



FUNDACIÓN
BUGA
San José
Amable y Segura

Señores

JUZGADO VEINTIUNO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO
JUDICIAL DE CALI

E. S. D.

MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE: MANUEL JOSÉ CHAVERRA MUÑOZ Y OTROS
DEMANDADOS: E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE RESTREPO, E.S.E.
HOSPITAL SAN RAFAEL DE CERRITO Y LA
FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA.
RAD: 76001-33-33-021-2020-00017-00

GLORIA PATRICIA HURTADO GARCIA, persona mayor de edad, vecina de Guadalajara de Buga (V), identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 66.972.412 de Santiago de Cali (V), abogada en ejercicio y portadora de la Tarjeta Profesional No. 110.530 del Consejo Superior de la Judicatura, correo electrónico juridico@fhsjb.org, obrando en calidad de apoderada judicial de la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**, en virtud del Poder Especial a mi conferido, por su Representante Legal Doctor **CARLOS GUILLERMO SÁNCHEZ RENGIFO**, igualmente mayor de edad, e identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 14.876.795 de Buga (V), correo electrónico: gerente@fhsjb.org, representación que ejerce según consta en el Acta No. 293 del 29 de junio de 2021 de la Junta Directiva de la Fundación Hospital San José de Buga, todo según consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal emitido por la Gobernación del Valle del Cauca, por medio del presente escrito y dentro de la oportunidad legal establecida en el Inciso 3° del Artículo 8° de la Ley 2213 de 2022¹ procedo a dar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** y a descorrer el traslado respectivo de acuerdo con lo siguiente:

EN CUANTO A LAS PRETENSIONES

Con fundamento en la contestación de esta demanda y en las excepciones de fondo que estoy proponiendo; además, por considerar infundada la demanda y **NO EXISTIR CAUSA, NI NEXO CAUSAL, NI CULPA, NI FALLA PRESUNTA O DAÑO ANTIJURÍDICO**, nos oponemos a todas y cada una de las declaraciones y solicitudes de condena que puedan originarse en contra de la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**, toda vez que la atención médica y asistencial prestada a la señora **ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE**, en la institución que represento, fue **OPORTUNA, PERTINENTE, CORRECTA Y LA RECOMENDADA POR LA CIENCIA MÉDICA ACTUAL**, pues se cumplió a cabalidad con los protocolos y guías médicas para la atención de una paciente que consultó al servicio de Ginecoobstetricia de nuestra institución por encontrarse cursando un Embarazo Gemelar Biamnótico Monocorial de 28 semanas de gestación, quien tenía síntomas premonitorios de parto, brindándosele todo el manejo médico requerido y necesario de acuerdo a su estado, por lo que la evolución posterior y el desenlace fatal de la muerte de uno de los bebés y las múltiples patologías con que nació el otro bebé, no tuvieron origen en la atención

¹ Demanda notificada vía correo electrónico el día 17 de mayo de 2024, mediante Auto Interlocutorio No. 492 del 16 de mayo de 2024 emitido por el Juzgado Veintiuno Contencioso Administrativo Oral del Circuito Judicial de Cali.



medica prestada en nuestra institución, sino que las mismas son una condición propia de la evolución de los fetos, que no puede ser atribuida al manejo médico.

En consecuencia, la razón de la muerte intrauterina de uno de los bebés y las múltiples patologías y complicaciones posteriores que presentó el bebé que nació con vida, no son atribuibles al manejo médico instaurado en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, dado que se trata de condiciones propias de embarazos gemelares biamnióticos monócoriales, las cuales la literatura médica ha establecido suponen un mayor riesgo de muerte fetal, de retraso del crecimiento intrauterino y de trastornos del desarrollo durante la infancia, condiciones en las que no tiene injerencia alguna el actuar médico y que son inevitables, pues se desarrollan intrauterinamente desde el momento de formación de los fetos, lo cual reitero, solo puede ser atribuible a la condición misma de esta clase de embarazos.

En consideración a lo anterior, nos oponemos a que se condene a la institución que represento a pagar a los demandantes cualquier suma de dinero, toda vez que la atención médica que se le dispensó a la señora **ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE** en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, fue oportuna, pertinente y apegada a los protocolos y los mandatos de la *lex artis*, tal y como se dejó consignado a lo largo de la presente contestación y que se acreditará y probará en el transcurso del proceso, de tal manera que mal se puede afirmar que la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA le hubiera generado a los demandantes los desacertados y totalmente desproporcionales perjuicios extrapatrimoniales que reclaman en la demanda, pues no existen hechos, sustento ni prueba alguna donde se demuestre que nuestra institución o su personal médico actuó de forma deficiente, imprudente o imperita en una acción u omisión que produjera perjuicio o daño alguno a la señora **ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE** o a los bebés que llevaba en su vientre, solo se trata de una serie de elucubraciones, sin un sustento técnico desde el punto de vista médico, tan solo se ciñen a realizar señalamientos sin siquiera advertir cual era el deber ser desde el punto de vista médico, es más, la parte demandante no establece en su demanda en que consistió la falla en que supuestamente incurrió la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, tan solo es un relato de hechos inexactos en circunstancias y fechas, y sin la debida técnica procesal, que adolece completamente de sustento probatorio alguno, que permita demostrar la responsabilidad administrativa y patrimonial de nuestra institución.

Por lo tanto, nos oponemos a las pretensiones desproporcionadas solicitadas en la demanda, pues las mismas a más de NO TENER UN SUSTENTO TÉCNICO, NO GUARDAN EN ABSOLUTO LOS LINEAMIENTOS JURISPRUDENCIALES necesarios para la tasación de dichos perjuicios.

EN CUANTO A LOS HECHOS QUE SIRVEN DE FUNDAMENTO A LAS PRETENSIONES

AL HECHO 1: NO NOS CONSTA, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, todo cual cual deberá ser debidamente acreditado y probado en el trámite del proceso de conformidad con lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.



AL HECHO 2: NO NOS CONSTA, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, todo cual cual deberá ser debidamente acreditado y probado en el trámite del proceso de conformidad con lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

AL HECHO 3: NO NOS CONSTA, desconocemos lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, todo cual cual deberá ser debidamente acreditado y probado en el trámite del proceso de conformidad con lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

Así mismo y respecto de las condiciones de salud del menor EMMANUEL CHAVERRA SOTO, la parte demandante deberá acreditarlas con los medios probatorios idóneos, en donde se demuestren cada una de las condiciones y patologías a que se hace referencia en el presente hecho.

AL HECHO 4: NO NOS CONSTA, desconocemos lo manifestado en el presente hecho, dado que se trata de hechos y situaciones sucedidos en otras entidades hospitalarias, todo lo cual es totalmente ajeno a mi representada, por lo que la parte demandante deberá probar plenamente lo aquí manifestado de conformidad con lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso. **No sobra advertir como los controles ginecológicos, valoraciones médicas y la ecografía obstétrica referidos en este hecho, no se realizaron en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA.**

No obstante lo anterior, es preciso anotar que de la revisión de la Historia Clínica del Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente de Chile, aportada como prueba por la parte demandante, se observa que el día 26 de junio de 2018 la señora ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE consultó a dicho centro médico registrándose en la Historia Clínica que se trataba de un embarazo de **ALTO RIESGO OBSTÉTRICO** con **PREVENCIÓN DE PARTO PREMATURO**, consistente en embarazo gemelar de 6 semanas de acuerdo a Ecografía Transvaginal, realizada el mismo día de la consulta, en donde se evidencia mioma intramural subseroso, así mismo se registra que la paciente presentó sangrado escaso el día anterior, y se deja interrogado si el embarazo es monocorial? o monoamniótico?. Tal y como se evidencia en la Historia Clínica que se copia a continuación:



MINISTERIO DE SALUD
E.S. Metropolitana Oriente
Unidad Municipalidad de Providencia
CESFAM Dr. Hernán Alessandri

SOLICITUD DE INTERCONSULTA O DERIVACIÓN

Fecha Solicitudes: Día: 23 Mes: 8 Año: 2018 Estado SIC: Nueva

1. Servicio de Salud: E.S. Metropolitana Oriente
2. Establecimiento: CESFAM Dr. Hernán Alessandri

DATOS DEL (DE LA) PACIENTE

Apellido Paterno: SOTO BUSTAMANTE
Nombre: ERICA YULIETH

Apellido Materno: Apellido Materno
Nombre: RUN

Run: Si se recién nació, RUN, de padre o madre beneficiario: RUN Madre

Fecha de Nacimiento: 30-11-1980 27 años 6 meses 29 días

Sexo: Femenino

Av. VICUÑA MACKENNA 502 Depto. 227 Block G, Providencia - XII Región Metropolitana - Chile

Comuna (calle, número, número interior, bloque (block), villa, localidad): Providencia

Comuna de residencia: Providencia 46178709

Comuna Electrónica: Teléfono: Teléfono 2: Teléfono Móvil: Teléfono Laboral: Teléfono Contacto:

Nombre Padre: Blanca
Nombre Madre:

DATOS CLÍNICOS
Se deriva para atención en:

Se envía a consulta para: CONTROL DE ESPECIALIDAD Otro... Especialidad: ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

Historia diagnóstica o diagnóstico: (ORO) PARTO PREMATURO - Diagnóstico Principal

¿Se sospecha problema de salud ALUMNOS? NO SI Especificar Problema: PREVENCIÓN DE PARTO PREMATURO

Prioridad: Alta

Fundamentos del diagnóstico: EMBARAZO GEMELAR

Exámenes realizados: ECO TV DE HOY GEMELAR 8 SEMANAS ACORDE TROP HOMOG. ENVOLVENTES EN DESARROLLO LA NORMAL LCF1 12* LCF2 4.5 LCN 1* 6.4 LCN 2* 8.2 MIONA INTRAMURAL Y SUBSEROSO DE 25 X 21MM CUERPO Y PARED POSTERIOR MONOCORIAL? MONOAMNIOTICO? SE OBSERVA BOLSA ÚNICA. NO SE VISUALIZA TABIQUE DE LEY.

Observaciones: FUR 12 DE MAYO 2018 EMBARAZO GEMELAR MIONA UTERINO ECO TV DE HOY 28 DE JUNIO EMB GEMELAR 8 SEMANAS PACTE 27 AÑOS GESTA 3.85 EMBARAZO GEMELAR 6 SEMANAS OBS SINT DE AB (PRESENTÓ SANGR ESCASO EN 1 OPORT AYER. AL CONTROL DE HOY (-)) REGO NORMAL SE DERIVA A EVALUACIÓN Y CONTROL ESPECIALIDAD ATTE

AL HECHO 5: El presente hecho contiene varias situaciones fácticas sobre las cuales se hace necesario puntualizar y realizar un recuento cronológico de los controles prenatales realizados por la señora ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE en las diferentes instituciones hospitalarias, sobre los cuales la parte demandante no emite ningún pronunciamiento, siendo estos de relevante importancia para el esclarecimiento de los hechos acaecidos:

1. Respecto al viaje de la señora ERICA YULIETH SOTO a Colombia el día 23 de agosto de 2018, **NO NOS CONSTA**, así como tampoco nos consta que la demandante se haya inscrito para realizar controles prenatales en la ESE Hospital San José de Restrepo, contando para dicha fecha con 13 semanas de embarazo.

No obstante lo anterior, de la revisión de la Historia Clínica de la ESE Hospital San José de Restrepo aportada como prueba por la parte demandante, se puede evidenciar una atención por el servicio de urgencias de fecha 17 de agosto de 2018, es decir que se trata de una atención anterior a la fecha (23 de agosto de 2018) en que la señora ERICA YULIETH SOTO manifiesta que viajó a Colombia proveniente de Chile, en dicha consulta la señora ERICA YULIETH SOTO refiere "DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN HIPOGASTRIO" y presenta una Ecografía que evidencia embarazo gemelar de 12 semanas (02-08-18) Biamniótico Biorial.

Posteriormente el día 21 de agosto de 2018 consulta al servicio de Consulta Externa del Hospital San José de Restrepo para Control Prenatal en donde se reporta un Embarazo Gemelar Momocorial Biamniótico, con 14.3 semanas de gestación por FUR (fecha de última regla) del 15 de mayo de 2018.



Impresión: 28/08/2024 13:47
RESUMEN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS
 GINECOOBSTETRICIA
 FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

Unf Admisión: YESICA LORENA ALVAREZ SANCHEZ
 DD: 544444
 Fecha Inicio: 13/09/2018 15:59
 Fin Atención: 14/09/2018 17:05
 # Cuenta: E2220553

Entidad: EMSSANAR E.S.S. A.R.S.

Atención #2800749

Página 1 de 3

Tipo Documento: CC No. Documento: 1144041082
 Dirección: CRA 10 10-23 - Tel: 3173647947 Edad(AÑOS):27 Sexo: F Nombres: ERICA YULIETH
 Cel: 3178669786 Apellidos: SOTO BUSTAMANTE

Causa Externa:	Enfermedad general
MOTIVO CONSULTA (Percepción del Usuario)	
DOLOR BAJITO Y SANGRADO	
ENFERMEDAD ACTUAL	
PACIENTE G3P2 EMBARAZO GEMELAR DE 17.5 SS EMBARAZO GEMELAR POR ECOGRAFIA DEL 26-06-18 PARA 6.5 SS PACIENTE CON CUADRO DE 1 DIA DE EVOLUCION DE DOLOR A NIVEL DE HIPOGASTRIO EL DIA DE AYER ASOCIADO A SANGRADO VAGINAL ESCASO NO COLAGULOS CONSULTA A SU NIVEL 1 EN DONDE DIRECCIONANA ESTA INSTITUCION ULTIMA ECOGRAFIA 2-08-18 EMBARAZO GEMELAR FETO #1 HUESO NASAL PRESENTE LCF 157 LPM FETO #2 HUESO NASAL PRESENTE FCF 147 LPM EMBARAZO MONOCORIAL BIAMNOTICO ACTUALMENTE EN MANEJO PARA VAGINITIS CON CLOTRIMAZOL DIA 1	

Una vez la señora ERICA YULIETH SOTO es valorada por la Doctora ANYELA PATRICIA ANDRADE RANGEL, Médico General del Servicio de Ginecoobstetricia, se le ordenan exámenes paraclínicos tales como Hemograma, Proteína Reactiva, Uroanálisis con sedimento y densidad Urinaria y Ecografía Transvaginal, consignándose en la Historia Clínica como diagnósticos de ingreso: "SUPERVISIÓN DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN, EMBARAZO DOBLE, DOLOR PELVICO Y PERINEAL"

DIAGNOSTICOS (CIE10)		
Impresión	Código	Descripción
Principal	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO. SIN OTRA ESPECIFICACION
	O300	EMBARAZO DOBLE
	R102	DOLOR PELVICO Y PERINEAL
Médico Tratante		
Nombre:	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	Anyela Andrade Rangel
Especialidad:	MEDICINA GENERAL	Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido
Registro Médico:	764436	Firma

El Doctor ALVARO JOSÉ PINZÓN TOFIÑO, Médico Ginecólogo y Obstetra, valora a la señora ERICA YULIETH SOTO y ordena dejar a la paciente en observación para manejo médico y realización de los exámenes paraclínicos ordenados.

Sin embargo, en el transcurso de la observación hospitalaria **LA SEÑORA ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE, SOLICITA EL ALTA VOLUNTARIA** pese a la explicación de los riesgos de abandonar la institución, lo cual se consignó en la Historia Clínica así:

"PACIENTE G3P2 EMBARAZO GEMELAR DE 17.6 SS EMBARAZO GEMELAR, POR ECOGRAFIA DEL 26-06-18 PARA 6.5 SS QUIEN EL DIA 11/09/2018 PRESENTA CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA, QUIEN POR PRESENCIA DE DOLOR Y SANGRADO CONSULTA A SU NIVEL 1 DE ATENCIÓN DONDE INICIAN TRAMITE DE REMISION, SIN LOGRAR CONCLUIR ESTE, RAZON POR LA CUAL FIRMA ALTA VOLUNTARIA Y DECIDE CONSULTAR A LA INSTITUCIÓN, AL INGRESO PARA CLINICOS DENTRO DE NORMALIDAD, CON MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, NIEGA PERDIDAS VAGINALES, SANGRADOS, PACIENTE QUIEN APORTA ECOGRAFÍAS EXTRAINSTITUCIONALES DEL 02/08/2018 QUE REPORTAN EMBARAZO GEMELAR BIAMNOTICO BICORIAL? Y UN SEGUNDO REPORTE DEL 03/08/2018 QUE REPORTAN EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNOTICO EN ESTE SENTIDO SE DECIDE SOLICITAR ECOGRAFIA INSTITUCIONAL CON EL FIN DE ACLARAR. EN EL MOMENTO LA PACIENTE REFIERE FIRMAR ALTA VOLUNTARIA, SE LE EXPLICAN LOS RIESGOS DE

ABANDONAR LA INSTITUCION PERO FIRMA EL ALTA VOLUNTARIA
(Negrilla, cursiva y subraya fuera de texto).

La señora ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE, suscribe la Declaración de Alta Voluntaria, conforme se evidencia a continuación:

	DECLARACIÓN DE ALTA VOLUNTARIA	CODIGO: FOR/3203/012-14
		FECHA EMISIÓN: 05/08/2014
		ACTUALIZACIÓN: 05/08/2014
		VERSIÓN: 001

En mi calidad de paciente de la Fundación Hospital San José, declaro voluntariamente que abandono este organismo de salud, contra las recomendaciones del personal médico y otro personal en salud, sobre la necesidad de permanecer en él, a costa de mi actual estado de salud, del cual tengo conocimiento:

Por lo anterior exoneró de toda responsabilidad a la Fundación Hospital San José y a su personal médico, docente, asistencial y otro personal en salud, en caso que sobrevengan complicaciones a mi salida.

Dejo constancia firmado la presente a los 14 días del mes de Septiembre de dos mil 2014.

PACIENTE:

FIRMA X ERICA SOTO C.C. UNICOLIBRE DE Calí (C.V.)

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE

PARA MENORES DE EDAD, PACIENTES EN ESTADO DE INCONSCIENCIA, ESTADO MENTAL ALTERADO Y POR DECISIÓN FAMILIAR

RESPONSABLE:

PARENTESCO: _____ NOMBRE: _____
FIRMA: _____ C.C.No. _____ DE _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ BARRIO _____

TESTIGO:

PARENTESCO: _____ NOMBRE: _____
FIRMA: _____ C.C.No. _____ DE _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ BARRIO _____

PARENTESCO: _____

FIRMA: _____ NOMBRE: _____
DIRECCIÓN: _____ C.C.No. _____ DE _____
CIUDAD: _____ BARRIO _____

EMPLEADO F.H.S.J.B. Cavallari Castro R

SERVICIO _____

Como se evidencia en las atenciones médicas prestadas tanto en la ESE Hospital San José de Restrepo como en la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, **la señora ERICA YULIETH SOTO, se negó de manera libre y voluntaria a continuar recibiendo servicios médicos en las dos instituciones,** pese a las ingentes recomendaciones médicas de continuar con la atención médica y pese a conocer que su embarazo era de **ALTO RIESGO OBSTETRICO POR TRATARSE DE UN EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNOTICO,** significando esto último, que se trataba de un embarazo que requería especial atención y cuidado por la principal cuidadora que es ella misma como madre de los bebés, sin embargo, su conducta no denotó sino una absoluta falta de responsabilidad para con su salud y la de los bebés que llevaba en su vientre.

2. Ahora bien, respecto a los controles prenatales realizados por la señora ERICA YULIETH SOTO, en la ESE Hospital San Rafael de El Cerrito, **NO NOS CONSTA,** dado que se trata de hechos acaecidos en otra entidad hospitalaria en la cual nuestra institución no tuvo injerencia alguna.

No obstante lo anterior, de la revisión de la Historia Clínica de la ESE Hospital San Rafael de El Cerrito, aportada como prueba por la parte demandante, se evidencia que efectivamente la señora ERICA YULIETH SOTO continuó realizando sus controles prenatales en dicha institución hospitalaria, siendo importante resaltar la consulta realizada el día 18 de octubre de 2018, en donde la demandante consulta por primera vez para control prenatal, y se le oferta a la paciente el servicio de IVE -Interrupción Voluntaria del Embarazo, explicándosele claramente las situaciones en las cuales se despenaliza dicho procedimiento: 1. Cuando el embarazo constituya peligro para la salud o vida de la mujer, 2. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida y 3. Cuando el embarazo sea resultado de una conducta debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento (violación) abusivo o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado, no consentida o de incesto; oferta que no fue aceptada por la paciente, todo lo cual se registró en la Historia Clínica así:

Plan de Manejo

SE OFERTA EL SERVICIO DE IVE SEGÚN REGLAMENTACION ACTUAL, SE EXPLICA A LA PACIENTE QUE ES UN DERECHO FUNDAMENTAL GARANTIZADO POR LA CORTE CONSTITUCIONAL Y DESPENALIZADO EN TRES SITUACIONES: 1-CUANDO EL EMBARAZO CONSTITUYA PELIGRO PARA LA SALUD O LA VIDA DE LA MUJER 2-CUANDO EXISTA GRAVE MALFORMACION DEL FETO QUE HAGA INVIALE SU VIDA 3-CUANDO EL EMBARAZO SEA RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA, CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO (VIOLACION), ABUSIVO, O DE INSEMINACION ARTIFICIAL O DE TRANSFERENCIA DE OVULO FECUNDADO NO CONSENTIDA, ODE INCESTO. ADEMAS SE LE EXPLICA QUE ESTE SERVICIO SERA PRESTADO EN INSTITUCION CERTIFICADA, POR PROFESIONALES DE LA SALUD, MINIMIZANDO LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO, PERO LA PACIENTE NO ACEPTA, SE HACE ENTREGA DE FOLLETO EDUCATIVO.

SE DAN SG DE ALARMA: EN CASO DE PERDIDAS VAGINALES, CEFALEA, TINITUS, POSFENOS, EDEMA EN EXTREMIDADES, DOLOR PELVICO, FIEBRE, PERDIDAS VAGINALES O NO PERCEPCION DE MOVIMIENTOS FETALES DESPUES DE LA SEMANA 24 ASISTIR DE FORMA INMEDIATA AL SERVICIO DE URGENCIAS; SE LE EXPLICA A LA PACIENTE ESTA DICE ENTENDER. SE BRINDA EDUCACION Y SE DAN RECOMENDACIONES TALES COMO DORMIR MINIMO 6 HORAS AL DIA, ALIMENTACION BALANCEADA CON CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS MINIMO 5 VECES AL DIA, CARNE POLLO Y PESCADO MINIMO 3 VECES X SEMANA, AUMENTAR INGESTA DE FIBRA PARA EVITAR ESTREÑIMIENTO, CONSUMO DE LACTEOS 3 VECES X SEMANA, EVITAR CONSUMO DE BEBIDAS GASEOSAS NI OSCURAS, DISMINUIR INGESTA DE GRASA Y AZUCARES, COMER MINIMO 5 VECES AL DIA. ADEMAS SE RECOMIENDA REALIZACION DE EJERCICIO 3 VECES X SEMANA SI SU ESTADO DE SALUD LO PERMITE. SE RECOMIENDA TAMBIEN REALIZAR ACTIVIDADES LUDICAS Y DE RECREACION, FORTALECER LAZOS FAMILIARES, EVITAR SITUACIONES DE ESTRÉS Y CONFLICTOS, CON EL FIN DE MANTENER SU SALUD MENTAL. SE HACE ENTREGA DE FOLLETO EDUCATIVO: PREPARANDOSE PARA EL PARTO.

SE DA FORMULA CON MICRONUTRIENTES (CALCIO + HIERRO + ACIDO FOLICO)

SS VALORACION X GINECOLOGIA ARO POR INTERGENESICO LARGO + ANT DE HIPOTIROIDISMO + EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL MONOAMNIOTICO (27 SEPTIEMBRE 2018 - CONTROL 26 OCT 2018)

SS VALORACION X PSICOLOGIA (SEPT 2018)

SS VALORACION X NUTRICIONISTA (19 SEP 2018)

SS VALORACION X ODONTOLGIA

VACUNACION

SS CH, CIH Y SEROLOGIA DEL SEGUNDO TRIMESTRE

SS ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL

CONTROL EN 1 MES

Nombre Responsable
LINA MARIA NARANJO

Cargo Responsable
MEDICO GENERAL

CONDUCTA

Fecha de consejería en Lactancia Materna
18-10-2018

Es de resaltar que no se dejó consignado en la Historia Clínica de la ESE Hospital San Rafael de El Cerrito, la razón por la cual le fue ofertado el servicio de Interrupción Voluntaria del embarazo a la señora ERICA YULIETH SOTO; dado que dicho servicio solo se oferta cuando se sospecha la ocurrencia de cualquiera de las tres condiciones por las cuales se despenaliza dicho procedimiento.

Posteriormente, el día 7 de noviembre de 2018 la señora ERICA YULIETH SOTO consulta a la ESE Hospital San Rafael de El Cerrito, manifestando que desde horas de la mañana no siente que sus bebés se muevan y que ellos son muy activos.

ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE
 Fecha Nacimiento : 1990-10-30 Edad : 28 Año(s) - 0 Mes(es)
 CC-1144041082 Género : Femenino
 Dirección : CARRERA 8 N° 17-52 Teléfono : 3173947200
 Hora : NO Tiene Email : erica.yulie@sbsj.org.co
 Fecha Atención : 2018-11-07 09:43:17 Unidad : ENSSANAR SAS

ESI
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
 801300100-2
 CARRERA 13 # 11-51
 2543200 - 3155307720
 Fecha Impresión: 10-03-2020 16:45:13 PM
 Usuario: LUCENTY

Historia Código: 3328673

Nombre: ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE
 Punto Atención: URGENCIAS
 Línea Producto: CONSULTA DE URGENCIAS

Identificación: CC-1144041082
 No Documento: HSR - 345482
 Estado: CERRADO

Código Prestador: 762480472201
 Sede: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL

Motivo de Consulta

GESTANTE DE 25.4 SEMANAS DE GESTACIÓN, REFIERE QUE NO SIENTE MOVIMIENTOS FETALES SPO2 97%

Enfermedad Actual

PACIENTE EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN CONDICIONES GENERALES ESTABLES, PERO MANIFIESTA QUE DESDE HORAS DE LA MAÑANA NO SIENTE QUE SUS BEBÉS SE MUEVAN Y LA MADRE MANIFIESTA QUE SON MUY ACTIVOS

En dicha consulta se le indica a la señora ERICA YULIETH SOTO, salida o alta hospitalaria con recomendaciones médicas, dejándose consignado que preocupa que la madre refiere que los embriones no están muy activos, sin embargo los padres de los bebés refieren que consultarán a nivel superior Buga.

EVOLUCIONES CONSULTA DE URGENCIAS

Evolución-Sesión N° 1 Código: 2522166

Nombre: ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE
 Punto Atención: URGENCIAS
 Línea Producto: CONSULTA DE URGENCIAS
 Fecha Evolución: 07-11-2018 22:42:19 PM

Identificación: CC-1144041082
 No Documento: HSR - 345482
 Estado: CERRADO

Código Prestador: 762480472201
 Sede: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL

Signos Vitales

T/A	F/C	F/R	T	P	Talla	IMC
0	0	0	0	0	0	0

HTA: —

Clasificación:

Riesgo:

Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan

CAPACITEN EN EL MOMENTO SE LE INDICARA SALIDA CON RECOMENDACIONES MEDICAS PREOCUPA QUE LA MADRE REFIERE QUE LOS EMBRIONES NO ESTAN MUY ACTIVOS PADRES REFIERE Q UE CONSULTARAN A NIVEL SUPERIOR BUGA

Diagnostico Cte 10

Dr Principal: (000) EMBARAZO ABDOMINAL

Tipo Diagnostico: Diagnostico Nuevo

Dr Relacionado 1: Sin seleccionar Diagnostico

Finalidad Consulta: No aplica

Dr Relacionado 2: Sin seleccionar Diagnostico

Causa Consulta: Enfermedad general

DANIEL GARCÉS ARROYAVE - 764054

MEDICINA GENERAL

Se Firma Electrónicamente

Es de resaltar, que no obstante las recomendaciones médicas y la preocupación por la poca actividad de los bebés y la manifestación de los padres de que iban a consultar a nivel superior en Buga, LA SEÑORA ERICA YULIETH SOTO, NO CONSULTÓ A LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, que es la institución de nivel superior en la ciudad de Buga, (no existe ningún registro de consultas realizadas en nuestra institución entre los días 7 y 20 de noviembre de 2018), tan solo la demandante vuelve a consultar a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL de El Cerrito el día 20 de noviembre de 2018 es decir, 13 días después de su última consulta a dicha entidad; en ésta última fecha consulta para control prenatal.

El día 23 de noviembre de 2018 la señora ERICA YULIETH SOTO, consulta en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA para control prenatal, siendo valorada por el Doctor ROMEL GABRIEL RINCON HIGUERA, Médico Ginecólogo y Obstetra, quien encuentra los fetos en condiciones generales normales: Feto Uno (a la derecha)



en situación longitudinal presentación cefálica con FCF (frecuencia cardiaca fetal) de 154 LPM (latidos por minuto), y Feto Dos (a la izquierda) en situación longitudinal presentación pelvica con polo cefálico a la izquierda con FCF de 146 LPM.

