN UNA MATERNIDAD SEGURA. LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS, LA DECISIÓN LIBRE DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LOS CASOS CUANDO SE TRATE DE PRODUCTO DE VIOLACION O ACCESO CARNAL, CUANDO EXISTAN MALFORMACIONES FETALES, INCOMPATIBLES CON LA VIDA POS NATAL, Y CUANDO EL EMBARAZO PONGA EN PELIGRO LA SALUD DE LA MADRE. ¿Se ha realizado una mamografía?: No aplica Fecha de mamografía: 1845-01-01 Resultado de la mamografía: No aplica

**Planificación**

El paciente manifiesta que No Desea Planificar No Planifica No Tiene Vida sexual activa

**Parámetros Básicos**

TAD: 80 mmHg TAS: 120 mmHg FC: 80 PPM FR: 20 RPM Temperatura: 36 °C Talla: 155 cm Peso: 61 Kg Perímetro Abdominal: 100 cm Saturación de oxígeno: 93 % Oxígeno: No IMC: 25.3902

**Examen Físico**

General: ACEPTABLE ESTYDAO C/P NORMAL ABDOMEN BALNDO NO DORO EXTREMIDADE SY NEUROGLLCIO BIEN

**Diagnósticos**

Z321 EMBARAZO CONFIRMADO N390 INFECCION DE VIAS URINARIAS- SITIO NO ESPECIFICADO

**Medicamentos Formulados y/o Administrados**

CEFALEXINA CAPSULA 500 MG Cantidad: 30 Vía Administración: Oral Dosificación: Tomar UNA CAP VO CADA 8 HORAS Duración del tratamiento: 10 Día(s) . HIOSCINA N-BUTIL BROMURO TABLETA 10 MG Cantidad: 10 Vía Administración: Oral Dosificación: Tomar UNA TAB VO CADA 8 HORAS Duración del tratamiento: 3 Día(s) . Recomendaciones:

**Laboratorio Clínico**

**Imagenología**

**Otros Exámenes y/o procedimientos**

**Procedimientos Internos**

**Remisiones**

**Incapacidades/Licencias**

**Conducta**

. Conducta: EMB 10 SEM EN G3A1V1 PENDIENTE VAL POR GIENCOLOGIA EN MARZO 13 EN EL MOENTO S E ORENA MANEJO MEDICO CEFALEXINA PLAN PENDIENTE ECO FEB 8 Y GINECOLOGIA EN MARZO PLAN MANEJ DE IVU RECIEMDNACIOENS Y SIGNOS D E ALARMA LOS CUALES SABE ENTIENEDE Y ACEPTA

**Otros Parámetros y Valores Relacionados**

**Firma del Profesional**



CHRISTIAN JOSE ALARCON DUARTE  
19450264  
Especialidad: MEDICINA GENERAL

## Historia Clínica

<b>Nº Id Afiliado</b> 1016026543	<b>Atendido En</b> IPS COMPENSAR	<b>Nº Autorización</b> 170231461552370	<b>Fecha y Hora Atención</b> 2017-02-10 11:07:21
<b>Nº Id Paciente</b> 1016051970	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b>	<b>Programa</b> POS CONTRIBUTIVO
<b>Nombre y Apellidos Completos</b> DIANA OSORIO OROZCO	<b>Sexo</b> F	<b>Grupo Sanguíneo</b> A	<b>Edad</b> 24 Año(s) 2 Mes(es)
<b>Dirección Residencia</b> DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO		<b>RH</b> +	<b>Fecha Nacimiento</b> 03/12/1992
<b>Ocupación</b>		<b>Teléfonos</b> 3163342885	<b>Edad</b>
<b>Responsable</b>		<b>Acompañante</b>	<b>Cellular</b>
<b>Etnia</b>		<b>Teléfono del Responsable</b> ¿Cuál? ¿Cuál?	<b>Teléfono del Acompañante Parentesco del Responsable</b>
<b>Estado Civil</b>			<b>Aseguradora</b>
<b>Causa Externa</b> 13 Enfermedad General		<b>Finalidad Consulta</b> . Detección de alteraciones de embarazo	

### Riesgo Paciente

#### Motivo Consulta

. CONTROL PRENATAL , EMBARAZO DE APROXIMADAMENTE 11 1/2 SEMANAS

#### Enfermedad Actual

. REFIERE NAUSEAS Y VOMITO . RESTO ASINTOMATICA , NO SANGRADO . TIENE LABORATORIOS . TERMINANDO TGRATAMIENTO DE INFECCION URINARIA POSTERIOR UROCULTIVO . TRAE LABORATORIOS Y ECOGRAFIA .

#### Evolución y Control

#### Revisión por Sistemas

Cabeza NO OTROS SINTOMAS Ojos NO OTROS SINTOMAS Oídos, Nariz y boca NO OTROS SINTOMAS Cardio Respiratorio NO OTROS SINTOMAS Mamas NO OTROS SINTOMAS Gastrointestinal NO OTROS SINTOMAS Genitourinario NO OTROS SINTOMAS Sistema Endocrino NO OTROS SINTOMAS Sistema Osteomuscular NO OTROS SINTOMAS Neuromuscular y Neuropsiquiátrico NO OTROS SINTOMAS Piel y Anexos NO OTROS SINTOMAS ¿Paciente Sintomático Respiratorio? No Red de Apoyo: No Sedentarismo: No

#### Antecedentes Generales

Patológicos: TBC: NIEGA  
DIABETES: NIEGA  
HIPERTENSION: NIEGA  
PREEECLAMPSIA: NIEGA  
ECLAMPSIA: NIEGA  
OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA  
CARDIOPATIA: NIEGA  
NEFROPATIA: NIEGA  
CHAGAS: NIEGA  
PALUDISMO: NIEGA  
VACUNA DE ANTIRUBEOLA: NO  
COAGULOPATIAS: NIEGA  
VARICELA : SI EN LA INFANCIA  
IVU PENDIENTE TTO PACIENTE NO ASISTE A LA CITA ASIGNADA POR GINECOLOGIA PARA EL DIA 12/01/2017  
II.1.2017 SIN CAMBIOS Quirúrgicos: CIRUGIA GENITO URINARIA: CESAREA HACE 6 AÑOS POR PRESENTAR PRESENTACION PODALICA  
LEGRADO OBSTETRICO JULIO 2016 POS ABORTO RETENIDO DE 14 SEMII.1.2017 SIN CAMBIOS Traumáticos: NIEGAII.1.2017 SIN CAMBIOS Alérgicos: NIEGA mayo/2015 mediamnto alwimtno niegall.1.2017 SIN CAMBIOS Tóxicos: FUMADORA ACTIVA: NIEGA FUMADORA PASIVA: NIEGA DROGAS: NIEGA ALCOHOL: NIEGAII.1.2017 SIN CAMBIOS Farmacológicos: NIEGAII.1.2017 SIN CAMBIOS Familiares: MADRE, ABUELA MATERNA HIPERTENSAS TBC: NIEGA DIABETES: NIEGA PRECLAMPSIA: NIEGA ECLAMPSIA: NIEGA OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA

.II.1.2017 SIN CAMBIOS Transfusionales: NIEGA TRANSFUSIONES

RH PAREJA: NO SABE / RH PACIENTE: A+ .  
ENERO 2017 NIEGA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.  
VALORACION POR ODONTOLOGIA ASISTE PARTICULAR  
VALORACION POR NUTRICION 17/02/2017  
CURSO SICOPROFILACTICO PENDIENTE  
VACUNAS DE LA GESTACION PENDIENTESII.1.2017 SIN CAMBIOS Sexuales: SEXARQUIA: 14 AÑOS , NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES EN LA VIDA: 1 . NIEGA USO DEL PRESERVATIVO , ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH: NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.  
PLANIFICA: NO METODO: NO APLICA  
HISTORIA DE INFERTILIDAD: NO  
TATUAJES O PIRING: NO  
TRANSPLANTE DE ORGANOS.: NO  
FECHA DE LA ÚLTIMA CITOLOGIA: DIC 2015 REFIERE VERBALEMENTE QUE FUE NEGATIVA.  
TUVO CONSULTA PRECONCEPCIONAL: NO  
COMPANERO DE LA USUARIA PRESENTO ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH: NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.  
AH PRESENTADO SIGNOS Y SINTOMAS DE ZIKA: NOII.1.2017 SIN CAMBIOS Observaciones: ESTETICISTA 2016/05/31 VACUNACION CON TD ANTERIOR ESTACION +/- 2 DOSIS . NO REFIERE OTRO CAMBIO EN ANTECEDENTES. REF ASISTENCIA A CITA ODONTOLOGICA ESTA EN TOO PARTICULAR, NUTRICION SI

YA TIENE CITA Y CURSO PSICOFISICO NO. ESCOLARIDAD BACHILLERATO COMPLETO, TRABAJA EN ESTETICA. VIVE CON ESPOSO E HIJA DE 6 AÑOS. BUENAS RELACIONES. LAB. DE 05/ENE/17 AG HBS 0.40 NEG , AC TOXOPLASMA IG G MENOR DE 0.130 , SEROLOGIA PTS MENOR DE 0.1 , HB 13.4 HTOI 38.6 , GRUPO A POSITIVO , P DE O NITRITOS POS BCT +++++ , LEUC 7 , UROCULTIVO E COLI SENSIBLE A CEFALEXINA , AC VIH 0.22 NEG.; ECOGRAFIA DE 08/FGEB/17 EMBARAZO GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICO, PARA 11 SEM 3 DIAS FETOS VIVOS , TAMIZAJE ECOGRAFICO NEGATIVO PARA ANEUPLOIDIAS

#### **Antecedentes Ginecológicos**

Menarquia: 15 Histerectomía: Falso Fecha última menstruación: 2016/11/20 Fecha último parto: 2009/06/16 Gestas: 2 Partos: 0 Abortos: 1 Ectópicos: 0 Cesáreas: 1 Vivos: 1 Gestación: No Fecha Última Citología: 2015/12/01 Resultado Última Citología: Normal Otros: UROCULTIVO POSITIVO PENDIENTE TTO Observaciones: SE INFORMA SOBRE SENTENCIA C-355/2006 RESPETANDO DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER, TOMAR DECISIONES LIBRES Y SIN DISCRIMINACION SOBRE LA POSIBILIDAD DE PROCREAR O NO, DE REGULAR LA FECUNDIDAD Y DE DISPONER DE LA INFORMACION Y MEDIOS PARA ELLO. TAMBIEN IMPLICA EL DERECHO DE TENER ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA QUE GARANTICEN UNA MATERNIDAD SEGURA. LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS, LA DECISIÓN LIBRE DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LOS CASOS CUANDO SE TRATE DE PRODUCTO DE VIOLACIÓN O ACCESO CARNAL, CUANDO EXISTAN MALFORMACIONES FETALES, INCOMPATIBLES CON LA VIDA POS NATAL, Y CUANDO EL EMBARAZO PONGA EN PELIGRO LA SALUD DE LA MADRE. ¿Se ha realizado una mamografía?: No aplica Fecha de mamografía: 1845-01-01 Resultado de la mamografía: No aplica

#### **Planificación**

El paciente manifiesta que No Responde

#### **Parámetros Básicos**

TAD: 80 mmHg TAS: 120 mmHg FC: 72 PPM FR: 18 RPM Temperatura: 37 °C Talla: 155 cm Peso: 61,5 Kg Perímetro Abdominal: 0 cm Saturación de oxígeno: 0 % Oxígeno: No IMC: 25.5983

#### **Examen Físico**

General: PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, CABEZA NORMAL, OROFARINGE NORMAL, CUELLO SIN MASAS NI ADENOPATIAS, BUENA VENTILACIÓN PULMONAR, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS Abdomen: ALTURA UTERINA 12 CM, FCF 160/MIN CON DOPPLER EN AMBOS FETOS. Genitourinario: TACTO VAGINAL NO REQUIERE Extremidades: NO EDEMAS

#### **Diagnósticos**

Z359 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO- SIN OTRA ESPECIFICACION O342 ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA O309 EMBARAZO MULTIPLE- NO ESPECIFICADO

#### **Medicamentos Formulados y/o Administrados**

ACIDO ACETIL SALICILICO TABLETA O CAPSULA 100 MG Cantidad: 30 Vía Administración: Oral Dosificación: Tomar UNA TAB. DIARIA Duración del tratamiento: 3 Mes(es) . CALCIO CARBONATO TABLETA O CAPSULA 600 MG Cantidad: 30 Vía Administración: Oral Dosificación: Tomar UNA TAB. DIARIA Duración del tratamiento: 3 Mes(es) . Recomendaciones:

#### **Laboratorio Clínico**

#### **Imagenología**

#### **Otros Exámenes y/o procedimientos**

#### **Procedimientos Internos**

#### **Remisiones**

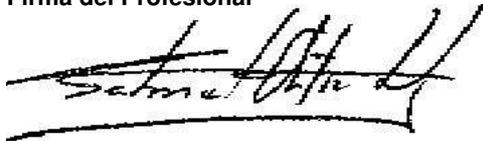
#### **Incapacidades/Licencias**

#### **Conducta**

. Conducta: ALTO RIESGO CESAREA ANTERIOR EN 2009, EMBARAZO GEMELAR, ABORTO RETENIDO EN JUN/16, G3 C1 A1 V1, INFECCION URINARIA, SS UROCULTIVO POST TRATAMIENTO, VACUNACION PENDIENTE, CURSO A PROGRAMAR, CONTINUAR MICRONUTRIENTES NO POS, ASA 100 Y CALCIO . SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA PARA ASISTIR A URGENCIAS : SANGRADO, DOLOR INTENSO EN HIPOGASTRIO, PERDIDA DE LIQUIDO, ENFASIS SOBRE LA IMPORTANCIA DE ALIMENTACION BALANCEADA Y GANANCIA ADECUADA DE PESO, SE CONTESTAN PREGUNTAS, SE RESUELVEN DUDAS, SE EXPLICA CONDUCTA, LA PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA. SE DILIGENCIA CARNET CLAP. SE INFORMA SOBRE SENTENCIA C355 RESPETANDO DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER, TOMAR DECISIONES LIBRES Y SIN DISCRIMINACION SOBRE LA POSIBILIDAD DE PROCREAR O NO, DE REGULAR LA FECUNDIDAD Y DE DISPONER DE LA INFORMACION Y MEDIOS PARA ELLO. TAMBIEN IMPLICA EL DERECHO DE TENER ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA QUE GARANTICEN UNA MATERNIDAD SEGURA. LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS, LA DECISIÓN LIBRE DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LOS CASOS CUANDO SE TRATE DE PRODUCTO DE VIOLACIÓN O ACCESO CARNAL, CUANDO EXISTAN MALFORMACIONES FETALES INCOMPATIBLES CON LA VIDA POS NATAL, Y CUANDO EL EMBARAZO PONGA EN PELIGRO LA SAULD DE LA MADRE. LA GESTANTE YA CONOCIENDO SU RIESGO Y EL ESTADO FETAL ACTUAL DECIDE LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE CONTINUAR LA GESTACION .

#### **Otros Parámetros y Valores Relacionados**

#### **Firma del Profesional**



GABRIEL ORTIZ LEAL

79142795

Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

## Historia Clínica

Fecha y Hora Atención  
2017-02-17 15:51:48

<b>Nº Id Afiliado</b> 1016026543	<b>Atendido En</b> AV.CL.13 No.103 (C.CIAL PORTAL DE LA SABANA)	<b>Nº Autorización</b> 170057371245106	
<b>Nº Id Paciente</b> 1016051970	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b>	<b>Programa</b> POS CONTRIBUTIVO
<b>Nombre y Apellidos Completos</b> DIANA OSORIO OROZCO	<b>Sexo</b> F	<b>Grupo Sanguíneo</b> A	<b>Edad</b> 24 Año(s) 2 Mes(es)
<b>Dirección Residencia</b> DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO		<b>RH</b> +	<b>Fecha Nacimiento</b> 03/12/1992
<b>Ocupación</b> PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN Y PENSIONADOS O JUBILADOS		<b>Responsible</b> FABIAN SERRATO ESPOSO 3173075899	<b>Teléfonos</b> 3163342885
		<b>¿Cuál?</b>	<b>¿Cuál?</b>
		<b>¿Cuál?</b>	<b>¿Cuál?</b>
		<b>Finalidad Consulta</b> . No Aplica	<b>Parentesco del Responsable</b>
			<b>Aseguradora</b>

**Riesgo Paciente**  
**Motivo Consulta**

. Consulta nutricion 1 vez gestante

**Enfermedad Actual**

. Gestante 12 semanas, embarazo gemelar

Medicamentos:calcio, gestavit

Asiste sola

Ocupacion:esteticista

**Evolución y Control**

. Apetito: elevado habito intestinal:normal alimentos intolerados:ninguno rechazados:ninguno masticacion e ingesta:normal

Consumo habitual

Desayuno:changua

Nueves:fruta

Almuerzo:leguminosa+arroz+carne o pollo+ensalada

Onces:cafe+pan o fruta

Cena:similar al almuerzo

Frecuencia de consumo

Lacteos:diario fruta:diario verdura:2/sem leguminosas:2/sem huevo:3/sem carnes:diario comidas rapidas:niega

gaseosa:niega

**Revisión por Sistemas**

No Refirió Hallazgos Positivos...

**Antecedentes Generales**

. Patológicos: TBC: NIEGA

DIABETES: NIEGA

HIPERTENSION: NIEGA

PREEECLAMPSIA: NIEGA

ECLAMPSIA: NIEGA

OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA

CARDIOPATIA: NIEGA

NEFROPATIA: NIEGA

CHAGAS: NIEGA

PALUDISMO: NIEGA

VACUNA DE ANTIRUBEOLA: NO

COAGULOPATIAS: NIEGA

VARICELA : SI EN LA INFANCIA

IVU PENDIENTE TTO PACIENTE NO ASISTE A LA CITA ASIGNADA POR GINECOLOGIA PARA EL DIA

12/01/2017

II.1.2017 SIN CAMBIOS Quirúrgicos: CIRUGIA GENITO URINARIA: CESAREA HACE 6 AÑOS POR

PRESENTAR PRESENTACION PODALICA

LEGRADO OBSTETRICO JULIO 2016 POS ABORTO RETENIDO DE 14 SEMII.1.2017 SIN CAMBIOS

Traumáticos: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Alérgicos: NIEGA

mayo/2015 mediamnto alwimtno niegall.1.2017 SIN CAMBIOS Tóxicos: FUMADORA ACTIVA: NIEGA

FUMADORA PASIVA: NIEGA

DROGAS: NIEGA

ALCOHOL: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Farmacológicos: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Familiares:

MADRE, ABUELA MATERNA HIPERTENSAS

TBC: NIEGA

DIABETES: NIEGA

PRECLAMPSIA: NIEGA

ECLAMPSIA: NIEGA

OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA

II.1.2017 SIN CAMBIOS Transfusionales: NIEGA TRANSFUSIONES

RH PAREJA: NO SABE / RH PACIENTE: A+ .

ENERO 2017 NIEGA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

VALORACION POR ODONTOLOGIA ASISTE PARTICULAR

VALORACION POR NUTRICION 17/02/2017

CURSO SICOPROFILACTICO PENDIENTE

VACUNAS DE LA GESTACION PENDIENTESII.1.2017 SIN CAMBIOS Sexuales: SEXARQUIA: 14 AÑOS ,

NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES EN LA VIDA: 1 . NIEGA USO DEL PRESERVATIVO , ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH: NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.

PLANIFICA: NO METODO: NO APLICA

HISTORIA DE INFERTILIDAD: NO

TATUAJES O PIRCEING: NO

TRANSPLANTE DE ORGANOS.: NO

FECHA DE LA ULTIMA CITOLOGIA: DIC 2015 REFIERE VERBALEMENTE QUE FUE NEGATIVA.

TUVO CONSULTA PRECONCEPCIONAL: NO

COMPANERO DE LA USUARIA PRESENTO ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH:

NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.

AH PRESENTADO SIGNOS Y SINTOMAS DE ZIKA: NOII.1.2017 SIN CAMBIOS Observaciones: ESTETICISTA

2016/05/31 VACUNACION CON TD ANTERIOR ESTACION +/- 2 DOSIS . NO REFIERE OTRO CAMBIO EN

ANTECEDENTES. REF ASISTENCIA A CITA ODONTOLOGICA ESTA EN TOO PARTICULAR, NUTRICION SI

YA TIENE CITA Y CURSO PSICOFISICO NO. ESCOLARIDAD BACHILLERATO COMPLETO, TRABAJA EN

ESTETICA. VIVE CON ESPOSO E HIJA DE 6 AÑOS. BUENAS RELACIONES. LAB. DE 05/ENE/17 AG HBS

0.40 NEG . AC TOXOPLASMA IG G MENOR D E0.130 . SEROLOGIA PTS MENOR DE 0.1 . HB 13.4 HTOI

38.6 . GRUPO A POSITIVO , P DE O NITRITOS POS BCT +++++ , LEUC 7 . UROCULTIVO E COLI SENSIBLE

A CÉFALEXINA , AC VIH 0.22 NEG.; ECOGRAFIA DE 08/FGB/17 EMBARAZO GEMELAR BICORIAL

BIAMNIOTICO, P0ARA 11 SEM 3 DÍAS FETOS VIVOS , TAMIZAJE ECOGRAFICO NEGATIVO PARA

ANEUPLOIDIAS.

#### **Antecedentes Ginecológicos**

Menarquia: 15 Histerectomía: Falso Fecha ultima menstruación: 2016/11/20 Fecha ultimo parto: 2009/06/16

Gestas: 2 Partos: 0 Abortos: 1 Ectópicos: 0 Cesáreas: 1 Vivos: 1 Gestación: No Fecha Ultima Citología:

2015/12/01 Resultado Ultima Citología: Normal Otros: UROCULTIVO POSITIVO PENDIENTE TTO

Observaciones: SE INFORMA SOBRE SENTENCIA C-355/2006 RESPONTANDO DERECHOS SEXUALES Y

REPRODUCTIVOS DE LA MUJER, TOMAR DECISIONES LIBRES Y SIN DISCRIMINACION SOBRE LA

POSIBILIDAD DE PROCREAR O NO, DE REGULAR LA FECUNDIDAD Y DE DISPONER DE LA

INFORMACION Y MEDIOS PARA ELLO. TAMBIEN IMPLICA EL DERECHO DE TENER ACCESO A LOS

SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA QUE GARANTICEN UNA MATERNIDAD SEGURA. LA

PREVENCION DE EMBARAZOS NO DESEADOS, LA DECISION LIBRE DE INTERRUCCION VOLUNTARIA

DEL EMBARAZO EN LOS CASOS CUANDO SE TRATE DE PRODUCTO DE VIOLACION O ACCESO

CARNAL, CUANDO EXISTAN MALFORMACIONES FETALES, INCOMPATIBLES CON LA VIDA POS NATAL,

Y CUANDO EL EMBARAZO PONGA EN PELIGRO LA SALUD DE LA MADRE. ¿Se ha realizado una

mamografía?: No aplica Fecha de mamografía: 1845-01-01 Resultado de la mamografía: No aplica

#### **Planificación**

El paciente manifiesta que No Responde

#### **Parámetros Básicos**

TAD: 0 mmHg TAS: 0 mmHg FC: 0 PPM FR: 0 RPM Temperatura: 0 °C Talla: 154 cm Peso: 62 Kg Perímetro

Abdominal: 0 cm IMC: 26.1427

#### **Examen Físico**

General: IMC:26.14

PESO ANTES DEL EMBARAZO:59 KG

CLASIFICACION:SOBREPESO

#### **Diagnósticos**

Z713 CONSULTA PARA INSTRUCCIÓN Y VIGILANCIA DE LA DIETA

#### **Medicamentos Formulados y/o Administrados**

#### **Laboratorio Clínico**

#### **Imagenología**

#### **Otros Exámenes y/o procedimientos**

#### **Procedimientos Internos**

#### **Remisiones**

#### **Incapacidades/Licencias**

#### **Conducta**

. Conducta: PIPlan de alimentacion dieta normocalorica fraccionada, se entrega y explica menu modelo y

recomendaciones de alimentacion saludable en el embarazo, consumo de alimentos fuente de hierro acido folico

y calcio, consumo de comidas intermedias, no omitir comidas, aumento de fruta y verdura, se explica por cada

grupo de alimentos numero de comidas a consumir en cada comida del dia, se explica la importancia de una

ganancia adecuada de peso, restriccion de carbohidratos simples y control de complejos, control en 2 meses

#### **Otros Parámetros y Valores Relacionados**

#### **Firma del Profesional**



DIANA MARCELA DAZA LOPEZ

52969186

Especialidad: NUTRICION HUMANA

## Historia Clínica

<b>Nº Id Afiliado</b> 1016026543	<b>Atendido En</b> IPS COMPENSAR	<b>Nº Autorización</b> 170327381482309	<b>Fecha y Hora Atención</b> 2017-03-13 13:12:37
<b>Nº Id Paciente</b> 1016051970	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b>	<b>Programa</b> POS CONTRIBUTIVO
<b>Nombre y Apellidos Completos</b> DIANA OSORIO OROZCO	<b>Sexo</b> F	<b>Grupo Sanguíneo</b> A	<b>Edad</b> 24 Año(s) 3 Mes(es)
<b>Dirección Residencia</b> DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO		<b>RH</b> +	<b>Fecha Nacimiento</b> 03/12/1992
<b>Ocupación</b> PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN Y PENSIONADOS O JUBILADOS		<b>Acompañante</b> SOLA CA	<b>Teléfonos</b> 3163342885
<b>Responsable</b> FABIAN SERRATO ESPOSO 3173075899		<b>Teléfono del Responsable</b> ¿Cuál?	<b>Parentesco del Responsable</b> ¿Cuál?
<b>Etnia</b> Mestizo		<b>¿Cuál?</b>	<b>Aseguradora</b>
<b>Estado Civil</b>		<b>Finalidad Consulta</b> . Detección de alteraciones de embarazo	
<b>Causa Externa</b> 13 Enfermedad General			

### Riesgo Paciente

#### Motivo Consulta

. cpn, EMB DE 16 SEM POR ECO CON TAMIZAJE NORMAL GEMEALR DE 8 FEB = 11,3 SEM. UROCULTIVO POSTTO POSITIVO E COLI

#### Enfermedad Actual

. TOLERA VIA ORAL, NO SINTOMAS URINARIOS, NO SANGRADO NI FLUJO VAGINAL. NO FIEBRE. NO EPIGASTRALGIA, NO DOLOR PRECORDIAL, NO DISNEA. NO VERTIGO. NO ERUPCIONES ANORMALES EN PIEL  
CEFALEA NIEGA

#### Evolución y Control

#### Revisión por Sistemas

No Refirió Hallazgos Positivos...

#### Antecedentes Generales

Patológicos: TBC: NIEGA  
DIABETES: NIEGA  
HIPERTENSION: NIEGA  
PREEECLAMPSIA: NIEGA  
ECLAMPSIA: NIEGA  
OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA  
CARDIOPATIA: NIEGA  
NEFROPATIA: NIEGA  
CHAGAS: NIEGA  
PALUDISMO: NIEGA  
VACUNA DE ANTIRUBEOLA: NO  
COAGULOPATIAS: NIEGA  
VARICELA : SI EN LA INFANCIA  
IVU PENDIENTE TTO PACIENTE NO ASISTE A LA CITA ASIGNADA POR GINECOLOGIA PARA EL DIA 12/01/2017  
II.1.2017 SIN CAMBIOS Quirúrgicos: CIRUGIA GENITO URINARIA: CESAREA HACE 6 AÑOS POR PRESENTAR PRESENTACION PODALICA  
LEGRADO OBSTETRICO JULIO 2016 POS ABORTO RETENIDO DE 14 SEMII.1.2017 SIN CAMBIOS Traumáticos: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Alérgicos: NIEGA mayo/2015 mediamnto alwimtno niegall.1.2017 SIN CAMBIOS Tóxicos: FUMADORA ACTIVA: NIEGA FUMADORA PASIVA: NIEGA  
DROGAS: NIEGA  
ALCOHOL: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Farmacológicos: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Familiares: MADRE, ABUELA MATERNA HIPERTENSAS  
TBC: NIEGA  
DIABETES: NIEGA  
PRECLAMPSIA: NIEGA  
ECLAMPSIA: NIEGA  
OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA

.II.1.2017 SIN CAMBIOS Transfusionales: NIEGA TRANSFUSIONES

RH PAREJA: NO SABE / RH PACIENTE: A+ .

ENERO 2017 NIEGA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

VALORACION POR ODONTOLOGIA ASISTE PARTICULAR

VALORACION POR NUTRICION 17/02/2017

CURSO SICOPROFILACTICO PENDIENTE

VACUNAS DE LA GESTACION PENDIENTESII.1.2017 SIN CAMBIOS Sexuales: SEXARQUIA: 14 AÑOS ,

NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES EN LA VIDA: 1 . NIEGA USO DEL PRESERVATIVO ,

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH: NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS

ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.

PLANIFICA: NO METODO: NO APLICA

HISTORIA DE INFERTILIDAD: NO

TATUAJES O PIRcing: NO

TRANSPLANTE DE ORGANOS.: NO

FECHA DE LA ÚLTIMA CITOLOGIA: DIC 2015 REFIERE VERBALEMENTE QUE FUE NEGATIVA.

TUVO CONSULTA PRECONCEPCIONAL: NO

COMPANERO DE LA USUARIA PRESENTO ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH:

NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.

AH PRESENTADO SIGNOS Y SINTOMAS DE ZIKA: NOII.1.2017 SIN CAMBIOS Observaciones: ESTETICISTA

2016/05/31 VACUNACION CON TD ANTERIOR ESTACION +/- 2 DOSIS . NO REFIERE OTRO CAMBIO EN ANTECEDENTES. REF ASISTENCIA A CITA ODONTOLÓGICA ESTA EN TOO PARTICULAR, NUTRICION SI YA TIENE CITA Y CURSO PSICOFISICO NO. ESCOLARIDAD BACHILLERATO COMPLETO, TRABAJA EN ESTETICA. VIVE CON ESPOSO E HIJA DE 6 AÑOS. BUENAS RELACIONES. LAB. DE 05/ENE/17 AG HBS 0.40 NEG . AC TOXOPLASMA IG G MENOR DE 0.130 , SEROLOGIA PTS MENOR DE 0.1 , HB 13.4 HTOI 38.6 . GRUPO A POSITIVO , P DE O NITRITOS POS BCT +++++ , LEUC 7 . UROCULTIVO E COLI SENSIBLE A CEFALEXINA , AC VIH 0.22 NEG.; ECOGRAFIA DE 08/FGB/17 EMBARAZO GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICO, PARA 11 SEM 3 DIAS FETOS VIVOS , TAMIZAJE ECOGRAFICO NEGATIVO PARA ANEUPLOIDIAS.

#### **Antecedentes Ginecológicos**

Menarquia: 15 Histerectomía: Falso Fecha última menstruación: 2016/11/20 Fecha último parto: 2009/06/16 Gestas: 2 Partos: 0 Abortos: 1 Ectópicos: 0 Cesáreas: 1 Vivos: 1 Gestación: No Fecha Última Citología: 2015/12/01 Resultado Última Citología: Normal Otros: UROCULTIVO POSITIVO PENDIENTE TTO Observaciones: SE INFORMA SOBRE SENTENCIA C-355/2006 RESPETANDO DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER, TOMAR DECISIONES LIBRES Y SIN DISCRIMINACION SOBRE LA POSIBILIDAD DE PROCREAR O NO, DE REGULAR LA FECUNDIDAD Y DE DISPONER DE LA INFORMACION Y MEDIOS PARA ELLO. TAMBIEN IMPLICA EL DERECHO DE TENER ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA QUE GARANTICEN UNA MATERNIDAD SEGURA. LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS, LA DECISIÓN LIBRE DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LOS CASOS CUANDO SE TRATE DE PRODUCTO DE VIOLACIÓN O ACCESO CARNAL, CUANDO EXISTAN MALFORMACIONES FETALES, INCOMPATIBLES CON LA VIDA POS NATAL, Y CUANDO EL EMBARAZO PONGA EN PELIGRO LA SALUD DE LA MADRE. ¿Se ha realizado una mamografía?: No aplica Fecha de mamografía: 1845-01-01 Resultado de la mamografía: No aplica

#### **Planificación**

El paciente manifiesta que No Responde

#### **Parámetros Básicos**

TAD: 70 mmHg TAS: 110 mmHg FC: 72 PPM FR: 18 RPM Temperatura: 36 °C Talla: 154 cm Peso: 63 Kg Perímetro Abdominal: 0 cm IMC: 26.5643

#### **Examen Físico**

General: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, CONSCIENTE, ORIENTADA, ROSADA, NO ICTERIC. CUELLO SIN MASAS ANORMALES PALPABLES RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, VENTILACIÓN PULMONAR NORMAL. ABDOMEN BLANDO, RS IS ++ AU 18 CMSD, FCF 144 DOPPLER Y 136 DOPPLER. NO SANGRADO NI FLUJO VAGINAL EXTREMIDADES SIN EDEMAS PATOLÓGICOS, PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA. ROT = ++/++.

NEUROLÓGICO SIN DÉFICIT APARENTE.

#### **Diagnósticos**

O234 INFECCIÓN NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO

#### **Medicamentos Formulados y/o Administrados**

NITROFURANTOINA CAPSULA 100 MG Cantidad: 20 Vía Administración: Oral Dosificación: Tomar 1 C 8 HORAS Duración del tratamiento: 7 Día(s) . Recomendaciones:

#### **Laboratorio Clínico**

LABORATORIOS FORMULADOS

901236 : UROCULTIVO [ANTIÓGRAMA MIC AUTOMÁTICO]+ Cantidad: 1 Observación:

5 DIAS POSTTO

#### **Imagenología**

#### **Otros Exámenes y/o procedimientos**

#### **Procedimientos Internos**

#### **Remisiones**

#### **Incapacidades/Licencias**

#### **Conducta**

. Conducta: PTE DE 24 AÑOS, G3C1A1, EMB DE 16 SDEM GEMELAR BOI/BI, ALTO RISK IVU N 2., SE FR NITROCUR, UROCULTIVO, SUSPENDER COITO. SE INDICA CONTINUAR CITAS DE CPN Y TODAS LAS CITAS QUE LE SEAN ASIGNADAS. SE AVISAN SIGNOS DE ALARMA, ENTRE OTROS= CEFALÉA , VISIÓN BORROSA, EPIGASTRALGIA, SANGRADO VAGINAL SALIDA DE LÍQUIDO POR VAGINA, DOLOR ABDOMINAL. EN CASO DE PRESENTARSE ALGUNO DE ELLOS ACUDIR INMEDIATAMENTE A UNA I.P.S. DE LA RED CENTRO DE COMPENSAR.. SE DAN RECOMENDACIONES NUTRICIONALES RELACIONADAS CON SU ESTADO DE SALUD. SE EDUCA EN LACTANCIA MATERNA Y PLANIFICACIÓN POSTPARTO.

#### **Otros Parámetros y Valores Relacionados**

#### **Firma del Profesional**



ORLANDO ALONSO CELY CALDERON

79310484

Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

## Evolución 1

<b>Nº Id Afiliado</b> 1016026543	<b>Atendido En</b> DG 16 No 104 51	<b>Nº Autorización</b> 170327381482309	<b>Fecha y Hora Atención</b> 2017-06-01 10:44:30
<b>Nº Id Paciente</b> 1016051970	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b>	<b>Programa</b> POS CONTRIBUTIVO
<b>Nombre y Apellidos Completos</b>	<b>Sexo</b>	<b>Grupo Sanguíneo</b>	<b>Edad</b>
DIANA OSORIO OROZCO	F	A	24 Año(s) 5 Mes(es)
<b>Dirección Residencia</b> DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO		<b>RH</b>	<b>Teléfonos</b> 3163342885
<b>Ocupación</b>		+ 03/12/1992	<b>Acompañante</b> 3173075899
PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN Y PENSIONADOS O JUBILADOS		SOLA CA	<b>Teléfono del Acompañante</b> 3173075899
<b>Responsable</b>		<b>Teléfono del Responsable</b>	<b>Parentesco del Responsable</b>
FABIAN SERRATO ESPOSO 3173075899		¿Cuál?	<b>Aseguradora</b>
<b>Etnia</b>		¿Cuál?	
<b>Estado Civil</b>		<b>Finalidad Consulta</b>	
<b>Causa Externa</b> 13 Enfermedad General			

### Revisión por Sistemas

No Refirió Hallazgos Positivos...

### Conducta

. Conducta: SE REALIZA SEGUIMIENTO A PACIENTE HOSPITALIZADA EN CLINICA MEDERY POR IVU , LA CUAL NOS COMENTA QUE YA SALIO DE LA CLINICA EL DIA 30/05/2017 QUE LE MANDARON CEFALEXINA PARA EL RESTO DE EMBARAZO YA CON 27 SEMANAS Y ACETAMINOFEN PARA EL DOLOR , LA CUAL TIENE CITA CON OBSTETRICIA EL 20170601 1530 00000000N OBSCTROL ORLANDO ALONS Y EN QUINCE DIAS NUEVAMENTE EN CLINICA MEDERY , SE LE RECUERDAN SIGNOS DE ALARMA PARA LA GESTANTE Y DONDE ACUDIR. PENDIENTE ASISTENCIA ALAS CITAS Y EVOLUCION.

### Firma del Profesional

*Cindy Johanna Moreno Quiñonez*  
CINDY JOHANNA MORENO QUIÑONEZ  
1000803506  
Especialidad: ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA

## Historia Clínica

<b>Nº Id Afiliado</b> 1016026543	<b>Atendido En</b> AV CALLE 13 # 104-21	<b>Nº Autorización</b> 170327381482618	<b>Fecha y Hora Atención</b> 2017-04-20 14:00:20
<b>Nº Id Paciente</b> 1016051970	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b>	<b>Programa</b> POS CONTRIBUTIVO
<b>Nombre y Apellidos Completos</b> DIANA OSORIO OROZCO	<b>Sexo</b> F	<b>Grupo Sanguíneo</b> A	<b>Edad</b> 24 Año(s) 4 Mes(es)
<b>Dirección Residencia</b> DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO		<b>RH</b> +	<b>Fecha Nacimiento</b> 03/12/1992
<b>Ocupación</b> PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN Y PENSIONADOS O JUBILADOS		<b>Telefonos</b> 3163342885	<b>Edad</b> 24 Año(s) 4 Mes(es)
<b>Responsable</b> FABIAN SERRATO ESPOSO 3173075899		<b>Acompañante</b> menor de edad	<b>Celular</b> 3046754212
<b>Etnia</b> Mestizo		<b>Telefono del Responsable</b> ¿Cuál?	<b>Telefono del Acompañante</b> ¿Cuál?
<b>Estado Civil</b>		<b>Parentesco del Responsable</b> ¿Cuál?	<b>Aseguradora</b> ¿Cuál?
<b>Causa Externa</b> 13 Enfermedad General		<b>Finalidad Consulta</b> . Detección de alteraciones de embarazo	

### Riesgo Paciente

#### Motivo Consulta

. CONTROL PRENATAL, REFIERE SENTIRSE BIEN, EMBARAZO GEMELAR

#### Enfermedad Actual

. ASINTOMÁTICA EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA

#### Evolución y Control

. GESTANTE DE 21.4 SEMANAS POR FUR- GEMELAR , QUE CONSULTA A CONTROL PRENATAL, REFIERE MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS DE LOS 2 BEBES  
NIEGA QUE HA IDO A URGENCIAS DURANTE EL ULTIMO MES, NO TOMA MEDICAMENTOS  
BUEN ESTADO EMOCIONAL EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA

SE INDAGA SOBRE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA :

PACIENTE NIEGA CEFALEA, NIEGA TINITUS, NIEGA FOSFENOS ,NIEGA DISURIA , NIEGA LEUCORREA ,NIEGA SANGRADO VAGINAL , NIEGA EDEMA .

#### Revisión por Sistemas

Cabeza VALORACION NUTRICIONAL: SOBREPESO , PRESENTO INCREMENTO DE 1 KG DURANTE EL ULTIMO MES DEL EMBARAZO.

PACIENTE ALERTA CONCIENTE ORIENTADA CABEZA NORMOCEFALO OJOS NO SECRESIONES, CUELLO NO MASAS , TORAX Y PULMONES RSRs NORMALES NO DISNEA ,SENOS AUMENTO DE VOLUMEN, PEZONES ADECUADOS PARA LACTANCIA, ABDOMEN GLOBOSO, AU: 24 CM , PERCENTIL: 90 PRESENTACION : FLOTANTE , AL MOMENTO DE EXAMEN FETO VIVO # 1, FCF: 145, FETO VIVO # 2 FCF:155 LPM TOMADA CON DOPLER, GENITOURINARIO NO HEMORRAGIA, NO FLUJO EXTREMIDADES NO VARICES NO EDEMAS, OSTEOARTICULAR SIN ALTERACION NEUROLOGICO SIN DEFICIT , PIEL INTEGRAL HIDRATADA PSQUIATRICO SIN DEFICIT

Otros VALORACION POR ODONTOLOGIA PARTICULAR

VALORACION POR NUTRICION YA TUVO CURSO SICOPROFILACTICO PENDIENTE  
VACUNAS DE LA GESTACION AL DIA

¿Paciente Sintomático Respiratorio? No Red de Apoyo: Si Sedentarismo: Si

#### Antecedentes Generales

Patológicos: TBC: NIEGA

DIABETES: NIEGA

HIPERTENSION: NIEGA

PREECLAMPSIA: NIEGA

ECLAMPSIA: NIEGA

OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA

CARDIOPATIA: NIEGA

NEFROPATIA: NIEGA

CHAGAS: NIEGA

PALUDISMO: NIEGA

VACUNA DE ANTIRUBEOLA: NO

COAGULOPATIAS: NIEGA

VARICELA : SI EN LA INFANCIA

IVU PENDIENTE TTO PACIENTE NO ASISTE A LA CITA ASIGNADA POR GINECOLOGIA PARA EL DIA 12/01/2017

II.1.2017 SIN CAMBIOS Quirúrgicos: CIRUGIA GENITO URINARIA: CESAREA HACE 6 AÑOS POR PRESENTAR PRESENTACION PODALICA

LEGRADO OBSTETRICO JULIO 2016 POS ABORTO RETENIDO DE 14 SEMII.1.2017 SIN CAMBIOS

Traumáticos: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Alérgicos: NIEGA

mayo/2015 mediamnto alwimtno niegall.1.2017 SIN CAMBIOS Tóxicos: FUMADORA ACTIVA: NIEGA

FUMADORA PASIVA: NIEGA

DROGAS: NIEGA

ALCOHOL: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Farmacológicos: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Familiares:

MADRE, ABUELA MATERNA HIPERTENSAS

TBC: NIEGA

DIABETES: NIEGA

PRECLAMPSIA: NIEGA

ECLAMPSIA: NIEGA

OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA

.II.1.2017 SIN CAMBIOS Transfusionales: NIEGA TRANSFUSIONES

RH PAREJA: NO SABE / RH PACIENTE: A+ .

ENERO 2017 NIEGA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.  
VALORACION POR ODONTOLOGIA ASISTE PARTICULAR  
VALORACION POR NUTRICION 17/02/2017  
CURSO SICOPROFILACTICO PENDIENTE  
VACUNAS DE LA GESTACION PENDIENTES II.1.2017 SIN CAMBIOS Sexuales: SEXARQUIA: 14 AÑOS ,  
NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES EN LA VIDA: 1, NIEGA USO DEL PRESERVATIVO ,  
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH: NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS  
ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.  
PLANIFICA: NO METODO: NO APLICA  
HISTORIA DE INFERTILIDAD: NO  
TATUAJES O PIRCIING: NO  
TRANSPLANTE DE ORGANOS.: NO  
FECHA DE LA ULTIMA CITOLOGIA: DIC 2015 REFIERE VERBALEMENTE QUE FUE NEGATIVA.  
TUVO CONSULTA PRECONCEPCIONAL: NO  
COMPANERO DE LA USUARIA PRESENTO ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH:  
NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.  
AH PRESENTADO SIGNOS Y SINTOMAS DE ZIKA: NOII.1.2017 SIN CAMBIOS, 20/04/2117 NIEGA VIDA  
SEXUAL ACTIVA Observaciones: ESTETICISTA 2016/05/31 VACUNACION CON TD ANTERIOR ESTACION  
+/- 2 DOSIS . NO REFIERE OTRO CAMBIO EN ANTECEDENTES, REF ASISTENCIA A CITA  
ODONTOLOGICA ESTA EN TOO PARTICULAR, NUTRICION SI YA TIENE CITA Y CURSO PSICOFISICO NO.  
ESCOLARIDAD BACHILLERATO COMPLETO. TRABAJA EN ESTETICA. VIVE CON ESPOSO E HIJA DE 6  
ANOS. BUENAS RELACIONES. LAB. DE 05/ENE/17 AG HBS 0.40 NEG , AC TOXOPLASMAM IG G MENOR  
D E0.130 , SEROLOGIA PTS MENOR DE 0.1 , HB 13.4 HTOI 38.6 , GRUPO A POSITIVO , P DE O NITRITOS  
POS BCT +++++, LEUC 7 , UROCULTIVO E COLI SENSIBLE A CEFALEXINA , AC VIH 0.22 NEG.;  
ECOGRAFIA DE \_08/FGE/17 EMBARAZO GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICO, PARA 11 SEM 3 DIAS  
FETOS VIVOS , TAMIZAJE ECOGRAFICO NEGATIVO PARA ANEUPLOIDIAS .

#### **Antecedentes Ginecológicos**

Menarquia: 15 Histerectomía: Falso Fecha última menstruación: 2016/11/20 Fecha último parto: 2009/06/16  
Gestas: 2 Partos: 0 Abortos: 1 Ectópicos: 0 Cesáreas: 1 Vivos: 1 Gestación: Si Fecha probable de parto por  
FUR: 2017/08/27 Fecha Última Citología: 2015/12/01 Resultado Última Citología: Normal Otros: UROCULTIVO  
POSITIVO PENDIENTE TTO Observaciones: SE INFORMA SOBRE SENTENCIA C-355/2006 RESPETANDO  
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER, TOMAR DECISIONES LIBRES Y SIN  
DISCRIMINACION SOBRE LA POSIBILIDAD DE PROCREAR O NO, DE REGULAR LA FECUNDIDAD Y DE  
DISPONER DE LA INFORMACION Y MEDIOS PARA ELLO. TAMBIEN IMPLICA EL DERECHO DE TENER  
ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA QUE GARANTICEN UNA MATERNIDAD SEGURA.  
LA PREVENCION DE EMBARAZOS NO DESEADOS, LA DECISION LIBRE DE INTERRUCCION  
VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LOS CASOS CUANDO SE TRATE DE PRODUCTO DE VIOLACION O  
ACCESO CARNAL, CUANDO EXISTAN MALFORMACIONES FETALES, INCOMPATIBLES CON LA VIDA POS  
NATAL, Y CUANDO EL EMBARAZO PONGA EN PELIGRO LA SALUD DE LA MADRE. Sífilis gestacional:  
Riesgo no evaluado Hipertensión inducida por la gestación: No ¿Se ha realizado una mamografía?: No aplica  
Fecha de mamografía: 1845-01-01 Resultado de la mamografía: No aplica

#### **Planificación**

El paciente manifiesta que No Responde

#### **Parámetros Básicos**

TAD: 70 mmHg TAS: 100 mmHg FC: 70 PPM FR: 18 RPM Temperatura: 36 °C Talla: 154 cm Peso: 64 Kg  
Perímetro Abdominal: 00 cm IMC: 26.986

#### **Examen Físico**

General: VALORACION NUTRICIONAL: SOBREPESO , PRESENTO INCREMENTO DE 1 KG DURANTE EL  
ULTIMO MES DEL EMBARAZO.  
PACIENTE ALERTA CONCIENTE ORIENTADA CABEZA NORMOCEFALO OJOS NO SECRESIONES,  
CUELLO NO MASAS , TORAX Y PULMONES RSRs NORMALES NO DISNEA , SENOS AUMENTO DE  
VOLUMEN, PEZONES ADECUADOS PARA LACTANCIA, ABDOMEN GLOBOSO, AU: 24 CM , PERCENTIL:  
90 PRESENTACION : FLOTANTE , AL MOMENTO DE EXAMEN FETO VIVO # 1, FCF: 145, FETO VIVO # 2  
FCF:155 LPM TOMADA CON DOPLER, GENITOURINARIO NO HEMORRAGIA, NO FLUJO EXTREMIDADES  
NO VARICES NO EDEMAS, OSTEOARTICULAR SIN ALTERACION NEUROLOGICO SIN DEFICIT , PIEL  
INTEGRA HIDRATADA PSIQUIATRICA SIN DEFICIT

#### **Diagnósticos**

Z349 SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO

#### **Medicamentos Formulados y/o Administrados**

#### **Laboratorio Clínico**

#### **LABORATORIOS FORMULADOS**

902211 : HEMATOCRITO + Cantidad: 1 Observación: 902213 : HEMOGLOBINA + Cantidad: 1 Observación:  
906916 : SEROLOGIA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR & \* + Cantidad: 1 Observación:  
903886 : PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)  
Cantidad: 1 Observación: CON 75 GR DE GLUCOSA

#### **Imagenología**

#### **Otros Exámenes y/o procedimientos**

881431 : ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL ? Cantidad: 1 Observación: CONTROL  
ECOGRAFICO SEMANA 20-24

#### **Procedimientos Internos**

#### **Remisiones**

#### **Incapacidades/Licencias**

#### **Conducta**

. Conducta: RIESGO OBSTETRICO: ALTO POR SOBREPESO, CESAREA ANTERIOR  
ESTADO NUTRICIONAL: SOBREPESO  
CUENTA CON RED DE APOYO: ADECUADA VIVE CON ESPOSO E HIJA  
EMBARAZO DE RIESGO BIOPsicOSOCIAL SEGUN ESCALA: BAJO - 1  
SE DAN ORDENES PARA: LABORATORIOS Y ECO DE 2 TRIEMSTRE

SE EXPLICA A LA GESTANTE SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES DEBE CONSULTAR EN EL  
SERVICIO DE URGENCIAS :  
DOLOR DE CABEZA PERSISTENTE, ESCUCHA PITOS , VER LUCES, ARDOR EN LA BOCA DEL  
ESTOMAGO OPRESIVO, EDEMAS DE LA SEMANA 20 HASTA 48 HORAS POS PARTO , SANGRADOS  
VAGINALES , SALIDA DE LIQUIDO DIFERENTE A ORINA, DISMINUSION DE MOVIMIENTOS FETALES,  
FIEBRE, BRÓTE , ARDOR AL ORINAR, FLUJO FETIDO, CONTRACCIONES, DIFICULTAD RESPIRATORIA  
SE INDICA Y ANOTA EN CLAP MATERNO RED DE URGENCIAS Y PARTOS (CLINICA MEDERI, Y  
HOSPITAL SAN JOSE CENTRO. SE FOMENTA LACTANCIA MATERNA , EXCLUSIVA , LIBRE DEMANDA.  
SE INFORMA LOS RIESGOS FETALES POR EL USO DE SUSTANCIA PSICOACTIVAS, ALCOHOL Y  
CIGARRILO DURANTE EL EMBARAZO .  
SE FOMENTA FACTORES PROTECTORES PARA EL AUTOCUIDADO DIETA BALANCEADA, BAJA EN  
GRASAS, HARINAS , Y AZUCARES, CUIDADOS GENERALES DURANTE EL EMBARAZO, VESTIDO,  
HIGIENE ETC .  
SE INFORMA SOBRE SENTENCIA C355 RESPETANDO DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE

LA MUJER, TOMAR DECISIONES LIBRES Y SIN DISCRIMINACION SOBRE LA POSIBILIDAD DE PROCREAR O NO, DE REGULAR LA FECUNDIDAD Y DE DISPONER DE LA INFORMACION Y MEDIOS PARA ELLO. TAMBIEN IMPLICA EL DERECHO DE TENER ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA QUE GARANTICEN UNA MATERNIDAD SEGURA. LA PREVENCION DE EMBARAZOS NO DESEADOS, LA DECISION LIBRE DE INTERRUCCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LOS CASOS CUANDO SE TRATE DE PRODUCTO DE VIOLACION O ACCESO CARNAL, CUANDO EXISTAN MALFORMACIONES FETALES, INCOMPATIBLES CON LA VIDA POS NATAL, Y CUANDO EL EMBARAZO PONGA EN PELIGRO LA SALUD DE LA MADRE. SE ASIGNAN CITAS CON OBSTETRICIA Y ENFERMERIA DE SEGUIMIENTO.

. ¿Brindó orientación en Lactancia Materna?: Si. Fecha de consejería en Lactancia Materna: 2017-04-20.