Posterior a la valoración le prescribe a la paciente **ESQUEMA DE MADURACIÓN PULMONAR** (Dos dosis de Betametasona por 12 MG) y control de resultados de ECO en dos semanas, tal y como se evidencia en la Historia Clínica:


 No. Historia: CC1144041082 - Admisión: 28846 - Paciente: SOTO BUSTAMANTE ERICA YULIETH de 2
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA
 BUGA - 236 1000 - 317 580 9671
 NH: 891380054-1

HISTORIA CLINICA

No. H. C. CC1144041082 - 28846 Fecha de Ingreso 22/11/2018 10:33
 Hora Atención Fecha de Egreso

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	SOTO BUSTAMANTE ERICA YULIETH	DOC. ID.	CC - 1144041082
LUGAR NAC.	EMISSANAR - SUBSIDIADO	SEC. NAC.	30/11/1990
E.P.S.	NO APLICABLE	EDAD	27 AÑOS
OCCUPACIÓN	NO APLICABLE	SEXO	FEMENINO
CIUDAD	CERRITO (B)	BARRIO	EL CERRITO
DIRECCIÓN	CARRERA 18 #11-02	TELÉFONO	3173847247
TIPO USUARIO	BENEFICIARIO	GS - RR	O+
ACODIENTE	MANUEL JOSÉ CHAVERRA MUÑOZ	TELÉFONO	3178899788
SERVICIO	TECNICA PROFESIONAL	CAMA	

ANAMNESIS

MOTIVO CONSULTA	CONTROL PRENATAL
ENFERMEDAD ACTUAL	GESTACION DE 22 SEMANAS POR ECO DE I TRIMESTRE, GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO, ACTIVIDAD UTERINA OCASIONAL, SIN PERDIDAS VAGINALES.
PARACLINICOS	
ALERGIAS	

No. Historia: CC1144041082 - Admisión: 28846 - Paciente: SOTO BUSTAMANTE ERICA YULIETH de 2

26/10/2018	PATOLOGICOS	ASMA BRONQUIAL
26/10/2018	ALERGICOS	NO RESPONDE

EXAMEN FISICO

P. ARTERIAL	110/68	PULSO	72	F. RESP.	16	TAM	82	TEMP		PESO	65	TALLA	158
P. CEFALICO		P. ABDOMINAL		P. TORACICO		E. GESTACIONAL		E. DOLOR					
ASPECTO GENERAL	BUENO												

HALLAZGOS

Sistema	N	A	NE	Sistema	N	A	NE	Sistema	N	A	NE	Sistema	N	A	NE	
1. Cabeza			X	6. Garganta			X	11. Abdomen			X	16. Extremidades Inf			X	
2. Ojos			X	7. Cuello			X	12. Pelvis			X	17. Espalda			X	
3. Oídos			X	8. Tórax			X	13. Tacto Rectal			X	18. Piel			X	
4. Nariz			X	9. Corazón			X	14. Genitourinario			X	19. Endocrino			X	
5. Boca			X	10. Pulmones			X	15. Extremidades Sup			X	20. Sistema Nervioso			X	
16. Extremidades Inf				NO EDEMAS, DILATACIONES VARICOSAS GRADO EN I EN MÚRCO POFPLITEO Y CARA POSTERIOR DE LAS PIERNAS												
11. Abdomen				GLOBOSO POR ÚTERO GRÁVIDO A U 38 CMS. FETO UNO (A LA DERECHA) EN SITUACIÓN LONGITUDINAL, PRESENTACIÓN CEFÁLICA CON FCF 154 LPM, FETO DOS (A LA IZQUIERDA) EN SITUACIÓN LONGITUDINAL, PRESENTACIÓN PELVICA CON POLO CEFALICO A LA IZQUIERDA FCF 146 LPM												
14. Genitourinario				G/E DE ASPECTO SANO, AL TV CUELLO DE CONSISTENCIA BLANDA LARGO CERRADO, PELVIS GINECOIDE.												

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	O300 - EMBARAZO DOBLE
TIPO DX	3 - CONFIRMADO REPETIDO
CAUSA EXTERNA	15 - OTRA
RELACIONADO I	Z139 - SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO
MÉDICO	RINCÓN FIGUERA ROMEL GABRIEL GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA RM : 15-1056



SIN IRRADIACIÓN, REFIERE PERCIBIR MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA PREMONITORIOS, NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS. PACIENTE REFIERE HABER RECIBIDO DOSIS DE MADURACIÓN PULMONAR 23 Y 24 DE NOVIEMBRE”

Historia: CC1144041082 - Admisión: 29478 - Paciente: SOTO BUSTAMANTE ERICA YULIETH de 7

FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA
BUGA - 236 1000 - 317 580 9671
NH 891380054-1

HISTORIA CLINICA

No. H. C. CC1144041082 - 29478 Fecha de Ingreso 26/11/2018 01:07
Hora Atención 01:38 Fecha de Egreso 27/11/2018 05:45

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	SOTO BUSTAMANTE ERICA YULIETH	DOC. ID.	CC - 1144041082
LUGAR NAC.	EMISSANAR	FEC. NAC.	30/11/1996
E.F.S.	EMISSANAR - SUBSIDIADO	EDAD	27 AÑOS
OCCUPACIÓN	NO APlica	SEXO	FEMBRINO
CIUDAD	CERRITO (BL)	BARRIO	EL CERRITO
DIRECCIÓN	CARRERA 18 #11-92	TELÉFONO	3172847997
TIPO USUARIO	BENEFICIARIO	CS - RH	O+
ACUDIENTE	MANUEL JOSE CHAVEZ MUNOZ	TELÉFONO	3172849788
SERVICIO	TECNICA PROFESIONAL	CAMA	244

ANAMNESIS

MOTIVO CONSULTA	G1P1 EMBARAZO DE 28 SEMANAS GEMELAR, SALIDA DE FLUIDO CAJE Y DOLOR BAJITO.
ENFERMEDAD ACTUAL	PACIENTE DE 27 AÑOS, G1P2V1, CON EMBARAZO DE 28.2 SS POR ECOGRAFIA DEL 28/06/18 PARA 6.5 SS, CONSULTA EL DIA DE HOY POR CUADRO CLINICO DE 5 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN SALIDA DE TAPON MUCOSO, ASOCIADO A ESTO DE CEFALEA TEMPORAL, UN EPISODIO EMETICO Y DOLOR EN HIPOGASTRIO, SIN IRRADIACION, REFIERE PERCIBIR MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA PREMONITORIOS, NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS. PACIENTE REFIERE HABER RECIBIDO DOSIS DE MADURACION PULMONAR 23 Y 24 DE NOVIEMBRE.
PARACLINICOS	
ALERGIAS	

En dicha consulta la paciente es valorada por la Doctora ANYELA PATRICIA ANDRADE, quien al examen físico evidencia paciente con abdomen gravido AU: 27 cm no reactivo al momento, feto #1 FCF: 128 LPM dorso a la derecha feto #2 FCF: 123 dorso a la izquierda, Genitourinario: Genitales externos normoconfigurados, cuello, corto, permeable a 1 dedo en todo su trayecto, se palpan estructuras fetales, no fluidos patológicos, no amniorrea, diagnosticando: **FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN.**

La Doctora ANYELA PATRICIA ANDRADE ordena la hospitalización de la paciente en el servicio de Ginecoobstetricia y realiza las siguientes ordenes médicas:

- Dieta Común
- Acetaminofen tabletas 500 mg
- Nifedipino tabletas 10 mg
- Ecografía Obstétrica Transabdominal de ambos fetos más cervicometría.
- Hemograma, PCR, Uroanálisis mas Gram de orina por sonda, FFV
- Reservar cupo en UCI Neonatal
- Revalorar con resultados
- Vigilar fetocardias de ambos fetos, perdidas vaginales, AU.



EXAMEN FISICO

P. ARTERIAL	95/55	PULSO	96	F. RESP	20	LAM.	68	TEMP	36.4	PESO	68	TALLA	157		
P. CEFALICO		P. ABDOMINAL		P. TORACICO		E. GESTACIONAL		E. DOLOR							
ASPECTO GENERAL	INGRESA PACIENTE POR SUS PROPIAS CONDICIONES, ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.														
HALLAZGOS															
Sistema	N	A	NE	Sistema	N	A	NE	Sistema	N	A	NE	Sistema	N	A	NE
1. Cabeza			X	6. Garganta			X	11. Abdomen			X	16. Extremidades Inf			X
2. Ojos			X	7. Cuello			X	12. Pelvis			X	17. Espalda			X
3. Oidos			X	8. Tórax			X	13. Tacto Rectal			X	18. Piel			X
4. Nariz			X	9. Corazón			X	14. Genitourinario			X	19. Endocrino			X
5. Boca			X	10. Pulmon			X	15. Extremidades Sup			X	20. Sistema Nervioso			X
11. Abdomen	ABDOMEN; GRAVIDO AU: 27 CM, NO REACTIVO AL MOMENTO, FETO #1 FCF: 128 LPM DORSO A LA DERECHA, FETO #2 FCF 123 DORSO A LA IZQUIERDA.														
14. Genitourinario	GU: GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, CUELLO, CORTO, PERMEABLE A 1 DEDO EN TODO SU TRAYECTO, SE PALPAN ESTRUCTURAS FETALES, NO FLUJOS PATOLOGICOS, NO AMNIOGEEA.														



DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	O470 - FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION
TIPO DX	1 - IMPRESION DIAGNOSTICA
CAUSA EXTERNA	13 - ENFERMEDAD GENERAL
MEDICO	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA MEDICINA GENERAL RM : 382599.



No. Historia: CCI144041082 - Admisión: 29478 - Paciente: SOTO BUSTAMANTE ERICA YULIETH 4 de 6

FECHA - HORA	26/11/2018 01:11	VASQUEZ FAJARDO KATHERINE - CC 1114462041
		AUXILIAR DE ENFERMERIA - R.M. 76-7439
INGRESA PACIENTE A URGENCIAS DE GINECOLOGIA EN SILLA DE RUEDAS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR Y CAMILLERO CONSCIENTE Y ORIENTADA TOLERANDO OXIGENO AL MEDIO AMBIENTE G3P2 EMBARAZO DE 28 SEMANAS GEMELAR, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, REPORTE TENGO DOLOR BAJITO Y SALIDA DE FLUJO CAFE POR VAGINA SE TOMAN SIGNOS VITALES PENDIENTE VALORACION MEDICA.		
FECHA - HORA	26/11/2018 01:53	VASQUEZ FAJARDO KATHERINE - CC 1114462041
		AUXILIAR DE ENFERMERIA - R.M. 76-7439
PACIENTE QUE ES VALORADA POR EL MEDICO DE TURNO QUIEN ORDENA .HOSPITALIZACION G/O		
-DIETA COMUN		
-ACETAMINOFEN TAB 500 MG, DAR 1 TAB VIA ORAL		
-NIFEDIPINO TAB 10 MG, 1 TAB CADA 6 HRS		
-SS ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL DE AMBOS FETOS + CERVICOMETRIA.		
-SS HEMOGRAMA, PCR, UROANALISIS + GRAM DE ORINA POR SONDA, FFV.		
-RESERVAR CUPO EN UCI NEONATAL.		
-REVALORAR CON RESULTADOS.		
-VIGILAR FCF DE AMBOS FETOS, PERDIDAS VAGINALES, AU.		
GRACIAS.		



Posteriormente la señora ERICA YULIETH SOTO es valorada por el Doctor CARLOS ALFREDO LLANOS ARCINIEGAS, Médico Ginecólogo y Obstetra quien evidencia abdomen gravido AU: 27 cm, no reactivo al momento, feto #1 con una frecuencia cardiaca fetal de 134 latidos por minuto en posición dorso a la derecha y el feto #2 con un frecuencia cardiaca fetal de 143 con posición dorso a la izquierda, consignando como Diagnostico: Supervisión de Embarazo de Alto Riesgo y ordena continuar con la hospitalización e igual manejo médico instaurado.

De acuerdo con lo establecido en la literatura médica la conducta que se debe adoptar en una paciente con embarazo gemelar, biamniótico monocorial y que consulta con síntomas premonitorios de parto antes de la semana 37 de gestación, con salida de tapón mucoso, debe ser espectante y conservadora, pues dado que se trata de un embarazo que no está a término, se debe tratar de llevar la paciente hasta el mayor número de semanas de gestación, para evitar un parto prematuro, esto con la correspondiente maduración pulmonar de los bebés, el control de signos vitales de la madre y las fetocardias de los bebés, además de monitorizar los fetos con la correspondiente Ecografía Transvaginal + Cervicometría, como en efecto ocurrió en el presente caso.

EVOLUCIÓN SOAP - 26/nov./2018
SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH - Edad: 27 Años

FIRMA ELECTRONICA MÉDICO	LLANOS ARCINIEGAS CARLOS ALFREDO - CC 16261478 GINECOLOGIA R.M. 16261478	LLANOS ARCINIEGAS CARLOS ALFREDO - CC 16261478 GINECOLOGIA R.M. 16261478	FECHA - HORA: 26/11/2018 07:41
SERVICIO	GINECO-OBSTETRICIA - ESTANCIA GENERAL		

EVOLUCIÓN: Subjetivo - Objetivo

* **EVOLUCION HOSPITALIZACION**
DIAGNOSTICOS:
1. G3P2V2. GS O RH (+).
2. EMBARAZO GEMELAR. MONOCORIAL BIAMNIOTICO DE 28.2 SS POR ECOGRAFIA DEL 28/06/18 PARA 6.5 SS.
3. APP

SUBJETIVO: PACIENTE REFIERE PASAR BUENA NOCHE
OBJETIVO: PACIENTE EN CAMA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
SIGNOS VITALES: TA 100/60 MMHG, FC 93 LPM, FR 18 RPM, T 36°C, SAO2 98%
ORL: MUCOSAS HUMEDAS, ESCLERAS ANICTERICAS.
CP: TORAX NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SINCRONICOS CON EL PULSO, SIN SOPLOS; RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES, SIN SOBREGREGADOS.
ABDOMEN GRAVIDO AU: 27 CM, NO REACTIVO AL MOMENTO, FETO #1 FCF 134 LPM DORSO A LA DERECHA, FETO #2 FCF 143 DORSO A LA IZQUIERDA.

Impreso por: FLOMONDO - 31052014 1520.

No. Historia: CC1144041082 - Admisión: 29478 - Paciente: SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH de 7

OU: TV CUELLO CORTO PERMEABLE A J DEDO EN TODO SU TRAYECTO. SE PALPAN ESTRUCTURAS FETALES, NO FLUJOS PATOLOGICOS, NO AMNIOORREA. EXTREMIDADES: MOVILES, SIMETRICAS, NO EDEMAS. SNC: SIN DEFICIT SENSITIVO MOTOR APARENTE.
DIAGNOSTICOS
Principal: Z359 - SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO. SIN OTRA ESPECIFICACION Relacionado 1: O300 - EMBARAZO DOBLE
ANALISIS Y PLAN
PACIENTE G3P2V2. GS O RH (+). CON EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO DE 28.2 SS POR ECOGRAFIA DEL 28/06/18 PARA 6.5 SS. RECIBIO DOSIS DE MADURACION PULMONAR 23 Y 24 DE NOVIEMBRE. CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO. PENDIENTE ECOGRAFIA Y CERVICOMETRIA PARA DEFINIR MANEJO
PLAN: - CONTINUA HOSPITALIZACION G/O - DIETA COMUN - ACETAMINOFEN TAB 500 MG, DAR 1 TAB VIA ORAL, CADA 6 HORAS - NIFEDIPINO TAB 10 MG, 1 TAB CADA 6 HRS - PENDIENTE ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL DE AMBOS FETOS + CERVICOMETRIA. - RESERVADO CUPO EN UCI NEONATAL. - VIGILAR FCF DE AMBOS FETOS, PERDIDAS VAGINALES, ACTIVIDAD AUTERINA. GRACIAS

En cumplimiento de las ordenes médicas se le realiza a la señora ERICA YULIETH SOTO la Ecografía Obstétrica Transabdominal Gemelar en donde se evidencia: Feto 1: Vivo, en situación longitudinal, presentación cefalico dorso izquierdo al momento del examen, movimientos fetales activos, actividad cardiaca ritmica y el Feto 2: Muerto y Atrapado en cara anterior.

PACIENTE:	SOTO BUSTAMANTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ29212
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	29478
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	TELEFONO:	3173847847
FECHA ORDENADO:	26/11/2018 01:47		
FECHA REALIZACION:	26/11/2018 14:52		
FECHA INTERPRETACION:	26/11/2018 15:07		
EXAMEN:	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL		

DESCRIPCION : ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL GEMELAR

HALLAZGOS : Edad Gestacional: 28.2 semanas

TIPO DE EXAMEN

Mediante transductor convex transabdominal multifrecuencia se practicó ultrasonido obstétrico encontrando:
EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO.

Feto 1: vivo, en situación longitudinal, presentación cefalica dorso izquierdo al momento del examen. Movimientos fetales activos. Actividad cardiaca rítmica.

Feto 2: MUERTO Y ATRAPADO EN CARA ANTERIOR.

Frecuencia Cardiaca Feto 1: 137/min
Frecuencia Cardiaca Feto 2: 0/min

PLACENTA Y CORDON

Localizacion: ANTERIOR grado: I-II Espesor: 34.8 MM

Cordon Feto 1: 3.Vasos

LIQUIDO AMNIOTICO (Valoración Cualitativa)

Líquido Amniótico Feto 1: Normal LAGO: 11 POLIHIDRAMNIOS

BIOMETRIA FETO 1

DBP: 66.9 MM PARA 26.9 SEMANAS
Circunferencia abdominal: 240.8 MM PARA 26.4 SEMANAS
Femur: 55.0 MM PARA 29.0 SEMANAS
CC: 247.7 MM PARA 26.9 SEMANAS
Húmero: 49.1 MM PARA 28.8 SEMANAS

Peso Estimado Fetal: 1,220 +/- 98 gramos
Talla Estimada Fetal: 38.6 cm

EXAMEN FISICO

Cabeza: Ventriculos Laterales normales, Plexos Coroides sin alteraciones, Talamos y Pédunculos Cerebrales Normales.

Cara: Orbits normales, Cristalinos Visibles, Estructuras Medio Faciales normales, Labio Superior Integro.

Corazon: Corazon Situs Solitus, Corte de Cuatro Camaras normales.

Torax: Ecogenicidad Pulmonar normal, Reja Costal normal.

Abdomen: Camara Gastrica y Vejiga Visibles, Riton Derecho y Riton Izquierdo normales, Pared Abdominal Integra.

Extremidades: Movilidad y Tono normal, Columna Visible en toda su extension.

OBSERVACIONES FETO 1

PERFIL DE CRECIMIENTO NORMAL PARA 27.6 SEMANAS

OBSERVACIONES FETO 2

ATRAPADO EN CARA ANTERIOR

CONCLUSIONES : 1. EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO.
2. FETO 1: VIVO, POLIHIDRAMNIOS.
3. FETO 2: MUERTO Y ATRAPADO.

Atentamente,



DOMINGUEZ PLAZA SANTIAGO
Registro médico: 7681
Especialidad: GINECOLOGIA

Digitado Por: MAIRA ALEJANDRA FLORES MEJIA - 26/11/2018 03:00:26 p. m.



Por otro lado, **NO ES CIERTO** lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho, respecto a que la paciente se le recomendó ir a almorzar para que hubiera mayor actividad y volver nuevamente al hospital a las 2 p.m. para realizar la Ecografía Transabdominal, pues como se evidencia en lo consignado en la Historia Clínica a la paciente se le ordenó hospitalización para vigilar su embarazo y se le realiza la Ecografía Transabdominal Obstétrica durante el proceso de hospitalización, sin que se evidencie en la Historia Clínica interrupción de la atención médica, así como tampoco el egreso de la paciente de nuestra institución y un posterior ingreso como de manera errada y faltando a la verdad manifiesta la demandante.

Posterior al reporte de la Ecografía Obstétrica Transabdominal realizada, la señora ERICA YULIETH SOTO, es valorada por el Doctor CARLOS ALFREDO LLANOS, quien consigna en la Historia Clínica que se considera que la paciente debe ser remitida como urgencia vital para manejo por perinatología, explicándole a la paciente los riesgos.

FIRMA ELECTRÓNICA MÉDICO	LLANOS ARCINIEGAS CARLOS ALFREDO - CC 16261478 GINECOLOGÍA R.M. 16261478	LLANOS ARCINIEGAS CARLOS ALFREDO - CC 16261478 GINECOLOGÍA R.M. 16261478
SERVICIO	GINECO-OBSTETRICIA ESTANCIA GENERAL	FECHA - HORA: 26/11/2018 15:16
EVOLUCIÓN: Subjetivo - Objetivo		
NOTA MÉDICA DIAGNÓSTICOS: 1. G3P2V2. GS O RH (+). 2. EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO DE 28,2 SS POR ECOGRAFIA DEL 28/06/18 PARA 6.5 SS. 3. APP		
PACIENTE G3P2V2. GS O RH (+), CON EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO DE 28,2 SS POR ECOGRAFIA DEL 28/06/18 PARA 6.5 SS CON EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO. HOSPITALIZADA POR DIAGNOSTICO DE APP EN MANEJO CON UTEROINHIBICION CON NIFEDIPINO TAB 10 MG CADA 6 HORAS. LLEVA REPORTE DE ECOGRAFIA OBSTETRICA QUE REPORTA: FETO 1: VIVO CEFALICO, DI, PLACENTA ANTERIOR, GRADO II ILA NORMAL. PEP: 1220 GR., EG: 27,6 SS, POLIHIDRAMNIO. FETO 2: MUERTO Y ATRAPADO EN CARA ANTERIOR. CERVICOMETRIA: 43,1 MM OCI CERRADO. PRUEBA TRANSFUNDAL NEGATIVO. RECIBIO DOSIS DE MADURACION PULMONAR 23 Y 24 DE NOVIEMBRE. SE CONSIDERA PACIENTE DEBE SER REMITIDA COMO URGENCIA VITAL PARA MANEJO INMEDIATO POR PERINATOLOGIA. SE EXPLICAN RIESGOS A LA MADRE.		
DIAGNOSTICOS Principal: Z359 - SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO- SIN OTRA ESPECIFICACION Relacionado 1: O300 - EMBARAZO DOBLE		
ANALISIS Y PLAN		
REMISION COMO URGENCIA VITAL.		

Finalmente la señora ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE es aceptada en el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE en la ciudad de Cali, a donde es remitida para atención por el servicio de Ginecoobstetricia y Perinatología; sin embargo de la cesárea practicada por el fallecimiento de unos de los bebés, de las atenciones médicas prestadas en dicha entidad y de las múltiples patologías con que nació el otro bebé, **NO NOS CONSTA**, dado que se trata de servicios prestados en otra institución hospitalaria, sobre las cuales nuestra institución no tuvo participación ni injerencia alguna, además la parte demandante no aporta prueba alguna en donde se sustenten cada uno de estos hechos.

En este punto es preciso traer a colación literatura médica para ilustrar acerca de la condición y la enfermedad con la que cursaron los bebés de la señora ERICA YULIETH SOTO y que fue la causa del fallecimiento de uno de ellos y las condiciones patológicas que desarrolló el otro bebé, para tales efectos es preciso referirnos en primer lugar a las **GESTACIONES MÚLTIPLES Y EN ESPECIAL A LAS GESTACIONES GEMELARES MONOCORIALES BIAMNÓTICAS**, como la que presentaba la señora ERICA YULIETH SOTO y las complicaciones y patologías que se pueden desarrollar como consecuencia de esta clase de embarazos:



GESTACIONES MÚLTIPLES²

Las gestaciones múltiples son el resultado de la fecundación de dos o más ovocitos, o de la división completa de un huevo fecundado. En el primer lugar los gemelos poseen diferente material genético, y por lo tanto su fenotipo es diferente, y en el segundo se trata de gemelos genéticamente iguales, por lo tanto, del mismo sexo y fenotipo.

La frecuencia del embarazo gemelar es alrededor del 1,2% de los recién nacidos. Mucho más baja es la incidencia de gestaciones de más de dos embriones. En los últimos años ha aumentado el número de gestaciones múltiples, fundamentalmente debido al aumento de las técnicas de reproducción asistida.

Los gemelos pueden compartir la placenta y la bolsa amniótica. Esto va a condicionar el pronóstico y el riesgo de complicaciones durante el embarazo. Si cada gemelo tiene su propia placenta se denomina "bicorial", y si la comparten, "monocorial". Así mismo, cada gemelo puede estar en su propia bolsa amniótica, "biamniótica", o compartirla, "monoamniótica". El tipo de embarazo múltiple con menor riesgo sería el bicorial-biamniótico y el de mayor el monocorial-monoamniótico.

¿Cómo podemos identificar el tipo de gestación múltiple?

El diagnóstico es ecográfico. La ecografía de primer trimestre es fundamental para diagnosticar el número de embriones, el número de placentas y de bolsas amnióticas. Con todo ello, se podrá clasificar la gestación según el riesgo de complicaciones

¿Cuáles son las principales complicaciones de las gestaciones múltiples?

La gestación múltiple se asocia a un mayor número de complicaciones maternas y fetales.

Parto pretérmino

La complicación principal en la gestación múltiple es el parto pretérmino, antes de la semana 37-38 de gestación, y se incrementa de manera proporcional al número de fetos. Se observa entre el 22-39% de las gestaciones gemelares, el 68-100% de los trillizos y el 93-100% de las gestaciones cuádruples.

El diagnóstico precoz es la única prevención de la prematuridad del recién nacido. **EL NACIMIENTO ANTES DE LA SEMANA 34 DE GESTACIÓN CONLLEVA UN AUMENTO DEL RIESGO DE COMPLICACIONES EN EL RECIÉN NACIDO, DEBIDO A LA INMADUREZ DE SUS ÓRGANOS.**

¿Cómo se predice la amenaza de parto pretérmino?

Durante el embarazo se realiza un control mensual de la longitud del cérvix, ya que es un buen marcador del riesgo de parto prematuro. Es normal que el cérvix de una mujer con una gestación múltiple se vea disminuido por el peso del útero

² <https://www.quironsalud.com/hospital-madrid/es/cartera-servicios/ginecologia-obstetricia/unidad-obstetricia/embarazos-alto-riesgo/gestacion-multiple>

a partir de la semana 24-26 de embarazo, es esta forma, valores por encima de 25 mm se consideran fisiológicos.

El otro factor fundamental que puede provocar una amenaza de parto pretérmino son las contracciones uterinas. En ocasiones, es difícil distinguir las contracciones fisiológicas del embarazo, que se producen al final de la gestación (a partir de la semana 30-32 en los embarazos únicos y a partir de la semana 26-28 en los gemelares) de las contracciones que pueden desencadenar el parto. La diferencia esencial se basa en que, mientras las primeras disminuyen en reposo, las segundas no ceden, y se hacen regulares. Por ello, toda gestante que note dolor abdominal acompañado de sensación de "tripa dura" debe sentarse o tumbarse, y si en 30 minutos, está sensación no ha disminuido o incluso se ha incrementado, debe acudir a urgencias para ser valorada.

Existen tratamientos para frenar un parto pretérmino, siempre y cuando no exista una contraindicación para ello, como por ejemplo, una infección uterina. Dependiendo de si existen contracciones o simplemente un acortamiento de cuello uterino asintomático, el tratamiento será diferente, así como la necesidad o no de hospitalización. En todos los casos si se diagnostica un aumento del riesgo de parto pretérmino, será necesario disminuir el ritmo de vida y realizar un reposo relativo.

Siempre que aparece una amenaza de parto pretérmino se administra una medicación para acelerar la maduración pulmonar de los fetos y disminuir el riesgo de problemas respiratorios por inmadurez.

Otras complicaciones maternas

Otras complicaciones que pueden desarrollarse en la mujer con gestación múltiple son problemas hipertensivos, diabetes gestacional, problemas hepáticos, infecciones urinarias o anemia. El seguimiento cercano de estas embarazadas se hace imprescindible para prevenir y/o tratar precozmente esta serie de problemas.

Complicaciones fetales

La complicación fetal principal es la restricción del crecimiento intrauterino de uno o los dos fetos. Es muy habitual que los gemelos tengan un crecimiento uterino algo menor que los fetos de gestaciones únicas, esto se considera fisiológico, y no conlleva problemas. Sin embargo, los fetos de embarazos múltiples tienen una probabilidad más alta de desarrollar insuficiencia placentaria, lo que da lugar a una disminución patológica del crecimiento de uno o más de los fetos. En ocasiones esto da lugar a que haya que valorar la finalización de la gestación antes de llegar a la semana 38 de embarazo.

La ecografía es la prueba principal para valorar el crecimiento fetal, así como la presencia de malformaciones, ya que hay que recordar que las gestaciones gemelares tienen un incremento del riesgo de anomalías congénitas.

La muerte intrauterina de uno de los fetos es otra complicación que puede ocurrir en los embarazos múltiples. Su frecuencia oscila entre el 2-7%. En las gestaciones múltiples donde cada feto tiene su propia placenta no conlleva ningún riesgo para el/los feto/s vivos. En las gestaciones monocoriales existe riesgo de embolización, que se asocia con una alta tasa de complicaciones en el feto superviviente. Tras la confirmación del diagnóstico de muerte de uno

de los fetos, la tendencia generalizada es a tener una actitud conservadora, aunque su manejo es controvertido.

Complicaciones de la gestación monocorial

El síndrome de transfusión feto-fetal (sTFF) es una complicación particular del embarazo gemelar monocorial, y no sucede si cada feto tiene su propia placenta. El sTFF es una enfermedad en la que uno de los fetos pasa sangre al otro a través de la placenta que comparte, provocando complicaciones en los dos gemelos.

Seguimiento de las gestaciones múltiples

Durante el primer trimestre de la gestación el control del embarazo múltiple no difiere de la gestación única. A partir de la semana 16-18 el control en consulta es mensual en las gestaciones gemelares bicoriales-biamnióticas y quincenal en los demás tipos de gestaciones múltiples. Aumentado la frecuencia de visitas en el tercer trimestre de la gestación.

COMPLICACIONES FETALES EN LAS GESTACIONES GEMELARES MONOCORIALES BIAMNIÓTICAS: ESTUDIO DE 94 CASOS³

Las gestaciones gemelares tienen una tasa de complicaciones perinatales mayor que los embarazos únicos, y a su vez, dentro de ellas, las gestaciones monocoriales presentan un riesgo obstétrico y perinatal mayor que las bicoriales. De esta forma, la monocorionicidad supone un mayor riesgo de muerte fetal, pérdida fetal antes de las 24 semanas, retraso del crecimiento intrauterino y trastornos del neurodesarrollo durante la infancia.

Esto se debe a que a las complicaciones propias de todo embarazo múltiple, las gestaciones monocoriónicas biamnióticas añaden complicaciones específicas, como son el síndrome de transfusión feto-fetal (STFF) que aparece en un 10-15% de los casos, la secuencia anemia-policitemia (SAP) en un 5% de los casos, el retraso del crecimiento intrauterino selectivo (RCIUs) en un 10-15%, la muerte fetal intrauterina de un sólo gemelo y la secuencia de perfusión arterial reversa o secuencia TRAP.

El mecanismo que actualmente parece explicar el desarrollo de muchas de las complicaciones asociadas al embarazo monocoriónico implica principalmente el desbalance hemodinámico secundario al patrón específico de anastomosis vasculares, que conectan entre sí la circulación de ambos fetos, así como al reparto desigual del territorio placentario entre ambos.

SINDROME DE TRANSFUSION FETO FETAL

El síndrome de transfusión feto fetal (STFF) es una complicación específica y única de las gestaciones múltiples con una única placenta (gemelares monocoriales) que aparece cuando uno de los fetos pasa sangre al otro de forma desequilibrada, a través de las comunicaciones vasculares (anastomosis) que tienen en su placenta compartida. El feto que pasa sangre se denomina "donante" y el que recibe la sangre "receptor".

³ https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000500005

¿Qué es una gestación gemelar monocorial?



Bicorial
biamniótica



Monocorial
biamniótica



Monocorial
monoamniótica

Uno de los aspectos más importantes del manejo de las gestaciones múltiples es el diagnóstico de la corionicidad, es decir, del número de placentas.

Las **gestaciones gemelares** se pueden clasificar en función del número de placentas en:

- una placenta única compartida (monocoriales/ gemelos idénticos)
- dos placentas independientes (bicoriales)

Para ser fiable, el diagnóstico de la corionicidad debe ser llevado a cabo antes de la semana 15. La gestación monocorial se diagnostica identificando el signo T (unión directa de las 2 membranas amnióticas sin interposición de placenta), lo cual es posible en casi el 100% de los casos a esta edad gestacional. En la gestación bicorial se interpone tejido corial (placenta) entre las dos bolsas, mostrando el signo λ (lambda).

A su vez, los **embarazos monocoriales (una placenta única compartida)** se clasifican en:

- dos bolsas amnióticas (biamnióticos)
- ambos fetos están juntos en una única bolsa amniótica (monoamnióticos)

En las gestaciones monocoriales existen lo que se conoce como conexiones vasculares entre los fetos (anastomosis) de manera que hay porciones (cotiledones) de la placenta a los que llega sangre no oxigenada de un feto y, en vez de oxigenarse y volver al mismo feto, como ocurre en embarazos únicos o múltiples con placentas independientes, esa sangre pasa al otro feto. Estas anastomosis existen en casi todos los gemelos monocoriales, pero generalmente el volumen de sangre que pasa de un feto a otro está equilibrado.

¿Es muy común el Síndrome de Transfusión Feto Fetal?



**EL SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO FETAL
AFECTA DEL 10 AL 15% DE LAS GESTACIONES
MONOCORIALES**



1/2000 embarazos

La gestación gemelar monocorial (MC) se presenta en uno de cada 250 embarazos y representa cerca del 20% de los embarazos gemelares, así como el 70% de los embarazos monocigóticos (que provienen de un mismo óvulo).

El síndrome de transfusión feto fetal es una patología que ocurre en el 10- 15% de las gestaciones monocoriales, por tanto afecta aproximadamente a 1 de cada 3.000 embarazos.

Tipos de Síndrome de Transfusión Feto Fetal

La clasificación se basa en datos de la ecografía y se correlaciona con la gravedad del síndrome. Se clasifica en 5 estadios (I-V). Los estadios I y II son aquellos en los que los fetos no presentan alteraciones cardiovasculares graves. En el III, empiezan a haber alteraciones más graves, y en el estadio IV, uno de los dos fetos presenta un fallo cardíaco avanzado.

- **Estadio I.** Discordancia de líquido amniótico entre el donante y el receptor (Polihidramnios/Oligohidramnios). Existe, también, una discordancia en el tamaño de las vejigas: el receptor presenta la vejiga distendida y llena durante toda la exploración, mientras que el donante tiene una vejiga de menor tamaño.
- **Estadio II.** En este estadio ya no se identifica la vejiga del feto donante.
- **Estadio III.** Representa un estadio más avanzado de la enfermedad en el que aparecen alteraciones de la circulación fetal del receptor y/o del donante que son la manifestación de los cambios hemodinámicos secundarios al aumento (hipervolemia) o disminución (hipovolemia) del volumen total de la sangre que circula por el organismo. Las alteraciones más frecuentes son:
 - Flujo diastólico ausente-revertido en la arteria umbilical en el donante y/o en el receptor.
 - Flujo ausente o revertido en la onda A en el ductus venoso (habitualmente del receptor).
 - Vena umbilical con flujo pulsátil (habitualmente del receptor).
- **Estadio IV.** Hidrops (acúmulo de líquido en dos o más compartimentos fetales (subcutáneo, derrame pleural, ascitis, derrame pericárdico)) en cualquiera de los dos fetos.
- **Estadio V.** Muerte intrauterina de uno o ambos gemelos

En el presente caso, el fallecimiento de uno de los bebés de la señora ERICA YULIETH SOTO y la múltiples patologías y malformaciones con que nació el otro bebé, no pueden ser atribuidas a la atención médica prestada a la paciente en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, dado que se trató de una patología

que se desarrolló por la condición misma de los fetos, en este caso por ser una **GESTACIÓN GEMELAR BIAMNOTICA MONOCORIAL**, que como la misma literatura médica ha considerado suponen un mayor riesgo de muerte fetal, retraso de crecimiento intrauterino y trastornos del neurodesarrollo durante la infancia, lo cual reitero, es una condición propia de los fetos, que no puede ser atribuida al manejo médico.

AL HECHO 6: Es parcialmente cierto lo manifestado por la parte demandante en el presente hecho:

Cierto es que uno de los bebés que se encontraba gestando la señora ERICA YULIETH SOTO falleció intrauterinamente el día 26 de noviembre de 2018 de acuerdo con el resultado de la Ecografía Obstetrica Transabdominal Gemelar realizada a la paciente en nuestra institución.

Respecto a las condiciones patológicas con que nació el menor EMMANUEL CHAVERRA SOTO a que hace referencia la parte demandante, NO NOS CONSTAN, dado que su nacimiento y atención neonatal no fue prestada en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, así como tampoco nos constan los supuestos lazos familiares referidos en el presente hecho, todo cual cual deberá ser debidamente acreditado y probado por la parte demandante en el trámite del proceso de conformidad con lo establecido en el Artículo 167 del Código General del Proceso.

Por otro lado, este hecho hace referencia a un supuesto daño antijurídico sufrido por los demandantes que igualmente no nos consta. Lo cierto es que mi representada no es responsable, ni generadora del mismo, pues como se dejó sentado a lo largo de esta contestación de demanda, el actuar de la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA se adecuó a los protocolos y guías médicas para la atención de una paciente en estado de embarazo gemelar biamniótico monocorial de 28 semanas de gestación, quien tenía síntomas premonitorios de parto, brindándosele todo el manejo médico requerido y necesario de acuerdo a su estado, por lo que la evolución posterior y el desenlace fatal de la muerte de uno de los bebés y las múltiples patologías con que nació el otro bebé, no tuvieron origen en la atención médica prestada en nuestra institución.

AL HECHO 7: No es un hecho. Igualmente NO NOS CONSTA que los actores se encuentren unidos por los lazos referidos en este hecho. Por otro lado, este acápite lo que contiene es una relación de unos supuestos perjuicios que igualmente no nos constan y menos el valor referido de éstos. Lo cierto es que mi representada no es responsable, ni generadora de los mismos, pues como se dejó sentado a lo largo de esta contestación de demanda, el actuar de la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA se adecuó a los protocolos y guías médicas para la atención de una paciente en estado de embarazo gemelar biamniótico monocorial de 28 semanas de gestación, quien tenía síntomas premonitorios de parto, brindándosele todo el manejo médico requerido y necesario de acuerdo a su estado, por lo que la evolución posterior y el desenlace fatal de la muerte de uno de los bebés y las múltiples patologías con que nació el otro bebé, no tuvieron origen en la atención médica prestada en nuestra institución, sino que las mismas son una condición propia de los fetos, que no puede ser atribuida al manejo médico.

AL HECHO SEPTIMO: No nos consta lo manifestado en el presente hecho, desconocemos si la apoderada de los demandantes presentó o no solicitud de Conciliación ante las Procuradurías Judiciales Administrativas de Cali, dado que nada de ello fue notificado a nuestra institución, siendo preciso resaltar que la parte demandante **NO AGOTÓ EL REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD DE LA CONCILIACIÓN CON LAS PARTES DEMANDAS EN EL PRESENTE PROCESO.**

EXCEPCIONES

De manera respetuosa manifiesto al Despacho que formulo las siguientes excepciones:

EXCEPCIONES DE MERITO O DE FONDO

Comedidamente manifiesto al despacho que formulo las siguientes excepciones de mérito o de fondo:

1. CADUCIDAD DE LA ACCIÓN

Excepción que encuentra pleno fundamento en lo consagrado en el literal I del numeral 2° del Artículo 164 de la Ley 1437 de 2011, en donde se establece que ***“Cuando se pretenda la reparación directa, la demanda deberá presentarse dentro del término de dos (2) años, contados a partir del día siguiente al de la ocurrencia de la acción u omisión causante del daño, o de cuando el demandante tuvo o debió tener conocimiento del mismo si fue en fecha posterior y siempre que pruebe la imposibilidad de haberlo conocido en la fecha de su ocurrencia”***

Así mismo el numeral 1° del Artículo 169 de la Ley 1437 establece que la demanda se rechazará cuando hubiere operado el fenómeno de la caducidad,

“Artículo 169. Rechazo de la demanda

Se rechazará la demanda y se ordenará la devolución de los anexos en los siguientes casos:

1. Cuando hubiere operado la caducidad”

Conforme lo anterior, los hechos que son objeto de demanda acaecieron el día 26 de noviembre de 2018, fecha en la que consulta la señora ERICA YULITEH SOTO BUSTAMANTE a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA con síntomas premonitorios de parto, según lo relatado en el escrito de la demanda, uno de los bebés de la señora ERICA YULIET SOTO BUSTAMANTE, más exactamente **MATIAS CHAVERRA SOTO** falleció intrauterinamente el **día 26 de noviembre de 2018**, lo cual se corroboró con el resultado de la Ecografía Obstétrica Transabdominal Gemelar practicada el mismo día 26 de noviembre de 2018, es decir que para acudir a la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo contaba con dos (2) años, los cuales vencieron el día **27 de noviembre de 2020**.

Ahora bien, como en su demanda también reclama los daños y perjuicios generados por las múltiples patologías con que nació el menor **EMMANUEL CHAVERRA SOTO**,



el día 28 de noviembre de 2018, esto según lo manifestado en la demanda dado que no existe prueba alguna aportada al expediente, el plazo que tenía para acudir a la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, **vencía el día 29 de noviembre de 2020**, sin embargo para dicha fecha la parte activa de este proceso ni siquiera había agotado el requisito de procedibilidad de conciliación extrajudicial para poder presentar su demanda, significando con ello la caducidad de la acción.

Según lo esgrimido en el escrito de demanda, la solicitud de Conciliación Extrajudicial fue presentada ante la Procuraduría Judicial el día 30 de noviembre de 2020, debido a que los días 28 y 29 de noviembre de 2020, fueron días inhábiles (sábado y domingo) y que por esa razón se presentó la solicitud de conciliación sólo hasta el día lunes 30 de noviembre de 2020.

No obstante lo anterior, es importante señalar que de acuerdo con lo establecido en el Artículo 21 de la Ley 640 de 2001, norma que regula la Conciliación, el término de caducidad de la acción se suspendía hasta que: 1. Se lograra acuerdo conciliatorio, 2. hasta que se expidieran las constancias de no acuerdo o de inasistencia, y 3 hasta el término máximo de tres meses si no se llegare a celebrar la audiencia respectiva.

En ese orden de ideas, es sumamente importante señalar que con el escrito de la demanda no se aportó **ACTA DE ACUERDO CONCILIATORIO, NI CONSTANCIA DE NO ACUERDO, NI CONSTANCIA DE INASISTENCIA**, y mucho menos **CONSTANCIA DE LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE CONCILIACIÓN**, es decir, que no se aportó prueba alguna que permita establecer el momento preciso en el que se consideró surtida la Conciliación Extrajudicial en Derecho, es más, mi representada **NUNCA FUE CONVOCADA A LA REALIZACIÓN DE AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN PREJUDICIAL**, siendo convocantes los hoy demandantes.

Por lo tanto, al estar vencido el término para presentar la demanda de Reparación Directa respecto del menor **MATIAS CHAVERRA SOTO** y no haber acreditado con los correspondientes medios probatorios que presentó solicitud de conciliación extrajudicial, y que por ende el término de caducidad se suspendió, a la fecha de presentación de la Demanda de Reparación Directa, esto es el **1° de febrero de 2021**, el término de caducidad de la acción ya se encontraba vencido.

Es decir que **A LA FECHA DE RADICACIÓN DE LA DEMANDA HABÍA YA OPERADO EL FENÓMENO DE LA CADUCIDAD DE LA ACCIÓN** y así solicito se decrete por el Despacho.

Por todo lo anterior, solicito al Despacho se declare prospera la presente excepción de fondo y se condene en costas a la parte actora.

2. INDEBIDA TASACIÓN DE PERJUICIOS

Encuentra fundamento la presente excepción, por cuanto los perjuicios que pretende la parte actora le sean reconocidos carecen de fundamentos fácticos y jurídicos y no cuentan con ningún sustento probatorio real ni legal y contrarían ampliamente los lineamientos jurisprudenciales dictados para la tasación de los mismos.

Por lo tanto, nos oponemos y objetamos dicha tasación por falta de precisión, dado que **es inexacta y vaga**, y es que basta con leer de manera desprevenida la formulación



de los perjuicios por concepto de daño moral en el acápite de pretensiones, en donde la parte demandante solicita de manera indistinta el reconocimiento y pago de unos perjuicios tanto por el fallecimiento del menor MATIAS CHAVERRA SOTO y por la incapacidad permanente que alega por el menor EMMANUEL CHAVERRA SOTO, sin que se determine de manera clara, cual es el valor de los perjuicios que reclama para cada uno de los daños alegados, siendo obligación de la parte demandante discriminar de manera clara cada uno de los perjuicios objeto de reclamación y el valor de la indemnización que reclama para cada uno de ellos.

Respecto a los perjuicios morales liquidados por la parte actora es preciso solicitar al despacho que en el hipotético evento en que los mismos sean procedentes y encuentren respaldo probatorio, se debe de tener en cuenta el "Test de proporcionalidad" al momento de tasar los daños morales, toda vez que los perjuicios estimados en nada tienen en cuenta esta pauta jurisprudencial.

Con relación al Test de proporcionalidad me permito citar la sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C, Consejero Ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Radicación Numero 19976, aplicable al presente proceso por analogía, en los siguientes términos:

"Si bien a partir del 2001 la jurisprudencia viene aplicando como criterio de estimación de los perjuicios morales el salario mínimo mensual legal vigente (en una suerte de equivalencia) con los gramos oro reconocidos en la primera instancia), no deja de seguir siendo un ejercicio discrecional (arbitrio iudicis) del juez de tasar tales perjuicios, sin lograr, aun, la consolidación de elementos objetivos en los que pueda apuntalarse la valoración, estimación y tasación de los mismos, con lo que se responda a los principios de proporcionalidad y razonabilidad con lo que debe operar el juez y no simplemente sustentarse en la denominada discrecionalidad (...)

(...) De acuerdo con lo anterior, la Sala empleará un test de proporcionalidad para liquidación de los perjuicios morales. El fundamento de este test no es otro que el principio de proporcionalidad, según el precedente jurisprudencial constitucional, dicho principio comprende tres subprincipios que son aplicables al mencionado test, idoneidad, necesidad y la proporcionalidad en el sentido estricto.

En cuanto al primero, esto es, la idoneidad, debe decirse que la indemnización del perjuicio deber estar orientada a contribuir a la obtención de una indemnización que corresponda con criterios como intensidad del dolor, alcance y dosificación de la incapacidad.

En cuanto al segundo, esto es la necesidad, la indemnización del perjuicio debe ser lo más benigna posible con el grado de afectación que se logre revelar en el o los individuos y que contribuyan a alcanzar el objetivo de dejarlos indemnes.

Finalmente, en cuanto al tercero, esto la proporcionalidad en estricto sentido, con el test de proporcionalidad se busca que se compensen razonable y ponderadamente los sufrimientos y sacrificios que implica para la víctima o víctimas la ocurrencia del daño y su desdoblamiento.



De conformidad con lo citado, se deberá para efectos de tasar unos hipotéticos y desproporcionados daños morales dar aplicación estricta al test de proporcionalidad a partir de lo que resulte probado en el proceso de los elementos que constituyen o conforman los tres (3) subprincipios del mismo, sustentandose de esta manera la excepción propuesta.

3. EXCEPCIÓN DE FONDO DE INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL Y CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE MEDIO.

Para que se configure la responsabilidad entre el hecho y el daño debe existir una relación de causa y efecto, debe existir un vínculo causal, es decir que el perjuicio debe ser producto de la acción o la omisión de una de las partes, **situación que NO se presentó en la atención médica dispensada** por la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** a la señora ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE, pues se cumplió a cabalidad con los protocolos y guías médicas para la atención de una paciente que consultó al servicio de Ginecoobstetricia de nuestra institución por encontrarse cursando un Embarazo Gemelar Biamnótico Monocorial de 28 semanas de gestación, quien tenía síntomas premonitorios de parto, brindándosele todo el manejo médico requerido y necesario de acuerdo a su estado, por lo que la evolución posterior y el desenlace fatal de la muerte de uno de los bebés y las múltiples patologías con que nació el otro bebé, no tuvieron origen en la atención médica prestada en nuestra institución, sino que las mismas son una condición propia de la evolución de los fetos, que no puede ser atribuida al manejo médico.

Es importante resaltar que aún si se demuestra la existencia del daño, no hay lugar a la declaración de responsabilidad extracontractual, si no existe la prueba sobre la relación de causalidad, que vale decirse, jamás puede presumirse. Una vez estando claro la obligación legal de probar la relación de causalidad para que pueda configurarse la obligación de indemnizar, se hace necesario no perder de vista que en materia de responsabilidad médica la acreditación de tal elemento se hace más compleja que en otras áreas del derecho de daños, puesto que es preciso comprender que para la ciencia médica existen pluralidad de causas que pueden producir un resultado final.

No es suficiente que sea exigible la responsabilidad civil, con que haya sufrido un perjuicio el demandante, ni con que se haya cometido una culpa por el demandado, que valga resaltar en el presente caso no está acreditado, debe reunirse un tercer requisito consistente en la existencia de un vínculo de causa a efecto entre el hecho y el daño: se precisa que el daño sufrido sea la consecuencia de la culpa cometida que reitero no está acreditada.

En consecuencia, la razón de la muerte intrauterina de uno de los bebés y las múltiples patologías y complicaciones posteriores que presentó el bebé que nació con vida, no son atribuibles al manejo médico instaurado en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, dado que se trata de condiciones propias de embarazos gemelares biamnóticos monocoriales, las cuales la literatura médica ha establecido suponen un mayor riesgo de muerte fetal, de retraso del crecimiento intrauterino y de trastornos del desarrollo durante la infancia, condiciones en las que no tiene injerencia alguna el actuar médico y que son inevitables, pues se desarrollan intrauterinamente desde el momento de formación de los fetos, lo cual reitero, solo puede ser atribuibles a la condición misma de esta clase de embarazos, siendo importante resaltar que durante la estancia de la señora ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE en nuestra institución,

siempre estuvo bajo vigilancia médica estricta y monitorizada, brindándosele todo el manejo médico requerido y necesario de acuerdo a su condición de gestante de gemelos biamnióticos monocoriales. **TODO LO CUAL ROMPE EL NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LOS SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, LA MUERTE INTRAUTERINA DE UNO DE LOS BEBÉS Y LAS MÚLTIPLES PATOLOGÍAS CON QUE NACIÓ EL OTRO BEBÉ.**

Ahora bien, con relación al nexo causal, es preciso tener claro que este se entiende como la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado, si no es posible encontrar la relación mencionada no tendría sentido continuar con un juicio de responsabilidad. En materia de causalidad, no debe perderse de vista que siempre, sin excepción debe buscarse la causa eficiente en la materialización del daño. La causa del hecho generador debe ser sin excepción EFICIENTE, SUFICIENTE, CIENTÍFICA Y RACIONAL. Bajo los anteriores parámetros es resaltable la tendencia doctrinal moderna a regularse en materia de causalidad por la Teoría de la Causalidad Adecuada.

Recientemente el tratadista LUIS GUILLERMO SERRANO ESCOBAR, expuso sobre la Teoría de la Causalidad Adecuada lo siguiente:

“Lo anterior significa que esta teoría parte del concepto empírico de causa, reconociendo que un fenómeno es siempre producto de la confluencia de diversas condiciones, pero en la pretensión de limitar los excesos que implicaba la teoría de la condición, considera que estas no son equivalentes y por tanto distingue de entre dichas condiciones aquellas que de acuerdo con la experiencia general de la vida, son generalmente apropiadas para producir el resultado – las que por consiguiente, adquirirán la categoría de causa-desdeñando el papel de las restantes que solamente por azar contribuían al logro del mismo y que por tanto, se consideran jurídicamente irrelevantes. (LUIS GUILLERMO SERRANO ESCOBAR, IMPUTACIÓN Y CAUSALIDAD EN MATERIA DE RESPONSABILIDAD POR DAÑOS. EDITORIAL DOCTRINA Y LEY 2011 PAG. 29.)

La Teoría de la Causalidad también es definida por el reconocido autor PHILLIPE LE TOURNEAU en su obra la Responsabilidad Civil, cuando explica:

“En cada especie, hay que buscar si la causalidad ha sido adecuada. El examen se opera a posteriori. He ahí tal efecto indiscutido. Se trata de remontarse en el tiempo para preguntarse retrospectivamente si era objetivamente posible pensar en que tal hecho provocaría normalmente este efecto dañino. Si la respuesta a ese cálculo de probabilidades a posteriori es afirmativa, hay causalidad adecuada. Lo que importa no es que las consecuencias fueron previsibles, sino que la causa aparezca retrospectivamente como objetivamente apta para provocarla. El admitir esta teoría si no es con prudencia y circunspección. Sin embargo, hoy la doctrina es muy favorable al respecto, seducida por su apariencia científica y reforzada por la simplicidad de la equivalencia de condiciones.” (PHILLIPE LE TOURNEAU, LA RESPONSABILIDAD CIVIL. EDITORIAL LEGIS 2004 PAG. 63).

El auge de la citada teoría de la causalidad adecuada no solo ha sido resaltada por la doctrina especializada, sino que ha sido acogida sin reservas por la Honorable Sala de



Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, Corporación que en su Jurisprudencia ha expresado:

“De las anteriores observaciones surgió la necesidad de adoptar otros criterios más individualizadores de modo que se pudiera predicar cuál de todos los antecedentes era el que debía tomar en cuenta el derecho para asignarle la categoría de causa. Teorías como la de la causa próxima, la de la causa preponderante o de la causa eficiente- que de cuando en cuando la Corte acogió- intentaron sin éxito proponer la manera de esclarecer la anterior duda, sobre la base de pautas específicas (la última condición puesta antes del resultado dañoso, o la más activa, o el antecedente que el principio de cambio, etc.). Y hoy, con la adopción de un criterio de razonabilidad que deja al investigador un gran espacio, con la precisión que más adelante se hará cuando de asuntos técnicos se trata, se asume que de todos los antecedentes y condiciones que confluyen a la producción de un resultado, tiene la categoría de causa aquel de que de acuerdo con la experiencia (las reglas de la vida, el sentido común, la lógica de lo razonable) sea el más “adecuado” el más idóneo para producir el resultado, atendidos por los demás, las específicas circunstancias que rodearon la producción del daño y sin que se puedan menospreciar de un tajo aquellas circunstancias azarosas que pudieron decidir la producción del resultado, a pesar de que normalmente no hubieran sido adecuados para generarlo”.

De los planteamientos doctrinales y jurisprudenciales citados se puede concluir en el caso bajo análisis que no existe la cadena causal necesaria en los términos de la Teoría de la Causalidad Adecuada, ya que la parte demandante no prueba de ninguna manera que las acciones y servicios prestados en nuestra institución fueron la causa directa de los daños y perjuicios que en su sentir le fueron causados a los bebés de la señora ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE, es decir, que por alguna acción u omisión de nuestra institución a los bebés de la demandante se le hubiera generado la condición clínica que presentaban desde su proceso de gestación, y trajo como consecuencia la muerte intrauterina de uno de los fetos y las patologías que presentó el segundo bebé posteriores a su nacimiento y que son objeto de la presente demanda.

Además es de resaltar que no existe una sola prueba aportada al proceso que permita inferir que las acciones emprendidas por nuestra institución estaban encaminadas a generar un daño, antes que salvaguardar la salud y vida de la señora ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE y los bebés que se encontraban en su vientre.

Quiere decir todo lo anterior, que no existe un hilo conductor que permita probar que la atención médica prestada a la señora ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE en nuestra institución haya sido la causa que generó la muerte intrauterina de uno de los fetos en la semana 28 de gestación y las patologías con que nació el segundo bebé, lo cual demuestra que la atención médica dispensada en nuestra institución no tuvo incidencia alguna en esos resultados, **ROMPIÉNDOSE DE ESTA FORMA EL NEXO DE CAUSALIDAD, ESTANDO PLENAMENTE FUNDAMENTADA LA PRESENTE EXCEPCIÓN.**

Adicional a lo anterior, es de reiterar que desde el ingreso de la paciente a nuestra institución fue tratada de manera pronta, adecuada, diligente y perita, por lo que no se puede desconocer que la Fundación Hospital San José de Buga le brindó toda la infraestructura necesaria que estaba al alcance, además del personal médico especialista y asistencial que colocó a disposición de la paciente y sus bebés todos sus

conocimientos y experiencia durante la atención médica brindada, **LA CUAL SE REALIZÓ CON ESTRICTO APEGO A LA LEX ARTIS.**

No podemos olvidar que la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA contrae frente al paciente una **OBLIGACIÓN DE MEDIO Y NO DE RESULTADO**, que no es otra cosa que la obligación de poner los medios adecuados y necesarios para la consecución de un fin, sin que de modo alguno quede obligado a obtener ese fin, pues cuando no se llega al resultado apetecido por el paciente, no obstante, haber puesto la parte obligada todo el esfuerzo, diligencia y cuidado a que estaba comprometido, ninguna culpa le es imputable y ninguna responsabilidad puede exigírsele.

Las obligaciones de medio son de prudencia y diligencia, el objeto de la obligación consiste tan solo en conducirse con prudencia y diligencia para lograr el fin perseguido, quiere esto decir que nuestra institución como tal está obligada a actuar con una **conducta diligente que normal y ordinariamente pueda alcanzar la curación, sin que ello llegare a significar que deba asumir la responsabilidad por la ausencia en el éxito del tratamiento dispensado**, la aparición de otras dolencias o el desenlace de la muerte.

Y es que en el caso de la señora ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE, por el hecho de cursar con un embarazo gemelar biamniótico monocorial, constituía de por sí un riesgo de muerte fetal intrauterina de un solo gemelo o de ambos, de presentarse un parto prematuro, además de que esta clase de embarazo implica per se, la restricción del crecimiento intrauterino selectivo (RCIUS) dado que tienen una probabilidad más alta de desarrollar insuficiencia placentaria, lo que da lugar a una disminución patológica del crecimiento de uno o más de los fetos, lo que implica principalmente el desbalance hemodinámico secundario al patrón específico de anastomosis vasculares, que conectan entre sí la circulación de ambos fetos, así como al reparto desigual del territorio placentario entre ambos, lo que indefectiblemente se traduce en trastornos de neurodesarrollo después del nacimiento.

Por lo tanto, es necesario resaltar que en el presente caso el manejo médico brindado a la señora ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA siempre estuvo ajustado a las manifestaciones clínicas de la paciente, y al resultado de las ayudas diagnósticas, claramente el **actuar médico es de medio**, estando obligado el médico a prestar sus servicios de manera diligente y cuidadosa, como en efecto ocurrió en el presente caso, por lo tanto, no se puede exigir al médico tratante prever cual va a ser el desenlace y mucho menos que garantice un éxito en el tratamiento y una mejoría sin complicación alguna en el paciente.

Respecto a las obligaciones de medio la jurisprudencia en reiterados pronunciamientos ha considerado lo siguiente:

“...Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en este campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en esta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es él quien debe soportar las consecuencias cuando ellas no pueden imputarse a un comportamiento irregular de la



institución prestadora del servicio, ni a un comportamiento culposo del equipo médico que haya practicado la intervención quirúrgica y su posterior tratamiento médico” (Sentencia de agosto 24 de 1998. Expediente 11.833 Consejero Ponente Dr. Jesús María Carrillo Ballesteros).