Asesoría Pre test Elisa para VIH: No. Motivo: No aplica

**Otros Parámetros y Valores Relacionados**

**Firma del Profesional**



YUDANNI MATEUS ALFONSO

53114925

Especialidad: ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR

## Procedimiento

<b>Nº Id Afiliado</b> 1016026543	<b>Atendido En</b> AV CALLE 13 # 104-21	<b>Nº Autorización</b> 171106317527685	<b>Fecha y Hora Atención</b> 2017-04-26 18:17:00
<b>Nº Id Paciente</b> 1016051970	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b>	<b>Programa</b> POS CONTRIBUTIVO
<b>Nombre y Apellidos Completos</b> DIANA OSORIO OROZCO	<b>Sexo</b> F	<b>Grupo Sanguíneo</b> A	<b>Edad</b> 24 Año(s) 4 Mes(es)
<b>Dirección Residencia</b> DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO		<b>RH</b> +	<b>Fecha Nacimiento</b> 03/12/1992
<b>Ocupación</b> PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN Y PENSIONADOS O JUBILADOS		<b>Telefonos</b> 3163342885	<b>Celular</b> 3046754212
<b>Responsable</b> FABIAN SERRATO ESPOSO 3173075899		<b>Acompañante</b> menor de edad	<b>Telefono del Acompañante</b>
<b>Etnia</b> Mestizo		<b>Telefono del Responsable</b>	<b>Parentesco del Responsable</b>
<b>Estado Civil</b>		<b>¿Cuál?</b>	<b>¿Cuál?</b>
<b>Causa Externa</b> 13 Enfermedad General	<b>Finalidad Procedimiento</b> -- No Aplica --	<b>Ambito</b> Ambulatorio	<b>Aseguradora</b>

### Descripción del Procedimiento

SESION II

SEGUNDA SESION: ALIMENTACION SALUDABLE EN LA GESTACION (DRA DIANA DAZA)

#### Plan Manejo

SE EXPLICAN OBJETIVOS DE LA ALIMENTACION DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA MATERNA, SE EXPLICA IMPORTANCIA DE LA MISMA PARA EVITAR ENFERMEDADES RELACIONADAS CON DIETAS INADECUADAS, CONSECUENCIAS DE LA BAJA Y ALTA GANANCIA DE PESO MATERNO, EXIGENCIAS NUTRICIONALES EN EL DESARROLLO FETAL, IMPORTANCIA DEL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES, FUENTES ALIMENTICIAS QUE APORTAN VITAMINAS EN LA GESTACION Y LACTANCIA, SE INDICA EVITAR CONSUMO DE CIGARRILLO, LICOR, TINTO, DROGAS SICOACTIVAS

#### Tejidos Enviados a Patología

No. Placa

#### Tipo de Tejido Enviado a Patología

#### Observaciones y Recomendaciones

SE TOMA LISTADO DE PACIENTES EXPLICANDO QUE SERAN LLAMADOS PARA ASIGNACION DEL PROXIMO TALLER SICOFISICO.

#### Diagnósticos

Z349 SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO

#### Medicamentos Formulados y/o Administrados

#### Laboratorio Clínico

#### Imagenología

#### Otros Exámenes y/o procedimientos

#### Remisiones

#### Incapacidades/Licencias

#### Conducta

#### Otros Parametros y Valores Relacionados

#### Firma del Profesional



YUDANNI MATEUS ALFONSO

53114925

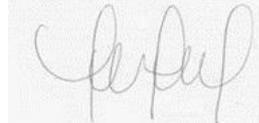
Especialidad: ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR

## Procedimiento

<b>Nº Id Afiliado</b> 1016026543	<b>Atendido En</b> AV CALLE 13 # 104-21	<b>Nº Autorización</b> 171225911487522	<b>Fecha y Hora Atención</b> 2017-05-03 18:18:01
<b>Nº Id Paciente</b> 1016051970	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b>	<b>Programa</b> POS CONTRIBUTIVO
<b>Nombre y Apellidos Completos</b> DIANA OSORIO OROZCO	<b>Sexo</b> F	<b>Grupo Sanguíneo</b> A	<b>Edad</b> 24 Año(s) 4 Mes(es)
<b>Dirección Residencia</b> DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO		<b>RH</b> +	<b>Fecha Nacimiento</b> 03/12/1992
<b>Ocupación</b> PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN Y PENSIONADOS O JUBILADOS		<b>¿Teléfonos Acompañante?</b> menor de edad	<b>¿Teléfono del Acompañante?</b> 3163342885
<b>Responsable</b> FABIAN SERRATO ESPOSO 3173075899		<b>¿Teléfono del Responsable?</b> ¿Cuál?	<b>Parentesco del Responsable</b> Aseguradora
<b>Etnia</b> Mestizo		<b>¿Cuál?</b>	
<b>Estado Civil</b>		<b>¿Cuál?</b>	
<b>Causa Externa</b> 13 Enfermedad General	<b>Finalidad Procedimiento</b> -- No Aplica --	<b>Ambito</b> Ambulatorio	

### Descripción del Procedimiento

SESION III  
 TERCERA SESION: ESTIMULACION DURANTE LA GESTACION  
**Plan Manejo**  
 SE BRINDA EDUCACION SOBRE ESTIMULACION INTRAUTERINA CONCEPTOS, ESTIMULACION TEMPRANA, TIPOS DE ESTIMULACION, TALLER PRACTICO  
**Tejidos Enviados a Patología**  
**No. Placa**  
**Tipo de Tejido Enviado a Patología**  
**Observaciones y Recomendaciones**  
 SE REALIZAN EJERCICIOS DIRIGIDOS POR ENFERMERA, Y SE TOMA LISTADO DE PACIENTES EXPLICANDO QUE SERAN LLAMADOS PARA ASIGNACION DEL PROXIMO TALLER SICOFISICO.  
**Diagnósticos**  
 Z349 SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO  
**Medicamentos Formulados y/o Administrados**  
**Laboratorio Clínico**  
**Imagenología**  
**Otros Exámenes y/o procedimientos**  
**Remisiones**  
**Incapacidades/Licencias**  
**Conducta**  
**Otros Parametros y Valores Relacionados**  
**Firma del Profesional**



YUDANNI MATEUS ALFONSO  
 53114925  
 Especialidad: ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR

## Procedimiento

<b>Nº Id Afiliado</b> 1016026543	<b>Atendido En</b> AV CALLE 13 # 104-21	<b>Nº Autorización</b> 171295911556243	<b>Fecha y Hora Atención</b> 2017-05-10 18:19:36
<b>Nº Id Paciente</b> 1016051970	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b>	<b>Programa</b> POS CONTRIBUTIVO
<b>Nombre y Apellidos Completos</b> DIANA OSORIO OROZCO	<b>Sexo</b> F	<b>Grupo Sanguíneo</b> A	<b>Edad</b> 24 Año(s) 5 Mes(es)
<b>Dirección Residencia</b> DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO		<b>RH</b> +	<b>Fecha Nacimiento</b> 03/12/1992
<b>Ocupación</b> PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN Y PENSIONADOS O JUBILADOS		<b>Teléfonos</b> 3163342885	<b>Celular</b> 3046754212
<b>Responsable</b> FABIAN SERRATO ESPOSO 3173075899		<b>Acompañante</b> menor de edad	<b>Teléfono del Acompañante</b>
<b>Etnia</b> Mestizo		<b>Teléfono del Responsable</b>	<b>Parentesco del Responsable</b>
<b>Estado Civil</b>		<b>¿Cuál?</b>	<b>¿Cuál?</b>
<b>Causa Externa</b> 13 Enfermedad General	<b>Finalidad Procedimiento</b> -- No Aplica --	<b>Ambito</b> Ambulatorio	<b>Aseguradora</b>

### Descripción del Procedimiento

SESION IV:

CUARTA SESION: CUIDADOS EN EL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y POS PARTO

#### Plan Manejo

SE EXPLICA QUE ES EL TRABAJO DE PARTO, CONTRACCIONES, FASE DE NACIMIENTO O EXPULSION, ALUMBRAMIENTO, QUE ES LA CESAREA Y CAUSAS DE LA MISMA, POSPARTO, CUIDADOS POS PARTO, ALIMENTACION EN EL POSPARTO, HIGIENE VAGINAL Y DE LA HERIDA QUIRURGICA POR REALIZACION DE CESAREA, QUE ES LA DEPRESION POS PARTO.

#### Tejidos Enviados a Patología

No. Placa

#### Tipo de Tejido Enviado a Patología

#### Observaciones y Recomendaciones

SE REALIZAN EJERCICIOS DIRIJIDOS POR ENFERMERA JEFE, SE ASIGNA CITA PARA PROXIMO TALLER DE SICOFISICO

#### Diagnósticos

Z349 SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO

#### Medicamentos Formulados y/o Administrados

#### Laboratorio Clínico

#### Imagenología

#### Otros Exámenes y/o procedimientos

#### Remisiones

#### Incapacidades/Licencias

#### Conducta

#### Otros Parametros y Valores Relacionados

#### Firma del Profesional



YUDANNI MATEUS ALFONSO

53114925

Especialidad: ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR

## Historia Clínica

Fecha y Hora Atención

2017-06-01 15:14:56

Programa

POS CONTRIBUTIVO

Nº Id Afiliado

1016026543

Nº Id Paciente

1016051970

Nombre y Apellidos Completos Sexo

DIANA OSORIO OROZCO F

Dirección Residencia

DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO

Ocupación

PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN Y PENSIONADOS O JUBILADOS

Responsable

FABIAN SERRATO ESPOSO 3173075899

Etnia

Mestizo

Estado Civil

Causa Externa

13 Enfermedad General

Atendido En

IPS COMPENSAR

Tipo ID

CC

Grupo Sanguíneo

A

Nº Autorización

171425911527807

Estrato

RH Fecha Nacimiento Edad

+ 03/12/1992 24 Año(s) 5 Mes(es)

Teléfonos

3163342885

Acompañante

menor de edad

Teléfono del Responsable

¿Cuál?

¿Cuál?

Finalidad Consulta

. Detección de alteraciones de embarazo

Parentesco del Responsable

3046754212

Teléfono del Acompañante

Parentesco del Responsable

Aseguradora

### Riesgo Paciente

#### Motivo Consulta

. CPN, EMB DE 27 SEM GEMELAR BI/BI, POSTHX POR TERCER EPISODIO DE IVU, EN MEDERI, SALIO HACE 2 DIAS.

- ECO Y PERFIL BIOFISICO NORMALES DE 20 MAYO = 26,3 SEM.

- TOMA CEFALEXINA CONTINUA

- PTOG Y VDRL NORMALES, HB 11.

#### Enfermedad Actual

. TOLERA VIA ORAL, NO SINTOMAS URINARIOS, NO SANGRADO NI FLUJO VAGINAL.

NO FIEBRE. NO EPIGASTRALGIA. NO DOLOR PRECORDIAL, NO DISNEA. NO VERTIGO. NO ERUPCIONES ANORMALES EN PIEL

CEFALEA NIEGA

MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS.

#### Evolución y Control

. TRAE ORDEN DE MEDERI PARA ALTO RIESGO.

#### Revisión por Sistemas

No Refirió Hallazgos Positivos...

#### Antecedentes Generales

Patológicos: TBC: NIEGA

DIABETES: NIEGA

HIPERTENSION: NIEGA

PREEECLAMPSIA: NIEGA

ECLAMPSIA: NIEGA

OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA

CARDIOPATIA: NIEGA

NEFROPATIA: NIEGA

CHAGAS: NIEGA

PALUDISMO: NIEGA

VACUNA DE ANTIRUBEOLA: NO

COAGULOPATIAS: NIEGA

VARICELA : SI EN LA INFANCIA

IVU PENDIENTE TTO PACIENTE NO ASISTE A LA CITA ASIGNADA POR GINECOLOGIA PARA EL DIA

12/01/2017

II.1.2017 SIN CAMBIOS Quirúrgicos: CIRUGIA GENITO URINARIA: CESAREA HACE 6 AÑOS POR

PRESENTAR PRESENTACION PODALICA

LEGRADO OBSTETRICO JULIO 2016 POS ABORTO RETENIDO DE 14 SEMII.1.2017 SIN CAMBIOS

Traumáticos: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Alérgicos: NIEGA

mayo/2015 mediamnto alwimtno niegall.1.2017 SIN CAMBIOS Tóxicos: FUMADORA ACTIVA: NIEGA

FUMADORA PASIVA: NIEGA

DROGAS: NIEGA

ALCOHOL: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Farmacológicos: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Familiares:

MADRE, ABUELA MATERNA HIPERTENSAS

TBC: NIEGA

DIABETES: NIEGA

PRECLAMPSIA: NIEGA

ECLAMPSIA: NIEGA

OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA

.II.1.2017 SIN CAMBIOS Transfusionales: NIEGA TRANSFUSIONES

RH PAREJA: NO SABE / RH PACIENTE: A+ .

ENERO 2017 NIEGA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

VALORACION POR ODONTOLOGIA ASISTE PARTICULAR

VALORACION POR NUTRICION 17/02/2017

CURSO SICOPROFILACTICO PENDIENTE

VACUNAS DE LA GESTACION PENDIENTESII.1.2017 SIN CAMBIOS Sexuales: SEXARQUIA: 14 AÑOS ,

NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES EN LA VIDA: 1 . NIEGA USO DEL PRESERVATIVO .

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH: NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS

ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.

PLANIFICA: NO METODO: NO APLICA

HISTORIA DE INFERTILIDAD: NO

TATUAJES O PIRcing: NO

TRANSPLANTE DE ORGANOS.: NO

FECHA DE LA ÚLTIMA CITOLOGIA: DIC 2015 REFIERE VERBALEMENTE QUE FUE NEGATIVA.

TUVO CONSULTA PRECONCEPCIONAL: NO  
COMPANERO DE LA USUARIA PRESENTO ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH:  
NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.  
AH PRESENTADO SIGNOS Y SINTOMAS DE ZIKA: NOII.1.2017 SIN CAMBIOS, 20/04/2117 NIEGA VIDA  
SEXUAL ACTIVA Observaciones: ESTETICISTA 2016/05/31 VACUNACION CON TD ANTERIOR ESTACION  
+/- 2 DOSIS . NO REFIERE OTRO CAMBIO EN ANTECEDENTES. REF ASISTENCIA A CITA  
ODONTOLÓGICA ESTA EN TOO PARTICULAR, NUTRICION SI YA TIENE CITA Y CURSO PSICOFISICO NO.  
ESCOLARIDAD BACHILLERATO COMPLETO. TRABAJA EN ESTETICA. VIVE CON ESPOSO E HIJA DE 6  
ANOS. BUENAS RELACIONES. LAB. DE 05/ENE/17 AG HBS 0.40 NEG , AC TOXOPLASMA IG G MENOR  
D E0.130 , SEROLOGIA PTS MENOR DE 0.1 , HB 13.4 HTOI 38.6 , GRUPO A POSITIVO , P DE O NITRITOS  
POS BCT +++++ , LEUC 7 , UROCULTIVO E COLI SENSIBLE A CEFALEXINA , AC VIH 0.22 NEG. ;  
ECOGRAFIA DE 08/FGEB/17 EMBARAZO GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICO, PARA 11 SEM 3 DIAS  
FETOS VIVOS , TAMIZAJE ECOGRAFICO NEGATIVO PARA ANEUPLOIDIAS .

#### **Antecedentes Ginecológicos**

Menarquia: 15 Histerectomía: Falso Fecha última menstruación: 2016/11/20 Fecha último parto: 2009/06/16  
Gestas: 2 Partos: 0 Abortos: 1 Ectópicos: 0 Cesáreas: 1 Vivos: 1 Gestación: No Fecha Última Citología:  
2015/12/01 Resultado Última Citología: Normal Otros: UROCULTIVO POSITIVO PENDIENTE TTO  
Observaciones: SE INFORMA SOBRE SENTENCIA C-355/2006 RESPETANDO DERECHOS SEXUALES Y  
REPRODUCTIVOS DE LA MUJER, TOMAR DECISIONES LIBRES Y SIN DISCRIMINACION SOBRE LA  
POSIBILIDAD DE PROCREAR O NO, DE REGULAR LA FECUNDIDAD Y DE DISPONER DE LA  
INFORMACION Y MEDIOS PARA ELLO. TAMBIEN IMPLICA EL DERECHO DE TENER ACCESO A LOS  
SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA QUE GARANTICEN UNA MATERNIDAD SEGURA. LA  
PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS, LA DECISIÓN LIBRE DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA  
DEL EMBARAZO EN LOS CASOS CUANDO SE TRATE DE PRODUCTO DE VIOLACIÓN O ACCESO  
CARNAL, CUANDO EXISTAN MALFORMACIONES FETALES, INCOMPATIBLES CON LA VIDA POS NATAL,  
Y CUANDO EL EMBARAZO PONGA EN PELIGRO LA SALUD DE LA MADRE. ¿Se ha realizado una  
mamografía?: No aplica Fecha de mamografía: 1845-01-01 Resultado de la mamografía: No aplica

#### **Planificación**

El paciente manifiesta que No Responde

#### **Parámetros Básicos**

TAD: 75 mmHg TAS: 115 mmHg FC: 82 PPM FR: 17 RPM Temperatura: 36 °C Talla: 154 cm Peso: 65 Kg  
Perímetro Abdominal: 0 cm IMC: 27.4077

#### **Examen Físico**

General: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, CONSCIENTE, ORIENTADA, ROSADA, NO ICTERICA.  
CUELLO SIN MASAS ANORMALES PALPABLES  
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, VENTILACION PULMONAR NORMAL.  
ABDOMEN BLANDO, RS IS ++  
AU 30 CMS, FCF 136 Y 144 DOPPLER  
NO SANGRADO NI FLUJO VAGINAL  
EXTREMIDADES SIN EDEMAS PATOLOGICOS, PERFUSION DISTAL ADECUADA.  
ROT = ++/++.

NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE.

#### **Diagnósticos**

O300 EMBARAZO DOBLE

#### **Medicamentos Formulados y/o Administrados**

#### **Laboratorio Clínico**

#### **Imagenología**

#### **Otros Exámenes y/o procedimientos**

#### **Procedimientos Internos**

#### **Remisiones**

89030211 : OBSTETRICIA ALTO RIESGO AMBULATORIO Cantidad: 1 ( NOTA REMISION ) RESUMEN

HISTORIA CLINICA: OBSERVACIONES: TRATAMIENTO:

#### **Incapacidades/Licencias**

#### **Conducta**

. Conducta: pte de 24 años, emb gemelar bi/bi de 27 SEM. IVU A REPETICION, = ALTO RISK, SE REMITE  
ARO.

TOMA CALCIO + GESTAVIT.

SE INDICA CONTINUAR CITAS DE CPN Y TODAS LAS CITAS QUE LE SEAN ASIGNADAS.

SE AVISAN SIGNOS DE ALARMA, ENTRE OTROS= CEFALEA , VISION BORROSA, EPIGASTRALGIA,

SANGRADO VAGINAL SALIDA DE LIQUIDO POR VAGINA, DOLOR ABDOMINAL. EN CASO DE  
PRESENTARSE ALGUNO DE ELLOS ACUDIR INMEDIATAMENTE A UNA I.P.S. DE LA RED CENTRO DE  
COMPENSAR..

SE DAN RECOMENDACIONES NUTRICIONALES RELACIONADAS CON SU ESTADO DE SALUD. SE  
EDUCA EN LACTANCIA MATERNA Y PLANIFICACION POSTPARTO.

#### **Otros Parámetros y Valores Relacionados**

#### **Firma del Profesional**



ORLANDO ALONSO CELY CALDERON

79310484

Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**Procedimiento**

<b>Nº Id Afiliado</b> 1016026543	<b>Atendido En</b> DG 16 No 104 51 C.CIAL VIVA EXITO	<b>Nº Autorización</b> 171589828620797	<b>Fecha y Hora Atención</b> 2017-06-07 17:50:03
<b>Nº Id Paciente</b> 1016051970	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b>	<b>Programa</b> POS CONTRIBUTIVO
<b>Nombre y Apellidos Completos</b> DIANA OSORIO OROZCO	<b>Sexo</b> F	<b>Grupo Sanguíneo</b> A	<b>Edad</b> 24 Año(s) 6 Mes(es)
<b>Dirección Residencia</b> DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO		<b>RH</b> +	<b>Fecha Nacimiento</b> 03/12/1992
<b>Ocupación</b>			<b>Teléfonos</b> 3163342885
<b>Responsable</b>			<b>Acompañante</b>
<b>Etnia</b>			<b>Teléfono del Acompañante</b>
<b>Estado Civil</b>			<b>Parentesco del Responsable</b>
			<b>¿Cuál?</b>
			<b>¿Cuál?</b>
			<b>Aseguradora</b>
<b>Causa Externa</b> 13 Enfermedad General	<b>Finalidad Procedimiento</b> -- No Aplica --	<b>Ambito</b> Ambulatorio	

**Descripción del Procedimiento**

SEXTA SESION: PROYECTO DE VIDA FAMILIAR PARA LA GESTANTE Y EL BEBE/ DERECHOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA/ PLANIFICACION FAMILIAR

**Plan Manejo**

SE EXPLICA SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS, VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS METODOS, CON RESPECTO A METODOS MODERNOS, DERECHOS Y DEBERES DERECHOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, PROYECTO DE VIDA FAMILIAR, PREVENCIÓN DE ITS. USO DEL PRESERVATIVO, CITOLOGÍA

**Tejidos Enviados a Patología**

**No. Placa**

**Tipo de Tejido Enviado a Patología**

**Observaciones y Recomendaciones**

SE REALIZAN EJERCICIOS DIRIJIDOS POR FISIOTERAPEUTA, SE ASIGNA CITA PARA PROXIMO TALLER DE SICOFISICO

**Diagnósticos**

Z348 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES

**Medicamentos Formulados y/o Administrados**

**Laboratorio Clínico**

**Imagenología**

**Otros Exámenes y/o procedimientos**

**Remisiones**

**Incapacidades/Licencias**

**Conducta**

**Otros Parametros y Valores Relacionados**

**Firma del Profesional**



EDITH BARREIRO MOLINA

65704376

Especialidad: ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR

**Procedimiento**

<b>Nº Id Afiliado</b> 1016026543	<b>Atendido En</b> DG 16 No 104 51 C.CIAL VIVA EXITO	<b>Nº Autorización</b> 171589828621754	<b>Fecha y Hora Atención</b> 2017-06-07 18:05:33
<b>Nº Id Paciente</b> 1016051970	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b>	<b>Programa</b> POS CONTRIBUTIVO
<b>Nombre y Apellidos Completos</b> DIANA OSORIO OROZCO	<b>Sexo</b> F	<b>Grupo Sanguíneo</b> A	<b>Edad</b> 24 Año(s) 6 Mes(es)
<b>Dirección Residencia</b> DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO		<b>RH</b> +	<b>Fecha Nacimiento</b> 03/12/1992
<b>Ocupación</b>			<b>Teléfonos</b> 3163342885
<b>Responsable</b>			<b>Acompañante</b>
<b>Etnia</b>		<b>Teléfono del Responsable</b> ¿Cuál? ¿Cuál?	<b>Teléfono del Acompañante</b> <b>Parentesco del Responsable</b>
<b>Estado Civil</b>			<b>Aseguradora</b>
<b>Causa Externa</b> 13 Enfermedad General	<b>Finalidad Procedimiento</b> -- No Aplica --	<b>Ambito</b> Ambulatorio	

**Descripción del Procedimiento**

SEPTIMA SESION: LACTANCIA MATERNA

**Plan Manejo**

SE EXPLICA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA, COMPONENTES DE LA LECHE MATERNA, VENTAJAS PARA LA MADRE Y EL BEBE, VENTAJAS PRACTICAS Y FAMILIARES, TECNICAS DE LACTANCIA MATERNA, COMO AMAMANTAR AL BEBE, EXTRACCION MANUAL DE LA LECHE MATERNA, CONSERVACION DE LA LECHE, DESVENTAJAS DE LA ALIMENTACION ARTIFICIAL.

**Tejidos Enviados a Patología**

**No. Placa**

**Tipo de Tejido Enviado a Patología**

**Observaciones y Recomendaciones**

SE REALIZAN EJERCICIOS DIRIJIDOS POR ENFERMERA, SE ASIGNA CITA PARA PROXIMO TALLER DE PSICOFISICO

**Diagnósticos**

Z348 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES

**Medicamentos Formulados y/o Administrados**

**Laboratorio Clínico**

**Imagenología**

**Otros Exámenes y/o procedimientos**

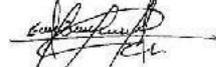
**Remisiones**

**Incapacidades/Licencias**

**Conducta**

**Otros Parametros y Valores Relacionados**

**Firma del Profesional**



EDITH BARREIRO MOLINA

65704376

Especialidad: ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR

**Procedimiento**

<b>Nº Id Afiliado</b> 1016026543	<b>Atendido En</b> DG 16 No 104 51 C.CIAL VIVA EXITO	<b>Nº Autorización</b> 171652046681530	<b>Fecha y Hora Atención</b> 2017-06-14 18:56:22
<b>Nº Id Paciente</b> 1016051970	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b>	<b>Programa</b> POS CONTRIBUTIVO
<b>Nombre y Apellidos Completos</b> DIANA OSORIO OROZCO	<b>Sexo</b> F	<b>Grupo Sanguíneo</b> A	<b>Edad</b> 24 Año(s) 6 Mes(es)
<b>Dirección Residencia</b> DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO		<b>RH</b> +	<b>Fecha Nacimiento</b> 03/12/1992
<b>Ocupación</b>			<b>Teléfonos</b> 3163342885
<b>Responsable</b>			<b>Acompañante</b>
<b>Etnia</b>		<b>Teléfono del Responsable</b> ¿Cuál?	<b>Teléfono del Acompañante</b> Parentesco del Responsable
<b>Estado Civil</b>		<b>¿Cuál?</b>	<b>Aseguradora</b>
<b>Causa Externa</b> 13 Enfermedad General	<b>Finalidad Procedimiento</b> -- No Aplica --	<b>Ambito</b> Ambulatorio	

**Descripción del Procedimiento**

PRIMER SESION: CAMBIOS FISICOS Y EMOCIONALES DURANTE LA GESTACION

**Plan Manejo**

SE EXPLICAN CAMBIOS FISICOS QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN LA GESTACION, DISMINUCION DE LA MOTILIDAD GASTROINTESTINAL, ELEVACION DE LA GLICEMIA, RETENCION DE LIQUIDOS, AUMENTO DE LOS LIPIDOS EN SANGRE, AUMENTO O DISMINUCION DEL APETITO, NASUEAS Y VOMITOS, ACIDEZ, ESTRENIMIENTO. SE EXPLICAN CAMBIOS SICOLOGICOS PRESENTADOS DURANTE LA GESTACION, SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES DEBE CONSULTAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS INDICANDO ACUDIR INMEDIATAMENTE SI PRESENTA: DOLOR DE CABEZA PERSISTENTE, ESCUCHA PITOS, VE LUCES, ARDOR EN LA BOCA DEL ESTOMAGO OPRESIVO, EDEMAS DE LA SEMANA 20 HASTA 48 HORAS POS PARTO, SANGRADOS VAGINALES, SALIDA DE LIQUIDO DIFERENTE A ORINA, DISMINUSION DE MOVIMIENTOS FETALES, FIEBRE, BRÓTE, ARDOR AL ORINAR, FLUJO FETIDO, CONTRACCIONES, DIFICULTAD RESPIRATORIA.

SE EXPLICA SENTENCIA C355-06 DE 2006 RESPENTANDO DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER, PERMITE LA TOMA DE DECISIONES LIBRES Y SIN DISCRIMINACION SOBRE LA POSIBILIDAD DE PROCRE

**Tejidos Enviados a Patología**

**No. Placa**

**Tipo de Tejido Enviado a Patología**

**Observaciones y Recomendaciones**

INFORMACION SOBRE LA RED HOSPITALARIA. SE TOMA LISTADO DE PACIENTES EXPLICANDO QUE SERAN LLAMADOS PARA ASIGNACION DEL PROXIMO TALLER SICOFISICO.

**Diagnósticos**

Z348 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES

**Medicamentos Formulados y/o Administrados**

**Laboratorio Clínico**

**Imagenología**

**Otros Exámenes y/o procedimientos**

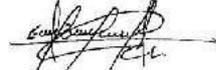
**Remisiones**

**Incapacidades/Licencias**

**Conducta**

**Otros Parametros y Valores Relacionados**

**Firma del Profesional**



EDITH BARREIRO MOLINA

65704376

Especialidad: ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR

## Historia Clínica

Fecha y Hora Atención

2017-06-22 08:06:38

Programa

POS CONTRIBUTIVO

<b>Nº Id Afiliado</b> 1016026543	<b>Atendido En</b> AV CALLE 13 # 104-21	<b>Nº Autorización</b> 171735911280900	
<b>Nº Id Paciente</b> 1016051970	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b>	
<b>Nombre y Apellidos Completos</b>	<b>Sexo</b>	<b>Grupo Sanguíneo</b>	<b>RH</b>
DIANA OSORIO OROZCO	F	A	+
<b>Dirección Residencia</b> DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO		<b>Fecha Nacimiento</b> 03/12/1992	<b>Edad</b> 24 Año(s) 6 Mes(es)
<b>Ocupación</b>		<b>Teléfonos</b> 3163342885	<b>Celular</b> 3046754212
<b>Responsable</b>		<b>Acompañante</b> FABIAN SERRATO ESPOSO	<b>Teléfono del Acompañante</b> 3173075899
PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN Y PENSIONADOS O JUBILADOS		<b>Teléfono del Responsable</b>	<b>Parentesco del Responsable</b>
FABIAN SERRATO ESPOSO 3173075899		<b>¿Cuál?</b>	<b>¿Cuál?</b>
<b>Etnia</b> Mestizo		<b>Finalidad Consulta</b> . Detección de alteraciones de embarazo	<b>Aseguradora</b>
<b>Estado Civil</b>			
<b>Causa Externa</b> 13 Enfermedad General			

### Riesgo Paciente

#### Motivo Consulta

. CONTROL PRENATAL, REFIERE SENTIRSE BIEN

#### Enfermedad Actual

. ASINTOMÁTICA EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA

#### Evolución y Control

. GESTANTE DE 30.4 SEMANAS POR FUR - GEMELAR, QUE CONSULTA A CONTROL PRENATAL, REFIERE MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS REFIERE QUE EN EL EMS DE MAYO ESTUVO HOSPITALIZADA EN MEDERI PARA MANEJO DE IVU DURANTE 12 DIAS EN UCI (4 DIAS) PRESENTO ALTERACIONES EN LA TENSION ARTERIAL BAJA, REALIZARON TRANSFUSION SANGUINEA. REFIERE QUE EL MEDICO INDICO QUE DEBE CONTINUAR CON EL ANTIBIOTICO (CEFALEXINA) LO QUE QUEDA DEL EMBARAZO. BUEN ESTADO EMOCIONAL EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA

SE INDAGA SOBRE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA :

PACIENTE NIEGA CEFALEA, NIEGA TINITUS, NIEGA FOSFENOS, NIEGA DISURIA, NIEGA LEUCORREA, NIEGA SANGRADO VAGINAL, NIEGA EDEMA, NIEGA VIAJES A ZONA ENDEMICA

#### Revisión por Sistemas

Cabeza VALORACION NUTRICIONAL: SOBREPESO, PRESENTO INCREMENTO DE 2 KG DURANTE EL ULTIMO MES DEL EMBARAZO.

PACIENTE ALERTA CONCIENTE ORIENTADA CABEZA NORMOCEFALO OJOS NO SECRESIONES, CUELLO NO MASAS, TORAX Y PULMONES RSRs NORMALES NO DISNEA, SENOS AUMENTO DE VOLUMEN, PEZONES ADECUADOS PARA LACTANCIA, ABDOMEN GLOBOSO, AU: 34 CM, PERCENTIL: 90 PRESENTACION: FLOTANTES, AL MOMENTO DE EXAMEN FETO VIVO # 1, FCF: 150, FETO VIVO # 2 FCF: 155 LPM TOMADA CON DOPLER, GENITOURINARIO NO HEMORRAGIA, NO FLUJO EXTREMIDADES NO VARICES NO EDEMAS, OSTEOARTICULAR SIN ALTERACION NEUROLOGICO SIN DEFICIT, PIEL INTEGRAL HIDRATADA PSIQUIATRICO SIN DEFICIT

Otros VALORACION POR ODONTOLOGIA YA TUVO

VALORACION POR NUTRICION YA TUVO

CURSO SICOPROFILACTICO YA INICIO

VACUNAS DE LA GESTACION AL DIA

¿Paciente Sintomático Respiratorio? No Red de Apoyo: Si Sedentarismo: Si

#### Antecedentes Generales

Patológicos: TBC: NIEGA

DIABETES: NIEGA

HIPERTENSION: NIEGA

PREECLAMPSIA: NIEGA

ECLAMPSIA: NIEGA

OTRA CONDICION MEDICA GRAVE: NIEGA

CARDIOPATIA: NIEGA

NEFROPATIA: NIEGA

CHAGAS: NIEGA

PALUDISMO: NIEGA

VACUNA DE ANTIRUBEOLA: NO

COAGULOPATIAS: NIEGA

VARICELA: SI EN LA INFANCIA

IVU PENDIENTE TTO PACIENTE NO ASISTE A LA CITA ASIGNADA POR GINECOLOGIA PARA EL DIA 12/01/2017

II.1.2017 SIN CAMBIOS Quirúrgicos: CIRUGIA GENITO URINARIA: CESAREA HACE 6 AÑOS POR

PRESENTAR PRESENTACION PODALICA

LEGRADO OBSTETRICO JULIO 2016 POS ABORTO RETENIDO DE 14 SEMII.1.2017 SIN CAMBIOS

Traumáticos: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Alérgicos: NIEGA

mayo/2015 mediamnto alwimtno niegall.1.2017 SIN CAMBIOS Tóxicos: FUMADORA ACTIVA: NIEGA

FUMADORA PASIVA: NIEGA

DROGAS: NIEGA

ALCOHOL: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Farmacológicos: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Familiares:

MADRE, ABUELA MATERNA HIPERTENSAS

TBC: NIEGA

DIABETES: NIEGA

PRECLAMPSIA: NIEGA

ECLAMPSIA: NIEGA

OTRA CONDICION MEDICA GRAVE: NIEGA

.II.1.2017 SIN CAMBIOS Transfusionales: NIEGA TRANSFUSIONES

RH PAREJA: NO SABE / RH PACIENTE: A+

ENERO 2017 NIEGA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

VALORACION POR ODONTOLOGIA ASISTE PARTICULAR

VALORACION POR NUTRICION 17/02/2017

CURSO SICOPROFILACTICO PENDIENTE

VACUNAS DE LA GESTACION PENDIENTES II.1.2017 SIN CAMBIOS Sexuales: SEXARQUIA: 14 AÑOS ,

NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES EN LA VIDA: 1, NIEGA USO DEL PRESERVATIVO ,

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH: NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS

ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.

PLANIFICA: NO METODO: NO APLICA

HISTORIA DE INFERTILIDAD: NO

TATUAJES O PIRACING: NO

TRANSPLANTE DE ORGANOS.: NO

FECHA DE LA ULTIMA CITOLOGIA: DIC 2015 REFIERE VERBALEMENTE QUE FUE NEGATIVA.

TUVO CONSULTA PRECONCEPCIONAL: NO

COMPANERO DE LA USUARIA PRESENTO ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH:

NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.

AH PRESENTADO SIGNOS Y SINTOMAS DE ZIKA: NO II.1.2017 SIN CAMBIOS, 20/04/2117 NIEGA VIDA

SEXUAL ACTIVA, 22/06/2017 NIEGA VIDA SEXUAL Observaciones: ESTETICISTA 2016/05/31 VACUNACION

CON TD ANTERIOR ESTACION +/- 2 DOSIS . NO REFIERE OTRO CAMBIO EN ANTECEDENTES. REF

ASISTENCIA A CITA ODONTOLOGICA ESTA EN TOO PARTICULAR, NUTRICION SI YA TIENE CITA Y

CURSO PSICOFISICO NO. ESCOLARIDAD BACHILLERATO COMPLETO, TRABAJA EN ESTETICA, VIVE

CON ESPOSO E HIJA DE 6 ANOS. BUENAS RELACIONES. LAB. DE 05/ENE/17 AG HBS 0.40 NEG, AC

TOXOPLASMA IG G MENOR D E0.130 , SEROLOGIA PTS MENOR DE 0.1 , HB 13.4 HTOI 38.6 , GRUPO A

POSITIVO , P DE O NITRITOS POS BCT +++++ , LEUC 7 , UROCULTIVO E COLI SENSIBLE A CEFALEXINA ,

AC VIH 0.22 NEG , ECOGRAFIA DE 08/FGB/17 EMBARAZO GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICO, PARA

11 SEM 3 DIAS FETOS VIVOS , TAMIZAJE ECOGRAFICO NEGATIVO PARA ANEUPLOIDIAS .

#### **Antecedentes Ginecológicos**

Menarquia: 15 Histerectomía: Falso Fecha última menstruación: 2016/11/20 Fecha último parto: 2009/06/16

Gestas: 2 Partos: 0 Abortos: 1 Ectópicos: 0 Cesáreas: 1 Vivos: 1 Gestación: Si Fecha probable de parto por

FUR: 2017/08/27 Fecha Última Citología: 2015/12/01 Resultado Última Citología: Normal Otros: UROCULTIVO

POSITIVO PENDIENTE TTO Observaciones: SE INFORMA SOBRE SENTENCIA C-355/2006 RESPETANDO

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER, TOMAR DECISIONES LIBRES Y SIN

DISCRIMINACION SOBRE LA POSIBILIDAD DE PROCREAR O NO, DE REGULAR LA FECUNDIDAD Y DE

DISPONER DE LA INFORMACION Y MEDIOS PARA ELLO. TAMBIEN IMPLICA EL DERECHO DE TENER

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA QUE GARANTICEN UNA MATERNIDAD SEGURA.

LA PREVENCION DE EMBARAZOS NO DESEADOS, LA DECISION LIBRE DE INTERRUCCION

VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LOS CASOS CUANDO SE TRATE DE PRODUCTO DE VIOLACION O

ACCESO CARNAL, CUANDO EXISTAN MALFORMACIONES FETALES, INCOMPATIBLES CON LA VIDA POS

NATAL, Y CUANDO EL EMBARAZO PONGA EN PELIGRO LA SALUD DE LA MADRE. Sifilis gestacional:

Riesgo no evaluado Hipertensión inducida por la gestación: No ¿Se ha realizado una mamografía?: No aplica

Fecha de mamografía: 1845-01-01 Resultado de la mamografía: No aplica

#### **Planificación**

El paciente manifiesta que No Responde

#### **Parámetros Básicos**

TAD: 60 mmHg TAS: 95 mmHg FC: 70 PPM FR: 18 RPM Temperatura: 36 °C Talla: 154 cm Peso: 67 Kg

Perímetro Abdominal: 00 cm IMC: 28.251

#### **Examen Físico**

General: VALORACION NUTRICIONAL: SOBREPESO , PRESENTO INCREMENTO DE 2 KG DURANTE EL

ULTIMO MES DEL EMBARAZO.

PACIENTE ALERTA CONCIENTE ORIENTADA CABEZA NORMOCEFALO OJOS NO SECRESIONES,

CUELLO NO MASAS , TORAX Y PULMONES RSRs NORMALES NO DISNEA , SENOS AUMENTO DE

VOLUMEN, PEZONES ADECUADOS PARA LACTANCIA, ABDOMEN GLOBOSO, AU: 34 CM , PERCENTIL:

90 PRESENTACION : FLOTANTES , AL MOMENTO DE EXAMEN FETO VIVO # 1 , FCF: 150, FETO VIVO # 2

FCF: 155 LPM TOMADA CON DOPLER, GENITOURINARIO NO HEMORRAGIA, NO FLUJO

EXTREMIDADES NO VARICES NO EDEMAS, OSTEOARTICULAR SIN ALTERACION NEUROLOGICO SIN

DEFICIT , PIEL INTEGRAL HIDRATADA PSIQUIATICO SIN DEFICIT

#### **Diagnósticos**

Z359 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO- SIN OTRA ESPECIFICACION Z717 CONSULTA

PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]

#### **Medicamentos Formulados y/o Administrados**

##### **Laboratorio Clínico**

LABORATORIOS FORMULADOS

902207 : HEMOGRAMA I (BASICO) [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO MANUAL,

+ Cantidad: 1 Observación: 906916 : SEROLOGIA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR & \*

+ Cantidad: 1 Observación: 906249 : VIH 1 Y 2. ANTICUERPOS & \*+ Cantidad: 1 Observación:

##### **Imagenología**

##### **Otros Exámenes y/o procedimientos**

881431 : ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL ? Cantidad: 1 Observación: CONTROL

ECOGRAFICO PARA DEFINIR PRESENTACION (GEMELAR)

##### **Procedimientos Internos**

##### **Remisiones**

##### **Incapacidades/Licencias**

##### **Conducta**

. Conducta: RIESGO OBSTETRICO: ALTO POR SOBREPESO

ESTADO NUTRICIONAL: SOBREPESO

CUENTA CON RED DE APOYO: ADECUADA VIVE CON ESPOSO E HIJA

EMBARAZO DE RIESGO BIOPICOSOCIAL SEGUN ESCALA: BAJO 1

SE DAN ORDENES PARA: LABORATORIOS Y ECOGRAFIA DE 3 TRIMESTRE

SE EXPLICA A LA GESTANTE SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES DEBE CONSULTAR EN UN

SERVICIO DE URGENCIAS :

DOLOR DE CABEZA PERSISTENTE, ESCUCHA PITOS , VE LUCES, ARDOR EN LA BOCA DEL ESTOMAGO

OPRESIVO, EDEMAS DE LA SEMANA 20 HASTA 48 HORAS POS PARTO , SANGRADOS VAGINALES ,

SALIDA DE LIQUIDO DIFERENTE A ORINA , DISMINUCION DE MOVIMIENTOS FETALES, FIEBRE, BRÓTE ,

ARDOR AL ORINAR, FLUJO FETIDO, CONTRACCIONES, DIFICULTAD RESPIRATORIA

SE INDICA Y ANOTA EN CLAP MATERNO RED DE URGENCIAS (CLINICA MEDERI, HOSPITAL SAN JOSE

CENTRO ) .

SE FOMENTA LACTANCIA MATERNA , EXCLUSIVA , LIBRE DEMANDA.

SE INFORMA LOS RIESGOS FETALES POR EL USO DE SUSTANCIA PSICOACTIVAS, ALCOHOL Y

CIGARRILO DURANTE EL EMBARAZO .

SE FOMENTA FACTORES PROTECTORES PARA EL AUTOCUIDADO DIETA BALANCEADA, BAJA EN GRASAS, HARINAS, Y AZUCARES, CUIDADOS GENERALES DURANTE EL EMBARAZO, VESTIDO, HIGIENE ETC .

SE EXPLICA QUE EN ULTIMA CITA CON EL OBSTETRA EN COMPENSAR EPS, LE VAN A ENTREGAR LA REMISION DE OBSTETRICIA PARA PARTO, EXPLICANDO QUE DEBE ACUDIR A SERVICIO DE AUTORIZACION DONDE LE OFRECERAN EL HOSPITAL PARA EL PARTO DONDE VIA TEL, O PERSONALMENE DEBE SOLICITAR CITA PARA REALIZAR EL PRIMER CONTROL PRENATAL HOSPITALARIO A LA SEMANA 36.

SE DIRECCIONA A EDUCACION EN PLANIFICACION, SE INDICA QUE DEBE INICIAR A PLANIFICAR AL DIA 40 POS PARTO, SE DA ORDEN MANUAL PARA SOLICITAR CITA DE ASESORIA EN METODOS ANTICONCEPTIVOS

SE INDICA TRAER AL RECIEN NACIDO A CRECIENDO, PEDIATRIA, RECLAMAR, TSH NEONATAL EXAMEN DE TIROIDES QUE LE TOMAN A SU BEBE DEL CORDON UMBILICAL, SE INDICA ACUDIR A LA CITA DE POST PARTO 8 DIAS POSTERIOR AL NACIMIENTO EN EL SITIO HOSPITALARIO.

SE INFORMA SOBRE SENTENCIA C355 RESPETANDO DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER, TOMAR DECISIONES LIBRES Y SIN DISCRIMINACION SOBRE LA POSIBILIDAD DE PROCREAR O NO, DE REGULAR LA FECUNDIDAD Y DE DISPONER DE LA INFORMACION Y MEDIOS PARA ELLO. TAMBIEN IMPLICA EL DERECHO DE TENER ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA QUE GARANTICEN UNA MATERNIDAD SEGURA. LA PREVENCION DE EMBARAZOS NO DESEADOS, LA DECISION LIBRE DE INTERRUCCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LOS CASOS CUANDO SE TRATE DE PRODUCTO DE VIOLACION O ACCESO CARNAL, CUANDO EXISTAN MALFORMACIONES FETALES, INCOMPATIBLES CON LA VIDA POS NATAL, Y CUANDO EL EMBARAZO PONGA EN PELIGRO LA SALUD DE LA MADRE, YA TIENE PROGRAMADA CON EL ALTORIESGUISTA EL 27/06/2017

. ¿Brindó orientación en Lactancia Materna?: Si. Fecha de consejería en Lactancia Materna: 2017-06-22.

Asesoría Pre test Elisa para VIH: Si. Fecha asesoría Pre test Elisa para VIH: 2017-06-22

**Otros Parámetros y Valores Relacionados**

**Firma del Profesional**



YUDANNI MATEUS ALFONSO

53114925

Especialidad: ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR

## Evolución 1

<b>Nº Id Afiliado</b> 1016026543	<b>Atendido En</b> CLL 97 NUMERO 23-37 PISO 10	<b>Nº Autorización</b> 171735911280900	<b>Fecha y Hora Atención</b> 2017-06-27 08:57:29
<b>Nº Id Paciente</b> 1016051970	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b>	<b>Programa</b> POS CONTRIBUTIVO
<b>Nombre y Apellidos Completos</b> DIANA OSORIO OROZCO	<b>Sexo</b> F	<b>Grupo Sanguíneo</b> A	<b>Edad</b> 24 Año(s) 6 Mes(es)
<b>Dirección Residencia</b> DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO		<b>RH</b> +	<b>Fecha Nacimiento</b> 03/12/1992
<b>Ocupación</b> PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN Y PENSIONADOS O JUBILADOS		<b>¿Cuál?</b> FABIAN SERRATO ESPOSO	<b>Teléfonos</b> 3163342885
<b>Responsable</b> FABIAN SERRATO ESPOSO 3173075899		<b>Teléfono del Acompañante</b> ESPOSO	<b>Teléfono del Acompañante</b> 3046754212
<b>Etnia</b> Etnia		<b>Teléfono del Responsable</b> ¿Cuál?	<b>Parentesco del Responsable</b> Parentesco del Responsable
<b>Estado Civil</b> Estado Civil		<b>¿Cuál?</b> ¿Cuál?	<b>Aseguradora</b> Aseguradora
<b>Causa Externa</b> 13 Enfermedad General		<b>Finalidad Consulta</b> Finalidad Consulta	

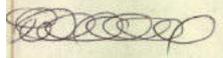
### Revisión por Sistemas

No Refirió Hallazgos Positivos...

### Medicamentos Formulados y/o Administrados

CEFALEXINA CAPSULA 500 MG Cantidad: 30 Vía Administración: Oral Dosificación: Tomar 1 DIA Duración del tratamiento: 30 Día(s) . Recomendaciones: FORMULA PARA 2 MESES  
REPETIR CADA MES

### Firma del Profesional



WILMAR GARCIA SACIPA  
11187617

Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

## Historia Clínica

<b>Nº Id Afiliado</b> 1016026543	<b>Atendido En</b> IPS COMPENSAR	<b>Nº Autorización</b> 171857471517857	<b>Fecha y Hora Atención</b> 2017-07-04 14:26:41
<b>Nº Id Paciente</b> 1016051970	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b> Estrato	<b>Programa</b> POS CONTRIBUTIVO
<b>Nombre y Apellidos Completos</b> DIANA OSORIO OROZCO	<b>Sexo</b> F	<b>Grupo Sanguíneo</b> A	<b>Edad</b> 24 Año(s) 6 Mes(es)
<b>Dirección Residencia</b> DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO		<b>RH</b> +	<b>Fecha Nacimiento</b> 03/12/1992
<b>Ocupación</b> PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN Y PENSIONADOS O JUBILADOS		<b>Teléfonos</b> 3163342885	<b>Edad</b> 24 Año(s) 6 Mes(es)
<b>Responsable</b> FABIAN SERRATO ESPOSO 3173075899		<b>Acompañante</b> FABIAN SERRATO ESPOSO	<b>Celular</b> 3046754212
<b>Etnia</b> Mestizo		<b>Teléfono del Responsable</b> ¿Cuál?	<b>Teléfono del Acompañante</b> 3046754212
<b>Estado Civil</b> Mestizo		<b>¿Cuál?</b>	<b>Parentesco del Responsable</b> ¿Cuál?
<b>Causa Externa</b> 13 Enfermedad General		<b>Finalidad Consulta</b>	<b>Aseguradora</b>

### Riesgo Paciente

### Motivo Consulta

### Enfermedad Actual

### Evolución y Control

### Revisión por Sistemas

No Refirió Hallazgos Positivos...

### Antecedentes Generales

### Parámetros Básicos

### Examen Físico

### Diagnósticos

O234 INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO

### Medicamentos Formulados y/o Administrados

### Laboratorio Clínico

### Imagenología

### Otros Exámenes y/o procedimientos

### Procedimientos Internos

### Remisiones

### Incapacidades/Licencias

### Conducta

Conducta: SE VERIFICA POR SISTEMA QUE POSTERIOR A ATENCION CON DX: O234 - INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO, SE BUSCA CONTACTAR PACIENTE A NUMEROS REGISTRADOS POR GESTOR: 3046754212, PACIENTE CON CITA PENDIENTE LA CUAL SE CONFIRMA: 20170725 1320 00000000N OBST.AR ACALLE 26 CITA. SE BRINDA INFORMACION SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA, COMO SON PICOS FEBRILES, SALIDA DE LIQUIDO O SANGRE POR VAGINA, DOLOR TIPO COLICO IRRADIADO A REGION LUMBAR, EDEMA DE MANOS, PIES Y PERIORBITARIO, TINITUS, FOSFENOS, EPIGASTRALGIA, CEFALEA INTENSA. QUE NO SE EVIDENCIE MOVIMIENTOS FETALES APESAR DE ESTIMULACION EXTERNA POR UN RANGO DE TIEMPO SUPERIOR A TRES HORAS, SINTOMAS URINARIOS TENESMO O ARDOR AL MICCIONAR. NO PERMITE ACTUALIZACION DE DATOS

### Otros Parámetros y Valores Relacionados

### Firma del Profesional



PAOLA ANDREA MARTINEZ SANDOVAL  
46369935  
Especialidad: ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA

## Procedimiento

<b>Nº Id Afiliado</b> 1016026543	<b>Atendido En</b> DG 16 No 104 51 C.CIAL VIVA EXITO	<b>Nº Autorización</b> 171935911631637	<b>Fecha y Hora Atención</b> 2017-07-12 17:44:20
<b>Nº Id Paciente</b> 1016051970	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b>	<b>Programa</b> POS CONTRIBUTIVO
<b>Nombre y Apellidos Completos</b> DIANA OSORIO OROZCO	<b>Sexo</b> F	<b>Grupo Sanguíneo</b> A	<b>Edad</b> 24 Año(s) 7 Mes(es)
<b>Dirección Residencia</b> DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO		<b>RH</b> +	<b>Fecha Nacimiento</b> 03/12/1992
<b>Ocupación</b>			<b>Teléfonos</b> 3163342885
<b>Responsable</b>			<b>Acompañante</b>
<b>Etnia</b>		<b>Teléfono del Responsable</b> ¿Cuál? ¿Cuál?	<b>Teléfono del Acompañante</b> <b>Parentesco del Responsable</b>
<b>Estado Civil</b>			<b>Aseguradora</b>
<b>Causa Externa</b> 13 Enfermedad General	<b>Finalidad Procedimiento</b> -- No Aplica --	<b>Ambito</b> Ambulatorio	

### Descripción del Procedimiento

CUARTA SESION: CUIDADOS EN EL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y POS PARTO

#### Plan Manejo

SE EXPLICA QUE ES EL TRABAJO DE PARTO, CONTRACCIONES, FASE DE NACIMIENTO O EXPULSION, ALUMBRAMIENTO, QUE ES LA CESAREA Y CAUSAS DE LA MISMA, POSPARTO, CUIDADOS POS PARTO, ALIMENTACION EN EL POSPARTO, HIGIENE VAGINAL Y DE LA HERIDA QUIRURGICA POR REALIZACION DE CESAREA, QUE ES LA DEPRESION POS PARTO.

#### Tejidos Enviados a Patología

#### No. Placa

#### Tipo de Tejido Enviado a Patología

#### Observaciones y Recomendaciones

SE REALIZAN EJERCICIOS DIRIJIDOS POR TERAPIA FISICA, SE ASIGNA CITA PARA PROXIMO TALLER DE SICOFISICO

#### Diagnósticos

Z348 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES

#### Medicamentos Formulados y/o Administrados

#### Laboratorio Clínico

#### Imagenología

#### Otros Exámenes y/o procedimientos

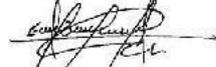
#### Remisiones

#### Incapacidades/Licencias

#### Conducta

#### Otros Parametros y Valores Relacionados

#### Firma del Profesional



EDITH BARREIRO MOLINA

65704376

Especialidad: ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR

## Historia Clínica

Fecha y Hora Atención  
2017-07-18 10:16:57

<b>Nº Id Afiliado</b> 1016026543	<b>Atendido En</b> Avenida calle 13 # 104 C.C Portal de la sabana	<b>Nº Autorización</b> 171106317526188	
<b>Nº Id Paciente</b> 1016051970	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b>	<b>Programa</b> POS CONTRIBUTIVO
<b>Nombre y Apellidos Completos</b> DIANA OSORIO OROZCO	<b>Sexo</b> F	<b>Grupo Sanguíneo</b> A	<b>Edad</b> 24 Año(s) 7 Mes(es)
<b>Dirección Residencia</b> DG 16 A # B 96 H 12 FONTIBON SAN PEDRO		<b>RH</b> +	<b>Fecha Nacimiento</b> 03/12/1992
<b>Ocupación</b> PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN Y PENSIONADOS O JUBILADOS		<b>Responsible</b> FABIAN SERRATO ESPOSO	<b>Teléfonos</b> 3163342885
<b>Responsable</b> FABIAN SERRATO ESPOSO 3173075899		<b>Teléfono del Acompañante</b> ¿Cuál?	<b>Teléfono del Acompañante</b> 3046754212
<b>Etnia</b> Mestizo		<b>Teléfono del Responsable</b> ¿Cuál?	<b>Parentesco del Responsable</b> Aseguradora
<b>Estado Civil</b>		<b>Finalidad Consulta</b>	
<b>Causa Externa</b> 13 Enfermedad General			

### Riesgo Paciente

### Motivo Consulta

. CONSULTA NUTRICIONAL

### Enfermedad Actual

. EMBARAZO GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICO.  
GESTACION DE APROX. 34 SEMANAS. G3C1A1V1.  
TRAJE REPORTES DEL: 03/05/17: PTOG: GLUCOSA 74.7, POST 1 HR 95.1, 2 HR 99.6, HB 11\*, HCTO 33.5\*.  
06/06/17: HEMOGRAMA CON HB 10.9 HCTO 33.2%.  
REPORTE DE ECO DE JUNIO:  
FETO NO. 1. EMB. DE 28.4 SEMANAS. PFE ESTIMADO POR DEBAJO DE PERCENTIL 3. SOSPECHA DE RCIU SIMETRICO. PESO 1259 GR.  
FETO NO. 2. EMB. DE 29.2 SEMANAS. PFE ESTIMADO POR DEBAJO DE PERCENTIL 3. SOSPECHA DE RCIU SIMETRICO. PESO 1384 GR.  
EMBARAZO GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICO. FETOS VIVOS CON CRECIMIENTO SIMETRICO, CONCORDANTE ENTRE SI. SOSPECHA DE RCIU PARA AMBOS FETOS.  
RECIBE GESTAVIT, CALCIO.