“La obligación profesional del médico no es por regla general de resultado sino de medio, o sea que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la curación de este”. (Sentencia de la Corte Suprema de Justicia).

“La jurisprudencia considera que la obligación que el médico contrae por acuerdo es de medio y no de resultado, de tal manera que si no logra alcanzar el objetivo propuesto con el tratamiento o la intervención realizada, solamente podrá ser declarado civilmente responsable y condenado a pagar perjuicios si se demuestra que incurrió en culpa por haber abandonado o descuidado al enfermo o por no haber utilizado diligentemente en su atención sus conocimientos científicos o por no haberle aplicado el tratamiento adecuado a su dolencia a pesar que sabía que era el indicado” (Corte Suprema de Justicia Noviembre 26 de 1986 Magistrado Ponente Héctor Gómez Uribe)

“...el ad quem desea dejar en claro que la responsabilidad médica sigue siendo tratada en la Jurisprudencia de la Corporación como de MEDIOS ósea de PRUDENCIA Y DILIGENCIA, lo que obliga al profesional de la medicina y a los centros de atención a proporcionar al enfermo todos aquellos cuidados que conforme a los conocimientos científicos y a la práctica del arte de curar son conducentes para tratar de lograr el FIN deseado, siendo igualmente cierto que no se puede ni se debe asegurar la obtención del mismo. Esta verdad jurídica impone que, de acuerdo a los principios generales que rigen la carga de la prueba, le incumbe al actor la demostración de los hechos en que funda su pretensión y al demandado la prueba de los hechos que excusan su conducta”. (Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 18 de Abril de 1994, expediente 7973, Magistrado ponente Dr. Julio Cesar Uribe Acosta”.

La Corte Suprema de Justicia ha establecido en reiterada jurisprudencia que:

“La obligación del médico es de medios y no de resultado y en esa medida el régimen de su responsabilidad es el de la culpa probada es así que en la Sentencia del 5 de marzo de 1940 (G.J.t. XLIX. Págs. 116 y s.s.), donde la Corte empieza a esculpir la doctrina de la culpa probada pues en ella, además de indicar que en este tipo de casos no solo debe exigirse la demostración de la “culpa del médico sino también la gravedad” expresamente descalificó el señalamiento de la actividad médica como “una empresa de riesgo” porque una tesis así sería



“inadmisible” desde el punto de vista legal y científico” y haría imposible el ejercicio de la profesión.

Este que pudiera calificarse como el criterio que por vía de principio general actualmente sostiene la Corte, se reitera en Sentencia de 12 de septiembre de 1985 (G.J. No. 2419, págs. 407 y s.s.), afirmándose que “...el médico tan solo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo, de suerte que en caso de reclamación, este deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación”. Luego en sentencia del 26 de noviembre de 1986 (G.J. No. 2423, págs. 359 y s.s.), se ratificó la doctrina, inclusive invocando la sentencia del 5 de marzo de 1940, pero dejando a salvo, como antes se anotó, en el campo de la responsabilidad contractual, el caso en que el “contrato se hubiere asegurado un determinado resultado” pues “si no se obtiene”, según la Corte, “el médico será culpable y tendrá que indemnizar a la víctima”, a no ser que logre demostrar alguna causa de “exoneración” agrega la providencia como “la fuerza mayor”, caso fortuito o culpa de la perjudicada”. La tesis de la culpa probada la consolidan las sentencias del 8 de mayo de 1990, 12 de julio de 1994 y 8 de septiembre de 1998.

Así mismo, en pronunciamiento del 30 de agosto de 2013 dijo la Corte “Luego, para que esta culpa sea idónea en su responsabilidad es necesario que sea imputable al profesional o institución médica correspondiente y que además sea la causa eficiente de los perjuicios que se ocasionen al paciente, esto es, igualmente indispensable que exista relación de causalidad entre la primera y los últimos (G.J. CCXXXI No. 2470 pág. 306).

Lo anterior tiene pleno sustento, dado que los profesionales médicos que atendieron a la señora ERICA YULITEH SOTO BUSTAMANTE lo hicieron dentro de los parámetros científicos indicados, por lo que la atención médica prestada y todos y cada uno de los exámenes y valoraciones realizados correspondieron a lo que indica la ciencia médica para la atención de una paciente que se encuentra cursando con un embarazo gemelar biamniótico monocorial de 28 semanas de gestación, con signos premonitorios de parto prematuro, por lo que la muerte intrauterina de uno de los fetos y el posterior nacimiento de uno de los bebés con múltiples patologías desarrolladas intrauterinamente, no tuvieron origen en la atención médica prestada en nuestra institución, sino a un riesgo propio de esta clase de embarazos de alto riesgo, que llevan implícito el riesgo de muerte intrauterina de uno de los fetos o ambos y las consecuentes patologías desarrolladas intrauterinamente, lo cual no puede ser atribuido desde ningún punto de vista a la atención médica prestada en nuestra institución, pero si atribuible a la evolución propia de esta clase de embarazos de algo riesgo obstétrico.

Por lo tanto y conforme a lo anterior no hay evidencia que permita considerar que el personal médico profesional y asistencial obrara de forma **imperita, negligente o imprudente**, o que haya violado las reglas de cuidado, por el contrario, en la Historia Clínica existen suficientes elementos para concluir que la conducta empleada por la FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, en la atención médica brindada a la



señora ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE, fue adecuada, diligente, perita y que se prestó conforme a los parámetros médicos previstos.

Conforme a lo descrito anteriormente no hay nada más cercano al cumplimiento de la obligación de medio que la conducta desplegada por la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA en la atención que se le dispensó a la señora ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE, pues se trató de una atención **DILIGENTE, OPORTUNA, PERTINENTE Y AJUSTADA A LOS CÁNONES Y PROTOCOLOS DICTADOS POR LA LEX ARTIS, YA QUE DURANTE LA ATENCIÓN MEDICA PRESTADA EN NUESTRA INSTITUCIÓN NO SE PRESENTÓ CONDUCTA NEGLIGENTE, IMPRUDENTE E IMPERITA ALGUNA, QUE GENERARA LAS POSTERIORES RESULTADOS DE LA MUERTE INTRAUTERINA DE UNO DE LOS FETOS Y LAS MÚLTIPLES PATOLOGÍAS CON QUE NACIO EL SEGUNDO BEBÉ.**

Así se expresó la Corte en su sentencia de 5 de marzo de 1990 respecto de la Obligación de Medio, en donde expresó:

“La obligación profesional del médico no es por regla general, de resultado, sino de medio o sea que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia, y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste...” (G. J. 1935, pág. 118)”

FINALMENTE ES IMPORTANTE RECORDAR QUE LA CARGA DE LA PRUEBA RECAE EN LA PARTE DEMANDANTE, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 167 DEL CÓDIGO GENERAL DE PROCESO.

La prueba de la culpa médica es uno de los aspectos que pueden generar más polémica en materia de la responsabilidad médica, sobre todo, por cuanto, su determinación encierra aspectos relacionados con el carácter científico de la profesión. En este sentido el examen de la culpa reviste particular importancia, por cuanto en el ejercicio médico existen numerosos imponderables que a veces involucran el deceso del paciente como una reacción adversa al tratamiento o un desenlace inesperado que no pudo evitar el médico, a pesar de la diligencia y prudencia en su actuar. Pues bien, lo señaló la Corte que **“el médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando estas hayan sido determinantes del perjuicio causado”**.

El *onus probandi* permanece inmodificable, es decir **LA CARGA, RECAE FUNDAMENTALMENTE EN EL DEMANDANTE**, por cuanto su pretensión se apoya en una norma de derecho sustancial objeto de protección. Es la tendencia normal de los procesos y los de responsabilidad médica no son la excepción, por lo que **LE CORRESPONDE ENTONCES AL DEMANDANTE PROBAR LA CULPA DEL GALENO**; y como elemento relevante de gran complejidad, el nexo de causalidad con el daño sobreviniente. Luego presunciones judiciales que antaño llegaron a catalogar el ejercicio de la medicina como actividad peligrosa, como se llegó a afirmar a mediados del siglo pasado, se caen de su peso. Los nuevos lineamientos jurisprudenciales permiten reconocer los cánones señalados por la lex artis, máxime que **la pretensión del médico es atender el padecimiento del enfermo, es decir, configura un motivo noble**, muy distinto a ejercer la actividad de la conducción de un vehículo o la de



disparar un arma de fuego, ello si se pretende enmarcar dentro del marco de la responsabilidad extracontractual, pues dentro del marco contractual, la Corte mantiene la distinción entre obligaciones de medio y obligaciones de resultado, indicando que en general son de medio, y excepcionalmente como en el caso de la cirugía estética, se identifican como de resultado. Y es en este último evento que se traslada la carga de la prueba para explicar y justificar la no obtención del resultado acordado previamente.

En ese sentido, el tratadista y exmagistrado de la Corte, Javier Tamayo Jaramillo expresó: *"Tradicionalmente la doctrina y la jurisprudencia aceptan que tanto en la responsabilidad civil como en la del Estado, **la culpa deber ser probada en caso de demandas por los daños derivados de la prestación de un servicio de salud.** Se dice, generalmente que la obligación del médico es de medios, poco importa que el acto médico sea en sí mismo peligroso o riesgoso. Se dice que alea de la intervención médica impide imponerle al médico una obligación de resultado"*. En esta materia bástenos señalar que en materia judicial los procesos de responsabilidad civil en general propugnan la protección de la víctima, pero esta protección no puede ir más allá de los límites legales, para no forzar la aplicación de la normatividad del detrimento del demandado o del deudor en su orden. Decir que la carga de la prueba se debe ajustar a la realidad del caso, es romper moldes prefijados de prueba, para permitir la ágil y consciente hermenéutica del fallador; porque el juez no es aplicador silente de la norma, es creador de valores sociales, de reglas de convivencia y garante de derechos.

EN EL PRESENTE CASO ES DEBER DE LA PARTE DEMANDANTE PROBAR SI LA ATENCIÓN MÉDICA PRESTADA A LA SEÑORA ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE EN LA FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA FUE LA QUE GENERÓ LA MUERTE INTRAUTERINA DE UNO DE LOS FETOS Y LAS PATOLOGÍAS CON QUE NACE EL SEGUNDO BEBÉ, ES DECIR QUE LA PARTE DEMANDANTE DEBE PRESENTAR UNA PRUEBA INEQUÍVOCA QUE PERMITA DE MANERA CLARA ESTABLECER SI LA ATENCIÓN PRESTADA EN NUESTRA INSTITUCIÓN FUE LO QUE GENERÓ INELUDIBLEMENTE LA RAZÓN DE LOS DAÑOS QUE RECLAMA LA PARTE DEMANDANTE Y QUE CON ELLO SE CONFIGURARON LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES QUE RECLAMAN.

4. EXCEPCIÓN DE FONDO DE INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA CULPA.

Excepción que se fundamenta en la forma en que actuó el personal médico de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, quienes con total diligencia le brindaron a la señora ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE, toda la atención y el cuidado requerido, ajustándose a los protocolos y guías médicas sin asomo alguno de conducta negligente, imprudente e imperita.

Es así como la presente excepción encuentra pleno fundamento en lo establecido en el artículo 13 del Decreto 3380 de 1981, el cual consagra lo siguiente:

"Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de



la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico.”

En ese sentido el Consejero de Estado Alier Hernández, se pronunció en la Sentencia del 30 de enero de 2001, Magistrado Ponente José Fernando Ramírez:

“Los médicos actúan sobre personas que presentan alteraciones de la salud, lo que implica el desarrollo de diversos procesos en sus organismos, que tienen una evolución propia y sin duda en mayor o menor grado, inciden por sí mismos en la modificación o agravación de su estado, al margen de la intervención de aquellos.”

Y la Sala toma para sí los razonamientos que en igual sentido formula el autor Alberto Bueres:

“Creemos que el mero contacto físico o material entre el actuar profesional y el resultado, no siempre ha de ser decisivo para tener por configurada la relación causal, pues en la actividad médica el daño no es de suyo, en todos los casos, revelador de culpa o de causalidad jurídica (adecuada). En rigor, a partir de la evidencia de que el enfermo acude al médico por lo común con su salud desmejorada, a veces resulta difícil afirmar que existe un daño, y en otras oportunidades, los tropiezos se localizan en el establecer si ciertamente el daño (existente) obedece al actuar médico o si deriva de la evolución natural propia del enfermo”

“Todo acontecimiento dañoso ocurrido al paciente sin que una torpeza y más generalmente una culpa pueda ser imputada al médico y sin que ese daño tenga relación con el estado inicial del paciente o con su evolución previsible”.

Es sumamente importante resaltar que no toda mala praxis genera responsabilidad profesional. Para que esta se configure deben cumplirse una serie de presupuestos:

En primer término, el acto médico cuestionado debe causar un DAÑO. Si no hay daño, no hay obligación de responder. Sin embargo, la sola presencia del mismo no es suficiente para determinar la existencia de responsabilidad profesional, sino que es necesario establecer el NEXO DE CAUSALIDAD entre ese efecto dañoso y el hecho que suscita la responsabilidad invocada. Por último, debe existir un FACTOR DE ATRIBUCIÓN, el cual puede definirse como la razón suficiente por la cual una persona física o jurídica que ha producido un daño debe repararlo. En el caso del profesional de la salud este factor de atribución es en general la culpa del mismo (si fue NEGLIGENTE, IMPERITA O IMPRUDENTE). Si no hay culpa, no habrá responsabilidad. En el caso de las instituciones médicas en general, el factor de atribución es el deber de seguridad que tienen por lo que ocurre en sus instalaciones.

Conforme a lo anterior no se puede predicar otra cosa sino la **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD** de la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA, por cuanto que no se configuran los elementos estructurales de la culpa, dado que **NO HUBO IMPERICIA**, pues nuestra institución es una entidad centenaria que presta servicios de

salud en las diferentes especialidades, cumpliendo a cabalidad con todos los requisitos exigidos para la habilitación del II nivel de complejidad, según las directrices dictadas por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, al igual que el personal médico y el personal asistencial que participó de la atención dispensada a la señora **ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE** pues se trata de personal médico idóneo, profesional, quienes de acuerdo con sus conocimientos científicos y la vasta experiencia en el manejo de pacientes en estado de embarazo gemelar biamniótico monocorial como el que presentaba la paciente y sus bebés, indicaron el mejor manejo, actuando de manera perita y diligente en los servicios dispensados a la misma, todo ello se evidenció en el manejo médico suministrado en donde siempre primó por encima de todo la salud y la vida de la paciente y la de los bebés que llevaba en su vientre, sin asomo alguno de querer generarle daño.

De igual forma, tampoco se puede predicar que hubo NEGLIGENCIA, pues la atención dispensada a la señora **ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE**, fue oportuna y adecuada ya que durante su estancia hospitalaria en nuestras instalaciones no hubo en ningún momento descuido u omisión en la atención brindada, por el contrario siempre hubo cuidado, observación y monitorización estricta tanto por el personal médico general y especialista, como por el personal enfermería y asistencial en general, quienes volcaron todos sus conocimientos y atención en pro de la salud y vida de la paciente y la de los bebés que llevaba en su vientre.

Y mucho menos se puede predicar IMPRUDENCIA en la atención prestada a la señora **ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE**, dado que la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA** puso todos los medios tecnológicos y humanos con los que contaba con el fin de prodigarle una atención en debida forma de acuerdo a su condición de gestante gemelar, todo en el marco de lo establecido en la lex artis, por lo que el manejo instaurado estuvo orientado, a la mejoría de la salud de la paciente y de los bebés, sin asomo alguno de algún actuar imprudente.

5. EXCEPCIÓN DE FONDO DE PERICIA, DILIGENCIA Y CUIDADO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MEDICO.

El personal médico de la Fundación Hospital San José de Buga actuó como quedará probado en el proceso con adecuada diligencia, al brindarle a la señora **ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE**, toda la atención y cuidados requeridos, conducta que no denota sino el actuar diligente y perito en el manejo médico brindado.

Es sumamente importante resaltar que la señora **ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE** y los bebés que llevaba en su vientre, fueron atendidos por profesionales médicos **IDÓNEOS** y **CALIFICADOS**, quienes de acuerdo con sus conocimientos científicos y la amplia y vasta experiencia prestaron los servicios médicos que requirió la paciente, actuando de manera perita, diligente, pertinente y oportuna durante los días de estancia hospitalaria de la paciente y sus bebés en nuestras instalaciones, lo que configura la presente excepción.

MEDIOS DE PRUEBA A SOLICITAR

1. INTERROGATORIO DE PARTE:



1. Sírvase señor Juez, hacer comparecer a su Despacho a la demandante señores **ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE Y MANUEL JOSÉ CHAVERRA MUÑOZ**, para que en Audiencia Pública (presencial o virtual), absuelvan bajo la gravedad del juramento, el interrogatorio de parte que en forma escrita o verbal he de formularle, sobre los hechos de la demanda y razones y fundamentos de la contestación de la demanda, con la advertencia que su inasistencia convalide y de por ciertos los hechos materia del cuestionario, para lo cual solicito a su Señoría fijar fecha y hora para tal fin. Los demandantes podrán ser ubicados en las siguientes direcciones informadas en su demanda:

1. **ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE**, Calle 109 No. 18C-17 Oficina 508 en la ciudad de Bogotá D.C. Correo electrónico: sotoerica200930@gmail.com

2. **MANUEL JOSÉ CHAVERRA MUÑOZ**: Calle 109 No. 18C-17 Oficina 508 en la ciudad de Bogotá D.C. Correo electrónico: majochachile@gmail.com

2. PRUEBA DOCUMENTAL:

Solicito al Despacho se tengan como pruebas los siguientes documentos, los cuales se aportan así:

1. Poder a mi favor otorgado por el Doctor CARLOS GUILLERMO SÁNCHEZ RENGIFO, en calidad de Representante Legal de la Fundación Hospital San José de Buga.
2. Certificado de Existencia y Representación Legal de la Fundación Hospital San José de Buga emitido por la Gobernación del Departamento del Valle del Cauca.
3. Copia completa de la Historia Clínica de la Fundación Hospital San José de Buga de la señora ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE.
4. Copia documento científico: "Gestación Múltiple" <https://www.quironsalud.com/hospital-madrid/es/cartera-servicios/ginecologia-obstetricia/unidad-obstetricia/embarazos-alto-riesgo/gestacion-multiple>
5. Copia documento científico: Complicaciones fetales en las gestaciones gemelares monocoriales biamnióticas: Estudio de 94 casos, de Sara Arrieta B., María de la Calle F-M., Félix Omeñaca T., Antonio Gonzalez https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=http://www.scielo.cl/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0717-75262012000500005&ved=2ahUKewiOyeyiuoiHAXV26skDHbf7C8QQFnoECBMQAQ&usg=AOvVaw0WDec_AQddGeHljw6E4kK
6. Documento científico "Enfoque de las gestaciones múltiples de diagnóstico difícil durante la autopsia perinatal de Mercedes Olaya Contreras, Silvia Helena Galvis Navarrete, Gustavo Adolfo Giraldo Ospina, Jorge Armando Rojas Martínez, Jorge Luis Rodríguez Sarmiento, Jorge Andrés Franco Zuluaga en 15 folios.



7. Documento científico "Gestación Gemelar Monocorial Síndrome de Transfusión Feto Fetal Severo (STFF)" Protocols Medicina Fetal Servei de Medicina Materno Fetal -ICGON- Hospital Clinic Barcelona en 4 folios.

8. Síndrome de Transfusión Fetofetal en 5 folios.

3. PRUEBA TESTIMONIAL

Solicito respetuosamente al despacho se sirva citar a las personas que más adelante indico, quienes son todos mayores de edad y vecinos de la ciudad de Buga, para que comparezcan a diligencia de audiencia, previa exhibición de la Historia Clínica de la señora ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE para que declaren bajo la gravedad del juramento desde el punto de vista técnico-científico sobre el estado de madre gestante por la cual consultó la paciente a nuestra institución, sobre la clase de embarazo con el cual cursaba la paciente, sobre la evolución de su embarazo y el estado de salud de la paciente al momento de su ingreso a nuestra institución, sobre los signos y síntomas que presentó durante la atención prestada en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA el día 26 de noviembre de 2018 y si el manejo médico instaurado durante esa atención se encontraba acorde con los cánones, guías y protocolos médicos reconocidos para la atención de una paciente en estado de embarazo gemelar biamniótico monocorial de 28 semanas de gestación que consultó al servicio de urgencias ginecoobstetricas de nuestra institución fue perito, pertinente, oportuno y eficaz; ellos son:

1. Dr. ROMEL GABRIEL RINCON HIGUERA, Médico Ginecólogo y Obstetra. Correo Electrónico: yuyorincon@gmail.com
2. Dr. CARLOS ALFREDO LLANOS ARCINIEGAS. Médico Ginecólogo y Obstetra. Correo Electronico: callanos7@hotmail.com
3. Dra. GREYSY DAYANA GARCIA ANDRADE, Médico Ginecólogo y Obstetra, Correo Electrónico: greysydayana@hotmail.com
4. Dr. ALVARO JOSÉ PÍNZÓN TOFIÑO, Médico Ginecólogo y Obstetra, Correo Electrónico: alvaropinzon52@gmail.com
5. Dr. JOSE LUIS MOSQUERA, Médico Ginecólogo y Obstetra, Correo Electronico: dr.jose.mosquera@gmail.com

Todos mayores de edad, quienes pueden ser citados a los correos electrónicos señalados o en la Carrera 8 No. 17-52 de esta ciudad de Buga, Correo electrónico: juridico@fhsjb.org

4. RESERVA DEL DERECHO A INTERROGAR

Señor Juez me reservo el derecho a interrogar a todas las partes del proceso inclusive a los llamados en Garantía y a los testigos que vayan a rendir testimonio en el presente proceso, esto con fin de indagar sobre los hechos de la presente demanda y sus contestaciones que sirvan de sustento a la defensa de mi representada.



LLAMAMIENTOS EN GARANTIA

1. Me permito informar al Despacho que mediante escrito separado al texto de la presente contestación de la demanda, estoy presentando Llamamiento en Garantía a la Aseguradora **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.**, identificada con NIT No. 891.700.037-9, a fin de que se sirva disponer el trámite correspondiente, conforme lo establece el artículo 64 del Código General del Proceso.

Lo anterior, teniendo en cuenta que la Aseguradora **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A** es la entidad aseguradora de la Responsabilidad Profesional Instituciones Médicas de la Fundación Hospital San José de Buga, mediante la **Póliza No. 1501217003568** con vigencia del 31 de agosto de 2018 al 30 de agosto de 2019, la cual se encontraba vigente para la fecha de la ocurrencia de los hechos materia de la presente demanda (26 de noviembre de 2018).

2. Me permito informar al Despacho que mediante escrito separado al texto de la presente contestación de la demanda, estoy presentando Llamamiento en Garantía a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** identificada con NIT No. 860.524.654-6 a fin de que se sirva disponer el trámite correspondiente, conforme lo establece el artículo 64 del Código General del Proceso.

Lo anterior teniendo en cuenta que la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** es la entidad aseguradora de la Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Médicos de la Fundación Hospital San José de Buga, mediante la **Póliza No. 660-88-994000000076 Anexo 0**, con vigencia del 30 de agosto de 2023 al 30 de agosto de 2024 y que se encontraba vigente para la fecha en que la parte demandante realizó la notificación de la presente demanda, la cual se realizó el día 17 de mayo de 2024.

3. Me permito informar al Despacho que mediante escrito separado al texto de la presente contestación de la demanda, estoy presentando Llamamiento en Garantía a la Doctora **ANYELA PATRICIA ANDRADE RANGEL**, identificada con cédula de extranjería No. E382599 quien fuere el Médico General del servicio de Ginecoobstetricia de la **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**, que valoró, diagnosticó y ordenó manejo médico a la señora **ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE** el día 26 de noviembre de 2018, a fin de que se sirva disponer el trámite correspondiente, conforme lo establece el artículo 64 del Código General del Proceso.

4. Me permito informar al Despacho que mediante escrito separado al texto de la presente contestación de la demanda, estoy presentando Llamamiento en Garantía a la Aseguradora **LIBERTY SEGUROS S.A.**, identificada con NIT No. 860039988-0 a fin de que se sirva disponer el trámite correspondiente, conforme lo establece el artículo 64 del Código General del Proceso.

Lo anterior teniendo en cuenta que la Aseguradora **LIBERTY SEGUROS S.A.**, es la entidad aseguradora de la Responsabilidad Civil Profesional de la Doctora **ANYELA PATRICIA ANDRADE RANGEL**, identificada con cédula de extranjería No. E382599 quien fuere el Médico General del servicio de Ginecoobstetricia de la **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**, que valoró, diagnosticó y ordenó manejo médico a

la señora **ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE** el día 26 de noviembre de 2018 y quien para la época de los hechos objeto de demanda, se encontraba prestando servicios profesionales como Médica General en la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**, y había tomado la Póliza No. 576755 con dicha aseguradora, con vigencia del 5 de marzo de 2018 al 5 de marzo de 2019, la cual se encontraba vigente para la fecha de la ocurrencia de los hechos materia de la presente demanda (26 de noviembre de 2018).

ANEXOS

Me permito anexar los siguientes documentos:

1. Los documentos enunciados en el acápite de pruebas.
2. Copia de la presente contestación y sus anexos en formato pdf.

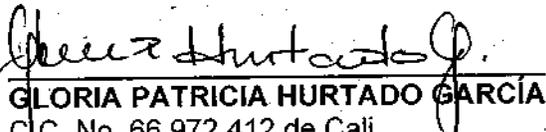
NOTIFICACIONES

La **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA** a través de la suscrita y de su Representante Legal recibimos notificaciones en la Carrera 8 No. 17-52 de la Ciudad de Guadalajara de Buga (V), correo electrónico: gerente@fhsjb.org y juridico@fhsjb.org.

Los demandantes y su apoderado en las direcciones indicadas en la demanda.

Las personales serán recibidas en la Carrera 8 No. 17-52 de la ciudad de Guadalajara de Buga (V) o en la secretaria de su Despacho, correo electrónico juridico@fhsjb.org, teléfono: 2361000 Ext. 183, celular: 300-6768611.

Atentamente,



GLORIA PATRICIA HURTADO GARCÍA
C.C. No. 66.972.412 de Cali
V.P. No. 110.530 del C.S.J.



Señores

**JUZGADO VEINTIUNO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO
JUDICIAL DE CALI**

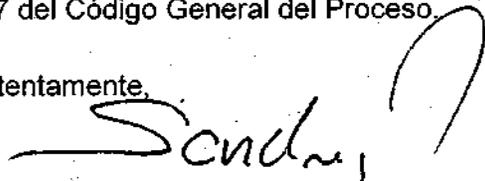
E. S. D.

REFERENCIA: PODER ESPECIAL.

CARLOS GUILLERMO SÁNCHEZ RENGIFO, mayor de edad, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 14.876.795 de Buga (V), correo electrónico: gerente@fhsjb.org, actuando en calidad de Gerente y Representante Legal de la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**, identificada con el NIT. 891.380.054-1, según consta en el Acta No. 293 del 29 de junio de 2021 de la Junta Directiva de la Fundación Hospital San José de Buga, todo según consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal emitido por la Gobernación del Valle del Cauca, por medio del presente escrito me permito manifestar que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** a la Doctora **GLORIA PATRICIA HURTADO GARCÍA**, mayor de edad y vecina de Buga (V), identificada con cédula de ciudadanía No. 66.972.412 de Cali (V), abogada en ejercicio y portadora de la Tarjeta Profesional No. 110.530 del Consejo Superior de la Judicatura, correo electrónico: juridico@fhsjb.org, para que en nuestro nombre y representación conteste, tramite y lleve hasta su fin **PROCESO REPARACION DIRECTA** propuesto por los señores **MANUEL JOSÉ CHAVERRA MUÑOZ Y OTROS** en contra de **E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE RESTREPO, E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CERRITO Y LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA** RAD: 76001-33-33-021-2020-00017-00

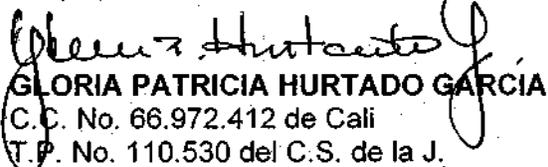
La Doctora **GLORIA PATRICIA HURTADO GARCÍA**, queda expresamente facultada para recibir, desistir, renunciar, reasumir en cualquier tiempo el poder otorgado, sustituir el poder con las facultades a ella otorgada, presentar recursos, recibir y retirar toda clase de documentos, formular peticiones que estime pertinentes y todo aquello que conlleve a la buena marcha del presente mandato de conformidad con lo establecido en el artículo 77 del Código General del Proceso.

Atentamente,



CARLOS GUILLERMO SÁNCHEZ RENGIFO
C.C. No. 14.876.795 de Buga
Representante Legal
Fundación Hospital San José de Buga.

Acepto,


GLORIA PATRICIA HURTADO GARCÍA
C.C. No. 66.972.412 de Cali
T.P. No. 110.530 del C.S. de la J.



DELEGACIÓN DEL CÍRCULO DE BUGA
DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO
Ante el Notario Segundo del Círculo de Buga compareció

CARLOS GUILLERMO SANCHEZ R
LI 876 745.

quien se identifica
de BUGA y declara que el contenido del
presente documento es la suya. 04 JUL 2024
Sánchez

JUAN MANUEL PUENTES GALVIS
NOTARIO SEGUNDO DEL CÍRCULO DE BUGA



<p>Departamento del Valle del Cauca</p>  <p>Gobernación</p>	<p>CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO</p>	Código: FO-M4-P2-01
		Versión: 01
		Fecha de Aprobación: 29/03/2017
		Página 1 de 1

1.220-02

A SOLICITUD DE PARTE INTERESADA

CERTIFICO

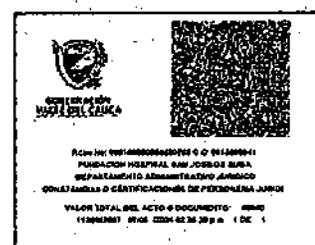
1. Que por medio de la resolución No 153 de fecha 11 del mes de Marzo de 1903 el(la) Ministerio de Gobierno le reconoció Personería Jurídica a la entidad sin ánimo de lucro denominada: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, con domicilio en la carrera 8 # 17-52 del municipio de Buga (Valle del Cauca), de finalidad (SALUD) dicha personería se encuentra Vigente a la fecha.
2. Que en el artículo 18 del capítulo IV de los estatutos menciona que el Gerente de la Fundación tendrá un suplente que lo reemplazará en sus faltas absolutas, temporales o accidentales y que será designado por la Junta Directiva, del personal que preste sus servicios a la Fundación.
3. Que el Actual Representante legal de la citada entidad, en su condición de Gerente es el(la) señor(a) CARLOS GUILLERMO SANCHEZ RENGIFO identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. 14.876.795 Expedida en Guadalajara de Buga - Valle del Cauca cuyo nombre se encuentra inscrito en los registros y su periodo es indefinido que para efecto se llevan en este despacho.
4. Que el Actual Representante legal Suplente de la citada entidad, inscrito es el señor(a) OSCAR ANDRES PRADO TORRES identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 94471490 Expedida en Buga - Valle del Cauca cuyo nombre se encuentra inscrito en los registros que para efecto se llevan en este despacho.
5. En constancia de lo anterior se firma en Santiago de Cali, a los 13 días del mes de Junio de 2024.

Nota: Se adhieren Estampillas Pro-Universidad del Valle \$13000, Estampillas Pro-Hospitales Universitarios \$13000, Pro electrificación rural \$ 14100, Estampilla Pro - Cultura \$5300, Estampillas de Pro-Salud \$5200, Estampillas Pro-Desarrollo del Valle del Cauca \$5200, Estampilla, Derechos por trámite ante el Departamento \$4800.

Cualquier enmendadura anula este documento.


DIANA LORENA GOMEZ LOPEZ
JEFE DE OFICINA ASESORA JURIDICA
Secretaría de Salud Departamental

Proyectó: Bibiana Oviedo Contador Público -Contratista SDSV







RESUMEN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS
GINECOOBSTETRICIA
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

Fecha Inicio	13/09/2018 15.59
Fin Atención:	14/09/2018 17.05
# Cuenta	E2220553

Entidad: EMSSANAR E.S.S. A.R.S.

Atención #2800749

Página 1 de 3

PACIENTE

Tipo Documento: CC No. Documento: 1144041082

Nombres: ERICA YULIET

Dirección: CRA 10 10-23 - Tel: 3173847947 -
Cel: 3178899788

Edad(AÑOS):27 Sexo: F Apellidos: SOTO BUSTAMANTE

Causa Externa:	Enfermedad general
----------------	--------------------

MOTIVO CONSULTA (Percepción del Usuario)

DOLOR BAJITO Y SANGRADO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE G3P2 EMBARAZO GEMELAR DE 17.5 SS EMBARAZO GEMELAR . POR ECOGRAFIA DEL 26-06-18 PARA 6.5 SS . PACIENTE CON CUADRO DE 1 DIA DE EVOLUCION DE DOLOR A NIVEL DE HIPOGASTRIO EL DIA DE AYER ASOCIADO A SANGRADO VAGINAL ESCASO NO COLAGULOS , CONSULTA A SU NIVEL I EN DONDE DIRECCIONAN A ESTA INSTITUCION .ULTIMA ECOGRAFIA 2-08-18 EMBARAZO GEMERAL FETO #1 1 HUESO NASAL PRESENTE LCF 157 LPM FETO #2 HUESO NASAL PRESENTE FCF 147 LPM EMBARAZO MONOCORIAL BIAMNIOTICO . ACTUALMENTE EN MANEJO PARA VAGINITIS CON CLOTRIMAZOL DIA 1

ANTECEDENTES

DD MM AAAA

Tipo	Descripción	Fecha Registro
Patológicos	ASMA	13/09/2018
Alérgicos	NEG	13/09/2018
Quirúrgicos	NEG	13/09/2018

HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO

T. Arterial(mm/HG):	117/62	Fr. Cardíaca:	100	Fr. Respiratoria:	18	T°	36.0	Saturación Oxígeno(%):	97
Peso(Kg):	59.0	Talla (Mt):	1.58	IMC (Kg/Mt2):	23.63	Cintura Pélvica (cm):			

EXAMEN FISICO GENERAL

BUENA

EXAMEN FISICO POR SISTEMAS

SISTEMAS	ESTADO	SISTEMAS	ESTADO	SISTEMAS	ESTADO	SISTEMAS	ESTADO
1. Cabeza:	Normal	6. Orofaringe:	Normal	11. Abdomen:	Anormal	16. Extrem. Inferiores:	Normal
2. Ojos:	Normal	7. Cuello:	Normal	12. Pelvis:	Normal	17. Espalda:	Normal
3. Oídos:	Normal	8. Torax:	Normal	13. Tacto Rectal:	Normal	18. Piel y Anexos:	Normal
4. Nariz:	Normal	9. Corazón:	Normal	14. Genitourinario:	Anormal	19. Endocrino:	Normal
5. Boca:	Normal	10. Pulmón:	Normal	15. Extrem. superiores:	Normal	20. Sistema Nervioso:	Normal

Descripción:

11. Abdomén: ABDOMEN GRAVIDO FCF #1 145 FCF #2 142 . 14. Genitourinario: CERVIX POSTERIOR CERRADO NO SANGRADO NO FLUJOS PATOLOGICOS .

INGRESO

TRIAGE 2

DIAGNOSTICOS (CIE10)

Impresió	Código	Descripción
Principal	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO. SIN OTRA ESPECIFICACION
	O300	EMBARAZO DOBLE
	R102	DOLOR PELVICO Y PERINEAL

Medico Tratante

Nombre: ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA

Angela Andrade Rangel

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido

Registro Médico: 764436

Firma

RESULTADOS E INTERPRETACION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS RELEVANTES

YA REPROTADAS

LISTADO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

DD MM

Nombre	Resultado	Interpretación	Médico Reporta	Fecha
902209 - HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA. HEMATOCRITO.	LEUCOS 13.1 NEUTROS 73 % HGB 11.9 PLT 242000	NORMAL	PINZON TOFIÑO ALVARO JOSE	13/09/2018 22:38



Impreso:ferlon 26/06/2024 13:47

Usr Admisión YESICA LORENA ALVAREZ SANCHEZ

RESUMEN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS
GINECOOBSTETRICIA
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

Fecha Inicio	DD MM AAAA 13/09/2018 15.59
Fin Atención:	14/09/2018 17.05
# Cuenta	E2220553

Entidad: EMSSANAR E.S.S. A.R.S.

Atención #2800749

Página 2 de 3

PACIENTE

Tipo Documento: CC No. Documento: 1144041082

Nombres: ERICA YULIET

Dirección: CRA 10 10-23 - Tel: 3173847947 -
Cel: 3178899788

Edad(AÑOS):27 Sexo: F

Apellidos: SOTO BUSTAMANTE

LISTADO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS				DD MM
Nombre	Resultado	Interpretación	Médico Reporta	Fecha
RECUESTO DE ERITROCITOS. INDICES ERITROCITARIO				
906914 - PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	2.62	NORMAL	PINZON TOFIÑO ALVARO JOSE	13/09/2018 22:39
907106 - UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	LEUCOS 0-2 X CAMPO. NITRITOS NEGATIVOS BACTERIAS ESCASAS MOCO NEGATIVO	NORMAL	PINZON TOFIÑO ALVARO JOSE	13/09/2018 22:39
901107 - COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	NO SE OBSERVA FLORA BACTERIAN	NORMAL	PINZON TOFIÑO ALVARO JOSE	13/09/2018 22:39

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS				DD MM
Código	Descripción	Texto Explicativo	Realiza	Fecha y Hora
907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	Por orden medica, con consentimiento verbal y explicación de procedimiento a paciente, previo lavado de manos, con equipo de bioseguridad y con estricta técnica estéril de asepsia y antisepsia se realiza desinfección de genitales con guantes-esteriles y gasa estéril impregnada en jabón wescorex clorhexidina al 2%. se lubrica meato urinario con lidocaina jalea al 2%. se procede al cambio de guantes estériles y se pasa sonda nelaton n 10 al primer intento, retorno de orina clara, se recolecta muestra y se envía al laboratorio previamente rotulada, paciente tolera procedimiento y sin complicación	MARIA DE LOS ANGELES LASPRILLA GIRALDO	13/09/2018 18:26

CONDUCTA			DD MM AAAA
Conducta	Sustentación	Ordenada por:	Fecha y Hora
OBSERVACIÓN	PARA MANEJO MEDICO	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	13/09/2018 16:33

MEDICAMENTOS UTILIZADOS DURANTE LA ATENCIÓN

HIOSCINA N-BUTIL BROMURO

DIAGNOSTICOS (CIE10)		
Impresió	Código	Descripción
Principal	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO. SIN OTRA ESPECIFICACION

ANALISIS Y CONDUCTA

PACIENTE G3P2 EMBARAZO GEMELAR DE 17.5 SS EMBARAZO GEMELAR . POR ECOGRAFIA DEL 26-06-18 PARA 6.5 SS , PACIENTE CON CUADRO DE 1 DIA DE EVOLUCION DE DOLOR A NIVEL DE HIPOGASTRIO EL DIA DE AYER ASOCIADO A SANGRADO VAGINAL ESCASO NO COLAGULOS , CONSULTA A SU NIVEL I EN DONDE DIRECCIONAN A ESTA INSTITUCION . ULTIMA ECOGRAFIA 2-08-18 EMBARAZO GENERAL FETO #1 1 HUESO NASAL PRESENTE LCF 157 LPM FETO # 2 HUESO NASAL PRESENTE FCF 147 LPM EMBARAZO MONOCORIAL BIAMNIOTICO . ACTUALMENTE EN MANEJO PARA VAGINITIS CON CLOTRIMAZOL DIA 1

AL EXAMEN FISICO
ABDOMEN GRAVIDO FCF # 1 145 FCF # 2 142
GU: CERVIX POSTERIOR CERRADO NO SANGRADO NO FLUJOS PATOLOGICOS

ACIENTE G3P2 EMBARAZO GEMELAR DE 17.6 SS EMBARAZO GEMELAR . POR ECOGRAFIA DEL 26-06-18 PARA 6.5 SS QUIEN EL DIA 11/09/2018 PRESTA CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA , QUIEN POR PRESENCIA D EDOLOR Y SANGRADO CONSULTA A SU NIVEL 1 DE ATENCION DONDE INICIAN TRAMITE DE REMISION, SIN LOGRAR-



Impreso: fernon 26/06/2024 13:47

Usr Admisión YESICA LORENA ALVAREZ SANCHEZ

RESUMEN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS
GINECOOBSTETRICIA
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

Fecha Inicio	DD MM AAAA 13/09/2018 15.59
Fin Atención:	14/09/2018 17.05
# Cuenta	E2220553

Entidad: EMSSANAR E.S.S. A.R.S.

Atención #2800749

Página 3 de 3

PACIENTE

Tipo Documento: CC No. Documento: 1144041082

Nombres: ERICA YULIET

Dirección: CRA 10 10-23 - Tel: 3173847947 -
Cel: 3178899788

Edad(AÑOS):27 Sexo: F Apellidos: SOTO BUSTAMANTE

CONCLUIR ESTE, RAZON POR LA CUAL FIRMA ALTA VOLUNTARIA Y DECIDE CONSULTAR A LA INSTITUCION, AL INGRESO PAARCLINICOS DENTRO DE NORMALIDAD, CON MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, NIEGA PERDIDAS VAGINALES, SANGRADOS, PACIENTE QUIEN APORTA ECOGRAFIAS EXTRA INSTITUCIONALES DEL 02/08/2018 QUE REPORTAN EMBARAZO GEMELAR BIAMNIOTICO BICORIAL? Y UN SEGUNDO REPORTE DEL 03/08/2018 QUE REPORTAN EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO EN ESTE SENTIDO SE DECIDE SOLICITAR ECOGRAFIA INSTITUCIONAL CON EL FIN DE ACLARAR. EN EL MOMENTO LA PACIENTE REFEIRE FIRMAR ALTA VOLUNTARIA, SE LE EXPLCIAN LOS RIESGOS DE ABANDONAR LA INSTITUCION PERO FIRMA ALTA VOLUNTARIA.

Destino del Paciente: Alta Voluntaria

MEDICO TRATANTE

Nombre: CAROLINA CASTRO RAMIREZ

Especialidad: MEDICO GENERAL

Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido del mismo.

Registro Médico: 38794123

Firma



RESULTADOS DE EXÁMENES

RESULTADOS



NOMBRE: Sra. ERICA YULIET SOTO BUSTAMANTE
DOCUMENTO: CC.1144041082 H.C 1144041082
EMPRESA: SAN JOSE HOSPITALIZACION 2DO. PISO
DOCTOR: PNR-ADSCRITO

REFERENCIA: 70238993
FECHA ATN: 13.Sep.2018 18:46:28
SEDE: HOSPITAL SAN JOSE DE
EDAD-SEXO: 27 Años - Femenino

HEMATOLOGIA

ESTUDIO	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
HEMOGRAMA		
PARAMETROS LEUCOCITARIOS		
Leucocitos	13.1 x10 ³ /uL	3.7 - 10.1
%Neutrófilos	73.7 %	39.3 - 73.7
%Linfocitos	18.5 %	18.0 - 48.3
%Monocitos	6.82 %	0 - 10.0
%Eosinófilos	0.685 %	0 - 7
%Basófilos	0.34 %	0 - 1
Recuento Diferencial Absoluto:		
#Neutrófilos	9.68 x10 ³ /uL	1.63 - 6.96
#Linfocitos	2.43 x10 ³ /uL	1.09 - 2.99
#Monocitos	0.90 x10 ³ /uL	0.3 - 0.9
#Eosinófilos	0.09 x10 ³ /uL	0 - 0.5
#Basófilos	0.04 x10 ³ /uL	0 - 0.2
PARAMETROS ERITROCITARIOS		
Eritrocitos	4.06 x10 ⁶ /uL	4.06 - 4.69
Hemoglobina	11.9 g/dl	11.7 - 18
Hematocrito	38.0 %	37.7 - 53.7
Volumen Corpuscular Medio (MCV)	93.7 fL	79.0 - 101.0
Hemoglobina Corpuscular Media (MCH)	29.3 pg	26.0 - 35.0
Concentración Media de Hemoglobina Corpuscular (MCHC)	31.3 g/dl	31.0 - 37.0
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)	13.7 %	11.5 - 14.5
PARAMETROS PLAQUETARIOS		
Recuento de Plaquetas (PLT)	242 x10 ³ /uL	150 - 450
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	8.62 fL	4.5 - 10

PARAMETROS PLAQUETARIOS
 Recuento de Plaquetas (PLT)
 Volumen Plaquetario Medio (MPV)
 Técnica: MAPSS

Analizado por,

DANEYSY PEREZ BOLAÑOS
 Bacterióloga T.P:76-4753
 Copiado:DPB

Fecha de Validación: 13/Sep/2018 18:58

*La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico. (Página 11)

Con el respaldo científico de Laboratorio Angel
 SYNLAB Colombia - Regional Suroccidente - Av. 2 Norte No. 22N-19 Cali - Valle del Cauca
 +57 (2) 680 7070 serviciocliente@angel.com.co www.angel.com.co / www.synlab.com

VIGILADO SINOPSIS

**RESULTADOS
DE EXÁMENES**



RESULTADOS

NOMBRE: Sra. ERICA YULIET SOTO BUSTAMANTE
DOCUMENTO: CC.1144041082 H.C 1144041082
EMPRESA: SAN JOSE HOSPITALIZACION 2DO. PISO
DOCTOR: PNR-ADSCRITO

REFERENCIA: 70238993
FECHA ATN: 13.Sep.2018 18:46:26
SEDE: HOSPITAL SAN JOSE DE
EDAD-SEXO: 27 Años - Femenino

MICROBIOLOGIA

COLORACION DE GRAM

Muestra:

ORINA

Resultado:

No se observa flora bacteriana.

Técnica: Microscopía

Analizado por,

DANEYSY PEREZ BOLAÑOS
Bacterióloga T.P:76-4753
Copiado:DPB

Fecha de Validación: 13/Sep/2018 19:45

**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico. [Página 2]*

RESULTADOS DE EXÁMENES

RESULTADO



NOMBRE: Sra. ERICA YULIET SOTO BUSTAMANTE
DOCUMENTO: CC.1144041082 H.C 1144041082
EMPRESA: SAN JOSE HOSPITALIZACION 2DO. PISO
DOCTOR: PNR-ADSCRITO

REFERENCIA: 70238993
FECHA ATN: 13.Sep.2018 18:46:26
SEDE: HOSPITAL SAN JOSE DE
EDAD-SEXO: 27 Años - Femenino

BIOQUIMICA URINARIA

ESTUDIO URINARIO

MUESTRA

Color: Amarillo
Aspecto: Ligeramente Turbio

ANALISIS FISICO QUIMICO

Densidad: ≥ 1.030
PH: 5.5
Proteinas: Negativo
Glucosa: Negativo
Cetonas: Negativo
Bilirrubinas: Negativo
Sangre: Negativo
Nitritos: Negativo
Urobilinogeno: 2 mg/dl
Leucocitos: Negativo

ANALISIS MICROSCOPICO

Células Epiteliales: Escasas
Células Altas: Negativo
Leucocitos: 0 - 2 xcampo
Eritrocitos Eumorfos: Negativo
Eritrocitos Dismorfos: Negativo
Bacterias: Escasas
Mucus: Negativo
Cilindros Granulosos: Negativo
Cilindros Leucocitarios: Negativo
Cilindros Eritrocitarios: Negativo
Cilindros Hialinos: Negativo
Cristales Uratos Amorfos: Negativo
Cristales Fosfatos Triples: Negativo
Cristales Oxalato de Calcio: Negativo
Cristales Fosfatos Amorfos: Negativo
Cristales de Acido Urico: Negativo
Hifas: Negativo
Levaduras: Negativo
Trichomonas: Negativo
Espermatozoides: Negativo
Acúmulo de leucocitos: Negativo

Analizado por,

DANEYSY PEREZ BOLAÑOS
 Bacterióloga T.P:76-4753
 Copiado:MP

Fecha de Validación: 13/Sep/2018 19:44

*La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico. [Página 3]

Con el respaldo científico de Laboratorio Angel
 SYNLAB Colombia - Regional Suoccidente - Av. 2 Norte No. 22N-19 Cali - Valle del Cauca
 +57 (2) 660 7070 servicliente@angel.com.co www.angel.com.co / www.synlab.com

VISADO SUPORSALUD
 ANÁLISIS DE LABORATORIO

**RESULTADOS
DE EXÁMENES**



RESULTADO

NOMBRE: Sra. ERICA YULIET SOTO BUSTAMANTE
DOCUMENTO: CC.1144041082 H.C 1144041082
EMPRESA: SAN JOSE HOSPITALIZACION 2DO. PISO
DOCTOR: PNR-ADSCRITO

REFERENCIA: 70238993
FECHA ATN: 13.Sep.2018 18:46:26
SEDE: HOSPITAL SAN JOSE DE
EDAD-SEXO: 27 Años - Femenino

BIOQUIMICA SANGUINEA

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Proteína C Reactiva Cuantitativa	2.62 mg/L	0 - 5 mg/L

NOTA: Cambio de metodología y valores de referencia a partir de Marzo de 2018

Técnica: Inmunoturbidimétrica

Analizado por,

DANEYSY PEREZ BOLAÑOS
Bacterióloga T.P:76-4753
Copiado:MP

Fecha de Validación: 13/Sep/2018 19:03

*La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico. [Página 4]

FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA - Notas de Enfermeria



Admisión: 934989 # Cuenta E2220553

Entidad: EMSSANAR E.S.S. A.R.S.

PACIENTE

Tipo Doc:	CC	No. Doc:	1144041082	Nombres:	ERICA YULIET
Edad:	27	Sexo:	F	Apellidos:	SOTO BUSTAMANTE

Notas de Enfermeria

NOTA #: 4668551 Fecha: 13/09/2018 14:10 DD MM AAAA

Ingres a paciente a consultorio ginecología en compañía de familiar, consciente y orientada en sus tres esferas, tolerando oxígeno al medio ambiente, con embarazo gemelar de 17.5 semanas, g3p2. consulta por "cólico y ayer sangré" refiere movimientos fetales positivos, salida de flujo blanco por vagina. se toman signos vitales, se registran en historia clínica. pendiente valoración

Enfermero(a)
 Nombre: DANIELA TREJOS TRUJILLO
 Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA
 Tarjeta Profesional: 76008L
 Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido

Daniela Trejos
Firma

NOTA #: 4669077 Fecha: 13/09/2018 16:35 DD MM AAAA

PACIENTE VALORADA POR MÉDICO DE TURNO QUIEN ORDENA TOMA DE PARACLÍNICOS Y TRATAMIENTO MÉDICO. SE CUMPLE ORDEN MÉDICA

Enfermero(a)
 Nombre: DANIELA TREJOS TRUJILLO
 Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA
 Tarjeta Profesional: 76008L
 Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido

Daniela Trejos
Firma

NOTA #: 4669090 Fecha: 13/09/2018 17:06 DD MM AAAA

por orden medica con tecnica aseptica se sangra paciente en pliegue de la mano izquierda se toman exámenes de laboratorio se rotulan y se envian con camillero de turno pendiente reportes de paraclínicos.

Enfermero(a)
 Nombre: YURANI ANDREA GIRALDO PIEDRAHITA
 Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA
 Tarjeta Profesional: 76-2093
 Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido

Yurani Andrea Giraldo P
Firma

NOTA #: 4669598 Fecha: 13/09/2018 18:40 DD MM AAAA

continua paciente en observación ginecología, en silla, estable, tranquila, refiere mejoría del dolor, niega pérdidas vaginales, pendiente reportes de laboratorio y toma de ecografía para definir conducta

Enfermero(a)
 Nombre: DANIELA TREJOS TRUJILLO
 Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA
 Tarjeta Profesional: 76008L
 Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido

Daniela Trejos
Firma

NOTA #: 4669802 Fecha: 13/09/2018 19:00 DD MM AAAA

RECIBO PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE GINECOLOGIA EN CAMA BAJO BARANDAS DE PROTECCION PERSONAL, PACIENTE QUE SE OBSERVA TRANQUILA ONCIENTE Y ORIENTADA TOLERANDO OXIGENO A MEDIO AMBIENTE PACIENTE QUE MANIFIESTA EMBARAZO GEMELAR DE 17 SEMANAS DE GESTACION, PACIENTE QUE MANIFIESTA DOLOR TIPO COLICO Y SALIDA DE FLUJO BLANCO POR VAGINA QUE LE CAUSA PLURITO, SE EXPLICA A LA PACIENTE DERECHOS Y DEBERES USO DE MANILLA DE IDENTIFICACION.

Enfermero(a)
 Nombre: ANGIE VANESSA RINCON
 Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA
 Tarjeta Profesional: 76-0318
 Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido

Angie V. Rincon G.
Firma

NOTA #: 4670474 Fecha: 14/09/2018 01:24 DD MM AAAA

CONTINUA PACIENTE EN LA UNIDAD TRANQUILA CONCIENTEY ORIENTADA TOLERANDO OXIGENO A MEDIO AMBIENTE PACIENTE QUE AL MOMENTO DEL INTERROGATORIO NO ACUSA DOLOR, DUERME INTERVALOS LARGOS Y NIEGA PERDIDAS VAGINALES

Enfermero(a)
 Nombre: ANGIE VANESSA RINCON
 Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA
 Tarjeta Profesional: 76-0318
 Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido

Angie V. Rincon G.
Firma

FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA - Notas de Enfermería



Admisión: 934989 # Cuenta E2220553

Entidad: EMSSANAR E.S.S. A.R.S.

PACIENTE

Tipo Doc: CC No. Doc: 1144041082 Nombres: ERICA YULIET
 Edad: 27 Sexo: F Apellidos: SOTO BUSTAMANTE

Notas de Enfermería

NOTA #: 4671137 Fecha: 14/09/2018 06:01 DD MM AAAA

SE REALIZA TOMA DE SIGNOS VITALES LOS CUALES SE GRAFICAN EN HISTORIA CLINICA

Enfermero(a)

Nombre: ANGIE VANESSA RINCON
 Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido
 Tarjeta Profesional 76-0318

Angie V. Rincon G.

Firma

NOTA #: 4671143 Fecha: 14/09/2018 06:50 DD MM AAAA

QUEDA PACIENTE EN SALA DE GINECOLOGIA EN CAMA BAJO BARANDAS DE PROTECCION PERSONAL, PACIENTE QUE SE OBSERVA TRANQUILA CONCIENTE Y ORIENTADA TOLERANDO OXIGENO A MEDIO AMBIENTE PACIENTE QUE MANIFIESTA MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, ACUSA LEVE DOLOR Y SANGRADO VAGINAL MODERADO.

Enfermero(a)

Nombre: ANGIE VANESSA RINCON
 Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido
 Tarjeta Profesional 76-0318

Angie V. Rincon G.

Firma

NOTA #: 4671195 Fecha: 14/09/2018 07:00 DD MM AAAA

Recibo paciente en la unidad, en observacion de ginecologia, conciente orientada en sus 3 esferas, tolerando oxigeno al medio ambiente, bajo barandas de proteccion personal con diagnostico medico de: embarazo embarazo gemelar de 17 semanas de gestacion, dolor perianal. Sin acceso venoso al interrogatorio refiere dolor bajito al caminar y salida de flujo vaginal de color blanco, se realiza presentacion del personal y se educa sobre el llamado de enfermeria. PENDIENTE TOMA DE ECOGRAFIA.

Enfermero(a)

Nombre: MARIA EUCARIS HERNANDEZ URREGO
 Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido
 Tarjeta Profesional 762160

Maria Eucaris Hernandez

Firma

NOTA #: 4671278 Fecha: 14/09/2018 07:21 DD MM AAAA

Paciente valorada por el Ginecologo de turno el Dr Pinzon quien ordena continuar en observacion y tomar ecografia obstetrica.

Enfermero(a)

Nombre: MARIA EUCARIS HERNANDEZ URREGO
 Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido
 Tarjeta Profesional 762160

Maria Eucaris Hernandez

Firma

NOTA #: 4671803 Fecha: 14/09/2018 10:47 DD MM AAAA

Paciente que durante el transcurso de la mañana en la unidad, recibe y tolera la dieta ordenada, al interrogatorio refiere movimientos fetales positivos, niega dolor y perdidas vaginales, elimino orina espontanea, no realizo deposicion.

Enfermero(a)

Nombre: MARIA EUCARIS HERNANDEZ URREGO
 Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido
 Tarjeta Profesional 762160

Maria Eucaris Hernandez

Firma

NOTA #: 4673013 Fecha: 14/09/2018 15:11 DD MM AAAA

Paciente que durante el transcurso de la tarde pas en la unidad, recibe y tolera la dieta ordnada, al interrogatorio refiere movimientos fetales positivos, niega dolor y perdidas vaginales, elimino orina espontanea, no relaizo deposicion.

Enfermero(a)

Nombre: MARIA EUCARIS HERNANDEZ URREGO
 Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido
 Tarjeta Profesional 762160

Maria Eucaris Hernandez

Firma

NOTA #: 4673125 Fecha: 14/09/2018 17:05 DD MM AAAA

FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA - Notas de Enfermería



Admision:	934989	# Cuenta	E2220553
-----------	--------	----------	----------

Entidad:	EMSSANAR E.S.S. A.R.S.
----------	------------------------

PACIENTE

Tipo Doc:	CC	No. Doc:	1144041082	Nombres:	ERICA YULIET
Edad:	27	Sexo:	F	Apellidos:	SOTO BUSTAMANTE

Notas de Enfermería

Paciente refiere que si no le van a tomar la ecografía que ella se va, se le explican posibles riesgos que pueden ocurrir, manifiesta que si le toca firmar algo ella lo hace, se explica en reiteradas ocasiones, paciente refiere entender. Egresada paciente del servicio de ginecología, conciente orientada en sus 3 esferas, tolerando oxígeno al medio ambiente, sin familiar.