### Evolución y Control

#### . ANAMNESIS:

APETITO: NORMAL

ALIMENTOS RECHAZADOS: NIEGA

INTOLERANCIA ALIMENTARIA: NIEGA

HABITO INTESTINAL: DIARIO. NORMAL

CONSUMO HABITUAL:

DESAYUNO: FRUTA, CHOCOLATE+PAN +HUEVO

NUEVES: FRUTA

ALMUERZO: SECO: PROTEINA+VERDURA O GRANO+ARROZ+PAPA O PLATANO+JUGO

ONCES: YOGURT, FRUTA

COMIDA: SECO DEL ALMUERZO

MAS TARDE LECHE O JUGO

### Revisión por Sistemas

No Refirió Hallazgos Positivos...

### Antecedentes Generales

. Patológicos: TBC: NIEGA

DIABETES: NIEGA

HIPERTENSION: NIEGA

PREEECLAMPSIA: NIEGA

ECLAMPSIA: NIEGA

OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA

CARDIOPATIA: NIEGA

NEFROPATIA: NIEGA

CHAGAS: NIEGA

PALUDISMO: NIEGA

VACUNA DE ANTIRUBEOLA: NO

COAGULOPATIAS: NIEGA

VARICELA : SI EN LA INFANCIA

IVU PENDIENTE TTO PACIENTE NO ASISTE A LA CITA ASIGNADA POR GINECOLOGIA PARA EL DIA 12/01/2017

II.1.2017 SIN CAMBIOS Quirúrgicos: CIRUGIA GENITO URINARIA: CESAREA HACE 6 AÑOS POR PRESENTAR PRESENTACION PODALICA

LEGRADO OBSTETRICO JULIO 2016 POS ABORTO RETENIDO DE 14 SEMII.1.2017 SIN CAMBIOS

Traumáticos: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Alérgicos: NIEGA

mayo/2015 mediamnto alwimtno niegall.1.2017 SIN CAMBIOS Tóxicos: FUMADORA ACTIVA: NIEGA

FUMADORA PASIVA: NIEGA

DROGAS: NIEGA

ALCOHOL: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Farmacológicos: NIEGAI.1.2017 SIN CAMBIOS Familiares:

MADRE, ABUELA MATERNA HIPERTENSAS

TBC: NIEGA

DIABETES: NIEGA

PRECLAMPSIA: NIEGA

ECLAMPSIA: NIEGA

OTRA CONDICION MÉDICA GRAVE: NIEGA

.II.1.2017 SIN CAMBIOS Transfusionales: NIEGA TRANSFUSIONES  
RH PAREJA: NO SABE / RH PACIENTE: A+  
ENERO 2017 NIEGA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.  
VALORACION POR ODONTOLOGIA ASISTE PARTICULAR  
VALORACION POR NUTRICION 17/02/2017  
CURSO SICOPROFILACTICO PENDIENTE  
VACUNAS DE LA GESTACION PENDIENTESII.1.2017 SIN CAMBIOS Sexuales: SEXARQUIA: 14 AÑOS ,  
NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES EN LA VIDA: 1 , NIEGA USO DEL PRESERVATIVO ,  
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH: NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS  
ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.  
PLANIFICA: NO METODO: NO APLICA  
HISTORIA DE INFERTILIDAD: NO  
TATUAJES O PIRcing: NO  
TRANSPLANTE DE ORGANOS.: NO  
FECHA DE LA ULTIMA CITOLOGIA: DIC 2015 REFIERE VERBALEMENTE QUE FUE NEGATIVA.  
TUVO CONSULTA PRECONCEPCIONAL: NO  
COMPANERO DE LA USUARIA PRESENTO ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL COMO VIH:  
NIEGA T. ARV: NIEGA, SIFILIS: NO, OTRAS ETS: NIEGA EN EL MOMENTO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA.  
AH PRESENTADO SIGNOS Y SINTOMAS DE ZIKA: NOII.1.2017 SIN CAMBIOS, 20/04/2117 NIEGA VIDA  
SEXUAL ACTIVA, 22/06/2017 NIEGA VIDA SEXUAL Observaciones: ESTETICISTA 2016/05/31 VACUNACION  
CON TD ANTERIOR ESTACION +/- 2 DOSIS . NO REFIERE OTRO CAMBIO EN ANTECEDENTES. REF  
ASISTENCIA A CITA ODONTOLOGICA ESTA EN TOO PARTICULAR. NUTRICION SI YA TIENE CITA Y  
CURSO PSICOFISICO NO. ESCOLARIDAD BACHILLERATO COMPLETO, TRABAJA EN ESTETICA. VIVE  
CON ESPOSO E HIJA DE 6 AÑOS. BUENAS RELACIONES. LAB. DE 05/ENE/17 AG HBS 0.40 NEG . AC  
TOXOPLASMA IG G MENOR D E0.130 , SEROLOGIA PTS MENOR DE 0.1 , HB 13.4 HTOI 38.6 , GRUPO A  
POSITIVO , P DE O NITRITOS POS BCT +++++ , LEUC 7 , UROCULTIVO E COLI SENSIBLE A CEFALEXINA ,  
AC VIH 0.22 NEG.; ECOGRAFIA DE 08/FGEB/17 EMBARAZO GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICO, POARA  
11 SEM 3 DIAS FETOS VIVOS , TAMIZAJE ECOGRAFICO NEGATIVO PARA ANEUPLOIDIAS .

#### **Antecedentes Ginecológicos**

Menarquia: 15 Histerectomía: Falso Fecha última menstruación: 2016/11/20 Fecha último parto: 2009/06/16  
Gestas: 2 Partos: 0 Abortos: 1 Ectópicos: 0 Cesáreas: 1 Vivos: 1 Gestación: No Fecha Última Citología:  
2015/12/01 Resultado Última Citología: Normal Otros: UROCULTIVO POSITIVO PENDIENTE TTO  
Observaciones: SE INFORMA SOBRE SENTENCIA C-355/2006 RESPETANDO DERECHOS SEXUALES Y  
REPRODUCTIVOS DE LA MUJER, TOMAR DECISIONES LIBRES Y SIN DISCRIMINACION SOBRE LA  
POSIBILIDAD DE PROCREAR O NO, DE REGULAR LA FECUNDIDAD Y DE DISPONER DE LA  
INFORMACION Y MEDIOS PARA ELLO. TAMBIEN IMPLICA EL DERECHO DE TENER ACCESO A LOS  
SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA QUE GARANTICEN UNA MATERNIDAD SEGURA. LA  
PREVENCION DE EMBARAZOS NO DESEADOS, LA DECISION LIBRE DE INTERRUCCION VOLUNTARIA  
DEL EMBARAZO EN LOS CASOS CUANDO SE TRATE DE PRODUCTO DE VIOLACION O ACCESO  
CARNAL, CUANDO EXISTAN MALFORMACIONES FETALES, INCOMPATIBLES CON LA VIDA POS NATAL,  
Y CUANDO EL EMBARAZO PONGA EN PELIGRO LA SALUD DE LA MADRE. ¿Se ha realizado una  
mamografía?: No aplica Fecha de mamografía: 1845-01-01 Resultado de la mamografía: No aplica

#### **Planificación**

El paciente manifiesta que No Responde

#### **Parámetros Básicos**

TAD: 0 mmHg TAS: 0 mmHg FC: 0 PPM FR: 0 RPM Temperatura: 0 °C Talla: 154 cm Peso: 69,5 Kg Perímetro  
Abdominal: 0 cm IMC: 29.3051

#### **Examen Físico**

General: PESO PREGESTACIONAL: 60 KG TALLA: 154 CM IMC: 25.3  
CLASIFICACION INICIAL: SOBREPESO  
PESO ACTUAL: 69.5 KG TALLA: 154 CM IMC: 29.3  
CLASIFICACION: SOBREPESO LEVE

#### **Diagnósticos**

O300 EMBARAZO DOBLE Z713 CONSULTA PARA INSTRUCCIÓN Y VIGILANCIA DE LA DIETA

#### **Medicamentos Formulados y/o Administrados**

#### **Laboratorio Clínico**

#### **Imagenología**

#### **Otros Exámenes y/o procedimientos**

#### **Procedimientos Internos**

#### **Remisiones**

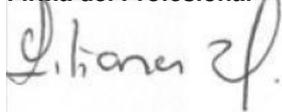
#### **Incapacidades/Licencias**

#### **Conducta**

Conducta: PACIENTE CON EMBARAZO GEMELAR DE APROX. 34 SEMANAS  
SE ENTREGAN RECOMENDACIONES NUTRICIONALES.  
PLAN ALIMENTARIO HIPERPROTEICO NORMOCALORICO FRACCIONADO, CONSUMO DIARIO DE  
FRUTAS Y VERDURAS.  
SE DAN INDICACIONES DE ALIMENTOS FUENTES DE HIERRO.  
SE EXPLICA SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA ALIMENTACION BALANCEADA EN EL EMBARAZO Y LA  
GANANCIA ADECUADA DE PESO.  
SE DAN INDICACIONES NUTRICIONALES PARA LA ETAPA DE LACTANCIA.

#### **Otros Parámetros y Valores Relacionados**

#### **Firma del Profesional**



LILIANA PATRICIA HERNANDEZ RANGEL  
52076718  
Especialidad: NUTRICION CLINICA

Episodio : 38974697  
Fecha : 27.06.2017

Paciente	: DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO		
Identificación	: CC 1016051970	F. Nacimiento	: 03.12.1992
Sexo	: Femenino	Edad	: 29 Años
Especialidad	: 10F C MEDICA NO PROGRAMADA		
Aseguradora	: COMPENSAR -PC		



## Antecedentes del Paciente

### Hemoclasificación

Grupo Sanguíneo : A  
RH : + Positivo

### Diagnósticos Previos

- \* Fecha/Hora del Dx : 01.11.2017 15:34  
Código Dx : M419  
Descripción : ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA  
Certeza Dx : Confirmado Repetido
- \* Fecha/Hora del Dx : 30.06.2021 11:57  
Código Dx : M545  
Descripción : LUMBAGO NO ESPECIFICADO  
Certeza Dx : Confirmado Nuevo
- \* Fecha/Hora del Dx : 25.07.2017 08:07  
Código Dx : O300  
Descripción : EMBARAZO DOBLE  
Certeza Dx : Confirmado Repetido
- \* Fecha/Hora del Dx : 01.11.2017 15:34  
Código Dx : R000  
Descripción : TAQUICARDIA, NO ESPECIFICADA  
Certeza Dx : Confirmado Repetido
- \* Fecha/Hora del Dx : 22.02.2021 08:27  
Código Dx : Z000  
Descripción : EXAMEN MEDICO GENERAL  
Certeza Dx : Confirmado Nuevo

### Antecedentes Patológicos

niega

### Antecedentes Quirúrgicos

CESAREA POR GEMELAR, POMEROY

### Antecedentes Anestésicos

sin complicaciones

### Antecedentes Hospitalarios

POR QX,POR TAQUICARDIA EN EMBARAZO , INFECCION URINARIA EN EMBARAZO

### Antecedentes Traumáticos

niega

### Antecedentes Tóxicos

- \* Fecha/Hora Registro : 06.01.2022 08:13  
Tipo de sustancia : Ninguna
- Responsable : BEDOYA TORO VIVIANA MARCELA  
Registro : 1116724307  
Especialidad : MEDICINA GENERAL

### Alergias

NO EXISTEN ALERGIAS

### Transfusionales

POR ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO

## Antecedentes del Paciente

### Inmunológicos

vacuna sars-cov 2 moderna 2 dosis 07/11/2021

Desarr. Psicomotor  
naPsiquiátricos  
niegaFarmacológicos  
niegaSociales  
esteticistaAlimentarios  
dieta normalFamiliares  
ver anexoImplantes y Ayudas  
Negativo

### Detalle antecedentes familiares

Cáncer de mama : No	Primera línea de consanguinidad : No
Detalle : niega	
Cáncer otro sitio : No	Primera línea de consanguinidad : No
Detalle : niega	
Hipertensión : Sí	Primera línea de consanguinidad : Si
Detalle : madre	
Diabetes : Sí	Primera línea de consanguinidad : Si
Detalle : abuela mat	
Enfermedad renal : No	Primera línea de consanguinidad : No Evaluado
Detalle : niega	

### Eventos vasculares

Coronarios : No	Primera línea de consanguinidad : No
Detalle : niega	
Cerebral : No	Primera línea de consanguinidad : No
Detalle : niega	
Otros antecedentes vasculares : No	
Detalle : niega	
Otros antecedentes familiares : No	
Detalle :	

### Antecedentes Sexuales

* Fecha/Hora Registro : 01.11.2017 15:29
Ya inició vida sexual : Sí
Responsable : ACOSTA ORTEGA GINA ANDREA
Registro : 52318838
Especialidad : MEDICINA GENERAL

### Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquia (Edad) : 14
Ciclo : Regular
Días de ciclo(Días) : 30 X 3
G : 2
P : 1
A : 1
C : 1
V : 1 Años

## Antecedentes del Paciente

FUR : 15.12.2021

### Datos del Embarazo Actual

Materna : Sí  
Peso antes de emb. (Kg) : 65,00  
Embarazo planeado : Sí  
Fracaso del método : No

### Datos Último Embarazo

Fecha terminación embarazo anterior : 16.06.2009  
Fecha del último parto : 16.06.2009  
Peso del bebé en el último parto(gr) : De 2500 a 4000

¿Tiene estudios programa salud de la mujer? : Sí

### Estudios programa Salud de la Mujer (DT Ca Cuello uterino / DT Ca Mama)

\* Fecha/Hora : 01.11.2017 15:27  
Fecha : 01.11.2015  
Prueba / Tamizaje : Citología  
Resultado : Negativa  
Observaciones : G2AV2M1C1,

Responsable : ACOSTA ORTEGA GINA ANDREA  
Registro : 52318838  
Especialidad : MEDICINA GENERAL

Episodio : 471857

Fecha :

<b>Paciente</b>	: DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO		
<b>Identificación</b>	: CC 1016051970	<b>F. Nacimiento</b>	: 03.12.1992
<b>Sexo</b>	: Femenino	<b>Edad</b>	: 24 Años
<b>Especialidad</b>	: 10ATC GINECOLOGIA OBSTETRICIA		
<b>Aseguradora</b>	: COMPENSAR POS-PC		



## Control Prenatal

### Embarazo Actual

#### Antecedentes Familiares

<b>TBC</b>	: No	<b>Hipertensión</b>	: No	<b>Eclampsia</b>	: No
<b>Diabetes</b>	: No	<b>Tipo</b>	:	<b>Preeclampsia</b>	: No
<b>Malformaciones congénitas</b>	: No				
<b>Otra condición médica grave</b>	: No				

#### Personales

<b>TBC</b>	: No	<b>Nefropatía</b>	: No	<b>Hipertensión</b>	: No
<b>Infertilidad</b>	: No	<b>Preeclampsia</b>	: No	<b>Violencia</b>	: No
<b>Eclampsia</b>	: No	<b>Abuso sexual</b>	: No	<b>Cirugía genitourinaria</b>	: No
<b>Depresión</b>	: No	<b>Intento de suicidio</b>	: No	<b>VIH</b>	: No
<b>Cardiopatía</b>	: No				
<b>Diabetes</b>	: No				

#### Otros Antecedentes

<b>Ha fallecido algún hijo?</b>	: No		
<b>Cuántos antes de 19 semanas</b>	: 0	<b>Cuántos después de 19 semanas ?</b>	: 0

#### Vacuna antitetánica vigente?

<b>Dosis 1 - mes de gestación</b>	: Sí	10.02.2017	<b>Dosis 2 - mes de gestación</b>	: 0
<b>Vacuna tosferina</b>	: Sí	10.02.2017	<b>Dosis - mes de gestación</b>	: 1

#### Vacuna antirubeola?

: Previa

#### Grupo Sanguíneo

: A

**RH** : + Positivo

#### Inmunizado

:

**Gammaglobulina anti D** : NC

#### Factores de Riesgo

##### 1 Trimestre

<b>Fumadora activa</b>	:	<b>Fumadora pasiva</b>	:	<b>Riesgo económico</b>	:
<b>Drogas</b>	:	<b>Alcohol</b>	:	<b>Violencia doméstica</b>	:

##### 2 Trimestre

<b>Fumadora activa</b>	:	<b>Fumadora pasiva</b>	:	<b>Riesgo económico</b>	:
<b>Drogas</b>	:	<b>Alcohol</b>	:	<b>Violencia doméstica</b>	:

##### 3 Trimestre

<b>Fumadora activa</b>	: No	<b>Fumadora pasiva</b>	: No	<b>Riesgo económico</b>	: No
<b>Drogas</b>	: No	<b>Alcohol</b>	: No	<b>Violencia doméstica</b>	: No

#### Edad gestacional por FUM

<b>FUM confiable</b>	: Si	<b>Fecha FUM</b>	: 20.11.2016
<b>Edad gestacional por FUM: Semanas</b>	: 31	<b>Días</b>	: 2

#### Edad gestacional por ECO

<b>Fecha ECO</b>	:	<b>Días</b>	: 0
<b>Semanas</b>	: 0		
<b>Edad gestacional por ECO: Semana</b>	: 0		

#### Embarazo Actual

**Días** : 0

#### Datos generales

<b>Peso anterior a este embarazo (Kg)</b>	: 65,00	<b>Talla (cm)</b>	: 152,00
<b>Embarazo deseado</b>	: Si		
<b>Embarazo planeado</b>	: Si		

## Control Prenatal

**Fracaso método anticonceptivo** : No usaba  
**Este embarazo es resultado de abuso sexual** : No  
**Fecha probable de parto** : 27.08.2017  
**Inició control prenatal con 10 semanas 1 día o más de gestación?** : Si  
**Causa de ingreso tardío al programa** : Otras  
**Otras causas?** : sap

### Riesgo Obstétrico

\* **Fecha/Hora** : 27.06.2017 08:34  
**Semana** : 31  
**Riesgo obstétrico total** : 7  
**Clasificación riesgo obstétrico** : Alto riesgo

**No. Interlocutor** : 0000002755 **Responsable** : GARCIA SACIPA WILMAR HERNDANDO  
**Registro** : 11187617 **Especialidad** : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
**Ubicación** : En Consulta Externa

### Historico Riesgo Psicosocial

\* **Fecha/Hora** : 27.06.2017 08:34  
**Total ansiedad** : 0 **Total soporte familiar** : 0 **Total riesgo psicosocial** : 0

**Clasificación riesgo psicosocial** : Bajo riesgo  
**Interpretación riesgo psicosocial** : Requiere manejo con psicología y trabajo social

**No. Interlocutor** : 0000002755 **Responsable** : GARCIA SACIPA WILMAR HERNDANDO  
**Registro** : 11187617 **Especialidad** : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
**Ubicación** : En Consulta Externa

**Neurológico** :  
**Hallazgos neurológico** :

### Controles

\* **Fecha/Hora** : 27.06.2017 08:49 **Tele Seguimiento** : No  
**Número de control** : 1 **Trimestre** : III **Edad Gestacional - Semanas:** 31 **Días** : 2  
**Subjetivo** : CPN ARO POR GEMELAR BICORIAL, IVU EN PROFILAXIS CON CEFALEXINA 1 DIA HOSPITALIZADA POR IVU EN MEDERI 12 MAYO POR 12 DIAS UCI POR SEPSIS DE ORIGEN URINARIO MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS ASINTOMATICA PARA INMINENCIA DE ECLAMPSIA NO AMNIORREA NO SANGRADO NO ACTIVIDAD UTERINA LABORATORIOS: FECHA 05 ENE HEMOCLASIFICACION A+ PRUEBA TREPONEMICA nr HEMOGRAMA normal , UROANALISIS / neg UROC POS E COLI MULTISENSIBLE VIH nr HEPATITIS B AG SUPERFICIE nr TOXOPLASMA IG G nr 29 MAR UROC POS E COLI 03 MAY CTOG 74-95-99 TREPO NEG CH HB 11, HT 33.5 CH NORMAL 06 JUN UROC NEG ECOGRAFIAS: ECO TEMPRANA 08 FEB 11.3 SEM BAJO RIESGO DE ANEUPLOIDIA BICORIAL BIAMNIOTICO 25 ABR 21.2 SEM BICORIAL, MORFOLOGIA NORMAL PFE 452 Y 426GR 25 MAY PFE 849 Y 886 GR LAGO MAYOR 41 Y 28MM PBF 8/8 Y 8/8

**Pérdidas Vaginales** : No **Actividad Uterina** : No  
**Síntomas Urinarios** : No **Disminución Movimientos Fetales** : No  
**Cefalea Tensional** : No **Edemas** : No  
**Epigastralgia** : No **Tinnitus** : No  
**Fosfeno** : No

**Tensión Arterial (mmHg)** : 110 / 70  
**Tensión arterial media (mmHg)** : 83  
**Frec. Cardíaca** : 88 **Frec. Respiratoria** : 16  
**Temperatura** : 36,0 **Sat. Oxígeno** : 0  
**Talla (cm)** : 154,00 **Peso (Kg)** : 66,000  
**IMC (Kg/m2)** : 27,83 **Movimientos Fetales** : Si  
**Edema** : No **Altura Uterina (cm)** : 33

**Estado Nutricional IMC/Edad Gestacional** : IMC ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL  
**Peso esperado al final del embarazo (Kg)** : 72,00 a 75,00  
**Altura Uterina/Edad Gestacional** : A

**Presentación 1** : **FCF (lat x min)** : Positivo 128  
**Presentación 2** : **FCF (lat x min)** : Positivo 152

## Control Prenatal

Neurológico :  
 Cabeza y órganos de los sentidos : Sin alteraciones  
 Odontológico : Sin alteraciones  
 Tórax y cardiopulmonar : Sin alteraciones  
 Mamas : Sin alteraciones  
 Abdomen : Sin alteraciones  
 Genitourinario : Sin alteraciones  
 Extremidades : Sin alteraciones

Se informó de la sentencia C355 : Si

Curso psicofísico : Si Fecha :

Acido fólico : No Sulfato ferroso : Si Carbonato de calcio : Si

**Análisis y plan** : GESTANTE CURSANDO 31 SEMANAS QUIEN PRESENTA GEMELAR BICORIAL, CON CRECIMIENTO CONCORDANTE, ADEMÁS IVU A REPETICIÓN EN PROFILAXIS CEFALEXINA, REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN EN UCI POR SEPSIS URINARIA

SE IDENTIFICAN COMO FACTORES DE RIESGO: GEMELAR, IVU A REPETICIÓN, CESAREA ANTERIOR  
 RIESGO SICOSOCIAL BAJO (HERRERA)

DADOS LOS FACTORES ENUNCIADOS SE IDENTIFICARON RIESGOS PARA: RCIU, PRETERMINO, PREECLAMPSIA, ACRETISMO  
 (RIESGO BAJO POR PLACENTE NO ANTERIOR BAJA)

PLAN DE INTERVENCIÓN

ATENCIÓN POR OBSTETRICIA ALTO RIESGO

DIETA POR NUTRICIÓN

SE FORMULA: CALCIO, SULFATO FERROSO

SS LABORATORIOS: DE TERCER TRIMESTRE

ECO SEGUIMIENTO

SEÑALES DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS: SANGRADO, SALIDA DE LIQUIDO POR VAGINA, CONTRACCIONES,  
 DISMINUCIÓN DE MOVIMIENTOS FETALES, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ASOCIADO A VISION DE LUCES, PITOS EN LOS ODIOS,  
 DOLOR TIPO PRESIÓN EN LA BOCA DEL ESTOMAGO, FIEBRE O ARDOR AL ORINAR

SE EXPLICA CON CLARIDAD RIESGOS E IMPLICACIONES CLÍNICAS, LA PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTAR

SE INFORMA SOBRE SENTENCIA C355 RESPETANDO DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER: TOMAR  
 DECISIONES LIBRES Y SIN DISCRIMINACIÓN SOBRE LA POSIBILIDAD DE PROCREAR O NO, DE REGULAR LA FECUNDIDAD Y DE  
 DISPONER DE LA INFORMACIÓN Y MEDIOS PARA ELLO. TAMBIÉN IMPLICA EL DERECHO DE TENER ACCESO A LOS SERVICIOS  
 DE SALUD REPRODUCTIVA

CONOCIENDO LO ANTERIOR, LA PACIENTE LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE DECIDE CONTINUAR LA GESTACIÓN

No. Interlocutor : 0000002755  
 Registro : 11187617  
 Ubicación : En Consulta Externa

Responsable : GARCIA SACIPA WILMAR HERNDANDO  
 Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

## Control Puerperal

Firma Compartida : No  
 Corresponsable :  
 Subjetivo :  
 Examen físico  
 Frec. Cardíaca : 0  
 Latidos x min :

Fecha dato : Hora : 00:00

Frec. Respiratoria (x min) : 0

TA (mm Hg) : 0 / 0  
 Temperatura (°C) : 0,0  
 Mamas :  
 Útero :

TA Media (mm Hg) : 0  
 Peso (Kg) : 0,000

## Control Prenatal

Loquios :  
Episiotomía / Herida quirúrgica :  
Otros hallazgos :

### Datos Relacionados con Parto / Recién Nacido

Controles institucionales después de semana 36 :  
El parto tuvo lugar en institución de salud :  
Vacuna antirubeola posparto? :  
Terminación de embarazo :  
Diagnósticos de la inducción o cesárea :  
Vacuna BCG al recién nacido :  
Fecha : Hora : 00:00

Atendió parto : Otro :  
Atendió neonato : Otro :

### Le asignaron cita a programas a la madre y recién nacido? :

Planificación familiar : No Crecimiento y desarrollo : No Inmunización : No  
Otro : No Cuál ? :

### Anticoncepción

Consejería :

Método de planificación :  
Cuál ? :

### Otros datos

Consejería lactancia materna : Lactancia materna : Dificultades :

### Indicadores de fracaso

Morbilidad materna extrema : No Evaluado

Recién nacido hospitalizado : No Evaluado

Recién nacido con sífilis : No Evaluado

Análisis y plan :

Responsable :  
Especialidad :

## Diagnósticos

### Diagnóstico de Ingreso / C. Externa

Diagnóstico Principal : O300

Descripción : EMBARAZO DOBLE

Dx Pre-Qx : No  
Clasificación Diagnóstico : Diag. Principal  
Tipo : 01  
Causa Externa : Otra  
Fecha : 27.06.2017  
No. Interlocutor : 0000002755  
Registro : 11187617

Hora : 08:49  
Responsable : GARCIA SACIPA WILMAR HERNDANDO  
Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

### Responsable Firmar

Responsable Guardar  
No. Interlocutor :  
Registro :

Responsable :  
Especialidad :

Episodio : 687702

Fecha :

<b>Paciente</b>	: DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO		
<b>Identificación</b>	: CC 1016051970	<b>F. Nacimiento</b>	: 03.12.1992
<b>Sexo</b>	: Femenino	<b>Edad</b>	: 24 Años
<b>Especialidad</b>	: 10ATC GINECOLOGIA OBSTETRICIA		
<b>Aseguradora</b>	: COMPENSAR POS-PC		



## Control Prenatal

### Embarazo Actual

#### Antecedentes Familiares

<b>TBC</b>	: No	<b>Hipertensión</b>	: No	<b>Eclampsia</b>	: No
<b>Diabetes</b>	: No	<b>Tipo</b>	:	<b>Preeclampsia</b>	: No
<b>Malformaciones congénitas</b>	: No				
<b>Otra condición médica grave</b>	: No				

#### Personales

<b>TBC</b>	: No	<b>Nefropatía</b>	: No	<b>Hipertensión</b>	: No
<b>Infertilidad</b>	: No	<b>Preeclampsia</b>	: No	<b>Violencia</b>	: No
<b>Eclampsia</b>	: No	<b>Abuso sexual</b>	: No	<b>Cirugía genitourinaria</b>	: No
<b>Depresión</b>	: No	<b>Intento de suicidio</b>	: No	<b>VIH</b>	: No
<b>Cardiopatía</b>	: No				
<b>Diabetes</b>	: No				

#### Otros Antecedentes

<b>Ha fallecido algún hijo?</b>	: No		
<b>Cuántos antes de 19 semanas</b>	: 0	<b>Cuántos después de 19 semanas ?</b>	: 0

#### Vacuna antitetánica vigente?

<b>Dosis 1 - mes de gestación</b>	: Sí	10.06.2017	<b>Dosis 2 - mes de gestación</b>	: 0
<b>Vacuna tosferina</b>	: Sí	10.06.2017	<b>Dosis - mes de gestación</b>	: 1

#### Vacuna antirubeola?

: Previa

#### Grupo Sanguíneo

: A

**RH** : + Positivo

#### Inmunizado

:

**Gammaglobulina anti D** : NC

#### Factores de Riesgo

##### 1 Trimestre

<b>Fumadora activa</b>	:	<b>Fumadora pasiva</b>	:	<b>Riesgo económico</b>	:
<b>Drogas</b>	:	<b>Alcohol</b>	:	<b>Violencia doméstica</b>	:

##### 2 Trimestre

<b>Fumadora activa</b>	:	<b>Fumadora pasiva</b>	:	<b>Riesgo económico</b>	:
<b>Drogas</b>	:	<b>Alcohol</b>	:	<b>Violencia doméstica</b>	:

##### 3 Trimestre

<b>Fumadora activa</b>	: No	<b>Fumadora pasiva</b>	: No	<b>Riesgo económico</b>	: No
<b>Drogas</b>	: No	<b>Alcohol</b>	: No	<b>Violencia doméstica</b>	: No

#### Edad gestacional por FUM

<b>FUM confiable</b>	: Si	<b>Fecha FUM</b>	: 20.11.2016
<b>Edad gestacional por FUM: Semanas</b>	: 35	<b>Días</b>	: 2

#### Edad gestacional por ECO

<b>Fecha ECO</b>	:	<b>Días</b>	: 0
<b>Semanas</b>	: 0		
<b>Edad gestacional por ECO: Semana</b>	: 0		

#### Embarazo Actual

**Días** : 0

#### Datos generales

<b>Peso anterior a este embarazo (Kg)</b>	: 65,00	<b>Talla (cm)</b>	: 152,00
<b>Embarazo deseado</b>	: Si		
<b>Embarazo planeado</b>	: Si		

## Control Prenatal

Fracaso método anticonceptivo : No usaba  
 Este embarazo es resultado de abuso sexual : No  
 Fecha probable de parto : 27.08.2017  
 Inició control prenatal con 10 semanas 1 día o más de gestación? : Si  
 Causa de ingreso tardío al programa : Otras  
 Otras causas? : sap

### Riesgo Obstétrico

\* Fecha/Hora : 25.07.2017 08:00  
 Semana : 35  
 Riesgo obstétrico total : 6  
 Clasificación riesgo obstétrico : Alto riesgo

No. Interlocutor : 0000002755      Responsable : GARCIA SACIPA WILMAR HERNDANDO  
 Registro : 11187617      Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
 Ubicación : En Consulta Externa

### Historico Riesgo Psicosocial

\* Fecha/Hora : 25.07.2017 08:00  
 Total ansiedad : 0      Total soporte familiar : 0      Total riesgo psicosocial : 0

Clasificación riesgo psicosocial : Bajo riesgo  
 Interpretación riesgo psicosocial : Requiere manejo con psicología y trabajo social

No. Interlocutor : 0000002755      Responsable : GARCIA SACIPA WILMAR HERNDANDO  
 Registro : 11187617      Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
 Ubicación : En Consulta Externa

Neurológico :  
 Hallazgos neurológico :

### Controles

\* Fecha/Hora : 25.07.2017 08:07      Tele Seguimiento : No  
 Número de control : 1      Trimestre : III      Edad Gestacional - Semanas: 35      Días : 2  
 Subjetivo : CPN ARO POR GEMELAR BICORIAL, IVU A REPETICION REQUIRIO UCI POR SEPSIS URINARIA  
 MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS NO AMNIOORREA NO SANGRADO NO ACTIVIDAD UTERINA ASINTOMATICA PARA  
 INMINENCIA DE ECLAMPSIA CH HB 11.6 HTC 35.1 TREEPO NEG TOXO M NEG VIH NEG ECO DEL 27 JUN CON 29.2SEM PFE 1:  
 1259GR 2: 1348GR LAGO MAYOR 33MM Y 53MM MORFOLOGIA NORMAL CRECIMIENTO SOBRE PERCENTIL 10 PARA  
 GEMELAR

Pérdidas Vaginales : No      Actividad Uterina : No  
 Síntomas Urinarios : No      Disminución Movimientos Fetales : No  
 Cefalea Tensional : No      Edemas : No  
 Epigastralgia : No      Tinnitus : No  
 Fosfeno : No

Tensión Arterial (mmHg) : 110 / 72  
 Tensión arterial media (mmHg) : 85  
 Frec. Cardíaca : 80      Frec. Respiratoria : 18  
 Temperatura : 37,0      Sat. Oxígeno : 0  
 Talla (cm) : 152,00      Peso (Kg) : 70,000  
 IMC (Kg/m2) : 30,30      Movimientos Fetales : Si  
 Edema : No      Altura Uterina (cm) : 37

Estado Nutricional IMC/Edad Gestacional : SOBREPESO PARA LA EDAD GESTACIONAL  
 Peso esperado al final del embarazo (Kg) : 71,00a 72,00  
 Altura Uterina/Edad Gestacional : A

Presentación 1 :      FCF (lat x min) : Positivo 148  
 Presentación 2 :      FCF (lat x min) : Positivo 132

Neurológico :

## Control Prenatal

**Cabeza y órganos de los sentidos** : Sin alteraciones  
**Odontológico** : Sin alteraciones  
**Tórax y cardiopulmonar** : Sin alteraciones  
**Mamas** : Sin alteraciones  
**Abdomen** : Sin alteraciones  
**Genitourinario** : Sin alteraciones  
**Extremidades** : Sin alteraciones

**Se informó de la sentencia C355** : Si

**Curso psicofísico** : Si

**Fecha** :

**Acido fólico** : No

**Sulfato ferroso** : Si

**Carbonato de calcio** : Si

**Análisis y plan** : GESTANTE CURSANDO 35 SEMANAS QUIEN PRESENTA GEMELAR BICORIAL CON CRECIMIENTO SIMETRICO CONCRDANTE

EN PROFILAXIS AB PARA IVU POR RECURRENCIA  
 RESTO DE CLINICA Y PARACLINICOS NORMALES  
 PLAN DE INTERVENCION  
 REMISION ATENCION DEL PARTO  
 CULTIVO VR ESTREPTOCOCO B  
 CONTROL IPS DEL PARTO

SEÑALES DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS: SANGRADO, SALIDA DE LIQUIDO POR VAGINA, CONTRACCIONES, DISMINUCION DE MOVIMIENTOS FETALES, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ASOCIADO A VISION DE LUCES, PITOS EN LOS ODIOS, DOLOR TIPO PRESION EN LA BOCA DEL ESTOMAGO, FIEBRE O ARDOR AL ORINAR SE EXPLICA CON CLARIDAD RIESGOS E IMPLICACIONES CLINICAS, LA PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTAR

**No. Interlocutor** : 0000002755

**Responsable** : GARCIA SACIPA WILMAR HERNDANDO

**Registro** : 11187617

**Especialidad** : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**Ubicación** : En Consulta Externa

## Control Puerperal

**Firma Compartida** : No

**Corresponsable** :

**Fecha dato** :

**Hora** : 00:00

**Subjetivo** :

Examen físico

**Frec. Cardíaca** : 0

**Latidos x min** :

**Frec. Respiratoria (x min)** : 0

**TA (mm Hg)** : 0 / 0

**TA Media (mm Hg)** : 0

**Temperatura (°C)** : 0,0

**Peso (Kg)** : 0,000

**Mamas** :

**Útero** :

**Loquios** :

**Episiotomía / Herida quirúrgica** :

**Otros hallazgos** :

### Datos Relacionados con Parto / Recién Nacido

**Controles institucionales después de semana 36** :

**El parto tuvo lugar en institución de salud** :

**Vacuna antirubeola posparto?** :

**Terminación de embarazo** :

**Vacuna BCG al recién nacido** :

**Fecha** : **Hora** : 00:00

## Control Prenatal

Diagnósticos de la inducción o cesárea :

Atendió parto : Otro :  
Atendió neonato : Otro :

Le asignaron cita a programas a la madre y recién nacido? :

Planificación familiar : No      Crecimiento y desarrollo : No      Inmunización : No  
Otro : No      Cuál ? :

Anticoncepción  
Consejería :

Método de planificación :  
Cuál ? :

Otros datos  
Consejería lactancia materna :      Lactancia materna :      Dificultades :

Indicadores de fracaso  
Morbilidad materna extrema : No Evaluado

Recién nacido hospitalizado : No Evaluado

Recién nacido con sífilis : No Evaluado

Análisis y plan :

Responsable :  
Especialidad :

## Diagnósticos

### Diagnóstico de Ingreso / C. Externa

Diagnóstico Principal : O300

Descripción : EMBARAZO DOBLE

Dx Pre-Qx : No  
Clasificación Diagnóstico : Diag. Principal  
Tipo : 03  
Causa Externa : Otra  
Fecha : 25.07.2017  
No. Interlocutor : 0000002755  
Registro : 11187617

Hora : 08:07  
Responsable : GARCIA SACIPA WILMAR HERNDANDO  
Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Responsable Firmar

Responsable Guardar  
No. Interlocutor :  
Registro :

Responsable :  
Especialidad :

Episodio : 471857

Fecha :

<b>Paciente</b>	: DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO		
<b>Identificación</b>	: CC 1016051970	<b>F. Nacimiento</b>	: 03.12.1992
<b>Sexo</b>	: Femenino	<b>Edad</b>	: 24 Años
<b>Especialidad</b>	: 10ATC GINECOLOGIA OBSTETRICIA		
<b>Aseguradora</b>	: COMPENSAR POS-PC		



## Control Prenatal

### Embarazo Actual

#### Antecedentes Familiares

<b>TBC</b>	: No	<b>Hipertensión</b>	: No	<b>Eclampsia</b>	: No
<b>Diabetes</b>	: No	<b>Tipo</b>	:	<b>Preeclampsia</b>	: No
<b>Malformaciones congénitas</b>	: No				
<b>Otra condición médica grave</b>	: No				

#### Personales

<b>TBC</b>	: No	<b>Nefropatía</b>	: No	<b>Hipertensión</b>	: No
<b>Infertilidad</b>	: No	<b>Preeclampsia</b>	: No	<b>Violencia</b>	: No
<b>Eclampsia</b>	: No	<b>Abuso sexual</b>	: No	<b>Cirugía genitourinaria</b>	: No
<b>Depresión</b>	: No	<b>Intento de suicidio</b>	: No	<b>VIH</b>	: No
<b>Cardiopatía</b>	: No				
<b>Diabetes</b>	: No				

#### Otros Antecedentes

<b>Ha fallecido algún hijo?</b>	: No		
<b>Cuántos antes de 19 semanas</b>	: 0	<b>Cuántos despues de 19 semanas ?</b>	: 0

#### Vacuna antitetánica vigente?

<b>Dosis 1 - mes de gestación</b>	: 1	10.02.2017	<b>Dosis 2 - mes de gestación</b>	: 0
<b>Vacuna tosferina</b>	: Sí	10.02.2017	<b>Dosis - mes de gestación</b>	: 1

#### Vacuna antirubeola?

: Previa

#### Grupo Sanguíneo

: A

**RH** : + Positivo

#### Inmunizado

:

**Gammaglobulina anti D** : NC

#### Factores de Riesgo

##### 1 Trimestre

<b>Fumadora activa</b>	:	<b>Fumadora pasiva</b>	:	<b>Riesgo económico</b>	:
<b>Drogas</b>	:	<b>Alcohol</b>	:	<b>Violencia doméstica</b>	:

##### 2 Trimestre

<b>Fumadora activa</b>	:	<b>Fumadora pasiva</b>	:	<b>Riesgo económico</b>	:
<b>Drogas</b>	:	<b>Alcohol</b>	:	<b>Violencia doméstica</b>	:

##### 3 Trimestre

<b>Fumadora activa</b>	: No	<b>Fumadora pasiva</b>	: No	<b>Riesgo económico</b>	: No
<b>Drogas</b>	: No	<b>Alcohol</b>	: No	<b>Violencia doméstica</b>	: No

#### Edad gestacional por FUM

<b>FUM confiable</b>	: Si	<b>Fecha FUM</b>	: 20.11.2016
<b>Edad gestacional por FUM: Semanas</b>	: 31	<b>Días</b>	: 2

#### Edad gestacional por ECO

<b>Fecha ECO</b>	:		
<b>Semanas</b>	: 0	<b>Días</b>	: 0
<b>Edad gestacional por ECO: Semana</b>	: 0		

#### Embarazo Actual

**Días** : 0

#### Datos generales

<b>Peso anterior a este embarazo (Kg)</b>	: 65,00	<b>Talla (cm)</b>	: 152,00
<b>Embarazo deseado</b>	: Si		
<b>Embarazo planeado</b>	: Si		

## Control Prenatal

Fracaso método anticonceptivo : No usaba  
 Este embarazo es resultado de abuso sexual : No  
 Fecha probable de parto : 27.08.2017  
 Inició control prenatal con 10 semanas 1 día o más de gestación? : Si  
 Causa de ingreso tardío al programa : Otras  
 Otras causas? : sap

### Riesgo Obstétrico

\* Fecha/Hora : 27.06.2017 08:34  
 Semana : 31  
 Riesgo obstétrico total : 7  
 Clasificación riesgo obstétrico : Alto riesgo

No. Interlocutor : 0000002755 Responsable : GARCIA SACIPA WILMAR HERNDANDO  
 Registro : 11187617 Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
 Ubicación : En Consulta Externa

### Historico Riesgo Psicosocial

\* Fecha/Hora : 27.06.2017 08:34  
 Total ansiedad : 0 Total soporte familiar : 0 Total riesgo psicosocial : 0

Clasificación riesgo psicosocial : Bajo riesgo  
 Interpretación riesgo psicosocial : Requiere manejo con psicología y trabajo social

No. Interlocutor : 0000002755 Responsable : GARCIA SACIPA WILMAR HERNDANDO  
 Registro : 11187617 Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
 Ubicación : En Consulta Externa

Neurológico :  
 Hallazgos neurológico :

### Controles

\* Fecha/Hora : 27.06.2017 08:49 Tele Seguimiento : No  
 Número de control : 1 Trimestre : III Edad Gestacional - Semanas: 31 Días : 2  
 Subjetivo : CPN ARO POR GEMELAR BICORIAL, IVU EN PROFILAXIS CON CEFALEXINA 1 DIA HOSPITALIZADA POR IVU EN MEDERI 12 MAYO POR 12 DIAS UCI POR SEPSIS DE ORIGEN URINARIO MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS ASINTOMATICA PARA INMINENCIA DE ECLAMPSIA NO AMNIOORREA NO SANGRADO NO ACTIVIDAD UTERINA LABORATORIOS: FECHA 05 ENE HEMOCLASIFICACION A+ PRUEBA TREPONEMICA nr HEMOGRAMA normal , UROANALISIS / neg UROC POS E COLI MULTISENSIBLE VIH nr HEPATITIS B AG SUPERFICIE nr TOXOPLASMA IG G nr 29 MAR UROC POS E COLI 03 MAY CTOG 74-95-99 TREPO NEG CH HB 11, HT 33.5 CH NORMAL 06 JUN UROC NEG ECOGRAFIAS: ECO TEMPRANA 08 FEB 11.3 SEM BAJO RIESGO DE ANEUPLOIDIA BICORIAL BIAMNIOTICO 25 ABR 21.2 SEM BICORIAL, MORFOLOGIA NORMAL PFE 452 Y 426GR 25 MAY PFE 849 Y 886 GR LAGO MAYOR 41 Y 28MM PBF 8/8 Y 8/8

Pérdidas Vaginales : No Actividad Uterina : No  
 Síntomas Urinarios : No Disminución Movimientos Fetales : No  
 Cefalea Tensional : No Edemas : No  
 Epigastralgia : No Tinnitus : No  
 Fosfeno : No

Tensión Arterial (mmHg) : 110 / 70  
 Tensión arterial media (mmHg) : 83  
 Frec. Cardíaca : 88 Frec. Respiratoria : 16  
 Temperatura : 36,0 Sat. Oxígeno : 0  
 Talla (cm) : 154,00 Peso (Kg) : 66,000  
 IMC (Kg/m2) : 27,83 Movimientos Fetales : Si  
 Edema : No Altura Uterina (cm) : 33

Estado Nutricional IMC/Edad Gestacional : IMC ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL  
 Peso esperado al final del embarazo (Kg) : 72,00a 75,00  
 Altura Uterina/Edad Gestacional : A

Presentación 1 : FCF (lat x min) : Positivo 128  
 Presentación 2 : FCF (lat x min) : Positivo 152

## Control Prenatal

**Neurológico** :  
**Cabeza y órganos de los sentidos** : Sin alteraciones  
**Odontológico** : Sin alteraciones  
**Tórax y cardiopulmonar** : Sin alteraciones  
**Mamas** : Sin alteraciones  
**Abdomen** : Sin alteraciones  
**Genitourinario** : Sin alteraciones  
**Extremidades** : Sin alteraciones

**Se informó de la sentencia C355** : Si

**Curso psicofísico** : Si

**Fecha** :

**Acido fólico** : No

**Sulfato ferroso** : Si

**Carbonato de calcio** : Si

**Análisis y plan** : GESTANTE CURSANDO 31 SEMANAS QUIEN PRESENTA GEMELAR BICORIAL, CON CRECIMIENTO CONCORDANTE, ADEMAS IVU A REPETICION EN PROFILAXIS CEFALEXINA, REQUIRIO HOSPITALIZACION EN UCI POR SEPSIS URINARIA

SE IDENTIFICAN COMO FACTORES DE RIESGO: GEMELAR, IVU A REPETICION, CESAREA ANTERIOR  
 RIESGO SICOSOCIAL BAJO (HERRERA)

DADOS LO FACTORES ENUNCIADOS SE IDENTIFICARON RIESGOS PARA: RCIU, PRETERMINO, PREECLAMPSIA, ACRETISMO  
 (RIESGO BAJO POR PLACENTE NO ANTERIOR BAJA)

PLAN DE INTERVENCION

ATENCION POR OBSTETRICIA ALTO RIESGO

DIETA POR NUTRICION

SE FORMULA: CALCIO , SULFATO FERROSO

SS LABORATORIOS: DE TERCER TRIMESTRE

ECO SEGUIMIENTO

SEÑALES DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS: SANGRADO, SALIDA DE LIQUIDO POR VAGINA, CONTRACCIONES,  
 DISMINUCION DE MOVIMIENTOS FETALES, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ASOCIADO A VISION DE LUCES, PITOS EN LOS ODIOS,  
 DOLOR TIPO PRESION EN LA BOCA DEL ESTOMAGO, FIEBRE O ARDOR AL ORINAR

SE EXPLICA CON CLARIDAD RIESGOS E IMPLICACIONES CLINICAS, LA PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTAR

SE INFORMA SOBRE SENTENCIA C355 RESPETANDO DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER: TOMAR  
 DECISIONES LIBRES Y SIN DISCRIMINACION SOBRE LA POSIBILIDAD DE PROCREAR O NO, DE REGULAR LA FECUNDIDAD Y DE  
 DISPONER DE LA INFORMACION Y MEDIOS PARA ELLO. TAMBIEN IMPLICA EL DERECHO DE TENER ACCESO A LOS SERVICIOS  
 DE SALUD REPRODUCTIVA

CONOCIENDO LO ANTERIOR, LA PACIENTE LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE DECIDE CONTINUAR LA GESTACION

**No. Interlocutor** : 0000002755

**Responsable** : GARCIA SACIPA WILMAR HERNDANDO

**Registro** : 11187617

**Especialidad** : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**Ubicación** : En Consulta Externa

## Control Puerperal

**Firma Compartida** : No

**Corresponsable** :

**Subjetivo** :

Examen físico

**Frec. Cardíaca** : 0

**Latidos x min** :

**Fecha dato** :

**Hora** : 00:00

**Frec. Respiratoria (x min)** : 0

**TA (mm Hg)** : 0 / 0

**TA Media (mm Hg)** : 0

**Temperatura (°C)** : 0,0

**Peso (Kg)** : 0,000

**Mamas** :

**Útero** :

## Control Prenatal

Loquios :  
Episiotomía / Herida quirúrgica :  
Otros hallazgos :

### Datos Relacionados con Parto / Recién Nacido

Controles institucionales después de semana 36 :  
El parto tuvo lugar en institución de salud :  
Vacuna antirubeola posparto? : Vacuna BCG al recién nacido :  
Terminación de embarazo : Fecha : Hora : 00:00  
Diagnósticos de la inducción o cesárea :

Atendió parto : Otro :  
Atendió neonato : Otro :

### Le asignaron cita a programas a la madre y recién nacido? :

Planificación familiar : No Crecimiento y desarrollo : No Inmunización : No  
Otro : No Cuál ? :

### Anticoncepción Consejería :

Método de planificación :  
Cuál ? :

### Otros datos

Consejería lactancia materna : Lactancia materna : Dificultades :

### Indicadores de fracaso

Morbilidad materna extrema : No Evaluado

Recién nacido hospitalizado : No Evaluado

Recién nacido con sífilis : No Evaluado

Análisis y plan :

Responsable :  
Especialidad :

## Diagnósticos

### Diagnóstico de Ingreso / C. Externa

Diagnóstico Principal : O300

Descripción : EMBARAZO DOBLE

Dx Pre-Qx : No  
Clasificación Diagnóstico : Diag. Principal  
Tipo : 01  
Causa Externa : Otra  
Fecha : 27.06.2017  
No. Interlocutor : 0000002755  
Registro : 11187617

Hora : 08:49  
Responsable : GARCIA SACIPA WILMAR HERNDANDO  
Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

### Responsable Firmar

### Responsable Guardar

No. Interlocutor : Responsable :  
Registro : Especialidad :

Episodio : 687702

Fecha :

<b>Paciente</b>	: DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO		
<b>Identificación</b>	: CC 1016051970	<b>F. Nacimiento</b>	: 03.12.1992
<b>Sexo</b>	: Femenino	<b>Edad</b>	: 24 Años
<b>Especialidad</b>	: 10ATC GINECOLOGIA OBSTETRICIA		
<b>Aseguradora</b>	: COMPENSAR POS-PC		



## Control Prenatal

### Embarazo Actual

#### Antecedentes Familiares

<b>TBC</b>	: No	<b>Hipertensión</b>	: No	<b>Eclampsia</b>	: No
<b>Diabetes</b>	: No	<b>Tipo</b>	:	<b>Preeclampsia</b>	: No
<b>Malformaciones congénitas</b>	: No				
<b>Otra condición médica grave</b>	: No				

#### Personales

<b>TBC</b>	: No	<b>Nefropatía</b>	: No	<b>Hipertensión</b>	: No
<b>Infertilidad</b>	: No	<b>Preeclampsia</b>	: No	<b>Violencia</b>	: No
<b>Eclampsia</b>	: No	<b>Abuso sexual</b>	: No	<b>Cirugía genitourinaria</b>	: No
<b>Depresión</b>	: No	<b>Intento de suicidio</b>	: No	<b>VIH</b>	: No
<b>Cardiopatía</b>	: No				
<b>Diabetes</b>	: No				

#### Otros Antecedentes

<b>Ha fallecido algún hijo?</b>	: No		
<b>Cuántos antes de 19 semanas</b>	: 0	<b>Cuántos despues de 19 semanas ?</b>	: 0

#### Vacuna antitetánica vigente?

<b>Dosis 1 - mes de gestación</b>	: 1	10.06.2017	<b>Dosis 2 - mes de gestación</b>	: 0
<b>Vacuna tosferina</b>	: Sí	10.06.2017	<b>Dosis - mes de gestación</b>	: 1

#### Vacuna antirubeola?

: Previa

#### Grupo Sanguíneo

: A

**RH** : + Positivo

#### Inmunizado

:

**Gammaglobulina anti D** : NC

#### Factores de Riesgo

##### 1 Trimestre

<b>Fumadora activa</b>	:	<b>Fumadora pasiva</b>	:	<b>Riesgo económico</b>	:
<b>Drogas</b>	:	<b>Alcohol</b>	:	<b>Violencia doméstica</b>	:

##### 2 Trimestre

<b>Fumadora activa</b>	:	<b>Fumadora pasiva</b>	:	<b>Riesgo económico</b>	:
<b>Drogas</b>	:	<b>Alcohol</b>	:	<b>Violencia doméstica</b>	:

##### 3 Trimestre

<b>Fumadora activa</b>	: No	<b>Fumadora pasiva</b>	: No	<b>Riesgo económico</b>	: No
<b>Drogas</b>	: No	<b>Alcohol</b>	: No	<b>Violencia doméstica</b>	: No

#### Edad gestacional por FUM

<b>FUM confiable</b>	: Si	<b>Fecha FUM</b>	: 20.11.2016
<b>Edad gestacional por FUM: Semanas</b>	: 35	<b>Días</b>	: 2

#### Edad gestacional por ECO

<b>Fecha ECO</b>	:		
<b>Semanas</b>	: 0	<b>Días</b>	: 0
<b>Edad gestacional por ECO: Semana</b>	: 0		