Enfermero(a)

Nombre:	MARIA EUCARIS HERNANDEZ URREGO
---------	--------------------------------

Especialidad:	AUXILIAR DE ENFERMERIA
---------------	------------------------

Tarjeta Profesional	762160
---------------------	--------

Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido

M.S. Eucaris Hernandez

Firma



FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA - SIGNOS VITALES



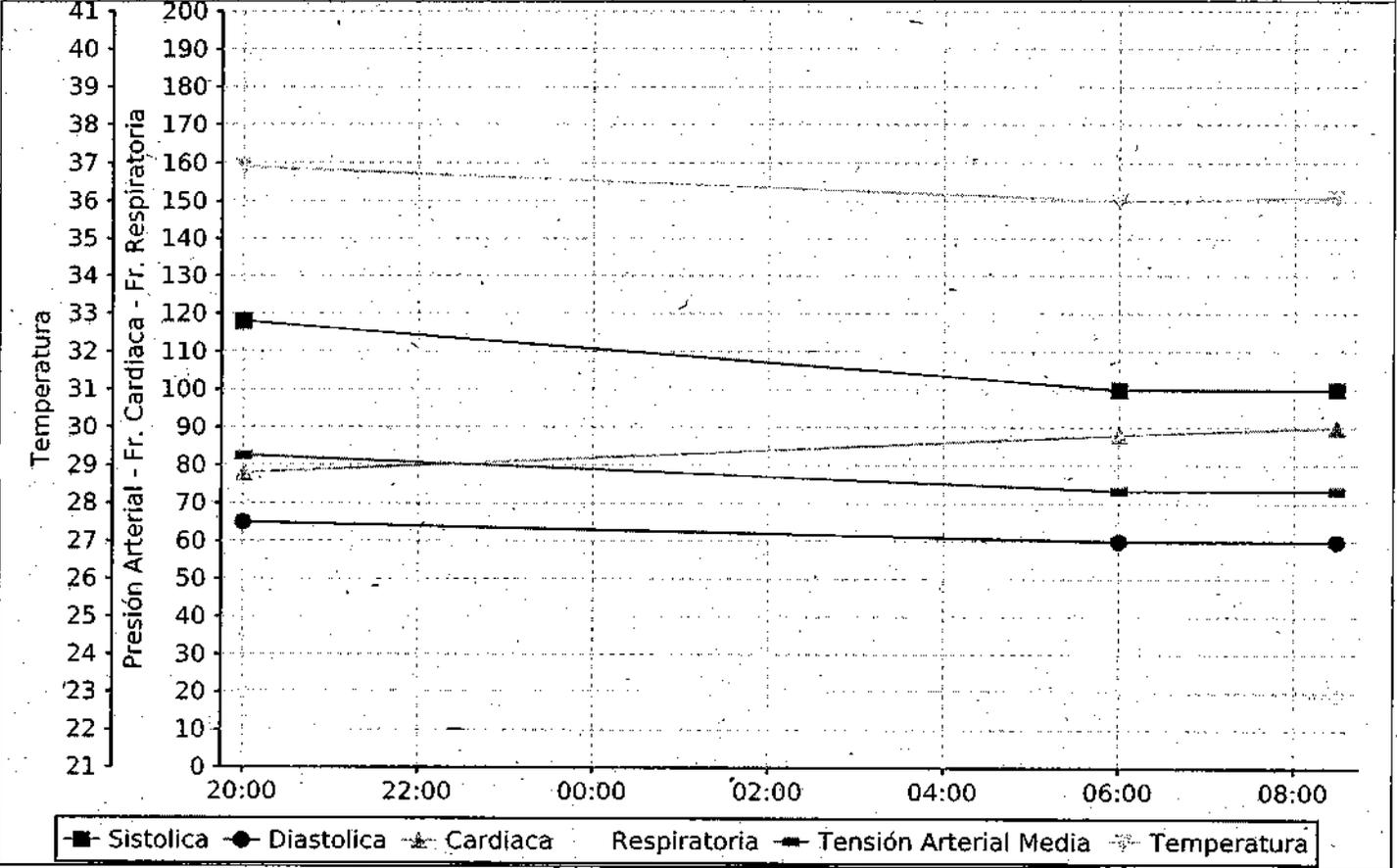
Admisión: 934989 # Cuenta E2220553

Entidad: EMSSANAR E.S.S. A.R.S.

PACIENTE

Tipo Doc:	CC	No. Doc:	1144041082	Nombres:	ERICA YULIET
Edad:	27	Sexo:	F	Apellidos:	SOTO BUSTAMANTE

Fr. Respiratoria (Min)	Fr. Cardiaca	Temperatura (°C)	Tensión Arterial (mm/hg)	Tensión Arterial Media	Saturación Oxígeno	Glucometria (mgr/dl)	Glasgow	Servicio	Observaciones	Fecha y Hora DD MM	Registra
20	78	36.9	118/65	82.67				URGENCIAS GINECOB STETRICIA		13/09/2018 20:00	ANGIE VANESSA RINCON
20	88	36.0	100/60	73.33	97			URGENCIAS GINECOB STETRICIA	FCF 127 IZQUIERDO FCF 143 DERECHO	14/09/2018 06:00	ANGIE VANESSA RINCON
19	90	36.1	100/60	73.33	96		15	URGENCIAS GINECOB STETRICIA	FCF DEL DERECHO 139 POR MINUTO Y FCF DEL IZQUIERDO DE 144 POR MINUTO.	14/09/2018 08:29	MARIA EUCARIS HERNANDEZ URREGO



Contabilización Glucemias

Servicio	Total
URGENCIAS	0
Total	0





ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA

FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

Fecha Inicio	DD MM AAAA 27/09/2018 13.47
Fin Atención:	27/09/2018 14.34
# Comprobante	905611

Entidad: EMSSANAR E.S.S. A.R.S.

Atención #2828723

Página 1 de 2

PACIENTE

Tipo Documento: CC No. Documento: 1144041082

Nombres: ERICA YULIET

Dirección: CRA 10 10-23 - Tel: 3173847947 -
Cel: 3178899788

Edad(AÑOS):27 Sexo: F

Apellidos: SOTO BUSTAMANTE

Causa Externa:	Enfermedad general
----------------	--------------------

MOTIVO CONSULTA (Percepción del Usuario)

CONTROL PRENATAL

ENFERMEDAD ACTUAL

27 años
Hogar
GS O+

Gestante con embarazo de 19 6/7 semanas por ECO de I trimestre concordante con FUR, refiere movimientos fetales presentes, sin pérdidas vaginales, sin actividad uterina.

ANTECEDENTES

DD MM AAAA

Tipo	Descripción	Fecha Registro
Patológicos	Asma última crisis hace dos años	27/09/2018
Patológicos	ASMA	27/09/2018
Alérgicos	Niega	27/09/2018
Alérgicos	NEG	27/09/2018
Quirúrgicos	Niega	27/09/2018
Quirúrgicos	NEG	27/09/2018
Ginecoobstétricos	Menarquía 14 años G3 p2 V2 Primer embarazo de curso normal, parto institucional con peso de 3200 gr, (Cali-Remédios), segundo embarazo que cursó con hipotiroidismo, parto institucional con peso de 3515 gr (Cali HUV). FUR 12/05/18 FLUP 09/07/14 FPP 19/02/19 Planificación No	27/09/2018
Perinatales	ECOGRAFÍAS 1. 28/06/18 6 5/7 (monocorial?), FPP 15/02/19 2. 02/08/18 12 sem, biamniótico. 3. 03/08/18 11 6/7 sem, (monocorial), doppler de uterinas. LABORATORIOS 19/07/18 1. GLicemia pre 94 mg/dl 2. Hb 12,3 Htc 37,4 plaquetas 229 000 3. TSh 0.01 4. VIH (-) 5. Urocultivo (-) 20/09/18 1. FFV (+) vaginosis 2. VDRL (-) 3. PO (-) 4. HBAgS (-) 5. CMV IgG (-) IgM (-) 6. Rubéola IgG (-) IgM (-) 7. Toxo IgG (-) IgM (-)	27/09/2018



ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

Fecha Inicio	DD MM AAAA 27/09/2018 13.47
Fin Atención:	27/09/2018 14.34
# Comprobante	905611

Entidad: EMSSANAR E.S.S. A.R.S.

Atención #2828723

Página 2 de 2

PACIENTE

Tipo Documento: CC No. Documento: 1144041082

Nombres: ERICA YULIET

Dirección: CRA 10 10-23 - Tel: 3173847947 -
Cel: 3178899788

Edad(AÑOS):27 Sexo: F

Apellidos: SOTO BUSTAMANTE

HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO

T. Arterial(mm/HG):	100/60	Fr. Cardíaca:	72	Fr. Respiratoria:	16	T°	36.0	Saturación Oxígeno(%):	
Peso(Kg):	63.0	Talla (Mt):	1.58	IMC (Kg/Mt2):	25.24	Cintura Pélvica (cm):			

EXAMEN FISICO POR SISTEMAS

SISTEMAS	ESTADO	SISTEMAS	ESTADO	SISTEMAS	ESTADO	SISTEMAS	ESTADO
1. Cabeza:	Normal	6. Orofaringe:	Normal	11. Abdomen:	Anormal	16. Extrem. Inferiores:	Anormal
2. Ojos:	Normal	7. Cuello:	Normal	12. Pelvis:	Normal	17. Espalda:	Normal
3. Oídos:	Normal	8. Torax:	Anormal	13. Tacto Rectal:	Normal	18. Piel y Anexos:	Normal
4. Nariz:	Normal	9. Corazón:	Normal	14. Genitourinario:	Normal	19. Endocrino:	Normal
5. Boca:	Normal	10. Pulmón:	Normal	15. Extrem. superiores:	Normal	20. Sistema Nervioso:	Normal

Descripción:

8. Torax: RsCs rítmicos. 11. Abdomén: Globoso por útero grávido AU 30 cms, fetos en podalico con FCF 124 LPM y 148 LPM respectivamente. 16. Extremidades Inferiores: No edemas.

MEDICAMENTOS UTILIZADOS DURANTE LA ATENCIÓN

Ninguno

DIAGNOSTICOS (CIE10)

Impresió	Código	Descripción
Principal	O300	EMBARAZO DOBLE
Rela. 1	Z358	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

ANALISIS Y CONDUCTA

Riesgo obstétrico por embarazo gemelar, no hay seguridad de corionicidad, tiene pendiente eco el día de mañana, laboratorios de CPN completos, se indica repetir TSH y se solicita CTOG, control con resultados, adicionalmente cervicometria. Adicionalmente cervicometria e iniciar asa 100 mg día.

Destino del Paciente: Domicilio

PLAN DE MANEJO Y SERVICIOS SOLICITADOS

Código	Descripción	Cantidad	Texto Explicativo
890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	1	Obstetricia en dos semanas
881432	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	1	CERVICOMETRIA
903844	GLUCOSA. CURVA DE TOLERANCIA	1	
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	1	
904921	TIROXINA LIBRE [T4L]	1	

MEDICAMENTOS

Código	Medicamento	Dosis	Tiempo	Cantidad	Explicación
B01AC06	ACETIL SALICÍLICO ÁCIDO - 100 mg - TABLETA CON O SI	1 DIARIA	60 DIA(S)	60.0	Una en la noche

MEDICO TRATANTE

Nombre:	RINCON HIGUERA ROMEL GABRIEL		
Especialidad:	GINECOLOGIA	Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido del mismo.	
Registro Médico:	105601		

Romel Rincon H
Firma



Historia: CC1144041082 - Admisión: 14468 - Paciente: SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH de 2

FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

BUGA - 236 1000 - 317 580 9671

Nit 891380054-1

HISTORIA CLINICA

No. H. C. CC1144041082 - 14468 Fecha de Ingreso 26/10/2018 12:35
 Hora Atención Fecha de Egreso

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	DÓC. ID.	CC - 1144041082
LUGAR NAC.		FEC. NAC.	30/11/1990
E.P.S	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD	27 AÑOS
OCUPACIÓN	NO APLICA	SEXO	FEMENINO
CIUDAD	CERRITO (EL)	BARRIO	EL CERRITO
DIRECCIÓN	CARRERA 18 #11-02	TELÉFONO	3173847947
TIPO USUARIO	BENEFICIARIO	GS - RH	O+
ACUDIENTE	MANUEL JOSÉ CHAVERRA MUÑOZ	TELÉFONO	3178849788
SERVICIO	TECNICA PROFESIONAL	CAMA	

ANAMNESIS

MOTIVO CONSULTA	CONTORL PRE NATAL
ENFERMEDAD ACTUAL	GESTANTE CON EMBARAZO DE 24 SEMANAS POR ECO DE I TRIMESTRE, REFIERE MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES SIN PERDIDAS VAGINALES.
PARACLINICOS	
ALERGIAS	

ANTECEDENTES

FECHA	TIPO	DESCRIPCIÓN ANTECEDENTES
26/11/2018	GINECO-OBSTETRICOS	MENARCA: 14, TELARCA: 12, SEXARCA: 17 Años, FUM: 12/May/2018, CITOLOGIA: SI, ANTICONCEPTIVO: SI, TIPO ANTICONCEPTIVO: BARRERA, GESTACION: 2, PARTOS: 2, ABORTOS: 0, VAGINALES: 2, CESAREAS: 0, VIVOS: 2, MUERTOS: 0, ESPONTANEO: 0, PROVOCADO: 0, MOLAS: 0, ECTOPICOS: 0, MUERTOS 1 SEMANA: 0, MUERTOS LUEGO DE 2 SEMANAS: 0, FIN EMBARAZO ANTERIOR: 09/Jul/2014, FUM: 12/May/2018, FUP: 09/Jul/2014, EMBARAZO PLANEADO: NO, ULTIMO PREVIO: NORMAL, GEMELARES: NO, FRACASO ANTICONCEPTIVO: BARRERA.
26/11/2018	PARACLINICOS PERINATALES	07/11/18 VIH NEGATIVO
23/11/2018	PARACLINICOS PERINATALES	LABORATORIOS 06/11/18 1. HB 11,4 HTC 34,3 PLAQUETAS 177 000 2. VDRL (-) 3. VIH (-)
26/10/2018	PARACLINICOS PERINATALES	ECOGRAFIAS 1. 28/06/18 6 5/7 (MONOCORIAL?), FPP 15/02/19 2. 02/08/18 12 SEM, BIAMNIOTICO. 3. 03/08/18 11 6/7 SEM, (MONOCORIAL), DOPPLER DE UTERINAS. 3. 25/10/18 MONOCORIAL BIAMNIOTICO, CON PLACENTAS FUNDICAS, PESO FETAL(1)713 GR, (2) 747 GR. CERVICOMETRIA DE 40 MM. LABORATORIOS 19/07/18 1. GLICEMIA PRE 94 MG/DL 2. HB 12,3 HTC 37,4 PLAQUETAS 229 000 3. TSH 0.01 4. VIH (-) 5. UROCULTIVO (-) 20/09/18 1. FFV (+) VAGINOSIS 2. VDRL (-) 3. PO (-) 4. HBAGS (-) 5. CMV IGG (-) IGM (-) 6. RUBEOLA IGG (-) IGM (-) 7. TOXO IGG (-) IGM 17/10/18 1. CTOG 83/ 102/ 110/ 112 MG/DL 2. FFV (-) 19/10/18 1. TSH 0.61 2. T4 LIBRE 9.41
26/10/2018	QUIRURGICOS	NO REFIERE

No. Historia: CCI144041082 - Admisión: 14468 - Paciente: SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH2 de 2

26/10/2018	PATOLOGICOS	ASMA BRONQUIAL
26/10/2018	ALERGICOS	NO REFIERE

EXAMEN FISICO

P. ARTERIAL	90/62	PULSO	72	F. RESP	16	IAM	71	TEMP		PESO	64	TALLA	156
P CEFALICO		P ABDOMINAL		P TORAXICO		E GESTACIONAL		E DOLOR					
ASPECTO GENERAL		BUENO											

HALLAZGOS

Sistema	N	A	NE	Sistema	N	A	NE	Sistema	N	A	NE	Sistema	N	A	NE
1.Cabeza			X	6.Garganta			X	11.Abdomen	X			16.Extremidades Inf			X
2.Ojos			X	7.Cuello			X	12.Pelvis			X	17.Espalda			X
3.Oidos			X	8.Torax			X	13.Tacto Rectal			X	18.Piel			X
4.Nariz			X	9.Corazón	X			14.Genitourinario			X	19.Endocrino			X
5.Boca			X	10.Pulmon			X	15.Extremidades Sup			X	20.Sistema Nevioso			X
9. Corazón		RSCS RITMICOS													
11. Abdomen		GLOBOSO POR ÚTERO GRÁVIDO AU 30 CMS, FETOS EN PODALICA Y EN TRANSVERSO CON FCF DE 144 LPM Y 152 LPM													

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	O300 - EMBARAZO DOBLE	
TIPO DX	2 - CONFIRMADO NUEVO	
CAUSA EXTERNA	15 - OTRA	
MÉDICO	 RINCON HIGUERA ROMEL GABRIEL GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA RM : 15-1056	

EVOLUCIÓN SOAP - 26/oct./2018
SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH - Edad: 27 Años

EVOLUCIÓN		
FECHA - HORA: 26/10/2018 14:02	FIRMA ELETRONICA MÉDICO	RINCON HIGUERA ROMEL GABRIEL - CC 79657013 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA R.M. 15-1056
ADECUADA		

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES GENERALES

RIESGO OBSTÉTRICO POR EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIÓTICO, CON PESOS FETALES NO DISCORDANTES, SE CONSIDERA NUEVO CONTROL EN UN MES, CONTINUAR MICRONUTRIENTES Y ASA.



FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA
BUGA - 236 1000 - 317 580 9671
Nit 891380054-1
FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
FORMULA MEDICA

No. H. C.

CC1144041082 - 14468

FECHA IMPRESION

28/05/2024 15:20

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	DOC. ID.	CC1144041082
FEC. NAC.	30/11/1990	EDAD	27 AÑOS
Dx Ppai:	O300-EMBARAZO DOBLE	E.P.S.	EMSSANAR - SUBSIDIADO - RÉGIMEN: SUBSIDIADO
DOMICILIO	CARRERA 18 #11-02	TELÉFONO	3173847947
CIUDAD	CERRITO (EL)	BARRIO	EL CERRITO
PRIORIDAD	RUTINARIO		
DX REL 1	-		
DX REL 2	-		
DX REL 3	-		

CODIGO	MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS	CANT	FECHA
A02AB01	ALUMINIO HIDROXIDO SUSPENSION ORAL 6%. DX: O300-EMBARAZO DOBLE. DOSIS: UNA CUCHARADA DESPUES DE CADA COMIDA AL ACOSTARSE VIA DE ADMINISTRACION: ORAL. CANTIDAD: 2 (DOS). DÍAS TRATAMIENTO: 30 DIAS. OBSERVACION: CONTROL. PRESENTACION: FRASCOX500ML	2	26/10/2018 14:08

DR. RINCON HIGUERA ROMEL GABRIEL
Identificación: 79657013
Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Tarjeta Profesional : 15-1056





FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

BUGA - 236 1000 - 317 580 9671

Nit 891380054-1

FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA

CONSULTAS / EXAMEN / PROCEDIMIENTO

No. H. C.

CC1144041082 - 14468

FECHA IMPRESION

28/05/2024 15:21

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	DOC. ID.	CC1144041082
FEC. NAC.	30/11/1990	EDAD	27 AÑOS
Dx Ppal:	O300-EMBARAZO DOBLE	E.P.S.	EMSSANAR - SUBSIDIADO - RÉGIMEN: SUBSIDIADO
DOMICILIO	CARRERA 18 #11-02	TELÉFONO	3173847947
CIUDAD	CERRITO (EL)	BARRIO	EL CERRITO
PRIORIDAD	RUTINARIO		
DX REL 1	-		
DX REL 2	-		
DX REL 3	-		

CONSULTAS / EXAMENES / PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS

CODIGO	CONSULTAS / EXAMEN / PROCEDIMIENTO	CANT	FECHA
890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. DX: O300-EMBARAZO DOBLE. DOSIS: VIA DE ADMINISTRACION: . CANTIDAD: 1 (UNO). OBSERVACION: CONTROL EN UN MES	1	26/10/2018 14:03

DR. RINCON HIGUERA ROMEL GABRIEL

Identificación: 79657013

Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Tarjeta Profesional : 15-1056





Historia: CC1144041082 - Admisión: 16998 - Paciente: SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH de 3

FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

BUGA - 236 1000 - 317 580 9671

Nit 891380054-1

HISTORIA CLINICA

No. H. C.
Hora Atención

CC1144041082 - 16998

Fecha de Ingreso
Fecha de Egreso

31/10/2018 15:20

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	DOC. ID.	CC - 1144041082
LUGAR NAC.		FEC. NAC.	30/11/1990
E.P.S	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD	27 AÑOS
OCUPACIÓN	NO APLICA	SEXO	FEMENINO
CIUDAD	CERRITO (EL)	BARRIO	EL CERRITO
DIRECCIÓN	CARRERA 18 #11-02	TELÉFONO	3173847947
TIPO USUARIO	BENEFICIARIO	GS - RH	O+
ACUDIENTE	MANUEL JOSE CHAVERRA MUÑOZ	TELÉFONO	3178849788
SERVICIO	TECNICA PROFESIONAL	CAMA	

ANAMNESIS

MOTIVO CONSULTA	PRIMERA VEZ
ENFERMEDAD ACTUAL	EMBARAZO DE 24 SEMANAS GEMELAR, G3P2
PARACLINICOS	18/07/18, GLICEMIA PRE 94, HG 12.3, HTO 32.9 11/09/18, HG 11.2, HTO 3.58% 27/10/18, CTG. GLUCOSA PRE 83, 1 HORA 102, 2 HORAS 110 GLUCOSA 3 HORAS 112,
ALERGIAS	

ANTECEDENTES

FECHA	TIPO	DESCRIPCIÓN ANTECEDENTES
26/11/2018	GINECO-OBSTETRICOS	MENARCA: 14, TELARCA: 12, SEXARCA: 17 Años, FUM: 12/May/2018, CITOLOGIA: SI, ANTICONCEPTIVO: SI, TIPO ANTICONCEPTIVO: BARRERA, GESTACION: 2, PARTOS: 2, ABORTOS: 0, VAGINALES: 2, CESAREAS: 0, VIVOS: 2, MUERTOS: 0, ESPONTANEO: 0, PROVOCADO: 0, MOLAS: 0, ECTOPICOS: 0, MUERTOS 1 SEMANA: 0, MUERTOS LUEGO DE 2 SEMANAS: 0, FIN EMBARAZO ANTERIOR: 09/Jul/2014, FUM: 12/May/2018, FUP: 09/Jul/2014, EMBARAZO PLANEADO: NO, ULTIMO PREVIO: NORMAL, GEMELARES: NO, FRACASO ANTICONCEPTIVO: BARRERA.
26/11/2018	PARACLINICOS PERINATALES	07/11/18 VIH NEGATIVO
23/11/2018	PARACLINICOS PERINATALES	LABORATORIOS 06/11/18 1. HB 11,4 HTC 34,3 PLAQUETAS 177 000 2. VDRL (-) 3. VIH (-)
26/10/2018	PARACLINICOS PERINATALES	ECOGRAFIAS 1. 28/06/18 6 5/7 (MONOCORIAL?), FPP 15/02/19 2. 02/08/18 12 SEM, BIAMNIOTICO. 3. 03/08/18 11 6/7 SEM, (MONOCORIAL), DOPPLER DE UTERINAS. 3. 25/10/18 MONOCORIAL BIAMNIOTICO, CON PLACENTAS FUNDICAS, PESO FETAL (1) 713 GR, (2) 747 GR. CERVICOMETRIA DE 40 MM. LABORATORIOS 19/07/18 1. GLICEMIA PRE 94 MG/DL 2. HB 12,3 HTC 37,4 PLAQUETAS 229 000 3. TSH 0.01 4. VIH (-) 5. UROCULTIVO (-) 20/09/18 1. FFV (+) VAGINOSIS 2. VDRL (-) 3. PO (-) 4. HBAGS (-) 5. CMV IGG (-) IGM (-) 6. RUBEOLA IGG (-) IGM (-) 7. TOXO IGG (-) IGM 17/10/18 1. CTG 83/ 102/ 110/ 112 MG/DL 2. FFV (-) 19/10/18 1. TSH 0.61 2. T4 LIBRE 9.41

No. Historia: CC1144041082 - Admisión: 16998 - Paciente: SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH de 3

26/10/2018	QUIRURGICOS	NO REFIERE
26/10/2018	PATOLOGICOS	ASMA BRONQUIAL
26/10/2018	ALERGICOS	NO REFIERE

EXAMEN FISICO

P. ARTERIAL	110/70	PULSO	100	F. RESP	20	IAM	83	TEMP		PESO	66	TALLA	156		
P CEFALICO		P ABDOMINAL		P TORAXICO		E GESTACIONAL		E DOLOR							
ASPECTO GENERAL	PESO PREGESTACIONAL, 54 KG IMC ADECUADA PARA LA EDAD GESTACIONAL														
HALLAZGOS															
Sistema	N	A	NE	Sistema	N	A	NE	Sistema	N	A	NE	Sistema	N	A	NE
1.Cabeza			X	6.Garganta			X	11.Abdomen			X	16.Extremidades Inf			X
2.Ojos			X	7.Cuello			X	12.Pelvis			X	17.Espalda			X
3.Oidos			X	8.Torax			X	13.Tacto Rectal			X	18.Piel			X
4.Nariz			X	9.Corazón			X	14.Genitourinario			X	19.Endocrino			X
5.Boca			X	10.Pulmon			X	15.Extremidades Sup			X	20.Sistema Nevioso			X

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	O300 - EMBARAZO DOBLE		
TIPO DX	3 - CONFIRMADO REPETIDO		
CAUSA EXTERNA	I3 - ENFERMEDAD GENERAL		
 MÉDICO	SAAVEDRA VELEZ YARA PATRICIA NUTRICION CLINICA RM : 29542003		

EVOLUCIÓN SOAP - 31/oct./2018
SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH - Edad: 27 Años

EVOLUCIÓN			
FECHA - HORA: 31/10/2018 16:07	FIRMA ELETRONICA MÉDICO	SAAVEDRA VELEZ YARA PATRICIA - CC 29542003 NUTRICION CLINICA R.M. 29542003	
PACIENTE CON EMBARAZO DE 24 SEMANAS, GEMELAR, AMNANESIS ALIMENTARI, DESAYUNO, HUEVO, AREPA, CHOCOLISTO CON LECHE DESCREMADA 11 AM, FRUTA ALMUERZO, FRIJOLES O LENTEJAS O SOPA, ARROZ, ENSALADAS, POLLO COMIDA, POLLO, ENSALADA DUURME, MAL HABITO INTESTINAL, DIARIO, SANGRADO EN LA MATERIA FECAL CAMINA, DIARIO SE ENTREGA PLAN DE ALIMENTACION EDUCACION NUTRICIONAL			

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES GENERALES

PLAN DE ALIMETACION ADECUADA PARA LA EDAD GESTACIONAL, FRACCIONADA, EDUCACION NUTRICIONAL
 PLAN DE ALIMENTACION ADECUADA PARA LA EDAD GESTACIONAL, VCT 1800 KCAL/DIA, FRACCIONADA, EDUCACION NUTRICIONAL

No. Historia: CC1144041082 - Admision: 16998 - Paciente: SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH3 de 3





FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

BUGA - 236 1000 - 317 580 9671

Nit 891380054-1

FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA

CONSULTAS / EXAMEN / PROCEDIMIENTO

No. H. C.

CC1144041082 - 16998

FECHA IMPRESION

28/05/2024 15:24

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	DOC. ID.	CC1144041082
FEC. NAC.	30/11/1990	EDAD	27 AÑOS
Dx Ppal:	O300-EMBARAZO DOBLE	E.P.S.	EMSSANAR - SUBSIDIADO - RÉGIMEN: SUBSIDIADO
DOMICILIO	CARRERA 18 #11-02	TELÉFONO	3173847947
CIUDAD	CERRITO (EL)	BARRIO	EL CERRITO
PRIORIDAD	RUTINARIO		
DX REL 1	-		
DX REL 2	-		
DX REL 3	-		

CONSULTAS / EXAMENES / PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS

CODIGO	CONSULTAS / EXAMEN / PROCEDIMIENTO	CANT	FECHA
890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA - AMBULATORIA. DX: O300-EMBARAZO DOBLE. DOSIS: VIA DE ADMINISTRACION: CANTIDAD: 1 (UNO). OBSERVACION: CONTROL 1 MES, CON SOBRECUPO	1	31/10/2018 16:11

Para todo el personal de Salud y SSP

DR. SAAVEDRA VELEZ YARA PATRICIA

Identificación: 29542003

Especialidad : NUTRICION CLINICA

Tarjeta Profesional : 29542003





Historia: CC1144041082 - Admisión: 28846 - Paciente: SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETHI de 2

FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

BUGA - 236 1000 - 317 580 9671

Nit 891380054-1

HISTORIA CLINICA

No. H. C. CC1144041082 - 28846 Fecha de Ingreso 23/11/2018 10:33
 Hora Atención Fecha de Egreso

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	DOC. ID.	CC - 1144041082
LUGAR NAC.		FEC. NAC.	30/11/1990
E.P.S	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD	27 AÑOS
Ocupación	NO APLICA	SEXO	FEMENINO
CIUDAD	CERRITO (EL)	BARRIO	EL CERRITO
DIRECCIÓN	CARRERA 18 #11-02	TELÉFONO	3173847947
TIPO USUARIO	BENEFICIARIO	GS - RH	O+
ACUDIENTE	MANUEL JOSE CHAVERRA MUÑOZ	TELÉFONO	3178849788
SERVICIO	TECNICA PROFESIONAL	CAMA	

ANAMNESIS

MOTIVO CONSULTA	CONTROL PRE NATAL
ENFERMEDAD ACTUAL	GESTACION DE 28 SEMANAS POR ECO DE I TRIMESTRE, GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO, ACTIVIDAD UTERINA OCASIONAL, SIN PERDIDAS VAGINALES.
PARACLINICOS	
ALERGIAS	

ANTECEDENTES

FECHA	TIPO	DESCRIPCIÓN ANTECEDENTES
26/11/2018	GINECO-OBSTETRICOS	MENARCA: 14, TELARCA: 12, SEXARCA: 17 Años, FUM: 12/May/2018, CITOLOGIA: SI, ANTICONCEPTIVO: SI, TIPO ANTICONCEPTIVO: BARRERA, GESTACION: 2, PARTOS: 2, ABORTOS: 0, VAGINALES: 2, CESAREAS: 0, VIVOS: 2, MUERTOS: 0, ESPONTANEO: 0, PROVOCADO: 0, MOLAS: 0, ECTOPICOS: 0, MUERTOS 1 SEMANA: 0, MUERTOS LUEGO DE 2 SEMANAS: 0, FIN EMBARAZO ANTERIOR: 09/Jul/2014, FUM: 12/May/2018, FUP: 09/Jul/2014, EMBARAZO PLANEADO: NO, ULTIMO PREVIO: NORMAL, GEMELARES: NO, FRACASO ANTICONCEPTIVO: BARRERA,
26/11/2018	PARACLINICOS PERINATALES	07/11/18 VIH NEGATIVO
23/11/2018	PARACLINICOS PERINATALES	LABORATORIOS 06/11/18 1. HB 11,4 HTC 34,3 PLAQUETAS 177 000 2. VDRL (-) 3. VIH (-)
26/10/2018	PARACLINICOS PERINATALES	ECOGRAFIAS 1. 28/06/18 6 5/7 (MONOCORIAL?), FPP 15/02/19 2. 02/08/18 12 SEM, BIAMNIOTICO. 3. 03/08/18 11 5/7 SEM, (MONOCORIAL), DOPPLER DE UTERINAS. 3. 25/10/18 MONOCORIAL BIAMNIOTICO, CON PLACENTAS FUNDICAS, PESO FETAL(1)713 GR, (2) 747 GR. CERVICOMETRIA DE 40 MM. LABORATORIOS 19/07/18 1. GLICEMIA PRE 94 MG/DL 2. HB 12,3 HTC 37,4 PLAQUETAS 229 000 3. TSH 0.01 4. VIH (-) 5. UROCULTIVO (-) 20/09/18 1. FFV (+) VAGINOSIS 2. VDRL (-) 3. PO (-) 4. HBAGS (-) 5. CMV IGG (-) IGM (-) 6. RUBEOLA IGG (-) IGM (-) 7. TOXO IGG (-) IGM 17/10/18 1. CTOG 83/ 102/ 110/ 112 MG/DL 2. FFV (-) 19/10/18 1. TSH 0.61 2. T4 LIBRE 9.41
26/10/2018	QUIRURGICOS	NO REFIERE

No. Historia: CC1144041082 - Admisión: 28846 - Paciente: SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH de 2

26/10/2018	PATOLOGICOS	ASMA BRONQUIAL
26/10/2018	ALERGICOS	NO REFIERE

EXAMEN FISICO

F. ARTERIAL	110/68	PULSO	72	F. RESP	16	IAM	82	TEMP		PESO	65	TALLA	158		
P CEFALICO		P ABDOMINAL		P TORAXICO		E GESTACIONAL		E DOLOR							
ASPECTO GENERAL		BUENO													
HALLAZGOS															
Sistema	N	A	NE	Sistema	N	A	NE	Sistema	N	A	NE	Sistema	N	A	NE
1.Cabeza			X	6.Garganta			X	11.Abdomen	X			16.Extremidades Inf	X		
2.Ojos			X	7.Cuello			X	12.Pelvis			X	17.Espalda			X
3.Oidos			X	8.Torax			X	13.Tacto Rectal			X	18.Piel			X
4.Nariz			X	9.Corazón			X	14.Genitourinario	X			19.Endocrino			X
5.Boca			X	10.Pulmon			X	15.Extremidades Sup			X	20.Sistema Nevioso			X
16. Extremidades Inf	NO EDEMAS, DILATACIONES VARICOSAS GRADO EN I EN HUECO POPLITEO Y CARA POSTERIOR DE LAS PIERNAS														
11. Abdomen	GLOBOSO POR UTERO GRÁVIDO AU 38 CMS, FETO UNO (A LA DERECHA) EN SITUACIÓN LONGITUDINAL, PRESENTACIÓN CEFÁLICA CON FCF 154 LPM, FETO DOS (A LA IZQUIERDA) EN SITUACIÓN LONGITUDINAL PRESENTACIÓN PELVICA CON POLO CEFALICO A LA IZQUIERDA FCF 146 LPM														
14. Genitourinario	G/E DE ASPECTO SANO, AL TV CUELLO DE CONSISTENCIA BLANDA LARGO CERRADO, PELVIS GINECOIDE.														

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	O300 - EMBARAZO DOBLE
TIPO DX	3 - CONFIRMADO REPETIDO
CAUSA EXTERNA	15 - OTRA
RELACIONADO I	Z358 - SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO
 MÉDICO	RINCON HIGUERA ROMEL GABRIEL GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA RM : 15-1056

EVOLUCIÓN SOAP - 23/nov./2018
SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH - Edad: 27 Años

EVOLUCIÓN		
FECHA - HORA: 23/11/2018 14:15	FIRMA ELETRONICA MÉDICO	RINCON HIGUERA ROMEL GABRIEL - CC 79657013 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA R.M. 15-1056
RIESGO OBSTÉTRICO POR EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL, ACTUALMENTE CON LABORATORIOS DE CPN COMPLETOS, TIENE PENDIENTE ECO OBSTÉTRICO PARA LA PRIMERA SEMANA DE DICIEMBRE, PARA CRECIMIENTO FETAL		

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES GENERALES

SE INDICA CONTINUAR MICRONUTRIENTES Y ASA, SE PRESCRIBE ESQUEMA DE MADURACIÓN PULMONAR (DOS DOSIS DE BETAMETASONA POR 12 MG), CONTROL CON RESULTADOS DE ECO EN DOS SEMANAS



FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA
 BUGA - 236 1000 - 317 580 9671
 Nit 891380054-1
 FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
 CONSULTAS / EXAMEN / PROCEDIMIENTO

CC1144041082 - 28846

FECHA IMPRESION

28/05/2024 15:27

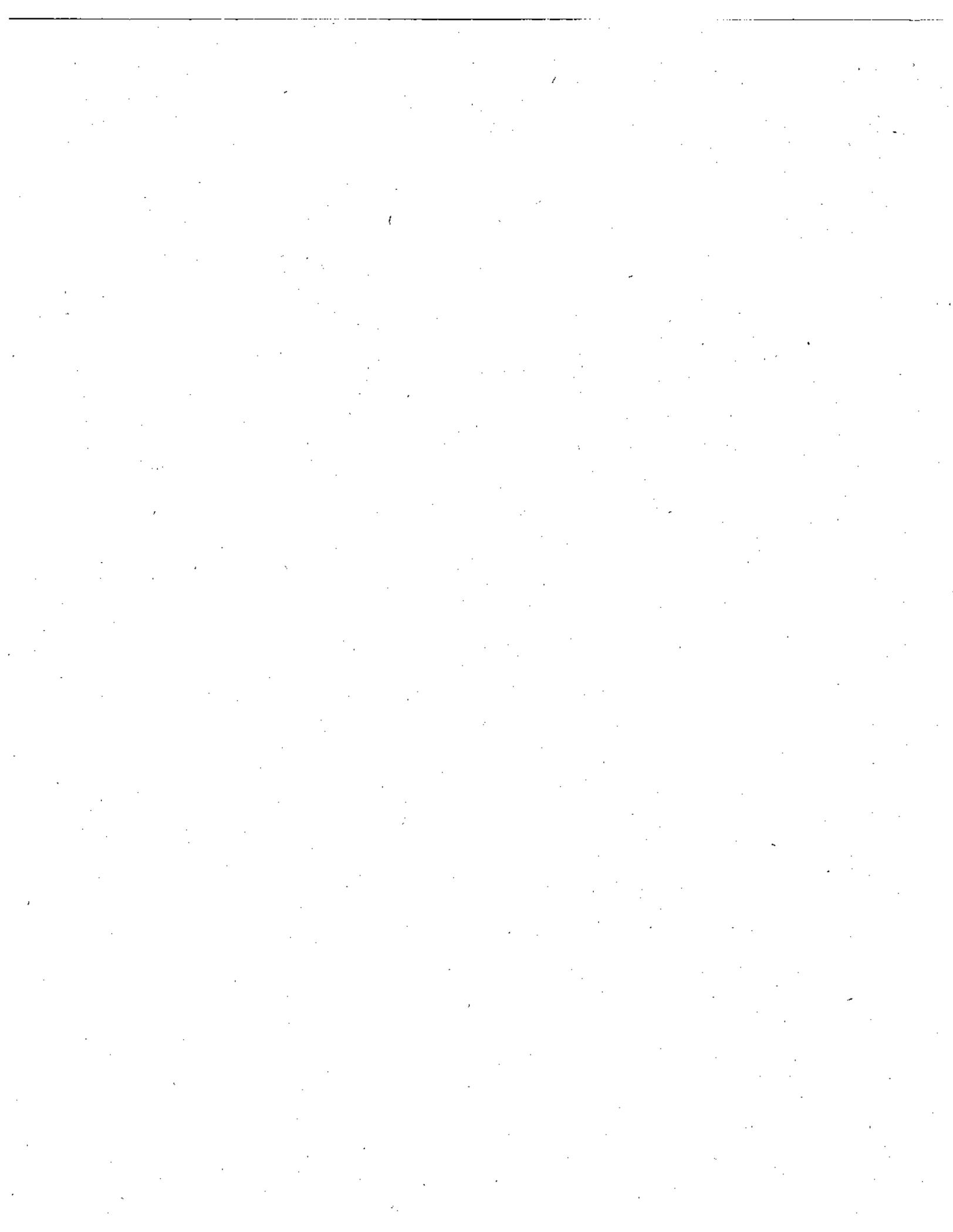
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	DOC. ID.	CC1144041082
FEC. NAC.	30/11/1990	EDAD	27 AÑOS
Dx Ppal:	O300-EMBARAZO DOBLE	E.P.S.	EMSSANAR - SUBSIDIADO - RÉGIMEN: SUBSIDIADO
DOMICILIO	CARRERA 18 #11-02	TELÉFONO	3173847947
CIUDAD	CERRITO (EL)	BARRIO	EL CERRITO
PRIORIDAD	RUTNARIO		
DX REL 1	Z358-SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO		
DX REL 2	-		
DX REL 3	-		

CONSULTAS / EXAMENES / PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS

CODIGO	CONSULTAS / EXAMEN / PROCEDIMIENTO	CANT	FECHA
890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. DX: O300-EMBARAZO DOBLE. DOSIS: VIA DE ADMINISTRACION: CANTIDAD: 1 (UNO). OBSERVACION: CONTROL EN DOS SEMANAS (ASIGNAR DR BORDA)	1	23/11/2018 14:07

DR. RINCÓN HIGUERA ROMEL GABRIEL
 Identificación: 79657013
 Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 Tarjeta Profesional : 15-1056





FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

BUGA - 236 1000 - 317 580 9671

Nit 891380054-1

FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
FORMULA MEDICA

Amable y Seguro

No. H. C.

CC1144041082 - 28846

FECHA IMPRESION

28/05/2024-15:27

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	DOC. ID.	CC1144041082
FEC. NAC.	30/11/1990	EDAD	27 AÑOS
Dx Ppal:	O300-EMBARAZO DOBLE	E.P.S.	EMSSANAR - SUBSIDIADO - RÉGIMEN: SUBSIDIADO
DOMICILIO	CARRERA 18 #11-02	TELÉFONO	3173847947
CIUDAD	CERRITO (EL)	BARRIO	EL CERRITO
PRIORIDAD	RUTINARIO		
DX REL 1	Z358-SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO		
DX REL 2	-		
DX REL 3	-		

CODIGO	MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS	CANT	FECHA
019980025-06	BETAMETASONA FOSFATO DISODICO SOLUCION INYECTABLE 4 MG/1 ML. DX: O300-EMBARAZO DOBLE. DOSIS: 3 CADA 24 HORA(S) DURANTE 2 DIA(S) VIA DE ADMINISTRACION: INTRAMUSCULAR. CANTIDAD: 6 (SEIS). DIAS TRATAMIENTO: 2 DIAS. OBSERVACION: . . . PRESENTACION: AMPOLLA	6	23/11/2018 14:08

DR. RINCON HIGUERA ROMEL GABRIEL

Identificación: 79657013

Especialidad : GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Tarjeta Profesional : 15-1056





Historia: CC1144041082 - Admisión: 29478 - Paciente: SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH1 de 7

FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

BUGA - 236 1000 - 317 580 9671

Nit 891380054-1

HISTORIA CLINICA

No. H. C. CC1144041082 - 29478 Fecha de Ingreso 26/11/2018 01:07
 Hora Atención 01:38 Fecha de Egreso 27/11/2018 05:45

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	DOC. ID.	CC - 1144041082
LUGAR NAC.		FEC. NAC.	30/11/1990
E.P.S	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD	27 AÑOS
Ocupación	NO APLICA	SEXO	FEMENINO
CIUDAD	CERRITO (EL)	BARRIO	EL CERRITO
DIRECCIÓN	CARRERA 18 #11-02	TELÉFONO	3173847947
TIPO USUARIO	BENEFICIARIO	GS - RH	O+
ACUDIENTE	MANUEL JOSE CHAVERRA MUÑOZ	TELÉFONO	3178849788
SERVICIO	TECNICA PROFESIONAL	CAMA	246

ANAMNESIS

MOTIVO CONSULTA	G3P2 EMBARAZO DE 28 SEMANAS GEMELAR, SALIDA DE FLUJO CAFE Y DOLOR BAJTIO
ENFERMEDAD ACTUAL	PACIENTE DE 27 AÑOS, G3P2V2, CON EMBARAZO DE 28.2 SS POR ECOGRAFIA DEL 28/06/18 PARA 6.5 SS, CONSULTA EL DIA DE HOY POR CUADRO CLINICO DE 5 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN SALIDA DE TAPON MUCOSO, ASOCIADO A ESTO CEFALEA TEMPORAL, UN EPISODIO EMETICO Y DOLOR EN HIPOGASTRIO, SIN IRRADIACION, REFIERE PERCIBIR MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA PREMONITORIOS, NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS. PACIENTE REFIERE HABER RECIBIDO DOSIS DE MADURACION PULMONAR 23 Y 24 DE NOVIEMBRE.
PARACLINICOS	
ALERGIAS	

ANTECEDENTES

FECHA	TIPO	DESCRIPCIÓN ANTECEDENTES
26/11/2018	GINECO-OBSTETRICOS	MENARCA: 14, TELARCA: 12, SEXARCA: 17 Años, FUM: 12/May/2018, CITOLOGIA: SI, ANTICONCEPTIVO: SI, TIPO ANTICONCEPTIVO: BARRERA, GESTACION: 2, PARTOS: 2, ABORTOS: 0, VAGINALES: 2, CESAREAS: 0, VIVOS: 2, MUERTOS: 0, ESPONTANEO: 0, PROVOCADO: 0, MOLAS: 0, ECTOPICOS: 0, MUERTOS 1 SEMANA: 0, MUERTOS LUEGO DE 2 SEMANAS: 0, FIN EMBARAZO ANTERIOR: 09/Jul/2014, FUM: 12/May/2018, FUP: 09/Jul/2014, EMBARAZO PLANEADO: NO, ULTIMO PREVIO: NORMAL, GEMELARES: NO, FRACASO ANTICONCEPTIVO: BARRERA.
26/11/2018	PARACLINICOS PERINATALES	07/11/18 VIH NEGATIVO
23/11/2018	PARACLINICOS PERINATALES	LABORATORIOS 06/11/18 1. HB 11,4 HTC 34,3 PLAQUETAS 177 000 2. VDRL (-) 3. VIH (-)
26/10/2018	PARACLINICOS PERINATALES	ECOGRAFIAS 1. 28/06/18 6 5/7 (MONOCORIAL?), FPP 15/02/19 2. 02/08/18 12 SEM, BIAMNIOTICO. 3. 03/08/18 11 6/7 SEM, (MONOCORIAL), DOPPLER DE UTERINAS. 3. 25/10/18 MONOCORIAL BIAMNIOTICO, CON PLACENTAS FUNDICAS, PESO FETAL(1)713 GR, (2) 747 GR. CERVICOMETRIA DE 40 MM. LABORATORIOS 19/07/18 1. GLICEMIA PRE 94 MG/DL 2. HB 12,3 HTC 37,4 PLAQUETAS 229 000 3. TSH 0.01 4. VIH (-) 5. UROCULTIVO (-) 20/09/18 1. FFV (+) VAGINOSIS 2. VDRL (-) 3. PO (-) 4. HBAGS (-) 5. CMV IGG (-) IGM (-) 6. RUBEOLA IGG (-) IGM (-) 7. TOXO IGG (-) IGM 17/10/18

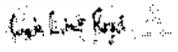
No. Historia: CC1144041082 - Admisión: 29478 - Paciente: SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH de 7

		1. CTOG 83/ 102/ 110/ 112 MG/DL 2. FFV (-) 19/10/18 1. TSH 0.61 2. T4 LIBRE 9.41
26/10/2018	QUIRURGICOS	NO REFIERE
26/10/2018	PATOLOGICOS	ASMA BRONQUIAL
26/10/2018	ALERGICOS	NO REFIERE

EXAMEN FISICO

P. ARTERIAL	95/55	PULSO	96	F. RESP	20	IAM	68	TEMP	36.4	PESO	68	TALLA	157		
P CEFALICO		P ABDOMINAL		P TORAXICO		E GESTACIONAL		E DOLOR							
ASPECTO GENERAL	INGRESA PACIENTE POR SUS PROPIAS CONDICIONES, ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.														
HALLAZGOS															
Sistema	N	A	NE	Sistema	N	A	NE	Sistema	N	A	NE	Sistema	N	A	NE
1.Cabeza			X	6.Garganta			X	11.Abdomen			X	16.Extremidades Inf			X
2.Ojos			X	7.Cuello			X	12.Pelvis			X	17.Espalda			X
3.Oidos			X	8.Torax			X	13.Tacto Rectal			X	18.Piel			X
4.Nariz			X	9.Corazón			X	14.Genitourinario			X	19.Endocrino			X
5.Boca			X	10.Pulmon			X	15.Extremidades Sup			X	20.Sistema Nevioso			X
* 11. Abdomen	ABDOMEN: GRAVIDO AU: 27 CM, NO REACTIVO AL MOMENTO, FETO #1 FCF: 128 LPM DORSO A LA DERECHA, FETO #2 FCF 123 DORSO A LA IZQUIERDA.														
14. Genitourinario	GU:GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, CUELLO, CORTO, PERMEABLE A 1 DEDO EN TODO SU TRAYECTO, SE PALPAN ESTRUCTURAS FETALES, NO FLUJOS PATOLOGICOS, NO AMNIORREA.														

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	O470 - FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION	
TIPO DX	I - IMPRESION DIAGNOSTICA	
CAUSA EXTERNA	13 - ENFERMEDAD GENERAL	
	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA MEDICINA GENERAL RM : 382599	
MÉDICO		

EVOLUCIÓN SOAP - 26/nov./2018
SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH - Edad: 27 Años

FIRMA ELETRONICA MÉDICO	LLANOS ARCINIEGAS CARLOS ALFREDO - CC 16261478 GINECOLOGIA R.M. 16261478	LLANOS ARCINIEGAS CARLOS ALFREDO - CC 16261478 GINECOLOGIA R.M. 16261478
SERVICIO	GINECO-OBSTETRICIA - ESTANCIA GENERAL	FECHA - HORA: 26/11/2018 07:41

EVOLUCIÓN: Subjetivo - Objetivo

* EVOLUCION HOSPITALIZACION
DIAGNÓSTICOS:
1. G3P2V2. GS O RH (+).
2. EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO DE 28.2 SS POR ECOGRAFIA DEL 28/06/18 PARA 6.5 SS.
3. APP
SUBJETIVO: PACIENTE REFIERE PASAR BUENA NOCHE
OBJETIVO: PACIENTE EN CAMA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
SIGNOS VITALES: TA 100/60 MMHG, FC 93 LPM, FR 18 RPM, T 36°C, SAO2 98%.
ORL: MUCOSAS HUMEDAS, ESCLERAS ANICTERICAS.
C/P: TORAX NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SINCRONICOS CON EL PULSO, SIN SOPLOS; RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES, SIN SOBREGREGADOS.
ABDOMEN GRAVIDO AU: 27 CM, NO REACTIVO AL MOMENTO, FETO #1 FCF 134 LPM DORSO A LA DERECHA, FETO #2 FCF 143 DORSO A LA IZQUIERDA.

GU: TV CUELLO CORTO PERMEABLE A 1 DEDO EN TODO SU TRAYECTO, SE PALPAN ESTRUCTURAS FETALES, NO FLUJOS PATOLÓGICOS, NO AMNIOORREA.
EXTREMIDADES: MÓVILES, SIMÉTRICAS, NO EDEMAS.
SNC: SIN DÉFICIT SENSITIVO MOTOR APARENTE.

DIAGNOSTICOS

Principal: Z359 - SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO- SIN OTRA ESPECIFICACION
Relacionado 1: O300 - EMBARAZO DOBLE

ANALISIS Y PLAN

PACIENTE G3P2V2. GS O RH (+). CON EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO DE 28.2 SS POR ECOGRAFIA DEL 28/06/18 PARA 6.5 SS. RECIBIO DOSIS DE MADURACION PULMONAR 23 Y 24 DE NOVIEMBRE. CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO. PENDIENTE ECOGRAFIA Y CERVICOMETRIA PARA DEFINIR MANEJO

PLAN:

- CONTINUA HOSPITALIZACION G/O
- DIETA COMUN
- ACETAMINOFEN TAB 500 MG, DAR 1 TAB VIA ORAL CADA 6 HORAS
- NIFEDIPINO TAB 10 MG, 1 TAB CADA 6 HRS
- P PENDIENTE ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL DE AMBOS FETOS + CERVICOMETRIA.
- RESERVADO CUPO EN UCI NEONATAL.
- VIGILAR FCF DE AMBOS FETOS, PERDIDAS VAGINALES, ACTIVIDAD AUTERINA.

GRACIAS

FIRMA ELETRONICA MÉDICO	LLANOS ARCINIEGAS CARLOS ALFREDO - CC 16261478 GINECOLOGIA R.M. 16261478	LLANOS ARCINIEGAS CARLOS ALFREDO - CC 16261478 GINECOLOGIA R.M. 16261478
SERVICIO	GINECO-OBSTETRICIA - ESTANCIA GENERAL	FECHA - HORA: 26/11/2018 15:16

EVOLUCIÓN: Subjetivo - Objetivo

NOTA MEDICA

DIAGNOSTICOS:

1. G3P2V2. GS O RH (+).
2. EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO DE 28.2 SS POR ECOGRAFIA DEL 28/06/18 PARA 6.5 SS.
3. APP

PACIENTE G3P2V2. GS O RH (+). CON EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO DE 28.2 SS POR ECOGRAFIA DEL 28/06/18 PARA 6.5 SS CON EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO. HOSPITALIZADA POR DIAGNOSTICO DE APP EN MANEJO CON UTEROINHIBICION CON NIFEDIPINO TAB 10 MG CADA 6 HORAS. LLEGA REPORTE DE ECOGRAFIA OBSTETRICA QUE REPORTA: FETO 1: VIVO CEFALICO, DI, PLACENTA ANTERIOR, GRADO II ILA NORMAL. PEF: 1220 GR, EG: 27.6 SS. POLIHIDRAMNOS. FETO 2: MUERTO Y ATRAPADO EN CARA ANTERIOR. CERVICOEMTRIA: 43.1 MM OCI-CERRADO. PRUEBA TRANSFUNDAL NEGATIVO. RECIBIO DOSIS DE MADURACION PULMONAR 23 Y 24 DE NOVIEMBRE. SE CONSIDERA PACIENTE DEBE SER REMITIDA COMO URGENCIA VITAL PARA MANEJO INMEDIATO POR PERINATOLOGIA. SE EXPLICAN RIESGOS A LA MADRE.

DIAGNOSTICOS

Principal: Z359 - SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO- SIN OTRA ESPECIFICACION
Relacionado 1: O300 - EMBARAZO DOBLE

ANALISIS Y PLAN

REMISION COMO URGENCIA VITAL.

EVOLUCIÓN

FECHA - HORA: 26/11/2018 15:07	FIRMA ELETRONICA MÉDICO	LLANOS ARCINIEGAS CARLOS ALFREDO - CC 16261478 GINECOLOGIA R.M. 16261478
ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL		
FECHA - HORA: 26/11/2018 15:07	FIRMA ELETRONICA MÉDICO	LLANOS ARCINIEGAS CARLOS ALFREDO - CC 16261478 GINECOLOGIA R.M. 16261478
ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL HALLAZGOS: EDAD GESTACIONAL: 28.2 SEMANAS		
TIPO DE EXAMEN: MEDIANTE TRANSDUCTOR CONVEX TRANSABDOMINAL MULTIFRECUENCIA SE PRACTICO ULTRASONIDO OBSTÉTRICO ENCONTRANDO: EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO		

FETO 1: VIVO, EN SITUACIÓN LONGITUDINAL, PRESENTACIÓN CEFALICO DORSO IZQUIERDO AL MOMENTO DEL EXAMEN.
MOVIMIENTOS FETALES ACTIVOS. ACTIVIDAD CARDIACA RÍTMICA.
FETO 2: MUERTO Y ATRAPADO EN CARA ANTERIOR.
FRECUENCIA CARDIACA FETO 1: 137/MIN
FRECUENCIA CARDIACA FETO 2: 0/MIN

PLACENTA Y CORDON

LOCALIZACION: ANTERIOR GRADO: I-II ESPESOR: 34.8 MM
CORDON FETO 1: 3 VASOS

LIQUIDO AMNIOTICO (VALORACIÓN CUALITATIVA)

LÍQUIDO AMNIÓTICO FETO 1: NORMALLAGO: 11 POLIHIDRAMNIOS

BIOMETRIA FETO 1

DBP: 66.9 MM PARA 26.9 SEMANAS
CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL: 240.8 MM PARA 28.4 SEMANAS
FEMUR: 55.0 MM PARA 29.0 SEMANAS
CC: 247.7 MM PARA 26.9 SEMANAS
HÚMERO: 49.1 MM PARA 28.8 SEMANAS

PESO ESTIMADO FETAL: 1,220 +/- 98 GRAMOS
TALLA ESTIMADA FETAL: 38.6 CM

EXAMEN FISICO

CABEZA: VENTRICULOS LATERALES NORMALES, PLEXOS COROIDEOS SIN ALTERACIONES, TALAMOS Y PEDUNCULOS CEREBRALES NORMALES.
CARA: ORBITAS NORMALES, CRISTALINOS VISIBLES. ESTRUCTURAS MEDIO FACIALES NORMALES, LABIO SUPERIOR INTEGRO.

CORAZON: CORAZON SITUS SOLLITUS, CORTE DE CUATRO CAMARAS NORMALES.

TORAX: ECOGENICIDAD PULMONAR NORMAL, REJA COSTAL NORMAL.

ABDOMEN: CAMARA GASTRICA Y VEJIGA VISIBLES, RIÑON DERECHO Y RIÑON IZQUIERDO NORMALES, PARED ABDOMINAL INTEGRAL.

EXTREMIDADES: MOVILIDAD Y TONO NORMAL, COLUMNA VISIBLE EN TODA SU EXTENSION.

OBSERVACIONES FETO 1

PERFIL DE CRECIMIENTO NORMAL PARA 27.6 SEMANAS

OBSERVACIONES FETO 2

ATRAPADO EN CARA ANTERIOR

CONCLUSIONES: 1. EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO.
2. FETO 1: VIVO, POLIHIDRAMNIOS.
3. FETO 2: MUERTO Y ATRAPADO.