#### Embarazo Actual

**Días** : 0

#### Datos generales

<b>Peso anterior a este embarazo (Kg)</b>	: 65,00	<b>Talla (cm)</b>	: 152,00
<b>Embarazo deseado</b>	: Si		
<b>Embarazo planeado</b>	: Si		

## Control Prenatal

**Fracaso método anticonceptivo** : No usaba  
**Este embarazo es resultado de abuso sexual** : No  
**Fecha probable de parto** : 27.08.2017  
**Inició control prenatal con 10 semanas 1 día o más de gestación?** : Si  
**Causa de ingreso tardío al programa** : Otras  
**Otras causas?** : sap

### Riesgo Obstétrico

\* **Fecha/Hora** : 25.07.2017 08:00  
**Semana** : 35  
**Riesgo obstétrico total** : 6  
**Clasificación riesgo obstétrico** : Alto riesgo

**No. Interlocutor** : 0000002755 **Responsable** : GARCIA SACIPA WILMAR HERNDANDO  
**Registro** : 11187617 **Especialidad** : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
**Ubicación** : En Consulta Externa

### Historico Riesgo Psicosocial

\* **Fecha/Hora** : 25.07.2017 08:00  
**Total ansiedad** : 0 **Total soporte familiar** : 0 **Total riesgo psicosocial** : 0

**Clasificación riesgo psicosocial** : Bajo riesgo  
**Interpretación riesgo psicosocial** : Requiere manejo con psicología y trabajo social

**No. Interlocutor** : 0000002755 **Responsable** : GARCIA SACIPA WILMAR HERNDANDO  
**Registro** : 11187617 **Especialidad** : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
**Ubicación** : En Consulta Externa

**Neurológico** :  
**Hallazgos neurológico** :

### Controles

\* **Fecha/Hora** : 25.07.2017 08:07 **Tele Seguimiento** : No  
**Número de control** : 1 **Trimestre** : III **Edad Gestacional - Semanas:** 35 **Días** : 2  
**Subjetivo** : CPN ARO POR GEMELAR BICORIAL, IVU A REPETICION REQUIRIO UCI POR SEPSIS URINARIA MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS NO AMNORREA NO SANGRADO NO ACTIVIDAD UTERINA ASINTOMATICA PARA INMINENCIA DE ECLAMPSIA CH HB 11.6 HTC 35.1 TREEPO NEG TOXO M NEG VIH NEG ECO DEL 27 JUN CON 29.2SEM PFE 1: 1259GR 2: 1348GR LAGO MAYOR 33MM Y 53MM MORFOLOGIA NORMAL CRECIMIENTO SOBRE PERCENTIL 10 PARA GEMELAR

**Pérdidas Vaginales** : No **Actividad Uterina** : No  
**Síntomas Urinarios** : No **Disminución Movimientos Fetales** : No  
**Cefalea Tensional** : No **Edemas** : No  
**Epigastalgia** : No **Tinnitus** : No  
**Fosfeno** : No

**Tensión Arterial (mmHg)** : 110 / 72  
**Tensión arterial media (mmHg)** : 85  
**Frec. Cardíaca** : 80 **Frec. Respiratoria** : 18  
**Temperatura** : 37,0 **Sat. Oxígeno** : 0  
**Talla (cm)** : 152,00 **Peso (Kg)** : 70,000  
**IMC (Kg/m2)** : 30,30 **Movimientos Fetales** : Si  
**Edema** : No **Altura Uterina (cm)** : 37

**Estado Nutricional IMC/Edad Gestacional** : SOBREPESO PARA LA EDAD GESTACIONAL  
**Peso esperado al final del embarazo (Kg)** : 71,00a 72,00  
**Altura Uterina/Edad Gestacional** : A

**Presentación 1** : **FCF (lat x min)** : Positivo 148  
**Presentación 2** : **FCF (lat x min)** : Positivo 132

**Neurológico** :

## Control Prenatal

**Cabeza y órganos de los sentidos** : Sin alteraciones  
**Odontológico** : Sin alteraciones  
**Tórax y cardiopulmonar** : Sin alteraciones  
**Mamas** : Sin alteraciones  
**Abdomen** : Sin alteraciones  
**Genitourinario** : Sin alteraciones  
**Extremidades** : Sin alteraciones

**Se informó de la sentencia C355** : Si

**Curso psicofísico** : Si

**Fecha** :

**Acido fólico** : No

**Sulfato ferroso** : Si

**Carbonato de calcio** : Si

**Análisis y plan** : GESTANTE CURSANDO 35 SEMANAS QUIEN PRESENTA GEMELAR BICORIAL CON CRECIMIENTO SIMETRICO CONCRDANTE  
 EN PROFILAXIS AB PARA IVU POR RECURRENCIA  
 RESTO DE CLINICA Y PARACLINICOS NORMALES  
 PLAN DE INTERVENCION  
 REMISION ATENCION DEL PARTO  
 CULTIVO VR ESTREPTOCOCO B  
 CONTROL IPS DEL PARTO

SEÑALES DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS: SANGRADO, SALIDA DE LIQUIDO POR VAGINA, CONTRACCIONES, DISMINUCION DE MOVIMIENTOS FETALES, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ASOCIADO A VISION DE LUCES, PITOS EN LOS ODIOS, DOLOR TIPO PRESION EN LA BOCA DEL ESTOMAGO, FIEBRE O ARDOR AL ORINAR SE EXPLICA CON CLARIDAD RIESGOS E IMPLICACIONES CLINICAS, LA PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTAR

**No. Interlocutor** : 0000002755

**Responsable** : GARCIA SACIPA WILMAR HERNDANDO

**Registro** : 11187617

**Especialidad** : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**Ubicación** : En Consulta Externa

## Control Puerperal

**Firma Compartida** : No

**Corresponsable** :

**Fecha dato** :

**Hora** : 00:00

**Subjetivo** :

Examen físico

**Frec. Cardíaca** : 0

**Latidos x min** :

**Frec. Respiratoria (x min)** : 0

**TA (mm Hg)** : 0 / 0

**Temperatura (°C)** : 0,0

**TA Media (mm Hg)** : 0

**Peso (Kg)** : 0,000

**Mamas** :

**Útero** :

**Loquios** :

**Episiotomía / Herida quirúrgica** :

**Otros hallazgos** :

### Datos Relacionados con Parto / Recién Nacido

**Controles institucionales después de semana 36** :

**El parto tuvo lugar en institución de salud** :

**Vacuna antirubeola posparto?** :

**Terminación de embarazo** :

**Vacuna BCG al recién nacido** :

**Fecha** : **Hora** : 00:00

## Control Prenatal

Diagnósticos de la inducción o cesárea :

Atendió parto : Otro :  
Atendió neonato : Otro :

Le asignaron cita a programas a la madre y recién nacido? :

Planificación familiar : No      Crecimiento y desarrollo : No      Inmunización : No  
Otro : No      Cuál ? :

Anticoncepción  
Consejería :

Método de planificación :  
Cuál ? :

Otros datos  
Consejería lactancia materna :      Lactancia materna :      Dificultades :

Indicadores de fracaso  
Morbilidad materna extrema : No Evaluado

Recién nacido hospitalizado : No Evaluado

Recién nacido con sífilis : No Evaluado

Análisis y plan :

Responsable :  
Especialidad :

## Diagnósticos

### Diagnóstico de Ingreso / C. Externa

Diagnóstico Principal : O300

Descripción : EMBARAZO DOBLE

Dx Pre-Qx : No  
Clasificación Diagnóstico : Diag. Principal  
Tipo : 03  
Causa Externa : Otra  
Fecha : 25.07.2017  
No. Interlocutor : 0000002755  
Registro : 11187617

Hora : 08:07  
Responsable : GARCIA SACIPA WILMAR HERNDANDO  
Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Responsable Firmar

Responsable Guardar

No. Interlocutor :      Responsable :  
Registro :      Especialidad :

Episodio :  
Fecha : 31.08.2017

**Paciente** : DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO  
**Identificación** : CC 1016051970 **F. Nacimiento** : 03.12.1992  
**Sexo** : Femenino **Edad** : 24 Años  
**Especialidad** :  
**Aseguradora** :



## Seguimiento de Pacientes

### Tabla registro seguimiento pacientes

\* **Fecha Dato** : 31.08.2017 **Hora** : 08:09 **Gestión Clínica** : No  
**Número de control** : 1 **Sede de seguimiento** : 10FSEDE  
**Efectividad en la comunicación** : No Evaluado  
**Seguimiento a episodio?** : No Evaluado **Episodio** : 0000687702  
**Servicio** :  
**Tipo de seguimiento** :  
**Programa** : **Cual?** : MATERNAS

\* **PAS (mmHg)** : 0 **Tomado** : No **Temperatura (°C)** : 0,0  
**PAD (mmHg)** : 0 **Tomado** : No **Peso (Kg)** : 0,000  
**PAM (mmHg)** : 0 **Talla (cm)** : 0,00

\* **Cual educación** :

\* **Medicamentos** : **Oxígeno** :  
**Terapias** : **Citas de control e interconsultas** :  
**Cuidados Herida/Drenes/Dispositivos** : **Exámenes** :

\* **Alojamiento conjunto** : **Vacunación** :  
**Valoración TSH** : **Lactancia exclusiva** :  
**Cita control pediatría** : **Registro civil** :  
**Aseguramiento en salud** :  
**% de adherencia** : 100

\* **Vómito** : No Evaluado **Fiebre** : No Evaluado  
**Sangrado** : No Evaluado **Disnea** : No Evaluado  
**Mareo** : No Evaluado **Retención urinaria** : No Evaluado  
**Náuseas** : No Evaluado **Actividad física** : No Evaluado  
**Edema** : No Evaluado

\* **Normal** : No **Calor** : No **Edema** : No **Secreción** : No

\* **Urgencias/ Hospitalización** : No Evaluado  
**Cumple plan de alimentación** : No Evaluado

\* **¿Paciente atendido en sala ERA?** : No Evaluado

\* **¿Las indicaciones suministradas fueron claras?:**  
**Tipo de seguimiento** : Otro **Mejoría** : No Evaluado  
**Motivo** : POS PARTO  
**Resultado** : PACIENTE ATIENDE EL LLAMADO  
**Observaciones** : Se realiza seguimiento a paciente pos parto el día 7 de agosto 2018 donde le practican cesaria temprana por ivu cevera con recién nacido vivo con un peso de 2585 kg actualmente con un peso de 3160kg con talla de 49 cm estable en plan canguro en la clínica san jose infantil, se le recuerdan signos de alarma a la madre como era y edad y adonde acudir en presencia de alguno de ellos, madre actualmente no toma ningún medicamento ni está en tratamiento se da cita de ginecología pos parto para el día 4/09/2017 con el doc orlando cely la cual acepta, paciente con pomeroy, pendiente asistencia a cita de ginecología.

**No. Interlocutor** : 0000005272 **Responsable** : MORENO QUIÑONEZ CINDY JOHANNA  
**Registro** : 1000803506 **Especialidad** : AUXILIAR DE ENFERMERIA

**Responsable Guardar**  
**Fecha** : 04.12.2017 **Hora** : 11:48  
**No. Interlocutor** : 0000005272 **Nombre** : MORENO QUIÑONEZ CINDY JOHANNA  
**Registro** : 1000803506 **Especialidad** : AUXILIAR DE ENFERMERIA

**Responsable Firmar**  
**No. Interlocutor** : **Nombre** :  
**Registro** : **Especialidad** :

Episodio : 1362192  
Fecha : 04.09.2017

Paciente : DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO  
Identificación : CC 1016051970 F. Nacimiento : 03.12.1992  
Sexo : Femenino Edad : 24 Años  
Especialidad : 10FTC GINECOLOGIA OBSTETRICIA  
Aseguradora : COMPENSAR POS-PC



## Historia Clínica de Ingreso

### Anamnesis

Estado Civil : Unión Libre  
Dominancia : No Aplica Sistema de Creencias :

### Motivo de Consulta

CONTROL POSTCESAREA GEMELAR MAS POMEROY DEL 7 DE AGSOTO EN H SAN JOSE.,

### Enfermedad Actual

GEMELO 1 RN SANO FEMENINO DE 2585 GR, SANA, OTRO GEMELO NIÑO, OBITO ANTEPARTO NO SABE LA CAUSA, HUBO NECROPSIA, PENDIENTE PATOLOGIA.

- ASINTOMATICA, NO FIEBRE. LACTANCIA NORMAL.

Consulta Compartida : No  
Consulta Asistida : No

### Revisión por Sistemas

#### Sintomático respiratorio

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

#### \* SÍNTOMAS GENERALES

NO EN OTRO SISTEMA

### Parametros básicos

Presión Arterial(mm Hg) : 120 / 70  
Presión Arterial Media(mm Hg) : 87  
Frec. Cardíaca : 78

#### Uso de Oxígeno medicinal

Peso(Kg) : 59,000  
Talla (cm) : 156,00  
Superficie Corporal(m2) : 1,63  
IMC(Kg/m2) : 24,24

### Examen Físico por Regiones

- \* -CABEZA  
Hallazgos : EN BUEN ESTADO GENERAL, CONSCIENTE, ORIENTADA, ROSADA, NO ICTERICA
- \* -OJOS  
Hallazgos : NORMALES
- \* -OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA  
Hallazgos : NORMAL
- \* -CUELLO  
Hallazgos : NORMAL, SIN MASAS
- \* -TORAX Y PULMONES  
Hallazgos : VENTILACION PULMONAR NORMAL
- \* -MAMA  
Hallazgos : BLANDAS SIN MASAS, LACTANTES
- \* -CARDIACO  
Hallazgos : RITMICOS SIN ANOMALIAS
- \* -ABDOMEN Y PELVIS  
Hallazgos : BLANDO, RS IS ++. CICATRIZ QX BIEN, UTERO NO PALPABLE
- \* -GENITALES  
Hallazgos : NO SANGRADO NI FLUJO VAGINAL

## Historia Clínica de Ingreso

- \* -ANO-RECTAL  
Hallazgos : NORMAL
- \* -EXTREMIDADES SUPERIORES  
Hallazgos : NORMALES SIN EDEMAS
- \* -EXTREMIDADES INFERIORES  
Hallazgos : NORMALES SIN EDEMAS PATOLOGICOS
- \* -OSTEOMUSCULAR  
Hallazgos : NORMAL
- \* -NEUROLOGICO  
Hallazgos : SIN DEFICIT EVIDENTE
- \* -MENTAL  
Hallazgos : NORMAL
- \* -PIEL Y FANERAS  
Hallazgos : NO ERUPCIONES ANORMALES

### Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal : Z392  
 Descripción : SEGUIMIENTO POSTPARTO, DE RUTINA  
 Clasificación : Diag. Principal  
 Tipo : Impresión Diagnóstica  
 Finalidad Consulta : No Aplica  
 Causa Externa : Enfermedad general

### Analisis y Plan

PTE DE 24 AÑOS, HOY CONTROL POSTCESAREA + POMEROY NORMAL.  
 SE EXPLICA DIAGNOSTICO, SE INFORMAN SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A UNA IPS POR URGENCIAS. SE EDUCA EN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

Clasificac.de la Atención : No Aplica

### Responsable Firmar

No. Interlocutor : 0000002789  
 Responsable : CELY CALDERON ORLANDO ALONSO  
 Registro : 79310484  
 Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Fecha : 04.09.2017 Hora : 16:42

Episodio : 2592649  
Fecha : 01.11.2017

Paciente : DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO  
Identificación : CC 1016051970 F. Nacimiento : 03.12.1992  
Sexo : Femenino Edad : 24 Años  
Especialidad : 10FTC MEDICINA GENERAL  
Aseguradora : COMPENSAR POS-PC

## Historia Clínica de Ingreso

### Anamnesis

Estado Civil : Unión Libre  
Dominancia : No Aplica Sistema de Creencias :  
Empleador o Empresa : ESTIETICISTA  
Informante : Paciente

### Motivo de Consulta

POR CONTROL

### Enfermedad Actual

ORIGEN: bta  
PROCEDENTE :BTA  
OCUPACION:ESTICISTA  
ACOMPAÑADO :SOLA  
TEL :3046754212

PACIENE CON CUADOR DE TQUICARDIA EN EL EMBARZO GEMELAR , SE ENCUENTA EN EL MOMENTO ASINATOMATICA , COMENTA QUE LA ANESTSIOLOGA MENCIONO QUE TIEN LA COLUMNA DESVIAD POR LO CUAL INGRESA A VALORACION

Consulta Compartida : No  
Consulta Asistida : No

### Revisión por Sistemas

#### Sintomático respiratorio

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

#### \* SÍNTOMAS GENERALES

NEGATIVO

#### \* ORGANOS DE LOS SENTIDOS

NEGATIVO

#### \* CARDIOVASCULAR

NEGATIVO

#### \* RESPIRATORIO

NEGATIVO

#### \* GASTROINTESTINAL

NEGATIVO

#### \* GENITOURINARIO

NEGATIVO

#### \* LOCOMOTOR

NEGATIVO

#### \* OSTEOARTICULAR

NEGATIVO

#### \* SISTEMA NERVIOSO

NEGATIVO

#### \* PIEL Y ANEXOS

## Historia Clínica de Ingreso

NEGATIVO

\* PSIQUIATRICOS

NEGATIVO

\* SISTEMA ENDOCRINO Y METABOLICO

NEGATIVO

\* OTROS

NEGATIVO

### Parametros básicos

#### Condiciones generales

Aspecto General : Bueno  
 Estado Hidratación : Hidratado  
 Observación : afebril  
 Presión Arterial(mm Hg) : 120 / 60  
 Presión Arterial Media(mm Hg) : 80

Frec. Respiratoria(x min) : 16  
 Frec. Cardíaca : 70

Uso de Oxígeno medicinal

Peso(Kg) : 58,000  
 Talla (cm) : 153,00  
 Superficie Corporal(m2) : 1,61  
 IMC(Kg/m2) : 24,78

### Examen Fisico por Regiones

- \* -CABEZA  
Hallazgos : NORMOCEFALO
- \* -OJOS  
Hallazgos : PUPILAS ISOCORICAS NORMO REACTIVAS A LUZ Y ACOMODACION
- \* -OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA  
Hallazgos : TIMPANOS NORMALES , MUCOSA NASAL NORMAL, OROFARINGE NORMAL
- \* -CUELLO  
Hallazgos : MASAS NO MEGALIAS
- \* -TORAX Y PULMONES  
Hallazgos : SIMETRICO , RUIDOS RESPIRATORIOS CAMPOS NORMALES
- \* -MAMA  
Hallazgos : NO SE EXPLORA
- \* -CARDIACO  
Hallazgos : RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES NORMALES,
- \* -ABDOMEN Y PELVIS  
Hallazgos : BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR EN MARCO COLICO NO SIGNOS PERITONELAES RSIS N
- \* -GENITALES  
Hallazgos : NO SE EXPLORA
- \* -ANO-RECTAL  
Hallazgos : NO SE EXPLORA
- \* -EXTREMIDADES SUPERIORES  
Hallazgos : NORMAL
- \* -EXTREMIDADES INFERIORES  
Hallazgos : PULSOS POSITIVOS , NO EDEMAS
- \* -OSTEOMUSCULAR  
Hallazgos : ESCOLIOSIS

## Historia Clínica de Ingreso

- \* -NEUROLOGICO  
Hallazgos : MOTOR NORMAL, SENSITIVO NORMAL, REFLEJOS NORMALES ,TONO NORMAL ,PARES CR
- \* -MENTAL  
Hallazgos : SIN DEFICIT , ORIENTADO
- \* -PIEL Y FANERAS  
Hallazgos : NORMAL

### Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal : R000  
 Descripción : TAQUICARDIA, NO ESPECIFICADA  
 Clasificación : Diag. Principal  
 Tipo : Confirmado Repetido  
 Finalidad Consulta : No Aplica  
 Causa Externa : Enfermedad general

### Relación de Diagnósticos

\* Fecha : 01.11.2017 Hora : 15:33  
 Código Diagnóstico : M419  
 Nombre Diagnóstico : ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA  
 Clasificación : Diag. Relacionado N°1  
 Tipo Diagnóstico : Confirmado Repetido

### Analisis y Plan

PACIENE CON 1. TAQUICARDIA EN ESTUDISO 2. ESCOLIOSIS TTO SE DEJA HOLTER , RX DECOLAMN  
 DIETA Y EJERCICIO PARA UNA VIDA SANA, AUTOEXAMEN DE SENO MENSUAL. CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA, EDUCACION  
 SOBRE ETS, VHI, DEPENDENCIAS Y USO DEL CONDON. FOMENTO DEL DIALOGO FAMILIAR.  
 PAREJA ESTABLE, SEXUALIDAD RESPONSABLE, SE INSITE EN USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.  
 DIETA SANA: RICA FRUTAS, VERDURAS, LACTEOS, POCAS GRASAS, HARINAS, HIPOSODICA E HIPOGLUCIDAS S. ORAL,  
 VACUNACION,

Clasificac.de la Atención : No Aplica

### Responsable Firmar

No. Interlocutor : 0000001217  
 Responsable : ACOSTA ORTEGA GINA ANDREA  
 Registro : 52318838  
 Especialidad : MEDICINA GENERAL

Fecha : 01.11.2017 Hora : 15:34

Episodio : 3440668  
Fecha : 14.12.2017

Paciente : DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO  
Identificación : CC 1016051970 F. Nacimiento : 03.12.1992  
Sexo : Femenino Edad : 25 Años  
Especialidad : 10FTC MEDICINA GENERAL  
Aseguradora : COMPENSAR POS-PC

## Historia Clínica de Ingreso

### Anamnesis

Estado Civil : Unión Libre  
Dominancia : No Aplica Sistema de Creencias :  
Empleador o Empresa : ESTIETICISTA  
Informante : Paciente

### Motivo de Consulta

POR CONTROL

### Enfermedad Actual

PACIENE CON 1. TAQUICAIRDIA EN ESTUDISO 2. ESCOLIOSIS TTO SE DEJA HOLTER13.11.17 NORMAL N HA TENIDO TAQUIARDIAS  
RX DE COLUMNA LEVE ESCOLIOSI LUMBAR BAJA ,  
DOLOR OCISONAL ACTUALMENTE CON LOS SINTOMAS

Consulta Compartida : No  
Consulta Asistida : No

### Revisión por Sistemas

#### Sintomático respiratorio

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

#### \* SÍNTOMAS GENERALES

NEGATIVO

#### \* ORGANOS DE LOS SENTIDOS

NEGATIVO

#### \* CARDIOVASCULAR

NEGATIVO

#### \* RESPIRATORIO

NEGATIVO

#### \* GASTROINTESTINAL

NEGATIVO

#### \* GENITOURINARIO

NEGATIVO

#### \* LOCOMOTOR

NEGATIVO

#### \* OSTEOARTICULAR

NEGATIVO

#### \* SISTEMA NERVIOSO

NEGATIVO

#### \* PIEL Y ANEXOS

NEGATIVO

#### \* PSIQUIATRICOS

## Historia Clínica de Ingreso

NEGATIVO

\* SISTEMA ENDOCRINO Y METABOLICO

NEGATIVO

\* OTROS

NEGATIVO

### Parametros básicos

#### Condiciones generales

Aspecto General : Bueno  
 Estado Hidratación : Hidratado  
 Observación : AFEBRIL  
 Presión Arterial(mm Hg) : 120 / 60  
 Presión Arterial Media(mm Hg) : 80

Frec. Respiratoria(x min) : 16  
 Frec. Cardíaca : 70

#### Uso de Oxígeno medicinal

Peso(Kg) : 60,500  
 Talla (cm) : 154,00  
 Superficie Corporal(m2) : 1,65  
 IMC(Kg/m2) : 25,51

### Examen Físico por Regiones

- \* -CABEZA  
Hallazgos : NORMOCEFALO
- \* -OJOS  
Hallazgos : PUPILAS ISOCORICAS NORMO REACTIVAS A LUZ Y ACOMODACION
- \* -OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA  
Hallazgos : TIMPANOS NORMALES , MUCOSA NASAL NORMAL, OROFARINGE NORMAL
- \* -CUELLO  
Hallazgos : MASAS NO MEGALIAS
- \* -TORAX Y PULMONES  
Hallazgos : SIMETRICO , RUIDOS RESPIRATORIOS CAMPOS NORMALES
- \* -MAMA  
Hallazgos : NO SE EXPLORA
- \* -CARDIACO  
Hallazgos : RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES NORMALES,
- \* -ABDOMEN Y PELVIS  
Hallazgos : BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR EN MARCO COLICO NO SIGNOS PERITONELAES RSIS N
- \* -GENITALES  
Hallazgos : NO SE EXPLORA
- \* -ANO-RECTAL  
Hallazgos : NO SE EXPLORA
- \* -EXTREMIDADES SUPERIORES  
Hallazgos : NORMAL
- \* -EXTREMIDADES INFERIORES  
Hallazgos : PULSOS POSITIVOS , NO EDEMAS,
- \* -OSTEOMUSCULAR  
Hallazgos : ESCOLIOSIS
- \* -NEUROLOGICO  
Hallazgos : MOTOR NORMAL, SENSITIVO NORMAL, REFLEJOS NORMALES , TONO NORMAL , PARES CR
- \* -MENTAL

## Historia Clínica de Ingreso

Hallazgos : SIN DEFICIT , ORIENTADO

\* -PIEL Y FANERAS  
Hallazgos : NORMAL

### Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal : M419  
Descripción : ESCOLIOSIS, NO ESPECIFICADA  
Clasificación : Diag. Principal  
Tipo : Confirmado Repetido  
Finalidad Consulta : No Aplica  
Causa Externa : Enfermedad general

### Analisis y Plan

PAICEN CON 1. ESCOLIOSIS TTO SE DJA T FISICA

DIETA Y EJERCICIO PARA UNA VIDA SANA, AUTOEXAMEN DE SENO MENSUAL. CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA, EDUCACION SOBRE ETS, VHI, DEPENDENCIAS Y USO DEL CONDON. FOMENTO DEL DIALOGO FAMILIAR.  
PAREJA ESTABLE, SEXUALIDAD RESPONSABLE, SE INSITE EN USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.  
DIETA SANA: RICA FRUTAS, VERDURAS, LACTEOS, POCAS GRASAS, HARINAS, HIPOSODICA E HIPOGLUCIDAS S. ORAL, VACUNACION,

Clasificac.de la Atención : No Aplica

#### Responsable Firmar

No. Interlocutor : 0000001217  
Responsable : ACOSTA ORTEGA GINA ANDREA  
Registro : 52318838  
Especialidad : MEDICINA GENERAL

Fecha : 14.12.2017 Hora : 11:44

Episodio : 10593665  
Fecha : 26.10.2018

**Paciente** : DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO  
**Identificación** : CC 1016051970 **F. Nacimiento** : 03.12.1992  
**Sexo** : Femenino **Edad** : 25 Años  
**Especialidad** : 10FTC SALUD DE LA MUJER  
**Aseguradora** : COMPENSAR POS-PC



## CITOLOGÍA

**Toma Primera vez** : No  
**Tipo de Esquema** : Uno-Uno

**Examen de Seno** :  
SENOS NORMALES SE LE RECUERDA LA IMPORTANCIA DEL AUTOEXAMEN DE SENO QUE DEBE SER MENSUAL Y EN CASO DE ENCONTRAR ANORMALIDADES TALES COMO MASA SALIDA DE SECRECION POR EL PESON DEBE RECURIR AL MEDICO PARA MANEJO OPORTUNO

### Aspecto del Cuello

#### Visible

\* **Sano** : Sí  
\* **Masa** : No

### Diagnósticos Asociados

#### Diagnóstico de Ingreso / C. Externa

**Diagnóstico Principal** : Z124

Descripción Diagnóstico Principal EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUMOR DEL CUELLO UTERINO

**Dx Pre-Qx** : No

**Tipo Diagnóstico** : Impresión Diagnóstica

**Causa Externa** : Otra

**Clasificación Diagnóstico** : Diag. Principal

**Responsable Guardar** : LOPEZ OSPINO DAMARIS SOFIA

**Especialidad** : ENFERMERIA

**CONCEPTO TÉCNICO RESPECTO A LA ATENCIÓN DE LA PACIENTE DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO**

**I. DATOS DEL PACIENTE**

**NOMBRE:** DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO.  
**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** CEDULA DE CIUDADANIA 1016051970.  
**EDAD A LA ATENCIÓN:** 25 AÑOS.

**II. METODOLOGÍA**

Posterior a la revisión de la historia clínica relacionada con los servicios asistenciales prestados a DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO, en lo relacionado a la atención médica, en el año 2017 en Controles prenatales Compensar y en la institución Hospital San José; la suscrita procede a emitir el siguiente concepto; para cuya emisión fueron consideradas además la literatura científica, guías y protocolos del caso.

**III. RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA DIANA CAROLINA OSORIO OROZCO.**

**3.1 Atención ambulatoria Compensar IPS.**

- **Enero 04 de 2017: Controles Prenatales.**

Control prenatal primera vez con enfermera. Asiste paciente a la consulta con test de embarazo en sangre positivo; asintomática sin signos de vasoespasmo; en buenas condiciones generales, sola; no refiere hospitalizaciones y/o urgencias en el último mes. No ha viajado a zonas endémicas con exposición a zika.

Usaria refiere gestación no planeada; planificaba: fracaso método anticonceptivo: no; porque no planificaba: quería bebe, periodo intergenésico de 7 años; Fecha de nacimiento: 16/06/2009; escolaridad: técnico; ocupación: esteticista; alfabeta: si; condición especial: desplazado: niega; discapacidad: no; G3P0A0E0C1V1, fecha de ultima menstruación: 20/11/2016, Edad gestacional: 6.2 semanas; Fecha probable de parto: 27/08/2017; Edad gestacional confiable por fecha de ultima menstruación: si; procedencia: Bogotá, recibe apoyo del compañero de 26 años de edad, ocupación del compañero técnico de electrodomésticos, buena relación de pareja, buen estado emocional durante el embarazo, vive con: hija y esposo.

Evaluación de la gestación anterior: multiplicidad del embarazo: no; prematuros: no; a término: si; recién nacido menor de 2500 gr: no; malformaciones: no; recién nacido de 4000 gr, no muertes perinatales: no; embarazos previos: si; ultimo aborto: si (14 semanas) espontaneo, fecha: julio 2016, retención placentaria: no; abruptio de placenta: no; eventos de riesgo gestacional: ninguno en el momento (aborto habitual, Hipertensión inducida por el embarazo, diabetes, retraso del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, enfermedad renal crónica, enfermedades infecciosas, riesgo de pre-eclampsia)

Se indaga acerca de los signos y síntomas de alarma: paciente niega cefalea, niega tinnitus, niega fosfenos, niega vómito, niega epigastralgia, niega dolor pélvico, niega disuria, niega leucorrea, niega sangrado vaginal, niega edema. Peso pregestacional: 59 kg.

Embarazo de bajo riesgo biopsicosocial según escala de herrera puntaje: 0, riesgo obstétrico: bajo, estado nutricional: clasificación B, índice de masa corporal adecuado para la edad gestacional. Paciente sin síntomas de tensión emocional, humor depresivo, ni presenta síntomas neurovegetativos, recibe soporte familiar.

Se le da la bienvenida al programa explicando importancia y periodicidad de los controles, de venir acompañada, explicando los deberes y derechos de la paciente, importancia del consumo de micronutrientes se diligencia y hace entrega de carné Clap materno. Se brindan signos de alarma, indicando la importancia de la auto identificación de los mismos, enfatizando que toda la familia gestante debe de saberlos: fiebre, cefalea fuerte, fosfenos, tinnitus, vomito frecuente, dolor abdominal, dolor pélvico, síntomas urinarios, ausencia o disminución de movimientos fetales, sangrado vaginal, perdida de líquido vaginal, edema en cara y pies, erupción cutánea generalizada, ante los cuales debe asistir a servicio de urgencias del POS o PAC en caso de tenerlo. Se explica que, en caso de vivir en municipios aledaños a Bogotá, puede ir a urgencias a la red de Cundinamarca, al sitio que quede más cerca a su domicilio. Se entrega a la paciente página web donde puede consultar información sobre la EPS y sobre red de urgencias.

Se informa complicaciones fetales por el uso de sustancia psicoactivas, alcohol y cigarrillo durante el embarazo, se le explica la importancia de la lactancia materna.

Se solicita primer kit de paraclínicos: Uroanálisis y Urocultivo, Serología, Hemoclasificación, Cuadro hemático, Antígenos para Hepatitis B y Antígenos para Toxoplasma y Prueba de Elisa VIH previa consejería pretest. Ecografía obstétrica. Se programa cita de primera vez con Gineco/obstetricia, y próximo control con enfermería. Se da orden de valoración con nutrición y de odontología. Pendiente remitir a curso psicofísico en semana 16, vacuna influenza en semana 14, vacuna TT en semana 21, vacunación en la semana 26 para DPT acelular. Previa consejería pretest y consentimiento informado se solicita prueba Elisa VIH 1 y 2, explicando motivo de solicitud e importancia de esta, voluntariedad privacidad y

confidencialidad de esta. Explicando claramente diferencia entre portador de VIH y sida, se indica evitar promiscuidad prevención de enfermedades de transmisión sexual, y uso del preservativo en toda relación sexual, conductas sicosociales y sexuales seguras. Paciente entiende y acepta información brindada en consulta, no se recomienda viajar a zonas endémicas en caso de hacerlo tener en cuenta las siguientes medidas preventivas para el zika como el uso de repelentes contra insectos, prendas con manga larga, pantalones largos, toldillos y anjeos en ventanas y puertas.

- **Febrero 01 de 2017: Control prenatal.**

Asiste paciente de 10.2 semanas de gestación por fecha de última regla, asintomática sin signos de vasoespasmo, en buenas condiciones generales, sola. Pendiente ecografía de I trimestre, que consulta a control prenatal, niega que ha ido a urgencias durante el último mes, no toma medicamentos, buen estado emocional en el momento de la consulta, buena red de apoyo no ha viajado a zonas endémicas con exposición a zika. Se indaga acerca de los signos y síntomas de alarma: paciente niega cefalea, niega tinnitus, niega fosfenos, niega vómito, niega epigastralgia, niega dolor pélvico, niega disuria, niega leucorrea, niega sangrado vaginal, niega edema.

Embarazo de bajo riesgo biopsicosocial según escala de herrera puntaje: 1, por Infección de vías urinarias se dan órdenes para: Frotis de flujo vaginal, Urocultivo para realizar entre la semana 12 y 16, Ecografía obstétrica, curso psicoprofiláctico, vacuna influenza en semana 14, se indica iniciar esquema de TT en semana 21 y DPT acelular en la semana 26. Se solicita urocultivo pendiente.

Paciente entiende y acepta información brindada en consulta, se informa que en caso de tener relaciones sexuales uso del preservativo, se brinda orientación sobre signos de alarma, indicando la importancia de la autoidentificación de los mismos, enfatizando que toda la familia gestante debe de saberlos: fiebre, cefalea fuerte, fosfenos, tinnitus, vomito frecuente, dolor abdominal, dolor pélvico síntomas urinarios, ausencia o disminución de movimientos fetales, sangrado vaginal, pérdida de líquido vaginal, edema en cara y pies erupción cutánea (brote) ante los cuales debe asistir a servicio de urgencias del POS, se explica a la gestante que en caso de vivir en municipios aledaños a Bogotá, puede ir a urgencias a la red de Cundinamarca, al sitio que quede más cerca a su domicilio. No se recomienda viajar a zonas endémicas en caso de hacerlo tener en cuenta las siguientes medidas preventivas para el zika como el uso de repelentes contra insectos, prendas con manga larga, pantalones largos, toldillos y anjeos en ventanas y puertas. Se entrega a la paciente página web donde puede consultar información sobre la EPS y sobre red de

urgencias. Se fomenta lactancia materna, exclusiva, libre demanda. Se informa los riesgos fetales por el uso de sustancia psicoactivas, alcohol y cigarrillo durante el embarazo. Se fomenta factores protectores para el autocuidado dieta balanceada, baja en grasas, harinas y azucares, importancia del consumo de micronutrientes, cuidados generales durante el embarazo, vestido, higiene etc. Se registra y se entrega carpeta con Clap materno, se asignan citas con obstetricia y enfermería de seguimiento.

- **Febrero 01 de 2017: medicina general.**

Embarazo de 10 semanas enviada por enfermería. Trae laboratorios Hepatitis B, Toxoplasma, Treponema: negativos, Cuadro hemático: normal, Parcial de orina: patológico, Urocultivo: E. coli multisensible, incluidos cefalosporinas, se ordena manejo médico.

Infección de vías urinarias pendiente tratamiento, paciente no asiste a la cita asignada por ginecología para el día 12/01/2017.

Fecha de ultima regla: 20 noviembre del 2016, G3A1V1, Fecha de ultimo parto 7 años, ciclo 30 x 7 días, planificaba con inyección mensual. Niega otras patologías durante presente embarazo, no sangrados genitales.

Embarazo de 10 semanas en G3A1V1, pendiente val por ginecología en marzo 13, en el momento se ordena manejo médico, cefalexina, plan: pendiente Eco feb 8 y ginecología en marzo. Plan manejo de Infección de vías urinarias recomendaciones y signos de alarma los cuales sabe entiende y acepta.

### **3.2 Atención ambulatoria-Idime.**

- **Febrero 08 de 2017: ecografía obstétrica.**

ECOGRAFIA OBSTETRICA - SONOLUCENCIA NUCAL:

Utero grávido en AVF de contornos regulares y ecogenicidad homogénea.

Feto 1 vivo con movimientos activos, con LCR de 48.5 mm para 11 semanas 3 días. FCF: 170 lat/min. Sonolucencia nual: 1.2 mm.

Placenta de localización corporal posterior alta grado I/III, espesor de 12.4 mm, sin áreas de desprendimientos ni hematomas, presenta signo lambda positivo

ANATOMIA:

Plejos coroideos de aspecto normal. Hueso nasal presente. Situs normal. Eje cardíaco normal. Estómago intrabdominal localizado a la izquierda. Pared abdominal íntegra. Miembros superiores presentes, ambas manos visibles. Miembros inferiores presentes, ambos pies visibles.

Feto 2 vivo con movimientos activos, con LCR de 50.2 mm para 11 semanas 4 días. FCF: 167 lat/min. Sonolucencia nual: 1 mm.

Placenta de localización corporal posterior alta grado I/III, espesor de 10.8 mm, sin áreas de desprendimientos ni hematomas, presenta signo lambda positivo

ANATOMIA:

Plejos coroideos de aspecto normal. Hueso nasal presente. Situs normal. Eje cardíaco normal. Estómago intrabdominal localizado a la izquierda. Pared abdominal íntegra. Miembros superiores presentes, ambas manos visibles. Miembros inferiores presentes, ambos pies visibles.

EDAD GESTACIONAL:

POR ECO: 11 semanas 3 días

FPP: 27/08/2017

POR FUR: 11 semanas 3 días

FPP: 27/08/2017

EMBARAZO GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICO

FETOS VIVOS.

*Deja: 2620*

### 3.3 Atención ambulatoria Compensar-IPS.

- **Febrero 10 de 2017: Ginecología.**

Control prenatal, embarazo de aproximadamente 11 1/2 semanas. Refiere náuseas y vómito, resto asintomática, no sangrado. Tiene laboratorios. Terminando tratamiento de infección urinaria posterior urocultivo. Trae Laboratorios y ecografía.

Antecedentes patológicos: Tuberculosis: niega. Diabetes: niega. Hipertensión: niega. Preeclampsia: niega. Eclampsia: niega, otra condición médica grave: niega. Cardiopatía: niega. Nefropatía: niega. Chagas: niega. Paludismo: niega. Vacuna de anti-rubéola: no. Coagulopatías: niega. Varicela: si en la infancia.

Quirúrgicos: cirugía genito-urinaria: cesárea hace 6 años por presentar presentación podálica, legrado obstétrico julio 2016 por aborto retenido de 14 semanas. Traumáticos: sin cambios. Alérgicos: niega. Tóxicos: fumadora activa: niega, fumadora pasiva: niega, drogas: niega, alcohol: niega. Farmacológicos: niega. Familiares: madre y abuela materna, hipertensas, Tuberculosis: niega, diabetes: niega, preeclampsia: niega, eclampsia: niega otra condición médica grave: niega. Transfusionales: niega transfusiones, Rh pareja: no sabe/Rh paciente: A+. Niega violencia intrafamiliar. Valoración por odontología asiste particular, valoración por nutrición 17/02/2017, curso psicoprofiláctico pendiente, vacunas de la gestación pendientes. Sexuales: sexarquia: 14 años, número de compañeros sexuales en la vida: 1, niega uso del preservativo, enfermedades de transmisión sexual como VIH: niega t. Arv: niega, sífilis: no, otras enfermedades de transmisión sexual: niega, en el momento tiene vida sexual activa. Planifica: no, método: no aplica, historia de infertilidad: no, tatuajes o piercing: no, trasplante de órganos: no, fecha de la última citología: diciembre 2015, refiere verbalmente que fue negativa.

Tuvo consulta preconcepcional: no, compañero de la usuaria presentó enfermedades de transmisión sexual como VIH: niega, t. Arv: niega, sífilis: no, otras enfermedades de transmisión sexual: niega en el momento tiene vida sexual activa. Ha presentado signos y

síntomas de zika: no. Observaciones: esteticista. Vacunación con TD anterior gestación +/- 2 dosis. No refiere otro cambio en antecedentes. Refiere asistencia a cita odontológica está en particular, nutrición si ya tiene cita y curso psicofísico no. Escolaridad bachillerato completo, trabaja en estética. Vive con esposo e hija de 6 años. Buenas relaciones. Laboratorios. De 05/enero/2017 Antígeno de superficie para Hepatitis B: 0.40 negativo, ac Toxoplasma IgG: menor de 0.130, Serología pts menor de 0.1, Hemoglobina: 13.4, Hematocrito: 38.6, grupo A positivo, Parcial de orina: nitritos: positivos, bacterias +++, leucocitos: 7, Urocultivo: E. coli, sensible a cefalexina, Ac VIH: 0.22 negativo; Ecografía de 08/febrero/2017 Embarazo gemelar bicorial-biamniótico, para 11 semanas 3 días, fetos vivos, tamizaje ecográfico negativo para aneuploidías.

Alto riesgo cesárea anterior en 2009, embarazo gemelar, aborto retenido en jun/16, G3C1A1V1, infección urinaria. Se solicita urocultivo post tratamiento, vacunación pendiente, curso a programar, continuar micronutrientes no POS, Asa 100 Y Calcio. Se indican signos de alarma para asistir a urgencias: sangrado, dolor intenso en hipogastrio, pérdida de líquido. Énfasis sobre la importancia de alimentación balanceada y ganancia adecuada de peso, se contestan preguntas, se resuelven dudas, se explica conducta, la paciente entiende y acepta. Se diligencia carné Clap. Se informa sobre sentencia C355 respetando derechos sexuales y reproductivos de la mujer, tomar decisiones libres y sin discriminación sobre la posibilidad de procrear o no, de regular la fecundidad y de disponer de la información y medios para ello. También implica el derecho de tener acceso a los servicios de salud reproductiva que garanticen una maternidad segura. La prevención de embarazos no deseados, la decisión libre de interrupción voluntaria del embarazo en los casos cuando se trate de producto de violación o acceso carnal, cuando existan malformaciones fetales incompatibles con la vida posnatal, y cuando el embarazo ponga en peligro la salud de la madre. La gestante ya conociendo su riesgo y el estado fetal actual decide libre y voluntariamente continuar la gestación.

- **Febrero 17 de 2017. Nutrición.**

Motivo Consulta: Consulta nutrición 1 vez gestante.

Enfermedad Actual: Gestante 12 semanas, embarazo gemelar.

Medicamentos: calcio, gestavit.

Asiste sola.

Plan de alimentación: dieta normo calórica fraccionada, se entrega y explica menú modelo y recomendaciones de alimentación saludable en el embarazo, consumo de alimentos fuente de hierro ácido fólico y calcio, consumo de comidas intermedias, no omitir comidas, aumento de fruta y verdura, se explica por cada grupo de alimentos número de comidas a

consumir en cada comida del día, se explica la importancia de una ganancia adecuada de peso, restricción de carbohidratos simples y control de complejos, control en 2 meses.

- **Marzo 13 de 2017: Ginecología.**

Control prenatal. Embarazo de 16 semanas por eco con tamizaje normal gemelar de 8 febrero= 11,3 semanas. Urocultivo postratamiento positivo E. Coli. Tolera vía oral, no síntomas urinarios, no sangrado ni flujo vaginal. No fiebre. No epigastralgia. No dolor precordial, no disnea. No vértigo. No erupciones anormales en piel, cefalea niega.

Paciente de 24 años, G3C1A1, embarazo de 16 semanas gemelar Bi/Bi, alto risk, Infección de vías urinarias n 2. Se fr Nitrocur, urocultivo, suspender coito. Se indica continuar citas de controles prenatales y todas las citas que le sean asignadas. Se avisan signos de alarma, entre otros= cefalea, visión borrosa, epigastralgia, sangrado vaginal salida de líquido por vagina, dolor abdominal. En caso de presentarse alguno de ellos acudir inmediatamente a una IPS. De la red centro de compensar. Se dan recomendaciones nutricionales relacionadas con su estado de salud. Se educa en lactancia materna y planificación postparto.

- **Abril 20 de 2017. Seguimiento por Enfermería.**

Gestante de 21.4 semanas por Fur- gemelar, que consulta a control prenatal, refiere movimientos fetales positivos de los 2 bebés niega que ha ido a urgencias durante el último mes, no toma medicamentos buen estado emocional en el momento de la consulta se indaga sobre los signos y síntomas de alarma: paciente niega cefalea, niega tinitus, niega fosfenos, niega disuria, niega leucorrea, niega sangrado vaginal, niega edema.

Valoración nutricional: sobrepeso, presento incremento de 1 kg durante el último mes del embarazo. Paciente alerta consciente orientada cabeza normocéfalo ojos no secreciones, cuello no masas, tórax y pulmones Rrs normales no disnea, senos aumento de volumen, pezones adecuados para lactancia, abdomen globoso, Au: 24 cm, percentil: 90 presentación: flotante, al momento de examen feto vivo # 1, Fcf: 145, feto vivo # 2 fcf:155 lpm tomada con doppler, genitourinario no hemorragia, no flujo extremidades no varices no edemas, osteoarticular sin alteración neurológico sin déficit, piel integra hidratada psiquiátrico sin déficit otros valoración por odontología particular valoración por nutrición ya tuvo curso psicoprofiláctico pendiente vacunas de la gestación al día.

Riesgo obstétrico: alto por sobrepeso, cesárea anterior estado nutricional: sobrepeso cuenta con red de apoyo: adecuada vive con esposo e hija embarazo de riesgo biopsicosocial según escala: bajo. Se dan órdenes para: laboratorios y eco de 2 trimestre. Se asignan citas con obstetricia y enfermería de seguimiento.

- **Abril 26 de 2017. Seguimiento de enfermería.**

Segunda sesión: alimentación saludable en la gestación (Dra. diana daza) plan manejo se explican objetivos de la alimentación durante el embarazo y la lactancia materna, se explica importancia de la misma para evitar enfermedades relacionadas con dietas inadecuadas, consecuencias de la baja y alta ganancia de peso materno, exigencias nutricionales en el desarrollo fetal, importancia del consumo de micronutrientes, fuentes alimenticias que aportan vitaminas en la gestación y lactancia, se indica evitar consumo de cigarrillo, licor, tinto, drogas psicoactivas.

Observaciones y Recomendaciones. Se toma listado de pacientes explicando que serán llamados para asignación del próximo taller psicofísico.

### **3.4 Atención ambulatoria-Idime.**

- **Abril 25 de 2017: Ecografía obstétrica.**

Embarazo gemelar con dos sacos gestacionales separados por una membrana amniótica sin lograrse visualizar signo lamda y aparentemente dos placentas independientes unidas hacia su región medial.

**FETO No.1**

Feto vivo en situación longitudinal, presentación cefálica, dorso izquierdo, ubicado hacia el flanco izquierdo de la madre. Movimientos corporales y respiratorios positivos; actividad cardíaca normal. Relaciones biométricas conservadas.

**BIOMETRIA FETAL:**

DBP : 53 mm ( 22 semanas 1 día)  
HC : 196 mm ( 21 semanas 5 días)  
CER : 22 mm ( 21 semanas 1 día)  
AC : 168 mm ( 21 semanas 5 días)  
FL : 36 mm ( 21 semanas 3 días)  
PESO : 452 g +/- 68 g.  
Relaciones biométricas : HC/AC: 1.17 FL/AC: 21.71 CI: 81.18 FL/HC: 18.63  
PLACENTA: Localización: Posterolateral izquierdo. Madurez: Grado I/III  
LIQUIDO AMNIOTICO: Normal en cantidad. Bolsillo vertical máximo de 4.1 cm.  
CORDON UMBILICAL: Inserción normal. Tres vasos.

**ANATOMIA:**

SNC: normal. Ventriculos cerebrales normales. Cerebelo de aspecto ecográfico normal con vermis presente. Atrium: 4.1 mm. Cisterna: 5.3 mm.

COLUMNA: normal en toda su extensión.

CARA: normal. Perfil facial normal. Labio superior íntegro. CUELLO: sin masas.

TORAX: normal. CORAZON: situación normal. Ritmo: normal. FCF: 158 lat/min. Imagen de cuatro cámaras: normal. Inserción y entrecruzamiento normal de los grandes vasos. Corte de tres vasos normal.

ABDOMEN: Pared: normal. Diafragma: íntegro. Cámara gástrica: normal. Hígado: normal. Riñones: normales. Vejiga: normal. Intestino: ecogenicidad normal.

EXTREMIDADES: superiores e inferiores presentes. Relación pierna/pie normal.

GENERO: Masculino.

No se demostraron malformaciones fetales mayores en el presente estudio.

**EDAD GESTACIONAL:**

POR ECO: 21 semanas 5 días +/- 1 semana 5 días FPP: 31 de Agosto de 2017.

POR FUR: 22 semanas 2 días FPP: 27 de Agosto de 2017.

POR ECO DE 11 SEMANAS: 22 semanas 2 días FPP: 27 de Agosto de 2017.

FETO VIVO

PESO FETAL ESTIMADO EN PERCENTIL 21 (HADLOCK) COMPARADO CON AMENORREA Y ECOGRAFÍA DE SEMANA 11.

FETO No.2

Feto vivo en situación longitudinal, presentación de pélvis, dorso anterior, ubicado hacia el flanco derecho de la madre. Movimientos corporales y respiratorios positivos; actividad cardiaca normal. Relaciones biométricas conservadas.

BIOMETRIA FETAL:

DBP : 49 mm ( 21 semanas 0 días)
HC : 193 mm ( 21 semanas 2 días)
CER : 22 mm ( 21 semanas 4 días)
AC : 162 mm ( 21 semanas 1 día)
FL : 36 mm ( 21 semanas 3 días)
PESO : 426 g +/- 64 g.
Relaciones biométricas : HC/AC: 1.19 FL/AC: 22.54 CI: 72.07 FL/HC: 18.98
PLACENTA: localización fundocorporal posterior. Madurez grado I/III.
LIQUIDO AMNIOTICO: Normal en cantidad. Bolsillo vertical máximo de 3.7 cm.
CORDON UMBILICAL: Inserción normal. Tres vasos.

ANATOMIA:

SNC: normal. Ventriculos cerebrales normales. Cerebelo de aspecto ecográfico normal con vermis presente. Atrium: 4.6 mm. Cisterna: 4.7 mm.
COLUMNA: normal en toda su extensión.
CARA: normal. Perfil facial normal. Labio superior íntegro. CUELLO: sin masas.
TORAX: normal. CORAZON: situación normal. Ritmo: normal. FCF: 156 lat/min. Imagen de cuatro cámaras: normal. No se logra valorar inserción y entrecruzamiento de los grandes vasos por dorso fetal. Corte de tres vasos normal.
ABDOMEN: Pared: normal. Diafragma: intacto. Cámara gástrica: normal. Hígado: normal. Riñones: normales. Vejiga: normal. Intestino: ecogenicidad normal.
EXTREMIDADES: superiores e inferiores presentes. No se logra valorar relación pierna/pie.
GENERO: Femenino.
No se demostraron malformaciones fetales mayores en el presente estudio.

EDAD GESTACIONAL:

POR ECO: 21 semanas 2 días +/- 1 semana 5 días FPP: 03 de Septiembre de 2017.
POR FUR: 22 semanas 2 días FPP: 27 de Agosto de 2017.
POR ECO DE 11 SEMANAS: 22 semanas 2 días FPP: 27 de Agosto de 2017.

FETO VIVO

PESO FETAL ESTIMADO EN PERCENTIL 11 (HADLOCK) COMPARADO CON AMENORREA Y ECOGRAFÍA DE SEMANA 11.

COMENTARIOS:

Embarazo gemelar bicorial biamniótico.
Fetos vivos con crecimiento simétrico, concordantes entre si, con edad menstrual y con ecografía de semana 11.

Ecografía obstétrica Mederi.

- Mayo 20 de 2017: Ecografía Obstétrica.

CONCLUSION: EMBARAZO INTRAUTERINO GEMELAR BICORIAL
BIAMNIOTICO DE 26 SEMANAS 3 DIAS
POR BIOMETRIA FETAL
FETOS ACORDES

SE REMITE A ADMISIONES DE MATERNIDAD.

Handwritten signature and stamp:
C. C. 2786753
Ginecología y Obstetricia
U. Militar Nueva Granada

3.5 Atención ambulatoria Compensar IPS.

- Junio 01 de 2017. Seguimiento enfermería.

Se realiza seguimiento a paciente hospitalizada en Clínica Medery por Ivu, la cual nos comenta que ya salió de la clínica el día 30/05/2017 que le mandaron cefalexina para el resto de embarazo ya con 27 semanas y acetaminofén para el dolor, la cual tiene cita con obstetricia el 2017-06-01 y en quince días nuevamente en Clínica Medery, se le recuerdan

signos de alarma para la gestante y donde acudir. Pendiente asistencia a las citas y evolución.

- **Junio 01 de 2017: Ginecología.**

Control prenatal, Embarazo de 27 semanas gemelar Bi/Bi, post-hospitalización por tercer episodio de Infección de vías urinarias, en Mederi, salió hace 2 días.

- Eco y perfil biofísico normales de 20 mayo = 26,3 semanas.

- Toma cefalexina continua.

- Prueba de tolerancia a la glucosa y VDRL normales, Hemoglobina: 11.

Tolera vía oral, no síntomas urinarios, no sangrado ni flujo vaginal. No fiebre. No epigastralgia. No dolor precordial, no disnea. No vértigo. No erupciones anormales en piel, cefalea niega movimientos fetales positivos. Trae orden de Mederi para alto riesgo.

Paciente de 24 años, Embarazo gemelar Bi/Bi de 27 semanas. Infección de vías urinarias a repetición, = alto risk, se remite alto riesgo obstétrico. Toma calcio + Gestavit. Se indica continuar citas de control prenatal y todas las citas que le sean asignadas. Se avisan signos de alarma, entre otros= cefalea, visión borrosa, epigastralgia, sangrado vaginal salida de líquido por vagina, dolor abdominal. En caso de presentarse alguno de ellos acudir inmediatamente a una IPS. De la red centro de compensar. Se dan recomendaciones nutricionales relacionadas con su estado de salud. Se educa en lactancia materna y planificación postparto.

- **Junio 22 de 2017. Seguimiento de enfermería.**

Gestante de 30.4 semanas por FUR - gemelar, que consulta a control prenatal, refiere movimientos fetales positivos refiere que en el mes de mayo estuvo hospitalizada en Mederi para manejo de Ivu durante 12 días en uci (4 días) presento alteraciones en la tensión arterial baja, realizaron transfusión sanguínea, refiere que el medico indico que debe continuar con el antibiótico (cefalexina) lo que queda del embarazo. Buen estado emocional en el momento de la consulta se indaga sobre los signos y síntomas de alarma: paciente niega cefalea, niega tinitus, niega fosfenos, niega disuria, niega leucorrea, niega sangrado vaginal, niega edema. Niega viajes a zona endémica.

Riesgo obstétrico: alto por sobrepeso estado nutricional: sobrepeso cuenta con red de apoyo: adecuada vive con esposo e hija embarazo de riesgo biopsicosocial según escala: bajo 1 se dan órdenes para: laboratorios y ecografía de 3 trimestre se explica a la gestante signos de alarma por los cuales debe consultar en un servicio de urgencias : dolor de cabeza persistente, escucha pitos, ve luces, ardor en la boca del estómago opresivo, edemas de la

semana 20 hasta 48 horas post parto, sangrados vaginales, salida de líquido diferente a orina, disminución de movimientos fetales, fiebre, brote, ardor al orinar, flujo fétido, contracciones, dificultad respiratoria se indica y anota en Clap materno red de urgencias (Clínica Mederi, Hospital San José Centro). Se fomenta lactancia materna, exclusiva, libre demanda. Se informa los riesgos fetales por el uso de sustancia psicoactivas, alcohol y cigarrillo durante el embarazo.

Grasas, harinas y azúcares, cuidados generales durante el embarazo, vestido, higiene etc. Se explica que en última cita con el obstetra en compensar eps, le van a entregar la remisión de obstetricia para parto, explicando que debe acudir a servicio de autorización donde le ofrecerán el hospital para el parto donde vía tel, o personalmente debe solicitar cita para realizar el primer control prenatal hospitalario a la semana 36. Se direcciona a educación en planificación, se indica que debe iniciar a planificar al día 40 post parto, se da orden manual para solicitar cita de asesoría en métodos anticonceptivos se indica traer al recién nacido a creciendo, pediatría, reclamar, Tsh neonatal examen de tiroides que le toman a su bebe del cordón umbilical, se indica acudir a la cita de post parto 8 días posterior al nacimiento en el sitio hospitalario. Se informa sobre sentencia c355 respetando derechos sexuales y reproductivos de la mujer, tomar decisiones libres y sin discriminación sobre la posibilidad de procrear o no, de regular la fecundidad y de disponer de la información y medios para ello. También implica el derecho de tener acceso a los servicios de salud reproductiva que garanticen una maternidad segura. La prevención de embarazos no deseados, la decisión libre de interrupción voluntaria del embarazo en los casos cuando se trate de producto de violación o acceso carnal, cuando existan malformaciones fetales, incompatibles con la vida post natal, y cuando el embarazo ponga en peligro la salud de la madre, ya tiene programada con el alto riesgo el 27/06/2017.

- **Junio 27 de 2017: Control prenatal Ginecología.**

Control prenatal Alto riesgo obstétrico por gemelar bicorial, Infección de vías urinarias en profilaxis con cefalexina 1 día, hospitalizada por Infección de vías urinarias en Mederi 12 mayo por 12 días, uci por sepsis de origen urinario, movimientos fetales positivos, asintomática para inminencia de eclampsia, no amniorrea, no sangrado, no actividad uterina.

Laboratorios: fecha 05 enero: hemoclasificación A+, prueba treponémica: no reactiva, hemograma normal, uroanálisis / negativo, urocultivo positivo E. Coli, multisensible, VIH no reactivo, Hepatitis B Antígeno superficie no reactivo, toxoplasma IgG no reactivo.

29 marzo: Urocultivo positivo E. Coli.

03 mayo: Curva tolerancia glucosa: 74-95-99, treponema: negativo, cuadro hemático: hemoglobina: 11, Hematocrito: 33.5, cuadro hemático normal.

06 junio: urocultivo: negativo.

Ecografías: Eco temprana 08 feb: 11.3 semanas, bajo riesgo de aneuploidía, bicorial biamniótico.

25 abril: 21.2 semanas bicorial, morfología normal, peso fetal 452 y 426gr.

25 mayo peso fetal 849 y 886 gr largo mayor 41 y 28mm perfil biofísico 8/8 y 8/8.

Tensión arterial: 110/70, Frecuencia Cardíaca: 88, Frecuencia Respiratoria: 16, Temperatura: 36.0, Talla: 154, Peso: 66, IMC: 27.83, Movimientos fetales: si, Edema: no, Altura uterina: 33 cm. Presentación 1: Fetocardia: positivo 128, presentación 2: Fetocardia: positivo 152.

Gestante cursando 31 semanas quien presenta gemelar bicorial, con crecimiento concordante, además Infección de vías urinarias a repetición en profilaxis cefalexina, requirió hospitalización en uci por sepsis urinaria, se identifican como factores de riesgo: gemelar, Infección de vías urinarias a repetición, cesárea anterior, riesgo sicosocial bajo (Herrera), dados los factores enunciados se identificaron riesgos para: Retraso del crecimiento intrauterino, pretérmino, preeclampsia, acretismo, (riesgo bajo por placenta no anterior baja).

Plan de intervención: atención por obstetricia alto riesgo, dieta por nutrición, se formula: calcio, sulfato ferroso, se solicita laboratorios: de tercer trimestre, eco seguimiento. Señales de alarma para consultar por urgencias: sangrado, salida de líquido por vagina, contracciones, disminución de movimientos fetales, dolor de cabeza intenso, asociado a visión de luces, pitos en los odios, dolor tipo presión en la boca del estómago, fiebre o ardor al orinar se explica con claridad riesgos e implicaciones clínicas, la paciente dice entender y aceptar se informa sobre sentencia C355 respetando derechos sexuales y reproductivos de la mujer: tomar decisiones libres y sin discriminación sobre la posibilidad de procrear o no, de regular la fecundidad y de disponer de la información y medios para ello. También implica el derecho de tener acceso a los servicios de salud reproductiva conociendo lo anterior, la paciente libre y voluntariamente decide continuar la gestación.

### 3.6 Atención ambulatoria-Idime.

- **Junio 27 de 2017: ecografía obstétrica.**

Indicación de la ecografía: Control.  
FUR: 20 de Noviembre 2016.

Embarazo gemelar con dos sacos gestacionales separados por una membrana amniótica sin lograrse visualizar signo lamda y aparentemente dos placentas independientes unidas hacia su región medial.

#### FETO No.1

Feto vivo en situación longitudinal, presentación cefálica, dorso anterior, ubicado hacia el flanco izquierdo de la madre. Movimientos corporales y respiratorios positivos; actividad cardiaca normal. Relaciones biométricas conservadas.

#### BIOMETRIA FETAL:

DBP : 73.8 mm ( 29 semanas 1 día)  
HC : 274.4 mm ( 29 semanas 0 días)  
CER : 33.3 mm ( 28 semanas 2 días)  
AC : 238.5 mm ( 27 semanas 6 días)  
FL : 54.4 mm ( 28 semanas 2 días)  
PESO : 1259 g +/- 189 g.

Relaciones biométricas : HC/AC: 1.15 FL/AC: 22.83 CI: 78.56 FL/HC: 19.84

PLACENTA: Localización: Posterolateral izquierda. Madurez: Grado I/III  
LIQUIDO AMNIOTICO: Normal en cantidad. Bolsillo vertical máximo de 3.3 cm.  
CORDON UMBILICAL: Inserción normal. Tres vasos.

#### ANATOMIA:

SNC: normal. Ventriculos cerebrales normales. Cerebelo de aspecto ecográfico normal con vermis presente. Atrium: 4.4 mm. Cisterna: 4.8 mm.

COLUMNA: normal en toda su extensión.

CARA: normal. Perfil facial normal. Labio superior íntegro. CUELLO: sin masas.

TORAX: normal. CORAZON: situación normal. Ritmo: normal. FCF: 144 lat/min. Imagen de cuatro cámaras: normal. Inserción y entrecruzamiento normal de los grandes vasos. Corte de tres vasos normal.

ABDOMEN: Pared: normal. Diafragma: intacto. Cámara gástrica: normal. Hígado: normal. Riñones: normales. Vejiga: normal. Intestino: ecogenicidad normal.

EXTREMIDADES: superiores e inferiores presentes. Relación pierna/pie normal.

GENERO: Masculino.

No se demostraron malformaciones fetales mayores en el presente estudio.

#### EDAD GESTACIONAL:

POR ECO: 28 semanas 4 días +/- 2 semanas 2 días FPP: 15 de Septiembre 2017.  
POR FUR: 31 semanas 2 días FPP: 27 de Agosto 2017.  
POR ECO DE 11 SEMANAS: 31 semanas 3 días FPP: 27 de Agosto 2017.

#### FETO VIVO

PESO FETAL ESTIMADO POR DEBAJO PERCENTIL 3 (HADLOCK) COMPARADO CON AMENORREA Y ECOGRAFÍA DE SEMANA 11.

SOSPECHA DE RCIU SIMETRICO.

#### FETO No.2

Feto vivo en situación longitudinal, presentación de pelvis, dorso anterior, ubicado hacia el flanco derecho de la madre. Movimientos corporales y respiratorios positivos; actividad cardiaca normal. Relaciones biométricas conservadas.

#### BIOMETRIA FETAL:

DBP : 73.8 mm ( 29 semanas 1 día)  
HC : 282.2 mm ( 29 semanas 6 días)  
CER : 37.7 mm ( 30 semanas 2 días)  
AC : 245.5 mm ( 28 semanas 2 días)  
FL : 57.7 mm ( 29 semanas 5 días)  
PESO : 1384 g +/- 208 g.

Relaciones biométricas : HC/AC: 1.16 FL/AC: 23.79 CI: 76.32 FL/HC: 20.44

PLACENTA: Localización: Fundocorporal posterior. Madurez: Grado I/III  
LIQUIDO AMNIOTICO: Normal en cantidad. Bolsillo vertical máximo de 5.3 cm.  
CORDON UMBILICAL: Inserción normal. Tres vasos.  
ANATOMIA:  
SNC: normal. Ventriculos cerebrales normales. Cerebelo de aspecto ecográfico normal con vermis presente. Atrium: 5.8 mm. Cisterna: 4.8 mm.  
COLUMNA: normal en toda su extensión.  
CARA: normal. Perfil facial normal. Labio superior integro. CUELLO: sin masas.  
TORAX: normal. CORAZON: situación normal. Ritmo: normal. FCF: 146 lat/min. Imagen de cuatro cámaras: normal. No se logra valorar inserción y entrecruzamiento de los grandes vasos ni corte de tres vasos.  
ABDOMEN: Pared: normal. Diafragma: intacto. Cámara gástrica: normal. Hígado: normal. Ríñones: normales. Vejiga: normal. Intestino: ecogenicidad normal.  
EXTREMIDADES: superiores e inferiores presentes. No se logra valorar relación pierna/pie.  
GENERO: Femenino.  
No se demostraron malformaciones fetales mayores en el presente estudio.

EDAD GESTACIONAL:

POR ECO: 29 semanas 2 días +/- 2 semanas 2 días	FPP: 10 de Septiembre 2017.
POR FUR: 31 semanas 2 días	FPP: 27 de Agosto 2017
POR ECO DE 11 SEMANAS: 31 semanas 3 días	FPP: 27 de Agosto 2017.

FETO VIVO

PESO FETAL ESTIMADO EN PERCENTIL 3 (HADLOCK) COMPARADO CON AMENORREA Y ECOGRAFÍA DE SEMANA 11.  
SOSPECHA DE RCIU SIMETRICO.

COMENTARIOS:

Embarazo gemelar bicorial biamniótico.  
Fetos vivos con crecimiento simétrico, concordante entre si.  
Sospecha de RCIU para ambos fetos.

### **3.7 Atención ambulatoria Compensar IPS.**

- **Julio 18 de 2019: Consulta Nutrición.**

Paciente con embarazo gemelar de aprox. 34 semanas se entregan recomendaciones nutricionales. Plan alimentario hiperproteico normo calórico fraccionado, consumo diario de frutas y verduras. Se dan indicaciones de alimentos fuentes de hierro. Se explica sobre la importancia de una alimentación balanceada en el embarazo y la ganancia adecuada de peso. Se dan indicaciones nutricionales para la etapa de lactancia.

- **Julio 25 de 2017: Control prenatal ginecología.**

Control prenatal Alto Riesgo Obstétrico por gemelar bicorial, Infección de vías urinarias a repetición, requirió uci por sepsis urinaria, movimientos fetales positivos, no amniorrea, no sangrado, no actividad uterina, asintomática para inminencia de eclampsia.

Cuadro hemático: Hemoglobina: 11.6, Hematocrito: 35.1, Treponema: negativo, Toxoplasma: negativo, VIH: negativo.

Eco del 27 jun: con 29.2sem, peso fetal 1: 1259gr, 2: 1348gr, lago mayor 33mm y 53mm morfología normal, crecimiento sobre percentil 10 para gemelar.

Tensión arterial: 110 / 72, Frecuencia Cardíaca: 80, Frecuencia Respiratoria: 18, Temperatura: 37,0 Talla: 152, Peso: 70, IMC: 30.30, movimientos fetales: si, edema: no altura uterina: 37. Presentación 1: Fetocardia: positivo 148, presentación 2: Fetocardia: positivo 132.

Gestante cursando 35 semanas quien presenta gemelar bicorial con crecimiento simétrico concordante, en profilaxis antibiótica para Infección de vías urinarias por recurrencia, resto de clínica y paraclínicos normales.

Plan de intervención: remisión atención del parto, cultivo vr Estreptococo B, control IPS del parto, señales de alarma para consultar por urgencias: sangrado, salida de líquido por vagina, contracciones, disminución de movimientos fetales, dolor de cabeza intenso, asociado a visión de luces, pitos en los odios, dolor tipo presión en la boca del estómago, fiebre o ardor al orinar se explica con claridad riesgos e implicaciones clínicas, la paciente dice entender y aceptar.

### **3.8 Atención hospitalaria Hospital Universitario San José Centro.**

- **Agosto 06 de 2017, 21:42 horas: Ginecología – Triage.**

Mc: Embarazo gemelar de 37 semanas + refiere contracciones.

Tensión arterial: 140/73, Frecuencia cardiaca: 113, Frecuencia respiratoria: 19, Temperatura: 37º, Saturación O2: 96%, escala del dolor manifiesto 6, Peso: 67 kg, Talla: 153 cm.

Ingresa paciente a urgencias ginecológicas, se realiza apertura de Triage con datos iniciales de urgencias y registro de signos vitales. Fetocardia gemelo derecha: 127, gemelo izquierda: 137. Pendiente nueva valoración.

- **Agosto 06 de 2017, 21:45 horas: Ginecología urgencias.**

Tengo contracciones. G2P1C1 (por podálico). Fecha Ultima Regla: 20/11/2016. Fecha Ultimo Parto: 16/06/2009. Hemoclasificación A+, pareja O+.

Paciente de 24 años G2P1V1C1 cursando con embarazo de 37 semanas en seguimiento por Alto riesgo obstétrico por gemelar, asiste a nuestro servicio por cuadro de 12 horas de dolor tipo cólico de forma intermitente cada 3 minutos de 1 minutos de duración, niega sangrado, niega amniorrea, reflujo, flujo no pruriginoso no fétido, niega síntomas de vasoespasmo, niega síntomas urinarios, niega otra sintomatología.

Ecografías:

08/02/2017: Embarazo de 11.3 semanas. A hoy 37 semanas, riesgo de aneuploidías bajo

25/04/2017: Embarazo de 21.2 semanas, a hoy 36 semanas

20/05/2017: Embarazo de 26.3 semanas, a hoy 37.4 semanas

27/06/2017: Embarazo de 29.2 semanas, a hoy 35 semanas gemelar, bicorial, biamniótica, feto 1 vivo cefálico longitudinal, dorso anterior en flanco izquierdo de la madre. Placenta

postero lateral izquierda grado I, ILA normal en cantidad. Feto 2 vivo presentación de pelvis, dorso anterior ubicado hacia flanco derecho. Placenta fundo corporal posterior grado I, ILA normal en cantidad, normal, Peso Fetal 1: 1.259, P<3, Peso Fetal 2: 1.384, P3.

\*\*\*\*\*LABORATORIOS

05/01/2017 AGS HB NEGATIVO TOXO IGG NEGATIVO SEROLOGIA NEGATIVA CH HB 13.4 HTC 38.6 PLQ 249 HEMOCLOA + UROANALISIS SUGESTIVO DE INFECCION TRATADO CON CEFALEXINA UROCULTIVO E COLI MAS DE 100.000 UFC MULTISENSIBLE  
21/01/2017 UROCULTIVO E COLI MAS DE 100.000 UFC MULTISENSIBLE  
29/03/2017 UROCULTIVO E COLI MAS DE 100.000 UFC MULTISENSIBLE  
03/05/2017 CURVA DE GLUCOSA 74.7 95 99.6 SEROLOGIA NEGATIVA HB 11 HTC 33.5  
06/06/2017 CH HB 10.9 HTC 33.2 PLQ 279 UROCULTIVO NEGATIVO A LAS 24 HORASPOSTRATAMIENTO  
12/07/2017 TOXO IGM NEGATIVO VDRL NEGATIVO CH LEU 6.11 HB11.6 HTC 35.1 PLQ 198 VIH NEGATIVO  
27/07/2017 GRAM DE FLUJO VAGINAL VAGINITIS POR CANDIDA SIN MANEJO CRV POSITIVO PARA S. AGALACTIAE

Antecedentes: patológicos: niega. Quirúrgicos: cesárea 2009 por podálico. Alérgicos: niega. Farmacológicos: micronutrientes, cefalexina 500 cada 24 horas en las noches. Familiares: niega. Tóxicos: niega. Hospitalizaciones: por quirúrgicos. Transfusiones: 1 paquete de glóbulos rojos en mayo del 2017. Gineco obstétricos: G2P1A0C1E0V1

Signos vitales: Tensión Arterial: 130/80, Frecuencia Cardíaca: 113, Frecuencia Respiratoria: 19, Temperatura: 37º, SATO2 97%, Glasgow 15/15, Talla: 153, Peso: 67, IMC: 28.62, Fetocardia: 127/137, Altura uterina: 35.

Examen físico: alerta, neurologicos sin deficit, torax simetrico, normoexpandible, cardiopulmonar Ruidos cardiacos ritmicos, Ruidos respiratorios sin sobreagregados, abdomen: globoso por utero gravido, altura uterina 35 cm, gravido, fetocardia audible por la madre por barrido ecografico fetocardia 1: 126, fetocardia 2: 132. Genitourinario: tacto vaginal: Borramiento 90%, Dilatación: 3, Estación -1, sin amniorrea, sin sangrado, leucorrea escasa no fetida. Extremidades: sin edemas, simetricas.

Paciente de 24 años G2P1C1V1 con embarazo gemelar bicorial biamniotico de 37 semanas, quien en el momento cursa con actividad uterina irregular y al cambios cervicales al examen físico. Dado lo anterior se decide hospitalizar para realizacion de cesarea, se solicita autorizacion para Cesarea con Pomeroy, serologia, monitoria fetal, oxitocina, liquidos, partograma, consentimiento informado firmado, valoracion por anestesia, se explica a la paciente quien refiere entender y aceptar.

- Agosto 06 de 2017, 23:05 horas: ginecología.

MEDICO: <i>Pro Kestepo</i>	HORA: <i>23:05</i>	EDAD: <i>24 años</i>
MOTIVO DE CONSULTA: <i>Tengo contracciones?</i>	ULTIMO PARTO: <i>16/06/2009</i>	
ANTECEDENTES PATOLOGICOS: <i>Nieyo</i>		
ANTECEDENTES QUIRURGICOS: <i>Cesares por Podalico en 2009</i>		
GO: M: <i>3x5</i> CICLOS: <i>4 años</i> G: <i>2</i> P: <i>1</i> A: <i>0</i> M: <i>0</i> E: <i>0</i> V: <i>1</i> C: <i>1</i>		
CESAREAS INDICACIONES: <i>Embarazo gemelar BIBI</i>		
PARTOS VAGINALES POST CESAREAS: <i>No aplica</i>	PLANIFICACIÓN: <i>Ninguna</i>	
HEMOCLASIFICACIÓN: <i>A+</i>	ESPOSOS: <i>0</i>	VDRL: <i>MR 12/07/2017</i>
TOXOPLASMA: <i>Toxo IgG (-) Toxo IgM (-) 12/07/2017 (VIT) (-) 12/07/2017</i>		
ESTADO GENERAL: <i>Buen Estado</i>	TA: <i>130/80</i>	FC: <i>98</i> FR: <i>19</i> PESO: <i>67</i> T: <i>36.3</i>
FURN: <i>22/1/2016</i>	FCF: <i>127/137</i>	EDAD GESTACIONAL: <i>37</i> AU: <i>35</i>
TV: B: <i>90%</i> D: <i>3</i> E: <i>-1</i>	PRESTACIÓN: <i>Cefalico / Podalico</i>	
MEMBRANAS: I: <input checked="" type="checkbox"/> R: <input type="checkbox"/>	HORA: <i>—</i>	LIQUIDO: <i>—</i>
RIESGO OBSTETRICO: <i>Alto por gemelar BI-BI</i>		

ECOGRAFIAS: *08/02/17 Gem 11.3 ss huj 37 ss 25/04/17 Gem 21, 25 ss huj 36 ss 20/05/17 26.3 ss huj 37.4 ss 27/06/17 Gem 29.2 ss huj 35.5 ss Biconial Biamniotico Barrido ecografico Feto 1 vno cefalico dorso anterior flanco izquierdo I/A normal Feto 2 podalico dorso anterior en flanco derecho I/A normal PEF 2300 PEF 22600*



**SOCIEDAD DE CIRUGIA DE DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE**  
**MANIFESTACION DE CONSENTIMIENTO PARA LA PRACTICA**  
**DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS, ANESTESIA,**  
**METODOS DIAGNOSTICOS O TERAPEUTICOS**  
 (OTROGADO EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY 23 DE 1981)

COD. AH-FO-06

NOMBRE	<i>Diana Carolina Osorio Orozco</i>	DOC. IDENTIDAD	<i>1016051970</i>
FECHA NACIMIENTO	<i>03/12/92</i>	No. CARPETA	<i>05010 010240</i>
		FECHA	<i>06/08/2012</i>
		HORA	<i>23:14</i>

Actuando en nombre propio o en mi calidad de \_\_\_\_\_ Del Paciente \_\_\_\_\_

1.- Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al HOSPITAL SAN JOSE, para que con el concurso de su personal médico y paramédico aplique los métodos diagnósticos y los tratamientos médicos y quirúrgicos que a continuación se describen:

*Cesarea + PNFACU*

2.- Autorizo la práctica de los procedimientos adicionales que se hagan necesarios derivados de los hallazgos quirúrgicos o de situaciones imprevisibles que se presenten durante la intervención.

3.- El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previa la información que se me ha dado en forma personal por los médicos, sobre mis condiciones clínico patológicas, la naturaleza necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias y alternativas de la intervención que requiero. Se me ha enterado de la disposición del médico para ampliar la información que desee y la posibilidad que tengo de revocar el presente consentimiento.

4.- Se me ha informado en un lenguaje sencillo, los riesgos, efectos secundarios y molestias concomitantes con la intervención y en especial los siguientes que para constancia se consignan así:

*Infección, Sangrado, Lesión órgano vecino, lesión vascular, H/O nervios, Realización histerectomía, requerimiento de UCI y/o transfusión, Lesión fetal, Muerte fetal y/o Materna*

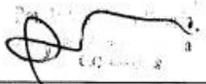
5.- Igualmente otorgo mi consentimiento para que se aplique anestesia por parte de un médico anesestesiólogo del hospital y autorizo a aquel a utilizar el tipo de anestesia que considere más aconsejable. Me han sido explicados satisfactoriamente y advertidos los riesgos generales y personalizados que conlleva la aplicación de anestesia y en especial los siguientes:

6.- Declaro que conozco que la actividad médica no puede garantizar los resultados teniendo en cuenta los múltiples factores que inciden en la recuperación de la salud.

7.- Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias, por parte del médico, con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

*Diana Carolina Osorio Orozco* c.c. *1016051970*

Certifico que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención quirúrgica o procedimiento especial y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente, comprende completamente lo que he explicado.

 R. M. \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Médico Tratante

Nombre y firma del Médico Anesestesiólogo

- Agosto 07 de 2017, 00:18 horas: ginecología.

Paciente de 23 años G2P1C1 con diagnóstico: 1. Embarazo de 37 semanas BI/BI. 2. Trabajo de parto en fase latente. 3. Cesárea previa. 4. Paridad satisfecha.

Paciente refiere dolor tipo contracción, una en 10 minutos de intensidad variable, movimientos **fetales de ambos fetos**, niega pérdidas vaginales, no sintomatología de vasoespasmo.

Al examen físico alerta, orientada, hidratada, buen estado general. Signos Vitales: Tensión arterial: 100/70, Frecuencia cardiaca: 80, frecuencia respiratoria: 16, SatO2 92%. Cabeza Cuello: mucosa oral húmeda. Cardiopulmonar: normal. Abdomen globoso por útero grávido, fetocardia, feto 1: 145, feto 2: 140. Genito-urinario: se omite. Extremidades: no edemas. Neurológico: sin déficit aparente.

Paciente con embarazo gemelar, bicorial, biamniótico, de 37 semanas en trabajo de parto fase latente, estable clínica y hemodinámicamente, vitalidad de ambos fetos presentes. Se ingresa a sala de parto, se prepara paciente para realización de Cesárea + Pomeroy.

- Agosto 07 de 2017, 00:30 horas: ginecología.

Nst reactiva LB 150, feto 1, dorso derecho categoría I.

- Agosto 07 de 2017, 00:57 horas: ginecología.

Nota de parto operatoria:

Feto 1: meconio grado I. feto 2: meconio grado III. Desfacelacion, acabalgamiento de sutura craneal, hipotónico, placenta pequeña, orina clara, útero tónico.

NOTA DE PARTO OPERATORIA							
Fecha:	2017/08/07.		Hora:	00:57 00+58		Presentación:	Cephalo 2.
Espontáneo:	Si:	No:	x	Espátulas	SI	Cesárea:	SI pedículo 2.
Indicación:	Gemelar						
Anestesia:	Rajonesal				Complicaciones:	NO	
Episiotomía:	NO		Desgarro:	NO		Recisión Uterina:	SI
Alumbramiento:	Completo - Activo				Sangrado:	SBOCC	
Anomalías de la Placenta:					Anomalías del Cordón		
Esterilización Tubarica:	SI.						
Médico:	Dra. Restrepo				Ayudante:	Dra. Cortes	
Anestesiólogo:	Dra. Ramirez					Dr. Meke	
RECIE NACIDO							
Sexo:	cm. - mes.	Talla:	46 - 47	Peso:	2585 - 1740	Termino:	Si: x No:
APGAR 1'	8 - 0		APGAR 5'	9 - 0		APGAR 10'	9 - 0
Feto Vivo:	SI - NO		Feto Muerto:	NO - SI		Circular del Cordón:	NO - NO
Observaciones:	feto 1: meconio grado I. feto 2: meconio grado III, Desfacelacion, acabalgamiento sutura craneal, hipotónico, placenta pequeña, orina clara, útero tónico.						
Médico Encargado				Firma y Sello			

01+57	femenino	2585	x46
01+58	masculino	1740	9' x47
8-9-9-	0-0-0.		

- Agosto 07 de 2017, 01:50 horas: ginecología.

Procedimientos: cesárea – ligadura de trompas de Falopio (cirugía de Pomeroy).

Hallazgos:

A LAS 00+57 HORAS SE RECIBE RECIEN NACIDO VIVO FEMENINO PESO:2585 GR TALLA: 46 CM, APGAR: 8\*9\*9, PLACENTA COMPLETA, LIQUIDO AMNIOTICO MECONIO GRADO I EN PRESENTACION PODALIDA, A LAS 00+58 HORAS SE RECIBE RECIEN NACIDO VIVO MASCULINO EN PRESENTACION CEFALICA HIPOTONICO CON DESFACELACION EN EXTREMIDADES, ACABALGAMIENTO DE SUTURAS DEL CRANEO, CORDON UMBILICAL NO PULSATIL CON SANGRE COAGULADA. PESO:1740 GR TALLA: 47 CM, APGAR: 0\*0\*0, PLACENTA COMPLETA, LIQUIDO AMNIOTICO MECONIO GRADO III. CAVIDAD EUTERMICA, UTERO TONICO AL FINALIZAR. SANGRADO ESTIMADO 400 CC. TROMPAS UTERINAS Y OVARIOS NORMALES

Descripción quirúrgica:

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA , CATETERISMO VESICAL Y COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS SE REALIZA : 1. INCISION TRANSVERSA SUPRAPUBICADE LAPAROTOMIA TIPO PFANENNSTIEL. 2. DISECCION HEMOSTATICA POR PLANOS HASTA CAVIDAD. 3. HISTEROTOMIA ARCIFORME SEGMENTARIA TIPO KERR 4. EXTRACCION RECIEN NACIDO 1 EN PRESNETACION PODALICA , ESTIMULACION CON COMPRESA ESTERIL, TRIPLE PINZAMIENTO CORDON Y ENTREGA A PEDIATRIA, EXTRACCION RECIEN NACIDO EN PRESNETACION CEFALICA ,TRIPLE PINZAMIENTO CORDON Y ENTREGA A PEDIATRIA 5. ALUMBRAMIENTO MANUAL Y REVISION DE CAVIDAD UTERINA MANUAL Y CON COMPRESA 5. 6. HISTERORRAFIA EN 2 PLANOS CRUZADO CONTINUO E INVAGINANTE , CROMADO 1 , PERITONIZACION VISCERAL 7. REVISION, VERIFICACION HEMOSTASIA , LIMPIEZA DE CAVIDAD 8. CIERRE POR PLANOS ASI: AFRONTAMIENTO DE MUSCULO CON CROMADO 2-0, CIERRE FASCIA VICRYL 1 , PIEL SUTURA INTRADERMICA PROLENE 2 9. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES 10. UTERO TONICO Y ORINA CLARA AL FINALIZAR A LAS 00+57 HORAS SE RECIBE RECIEN NACIDO VIVO FEMENINO PESO:2585 GR TALLA: 46 CM, APGAR: 8\*9\*9, PLACENTA COMPLETA, LIQUIDO AMNIOTICO MECONIO GRADO I EN PRESENTACION PODALIDA, A LAS 00+58 HORAS SE RECIBE RECIEN NACIDO VIVO MASCULINO EN PRESENTACION CEFALICA HIPOTONICO CON DESFACELACION EN EXTREMIDADES, ACABALGAMIENTO DE SUTURAS DEL CRANEO, CORDON UMBILICAL NO PULSATIL CON SANGRE COAGULADA. PESO:1740 GR TALLA: 47 CM, APGAR: 0\*0\*0, PLACENTA COMPLETA, LIQUIDO AMNIOTICO MECONIO GRADO III. CAVIDAD EUTERMICA, UTERO TONICO AL FINALIZAR. SANGRADO ESTIMADO 400 CC. TROMPAS UTERINAS Y OVARIOS NORMALES PLAN: TRASLADAR A RECUPERACION OXITOCINA 10UI + 500CC LR A PASAR 100CC/HR TRAMADOL IV CADA8 HORAS METOCLOPRAMIDA IV CADA 8 HORAS DICLOFENACO IM CADA 12 HORAS ACETAMINOFEN 1GR VO CADA 6 HORAS VIGILAR SANGRADO VAGINAL Y TONO UTERINO CUIDADOS DE HERIDA QUIRURGICA CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS

- Agosto 07 de 2017, 01:57 horas: pediatría.

Examen del recién nacido gemelo 1: no reanimación, pinzamiento inmediato, buen estado general.

Diagnóstico: Recién Nacido a Terminio, Peso Adecuado para Edad Gestacional, Retraso Crecimiento Intrauterino asimétrico.

Plan: alojamiento conjunto, lactancia materna, se solicita/ Tsh, Hemoclasificación, vacunación recién nacido, control signos vitales -avisar cambios.

- **Agosto 07 de 2017, 01:57 horas: pediatría.**

Diagnósticos: 1. Recién nacido a término (38 semanas por Ballard). 2. Peso adecuado para la edad gestacional. 3. Binomio A+. 4. Storch negativo. 5. Parto por cesárea (gemelar).

Recién nacido con diagnósticos anotados, en adecuada evolución clínica, alerta, afebril, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, sin signos de dificultad respiratoria, tolerando vía oral, sin déficit neurológico. Sin incompatibilidad. Storch negativo. Se decide dar egreso con la madre con recomendaciones y signos de alarma. Se explican verbales y escritas. Se solicita perfil de ictericia y según esto se decidirá manejo clínico. Pendiente reporte perfil de ictericia.

- **Agosto 07 de 2017, 07:38 horas: ginecología.**

Nota 2 horas postparto 2+30: paciente de 24 años G2P2C2V2 con diagnóstico:

1. Posoperatorio de Cesárea + Pomeroy, embarazo gemelar (1 feto obitado) 00+57 – 00+58.
2. Puerperio inmediato.

Paciente en el momento clínicamente estable, tolerando dolor, no otro síntoma acompañante.

Paciente con diagnósticos anotados, en el momento clínicamente estable, normotensa, asintomática para vasoespasmo con adecuada tolerancia del dolor, útero tónico, loquios escasos, dado a muerte fetal in útero de 1 de los gemelos y revisando historia clínica en ultimo control ecográfico con sospecha de Retraso de crecimiento intrauterino en ambos fetos se decidió solicitar perfil de severidad e inicio de recolección de proteinuria. Valoración por trabajo social y psiquiatría.

- **Agosto 07 de 2017, 07:47 horas: ginecología.**

Pediatra de turno recomienda que dado los hallazgos de feto obitado, desfacelacion, suturas acabalgadas, micrognatia, fisuras a nivel de paladar y edema en región occipital sea enviado feto para estudio anatomopatológico. Se explica a familiar (esposo y mama de la paciente) y paciente quienes aceptan procedimiento.

- **Agosto 07 de 2017, 12:43 horas: trabajo social.**

Se realiza valoración social con paciente quien se observa tranquila, brinda datos sociodemográficos, refiere vive en Fontibón, en apartamento en arriendo. Paciente con ocupación empleada como esteticista. Paciente pertenece a familia nuclear confirmada por la misma, pareja sentimental Fabian Arley Serrato de 27 años, ocupación empleado e hija Sofía Serrato Osorio de 8 años ocupación estudiante.

Paciente refiere controles prenatales, por lo que indica que en estos le informaron que él bebe pesaba menos que su hermano, niega complicaciones, es por ello por lo que decidieron realizar estudios para entender que pudo suceder. India esquema de vacunación al día y demás procesos pertinentes.

Se educa, orienta y sensibiliza frente a derechos reproductivos, criterios de maltrato y violencia sexual, hábitos de vida saludable, oportunidad en asistencia frente a recomendaciones y proyecto de vida. Se realiza consejería individual y apoyo emocional. Se hace énfasis en la búsqueda de herramientas que apoyen a la resiliencia frente a la situación actual. Refiere entender, aunque expresa que ella y su esposo están tranquilos y comprenden la situación. No se evidencian factores de riesgo a nivel psicosocial, se cierra interconsulta.

- **Agosto 08 de 2017, 06:20 horas: ginecología.**

Paciente de 24 años con diagnósticos: 1. Posoperatorio cesárea por embarazo gemelar 00+57/00+58. 2. Puerperio mediato. 3. G2P2C2V2.

Paciente refiere sentirse bien, leve dolor en sitio quirúrgico, escasos loquios sanguinolentos, no síntomas de vasoespasmo, no nauseas, no emesis, no otros síntomas. Tolerando vía oral, deambulación y diuresis adecuada.

Paciente con adecuada evolución de post operatorio, hemodinámicamente estable, normotensa, sin dependencia de hipotensor, asintomática para vasoespasmo, con adecuado control del dolor, sin signos de abdomen agudo, sin signos de sangrado genital activo, se indica salida con fórmula médica, licencia de maternidad, control post parto, recomendaciones generales y signos de alarma, se explica a paciente, se resuelven dudas, refiere entender y aceptar.

SALIDA

ACETAMINOFEN 1GR VO CADA 6 HORAS POR 5 DIAS

IBUPROFENO 400MG VO CADA 8 HORAS POR 5 DIAS

CONTROL POST PARTO EN 10 DIAS

LICENCIA DE MATERNIDAD POR 98 DIAS

RECOMENDACIONES GENERALES

SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTA DE INMEDIATO: DOLOR PELVICO INTENSO O PERSISTENTE, SANGRADO VAGINAL ABUNDANTE O DE MAL OLOR, DEHISCENCIA (PUNTOS ABIERTOS), SANGRADO O SECRECION DE HERIDA QUIRURGICA, DOLOR DE CABEZA INTENSO, LUCES O PITOS EN LOS OIDOS, EDEMAS GENERALIZADOS, MAREO INTENSO, CONGESTION O DOLOR MAMARIO PERSISTENTE, FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, MAL ESTADO GENERAL, ARDOR O DIFICULTAD PARA ORINAR.

- **Agosto 08 de 2017, 10:58 horas: psiquiatría.**

Duelo por óbito fetal a término.

PACIENTE NATURAL DE BOGOTA, CONVIVE CON SU ESPOSO ( FABIAN SERRATO) Y SU HIJA DE 8 AÑOS DE EDAD, OCUPACION ESTETICISTA, PACIENTE CONCIENTE ALERTA Y ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS NIEGA IDEAS DE MUERTE SUICIDIO O FILICIDIO, MANIFIESTA "ME SIENTO BIEN Y SE QUE FUE LA VOLUNTAD DE DIOS" PACIENTE EN QUIEN SE EVIDENCIA AFECTO CONTENIDO DE FONDO BAJO TONO Y CONTIENE LLANTO DURANTE TODA LA VALORACION, POBRE INTRSOPECCION JUICIO DE LA REALIDAD DEBILITADO EMBARAZO CON CONTROLES PRENATALES EN LOS CUÁLES NUNCA SE ENCONTRO ANORMALIDADES DEL PRODUCTO, SE REALIZA PSICOTERAPIA CON LA PACIENTE Y ESPOSO PARA MANEJO DEL DUELO SE BRINDA ASESORIA SOBRE SIGNOS DE ALARMA POR RIESGO DE DPRESION POS PARTO SE CIERRA IC

Paciente en duelo por óbito fetal, no se encuentra elementos psicopatológicos que impidan la convivencia en conjunto con recién nacido, se realiza intervención para manejo de duelo, se brinda asesoría sobre signos de alarma por riesgo de depresión postparto, no se encuentran factores de riesgo, se cierra interconsulta.

- **Agosto 08 de 2017, 15:45 horas: Pediatría.**

Recién nacido a término con adecuada adaptación a la vida extrauterina, en buen estado general, alerta, hidratada, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, afebril, tolera vía oral con adecuado patrón de succión, no clínica de hipoglicemia, diuresis y deposición positivas, con tinte ictérico Kramer II/III, se solicitó perfil de ictericia con bilirrubinas para edad sin indicación de fototerapia, se indica control en 48 horas y sol terapia, se da egreso a neonato por servicio de pediatría. Paciente en compañía de madre, pendiente egreso de esta, se indica continuar sol terapia. Madre entiende y acepta.

- **Informe de autopsia: feto 1: 09/08/2017**

## II. DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLÓGICOS DEFINITIVOS

1. FETO NUMERO 1 OBITADO DE 37 SEMANAS POR ANTROPOMETRÍA SIN MALFORMACIONES CONGÉNITAS APARENTES
2. TIEMPO ESTIMADO DE MUERTE IN ÚTERO MAYOR A 24 HORAS.
3. HISTORIA CLINICA DE EMBARAZO GEMELAR.
4. PLACENTA BICORIAL BIAMNIÓTICA DEL TERCER TRIMESTRE SI HALLAZGOS HISTOLÓGICOS DE IMPORTANCIA.
5. CORDÓN Y MEMBRANAS ESENCIALMENTE NORMALES.

### **3.9 Atención ambulatoria Hospital Universitario San José Centro.**

- **Agosto 17 de 2017: ginecología.**

Paciente de 24 años con diagnóstico de:

1. Puerperio temprano.
2. Parto por cesárea + Pomeroy, por gemelar 07 de agosto de 2017.
3. G2P2V2 (gemelar – feto 1 obitado).

Refiere sentirse bien, dolor en sitio operatorio controlado, lactancia materna normal, niega fiebre, sangrado genital escaso, niega sintomatología de vasoespasmo. No síntomas depresivos.

Paciente de 24 años en puerperio temprano de parto por Cesárea + Pomeroy, por gemelar con adecuada evolución puerperal, estable clínica y hemodinámicamente sin signos, herida quirúrgica en buen estado, sin hallazgos sugestivos de infección, al examen físico adecuada evolución uterina. Se da de alta por el servicio. Pendiente reclamar reporte de patología. Se dan recomendaciones claras para consultar.

### **3.10 Atención ambulatoria Compensar Ips.**

- **Septiembre 04 de 2017: ginecología.**

Control post Cesárea gemelar más Pomeroy del 7 de agosto en H. San José. Gemelo 1 Recién nacido sano femenino de 2585 gr, sana, otro gemelo niño, óbito ante parto no sabe la causa, hubo necropsia, pendiente patología. - asintomática, no fiebre. Lactancia normal.

Paciente de 24 años, hoy control post Cesárea + Pomeroy normal. Se explica diagnóstico, se informan signos de alarma para acudir a una IPS por urgencias. Se educa en estilo de vida saludable.

#### IV. CONCEPTOS Y EVIDENCIA CIENTÍFICA.

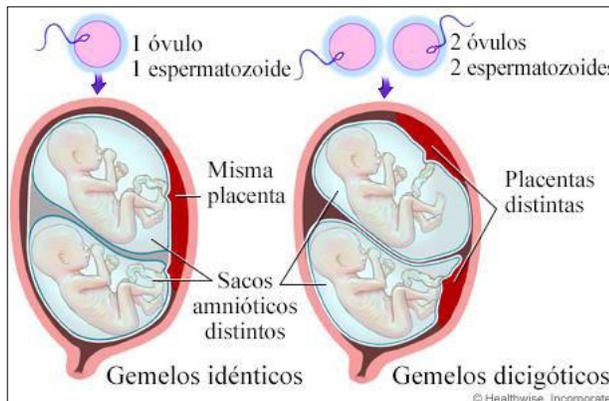
##### ▪ Embarazo gemelar.

La prevalencia de la gestación gemelar espontánea es aproximadamente del 1-2%. Es más frecuente en multíparas y en las últimas décadas en los países desarrollados ha aumentado a un 3-4%, debido al incremento de la edad materna por el retraso electivo en la maternidad y a las técnicas de reproducción asistida.

Las **gestaciones gemelares**, comparadas con las únicas, presentan mayor riesgo de complicaciones: **abortos, defectos congénitos, amenaza de parto prematuro, parto pretérmino (PP), crecimiento intrauterino restringido (CIR), parálisis cerebral y mortalidad perinatal**. También existe mayor incidencia de complicaciones maternas: trastornos hipertensivos, diabetes gestacional, parto operatorio y hemorragia posparto. La corionicidad es un factor determinante del resultado perinatal y, por tanto, condiciona el control de la gestación.

Así, la gestación gemelar se puede clasificar por su cigosidad y corionicidad: Gemelares bicigóticos (BZ) (2/3 de las gestaciones gemelares espontáneas): se producen por la fertilización de 2 ovocitos por 2 espermatozoides. Son genéticamente diferentes y el 100% son bicoriales biamnióticos (BCBA).

Gemelares monocigóticos (MZ) (1/3 de las gestaciones gemelares espontáneas): se producen por la fertilización de un solo ovocito por un



espermatozoide, que se divide después de la fecundación. Estos gemelos son casi siempre idénticos genéticamente, aunque esporádicamente puede haber mutaciones que dan lugar a una discordancia genética. El momento exacto de la división del cigoto condiciona diferentes grupos en cuanto a la corionicidad y la amnionicidad.

##### ▪ Diagnóstico ecográfico de corionicidad.

No se debe hablar de gemelaridad como un todo sin especificar la corionicidad, ya que las gestaciones BC (bicoriales) y MC (monocoriales) representan entidades clínicas diferentes en las que, no solo el resultado perinatal va a ser distinto, sino que va a condicionar el asesoramiento genético, la técnica de cribado, el procedimiento invasivo de diagnóstico

prenatal y la conducta ante un resultado anómalo. El momento ideal para determinar la corionicidad es el primer trimestre de la gestación.

Gestación  $\leq 14$  semanas: La datación de la gestación gemelar se hará siempre a partir de la longitud cráneo-nalga (LCN) del feto mayor. El diagnóstico ecográfico de corionicidad  $\leq 14$  semanas tiene una sensibilidad y especificidad de prácticamente el 100%.

- **Diagnóstico prenatal en la gestación gemelar.**

Riesgo de defecto congénito: En la gestación gemelar hay mayor incidencia de anomalías congénitas que en la gestación única.

Cromosomopatías: La cigosidad es la que determina el riesgo de cromosomopatía y si los fetos van a ser concordantes o no. Aunque el diagnóstico de cigosidad se establece por estudio de ADN, puede inferirse a partir de la corionicidad, ya que como se ha dicho, entre un 80 y un 90% de las gestaciones BC son BZ y todas las gestaciones MC son MZ.

En gemelos BZ el riesgo teórico de aneuploidías de cada gemelo, para una misma edad materna, es el mismo que el de una gestación única. Como hay 2 fetos, el riesgo de que al menos uno de ellos presente una cromosomopatía es el doble que en la gestación única. El riesgo de que ambos fetos estén afectados es muy bajo, excepto en las enfermedades autosómicas recesivas, que es de 1/16.

Malformaciones: En los gemelos BC el riesgo de anomalía estructural es similar al de las gestaciones únicas (2-3%). En los MC, sin embargo, este es el doble o el triple (6%). Habitualmente la malformación afecta a un solo feto, siendo discordante en aproximadamente el 90% de las gestaciones BC y en el 80% de las MC.

La anomalía estructural puede ser: no específica, pero con incidencia especialmente aumentada en gestación gemelar: Cardiopatías: especialmente prevalentes en los gemelos MC, con una incidencia de 3,5% (2,3% si no hay STFF y 7% si hay STFF), por lo que en la gestación MC se ha de realizar una ecocardiografía de manera sistemática. Sistema nervioso central: defectos del tubo neural e hidrocefalia. Anomalías estructurales asociadas con el entorno intrauterino (efectos mecánicos y vasculares): pie equino-varo; luxación congénita de cadera. Anomalías estructurales específicas de gestaciones MC: secuencia «TRAP» y siameses.

- **Fallecimiento de un gemelo.**

El fallecimiento de un gemelo puede producirse de manera espontánea o tras la práctica de una técnica invasiva, diagnóstica o terapéutica. Todos los estudios comparados coinciden en que el riesgo de muerte fetal de un gemelo es más frecuente en gestaciones monocoriales por las anastomosis vasculares y la posibilidad del síndrome de transfusión fetofetal (STFF), así como el riesgo de complicaciones para el gemelo superviviente.

**La causa principal de muerte fetal intraútero es desconocida;** parece probable que en el primer trimestre sean más frecuentes las infecciones intraútero, déficits hormonales, anomalías genéticas y uterinas. En el segundo y tercer trimestres son más frecuentes las patologías de cordón.

Las gestaciones gemelares se acompañan de mayor frecuencia de defectos placentarios y de cordón: inserción velamentosa, arteria umbilical única, vasa previa. En las placentaciones monocoriales el síndrome de transfusión fetofetal es una causa importante de muerte intraútero de un feto; estos fetos son los más expuestos a morir por este motivo.

**En gestaciones expuestas en estudios, no se ha logrado identificar la etiología de la muerte fetal, todos los fetos muertos nacieron sin anomalías, las placentas eran normales, las serologías fueron negativas, así como la prueba de tolerancia oral a la glucosa.**

Diagnóstico: en la gestación  $\leq 8-10$  semanas visualizaremos uno de los sacos gestacionales sin embrión en su interior o con un embrión de  $>6\text{mm}$  de LCN y ausencia de latido cardíaco (el embrión puede llegar a reabsorberse dando lugar al gemelo «evanescente»). En fases más avanzadas el diagnóstico se establece igualmente por ausencia de latido cardíaco en uno de los fetos.

Implicaciones en el primer trimestre: si no se identifica embrión en el interior del saco gestacional, la conducta ha de ser la misma que en la gestación única. El cribado bioquímico no se ve alterado. Si se identifica embrión, con muerte estimada por LCN  $<4$  semanas, como ya se ha comentado previamente, se recomienda realizar solamente cribado ecográfico.

Implicaciones en el segundo y tercer trimestres: la muerte de uno de los fetos en una gestación BC, aunque en mucha menor medida que en la MC, implica un incremento de riesgo para el feto superviviente, que incluye: -Fallecimiento: 3% (IC 95%: 0,4-5,7), -Parto pretérmino: 54% (IC 95%: 41,5-66,9), -Neuroimagen patológica: 16% (IC 95%: 7,8-23,5), -Alteración del neurodesarrollo: 2% (IC 95% 1,6-4,9).

Protocolo de actuación: -Intentar establecer la etiología del fallecimiento. -Cuando la pérdida embrionaria es muy precoz ( $\leq 8-10$  semanas), el manejo de la gestación es prácticamente superponible al de la gestación única. -Cuando el fallecimiento tiene lugar en el 2º o 3.er trimestres, el control prenatal incluye: ◦Controles ecográficos para monitorización del crecimiento y grado de bienestar del feto superviviente.

Estos controles dependerán fundamentalmente:

De la Edad Gestacional a la que se haya diagnosticado el fallecimiento: a mayor Edad Gestacional más frecuentes serán los controles. De las circunstancias específicas que concurren en cada gestación (presencia de CIR del feto superviviente, APP...). También valoraremos la LC (longitud cervical) por ecografía transvaginal de manera seriada para individualizar el riesgo de prematuridad y objetivar el acortamiento cuando este ocurra.

Los padres deben estar informados de los riesgos que esta nueva situación implica. El control de la gestación puede ser realizado en la gran mayoría de los casos de forma ambulatoria. El riesgo de coagulopatía es muy improbable en estas gestantes, por lo que en la actualidad no se considera necesaria una vigilancia especial en este sentido. Si no se da ninguna complicación, la conducta debe ser expectante hasta llegar a término.

- **Defectos del crecimiento fetal.**

Se considera un feto pequeño para edad gestacional (PEG) el que tiene un peso fetal estimado (PFE) inferior al percentil 10 y mayor al percentil 3 para edad gestacional (EG) con estudio Doppler dentro de la normalidad.

Las curvas de crecimiento de los fetos en las gestaciones múltiples son similares a las de las gestaciones únicas hasta las 28-30 semanas, presentado un descenso progresivo posterior de la velocidad de crecimiento. Se aplanan hacia las 34-35 semanas, mostrando a partir de entonces una diferencia cada vez mayor con respecto a los fetos únicos. Lo anterior se presenta debido al hacinamiento en la cavidad uterina.

Se habla de crecimiento discordante, cuando la diferencia de pesos estimados es >20%.

La estimación ecográfica del peso fetal requiere 3 pasos: (i) la correcta asignación de un feto a su edad gestacional, (ii) la estimación del peso a partir de las biometrías fetales, y (iii) el cálculo del percentil de peso para la edad gestacional.

**Crecimiento intrauterino restringido selectivo:** de forma general, tanto los criterios diagnósticos como el seguimiento del bienestar fetal y los criterios de ingreso y de maduración pulmonar se hacen siguiendo el protocolo de manejo de las alteraciones del crecimiento fetal en la gestación única.

Diagnóstico: -No existe consenso en la literatura respecto a la conveniencia de utilizar tablas específicas para gestaciones gemelares. -Se deben distinguir los siguientes conceptos:

Clasificación:

**i. PEG:** PFE > percentil 3 y <10 con Doppler normal.

**ii. CIR:**

-Estadio I: Alguno de los siguientes criterios

\*PFE <p3

\*ICP <p5 [en dos ocasiones > 12h]

\*IPACM <p5 [en dos ocasiones > 12h]

\*IP medio AU > p95

-Estadio II: PFE <p10 + alguno de los siguientes criterios:

\*UA-AEDV (flujo diastólico ausente en AU > 50% de ciclos en asa libre en ambas arterias y en dos ocasiones > 12h)

-Estadio III: PFE <p10 + alguno de los siguientes criterios:

\*Arterial: Flujo reverso diastólico en la arteria umbilical (en >50% ciclos, en las 2 arterias y en dos ocasiones separadas >6-12h)

\*Venoso: IP ductus venoso (DV) > percentil 95 o flujo diastólico ausente DV o pulsaciones venosas de manera dícrota y persistente (en dos ocasiones separadas >6- 12h)

-Estadio IV: PFE <p10 + alguno de los siguientes criterios:

\*Flujo diastólico reverso en el DV (en dos ocasiones separadas >6-12h)

\*Variabilidad Registro cardiotocográfico (RCTG) patológica:

\*Variabilidad a corto plazo en RCTG computarizado de 1h:

<2.6 ms entre las 26 y las 28+6 semanas

<3ms a partir de las 29 semanas

\*En ausencia de RCTG computarizado, se define variabilidad patológica como inferior a 5 lpm en 1h de registro.

o Registro cardiotocográfico (CTG) con patrón desacelerativo: > o = 2 desaceleraciones espontáneas cada 10 min durante 30minuto

Feto pequeño anómalo: PFE <p10 (habitualmente < p3) +/- doppler anómalo (enfermedades genéticas; malformaciones; infecciones congénitas)

Crecimiento discordante: la diferencia de pesos estimados es >20% (PFE feto mayor - PFE feto menor / PFE feto mayor × 100) y ambos fetos con PFE > p10. Hablamos de discordancia severa cuando esta es >30%.

Protocolo de actuación: El manejo de estas gestaciones dependerá de la etiología, severidad y Edad gestacional en el momento del diagnóstico. Con respecto a la interrupción del embarazo no complicado, se considera que se debe llevar a una interrupción electiva a la semana 37, si el estado materno fetal es normal. Los embarazos gemelares sin complicaciones no deberán prolongarse más allá de las 39 semanas de gestación porque a partir de ese momento aumenta la mortalidad perinatal; la edad optima de terminación es entre las semanas 37 y 38. Para el caso de gemelares con complicación, pero en bienestar fetal, de ser posible, se intentará interrumpir hasta las 36-37 semanas de edad gestacional.

Control ecográfico de la gestación gemelar: el control ecográfico en las gestaciones BC va orientado principalmente a la identificación precoz de las 2 mayores complicaciones: la prematuridad y el CIR.

Gestación gemelar bicorial biamniótica: se realizarán los siguientes controles ecográficos:

-11-13+6 semanas: Diagnóstico de corionicidad. Datación de la gestación (LCN mayor).

Cribado ecográfico primer trimestre: riesgos independientes.

-16 semanas: Estudio biométrico. Ecografía morfológica precoz.

-Ecografía morfológica 20-22 semanas y LC: Riesgo de defecto estructural similar a las gestaciones únicas.

-Control del crecimiento: 24, 28, 32-34 y 36-38 semanas. Doppler a partir de las 28 semanas. LC por ECO-TV 24-28-32 y 34 semanas.

En embarazo gemelar bicorial: Se recomiendan seis controles. Luego del ingreso prenatal y ecografía para definir la corionicidad, se recomienda control obstétrico.

- **RCIU. Restricción del Crecimiento Intrauterino.**

La Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU) o restricción del crecimiento fetal (RCF) se define como la disminución en la tasa de crecimiento fetal que impide que un feto obtenga el potencial de crecimiento genético completo.

Por otra parte, la RCIU se caracteriza por un déficit del crecimiento fetal respecto al potencial de crecimiento, atribuible a las condiciones propias de su entorno, lo cual puede ocurrir secundario a una disfunción placentaria, a un pobre aporte de nutrientes, a defectos genéticos, cromosómicos, patologías infecciosas o exposición a sustancias tóxicas.

**Epidemiología:** Se han reportado incidencias de RCIU entre el 3 y el 7% de los nacimientos en países desarrollados, alcanzando incidencias mucho más altas en países en vía de desarrollo: en Cuba, Argentina y otros países en vía de desarrollo, la frecuencia es alrededor de 10%, en Colombia de 20%, en países asiáticos oscila entre el 20 y el 30%, en Guatemala es del 41% y el mayor porcentaje se presenta en la India, siendo superior al 43%.

**Factores de riesgo maternos:** Los factores de riesgo pueden ser:

- Sociodemográficos: Edades maternas extremas (menores de 19 años, mayores de 40 años), primigestas, bajo peso materno, antecedentes de recién nacidos con bajo peso para edad gestacional y estrato socioeconómico bajo.

- Condiciones médicas pregestacionales: hipertensión arterial crónica, antecedente de preeclampsia, enfermedades renales, cardiovasculares, respiratorias, inmunológicas, tiroideas y hematológicas.

- Gestaciones múltiples: hasta la semana 32 de gestación, las curvas de crecimiento fetal se mantienen similares en embarazos simples y múltiples; posteriormente hay una disminución del 15-20% en la tasa de crecimiento. Los fetos de embarazos gemelares muestran tendencia a la RCIU (20% en Bicoriales y 30% en Monocoriales).

- Condiciones médicas durante el embarazo actual: embarazo múltiple, pobre ganancia de peso materno, periodo intergenésico menor a dos años, infecciones y trastornos hipertensivos.

- Ambientales y del comportamiento: consumo de tabaco, alcohol, café y sustancias psicoactivas.

- Infección perinatal: contribuyen con aproximadamente 5 a 10% de los casos cuando se trata de infecciones intrauterinas de origen viral (rubeola, citomegalovirus, VIH, varicela Zoster) y de protozoarios (malaria, toxoplasmosis). La infección e inflamación subclínica (coriamnionitis diagnosticada por histología) puede llevar a restricción del crecimiento en el feto. Otras infecciones extra genitales como las periodontales están relacionadas con la génesis de la RCIU.

### **Factores de riesgo fetales.**

-Aneuploidías: aproximadamente el 7 % de los casos de RCIU se han asociado con aneuploidías. El 90% de los fetos con T18 cursan con restricción y el 30% de aquellos que tienen una trisomía 21. La aparición temprana de restricción del crecimiento se ha relacionado con aneuploidías, especialmente trisomía 18, 21 y 13.

-Anomalías cromosómicas: aportan hasta 6,4% de los casos de RCIU, particularmente en casos tempranos.

-Malformaciones: más del 22-25% de los recién nacidos con malformaciones congénitas cursan con RCIU. El riesgo aumenta cuando presentan 2 defectos o más, alcanzando hasta un 60% en quienes presentan 5 o más defectos. Las malformaciones más comúnmente relacionadas con RCIU son: cardíacas (tetralogía de Fallot, corazón izquierdo hipoplásico, estenosis pulmonar y defectos del septo ventricular), anencefalia y defectos de la pared abdominal.

-Síndromes Genéticos: son muchos los síndromes clínicos asociados a RCIU; síndrome de Silver-Russell, Síndromes epigenéticos (metilación) o genéticos (mutaciones, duplicaciones, disomía uniparental) que incluyen defectos de genes en el cromosoma 11, 7 y 14, mutación en el gen responsable de la producción de factor de crecimiento insulínico.

-Infecciones intrauterinas: 5-10% de las enfermedades infecciosas fetales están presentes en de los casos de RCIU.

-Errores innatos del metabolismo: aunque raros, éstos pueden estar implicados en la etiología del RCIU.

**Factores placentarios:** La inadecuada placentación, la ausencia de la destrucción de la porción musculoesquelética de las arterias espirales en la migración trofoblástica, crea un área con alta resistencia al flujo sanguíneo y la consiguiente disminución de la nutrición del espacio intervilloso y posible aumento de la actividad de agentes vasoconstrictores. La reducción de la perfusión uteroplacentaria asociada con la enfermedad vascular materna es responsable del 25-30% de los casos de RCIU; es la causa más común en los fetos sin malformaciones.

Un estudio de casos y controles de Parra–Saavedra y colaboradores, en fetos PEG constitucionales (PFE < P10, sin alteración en la ecografía Doppler) de inicio tardío, encontraron una asociación frecuente con anormalidades placentarias, que se califican de forma variable como pequeñez placentaria, perfusión materna insuficiente e inflamación crónica a pesar de la falta de evidencia de insuficiencia placentaria en la ecografía Doppler.

**Tamizaje 1º, 2º, 3er trimestre:** Teniendo en cuenta el impacto que genera la RCIU en la morbilidad y mortalidad perinatal, se ha tratado de establecer si existen pruebas eficaces que permitan una predicción desde etapas tempranas de la gestación de aquellas gestantes con alto riesgo de padecerla. Debido a que su etiología es multifactorial, algunos estudios

no han conseguido demostrar que una prueba de tamizaje individual tenga valores predictivos fuertes para que pueda ser empleadas a la población general.

Cuando se diagnostica una restricción del crecimiento intrauterino, se decidirá su tratamiento teniendo en cuenta el estado de salud del bebé y el mes de embarazo de la futura madre.

**La meta siempre consistirá en mantener al bebé seguro dentro del vientre materno durante el máximo tiempo posible.** De todos modos, los profesionales de la salud suelen recomendar provocar el parto si el bebé ha dejado de crecer o presenta otros problemas.

## **V. ANALISIS.**

1. Se trata de una paciente quien para el 2017 tenía 24 años sin antecedentes patológicos, con antecedentes quirúrgicos de cesárea en el 2009 por presentación podálica y legrado por aborto retenido en julio del 2016.

2. Asiste a primer control prenatal por enfermería el 04 de enero de 2017, con embarazo de 6,2 semanas por fecha de última regla (20 de noviembre de 2016). En dicho control la paciente se encontraba asintomática, motivo por el cual se dieron órdenes de laboratorios y cita con Ginecología y Obstetricia. Dieron signos de alarma, recomendaciones generales y educación del embarazo.

3. Paciente tenía programada cita de control prenatal por Ginecología y Obstetricia para el día 12 de enero de 2017 pero no asistió.

4. Asiste nuevamente a control por enfermería el 01 de febrero de 2017, con edad gestacional de 10,2 semanas, por fecha de última regla, dan órdenes de laboratorios frotis de flujo vaginal y urocultivo, debido a hallazgo de infección de vías urinarias en uroanálisis. Debido a este hallazgo la paciente es valorada el mismo día por medicina general quien inicia antibióticoterapia para infección de vías urinarias y da órdenes de control, pendiente Eco obstétrica, Pendiente nueva cita por Ginecología y Obstetricia.

5. El 08 de febrero de 2017 realizan ecografía obstétrica en Idime, en donde se reporta embarazo gemelar bicorial biamniótico, dos fetos vivos de 11,3 y 11,4 semanas de gestación con frecuencia cardíaca fetal positiva.

6. Asiste el 10 de febrero de 2017 a control prenatal con ginecología, reporte de ecografía con tamizaje negativo para aneuploidias. Se considera embarazo de alto riesgo por cesárea anterior en 2009, embarazo gemelar, aborto retenido en junio del 2016, G3C1A1V1 e infección urinaria. Paciente en buenas condiciones. Se dan órdenes médicas y de laboratorio (Urocultivo).

7. El 13 de marzo de 2017 asiste a nuevo control prenatal con ginecología, con embarazo de 16 semanas, con reporte de urocultivo positivo para E. Coli; se da manejo medico nuevamente y ordenes de control laboratorios. Paciente y fetos en buenas condiciones.

8. En Idime el 25 de abril realizan nueva ecografía obstétrica de control, con reporte de embarazo gemelar bicorial biamniotico, fetos únicos vivos con crecimiento simétrico, concordantes entre sí, con edad menstrual y con ecografía de semanas 11. Control ecográfico del 20 de mayo del 2017 con Embarazo gemelar de 26 semanas 3 dias, fetos acordes, Peso F1: 849gr, Peso F2: 886 gr.

9. Con 27 semanas de gestación asiste a control prenatal con ginecología el 01 de junio de 2017, paciente informa que estuvo hospitalizada para manejo por Infección de vías urinarias. Por embarazo gemelar e Infección de vías urinarias a repetición se remite a alto riesgo obstétrico. Reportan Eco y perfil biofísico del 20 de mayo con edad gestacional de 26.3 semanas, estudios normales. Paciente con toma de Cefalexina profiláctica.

10. El 27 de junio de 2017 en control prenatal, encuentran a la paciente con 31 semanas de gestación gemelar bicorial, con crecimiento concordante, reporte de urocultivo del 06 de junio negativo, Eco del 25 de mayo con pesos fetales: 849-886 gr, perfil biofísico 8/8-8/8.

11. El mismo día, realizan en Idime ecografía obstétrica de control, con reporte de embarazo gemelar, bicorial, biamniotico, fetos vivos con crecimiento simétrico concordantes entre sí, sospecha de RCIU para ambos fetos, Feto 1 masculino: 1259 gr (PFE por debajo del percentil 3), feto 2 femenino: 1384 gr (PFE en percentil 3).

12. Nuevo control por ARO el 25 de julio en donde el ginecólogo describe paciente con embarazo de 35 semanas, gemelar, considera crecimiento sobre percentil 10 para gemelar, con FCF 148/132. Remite para atención del parto, cultivo vr estreptococo B, control IPS del parto, da signos de alarma.

13. Para el 06 de agosto de 2017 sobre las 22 horas la paciente ingresa a urgencias del Hospital San José Centro con Embarazo de 37 Semanas, por presentar contracciones de **12 horas** de evolución, de forma intermitente, sin sangrado, sin amniorrea. Al examen físico realizan barrido ecográfico encontrando FCF 1 126, FCF 2 132. En genitourinario: Tacto vaginal: Borrado: 90%, Dilatación: 3, Estación: -1, sin amniorrea, sin sangrado, leucorrea escasa no fétida. Consideran paciente cursa con actividad uterina irregular y cambios cervicales al examen físico por lo cual se decide hospitalizar para realización de Cesárea con Pomeroy, ordenan serología, monitoria fetal, oxitocina, líquidos, partograma, consentimiento informado firmado, valoración por anestesia, se explica a la paciente quien refiere entender y aceptar.

14. Hacia las 23 horas 05 minutos, el médico tratante, realiza barrido ecográfico encontrando feto 1 vivo, cefálico, dorso anterior, flanco izquierdo, ILA normal, PFE 2300 gr.

Feto 2 podálico, dorso anterior en flanco derecho, ILA normal, PFE 2600 gr. Paciente firma consentimiento informado para realización de Cesárea + Pomeroy.

15. Para la madrugada del 07 de agosto de 2017, en evolución describen a la paciente en trabajo de parto en fase latente, refiriendo movimientos fetales positivos para ambos fetos, con FCF 145/140, vitalidad de ambos, con monitoria fetal categoría I, deciden pasar a sala de partos para realización de Cesárea + Pomeroy.

16. A las 00+57 horas se recibe recién nacido vivo sexo femenino, con peso de 2585 gr, Apgar 8/9/9, con líquido amniótico meconio grado I, en presentación podálica. A las 00+58 horas se recibe recién nacido masculino en presentación cefálica hipotónico con desfacelacion en extremidades, acabalgamiento de suturas del cráneo, cordón umbilical no pulsátil con sangre coagulada, peso de 1740 gr, Apgar 0/0/0, líquido amniótico meconio grado III. Termina procedimiento.

17. Pediatría evalúa a la recién nacida viva femenina, la cual se encuentra en buenas condiciones, sin requerimiento de reanimación, en buen estado general, a término (38 semanas por Ballard) con peso adecuado para la edad gestacional, Storch negativo. Solicitan perfil de ictericia, el cual reportan como normal, y dan egreso el 08 de agosto de 2017.

18. En relación con la madre, evoluciona en puerperio inmediato adecuadamente, clínicamente estable, normotensa, asintomática para vasoespasmo con adecuada tolerancia del dolor, útero tónico, loquios escasos, dado a muerte fetal in útero de 1 de los gemelos y revisando historia clínica en ultimo control ecográfico con sospecha de RCIU en ambos fetos se decidió solicitar perfil de severidad e inicio de recolección de proteinuria. Valoración por trabajo social y psiquiatría. Del mismo modo por recomendación de pediatría, debido a hallazgos de desfacelación, suturas acabalgadas, micrognatias, fisura a nivel del paladar y edema en región occipital, se sugiere estudio anatomopatológico del feto obitado, padres aceptan, se envía a patología.

Paciente:	CC 1016051970 OSORIO OROZCO DIANA CAROLINA	Edad:	25 a 9 m 22 d	Fecha Impresion:	25/09/2018
Dirección:	DIAGONAL 16 A NO 96H 12				
Estado Civil:	CASADO(A)				
Religión:	CRISTIANA				
Barrio:	BOGOTA				
Ocupación:	03-INDEPENDIENTE				
Sexo:	Femenino	Telefono:	3163342885		
<b>NOTA ACLARATORIA EVO</b>					
				Fecha:	07/08/2017 7:45 a.m.
				Fecha y hora del registro:	07/08/2017 07:47:30a
Profesional:	RESTREPO VESGA PAOLA ANDREA	Tp Admisión:	HOSPITALIZACION	Triage:	Hospitalizacion
AFBs:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	Sucursal:	PRINCIPAL	Convenio:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Hora Ingreso:	06/08/2017 9:35 p.m.	Dx Salida:	0821 - PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA		
		Dx Ingreso:	0821 - PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA		
Fecha Orden Egreso Med:	8/8/17 6:21 a.m.	Fecha Orden Egreso Adm:	8/8/17 6:59 p.m.		
<b>NOTA ACLARATORIA</b>					
<b>NOTA ACLARATORIA</b>					
NOTA ACLARATORIA	PEDIATRA DE TURNO RECOEMINDA QUE DADO A HALLAZGOS DE FETO OBITADO , DESFACELACION , SUTURA ACABALGADAS, MICROGNATIA, FISURAS A NIVEL DE PALADAR Y EDEMA EN REGION OCCIPITAL SEA ENVIADO FETO PARA ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO SE EXPLICA A FAMILIAR (ESPOSO Y MAMA DE LA PACIENTE ) Y PACIENTE QUIENES ACEPTAN PROCEDIMIENTO				

19. Trabajo social y psiquiatría evalúan a la paciente, realizan consejería y apoyo emocional para manejo del duelo, no encuentran riesgo psicopatológico.

20. Paciente evoluciona satisfactoriamente, por lo cual dan egreso el 08 de agosto de 2017 con signos de alarma, recomendaciones, control, formula médica e incapacidad.

21. Realizan control puerperal el 17 de agosto de 2017 en el Hospital San José, con adecuada evolución puerperal, estable clínica y hemodinámicamente, herida quirúrgica en buen estado, sin hallazgos sugestivos de infección, al examen físico adecuada evolución uterina. Se da de alta por este servicio.

22. En la IPS realizan otro control por ginecología el 04 de septiembre de 2017, la encuentran en buenas condiciones, con evolución post Cesárea + Pomeroy normal. Dan de alta.

## **VI. CONCLUSIONES.**

La prevalencia de la gestación gemelar espontaneo es aproximadamente del 1-2%. Las gestaciones gemelares presentan mayor riesgo de complicaciones con: abortos, malformaciones congénitas, amenaza de parto pretérmino, RCIU y muerte fetal.

Con respecto a los embarazo gemelares, el parto pretérmino y el RCIU, son las principales causas de bajo peso al nacer, esto se presenta debido al hacinamiento en la cavidad uterina y a la disminución en el aporte de nutrientes.

Con respecto al fallecimiento de un gemelo puede producirse de manera espontánea

En cuanto a la causa principal de muerte fetal intrauterina, es desconocida su causa, sin embargo, parece que en el primer trimestre esta relaciona más frecuentemente con infecciones intrauterino, déficit hormonales, anomalías genéticas y uterinas. En el segundo y tercer trimestre son más frecuentes las patologías de Cordón.

En estudios de gestaciones revisados, no se logró identificar la causa de la muerte fetal, lo anterior teniendo en cuenta que todos los fetos muertos analizados nacieron sin anomalías, con placentas normales, serologías negativos y pruebas de tolerancia a la glucosa dentro de rangos normales.

Es relevante mencionar que en gestaciones múltiples hasta la semana 32, las curvas de crecimiento se mantienen similares que, en embarazos simples, posteriormente si existe una disminución de 15-20% en la tasa de crecimiento, los fetos de embarazos gemelares muestran tendencia a la RCIU en el 20% de los casos. Las curvas de crecimiento de los fetos en las gestaciones múltiples son similares a las de las gestaciones únicas solo hasta las 28-

30 semanas, presentado posteriormente un descenso progresivo posterior de la velocidad de crecimiento; las curvas se aplanan hacia las 34-35 semanas, mostrando a partir de entonces una diferencia cada vez mayor con respecto a los fetos únicos.

En cuanto a los factores de riesgo fetales para presentar RCIU se encuentran las Aneuploidías, Anomalías cromosómicas, malformaciones, infecciones, gestaciones múltiples y factores placentarios.

Con relación al RCIU, el manejo de estas gestaciones siempre dependerá de la etiología, severidad y edad gestacional en el momento del diagnóstico. La interrupción del embarazo no complicado, se considera que se debe llevar electivamente a la semana 37 bajo control, si el estado materno fetal es normal, asimismo los embarazos gemelares sin complicaciones no deberán prolongarse más allá de las 39 semanas, debido a que a partir de ese momento aumenta la mortalidad perinatal; es por esto que la edad optima de terminación será entre la semana 37.

Teniendo en cuenta el impacto que genera la RCIU en la morbilidad y mortalidad perinatal se ha tratado de establecer si existen pruebas eficaces que permitan una predicción desde etapas tempranas de la gestación de aquellas gestantes con alto riesgo de padecerla. Debido a que su etiología es multifactorial, algunos estudios no han conseguido demostrar una prueba de tamizaje individual que tenga valores predictivos fuertes para que puedan ser empleadas en la población general.

Con base en lo anterior, es necesario precisar que, durante el seguimiento ecográfico realizado a la gestante, se evidenció un crecimiento proporcional y concordante de los dos fetos; hecho que se vio reflejado en las tres primeras ecografías. Ecografía del 08 de febrero del 2017: Embarazo gemelar bicorial-biamniótico, Feto 1.11 semanas 3 días, Feto 2. 11 semanas 4 días; Ecografía del 25 de abril del 2017: Embarazo gemelar bicorial, biamniótica, fetos únicos vivos con crecimiento simétrico, concordantes entre sí con edad menstrual y con ecografía de 11 semanas. Peso F1: 452g, Peso F2: 426 gr. Ecografía del 20 de mayo del 2017: Embarazo intrauterino gemelar bicorial, biamniótico de 26 semanas 3 días por biometría fetal, fetos acordes, Peso F1: 849, Peso F2: 886gr. Así mismo se evidencia crecimiento simétrico y concordante entre sí en la Ecografía del 27 de junio del 2017, con Peso F1: 1295gr y Peso F2: 1384gr.

Del mismo modo, que para el último barrido ecográfico realizado los pesos fetales fueron los siguientes: 2300 y 2600.

También es relevante resaltar que en los estudios realizados el ILA y el perfil biofísico se encontraron dentro de los rangos normales.

Cabe señalar que los profesionales que realizan e interpretan imágenes diagnósticas emiten conceptos basados en opiniones, es decir que existe un gran componente subjetivo en esta interpretación; tal como se evidenció en este caso en el que los datos emitidos por los diferentes profesionales con respecto a valores, pesos fetales, entre otros varían en los diferentes estudios y esto se debe a que el concepto que se emite en estos estudios hace parte de una opinión del profesional y por tanto dichos datos no son exactos, ni definitivos.

En cuanto al último control realizado a la paciente, la conducta consistió en derivarla a programación de parto de manera ambulatoria, toda vez que este procedimiento era el indicado teniendo en cuenta que disminuía los riesgos de complicaciones materno-fetales. Se decidió manejar este proceso de manera ambulatoria, con la idea de que los fetos permanecieran la mayor parte del tiempo in útero. Asimismo, se dieron por parte del profesional las indicaciones y signos de alarma para re consultar en caso de presentar alguna sintomatología.

En cuanto a la atención de urgencias se evidencia que la paciente acudió a urgencias 12 horas después de iniciar actividad uterina a pesar de las indicaciones médicas de acudir inmediatamente ante el mínimo signo o síntoma, hecho que elevó el riesgo materno fetal.

Ahora bien con respecto al reporte de autopsia practicado, se determinó que se trataba de feto de 37 semanas, con tiempo estimado de muerte mayor a 24 horas.

Finalmente y para concluir es importante resaltar que se trató de un embarazo Gemelar en el que durante seguimiento ecográfico realizado, se evidenció un crecimiento proporcional y concordante de los dos fetos; hecho que se vio reflejado en las tres primeras ecografías, adicional a lo anterior se contó con un reporte de perfil biofísico y valores de ILA dentro de la normalidad. Igualmente es relevante mencionar que la literatura considera que existe un crecimiento discordante entre fetos siempre que exista una diferencia mayor al 20 % en los pesos estimados, hecho que no se presentó en el caso a estudio y que fue registrado en notas de controles prenatales por el profesional tratante. Así mismo, es relevante indicar que las curvas de crecimiento de los fetos en gestaciones múltiples solo son similares a las de las gestaciones únicas hasta las semanas 28 y 30 y que posteriormente se presenta un descenso progresivo de la velocidad del crecimiento; mostrando a partir de entonces una diferencia cada vez mayor con respecto al crecimiento de fetos únicos. De igual manera, cabe señalar que los profesionales que realizan e interpretan imágenes diagnósticas emiten conceptos basados en opiniones, es decir que existe un gran componente de subjetividad en la interpretación; esto se debe a que el concepto que se emite en estos estudios hace parte de una opinión del profesional y por tanto dichos datos no son exactos, ni definitivos. Ahora bien, en cuanto a la interrupción del embarazo no complicado, la literatura indica que se debe llevar electivamente a la semana 37 bajo control, si el estado materno fetal es

normal. Es fundamental precisar que dentro de los controles registrados por el profesional que atendió a la paciente, se documentó que la gestante se encontraba en condición estable, motivo por el cual la decisión o conducta elegida por el profesional fue programar ambulatoriamente el parto. Adicionalmente, es fundamental indicar que la causa principal de muerte fetal intraútero es desconocida, en diferentes gestaciones expuestas a estudios, no se ha logrado identificar la etiología de la muerte fetal. Igualmente, es de anotar que en los diferentes registros de controles prenatales se incluyeron signos de alarma los cuales se describe fueron socializados a la paciente, donde se indica que ante la presencia de: “fiebre, cefalea fuerte, fosfenos, tinnitus, vomito frecuente, dolor abdominal, dolor pélvico, síntomas urinarios, ausencia o disminución de movimientos fetales, sangrado vaginal, perdida de líquido vaginal, edema en cara y pies, erupción cutánea generalizada, ante los cuales debe asistir a servicio de urgencias”, hecho que no fue acatado por la paciente toda vez que consulto 12 horas después de presentar sintomatología, a pesar de indicaciones médicas dadas, lo que elevo el riesgo de complicaciones materno-fetales para el caso en estudio.

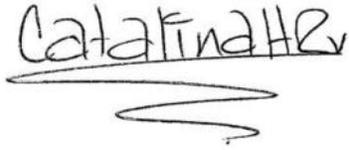
## **VII. BIBLIOGRAFIA.**

1. Molina, S., Benavidez, Jesús. (2018). Enfoque y manejo de la restricción del crecimiento fetal, Bogotá. Consenso de la Federación Colombiana de asociaciones de perinatología y medicina materno fetal. 1-110.
2. Sociedad Española de ginecología y obstetricia. Embarazo gemelar bicorial. <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S0304501315001703>
3. González, Rita., Salvador, C, Gestación gemelar con feto muerto intrauterino en el segundo trimestre. Prog obstet ginecol 52(7)411-5.
4. Pimientos, L., Beltrán, M. (2015). Restricción del crecimiento intrauterino aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 80(6)493-502.
5. Botero, J. Henao., Henao, G. Obstetricia y ginecología. (2015). Novena edición. Medellín CIB. 242-249.
6. Rencoret, G. (2014). Embarazo Gemelar. Revista médica Clínica Condes. 25(6). 964-971.
7. Reyna, E., Rondón, M. (2018). Muerte fetal intrauterina de uno de los dos gemelos. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia. 64(1). 77-83.

## **VIII. CONSIDERACIONES**

La suscrita informa que ha actuado leal y fielmente al desempeño de su labor. En el presente concepto no se han utilizado métodos, experimentos o investigaciones diferentes

a las usadas habitualmente en el desarrollo del ejercicio profesional para conceptos rendidos.

A handwritten signature in black ink that reads "Catalina Herrera". The signature is written in a cursive style and is underlined with a single horizontal line. Below the horizontal line, there is a decorative flourish consisting of a wavy, horizontal line.

**CINDY CATALINA HERRERA ROMERO.**  
**CC. 1072642460 DE CHÍA.**  
**REGISTRO MÉDICO NO. 25 4532/2012.**



## **CINDY CATALINA HERRERA ROMERO.**

**Cédula:** 1072642460 Chía.

**Fecha de nacimiento:** 16 de mayo de 1986.

**Estrato:** 4.

**Dirección de residencia:** Calle 7 N°1ª-01.

**Celular:** 3164725226.

**Mail:** [Catalina88733@gmail.com](mailto:Catalina88733@gmail.com)

### **PERFIL PROFESIONAL**

Profesional con capacidad de liderazgo, con formación en el área de la salud de manera asistencial y administrativa, con conocimiento del marco jurídico del Sistema de Salud en Colombia (Acciones constitucionales) y alta disposición para el trabajo en equipo. Mi objetivo profesional es poner en práctica los conocimientos adquiridos durante mi formación universitaria y mi experiencia profesional, con el fin de establecer y crear grupos de trabajo que cumplan la misión y la visión de las empresas o instituciones en el área de la salud, buscando el perfeccionamiento profesional, personal y empresarial.

### **INFORMACION ACADEMICA**

- ✓ **Primaria:** Colegio Eucarístico Campestre 1996.
- ✓ **Secundaria:** Colegio Eucarístico Campestre 2002.
- ✓ **Universitarios:**
  - Medicina:** Fundación Universitaria San Martín 2011.
  - Maestría en salud ocupacional y ambiental:** Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora Del Rosario. (2018).

**Auditoria en Salud:** Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora Del Rosario.(2021).

## **EXPERIENCIA LABORAL**

- 1. Hospital San Rafael de Fusagasugá:** Medico general consulta externa.  
Desde: 05 de julio de 2011 a 04 de julio de 2012.
- 2. IPS CAFAM-FAMISANAR (Madrid):** Medico general consulta externa.  
Desde 05 febrero 2013.
- 3. Subred Norte-Hospital Simón Bolívar ESE:** Médico General Hospitalario en Urgencias  
Pediatria.  
Desde: 01 de marzo de 2014 hasta julio 2020.
- 4. Dirección General de Sanidad Militar:** Medico General Consulta externa Hospital  
Militar Central.  
Desde agosto de 2019 hasta julio de 2020.
- 5. Dirección de Sanidad Ejercito:** Asesor Médico-área Jurídica DISAN ejército.  
Desde 01 de agosto de 2022.

## **CURSOS REALIZADOS:**

- ✓ Soporte Vital Básico BLS y Avanzado Acls, abril 2011-actualización 2017.
- ✓ Congreso Nacional de Pediatría 2016.
- ✓ Curso de violencia Sexual 2017.
- ✓ Seminario de filosofía y teología. Universidad Santo Thomas.
- ✓ Diplomado DIH Universidad Militar Nueva Granada.

## **REFERENCIA FAMILIAR**

### **✓ MAURICIO HERRERA O**

Médico pediatra

Teléfono Celular: 3202966257

**REFERENCIAS PERSONALES:**

**✓ YERALDIN HUERFANO HUERTAS**

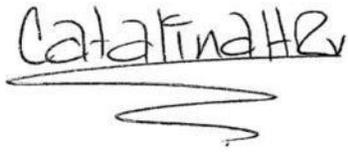
Abogada  
Personera Carmen de Carupa.  
Teléfono: 3132336411.

**✓ VIVIAN QUIROGA.**

Médico Pediatra y Auditora.  
Teléfono: 3164701723.

**✓ ANA MARIA LAMPREA N.**

Capitán-Médico Ejercito.  
Teléfono: 3208453355.

A handwritten signature in black ink that reads "Catalina Herrera". The signature is written in a cursive style and is underlined with a single horizontal line. Below the horizontal line, there is a decorative flourish consisting of a wavy, horizontal line.

**CINDY CATALINA HERRERA**

**ROMERO1072642460 chía.**

ANEXOS

Diploma y Acta de Pregrado en Medicina.



ACTA DE GRADO No. 1376

En la ciudad de Bogotá, D.C., siendo las 11:00 a.m., del día diecisiete (17) de Junio del año dos mil once (2011), se reunieron en el Auditorio "Mariano Alberto Anzures Orozco" de la Fundación Universitaria San Martín los doctores: Jaime Villanizar Lamus, Rector; José Ricardo Caballero Calderón, Secretario General; Camila Delgado Ajijón, Decana de la Facultad de Medicina; Víctor Hugo Pacheco Rojas, Vicedecano de la Facultad de Medicina y Orlando Rodríguez García, Secretario Académico de la Facultad de Medicina con el objeto de realizar la ceremonia de graduación de Médicos y Médicas, debidamente autorizados por el Consejo Académico de la Facultad de Medicina según acta de graduación No. 149 del 30 de Mayo del año dos mil once (2011), se graduando que se relaciona a continuación, quien acreditó el cumplimiento del programa aprobado por el Plenario de la Fundación, mediante Acuerdo No. 022 del diecinueve (19) de Octubre de mil novecientos noventa y tres (1993).

**Cindy Catalina Herrera Romero CC 1072642460 Chio**

El graduando cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por la Facultad y le otorgo, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, el título de: **MÉDICA**.

luego se tomó a los graduandos el juramento de rigor, concebido en los siguientes términos: JURAS ANTE DIOS Y LA PATRIA OBEDECER LA CONSTITUCIÓN Y LAS LEYES DE LA REPUBLICA, PROFESAR AMOR, RESPETO Y ÉTICA A LA PRÁCTICA DE VUESTRA PROFESIÓN, ENALTECIENDO POR SIEMPRE SU NOMBRE Y EL DE TODOS VUESTROS COLEGAS PARA SER EJEMPLO DE HONESTIDAD, LEALTAD Y VOLUNTAD DE SERVICIO A LA SOCIEDAD COLOMBIANA. Los graduandos contestaron afirmativamente. SI ASÍ LO HICIERIS, DIOS Y LA PATRIA OS LO PEDIRÁN, Y ELA OS LO DEMANDARÁ.

Acto seguido, se procedió a la nominación de graduandos y a la entrega de los diplomas y actas de grado correspondientes. A continuación se efectuó la entrega de premios y la exaltación de algunos graduandos que fueron objeto de distinciones especiales. Envolvieron presentes en la ceremonia de grado las personalidades del Alma Mater, los Señores Decanos y Profesores del Claustro Sanmartiniano de la Sede de Bogotá, D.C.

Finalmente el Secretario General leyó el Acta de Graduación correspondiente, dándose por terminada la ceremonia. Para constancia se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá, D.C., a los diecisiete (17) días del mes de Junio del año dos mil once (2011).

**JAI ME VILLANIZAR LAMUS** (fdo.)  
Rector

**JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN** (fdo.)  
Secretario General

Es fiel copia tomada del original en lo pertinente. Se deja constancia que el diploma se encuentra registrado bajo el número **17381** anotado al folio número **014** del libro número **05** de fecha diecisiete (17) de Junio del año dos mil once (2011). Se expide en la ciudad de Bogotá, D.C., a los diecisiete (17) días del mes de Junio del año dos mil once (2011).

  
**JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN**  
Secretario General

- Diploma y Acta de especialización.



**ACTA DE GRADUACIÓN N° 21568**  
Viernes, 12 de noviembre de 2021

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el viernes 12 de noviembre de 2021, a las 15:30 horas, en el Aula Máxima del Claustro de la Universidad del Rosario, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual, en virtud del convenio de extensión con la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, la Universidad CES confirió el título de **Especialista en Auditoría en Salud**

A

**Cindy Catalina Herrera Romero**  
Documento de identidad 1.072.642.460

El graduando realizó los estudios correspondientes al programa de Especialización en Auditoría en Salud, código SNIES 5512 y cumplió a satisfacción con los requisitos contemplados en la ley y en las normas internas del CES.

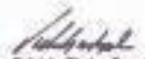
El acto estuvo presidido por el doctor Jorge Julián Osorio Gómez, Rector de la Universidad CES y Presidente Delegado de la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, quien previa toma del juramento reglamentario, procedió a la entrega del diploma y acta de grado.

El título se expidió de conformidad con las normas legales vigentes y de acuerdo a la autorización legal, conferida a la Universidad por Resolución 1371 de marzo 22 de 2007 y Resolución Rectoral 1020 del martes, 02 de noviembre de 2021 y el convenio suscrito entre la Universidad CES y la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario en el año 1995.

En constancia se firma la presente acta en la ciudad de Medellín por los suscritos Rector de la Universidad CES, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad CES, Secretaria General de la Universidad CES.



Jorge Julián Osorio Gómez  
Rector  
Universidad CES



Patricia Chejne Pineda  
Secretaria General  
Universidad CES



Jorge Ricardo Posada Salazar  
Decano Facultad de Medicina  
Universidad CES



El presente se registró en: Libro 150, Folio 754 Número 21568 Acta 21568, Viernes 12 de noviembre de 2021



- Diploma y Acta de Maestría.

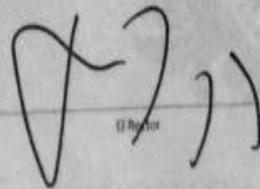
  
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO  
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

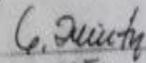
**ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

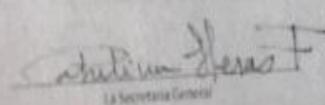
Por cuanto Cindy Catalina Herrera Romero C.C. Nº 1072642460  
ha cumplido con todos los requisitos exigidos por este Colegio Mayor, cursando y aprobando el correspondiente programa académico, le confiere el  
título de:

**Magíster en Salud Ocupacional y Ambiental**

Registrado bajo el Nº 56615 Folio 330 Libro 41 y refrendado por la Secretaría General del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, en  
la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintisiete (27) días del mes de abril de dos mil dieciocho (2018).

  
El Rector

  
El Decano

  
La Secretaria General



Real Cédula del 27 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895

1780



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Decreto Ley No. 28 del 16 de Septiembre de 1993, expedido por el Ministerio de Gobierno

**ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
Programa de MAESTRÍA EN SALUD OCUPACIONAL Y AMBIENTAL**

**Acta individual de Grado No. 22010 - 58815**

En la ciudad de Bogotá D.C., el día veintisiete (27) de abril de dos mil dieciocho (2018) siendo las 11:00h, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario confirió el título de:

**MAGÍSTER EN SALUD OCUPACIONAL Y AMBIENTAL**

■

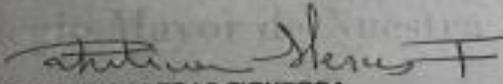
**CINDY CATALINA HERRERA ROMERO**

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1072542460, quien cumplió con los requisitos académicos y reglamentarios y las normas legales y recibió el diploma No. 17822, registrado bajo el No. 58815 del libro No. 41 folio 330.

Esta acta se encuentra contenida en el Acta General de Grado No. 22010 firmada por:

GUSTAVO ADOLFO QUINTERO                      DECANO  
HERNÁNDEZ  
SANDRA PATRICIA SANTOYO PRADA      SECRETARIA ACADÉMICA

Para constancia se firma en Bogotá D.C. República de Colombia, a los veintisiete (27) días del mes de abril de dos mil dieciocho (2018).

  
CATALINA LLERAS FIGUEROA  
SECRETARIA GENERAL

- Tarjeta Profesional.





## PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



GUÍAS PRÁCTICAS DE ASISTENCIA

### Embarazo gemelar bicorial

### *Dichorionic twin pregnancy*

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

Guía práctica consensuada con la Sección de Medicina Perinatal, sustituye a la guía previa sobre embarazo múltiple (2004)

#### Epidemiología e incidencia de la gestación gemelar

La prevalencia de la gestación gemelar espontánea es aproximadamente del 1-2%. En las últimas décadas en los países desarrollados ha aumentado a un 3-4%, debido al incremento de la edad materna por el retraso electivo en la maternidad y a las técnicas de reproducción asistida.

Las gestaciones gemelares, comparadas con las únicas, presentan mayor riesgo de complicaciones: defectos congénitos, amenaza de parto prematuro, parto pretérmino (PP), crecimiento intrauterino restringido (CIR), parálisis cerebral y mortalidad perinatal. También existe mayor incidencia de complicaciones maternas: trastornos hipertensivos, diabetes gestacional, parto operatorio y hemorragia posparto. La corionicidad es un factor determinante del resultado perinatal y, por tanto, condiciona el control de la gestación.

#### Clasificación

En la gestación gemelar debemos distinguir 2 conceptos:

**cigosidad:** hace referencia al tipo de concepción, a la identidad genética de los gemelos. Su diagnóstico requiere estudio de ADN. De ella dependerá fundamentalmente el asesoramiento genético.

**corionicidad:** hace referencia a la placentación. Su diagnóstico es ecográfico, aunque su confirmación es anatomopatológica. De ella dependerá fundamentalmente el resultado perinatal.

Así, la gestación gemelar se puede clasificar por su cigosidad y corionicidad (fig. 1):

**Gemelares bicigóticos (BZ)** (2/3 de las gestaciones gemelares espontáneas): se producen por la fertilización de 2 ovocitos por 2 espermatozoides. Son genéticamente diferentes y el 100% son bicoriales biamnióticos (BCBA). **Gemelares monocigóticos (MZ)** (1/3 de las gestaciones gemelares espontáneas): se producen por la fertilización de un solo ovocito por un espermatozoide, que se divide después de la fecundación. Estos gemelos son casi siempre idénticos genéticamente, aunque esporádicamente puede haber mutaciones que dan lugar a una discordancia genética. El momento exacto de la división del cigoto condiciona diferentes grupos en cuanto a la corionicidad y la amnionicidad:

- **Bicorial biamniótico (BCBA)** (1/3): división preimplantacional en estado de blastómero o mórula en la que se originan 2 blastocitos (<4 días posfertilización).
- **Monocorial (MC)** (2/3): división posimplantacional en fase de blastocisto (>día 4 posfertilización). A su vez las MC podrán ser:

**Monocorial biamniótica (MCBA)** (99%): división entre 4 y 8 días tras la fertilización (se ha diferenciado el trofoblasto, pero no el disco embrionario).

**Monocorial monoamniótica (MCMA)** (1%): división entre los 8 y los 13 días posfertilización (ya se han diferenciado la cavidad amniótica y el disco embrionario).

**Siameses (<1%):** >13 días, de modo que la división del disco embrionario es incompleta, dando lugar a gemelos unidos o siameses.

Toda gestación MC es MZ, sin embargo hasta un 10% de las gestaciones BC pueden ser MZ. Los gemelos MC representan

Correo electrónico: [sego@sego.es](mailto:sego@sego.es).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2015.07.002>

0304-5013/© 2015 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

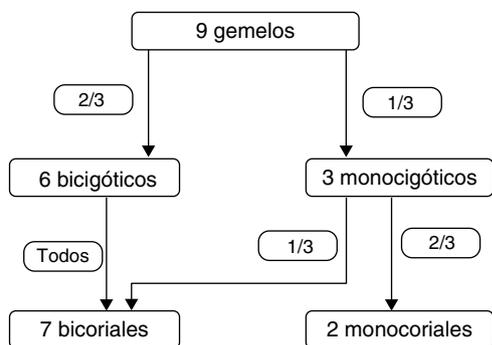


Figura 1 Clasificación de la gestación gemelar.

2/3 partes de los MZ y 1/5 parte de todos los gemelos con una incidencia de 1/300-400 gestaciones.

### Diagnóstico ecográfico de corionicidad

No se debe hablar de gemelaridad como un todo sin especificar la corionicidad, ya que las gestaciones BC y MC representan entidades clínicas diferentes en las que, no solo el resultado perinatal va a ser distinto, sino que va a condicionar el asesoramiento genético, la técnica de cribado, el procedimiento invasivo de diagnóstico prenatal y la conducta ante un resultado anómalo. El momento ideal para determinar la corionicidad es el primer trimestre de la gestación.

#### Gestación ≤ 14 semanas

La datación de la gestación gemelar se hará siempre a partir de la longitud cráneo-nalga (LCN) del feto mayor. El diagnóstico ecográfico de corionicidad ≤ 14 semanas tiene una sensibilidad y especificidad de prácticamente el 100%.

#### Gestación < 11 semanas

- *Gestación BC*: 2 sacos gestacionales, cada uno de ellos con un embrión y una vesícula vitelina (VV) en su interior (fig. 2).
- *Gestación MC*: un saco gestacional con 2 embriones en su interior. La determinación de la amnionidad solo podrá establecerse con exactitud a partir de la 8.º semana de gestación, ya que antes de este periodo el amnios está muy adherido al embrión y puede no verse con facilidad.
- o *Gestación MCBA*: un único saco gestacional con 2 cavidades amnióticas, cada una con su embrión, y un espacio extracelómico único con 2 VV (fig. 3).
- o *Gestación MCMA*: un único saco gestacional con una única cavidad amniótica, 2 embriones en su interior y un espacio extracelómico único habitualmente con una única VV.

En el 85% de las ocasiones el número de VV se corresponde con la amnionidad. Dado que el amnios se forma inmediatamente después de la VV, siempre que haya 2 VV será una gestación MCBA, pero no siempre que haya una única VV se podrá asegurar que se trate de una gestación MCMA.



Figura 2 Imagen de una ecografía transabdominal de una gestación gemelar bicorial en la semana 7. Se visualizan 2 sacos coriales que separan a los 2 embriones.

#### Gestación ≥ 11 y 13<sup>+6</sup> semanas

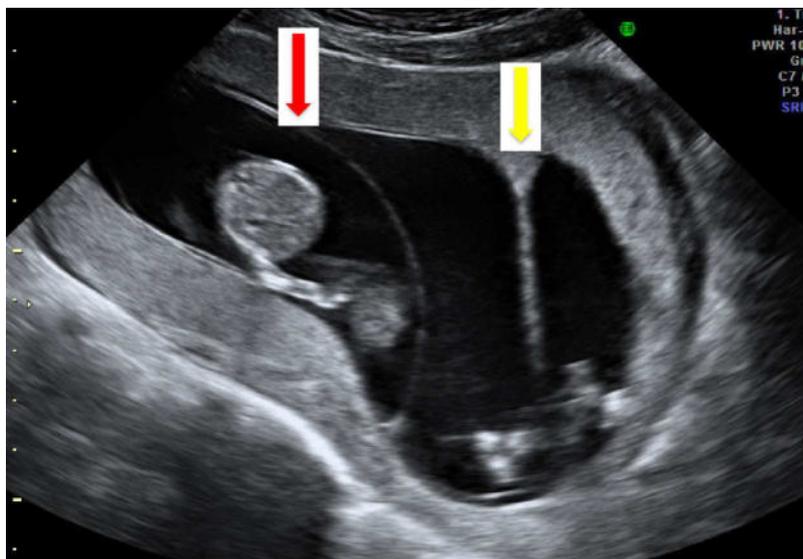
- *Gestación BC*: identificación de 2 placentas y, si estas están fusionadas, presencia del signo lambda o «twin peak» (fig. 4) Este consiste en una proyección triangular de corion a nivel de la base de la membrana interfetal. Su valor predictivo positivo es muy elevado, pero su ausencia no excluye que se trate de una gestación BC.
- *Gestación MC*: presencia del signo «T». Este consiste en una inserción de la membrana interfetal en ángulo de 90º a nivel de la placenta (fig. 4).

#### Gestación > 14 semanas

La determinación de la corionicidad > 14 semanas es compleja, pues hasta el 7% de las gestaciones BCBA > 20 semanas



Figura 3 Imagen ecográfica abdominal de una gestación monoamniótica en la semana 10 de gestación. Se observan 2 sacos amnióticos y un espacio extracelómico único.



**Figura 4** Imagen de ecografía abdominal en una gestación triple, bicorial triamniótica en la semana 12 de gestación. Se pueden observar tanto el signo lambda (flecha roja), como el signo T (flecha amarilla).

ya no muestran el signo lambda y la observación de la membrana interfetal puede ser difícil en las gestaciones MC por su adelgazamiento y, en algunos casos, por la presencia de oligohidramnios en uno o en los 2 sacos.

Los siguientes hallazgos pueden facilitar el diagnóstico:

- Sexo fetal: si los fetos tienen sexo diferente, evidentemente la gestación es BC. Pero aproximadamente el 50% de las gestaciones BC presentan fetos del mismo sexo.
- Número de placentas. La visualización de 2 placentas separadas permite el diagnóstico de gestación BC. Sin embargo, este hallazgo tiene limitaciones, pues aproximadamente 1/3 de estas gestaciones presentan placentas fusionadas.
- Grosor de la membrana interfetal. En la gestación MC la membrana interfetal es muy fina (formada por 2 capas de amnios). En la gestación BC es más gruesa (formada por 2 capas de amnios y 2 de corion). Es limitada su reproducibilidad intra- e interobservador.

Cuando existan dudas respecto a la corionicidad, la gestación será controlada como si se tratara de una MC.

## Diagnóstico prenatal en la gestación gemelar

### Riesgo de defecto congénito

En la gestación gemelar hay mayor incidencia de anomalías congénitas que en la gestación única.

### Cromosomopatías

La cigosidad es la que determina el riesgo de cromosomopatía y si los fetos van a ser concordantes o no. Aunque el diagnóstico de cigosidad se establece por estudio de ADN, puede inferirse a partir de la corionicidad, ya que como se ha dicho, entre un 80 y un 90% de las gestaciones BC son BZ y todas las gestaciones MC son MZ.

En gemelos BZ el riesgo teórico de aneuploidías de cada gemelo, para una misma edad materna, es el mismo que el de una gestación única. Como hay 2 fetos, el riesgo de que al menos uno de ellos presente una cromosomopatía es el doble que en la gestación única. El riesgo de que ambos fetos estén afectados es muy bajo, excepto en las enfermedades autosómicas recesivas, que es de 1/16.

En los gemelos MZ, si bien la norma es que, como genéticamente ambos fetos son idénticos, el cariotipo sea concordante, se han descrito casos de heterocariotipo, principalmente en forma de mosaicismo para aneuploidías de cromosomas sexuales. Esta discordancia puede deberse a inactivación del cromosoma X, mutación poscigótica o fenómenos de «imprinting».

### Malformaciones

En los gemelos BC el riesgo de anomalía estructural es similar al de las gestaciones únicas (2-3%). En los MC, sin embargo, este es el doble o el triple (6%). Habitualmente la malformación afecta a un solo feto, siendo discordante en aproximadamente el 90% de las gestaciones BC y en el 80% de las MC.

La anomalía estructural puede ser:

- No específica, pero con incidencia especialmente aumentada en gestación gemelar:
  - o Cardiopatías: especialmente prevalentes en los gemelos MC, con una incidencia de 3,5% (2,3% si no hay STFF y 7% si hay STFF), por lo que en la gestación MC se ha de realizar una ecocardiografía de manera sistemática.
  - o Sistema nervioso central: defectos del tubo neural e hidrocefalia.
- Anomalías estructurales asociadas con el entorno intrauterino (efectos mecánicos y vasculares): pie equino-varo; luxación congénita de cadera.

- Anomalías estructurales específicas de gestaciones MC: secuencia «TRAP» y siameses.

## Cribado de cromosopatías

### Cribado bioquímico

Se han de tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- El riesgo hace referencia a toda la gestación y no a cada feto individualmente.
- El valor de los marcadores bioquímicos está influido por las técnicas de reproducción asistida y por la presencia de un gemelo «evanescente» o «vanishing twin».
- Las medianas relativas son más elevadas que en las gestaciones únicas.
- No es válido para gestaciones múltiples de orden  $>2$ .

### Cribado bioquímico del primer trimestre

Determinación de PAPP-A y fracción libre de la  $\beta$ -hCG (free  $\beta$ -hCG) entre la 8 y la 13<sup>+6</sup> semanas combinado con la edad materna.

Las medianas relativas son:

- Mediana relativa de free  $\beta$ -hCG: 2,10 (el valor observado debe dividirse por 2,10).
- Mediana relativa de PAPP-A: 1,86 (el valor observado debe dividirse por 1,86).

Existe controversia en cuanto al efecto que la corionicidad puede tener sobre estas medianas. Además, el valor de estas hormonas varía con la edad gestacional (EG). Es decir, las medianas relativas no son un parámetro fijo entre las 8 y las 13 semanas.

En las técnicas de reproducción asistida la free  $\beta$ -hCG puede estar aumentada y la PAPP-A disminuida. En el gemelo «evanescente» el efecto sobre el nivel de la PAPP-A dependerá:

- si el saco es anembrionado, no afecta al nivel de PAPP-A;
- si se visualiza embrión con muerte estimada por LCN  $<4$  semanas, la PAPP-A puede estar aumentada.

### Cribado bioquímico del segundo trimestre

- Cuádruple cribado, incluyendo la determinación de free  $\beta$ -hCG, alfa-fetoproteína (AFP), estriol no conjugado (uE3) e inhibina A en casos de gestantes que inicien el control  $> 14$  semanas (preferiblemente entre las 15 y las 18 semanas) combinado con la edad materna.
- En las técnicas de reproducción asistida la free  $\beta$ -hCG puede estar aumentada.
- La AFP se eleva en el gemelo «evanescente».

### Cribado ecográfico

#### Translucencia nual (combinado con la edad materna)

La translucencia nual (TN) es el parámetro más eficaz en el cribado de aneuploidías en la gestación múltiple. Las ventajas sobre el cribado bioquímico son:

- El riesgo hace referencia a cada uno de los fetos (gestación BC).
- Las curvas de normalidad de TN para gemelos y triples son comparables a las de la gestación única.
- No está influido por las técnicas de reproducción asistida.
- Es válido en el gemelo «evanescente».
- Es válido para gestaciones múltiples de orden  $>2$ .

La medición de la TN debe realizarse siguiendo los mismos criterios de la Fetal Medicine Foundation.

- Gestación BC: riesgo independiente para cada feto (riesgo de feto 1: TN1 combinado con la edad materna; riesgo de feto 2: TN2 combinado con la edad materna).
- Gestación MC: un único riesgo calculado a partir de la media de las TN  $(TN1+TN2/2)$  combinado con la edad materna.

La sensibilidad de la TN combinada con la edad materna en la gestación gemelar es del 75%, para un 5% de falsos positivos. La tasa de falsos positivos es más elevada en la gestación MC en la que la TN es también un marcador precoz de STFF (likelihood ratio de STFF de 4,4, si la TN está por encima del percentil 95 en alguno de los fetos).

### Otros marcadores ecográficos

#### Ductus venoso (combinado con la edad materna)

Como marcador ecográfico aislado, la sensibilidad para la detección de aneuploidías es similar a la de la gestación única (65-67%), pero con una mayor tasa de falsos positivos (8% en los gemelos BC y 18% en los MC).

En la gestación MC, además de marcador de cromosopatía, el ductus venoso (DV) es marcador precoz de STFF.

#### Hueso nasal (combinado con la edad materna)

Las pocas series publicadas con respecto a su utilidad como marcador ecográfico aislado de aneuploidías sitúan su sensibilidad alrededor del 50%.

### Discordancia biométrica en el primer trimestre

Se considera que existe discordancia biométrica durante el primer trimestre si:

- $LCN1-LCN2/LCN1 \times 100 >10\%$  (siendo LCN1, la LCN del mayor y LCN2, la del menor).
- Discordancia de LCN  $>1$  semana.

Cuando ello ocurre existe un riesgo incrementado de:

- Cromosopatías.
- Anomalías estructurales.
- Discordancia biométrica durante el 2.º y 3.º trimestre  $(PFE1-PFE2/PFE1 \times 100 >25\%$ , siendo PFE1 el peso del mayor y PFE2 el del menor).
- Morbilidad perinatal.

## Cribado combinado del primer trimestre

La combinación en el primer trimestre de los marcadores bioquímicos y la TN, conjuntamente con la edad materna, permite una tasa de detección similar a la de la TN aislada, pero con una reducción de la tasa de falsos positivos. *Debe ser considerado el cribado de elección.*

## Técnicas diagnósticas invasivas

### Particularidades de las técnicas invasivas en la gestación gemelar

- Valoración del binomio riesgo de pérdida fetal/beneficio potencial.
- El riesgo de pérdida fetal es superior al asociado a la gestación única.
- Los padres deben ser informados de que existe la posibilidad de resultados discordantes así como de las opciones terapéuticas en tales circunstancias (reducción fetal selectiva).
- Dado que puede ser necesaria una técnica diagnóstica adicional o la práctica de una reducción fetal selectiva ante resultados discordantes, es fundamental:
  - o Hacer una descripción detallada de cómo están situados los fetos y sus placentas, así como anotar cualquier característica que nos permita diferenciarlos, especialmente cuando los 2 fetos son del mismo sexo y no presentan malformaciones asociadas, ni marcadores ecográficos.
  - o Un correcto etiquetado de las muestras.
  - o En la medida de lo posible, el operador que realice la primera técnica debería ser el mismo que el que practicara la técnica diagnóstica adicional o la reducción fetal selectiva. Esto es especialmente importante en aquellos casos en que los fetos no tengan ninguna característica diferencial.

### Indicaciones de procedimiento invasivo

Son indicaciones de procedimiento invasivo:

- Cribado combinado de primer trimestre  $> 1/250$  (en cualquiera de los fetos en caso de la gestación BC).
- Cribado bioquímico de segundo trimestre  $> 1/250$ .
- Cribado ecográfico  $> 1/250$  (en cualquiera de los fetos en caso de la gestación BC).
- Discordancia biométrica.
- Mismas indicaciones que en la gestación única.

## Procedimientos invasivos

### Biopsia corial

- Técnica de primera elección en gestaciones gemelares.
- EG óptima para su realización: 11-14 semanas.
- Gestación gemelar BC:
  - o Recomendable tener experiencia tanto en la vía transcervical (pinza «fórceps» o cánula de aspiración), como transabdominal (aguja espinal de 18-20 G), ya que para

acceder al corion de cada uno de los fetos a veces es necesario combinar ambas.

- o Se debe localizar por ecografía el corion frondoso de ambos fetos y la membrana interfetal. Cuando estos estén fusionados, para evitar errores, debe localizarse la inserción de los cordones umbilicales y tomar la muestra próxima a la zona de la inserción.
- o Se obtendrá siempre una muestra de cada corion.
- Gestación gemelar MC:
  - o Es la técnica de elección siempre que no exista una malformación discordante, en cuyo caso realizaremos una amniocentesis con punción de ambos sacos (riesgo de heterocariotipo).
  - o Se obtendrá una única muestra.
- Error en la toma de muestra del 2%. En estos casos debe realizarse una técnica adicional, habitualmente una amniocentesis.

El riesgo de pérdida completa de la gestación antes de las 24 semanas es del 2,27 (IC 95% 0,06-12).

## Amniocentesis

- EG óptima para su realización  $> 15^{+0}$ -18 semanas.
- Se recomienda la práctica de 2 punciones, una de cada cavidad amniótica, con aguja espinal de 20-22 G, mediante la técnica de manos libres, obteniendo el mismo número de ml de líquido amniótico que semanas de gestación. La práctica de una única punción atravesando la membrana interfetal con el fin de obtener líquido amniótico de ambas cavidades, aunque puede realizarse en gestaciones BC, no es el método de elección (riesgo de contaminación y despegamiento corio-amniótico). Este tipo de punción está siempre contraindicada en la gestación MC por el riesgo de septostomía (gemelos «pseudoamnióticos»).
- En la gestación BC habitualmente recomendamos la punción de ambos sacos, aunque ante una malformación discordante en la que el otro gemelo sea de bajo riesgo, de manera individualizada y conjuntamente con los progenitores, se puede contemplar la obtención de una única muestra del gemelo afecto, disminuyendo así el riesgo del procedimiento.
- Existe controversia respecto a realizar una o 2 punciones en las gestaciones MC. Si el diagnóstico de corionicidad se ha establecido en el primer trimestre y no existe malformación, ni marcadores ecográficos discordantes, ni discordancia biométrica, parece razonable realizar una única punción.
- En caso de tener que realizar una amniocentesis en una gestación MC, esta la diferiremos hasta la cirugía si hay signos precoces de STFF o si se trata de una malformación discordante severa en la que los padres optan por una oclusión del cordón. La práctica de una amniocentesis previa a la cirugía podría ocasionar un despegamiento amniótico que posteriormente dificulte la entrada del fetoscopio.

El riesgo de pérdida completa de la gestación antes de las 24 semanas es del 2,88 (IC 95% 1,91-4,05).

La elección de una u otra técnica vendrá condicionada por:

- La EG.

- La experiencia del operador.
- Dificultades técnicas específicas de la paciente (obesidad, posiciones relativas de los sacos gestacionales y de las placentas).
- En la gestación BC, si se sospecha discordancia de cariotipo, se optará por una biopsia corial, ya que ante una cromosomopatía discordante, en caso de que los padres solicitaran una reducción fetal selectiva, esta se podría realizar de una manera precoz, con un riesgo de pérdida fetal menor.
- Se optará por biopsia corial si se han de realizar estudios de ADN o enzimáticos.
- La biopsia corial con toma única es la técnica de elección en la gestación MC (cribado combinado, cribado ecográfico, antecedentes, edad materna...).
- La amniocentesis con punción de ambos sacos es la técnica de elección en la gestación MC con malformación discordante.
- Existe muy poca experiencia respecto a la práctica de biopsia corial en gestaciones de orden superior a 2.

## Reducción embriofetal

### Concepto

Se define como reducción embriofetal aquel procedimiento que tiene como objetivo reducir el número de embriones/fetos evolutivos para disminuir los riesgos maternos o fetales, fundamentalmente la prematuridad, asociados a una gestación múltiple de rango superior a 2.

Se ofrece en las gestaciones múltiples de alto orden ( $\geq 3$  fetos) en que los padres, conociendo los riesgos asociados a la gestación múltiple y al procedimiento, soliciten la reducción de uno o varios fetos. La mayoría de reducciones embriofetales se realizan en gestaciones triples tricoriales triamnióticas.

### Procedimiento

Información a la pareja de los riesgos de mantener un manejo expectante de la gestación respecto a los del procedimiento.

Realización de una ecografía de primer trimestre avanzada, que consiste en:

- confirmar la corionicidad;
- localización de los fetos y placentas;
- realización de biometría;
- estudio anatómico precoz, así como de la TN (opcional DV);
- la biopsia corial previa al procedimiento no implica un incremento significativo de los riesgos.

Se aconseja realizar la reducción fetal a partir de las 11 semanas, preferiblemente a las 12-13 semanas. Los objetivos de hacer la reducción a partir de las 11 semanas son:

- Posibilidad de pérdida espontánea de alguno de los fetos a lo largo del 1.<sup>er</sup> trimestre
- Realizar cribado de aneuploidía ecográfico (gestaciones de  $\geq 3$  fetos).
- Realizar estudio anatómico precoz para descartar anomalías de alguno de los fetos.

El feto reducido será el que se pueda realizar de forma más sencilla y segura, y de forma electiva el que esté más

distante del canal cervical. Se evitarán punciones con entrada difícil (presencia de mioma, tumoración anexial). Ante la presencia de marcadores de aneuploidía o discordancia marcada de biometrías, se escogerá el feto afecto/más pequeño.

La técnica de elección es la instilación percutánea de sustancias que producen asistolia. Es una técnica que se realiza en régimen ambulatorio, no es necesaria anestesia ni sedación materna, aunque se puede considerar con la paciente la toma de un ansiolítico una hora antes del procedimiento.

- Control ecográfico por vía transabdominal.
- Aguja espinal de 20-22 G.
- Inyección de 1-5 ml de cloruro potásico (CLK 2%, 2mEq/ml; 1-2 ml) intracardiaca o intratorácica.
- Confirmar la asistolia 1-2 min antes de retirar la aguja.
- Reconfirmar asistolia del feto intervenido y presencia de actividad cardíaca normal del resto de fetos tras el procedimiento.
- Profilaxis antibiótica (dosis única de ceftriaxona 1 g IM).

Como control posprocedimiento aconsejamos:

- Observación durante 1-2 h.
- Administración de gammaglobulina anti-D si la gestante es Rh negativa.
- Reposo relativo domiciliario 48 h.
- Control en una semana por el médico de referencia.

### Resultados

Globalmente, el riesgo de pérdida fetal antes de la semana 24 en las reducciones de  $>3$  embriones es de aproximadamente el 5%.

Respecto a gestaciones triples tricoriales no reducidas, está ampliamente aceptado que la reducción de triple a gemelar (de 3 a 2 fetos) entre las 10-14 semanas supone:

- multiplicar por 2 el riesgo de pérdida fetal antes de las 24 semanas: 4 vs. 8%;
- reducir por 3 el riesgo de PP antes de las 32 semanas: 25-30 vs. 5-10%, por lo que se reducen las complicaciones secundarias a la prematuridad extrema;
- los resultados perinatales son similares a los del gemelar no reducido.

En algunos casos, de acuerdo con el deseo de los padres, será aconsejable la reducción de triple a único:

- paciente con alto riesgo de PP: antecedentes o acortamiento de la longitud cervical;
- presencia de enfermedad materna severa;
- gestación bicorial triamniótica, en que puede ser preferible la reducción del par MC (tras consejo adecuado por un equipo con experiencia en terapia fetal).

Finalmente, aunque la reducción a único de un gemelar no suele presentarse como opción en la mayoría de centros de nuestro medio, es una posibilidad a tener en cuenta en una gestación gemelar BC ante la petición de los padres en casos muy seleccionados.

## Reducción fetal selectiva

### Concepto

Se define como interrupción fetal selectiva aquel procedimiento que tiene como objetivo reducir uno o varios fetos con anomalías estructurales o cromosómicas, para evitar su nacimiento vivo.

Se ofrece en las gestaciones múltiples en que se ha diagnosticado una anomalía fetal y los padres, conociendo el diagnóstico, pronóstico y opciones terapéuticas de la anomalía diagnosticada, soliciten la interrupción selectiva del feto afecto. Se deberá informar a la paciente de la probabilidad de muerte espontánea durante la gestación en función de la anomalía detectada, así como de los riesgos del procedimiento comparados con mantener una conducta expectante. Es importante destacar los riesgos de aumento de prematuridad severa en algunas anomalías que típicamente producen polihidramnios severos (obstrucción digestiva, anencefalia).

### Procedimiento

Realización de una ecografía avanzada, que confirme el diagnóstico realizado de anomalía discordante, así como de normalidad del cogemelo, y además para:

- confirmar la corionicidad
- localizar los fetos y las placentas.

La EG del procedimiento dependerá del momento del diagnóstico, la anomalía detectada y del deseo de los padres.

La técnica que se describe a continuación hace referencia única y exclusivamente a la gestación BC.

Aunque existe controversia sobre el momento óptimo para realizar el procedimiento, se considera que el riesgo global es superior cuando este se realiza a partir de las 16 semanas, comparado con los realizados precozmente. Es por ello por lo que la tendencia es a realizarlo lo antes posible, preferentemente antes de las 16 semanas.

En diagnósticos a partir de las 16 semanas se consensuará con los padres el momento óptimo para realizar el procedimiento en función de la anomalía detectada, la EG y el deseo de los padres. En aquellos casos que cumplan los criterios de aceptación de interrupción legal del embarazo tardía (artículo 15c) se informará a la paciente de la posibilidad de diferir la interrupción al tercer trimestre para reducir el riesgo de pérdida fetal y de prematuridad extrema, en beneficio del feto sano. En estos casos se hará un seguimiento estricto de la gestación, valorando la longitud cervical (LC) cada 3-4 semanas y se administrarán corticoides a la madre por vía IM para maduración pulmonar 48 h antes del procedimiento.

La técnica de elección es la instilación percutánea de sustancias que producen asistolia. Es una técnica que se realiza en régimen ambulatorio, no es necesaria anestesia ni sedación materna, aunque se puede considerar con la paciente la toma de un ansiolítico una hora antes del procedimiento.

- Control ecográfico por vía transabdominal.
- Aguja espinal de 20 G.

- Inyección de cloruro potásico (ClK) intratorácica, intracardíaca o en vena umbilical en función de la EG y de la dificultad técnica. La dosis necesaria para conseguir la asistolia es variable, pero como regla general se calcula alrededor de 1 mEq de ClK por cada semana de gestación a partir de la 10.<sup>a</sup> (por ejemplo: 4 mEq a las 14 semanas, 10 mEq a las 20 semanas, 22 mEq a las 32 semanas).
- En caso de procedimiento más allá de la viabilidad (>24 semanas), es aconsejable administrar analgesia al feto con fentanilo (10-15 µg/kg/IM), así como inducir la inmovilización con vecuronio (0,1-0,2 mg/kg/IM) para reducir la posibilidad de complicaciones intraoperatorias.
- Confirmar la asistolia 1-2 min antes de retirar la aguja.
- Reconfirmar asistolia del feto intervenido y presencia de actividad cardíaca normal del feto no afecto tras el procedimiento.
- Profilaxis antibiótica (dosis única de ceftriaxona 1 g IM) tras el procedimiento.

Como control posprocedimiento aconsejamos:

- Observación durante 1-2 h.
- Administración de gammaglobulina anti-D si la gestante es Rh negativa.
- Reposo relativo domiciliario 48 h.
- Control en una semana por el médico de referencia.

### Resultados

El riesgo basal de una gestación gemelar de parto prematuro <28 semanas es alrededor del 3-4%, pero este porcentaje se incrementa de forma significativa cuando existen anomalías congénitas asociadas, hasta incluso en >50% en según qué tipo de anomalías.

El riesgo de un mal resultado perinatal tras una interrupción selectiva en una gestación BC es aproximadamente:

- riesgo de pérdida gestacional del 5% si <16 semanas y del 10-15% si >16 semanas;
- 5% de riesgo de prematuridad extrema <28 semanas y del 20% <33 semanas si el procedimiento se realiza >16 semanas.

En caso de procedimiento tardío (>30-32 semanas), el riesgo de muerte perinatal del feto sano es del 1-2% y al menos un 3-4% tendrán un parto pretérmino de <28 semanas antes de realizarse el procedimiento. Por este motivo, hay que avisar a los padres y al equipo perinatal de que en alguno de esos casos el procedimiento podría realizarse de urgencias con la paciente de parto establecido, o incluso de que no se pudiera llegar a realizar.

### Fallecimiento de un gemelo

El fallecimiento de un gemelo puede producirse de manera espontánea o tras la práctica de una técnica invasiva, diagnóstica o terapéutica.

### Diagnóstico

En la gestación ≤8-10 semanas visualizaremos uno de los sacos gestacionales sin embrión en su interior o con un

embrión de >6 mm de LCN y ausencia de latido cardíaco (el embrión puede llegar a reabsorberse dando lugar al gemelo «evanescente». En fases más avanzadas el diagnóstico se establece igualmente por ausencia de latido cardíaco en uno de los fetos.

### Implicaciones en el primer trimestre

Si no se identifica embrión en el interior del saco gestacional, la conducta ha de ser la misma que en la gestación única. El cribado bioquímico no se ve alterado. Si se identifica embrión, con muerte estimada por LCN <4 semanas, como ya se ha comentado previamente, se recomienda realizar solamente cribado ecográfico.

### Implicaciones en el segundo y tercer trimestres

La muerte de uno de los fetos en una gestación BC, aunque en mucha menor medida que en la MC, implica un incremento de riesgo para el feto superviviente, que incluye:

- Fallecimiento: 3% (IC 95%: 0,4-5,7)
- Parto pretérmino: 54% (IC 95%: 41,5-66,9)
- Neuroimagen patológica: 16% (IC 95%: 7,8-23,5)
- Alteración del neurodesarrollo: 2% (IC 95% 1,6-4,9).

### Protocolo de actuación

- Intentar establecer la etiología del fallecimiento.
- Cuando la pérdida embrionaria es muy precoz (≤8-10 semanas), el manejo de la gestación es prácticamente superponible al de la gestación única.

- Cuando el fallecimiento tiene lugar en el 2.º o 3.º trimestres, el control prenatal incluye:
  - o Controles ecográficos para monitorización del crecimiento y grado de bienestar del feto superviviente. Estos controles dependerán fundamentalmente:
    - de la EG a la que se haya diagnosticado el fallecimiento: a mayor EG más frecuentes serán los controles.
    - de las circunstancias específicas que concurren en cada gestación (presencia de CIR del feto superviviente, APP...).
    - También valoraremos la LC por ecografía transvaginal de manera seriada para individualizar el riesgo de prematuridad y objetivar el acortamiento cuando este ocurra.
  - o Los padres deben estar informados de los riesgos que esta nueva situación implica.
  - o El control de la gestación puede ser realizado en la gran mayoría de los casos de forma ambulatoria.
  - o El riesgo de coagulopatía es muy improbable en estas gestantes, por lo que en la actualidad no se considera necesaria una vigilancia especial en este sentido.
  - o Si no se da ninguna complicación, la conducta debe ser expectante hasta llegar a término.

En la figura 5 se presenta el protocolo de actuación recomendado, si bien algunas opciones de manejo no están reconocidas por la medicina basada en la evidencia, en parte debido a la ausencia de datos en determinados aspectos.

### Crecimiento intrauterino restringido selectivo

De forma general, tanto los criterios diagnósticos como el seguimiento del bienestar fetal y los criterios de ingreso y de

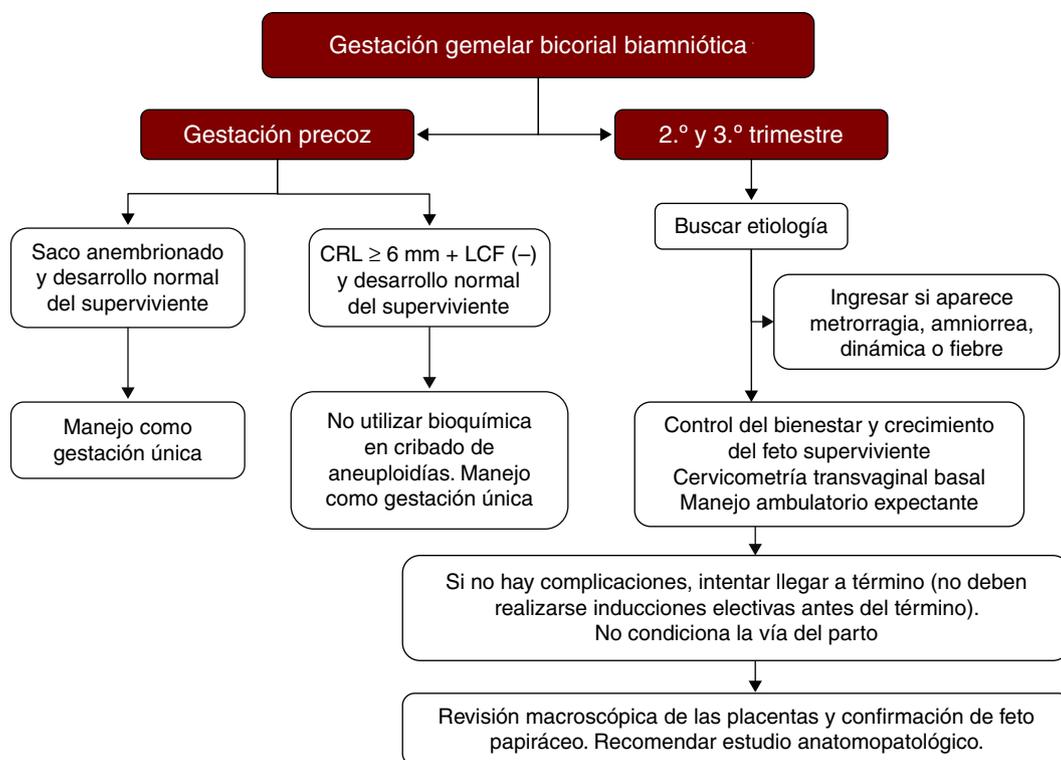


Figura 5 Protocolo de actuación en la gestación gemelar bicorial biamniótica con fallecimiento de un gemelo.

maduración pulmonar se hacen siguiendo el protocolo de manejo de las alteraciones del crecimiento fetal en la gestación única.

### Diagnóstico

- No existe consenso en la literatura respecto a la conveniencia de utilizar tablas específicas para gestaciones gemelares.
- Se deben distinguir los siguientes conceptos:
  - o *Feto pequeño para la EG (PEG)*: peso fetal estimado (PFE) < p10 + doppler normal (IP AU normal e ICP > p5).
  - o *CIR*: PFE < p10 + doppler anormal (IP AU > p95 o ICP < p5).
  - o *Feto pequeño anómalo*: PFE < p10 (habitualmente < p3) ± doppler anómalo (enfermedades genéticas; malformaciones; infecciones congénitas).
  - o *Crecimiento discordante*: la diferencia de pesos estimados es >20% (PFE feto mayor - PFE feto menor / PFE feto mayor × 100) y ambos fetos con PFE > p10. Hablamos de discordancia severa cuando esta es >30%.
- La ecografía es la técnica diagnóstica de elección, si bien la sensibilidad del procedimiento es baja.
- Dado que el crecimiento es un proceso dinámico, la información de las ecografías seriadas son de gran valor (la valoración biométrica requiere de un intervalo superior o igual a 2 semanas).

En la [figura 6](#) se incluye el algoritmo diagnóstico del CIR selectivo en la gestación gemelar bicorial biamniótica.

### Protocolo de actuación

El manejo de estas gestaciones dependerá de la etiología, severidad y EG en el momento del diagnóstico.

En general, entre las semanas 25 y 27<sup>+6</sup> debe recomendarse a los padres optar por el manejo expectante dado, por

una parte, el elevado riesgo que en términos de morbilidad tiene para el feto de crecimiento normal finalizar el embarazo en este momento y, por otra, que las posibilidades de supervivencia libre de secuelas para el feto CIR son muy bajas en estas semanas. Entre las semanas 28<sup>+0</sup> y 31<sup>+6</sup>, por el contrario, la actitud expectante debe revisarse periódicamente y ser consensuada con los padres. Se tiende habitualmente a ser más intervencionista cuanto más cerca se está de la semana 32. Por último, a partir de la semana 32 las decisiones deben tomarse siempre favoreciendo los intereses del feto CIR como si de una gestación única se tratara.

Los criterios de finalización en la gestación bicorial con CIR selectivo se exponen en la [figura 7](#).

### Predicción y prevención de la prematuridad

#### Incidencia

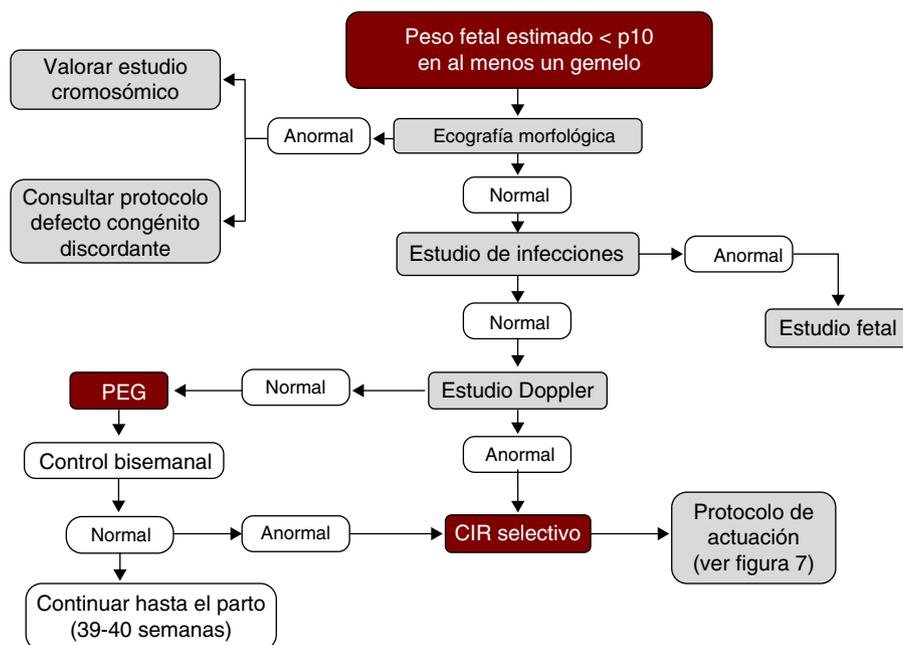
La tasa de parto pretérmino espontáneo de <37 semanas en gestaciones gemelares se estima en un 30-40% (PP < 32 semanas en el 5% de gemelos BC y en el 10% de gemelos MC) *versus* el 8-10% en gestaciones únicas (PP < 32 semanas en el 1-2%). Es el factor que más influye sobre la morbilidad perinatal. En las gestaciones gemelares con cérvix corto la tasa de PP alcanza el 70%.

#### Predicción del parto pretérmino

La medición de la LC por ecografía transvaginal (ECO-TV) es el método de elección para el cribado de gestantes asintomáticas con riesgo de parto pretérmino.

Existen curvas de normalidad para la LC por ECO-TV según la EG en la gestación gemelar. Se aceptan como puntos de corte por debajo de los cuales aumenta el riesgo de PP:

- EG < 20 semanas: LC < 25 mm



**Figura 6** Algoritmo diagnóstico de CIR selectivo en la gestación gemelar bicorial biamniótica.

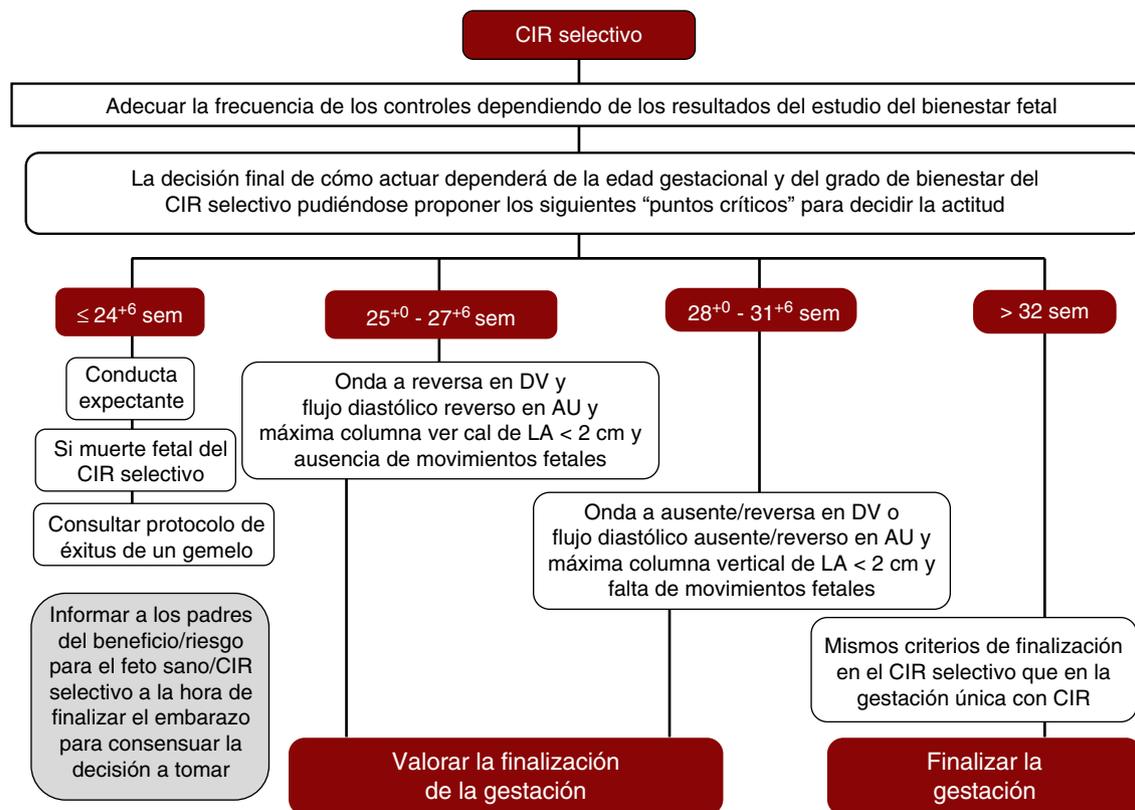


Figura 7 Algoritmo del protocolo de actuación en el CIR selectivo en la gestación gemelar bicorial biamniótica.

- EG 20-23 semanas: LC 25-20 mm
- EG 23-30 semanas: LC 20-10 mm
- EG > 30 semanas: LC < 10 mm

Aunque no hay datos suficientes sobre el punto de corte óptimo, ni cuál debe ser el seguimiento en tal caso, la mayoría de los autores aceptan una LC < 25 mm. *La mayor utilidad de la valoración de LC en la gestación gemelar es su elevado valor predictivo negativo.*

La metodología para la medición de la LC por ECO-TV en la gestación gemelar es la misma que en la gestación única.

### Metodología para la medición de la longitud cervical

La exploración ecográfica del cérvix se debe realizar por vía transvaginal.

- La paciente se coloca en posición ginecológica previo vaciado de la vejiga urinaria.
- Se introduce el transductor a nivel de fondo de saco vaginal anterior.
- No se debe ejercer excesiva presión con el transductor para evitar la elongación artificial del cérvix (el labio anterior y posterior deben tener aproximadamente el mismo grosor).
- Se realiza un corte sagital donde el canal cervical debe quedar claramente delineado en el centro de la pantalla, y debe identificarse correctamente el orificio cervical externo (OCE) y el orificio cervical interno (OCI). El área anecoica subyacente, que corresponde a las glándulas endocervicales, ayudan a delimitar la longitud.

- La imagen del cérvix se debe ampliar, de manera que ocupe el 75% de la pantalla.
- Para conseguir una correcta visualización del canal cervical deben realizarse tres tipos de movimientos con el transductor: el movimiento antero-posterior permite centrar el cérvix; los movimientos laterales facilitan la localización del canal cervical y mediante la rotación del transductor se consigue la identificación completa del canal.
- Cuando el canal cervical es curvo, la LC puede medirse en línea recta (uniendo OCE con OCI) o siguiendo la curvatura del canal (sumando diversas líneas rectas). Sin embargo, ello no tiene implicaciones clínicas, dado que todos los cérvix cortos son rectos.
- Se deben realizar un mínimo de 3 mediciones diferentes y la variación entre las distintas mediciones debe ser inferior a 2-3 mm. Si las medidas son consistentes entre ellas (variación inferior a 3 mm) se debe anotar la más corta. Si las medidas no son consistentes, debe repetirse la exploración por el mismo u otros exploradores hasta obtener un mínimo de 3 mediciones con datos consistentes.
- La exploración debe tener una duración aproximada de 3 min para poder detectar potenciales cambios cervicales.

### Prevención de la prematuridad

No existe evidencia científica de que el reposo hospitalario, el cerclaje o la administración de progesterona (progesterona micronizada o caproato 17-hidroxiprogesterona) disminuyan el riesgo de prematuridad en la gestación gemelar. Si bien hay varios estudios en marcha respecto a la utilidad del pesario, con resultados preliminares prometedores, su

utilidad en la prevención del PP en gemelares no ha sido demostrada.

A pesar de ello, se recomienda un control mensual de la LC. Ante una LC <25 mm, parece razonable plantear:

- LC 15-25 mm: control cervical cada 15 días.
- LC < 15 mm: control individualizando cada caso. Valorar maduración pulmonar e ingreso en función de la EG.

### Otras recomendaciones

- La administración de tocolíticos debe guardar las mismas indicaciones que en la gestación única. De primera elección se deberá usar el atosiban, ya que el riesgo de edema agudo de pulmón en pacientes en tratamiento con betamiméticos es mayor en la gestación gemelar.
- Las pautas de maduración pulmonar son las mismas que en casos de feto único. En caso de realizar comprobación de maduración previa a la finalización de la gestación, no existe consenso en si se deben puncionar uno o los 2 sacos.

### Control ecográfico de la gestación gemelar

El control ecográfico en las gestaciones BC va orientado principalmente a la identificación precoz de las 2 mayores complicaciones: la prematuridad y el CIR.

### Gestación gemelar bicorial biamniótica

Se realizarán los siguientes controles ecográficos:

- 11-13<sup>+6</sup> semanas:
  - o Diagnóstico de corionicidad
  - o Datación de la gestación (LCN mayor)
  - o Cribado ecográfico primer trimestre: riesgos independientes
- 16 semanas:
  - o Estudio biométrico
  - o Ecografía morfológica precoz
- Ecografía morfológica 20-22 semanas y LC:
  - o Riesgo de defecto estructural similar a las gestaciones únicas
- Control del crecimiento:
  - o 24, 28, 32-34 y 36-38 semanas
  - o Doppler a partir de las 28 semanas
  - o LC por ECO-TV 24-28-32 y 34 semanas.

### Control en la gestación triple tricorial

Se realizarán los siguientes controles ecográficos:

- 11-13<sup>+6</sup> semanas:
  - o Diagnóstico de corionicidad
  - o Datación de la gestación (LCN mayor)
  - o Cribado ecográfico primer trimestre (TN + edad materna): riesgos independientes.
- 16 semanas:
  - o Estudio biométrico
  - o Ecografía morfológica precoz.

- Ecografía morfológica 20-22 semanas y LC:
  - o Riesgo de defecto estructural similar a las gestaciones únicas.
- Control del crecimiento:
  - o 24-26-28-30-32-34 semanas
  - o LC por ECO-TV 24, 28, 32 y 34 semanas.

Las curvas de crecimiento de los fetos en las gestaciones triples son similares a las de las gestaciones únicas hasta las 28-30 semanas, con un descenso progresivo posterior de la velocidad de crecimiento. Se aplanan hacia las 34-35 semanas, mostrando a partir de entonces una diferencia cada vez mayor con respecto a los fetos únicos.

### Finalización de la gestación. Vía del parto. Trabajo de parto

En gestaciones múltiples sin complicaciones sobreañadidas, con el fin de reducir la morbimortalidad perinatal, el embarazo se finalizará de manera electiva antes que en la gestación única.

### Finalización de la gestación

- *Gestación gemelar bicorial*:
  - o Test de Bishop  $\geq 6$ : finalización a las 37-39 semanas.
  - o Test de Bishop < 6: finalización  $\geq 38-39$  semanas.
  - o En caso de finalizar mediante cesárea electiva, esta se realizará a la semana 38.
- *Gestación triple tricorial triamniótica*: cesárea electiva a las 34-36 semanas. Si se finaliza antes de las 35<sup>+0</sup> semanas se administrará una tanda de corticoides 48-72 h antes de la cesárea.

No obstante, el parto vaginal también puede contemplarse, consensuado con la paciente, si se cumplen los siguientes requisitos:

- o  $\geq 34$  semanas.
- o Primer feto en longitudinal cefálica.
- o Posibilidad de monitorizar los 3 fetos simultáneamente durante el trabajo de parto.
- o Ausencia de contraindicación para el parto vaginal.
- o Equipo obstétrico con experiencia en versión interna y gran extracción.

### Vía del parto

La elección de la vía del parto dependerá de:

- Número de fetos.
- EG.
- PFE principalmente del feto 2 y discordancia entre PFE.
- Estática fetal.
- Experiencia del equipo obstétrico.

De este modo, la vía será:

- Ambos gemelos en cefálica: vía vaginal (excepto contraindicaciones).
- Primer gemelo en cefálica y segundo en otra presentación:
  - o <32 semanas o peso estimado <1.500 g: cesárea electiva.

- o  $\geq 32$  semanas y peso estimado  $\geq 1.500$  g: vía vaginal, siempre teniendo en cuenta la experiencia del equipo obstétrico.
- Primer gemelo en presentación no cefálica: cesárea electiva.

Indicaciones de cesárea electiva:

- Gestaciones de  $\geq 3$  fetos (salvo casos específicos).
- Primer feto en presentación no cefálica.
- Segundo feto con PFE  $>30\%$  del primer feto, especialmente en presentación no cefálica del segundo feto, siempre a criterio del equipo obstétrico.

### Consideraciones

- Existe consenso en indicar la vía vaginal en casos de presentación cefálica/cefálica.
- En los casos de presentación cefálica/no cefálica y con fetos con PFE  $>1.500$  g, la cesárea no está justificada ya que no existe evidencia científica en la actualidad que demuestre una mejora de la morbilidad o mortalidad neonatal.
- Ante un parto vaginal, el riesgo de cesárea del segundo gemelo, independientemente de su estática fetal, es del 5-10%.
- En casos de presentación cefálica/no cefálica en fetos con PFE entre 500-1.500 g no existe evidencia científica a favor de la cesárea electiva o el parto vaginal.
- En los casos en los que el primer gemelo esté en podálica y el PFE  $>1.500$  g, no existe evidencia de que la cesárea electiva sea superior al parto vaginal. Sin embargo, la recomendación del ACOG es la de practicar una cesárea. Esta recomendación se basa en 2 hechos: 1) posibilidad de que se produzca un engatillamiento de las cabezas fetales y 2) los resultados del estudio multicéntrico sobre el manejo del parto de nalgas en las gestaciones únicas.
- El parto en presentación podálica del segundo gemelo con o sin versión interna se asocia a menor tasa de cesáreas y resultados perinatales maternos y fetales parecidos a la versión externa.

### Conducta durante el parto

Al tratarse de un parto de riesgo elevado, se recomienda que el equipo médico PRESENTE en el momento del parto incluya:

- 2 obstetras
- 1 o 2 matronas
- 1 anestesiólogo
- 1 o 2 neonatólogos (en función de la EG)
- 2 auxiliares de enfermería.

### Control en el ingreso

- Historia clínica detallada.
- Determinación de tensión arterial.
- Analítica (hemograma y pruebas de coagulación).
- Reserva de sangre (2 concentrados de hemáties).
- Ecografía: comprobación de la estática fetal, cantidad de líquido amniótico, localización de las placentas y

estimación de los pesos fetales si el último control ecográfico es  $>15$  días.

### Control durante el trabajo de parto

- Vía intravenosa
- La epidural es la técnica analgésica de elección. En caso de tener que realizar una versión interna y gran extracción del 2.º gemelo, es necesaria una correcta relajación uterina (se recomienda administrar nitroglicerina antes del procedimiento).
- Monitorización continua y simultánea de la frecuencia cardíaca fetal de ambos fetos (valorar la monitorización del primer feto mediante electrodo interno).
- En caso de hipodinamia, estimulación oxitócica controlada.
- Disponibilidad de análisis de pH de calota fetal.
- Ante la sospecha de pérdida del bienestar fetal, imposibilidad de una correcta monitorización cardiotocográfica o bioquímica de uno o ambos fetos, se indicará una cesárea en curso de parto.

### Control durante el expulsivo

- Parto en paritorio polivalente o con quirófano disponible en situación de urgencia (si no fuera posible, se recomienda realizar el parto en quirófano).
- Ecógrafo disponible y presente en el paritorio.
- Después del nacimiento del primer feto y tras pinzar el cordón umbilical, comprobación ecográfica de la presentación del segundo gemelo manteniendo íntegra la bolsa.
- En caso de situación transversa u oblicua, aprovechando el periodo hipocontráctil y bajo control ecográfico, realizar versión externa a cefálica o podálica; o bien, según la experiencia del obstetra, valorar versión interna y gran extracción.
- Estimulación oxitócica entre el expulsivo del primer y del segundo feto.
- Una vez encajada la presentación del segundo feto en primer plano, amniorrexis controlada de la segunda bolsa.
- Mantener la monitorización cardiotocográfica durante el expulsivo del segundo gemelo.
- En cualquier caso de fracaso de las maniobras, signos de pérdida del bienestar fetal, o a criterio del obstetra responsable del parto, indicar una cesárea del segundo gemelo.
- Determinación de pH de cordón umbilical en ambos fetos.
- Disponibilidad de realizar cesárea urgente en caso de complicación.

### Intervalo entre el expulsivo de ambos gemelos

- No parece existir un tiempo máximo por la extracción del segundo gemelo, siempre y cuando no aparezcan signos de pérdida del bienestar fetal. Se recomienda una actitud conservadora. Como norma general y en ausencia de sospecha de pérdida del bienestar fetal, se adoptará siempre una actitud inicialmente no activa para la extracción del segundo gemelo. Las actitudes intervencionistas incrementan el riesgo de distocia, especialmente en fetos pequeños y en presentaciones podálicas. En cualquier caso, un intervalo de 30 min parece un tiempo razonable.

## Condiciones para la versión interna y gran extracción

- Gestación >32 semanas y peso estimado >1.500 g.
- Bolsa íntegra antes de realizar la maniobra.
- Buena relajación uterina.
- PFE del segundo gemelo no superior al 25% del primero.

## Control durante el alumbramiento

Dado que el riesgo de atonía uterina es mayor por la sobre-distensión, se deben adoptar las siguientes medidas preventivas:

- Alumbramiento dirigido del segundo gemelo.
- Comprobar la integridad de los anejos ovulares y, si existe alguna duda, revisión manual de la cavidad uterina (profilaxis antibiótica).
- 10 UI de oxitocina intravenosa lenta o una amp IM de metilergometrina (salvo si existe HTA) tras el alumbramiento.
- Perfusión de 500 cc de suero fisiológico + 10 UI de oxitocina de mantenimiento.
- En caso de atonía uterina, seguir el protocolo de actuación pertinente.
- Valorar remitir las placentas a anatomía patológica.

## ¿Qué hacer en caso de...?

### Defecto congénito discordante

Ante un defecto congénito discordante, lo primero que debemos hacer es:

- Confirmar la enfermedad del gemelo afecto y la normalidad del cogemelo.
- Evaluación de la anomalía:
  - o no letal con secuelas severas
  - o letal.
- Información de las diferentes opciones a la pareja.
- Evaluación riesgos de:
  - o Pérdida de gestación
  - o Prematuridad severa (<28 semanas; <32 semanas).

### Equilibrio riesgo del gemelo no afecto

- Si conducta expectante:
  - o Muerte intrauterina <1-2%.
  - o Parto prematuro <32 semanas:
- General: 8-10%.
- Según tipo malformación: >50%.
- Si reducción fetal selectiva del gemelo afecto:
  - o Pérdida fetal: 5-15% (según EG al procedimiento).
  - o Parto prematuro < 32 semanas del 1-5 al 20% según la EG del procedimiento.

### Expectativas de los padres

- Opción de donación de órganos (si anomalía letal): no realizar ningún procedimiento.
  - o Incremento del riesgo de prematuridad severa para el gemelo sano.

- Máxima seguridad perinatal del gemelo sano: realizar el procedimiento tardío (>30-32 semanas).
- Máxima seguridad diagnóstica del gemelo sano: realizar el procedimiento intermedio (20-22 semanas).
- Domina la angustia materna: realizar el procedimiento lo antes posible tras el diagnóstico (ideal <14-16 semanas).

## Prolongación de la gestación después del parto del primer gemelo

En aquellos casos en los que se asiste al expulsivo del primer feto sin producirse la expulsión del segundo gemelo, es aceptable individualizar la posibilidad de un parto diferido, en función de la EG y las características clínicas de cada caso. Esta conducta está justificada cuando el parto del primero se produce en épocas previables o de prematuridad extrema. Cuando se intente un parto diferido, hay que procurar:

- Que se trate de una gestación BC, si bien la gestación MC no es una contraindicación absoluta.
- Descartar una corioamnionitis.
- Ligar y seccionar el cordón umbilical, intentando que protruya lo menos posible por el orificio cervical interno.
- Dejar la placenta *in situ*.
- Antibióticos profilácticos de amplio espectro.
- Gammaglobulina anti-D si la gestante es Rh negativo.
- Control materno y fetal seriado.

Las complicaciones derivadas de un parto diferido son comparables a las descritas en la RPM en que se adopta una actitud expectante:

- Corioamnionitis (24%).
- Hemorragia posparto (11%).
- DPPNI (5%).

Los protocolos asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios.

## Bibliografía recomendada

- Agarwal K, Alfrevic Z. Pregnancy loss after chorionic villus sampling and genetic amniocentesis in twin pregnancies-a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2012;40:128–34.
- Annanth CV, Chauhan SP. Epidemiology of twinning in developed countries. *Semin Perinat.* 2012;36:156–61.
- Audibert F, Gagnon A. Prenatal screening for and diagnosis of aneuploidy in twin pregnancies. *Society of Obstetricians and*

- Gynaecologists of Canada; Prenatal Diagnosis Committee of the Canadian College of Medical Geneticists. *J Obstet Gynaecol Can.* 2011;33:754–67.
- Berghella V, Baxter JK, Hendrix NW. Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;31:CD007235.
- Breathnach FM, Fergal D, Malone FD. Fetal growth disorders in twin gestations. *Semin Perinatol.* 2012;36:175–81.
- Brubaker SG, Gyamfi C. Prediction and prevention of spontaneous preterm birth in twin gestations. *Semin Perinatol.* 2012;36:190–4.
- Chauhan SP, Scardo JA, Hayes E, Abuhamad AZ, Berghella V. Twins: Prevalence, problems, and preterm births. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203:305–15.
- Conde-Agudelo A, Romero R, Hassan SS, et al. Transvaginal sonographic cervical length for the prediction of spontaneous preterm birth in twin pregnancies: A systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203: 128.e1-128.e12.
- Harper LM, Weis MA, Odibo AO, et al. Significance of growth discordance in appropriately grown twins. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208: 393.e1-393.e5.
- Hillman SC, Morris RK, Kilby MD. Co-twin prognosis after single fetal death: A systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2011;118:928–40.
- Liem S, Schuit E, Hegeman M, et al. Cervical pessaries for prevention of preterm birth in women with a multiple pregnancy (ProTWIN): A multicentre, open-label randomised controlled trial. *Lancet.* 2013;S0140-6736:61408–17.
- Madsen H, Ball S, Wright D, Topping N, Petersen O, Nicolaides K, et al. A reassessment of biochemical marker distributions in trisomy 21-affected and unaffected twin pregnancies in the first trimester. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;37:38–47.
- Maiz N, Staboulidou I, Leal AM, Minekawa R, Nicolaides K. Ductus venosus doppler at 11 to 13 weeks of gestation in the prediction of outcome in twin pregnancies. *Obstet Gynecol.* 2009;113:860–5.
- Miller J, Chauhan SP, Abuhamad AZ. Discordant twins: Diagnosis, evaluation and management. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206:10–20.
- Monteagudo A, Roman AS. Ultrasound in multiple gestations: Twins and other multifetal pregnancies. *Clin Perinatol.* 2005;32:329–54.
- Morin L, Lim K. Ultrasound in twin pregnancies. *J Obstet Gynaecol Can.* 2011;33:643–56.
- Newman RB, Unal ER. Multiple gestations: Timing of indicated late preterm and early-term births in uncomplicated dichorionic, monochorionic, and monoamniotic twins. *Semin Perinatol.* 2011;35:277–85.
- Nieuwint A, van Zalen Sprock R, Hummel P, et al. Identical twins with discordant karyotypes. *Prenat Diagn.* 1999;19:72–6.
- Prats P, Rodríguez I, Nicolau J, Comas C. Early first-trimester free-β-hCG and PAPP-A serum distributions in monochorionic and dichorionic twins. *Prenat Diagn.* 2012;32:64–9.
- Rustico MA, Baietti MG, Coviello D, Orlandi E, Nicolini U. Managing twins discordant for fetal anomaly. *Prenat Diagn.* 2005;25: 766–71.
- Shek NW, Hillman SC, Kilby MD. Single-twin demise: Pregnancy outcome. *Best Prat Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28: 249–63.
- Spencer K, et al. First trimester aneuploidy screening in the presence of a vanishing twin: Implications for maternal serum markers. *Prenat Diagn.* 2010;30:235–40.
- Spencer K, Kagan K, Nicolaides K. Screening for trisomy 21 in twin pregnancies in the first trimester: An update of the impact of chorionicity on maternal serum markers. *Prenat Diagn.* 2008;28:49–52.
- Vandercruys H, Faiola S, Auer M, Sebire N, Nicolaides KH. Screening for trisomy 21 in monochorionic twins by measurement of fetal nuchal translucency thickness. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005;25:551–3.
- Vayssière C, Benoist G, Blondel B, Deruelle P, Favre R, Gallot D, et al., French College of Gynaecologists and Obstetricians. Twin pregnancies: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;156:12–7.
- Vink J, Wapner R, D’Alton E. Prenatal diagnosis in twin gestations. *Semin Perinatol.* 2012;36:169–74.
- Wimalasundera RC. Selective reduction and termination of multiple pregnancies. *Semin Fetal Neonat Med.* 2010;15:327–35.
- Young ML. Delivery of twins. *Semin Perinatol.* 2012;36:195–200.

# EMBARAZO GEMELAR

## TWIN PREGNANCY

DR. GUSTAVO RENCORET P. (1)

1. Unidad de Medicina Materno Fetal. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Clínica Las Condes.

Email: grencoret@clc.cl

### RESUMEN

*El embarazo gemelar se presenta en 1 de cada 100 embarazos y su frecuencia ha aumentado en los últimos años como resultado de técnicas de fertilización asistida y la mayor edad materna. Por definición, es un embarazo de alto riesgo dado su mayor asociación con enfermedades del embarazo. El parto prematuro es la principal complicación, seguido de síndromes hipertensivos y restricción de crecimiento fetal. Hay complicaciones específicas de la placentación gemelar, como la transfusión feto fetal, la restricción de crecimiento selectivo y la perfusión arterial reversa. Todas ellas aumentan la morbi-mortalidad perinatal.*

*Palabras clave: Embarazo múltiple, embarazo gemelar.*

### SUMMARY

*Twin pregnancy presents in 1 every 100 pregnancies and its frequency has risen in the last years due to assisted fertility and advanced maternal age. By definition is a high risk pregnancy and is associated with increased risk of premature delivery, pregnancy induced hypertension and fetal growth restriction. Complications associated with abnormal twin placentation is feto-fetal transfusion, selective growth restriction and reversed arterial perfusion. All of them increases perinatal morbimortality.*

*Key words: Multiple pregnancy, twin pregnancy.*

### INTRODUCCIÓN

La frecuencia clásicamente se describe 1 en 80 para los gemelares dobles y 1 en 6.400 para los triples. La frecuencia de éstos se ha incrementado en un 70% en los últimos 30 años, presentándose en 32,1 por cada 1.000 embarazos (1). Las causas de este aumento se explican por la reproducción asistida y también por el aumento en la edad materna para los embarazos gemelares dicigóticos (2).

El embarazo gemelar se asocia con mayor frecuencia a complicaciones maternas y fetales. Las mujeres embarazadas con gemelos presentan mayor frecuencia de abortos, hiperemesis gravídica, anemia, hipertensión gestacional, trastornos hemorrágicos y mayor frecuencia de cesárea. Las complicaciones fetales más frecuentes son las asociadas al parto prematuro, muerte fetal y restricción de crecimiento fetal. Complicaciones específicas asociadas a la corionicidad son la transfusión feto fetal y la perfusión arterial reversa; y relacionadas con la amnionidad, la muerte fetal asociada al entrecruzamiento de cordón en los embarazos monoamnióticos.

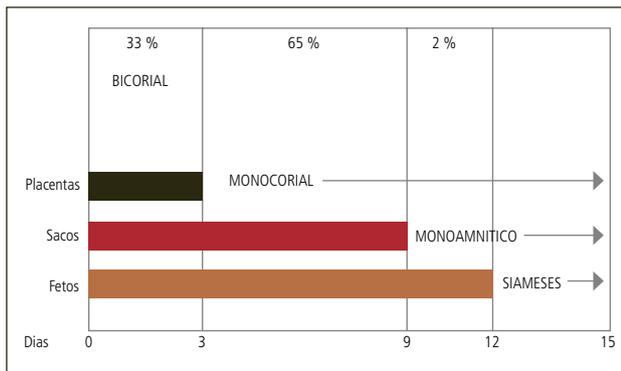
### Diagnóstico de corionicidad

El riesgo asociado al embarazo gemelar depende de su corionicidad y no de su cigocidad. De los embarazos dobles, 2/3 son bicigóticos y 1/3 monocigóticos. Desde el punto de vista obstétrico es importante definir la corionicidad o número de placentas y amnionidad o número de sacos amnióticos.

Todos los embarazos bicigóticos son bicoriales. La corionicidad de los embarazos monocoriales depende del momento en que se divide el

huevo. Si la división ocurre hasta el 3<sup>er</sup> día post concepción, el embarazo es bicorial y biamniótico. Si ocurre entre el 3<sup>er</sup> y 9<sup>no</sup> día el embarazo es monocorial y biamniótico. Entre el 9<sup>no</sup> y 13<sup>avo</sup> día será monocorial y monoamniótico. Luego del 13<sup>avo</sup> día el embarazo es monocorial, monoamniótico y con fusión de los fetos o pagos (siameses) (figura 1).

**FIGURA 1. CAUSAS PARTO PREMATURO**



En gemelos monocigóticos, días de división postfecundación. División placentaria y amniótica (The 11-14 week Scan, Fetal Medicine Foundation. K. Nicolaidis).

El diagnóstico de corionicidad se realiza mediante ecografía. La presencia del signo de lambda (sacos amnióticos con corion entre las membranas) es patognomónica de bicorionicidad en cualquier momento del embarazo. El signo de la "T" o amnios fusionados sin corion en la base del saco se observa en los embarazos monocoriales, pero este signo pierde sensibilidad después de las 16 semanas (figura 2). Otras formas de diagnosticar bicorionicidad son la presencia de placentas separadas y los sexos fetales distintos; lo que combinados, dan una sensibilidad y especificidad mayor al 90% (3). Si no es posible definir la corionicidad, se recomienda clasificar el embarazo como monocorial para asegurar un adecuado control y evitar la no pesquisa de complicaciones asociadas a la monocorionicidad.

Se recomienda definir a los gemelos como uno y dos y describir la posición de los fetos como arriba/abajo y derecha/izquierda para no confundirlos en ecografías sucesivas.

Para un embarazo triple, existen diversas combinaciones. Si hay tres placentas y tres amnios, se define como tricorial triamniótico. Si hay dos placentas y tres amnios, se define como un bicorial triamniótico, lo que implica que un par es monocorial. Si hay dos placentas y dos sacos amnióticos, se define como un embarazo triple bicorial biamniótico lo que implica que un par es monocorial monoamniótico.

Se sugiere fechar el embarazo gemelar en la ecografía de 11-14 semanas (LCN 44-84mm), según el LCN en caso de una FUR no segura ni confiable. La curva de LCN de embarazo único se aplica para el embarazo gemelar ya que no hay diferencias significativas en la biometría embrionaria entre embarazos simples y múltiples (4). Si hay

**FIGURA 2. DIFERENCIACIÓN EN EMBARAZO MONO Y BICORIAL**

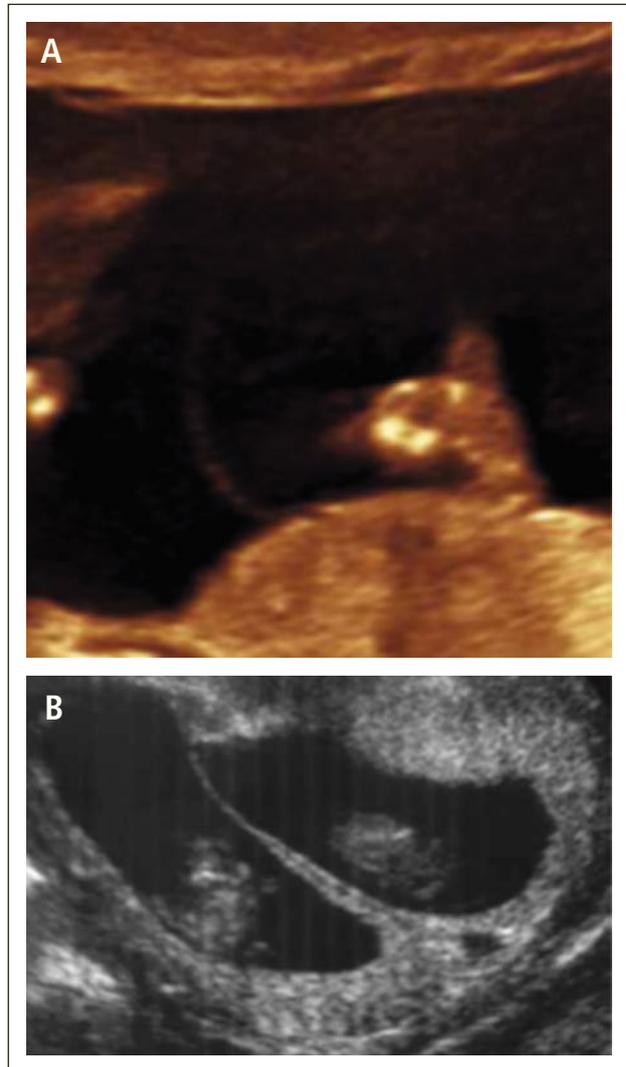


Figura 2. a) Signo "T" de Embarazo Monocorial. b) Signo "Lambda" en Embarazo Bicorial.

discordancia entre la LCN y la FUR, se establecerá la edad gestacional basándose en la longitud cefalo nalgas del feto de mayor tamaño para evitar el error de datar según la longitud de un feto con restricción precoz (5).

#### Seguimiento del embarazo gemelar

Todo embarazo gemelar debe ser controlado por un médico gineco-obstetra y matrona y ser referido a un centro de atención terciaria o secundaria si se cuenta con un obstetra.

Luego del control de ingreso prenatal se solicitará una ecografía entre las 11 y 14 semanas. Definido el número de fetos y la corionicidad, el seguimiento será diferenciado. El control de ingreso deberá incluir una anamnesis dirigida en la búsqueda de factores de riesgo para

parto prematuro y síndromes hipertensivos del embarazo, examen físico, peso y talla con cálculo de IMC (Índice de Masa Corporal) y presión arterial.

**Exámenes**

Los exámenes de control prenatal incluyen hemograma, grupo sanguíneo y Rh, *Coombs* indirecto, sedimento de orina, urocultivo, glicemia en ayunas, VDRL y VIH.

Se discutirá caso a caso el tamizaje de enfermedades tiroideas con TSH, antígeno de superficie de Hepatitis A y cultivo cervical o PCR para *Chlamydia*, especialmente en mujeres jóvenes dada su alta prevalencia.

Los exámenes se repetirán, solicitando Hemograma a las 20-24 semanas y 28 semanas. PTG con 75 gr de glucosa a las 24-26 semanas y urocultivo y VDRL a las 28 semanas.

**Suplemento vitamínico**

Se recomienda iniciar ácido fólico en dosis de 5 mg/día hasta las 14 semanas y suplemento de hierro desde el inicio dado la mayor prevalencia de anemia en embarazos gemelares. No hay evidencia que sugiera la suplementación con calcio, vitamina C y E o ácidos grasos omega 3, por lo que no se deberán indicar de forma rutinaria (6-8).

**Dieta**

En cuanto a la dieta y sugerencia de incremento de peso, ésta dependerá del IMC en el primer control prenatal. No hay recomendaciones específicas para el embarazo gemelar y se deberán aplicar los criterios de incremento de peso sugeridos para el embarazo único (9). Se recomienda no comer "por dos" e informar que el requerimiento calórico sólo se incrementa en 300 cal/día en la segunda mitad del embarazo. Se deberá derivar al nutricionista a embarazadas con IMC sobre 30 kg/m<sup>2</sup> y comentar la contraindicación de bajar de peso durante el embarazo.

**Ecografías**

Se solicitará a las 11-14 semanas donde, además de definir corionicidad, se ofrecerá tamizaje de enfermedades cromosómicas (ver más adelante). Se realizará una ecografía entre las 20-24 semanas para la pesquisa de malformaciones anatómicas. El uso generalizado de medición de cérvix y Doppler de arterias uterinas para la pesquisa de parto prematuro y preeclampsia no está recomendado (10). En el caso del embarazo monocorial, las ecografías de 16 a 24 semanas tienen el objetivo de pesquisar signos de transfusión feto fetal (ver más adelante). Las ecografías de 24 semanas en adelante serán de crecimiento donde se deberá estimar el peso fetal y definir el percentil de crecimiento según las tablas de embarazo único, dado que no hay diferencias significativas al usar tablas de embarazos múltiples. En Chile, se recomienda usar la tabla de Alarcón-Pitaluga para este efecto (11). En cada ecografía se estimará el peso y su discrepancia

(feto de mayor peso-feto menor peso/feto de mayor peso) además del volumen de líquido amniótico. El Doppler estará indicado en caso de crecimiento discordante (mayor de 25% y/o un feto con crecimiento menor al percentil 10).

**Control prenatal**

-Embarazo Monocorial: Se recomiendan al menos nueve controles. Éstos deberán incluir control de policlínico y ecografía a las semanas 16, 18, 20, 22, 24, 28, 32, 34 y 36.

-Embarazo Bicorial: Se recomiendan seis controles. Luego del ingreso prenatal y ecografía para definir la corionicidad, se recomienda control obstétrico y ecografía a las 20, 24, 28, 32, 34 (sin ecografía) y 36 semanas (12).

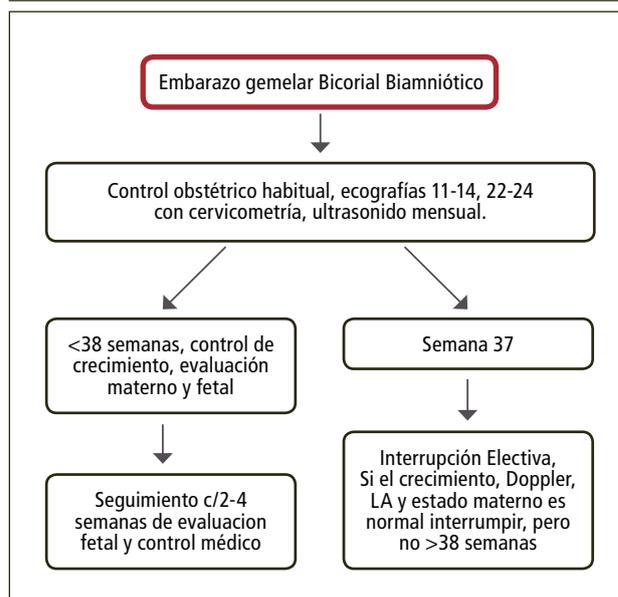
-Embarazo Triple: El seguimiento será definido según la corionicidad con la diferencia que estos controles se harán hasta la semana 34.

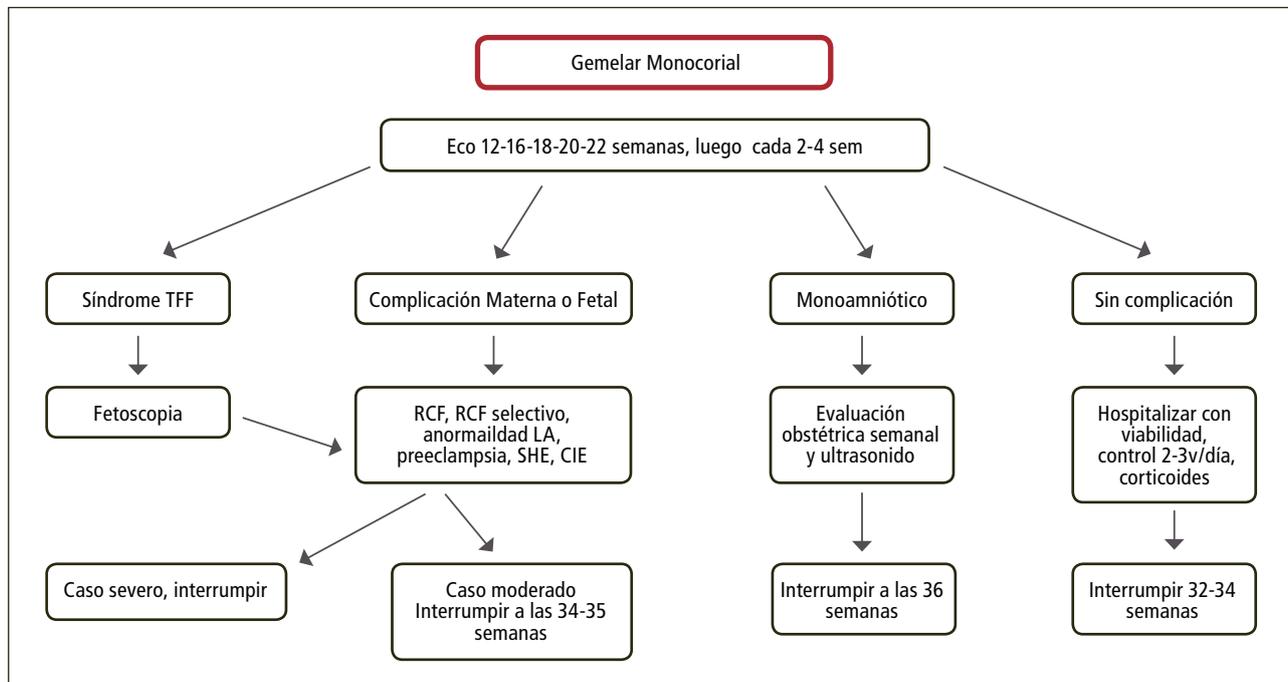
**Momento de interrupción de embarazo gemelar no complicado**

-Embarazo Bicorial Biamniótico: Considerando que el 60% de estos embarazos nacen espontáneamente antes de las 37 semanas y que el riesgo de muerte fetal inesperada aumenta desde las 38 semanas en adelante, se recomienda la interrupción a las 37 semanas (figura 3).

-Embarazo Monocorial Biamniótico: Considerando que el 60% de estos embarazos nacen espontáneamente antes de las 37 semanas y que el riesgo de muerte fetal inesperada aumenta desde las 38 semanas en adelante, se recomienda la interrupción a las 36 semanas previa dosis de maduración pulmonar (figura 4).

**FIGURA 3. MANEJO EMBARAZO BICORIAL BIAMNIÓTICO**



**FIGURA 4. MANEJO EMBARAZO MONOCORIAL BIAMNIÓTICO**

-Embarazo Triple: Considerando que el 75% de estos embarazos nacen espontáneamente antes de las 35 semanas y que el riesgo de muerte fetal inesperada aumenta desde las 36 semanas en adelante, se recomienda la interrupción a las 35 semanas previo uso de corticoides (12).

#### Vía del parto

Indicaciones absolutas de parto por cesárea son el embarazo monoamniótico, gemelos pagos e independiente de la corionicidad, la presentación no cefálica del primer gemelar. Indicación relativa es la presentación cefálica del gemelo uno con presentación no cefálica del gemelo dos.

#### Tamizaje de enfermedades cromosómicas

El tamizaje de enfermedades cromosómicas se realiza en la ecografía de 11-14 semanas mediante la combinación del riesgo asociado a la edad materna, marcadores ecográficos como la translucencia nucal, presencia de hueso nasal, flujo tricuspídeo, ductus venoso y marcadores bioquímicos (B-hCG libre y PAPA-A).

Si sensibilidad del tamizaje para trisomía 21 en gemelos es de 87% para la combinación de edad materna y marcadores ecográficos y sube a 93% con la adición de marcadores bioquímicos (13,14).

El DNA fetal en sangre materna, aún cuando ha mostrado alta sensibilidad en el *screening* de trisomía 21 en embarazo múltiple, no se puede recomendar dado el bajo número de estudios publicados hasta el momento (15).

#### Parto prematuro

El parto prematuro está considerablemente aumentado en el embarazo gemelar, siendo el 50% de los partos menor a las 37 semanas y el 10% antes de las 32 semanas (10). Esto está directamente relacionado con el número de fetos, siendo la frecuencia de parto prematuro en embarazo triple aún mayor (30% bajo las 32 semanas).

Predicción de parto prematuro: El antecedente de un parto prematuro y cérvix menor a 25 mm entre las 20-24 semanas son los mejores predictores de parto prematuro en embarazos gemelares (16). La monitorización de actividad uterina, fibronectina y cultivos vaginales de rutina en búsqueda de infecciones cérvico vaginales no han mostrado utilidad en la predicción del parto prematuro.

En relación a la prevención del parto prematuro, el reposo en cama, tocolíticos orales de mantención y cerclaje no han mostrado ser de utilidad en la prevención del parto prematuro (17,18). La progesterona si bien no ha disminuido la frecuencia de parto prematuro, en un metaanálisis mostró disminuir la morbilidad neonatal compuesta asociada a la prematurez, motivo por el que podría recomendarse su uso en dosis de 200 mg /día vaginal (19).

Los corticoides tienen la misma indicación que para embarazos simples con amenaza de parto prematuro entre las 24 y 35 semanas.

#### Síndromes hipertensivos del embarazo

El embarazo múltiple presenta un riesgo mayor de presentar preeclampsia que el embarazo simple. Es así como el riesgo

se triplica en el embarazo doble y es nueve veces mayor en el embarazo triple (20). Varios estudios han evaluado diversos métodos de tamizaje, ya sea presión arterial, proteinuria y Doppler de arterias uterinas. Hasta ahora, el método más efectivo es la toma de presión arterial en cada control obstétrico. El Doppler de arterias uterinas tiene una baja sensibilidad en el segundo trimestre para la predicción de preeclampsia y no hay estudios predictivos a las 11-14 semanas, motivo por el que no se recomienda (21). Las guías NICE recomiendan para la prevención de la preeclampsia el uso de aspirina a dosis de 75 mg/día desde las 16 a 32 semanas en mujeres con embarazo múltiple que cumplan con cualquiera de los siguientes criterios: primigesta, mayor de 40 años, período intergenésico sobre 10 años, historia familiar de preeclampsia o IMC sobre 35 Kg/m<sup>2</sup> (22).

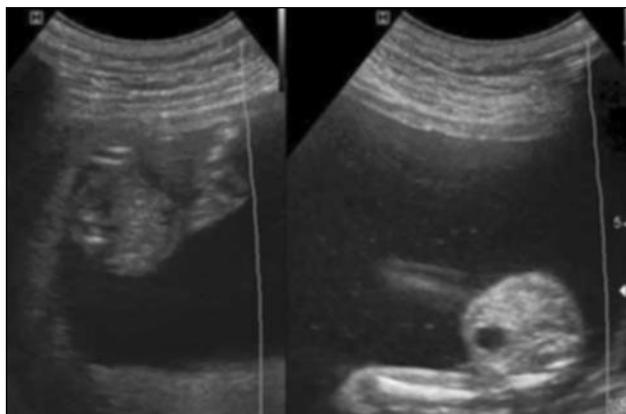
**Complicaciones específicas de los embarazos monocoriales**

Síndrome de Transfusión Feto-Fetal

Se presenta en 3 de 100.000 RNV. El 20-25% de los embarazos son monocoriales y 10-15% de éstos se complicarán con una transfusión, la que se produce por desequilibrio de las anastomosis arteriovenosas placentarias. En su presentación más severa se presenta en uno de cada siete embarazos monocoriales con un 70 a 90% de mortalidad o daño neurológico severo (23). El seguimiento ecográfico en embarazos monocoriales debe ser cada dos semanas entre las semanas 16 y 24, y en caso de haber plegamiento de las membranas amnióticas, el seguimiento deberá ser semanal.

El diagnóstico se realiza bajo las 26 semanas mediante ecografía con la secuencia anhidramnios/polihidramnios donde el saco amniótico mayor mide >8 cm (bajo 20 semanas) y >10 cm entre las 20 y 25 semanas con vejiga fetal grande en el feto receptor y saco <2 cm y ausencia de vejiga en el feto donante o *stuck twin* (figura 5). La clasificación más usada es la de Quintero y colaboradores (24) (tabla 1).

**FIGURA 5. EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL CON TRANSFUSIÓN FETO-FETAL 18 SEMANAS**



En el primer cuadro, feto con anhidramnios (*stuck twin*) y vejiga ausente y el segundo con polihidroamnios y vejiga presente.

**TABLA 1. ESTADIOS CLÍNICOS DE QUINTERO PARA LA CLASIFICACIÓN DE SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO-FETAL**

<b>Etapa 1</b>	Secuencia polihidramnios/anhidramnios (receptor/donante), vejigas visibles
<b>Etapa 2</b>	Vejiga de gemelo donante no visible en al menos 60 minutos de observación, Doppler fetal de ambos gemelos dentro de límites normales
<b>Etapa 3</b>	Doppler críticamente alterado en cualquiera de los gemelos: arteria umbilical con flujo ausente/reverso al fin de diástole, ductus venoso con flujo reverso, vena umbilical con flujo pulsátil
<b>Etapa 4</b>	Presencia de ascitis, derrame pleural o pericárdico, edema cutáneo o hídrops presente en uno o ambos gemelos
<b>Etapa 5</b>	Muerte de uno o ambos gemelos

El tratamiento es mediante fetoscopia con ablación láser de las anastomosis A-V superficiales para los estadios 2 a 4 de Quinteros. Para el Estadio 1, la conducta es expectante con seguimiento y tratamiento de progresar a Estadio 2 (25). El pronóstico en general para la coagulación láser es de una sobrevida de 30% para ambos gemelos, 30% sobrevida para un feto y 30% mortalidad intrauterina para ambos (26).

El amniodrenaje bajo las 26 semanas no se recomienda dado su asociación con peor resultado neurológico a largo plazo y menor sobrevida. Aún falta evidencia para recomendar la ablación láser sobre las 26 semanas (27,28).

Se sugiere la interrupción electiva para los estadios 1 y 2 a las 35 semanas y a las 32 semanas para los estadios 3 y 4.

Restricción de crecimiento selectiva RCFs

Se presenta en el 15-25% de los embarazos monocoriales. Se diagnostica cuando uno de los gemelos se encuentra creciendo bajo el percentil 10 para la edad gestacional. La discordancia mayor de 25% no es criterio de RCFs, pero es indicación de seguimiento ecográfico más estricto.

Existen tres tipos definidos por el flujo diastólico en el Doppler de la Arteria Umbilical (AU) (29).

**TABLA 2. CLASIFICACIÓN Y PRONÓSTICO DE LA RCF SELECTIVA EN EMBARAZO MONOCORIAL**

TIPO	DOPPLER ARTERIA UMBILICAL (AU)	DETERIORO Y MUERTE
Tipo I	Flujo diastólico presente en la AU	0%-2,6%
Tipo II	Flujo diastólico ausente/reverso persistente en la AU	90%-0%
Tipo III	Flujo diastólico intermitente ausente/reverso en AU	10%-15%

El manejo de la RCFs depende de la clasificación del feto afectado:

**RCFs tipo I:** Dado buen pronóstico, progresión infrecuente y a su nula o escasa secuela neurológica el manejo es expectante con seguimiento ecográfico semanal o bisemanal. En caso de mantener Doppler normal, se sugiere la interrupción después de las 35 semanas.

**RCFs tipo II:** Este grupo se asocia a un deterioro precoz intrauterino en aproximadamente el 90% de los casos con tasas elevadas de mortalidad tanto del feto afectado (29%) como del feto sano (22%). El deterioro precoz requiere frecuentemente interrupción a las 30 semanas. El manejo activo con ligadura del cordón del gemelo con restricción ofrece las tasas más altas de sobrevivencia del gemelo normal en comparación con la foto coagulación láser de la placenta (90,9% vs. 74%, respectivamente) (30,31). Dado el marco legal en Chile, éste es un tratamiento que no se puede ofrecer y la recomendación es el seguimiento ecográfico e interrupción en caso de deterioro fetal. La consejería a las padres es fundamental en estos casos. La interrupción se sugiere después de las 28 semanas.

**RCF tipo III:** El manejo puede ser expectante o activo. No existen estudios randomizados que establezcan la mejor terapia en RCFs con flujo reverso intermitente umbilical. Opiniones de expertos plantean que el manejo expectante debe ser similar al tipo II, con seguimientos ecográficos con Doppler semanal si el Doppler venoso es normal, o seguimientos más frecuentes si hay alteraciones venosas iniciales. El manejo activo con mejores resultados de sobrevivencia del gemelo sano es la coagulación del cordón del gemelo RCF. La fotocoagulación láser se asocia con tasas muy elevadas de mortalidad del feto afectado (75%) durante la primera semana post procedimiento, pero con reducción significativa de mortalidad del gemelo sano (32). Se plantea la interrupción a las 32-34 semanas.

#### Secuencia Perfusión Arterial Reversa (Feto acardio/acéfalo)

La frecuencia es de 1 en 30 mil embarazos (1% de los monocoriónicos). Se produce por una malformación vascular placentaria donde un feto recibe por su vena umbilical sangre pulsátil desoxigenada desde la arteria umbilical de feto donante. Desde el receptor, acardio y acéfalo,

se observa una arteria umbilical con sangre más desoxigenada y flujo no pulsátil hacia la placenta. El pronóstico depende del tamaño del feto acardio, con un 100% de mortalidad para el feto donante si éste pesa 70% o más que el feto donante.

El tratamiento se ofrece entre las 16 y 18 semanas y hay diversos métodos como la oclusión fetoscópica del cordón del feto acárdico mediante pinza bipolar o la coagulación con láser o alcohol de los vasos peri umbilicales de este feto, todos con resultados similares (50-60% sobrevivencia) (33).

#### Síndrome de Anemia policitemia (TAPS Twin anemia-policitemia syndrome)

Es un grado menor de transfusión feto fetal que aparece en el tercer trimestre y que se caracteriza por anemia en el feto donante y policitemia en el receptor, sin discordancia de líquido amniótico. El criterio diagnóstico prenatal se realiza con la velocidad de la arteria cerebral media cuando el donante se encuentra bajo 0,5 MoMs y el receptor sobre 1,5 MoMs (34). Ni la transfusión sanguínea al feto anémico ni la fetoscopia con coagulación laser han mostrado utilidad en esta patología (27), y probablemente, hecho el diagnóstico después de las 30 semanas, la indicación es la interrupción (35).

#### Embarazo monocorial monoamniótico

Ocurre en el 1% de los embarazos monocoriales. Antiguamente la mortalidad era de un 50%, pero con el diagnóstico precoz, corticoides, control obstétrico e interrupción precoz esta es ahora entre un 10-20%. La principal causa de muerte es el entrecruzamiento de los cordones. Se recomienda la vigilancia fetal estricta 2-3 veces al día (ecografía mas registro basal no estresante) hospitalizado desde las 26-28 semanas y corticoides precoces dada la alta tasa de prematuridad. Se estima que la muerte fetal inesperada y súbita ocurre entre un 5 a 10% después de las 32 semanas y se recomienda la interrupción a las 32-34 semanas (36).

#### **Muerte fetal en el embarazo gemelar**

La muerte fetal en gemelares se presenta en mayor frecuencia que los embarazos únicos. Considerando que en Chile la frecuencia de muerte fetal es de 7 en 1.000 embarazos (37), el embarazo bicorial presenta este evento adverso en 12 por 1.000 y el triple en 31 por 1.000 embarazos (38). La muerte de un gemelo es particularmente riesgosa en el embarazo múltiple. Las primeras 48 horas son las más riesgosas, dado que se asocia a un 12 % de muerte del otro gemelo en el caso de monocoriales y 4% en bicoriales (39). Dado los cambios hemodinámicos asociados a este evento, el feto superviviente puede presentar alteración severa del neuro-desarrollo hasta en un 20 % de los casos.

Se sugiere que para gemelos bicoriales con muerte fetal entre las 24 a 34 semanas, el manejo será expectante con interrupción luego de corticoides a las 34 semanas. En monocoriales se sugiere evaluar anemia fetal mediante arteria cerebral media en el gemelo sobreviviente, con transfusión sanguínea o interrupción inmediata. Si no hay compromiso hemodinámico se sugiere interrupción a las 32-34 semanas previo corticoides (40).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jewell SE, Yip R: Increasing trends in plural births in the United States. *Obstet Gynecol* 84:229-232, 1995.
2. Russell RB, Petrini JR, Damus K, et al: The changing epidemiology of multiple births in the United States. *Obstet Gynecol* 101:129-135, 2003.
3. Lee YM, Cleary-Goldman J, Thaker HM et al. Antenatal sonographic prediction of twin chorionicity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2006; 195:(3)863-7.
4. Dias T, Mahsud-Dornan S, Thilaganathan B et al. First-trimester ultrasound dating of twin pregnancy: are singleton charts reliable? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2010; 117:979-84.
5. Salomon LJ, Cavicchioni O, Bernard JP et al. Growth discrepancy in twins in the first trimester of pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2005; 26:(5)512-6.
6. Dubois S, Dougherty C, Duquette MP et al. Twin pregnancy: the impact of the Higgins Nutrition Intervention Program on maternal and neonatal outcomes. *American Journal of Clinical Nutrition* 1991; 53:(6)1397-403.
7. Villar J, Purwar M, Meriadi M et al. World Health Organisation multicentre randomised trial of supplementation with vitamins C and E among pregnant women at high risk for pre-eclampsia in populations of low nutritional status from developing countries. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2009; 116:(6)780-8.
8. Olsen SF, Secher NJ, Tabor A et al. Randomised clinical trials of fish oil supplementation in high risk pregnancies. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000; 107:(3)382-95.
9. National Institute for Health and Clinical Excellence. Weight management before, during and after pregnancy. NICE public health guidance 27. London: NICE; 2010.
10. NICE Guidelines. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Multiple Pregnancy. 2011 " Preventing Preterm Birth" Chapter 8. RCOG.
11. Jaime Alarcón, Yasna Alarcón, Enrique Hering, Rolly Buccioni. Curvas Antropométricas de Recién nacidos en Chile. *Arch Pediatr Urug* 2010; 81(3): 200-207
12. NICE Guidelines. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Multiple Pregnancy. 2011 " Timing of Birth" Chapter 10. London, RCOG.
13. Sepulveda W, Wong AE, and Casasbuenas A. Nuchal translucency and nasal bone in firsttrimester ultrasound screening for aneuploidy in multiple pregnancies. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2009; 33:(2)152-6.
14. Gonc A, Borrell A, Meler E et al. Prevalence and perinatal outcome of dichorionic and mono chorionic twins with nuchal translucency above the 99(th) percentile and normal karyotype. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2010; 35:(1)14-8.
15. Gil M, Quezada M, Bregant B, Syngelaki A, Nicolaides K.H Cell-Free DNA Analysis for Trisomy Risk Assessment in First-Trimester Twin Pregnancies *Fetal Diagn Ther* 2014;35:204-211.
16. Souka AP, Heath V, Flint S, Sevastopoulo I, Nicolaides KH. Cervical length at 23 weeks in twins for predicting spontaneous pr. delivery. *Obstet Gynecol* 1999;94:450-4.
17. Berghella V, Odibo AO, To MS, Rust OA, Althusius SM. Cerclage for short cervix on ultrasonography: meta-analysis of trials using individual patient-level data. *Obstet Gynecol*. 2005; 106:181-9.
18. Yamasmit W, Chaithongwongwatthana S, Tolosa JE, Limpongsanurak S, Pereira L, Lumbiganon P. Prophylactic oral betamimetics for reducing preterm birth in women with a twin pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD004733.
19. Romero R, Nicolaides K, Conde-Agudelo A, et al. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:124. e1-19.
20. Kovacs BW, Kirschbaum TH, and Paul RH. Twin gestations: I. Antenatal care and complications. *Obstetrics and Gynecology* 1989; 74:(3 Pt 1)313-7.
21. Yu CKH, Papageorghiou AT, Boli A et al. Screening for pre-eclampsia and fetal growth restriction in twin pregnancies at 23 weeks of gestation by transvaginal uterine artery Doppler. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2002; 20:(6)535-40.
22. NICE Guidelines. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Multiple Pregnancy. 2011 pp 124. London, RCOG.
23. Blickstein I. Monochorionicity in perspective. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 27: 235 - 238.
24. Quintero RA, Morales WJ, Allen MH, Bornick PW, Johnson PK, Kruger M. Staging of twin-twin transfusion syndrome. *J Perinatol*. 1999;19 (8 Pt 1): 550 - 555.
25. Bebbington MW, Tiblad E, Huesler-Charles M, Wilson RD, Mann SE, Johnson MP. Outcomes in a cohort of patients with stage I twin to-twin transfusion syndrome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010; 36: 48 - 51.
26. Lewi L, Jani J, Blickstein I, Huber A, Gucciardo L, Van Mieghem T, et al. The outcome of monochorionic diamniotic twin gestations in the era of invasive fetal therapy: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 514 - 518.
27. Middeldorp J, Lopriore E, Sueters M, Klumper F, Kanhai H, Vandenbussche F, Oepkes D. Twin-to-twin transfusion syndrome after 26 weeks of gestation: is there a role for fetoscopic laser surgery? *BJOG* 2007; 114: 694 - 698.
28. Valsky DV, Eixarch E, Martinez-Crespo JM, Acosta ER, Lewi L, Deprest J, Gratacós E. Fetoscopic laser surgery for twin-to-twin transfusion syndrome after 26 weeks of gestation. *Fetal Diagn Ther* 2012; 31 (1): 30 - 34.
29. Gratacos el al. A classification system for selective intrauterine growth restriction in monochorionic pregnancies according to umbilical artery Doppler flow in the smaller twin. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007; 30: 28-34
30. Quintero R, Bornick P, Morales W, Allen M. Selective photocoagulation of communicating vessels in the treatment of monochorionic twins with selective growth retardation. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 689 - 696.
31. Chalouhi GE, Marangoni MA, Quibel T, Deloison B, Benzina N, Essaoui M, et al. Active management of selective intrauterine growth restriction with abnormal Doppler in monochorionic diamniotic twin pregnancies diagnosed in the second trimester of pregnancy. *Prenat Diagn* 2013; 33(2) :109 - 115.
32. Gratacós E, Antolin E, Lewi L, et al. Monochorionic twins with selective intrauterine growth restriction and intermittent absent or reversed end-

diastolic flow (Type III): feasibility and perinatal outcome of fetoscopic placental laser coagulation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 31: 669 - 675.

**33.** Corbacioglu A, Gul A, Bakirci I, Gedikbasi A, Yildirim G. Treatment of twin reversed arterial perfusion sequence with alcohol ablation or bipolar cord coagulation. *Int J Gynecol Obstet* 2012; 117: 257 - 259.

**34.** Slaghekke F, Kist WJ, Oepkes D, Pasma SA, Middeldorp JM, Klumper FJ, et al. Twin anemia-polycythemia sequence: diagnostic criteria, classification, perinatal management and outcome. *Fetal Diagn Ther* 2010; 27 (4): 181 - 190.

**35.** Lewi L, Deprest J, Hecher K. The vascular anastomoses in monochorionic twin pregnancies and their clinical consequences. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 208 (1): 19 - 30.

**36.** Roger, B Newman, Elizabeth Ramsey Unal. Multiple Gestation: Timing of indicated late preterm and early term Birth in Uncomplicated Dichorionic, Monochorionic, and Monoamniotic Twins. *Seminars in Perinatology* 2011: 277-285

**37.** Fuente DEIS minsal en [www.deis.gov.cl](http://www.deis.gov.cl)

**38.** Garne E and Andersen HJ. The impact of multiple pregnancies and malformations on perinatal mortality. *Journal of Perinatal Medicine* 2004; 32:(3)215-9.

**39.** Ong SSC, Zamora J, Khan KS et al. Prognosis for the co-twin following single-twin death: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2006; 113:(9)992-8.

**40.** Susana Barba, Jorge Carvajal, Pauta de manejo del embarazo múltiple complicado con la muerte fetal in utero de un gemelo. *Revista Chil Obstet Ginecol* 2012;77(2): 159-168

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

Rita González Valerio  
Carmen Salvador Ballada  
María Gómez Valdemoro  
Gregorio Manzanera Bueno

## Gestación gemelar con feto muerto intraútero en el segundo trimestre

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro. Logroño (La Rioja). España.

### Correspondencia:

Dra. C. Salvador Ballada.  
Duques de Nájera, 49, 3.º D. 26005 Logroño (La Rioja). España.  
Correo electrónico: csalvador@eniac.es

Fecha de recepción: 24/5/2007.

Aceptado para su publicación: 7/10/2008.

### *Twin pregnancy with a dead intrauterine foetus in the second trimester*

### RESUMEN

Hoy día, la frecuencia de gestaciones múltiples se ha incrementado debido a las técnicas de reproducción asistida, lo que conlleva un riesgo incrementado de patología materna y fetal.

La muerte de uno de los fetos en la gestación gemelar tiene una incidencia diferente según la edad gestacional en que acontece; oscila entre el 10-70% en el primer trimestre y el 0,5-7% en el segundo y el tercer trimestres.

Hasta la semana 16.<sup>a</sup> la muerte fetal no entraña riesgo para la gestación. Sin embargo, más allá de esa etapa puede ocasionar mayor morbimortalidad para el feto superviviente, así como mayor riesgo de complicaciones hematológicas para la madre. Dada la infrecuencia de la muerte fetal tardía en las gestaciones gemelares, presentamos 3 casos ocurridos en nuestro medio durante el año 2006, que fueron sometidos a tratamiento conservador.

these pregnancies have an increased risk of foetal and maternal disorders. Single foetal death has a different incidence depending on gestational age; in the first trimester between 10-70%, in the second and third trimester it is a rare event, 0.5-7%.

Early death of one twin does not have any adverse effect before 16 weeks into the pregnancy, however. In the second half of gestation the morbidity and mortality of a single foetal are increased and maternal blood disorders are more common.

Because of the rarity of later foetal death in twin pregnancy, we show three cases of this event that have occurred in our hospital in 2006 which were treated with conservative management.

### PALABRAS CLAVE

Muerte fetal. Gestación gemelar. Corionicidad.

### KEY WORDS

Foetal death. Twin pregnancy. Placentation.

### ABSTRACT

Nowadays, twin gestation is increased due to advances in assisted reproduction. Unquestionably,

### INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la frecuencia de gestaciones gemelares se encuentra aumentada debido a las técnicas de reproducción asistida. Sin duda alguna, dichas gestaciones tienen un riesgo incrementado de patología materna y fetal<sup>16,21</sup>.

La muerte de uno de los fetos en una gestación gemelar tiene una incidencia diferente según la edad

**412** gestacional, y es variable (10-70%)<sup>16,19</sup> en el primer trimestre y un hecho infrecuente (0,5-7%)<sup>21,22</sup> en el segundo y el tercer trimestres. Además, la muerte fetal temprana no entraña mayor riesgo para la gestación, no así la muerte fetal tardía, que incrementa el riesgo de morbimortalidad del feto superviviente y de complicaciones hematológicas maternas<sup>12</sup>.

Todos los estudios comparados coinciden en que el riesgo de muerte fetal de un gemelo es más frecuente en gestaciones monocoriales por las anastomosis vasculares y la posibilidad del síndrome de transfusión fetofetal, así como el riesgo de complicaciones para el gemelo superviviente<sup>1,3,5,10,11,19</sup>.

En el primer trimestre, la reabsorción espontánea del embrión ocurre entre el 16-43% de los casos de gestación múltiple. Algunos autores afirman que el 90% se produce antes de la 7.<sup>a</sup> semana y nunca después de la 13.<sup>a</sup>

Hasta la semana 16 la muerte fetal no ocasiona complicaciones. Sin embargo, más allá de esa etapa puede producir mayor morbimortalidad para el gemelo superviviente, así como mayor riesgo de alteraciones de la coagulación en la madre.

## CASOS CLÍNICOS

### Caso 1

Paciente de 36 años, con antecedente de quistectomía de ovario derecho y salpingectomía derecha por embarazo ectópico, G1E1, gestación bicorial biamniótica mediante fertilización in vitro-transferencia de embriones (FIV-TE). Acudió en la semana 10 de gestación. Su grupo sanguíneo era 0 Rh +; la paciente era inmune a rubéola y toxoplasmosis. La serología presentó los siguientes datos: negativa para antígeno de superficie de la hepatitis B (HbsAg), virus de la hepatitis C (VHC), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), RPR positivo y análisis de hemaglutinación de *Treponema pallidum* (TPHA) negativo.

El resultado de la amniocentesis fue 46XX, 46XX.

La gestación evolucionó normalmente hasta la semana 26; acudió para control y se detectó un primer feto vivo en podálica, normal, y un segundo feto muerto, en cefálica. Se solicitó serología, que fue negativa para citomegalovirus, parvovirus B19 y

listeria; los ANA, ENA y anticardiolipina fueron negativos; la prueba de O'Sullivan, positiva (147), y la curva de glucemia de 3 h, negativa.

En los controles ecográficos se demostró que el feto crecía adecuadamente y la coagulación materna se mantenía estable hasta semana 33.<sup>a</sup>, cuando comenzaron a disminuir el fibrinógeno y las plaquetas, y a aumentar los dímeros D. Se indica una cesárea. Nacieron un feto vivo mujer, de 2.020 g y una puntuación en la prueba de Apgar de 9/10, y un feto muerto macerado, sin malformaciones.

### Caso 2

Paciente de 30 años, con antecedentes de laparotomía con exéresis de quistes ováricos bilaterales por endometriosis de grado III, primigesta, con gestación bicorial biamniótica mediante FIV-TE. Acudió en la semana 10 de gestación. Su grupo sanguíneo era A Rh-; era inmune a la rubéola. Toxoplasma. La serología informó: toxoplasma negativo, HbsAg-, VHC-, VIH- y RPR-.

En la semana 25 acudió para control; se detectó un primer feto muerto en presentación transversa y un segundo feto vivo en cefálica, normal. Se inició control de coagulación y tratamiento anticoagulante con enoxaparina 40 mg.

En la semana 28, el feto vivo crecía normalmente. La coagulación era normal. Se indicó una pauta de maduración pulmonar. La serología fue negativa para citomegalovirus, parvovirus B19 y *Listeria*; los ANA, ENA y anticardiolipina fueron negativos, y la prueba de O'Sullivan, negativa (123).

En la semana 31 acudió por dolor abdominal; se diagnosticó de amenaza de parto prematuro y se pautó tractocile. No se consiguió parar el trabajo de parto; se practicó cesárea porque el feto muerto ocluía el orificio cervical.

Nacieron un feto vivo varón de 1.500 g, con una puntuación en la prueba de Apgar de 9/10, que murió a los 2 días por hemorragia periventricular, y un feto muerto papiráceo sin malformaciones.

### Caso 3

Paciente de 33 años, G1P1, con gestación triple (un gemelar monocorial biamniótico, un feto único

con su bolsa y placenta), mediante FIV-TE. Acudió en la semana 12. Su grupo sanguíneo era 0 Rh +; era inmune a rubéola. La serología informó: toxoplasma negativo, HbsAg-, VHC-, VIH- y RPR-.

En la semana 25 acudió para control; se detectó un primer feto vivo en cefálica, normal; un segundo feto muerto en presentación transversa (es uno de los gemelos) y un tercer feto vivo en podálica, normal.

En la semana 26 se inició control de coagulación y tratamiento anticoagulante con enoxaparina 40 mg. Se indicó una pauta de maduración pulmonar. Los resultados de la serología fueron: negativa para citomegalovirus, parvovirus B19 y *Listeria*; los ANA, ENA y anticardiolipina fueron negativos, y la prueba de O'Sullivan, negativa (83).

Ingresó en la semana 30 por presión arterial elevada y no presentaba proteinuria. La ecografía fue normal.

En la semana 33 presentó rotura prematura de membranas. Se indicó cesárea por presentación cefálica/transversa.

Nacieron fetos mujeres vivos de 1.980 y 1.844 g, con una puntuación en la prueba de Apgar de 10/10 y 8/10, y un feto muerto papiráceo sin malformaciones.

## DISCUSIÓN

La frecuencia de gestación gemelar se sitúa entre el 1 y 2,8% según autores<sup>16,19,20</sup>; es más frecuente en mujeres multíparas<sup>19</sup> y ha aumentado en los últimos años debido a las técnicas de reproducción asistida<sup>16</sup>.

La muerte fetal temprana ocurre entre el 20-50% (fenómeno del gemelo evanescente) de los casos y no altera el curso de la gestación<sup>12</sup>. Sin embargo, la muerte fetal más allá de las 20 semanas oscila entre el 2,6-5,8% y conlleva un aumento de la morbilidad y la mortalidad para el gemelo superviviente y también un riesgo materno incrementado de alteraciones de la coagulación<sup>6,10,12,17</sup>.

La morbilidad y la mortalidad son mayores en los embarazos múltiples, pero son especialmente altas si la placentación es monocoriónica<sup>7,9,10,19</sup>.

En los casos que exponemos, dos gestaciones son bicoriales biamnióticas y otra monocorial biamniótica todas logradas mediante fecundación in vi-

tro. Dos de los fetos supervivientes no presentan actualmente complicaciones; el tercero murió 2 días después de la cesárea. Se detectó alteración de los parámetros hematológicos en una de las pacientes.

La causa principal de muerte fetal intraútero es desconocida; parece probable que en el primer trimestre sean más frecuentes las infecciones intraútero, déficits hormonales, anomalías genéticas y uterinas. En el segundo y tercer trimestres son más frecuentes las patologías de cordón<sup>19</sup>.

Las gestaciones gemelares se acompañan de mayor frecuencia de defectos placentarios y de cordón: inserción velamentosa, arteria umbilical única, vasa previa<sup>16,19</sup>. En las placentaciones monocoriales el síndrome de transfusión fetofetal es una causa importante de muerte intraútero de un feto<sup>11,15</sup>; estos fetos son los más expuestos a morir por este motivo<sup>18</sup>.

En ninguna de las gestaciones que exponemos se ha logrado identificar la etiología de la muerte fetal, todos los fetos muertos nacieron sin anomalías, las placentas eran normales, las serologías fueron negativas, así como la prueba de tolerancia oral a la glucosa.

La mortalidad del gemelo superviviente oscila según los autores entre el 0 y el 46%. Enbom<sup>3</sup> estima una mortalidad del 46%, mientras que para Fusi y Gordon<sup>6</sup> sería de un 12,5% y del 18,5% para Sante-ma et al<sup>17</sup>.

La muerte del gemelo superviviente está incrementada en las placentaciones monocoriales<sup>12</sup>. En dichas gestaciones, la presencia de un gemelo muerto debe hacer pensar en la posibilidad de defectos estructurales importantes en el superviviente, debido a la existencia de anastomosis vasculares<sup>19</sup>.

La causa más frecuente de mortalidad perinatal para la mayoría de los autores es la prematuridad<sup>2,6,7,12,17</sup>. Existen otras causas, tales como anomalías de cordón, transfusión fetofetal con trombosis bilateral de vena renal por coagulopatía, hipoplasia pulmonar por rotura prematura de membranas<sup>12</sup>, parálisis cerebral y leucomalacia periventricular<sup>11</sup>.

Son hallazgos frecuentes las alteraciones neurológicas<sup>3,6,17,21,22</sup>, necrosis cortical renal<sup>16,19</sup>, infartos esplénicos y lesiones en piel<sup>3,19</sup> debido al paso de sustancias tromboembólicas del gemelo muerto al vivo<sup>1,4,10,22</sup>. Por este mismo motivo, la incidencia de anomalías neurológicas está incrementada en las

**414** gestaciones monocoriales cuando muere un gemelo, no así en las bicoriales<sup>6,8,14,17,21,22</sup>.

Otros autores sugieren que la causa de alteraciones neurológicas no es por paso de material tromboplástico, sino por la caída de la presión arterial en el feto muerto, que provoca daño neurológico en el superviviente<sup>1,10</sup>.

El pronóstico en cuanto a morbilidad y mortalidad es mejor para las gestaciones bicoriales<sup>6</sup>.

Según Prompeler<sup>12</sup>, la muerte de un gemelo por debajo de las 16 semanas no ocasiona complicaciones para el superviviente. Sin embargo, más allá de esa edad gestacional, están aumentados el riesgo de prematuridad, el retraso de crecimiento intraútero, la mortalidad perinatal y el parto por cesárea para el feto vivo.

Todas nuestras pacientes tuvieron partos prematuros y se finalizó la gestación mediante cesárea. Sólo un feto falleció tras el parto.

En las gestaciones con feto muerto la frecuencia de preeclampsia materna está incrementada<sup>3,10,17</sup>. Esta patología no se detectó en nuestras pacientes; una de ellas presentó tensiones elevadas pero sin proteinuria.

Parece que la coagulación intravascular diseminada en la mujer se origina por liberación de tromboplastina del feto muerto, tanto a la placenta como al superviviente<sup>8,20</sup>. Hace años se creía que esta complicación era relativamente frecuente; actualmente, diversos autores consideran esto un evento infrecuente<sup>2,3,6,13,17</sup>. Exceptuando la retención placentaria, no existe mayor riesgo materno de hemorragia, desprendimiento placentario, coagulopatía o infección<sup>2</sup>. En la paciente del caso 1, se detectaron alteraciones hematológicas pero sin repercusión clínica.

Ante estas gestaciones complicadas, se plantea la alternativa de un manejo agresivo o bien tratamiento expectante. Se ha demostrado que la cesárea tras el diagnóstico de feto muerto no mejora la supervivencia perinatal<sup>6,22</sup>.

Diversos autores apoyan un manejo conservador<sup>5,6,17,21</sup>, con seguimiento ecográfico para valorar crecimiento y transfusión fetofetal<sup>6,7</sup>, pauta de maduración pulmonar y control de complicaciones hematológicas maternas<sup>20</sup>.

Vial y Hohfeld<sup>10</sup> proponen un manejo conservador antes de las 28 semanas de gestación, entre 28 y 32 semanas para las gestaciones monocoriales biamnióticas, para las que propone pauta de maduración pulmonar y posterior extracción de las monocoriales monoamnióticas para las que se inclina por terminar la gestación en cuanto se alcance viabilidad.

La vía de parto más frecuente es la cesárea, debido a complicaciones obstétricas (retraso de crecimiento intraútero, transfusión fetofetal, preeclampsia), pero esta vía de parto está incrementada por la gemelaridad respecto a los embarazos únicos<sup>9,16</sup>. Sin embargo, se debe utilizar la vía vaginal, a menos que exista una indicación de cesárea<sup>19</sup>.

En las 3 gestaciones expuestas anteriormente se optó por un manejo conservador con seguimiento ecográfico y pauta de maduración pulmonar. Todas finalizaron mediante cesárea por indicación obstétrica.

## CONCLUSIÓN

Las gestaciones gemelares presentan un riesgo elevado fetomaterno respecto a los embarazos únicos, más aún cuando se produce la muerte de uno de los fetos.

El diagnóstico temprano de la corionicidad y el seguimiento ecográfico nos permiten identificar las discrepancias de crecimiento y posible síndrome de transfusión fetofetal.

El subgrupo de embarazos monocoriales son los que peor pronóstico presentan en cuanto a morbilidad y mortalidad del gemelo superviviente, con elevada frecuencia de daño neurológico y en donde acontece más frecuentemente se produce la muerte de uno de los gemelos.

El riesgo de alteraciones de la coagulación en la mujer es bajo.

El manejo expectante con control ecográfico, seguimiento hematológico materno y pauta de maduración pulmonar es, en la actualidad, la alternativa más adecuada.

La terminación del parto del gemelo superviviente por cesárea no mejora el pronóstico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Liu S, Benirschke K, Scioscia AL, Mannino FL. Intrauterine death in multiple gestation. *Acta Genet Med Gemellol.* 1992;41:5-26.
2. Kaufman HK, Hume RF Jr, Calhoun BC, Carlson N, Yorke V, Elliot D, Evans MI. Natural history of twin gestation complicated by in utero fetal demise: associations of chorionicity, prematurity, and maternal morbidity. *Fetal Diagn Ther.* 2003;18:442-6.
3. Enbom JA. Twin pregnancy with intrauterine death of one twin. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;152:424-9.
4. Benirschke K. Intrauterine death of a twin: mechanisms, implications for surviving twin, and placental pathology. *Semin Diagn Pathol.* 1993;10:222-31.
5. Jaw CS, Li YT, Hsu KP, Yeh KC, Tu FC, Tsui MS. Twin pregnancy complicated by single intrauterine death. Report of six cases and literature review. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei).* 1993;51:309-13.
6. Fusi L, Gordon H. Twin pregnancy complicated by single intrauterine death. Problems and outcome with conservative management. *Br J Obstet Gynecol.* 1990;97:511-6.
7. Malinowski W, Janowsky J, Lokociejewsky J, Rozewicki K, Tomala J. Intrauterine death of one twin in the third trimester. *Ginekol Pol.* 2003;74:135-43.
8. Weiner AE, De Reid, CC Roby, LK Diamond. Coagulation defects with intrauterine death from Rh isosensitization. *Am J Obstet Gynecol.* 1950;60:1015.
9. Krayenbuhl M, Huch A, Zimmermann R. Single intrauterine fetal death in twin pregnancy. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 1998;202:60-3.
10. Vial Y, Hohfeld P. Intrauterine death in twin pregnancies. *Schweiz Rundsch Med Prax.* 1999;88:1435-8.
11. Saito K, Ohtsu Y, Amano K, Nishijima M. Perinatal outcome and management of single fetal death in twin pregnancy: a case series and review. *J Perinat Med.* 1999;27:473-7.
12. Prompeler HJ, Madjar H, Klosa W, Du Bois A, Zahradnik HP, Schillinger H, et al. Twin pregnancies with single fetal death. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1994;73:205-8.
13. Hanna JH, Hill JM. Single intrauterine fetal demise in multiple gestation. *Obstet Gynecol.* 1984;63:126-30.
14. Consequences of in-utero death in a twin pregnancy. *The Lancet.* 2000;355:1597-602.
15. Gembruch U, Viski S, Bagamery K, Berg C, Germer U. Twin reversed arterial perfusion sequence in twin-to-twin transfusion syndrome after the death of the donor co-twin in the second trimester. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2001;17:153-6.
16. Roland A, et al. Maternal and neonatal outcome of twin pregnancies complicated by single fetal death. *J Perinat Med.* 1999;27:221-7.
17. Santema JG, Swaak A, Wallenburg HCS. Expectant management of twin pregnancy with single fetal death. *Br J Obstet Gynecol.* 1995;102:26.
18. Peraza M, O'Farrill R, Gómez E. Óbito de un gemelo. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 26:115-8.
19. Villalobos N, López C. Síndrome del gemelo muerto. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2002;62:11-5.
20. Mendez O. Manejo del embarazo gemelar cuando muere uno de los fetos. *Iatreia.* 1992;5.
21. Burke MS. Single fetal demise in twin gestation. *Clin Obstet Gynecol.* 1990;33:69-78.
22. Carlson NJ, Towers CV. Multiple gestation complicated by the death of one fetus. *Obst Gynecol.* 1989;73:685-9.