ORDENES MEDICAS GENERALES

26/11/2018 01:42 Dr(a) ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA
-HOSPITALIZACION G/O
-DIETA COMUN
-ACETAMINOFEN TAB 500 MG, DAR 1 TAB VIA ORAL
-NIFEDIPINO TAB 10 MG, 1 TAB CADA 6 HRS
-SS ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL DE AMBOS FETOS + CERVICOMETRIA.
-SS HEMOGRAMA, PCR, UROANALISIS + GRAM DE ORINA POR SONDA, FFV.
-RESERVAR CUPO EN UCI NEONATAL.
-REVALORAR CON RESULTADOS.
-VIGILAR FCF DE AMBOS FETOS, PERDIDAS VAGINALES, AU.
GRACIAS

26/11/2018 07:41 Dr(a) LLANOS ARCINIEGAS CARLOS ALFREDO
- CONTINUA HOSPITALIZACION G/O
- DIETA COMUN
- ACETAMINOFEN TAB 500 MG, DAR 1 TAB VIA ORAL CADA 6 HORAS
- NIFEDIPINO TAB 10 MG, 1 TAB CADA 6 HRS
- P ENDIENTE ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL DE AMBOS FETOS + CERVICOMETRIA.
- RESERVADO CUPO EN UCI NEONATAL.
- VIGILAR FCF DE AMBOS FETOS, PERDIDAS VAGINALES, ACTIVIDAD AUTERINA.
GRACIAS

26/11/2018 15:17 Dr(a) LLANOS ARCINIEGAS CARLOS ALFREDO
LEV SSN 0.9% 500 CC CADA 8 HORAS
REMISION COMO URGENCIA VITAL

MEDICAMENTOS	
Orden: 2801-109147	Dr(a). ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA NIFEDIPINO CAPSULA O TABLETA DE 10MG (1) DOSIS: 1 TAB VIA ORAL CADA 6 HRS
Orden: 2801-109147	Dr(a). ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA ACETAMINOFEN TABLETA O CAPSULA 500 MG (1) DOSIS: 1 TAB VO DU
Orden: 2801-109158	Dr(a). VASQUEZ FAJARDO KATHERINE CATETER NELATON 10FR X 40CM UND (1)
Orden: 2801-109159	Dr(a). VASQUEZ FAJARDO KATHERINE LIDOCAINA (EQ. A 30 G) JALEA 2 %/30 ML (1) DOSIS: 1
Orden: 2801-109187	Dr(a). ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA NIFEDIPINO CAPSULA O TABLETA DE 10MG (1) DOSIS: 1
Orden: 2801-109451	Dr(a). GARCIA ANDRADE GREYSY DAYANA ACETAMINOFEN TABLETA O CAPSULA 500 MG (4) DOSIS: 1 CADA 6 HORAS OBSERVACION : - ACETAMINOFEN TAB 500 MG, DAR 1 TAB VIA ORAL CADA 6 HORAS
Orden: 2801-109451	Dr(a). GARCIA ANDRADE GREYSY DAYANA NIFEDIPINO CAPSULA O TABLETA DE 10MG (4) DOSIS: 1 CADA 6 HORAS OBSERVACION : - NIFEDIPINO TAB 10 MG, 1 TAB CADA 6 HRS
Orden: 2801-110157	Dr(a). GARCIA ANDRADE GREYSY DAYANA CLORURO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE 0.9 %/500 ML (1) DOSIS: PARA MANTENIMIENTO OBSERVACION : PARA MANTENIMIENTO
Orden: 2801-110180	Dr(a). LASPRILLA GIRALDO MARIA DE EQUIPO MACROGOTE 10GOT/CC CON AGUJA 21G 1 1/2 UNI (1)
Orden: 2801-110180	Dr(a). LASPRILLA GIRALDO MARIA DE CATETER IV PERIFERICO VIALON DE SEGURIDAD 18G X 1 1/4 (1.16) UNI (1) DOSIS: 1
Orden: 2801-110678	Dr(a). GARCIA ANDRADE GREYSY DAYANA CLORURO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE 0.9 %/500 ML (1) DOSIS: LEV
Orden: 2801-110678	Dr(a). GARCIA ANDRADE GREYSY DAYANA ACETAMINOFEN TABLETA O CAPSULA 500 MG (2) DOSIS: 1 GR

PROCEDIMIENTOS	
Orden: 2381-2885	Dr(a). VASQUEZ FAJARDO KATHERINE CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL (1)
Orden: 2502-17088	Dr(a). ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA - FROTIS (1) OBSERVACION : FROTIS VAGINAL
Orden: 2381-2886	Dr(a). ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL (2) OBSERVACION : EMBARAZO GEMELAR DE 28.2 SS, APP
Orden: 2381-2886	Dr(a). ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL (1) OBSERVACION : CERVICOMETRIA EMBARAZO GEMELAR DE 28.2 SS, APP
Orden: 2502-17088	Dr(a). ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA UROANALISIS -CITOQUIMICO DE ORINA- INCLUYE QUIMICA POR CUALQUIER METODO Y SEDIM (1) OBSERVACION : POR SONDA
Orden: 2502-17088	Dr(a). ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA HEMOGRAMA TIPO III-HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS INDICE (1)
Orden: 2502-17088	Dr(a). ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO (1)
Orden: 2502-17088	Dr(a). ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA COLORACION DE GRAM (1) OBSERVACION : DE ORINA
Orden: 2382-3373	Dr(a). LLANOS ARCINIEGAS CARLOS ALFREDO CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA (1)
Orden: 2382-3398	Dr(a). LLANOS ARCINIEGAS CARLOS ALFREDO CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA (1)

EVOLUCIÓN SOAP - 27/nov./2018
SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH - Edad: 27 Años

EVOLUCIÓN			
FECHA - HORA: 27/11/2018 05:44	FIRMA ELETRONICA MÉDICO	GARCIA ANDRADE GREYSY DAYANA - CC 1113652665 MEDICINA GENERAL R.M. 1113652665	GINECOLOGIA URGENCIAS - ESTANCIA GENERAL
LABORATORIOS: 902209 - HEMOGRAMA TIPO III-HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS INDICE RESULTADOS: LEUCOCITOS : 16.5 %NEUTRÓFILOS : 75.0 %LINFOCITOS : 18.0 %MONOCITOS : 6.75 HEMOGLOBINA : 12.3 HEMATOCRITO : 37.5 RECUENTO DE PLAQUETAS (PLT) : 254 NOREMAL			

No. Historia: CC1144041082 - Admision: 29478 - Paciente: SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH6 de 7

FECHA - HORA: 27/11/2018 05:44	FIRMA ELETRONICA MÉDICO	GARCIA ANDRADE GREYSY DAYANA - CC 1113652665 MEDICINA GENERAL R.M. 1113652665	GINECOLOGIA URGENCIAS - ESTANCIA GENERAL
LABORATORIOS: 906914 - PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO RESULTADOS: PROTEINA C REACTIVA CUALITATIVA : 1.16 NORMAL			
FECHA - HORA: 27/11/2018 05:44	FIRMA ELETRONICA MÉDICO	GARCIA ANDRADE GREYSY DAYANA - CC 1113652665 MEDICINA GENERAL R.M. 1113652665	GINECOLOGIA URGENCIAS - ESTANCIA GENERAL
LABORATORIOS: 901304 - EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA RESULTADOS: MUESTRA: : FFV TRICHOMONAS VAGINALIS : AUSENTE CÉLULAS CLAVE : NEGATIVO COLORACION DE GRAM : LACTOBACILLOS ++ : COCOS GRAM POSITIVOS ESCASOS NORMAL			
FECHA - HORA: 27/11/2018 05:45	FIRMA ELETRONICA MÉDICO	GARCIA ANDRADE GREYSY DAYANA - CC 1113652665 MEDICINA GENERAL R.M. 1113652665	GINECOLOGIA URGENCIAS - ESTANCIA GENERAL
LABORATORIOS: 901107 - COLORACION DE GRAM RESULTADOS: MUESTRA: : ORINA NEGATIVO			
FECHA - HORA: 27/11/2018 05:45	FIRMA ELETRONICA MÉDICO	GARCIA ANDRADE GREYSY DAYANA - CC 1113652665 MEDICINA GENERAL R.M. 1113652665	GINECOLOGIA URGENCIAS - ESTANCIA GENERAL
LABORATORIOS: 907106 - UROANALISIS -CITOQUIMICO DE ORINA- INCLUYE QUIMICA POR CUALQUIER METODO Y SEDIM RESULTADOS: COLOR : AMARILLO ASPECTO : LIGERAMENTE TURBIO DENSIDAD : 1.020 PH : 7.0 NITRITOS : NEGATIVO UROBILINOGENO : 0.2 BACTERIAS : ESCASAS MUCUS : NEGATIVO HIFAS : NEGATIVO NORMAL			

REMISIONES			
REMITIDO DESDE MÉDICO		FECHA ESPECIALIDAD	
DIAGNÓSTICO			
REMITIDO A MÉDICO	LLANOS ARCINIEGAS CARLOS ALFREDO	FECHA ESPECIALIDAD	26/nov./2018 15:16 PERINATOLOGIA
DIAGNÓSTICO	O300 - EMBARAZO DOBLE		
CONTRAREFERENCIA DIAGNÓSTICO	REMISIÓN PERTINENTE:	FECHA	
OBSERVACIONES	OBSERVACION POR REFERENCIA: EVOLUCIÓN SUBJETIVO - OBJETIVO: NOTA MEDICA DIAGNOSTICOS: 1. G3P2V2. GS O RH (+). 2. EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIÓTICO DE 28,2 SS POR ECOGRAEIA DEL 28/06/18 PARA 6.5 SS. 3. APP		

PACIENTE G3P2V2. GS O RH (+). CON EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO DE 28.2 SS POR ECOGRAFIA DEL 28/06/18 PARA 6.5 SS CON EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO. HOSPITALIZADA POR DIAGNOSTICO DE APP EN MANEJO CON UTEROINHIBICION CON NIFEDIPINO TAB 10 MG CADA 6 HORAS. LLEGA REPORTE DE ECOGRAFIA OBSTETRICA QUE REPORTA: FETO 1: VIVO CEFALICO, DI, PLACENTA ANTERIOR, GRADO II ILA NORMAL. PEF: 1220 GR, EG: 27.6 SS. POLIHIDRAMNIOS. FETO 2: MUERTO Y ATRAPADO EN CARA ANTERIOR. CERVICOEMTRIA: 43.1 MM OCI CERRADO. PRUEBA TRANSFUNDAL NEGATIVO. RECIBIO DOSIS DE MADURACION PULMONAR 23 Y 24 DE NOVIEMBRE. SE CONSIDERA PACIENTE DEBE SER REMITIDA COMO URGENCIA VITAL PARA MANEJO INMEDIATO POR PERINATOLOGIA. SE EXPLICAN RIESGOS A LA MADRE.

CONDUCTA PLAN Y ANÁLISIS:
REMISION COMO URGENCIA VITAL.

OBSERVACION POR REFERENCIA:
NOTA MEDICA
DIAGNOSTICOS:
1. G3P2V2. GS O RH (+).
2. EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO DE 28.2 SS POR ECOGRAFIA DEL 28/06/18 PARA 6.5 SS.
3. APP

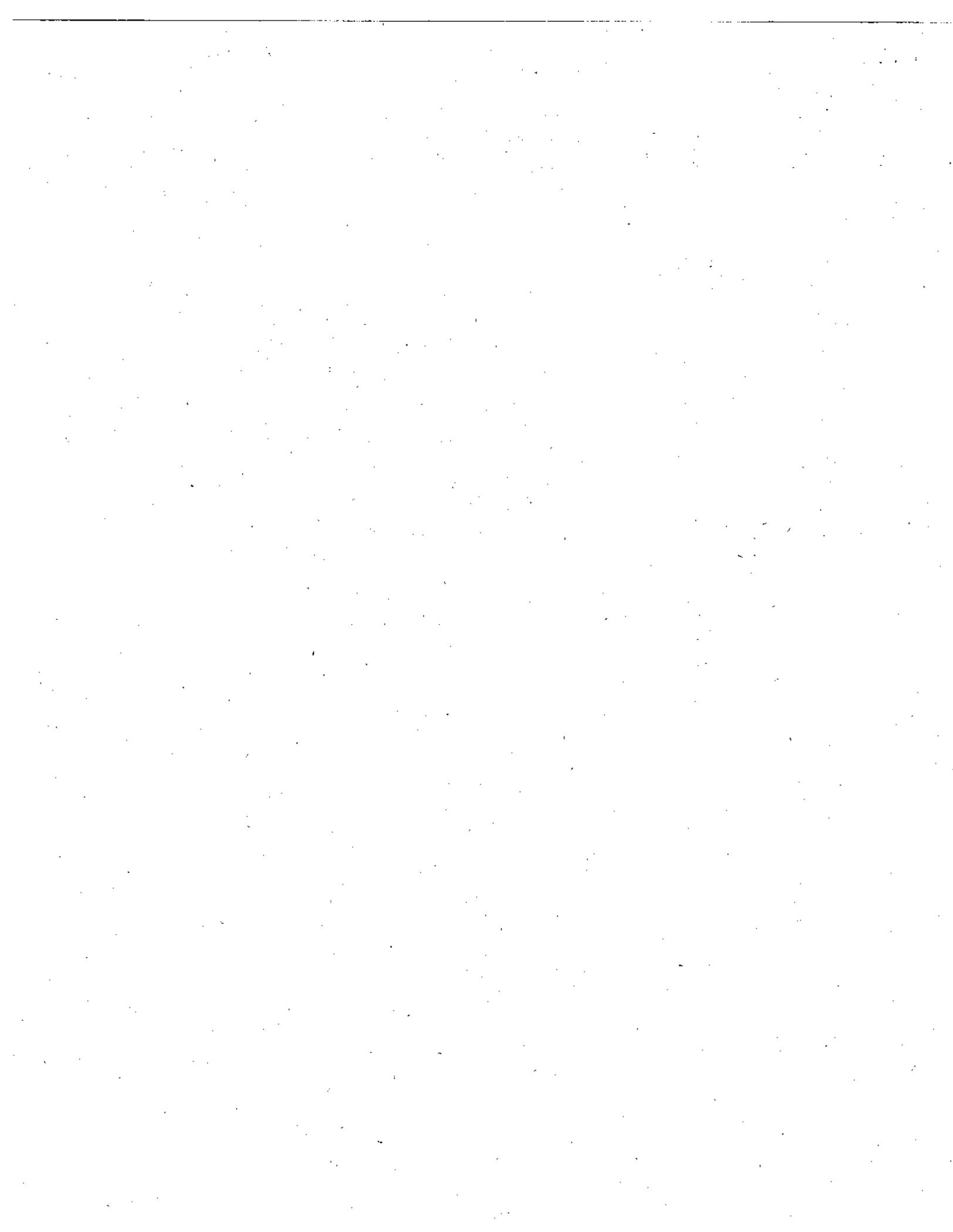
PACIENTE G3P2V2. GS O RH (+). CON EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO DE 28.2 SS POR ECOGRAFIA DEL 28/06/18 PARA 6.5 SS CON EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO. HOSPITALIZADA POR DIAGNOSTICO DE APP EN MANEJO CON UTEROINHIBICION CON NIFEDIPINO TAB 10 MG CADA 6 HORAS. LLEGA REPORTE DE ECOGRAFIA OBSTETRICA QUE REPORTA: FETO 1: VIVO CEFALICO, DI, PLACENTA ANTERIOR, GRADO II ILA NORMAL. PEF: 1220 GR, EG: 27.6 SS. POLIHIDRAMNIOS. FETO 2: MUERTO Y ATRAPADO EN CARA ANTERIOR. CERVICOEMTRIA: 43.1 MM OCI CERRADO. PRUEBA TRANSFUNDAL NEGATIVO. RECIBIO DOSIS DE MADURACION PULMONAR 23 Y 24 DE NOVIEMBRE. SE CONSIDERA PACIENTE DEBE SER REMITIDA COMO URGENCIA VITAL PARA MANEJO INMEDIATO POR PERINATOLOGIA. SE EXPLICAN RIESGOS A LA MADRE.

PLAN DE MANEJO Y RECOMENDACIONES GENERALES

SE CIERRA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA.

EGRESO

MEDICO:	GARCIA ANDRADE GREYSY DAYANA - MEDICINA GENERAL		RM:	1113652665
FECHA - HORA	27/11/2018 05:45	CAUSA SALIDA	TRASLADO	
TIPO DX	IMPRESION DIAGNOSTICA			
DX EGRESO	Z359 - SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO- SIN OTRA ESPECIFICACION			
RELACIONADO 1	O300 - EMBARAZO DOBLE			
RELACIONADO 2	-			
RELACIONADO 3	-			
COMPLICACIÓN	-			
DESTINO SALIDA	REMISION A OTRO NIVEL DE COMPLEJIDAD	ESPECIALIDAD	PERINATOLOGIA	
REMITIDO A	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.			
ESTADO:	VIVO			



FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

BUGA - 236 1000 - 317 580 9671
Nit 891380054-1

REGISTRO DIARIO DE ENFERMERIA

No. H. C. CC1144041082 - 29478

FECHA 26/11/2018

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	DOC. ID.	CC - 1144041082
LUGAR NAC.		FEC. NAC.	30/11/1990
E.P.S	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD	27 AÑOS
OCUPACION	NO APLICA	SEXO	FEMENINO
CIUDAD	CERRITO (EL)	BARRIO	EL CERRITO
DIRECCIÓN	CARRERA 18 #11-02	TELÉFONO	3173847947
ESTRATO	BENEFICIARIO	GS - RH	O+
SERVICIO	GINECO-OBSTETRICIA - ESTANCIA GENERAL	CAMA	246

DIAGNOSTICOS

FECHA	RIESGOS	CULTIVOS	RESPONSABLE

MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

FECHA	MEDIDA DE BIOSEGURIDAD	M	T	N

EXAMEN FISICO

FECHA	SISTEMA	CARACTERISTICA	RESPONSABLE

MONITOREO HEMODINAMICO

FECHA - HORA	SIGNOS VITALES					G	C	CP	N	SaO2		ESCALA DOLOR	PESO	TALLA	RESPONSABLE
	TA	To	FC	FR	PVC					Con	Sin				
26/11/2018 01:13	96/55	36 2	10 0	19			NO	NO	NO		96				YASQUEZ FAJARDO KATHERINE
26/11/2018 04:00	100/60	36	93	18			NO	NO	NO		98				TREJOS TRUJILLO DANIELA
OBSERVACION: FCF: L IZQ 143 LPM L DER 134 LPM															
26/11/2018 09:24	120/70	36	82	20			NO	NO	NO		97				MENA MORENO NICOLASA
OBSERVACION: FRECUENCIA CARDIACA FETAL IZQUIERDA 131 POR MINUTOS ,FRECUENCIA CARDIACA FETAL DERECHA 145 POR MINUTOS															
26/11/2018 16:15	120/85	36 2	88 20				NO	NO	NO		98				MENA MORENO NICOLASA
26/11/2018 20:00	110/60	37 3	91 19				NO	NO	NO		98				RIVERA LONDONO YESENIA
OBSERVACION: FCF DERECHO: 136 XMIN															

REGISTRO DE OXIGENO

FECHA - HORA	OXIGENO			SERVICIO	CAMA	RESPONSABLE
	TIEMPO	FLUJO	CANT			

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

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

No. ORDEN	CODIGO	SERVICIO	CANT	FECHA	HORA	OBSERVACION	MEDICO
109147	N02BE01 141	ACETAMINOFEN TABLETA O CAPSULA 500 MG	1	26/11/2018	02:00		VASQUEZ FAJARDO KATHERINE CC 1114062041 RM. 76-7439
109187	C08CA05 01	NIFEDIPINO CAPSULA O TABLETA DE 10MG	1	26/11/2018	03:30	DOSES DE LAS 02+00	VASQUEZ FAJARDO KATHERINE CC 1114062041 RM. 76-7439
109158	20D19	CATETER NELATON 10FR X 40CM UND	1	26/11/2018	06:29		VASQUEZ FAJARDO KATHERINE CC 1114062041 RM. 76-7439
109159	N01BB02 341	LIDOCAINA (EQ. A 30 G) JALEA 2%/30 ML	1	26/11/2018	06:29		VASQUEZ FAJARDO KATHERINE CC 1114062041 RM. 76-7439
109147	C08CA05 01	NIFEDIPINO CAPSULA O TABLETA DE 10MG	1	26/11/2018	08:06	ORAL	MENA MORENO NICOLASA CC 54256383 RM. 54256383
109451	N02BE01 141	ACETAMINOFEN TABLETA O CAPSULA 500 MG	2	26/11/2018	10:57	ORAL	MENA MORENO NICOLASA CC 54256383 RM. 54256383
109451	C08CA05 01	NIFEDIPINO CAPSULA O TABLETA DE 10MG	1	26/11/2018	14:00	ORAL	MENA MORENO NICOLASA CC 54256383 RM. 54256383
109451	N02BE01 141	ACETAMINOFEN TABLETA O CAPSULA 500 MG	2	26/11/2018	15:05	ORAL	MENA MORENO NICOLASA CC 54256383 RM. 54256383
110180	20E03	EQUIPO MACROGOTE 10GOT/CC CON AGUJA 21G 1 1/2 UNI	1	26/11/2018	16:59	PARA INSTALAR LIQUIDOS VENOSOS	MENA MORENO NICOLASA CC 54256383 RM. 54256383
110180	20C05	CATETER IV PERIFERICO VIALON DE SEGURIDAD 18G X 1 1/4 (1.16) UNI	1	26/11/2018	17:00		MENA MORENO NICOLASA CC 54256383 RM. 54256383
110157	B05CB01 703	CLORURO DE SODIO SOLUCION INYECCABLE 0.9%/500 ML	1	26/11/2018	17:00	VENOSA	MENA MORENO NICOLASA CC 54256383 RM. 54256383
109451	C08CA05 01	NIFEDIPINO CAPSULA O TABLETA DE 10MG	1	26/11/2018	20:00	VIA ORAL	RIVERA LONDONO YESENIA CC 1115087603 RM. 76-3202
110678	B05CB01 703	CLORURO DE SODIO SOLUCION INYECCABLE 0.9%/500 ML	1	26/11/2018	22:08		RIVERA LONDONO YESENIA CC 1115087603 RM. 76-3202
110678	N02BE01 141	ACETAMINOFEN TABLETA O CAPSULA 500 MG	1	26/11/2018	22:08	ADM EN EL REGISTRO ANTERIOR	RIVERA LONDONO YESENIA CC 1115087603 RM. 76-3202
110678	N02BE01 141	ACETAMINOFEN TABLETA O CAPSULA 500 MG	1	26/11/2018	22:08	VIA ORAL, ADM A LAS 20+00	RIVERA LONDONO YESENIA CC 1115087603 RM. 76-3202

LABORATORIOS

LABORATORIOS TOMADOS	0	LABORATORIOS POR RECLAMAR	0
LABORATORIOS POR TOMAR	5	LABORATORIOS LISTOS	0

LIQUIDOS

FECHA HORA	CANTIDAD RECIBIDA				CANTIDA ELIMINADA					BALANCE GENEREAL	OBSERVACIÓN
	SONDA	ORAL	PARENT.	NPT/AP	M. FECAL	ORINA	VOMITO	DREN.	INSEN.		
			TURNO 7 AM - 1 PM	0	TURN O 1 PM - 7 PM	0	TURN O 7 PM - 7 AM	0	TOTA L	0	

FECHA:		LIQUIDOS UCI														
HORA	GT1	GT2	GT3	GT4	GT5	GT6	GT7	GT8	GT9	GT10	GT11	GT12	GT13	GT14	GT15	TOTAL ADMINISTRADOS

HORA	DIURES	SNG	TORAX	OSTO	RESIDUO	ULTRAFILTRADO	GASTRICO	PIGTAL	DEPOSICION	TERMINADOS	BALANCE TOTAL

FECHA - HORA	OBSERVACION	USUARIO

TRABAJO DE PARTO

FECHA HORA	CONTRACCION UTERINAS			CONTROL FETAL		CONTROL FETAL						MONITOREO FETAL
	FR	DR	IN	FCF	MF	MI	MR	LA	HR	DL	BR	

SONDAS Y CATETERES

SONDA / CATETER	FECHA - HORA	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO
S. VESICAL	26/11/2018 02:25	RUBIO CAMPOS EDMY CAROLINA	INSERCIÓN
Observaciones: POR ORDEN MEDICA, CON CONSENTIMIENTO VERBAL Y EXPLICACIÓN DE PROCEDIMIENTO A PACIENTE, PREVIO LAVADO DE MANOS, CON EQUIPO DE BIOSEGURIDAD Y CON ESTRICTA TÉCNICA ESTÉRIL DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA DESINFECCIÓN DE GENITALES CON GASA ESTÉRIL IMPREGNADA EN JABÓN WESCOHEX CLORHEXIDINA AL 2%, SE LUBRICA MEATO URINARIO CON LIDOCAÍNA JALEA AL 2%, SE PROCÉDE AL CAMBIO DE GUANTES ESTÉRILES Y SE PASA SONDA NELATON N 10 AL PRIMER INTENTO, RETORNO DE ORINA AMARILLA, SE RECOLECTA MUESTRA Y SE ENVIÓ AL LABORATORIO PREVIAMENTE ROTULADA, PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO Y SIN COMPLICACIÓN.			

INTERCONSULTA

ESPECIALIDAD	ESPECIALISTA	FECHA - HORA	TIPO	RESPONSABLE

DOMINIOS Y DIAGNOSTICOS

FECHA	DOMINIO	CARACTERISTICA	OBJETIVO	INTERVENCION	RESULTADO	RESPONSABLE

EVOLUCION

FECHA - HORA 26/11/2018 01:11	VASQUEZ FAJARDO KATHERINE - CC 1114062041 AUXILIAR DE ENFERMERIA - R.M. 76-7439
INGRESA PACIENTE A URGENCIAS DE GINECOLOGIA EN SILLA DE RUEDAS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR Y CAMILLERO CONSCIENTE Y ORIENTADA TOLERANDO OXIGENO AL MEDIO AMBIENTE G3P2 EMBARAZO DE 28 SEMANAS GEMELAR, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, REIFERE TENGO DOLOR BAJITO Y SALIDA DE FLUJO CAFE POR VAGINA" SE TOMAN SIGNOS VITALES PENDIENTE VALORACION MEDICA.	
FECHA - HORA 26/11/2018 01:53	VASQUEZ FAJARDO KATHERINE - CC 1114062041 AUXILIAR DE ENFERMERIA - R.M. 76-7439
PACIENTE QUE ES VALORADA POR EL MEDICO DE TURNO QUIEN ORDENA -HOSPITALIZACION G/O -DIETA COMUN -ACETAMINOFEN TAB 500 MG, DAR 1 TAB VIA ORAL -NIFEDIPINO TAB 10 MG, 1 TAB CADA 6 HRS -SS ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL DE AMBOS FETOS + CERVICOMETRIA. -SS HEMOGRAMA, PCR, UROANALISIS + GRAM DE ORINA POR SONDA, FFV. -RESERVAR CUPO EN UCI NEONATAL. -REVALORAR CON RESULTADOS. -VIGILAR FCF DE AMBOS FETOS, PERDIDAS VAGINALES, AU. GRACIAS	
FECHA - HORA 26/11/2018 02:17	SERRATO ARROYAVE ANGELICA MARIA - CC 1115074729 AUXILIAR DE ENFERMERIA - R.M. 1115074729
INGRESA PACIENTE DE SEXO FEMENINO EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE TURNO CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO GEMELAR DE 28 SEMANAS , APP , DESPIERTA ORIENTADA TOLERANDO OXIGENO AL MEDIO AMBIENTE SIND ISNEA , SIN LINEA VENOSA , MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS , DOLOR BAJITO , SALIDA DE FLUJO CAFE PRO VAGINA , PIEL SANA , NIEGA ALERGIAS , SE UBICA EN CAMA BAJO BARANDAS EN ALTO SE EDUCA SOBRE DERECHOS DEBERES MANILLA TABLOERO NO MANIPULACION DE EQUIPOS	
FECHA - HORA 26/11/2018 02:21	VASQUEZ FAJARDO KATHERINE - CC 1114062041 AUXILIAR DE ENFERMERIA - R.M. 76-7439
SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE GINECOLOGIA EN SILLA DE RUEDAS EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA CONSCIENTE Y ORIENTADA TOLERANDO OXIGENO AL MEDIO AMBIENTE CON UN DIAGNOSTICO MEDICO DE G3P2 EMBARAZO GEMELAR DE 28 SEMANAS, SIN ACCESO VENOSO, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS. REIFERE DOLOR BAJITO Y SALIDA DE FLUJO CAFE POR VAGINA, SE UBICA EN CAMA BAJO BARANDAS DE PROTECCION PERSONAL, PENDIENTE TOMA DE COGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL DE AMBOS FETOS + CERVICOMETRIA.	
FECHA - HORA 26/11/2018 02:25	RUBIO CAMPOS EDMY CAROLINA - CC 20906031 JEFE DE ENFERMERIA - R.M. 76-3335
POR ORDEN MEDICA, CON CONSENTIMIENTO Y EXPLICACION DE PROCEDIMIENTO A LA PACIENTE, PREVIO LAVADO DE MANOS Y CON EQUIPO DE BIOSEGURIDAD SE TOMA MUESTRA PARA FROTIS DE FLUJO VAGINAL, SE OBSERVA FLUJO ABUNDANTE, BLANCO, NO FÉTIDO, SE TOMA MUESTRA Y SE EXTIENDE EN LAMINAS, SE ENVÍAN AL LABORATORIO PREVIAMENTE ROTULADAS, PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO, NO PRESENTA SANGRADO NI COMPLICACION.	
FECHA - HORA 26/11/2018 04:00	DIAZ CORREA JENNY DARLENY - CC 29285407 AUXILIAR DE ENFERMERIA - R.M. 76-1178
CON PREVIO LAVADO DE MANOS SE PROCEDE A TOMA DE SIGNOS VITALES, LOS CUALES SE ENCUENTRAN DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, SE ESCUCHAN FETOCARDIAS POSITIVAS, QUEDAN REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLINICA.	
FECHA - HORA 26/11/2018 04:00	SERRATO ARROYAVE ANGELICA MARIA - CC 1115074729 AUXILIAR DE ENFERMERIA - R.M. 1115074729
CONTINUA PACIENTE EN SALA DE GINECOLOGIA EN CAMA BAJO BARANDAS DE PROTECCION PERSONAL CONSCIENTE ALERTA EN SUS TRES ESFERAS MENTALES, TOLERANDO OXIGENO AL MEDIO AMBIENTE SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, DUERME INEVALOS CORTOS RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO MEDICO ORDENADO SIN COMPLICACION. AL INTERROGATORIO REFIERE MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, HASTA EL MOMENTO PASA EN SU UNIDAD SIN CAMBIOS DESFAVORABLES.	
FECHA - HORA 26/11/2018 06:13	SERRATO ARROYAVE ANGELICA MARIA - CC 1115074729 AUXILIAR DE ENFERMERIA - R.M. 1115074729
QUEDA PACIENTE DE SEXO FEMENINO EN LA UNIDAD , EN CAMA BAJO BARANDAS DE PROTECCION PERSONAL EN ALTO CONCIENTE ALERTA ORIENTADA TOLERANDO OXIGENO AL MEDIO AMBIENTE SIN DISNEA , SIN LINEA VENOSA POR ORDEN MEDICA , CON MANILAL DE IDNETIFICACION ROTULADA , REFIERE MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS , DOLRO BAJITO OCASIONA , SALIDA DE FLUJO CAFE POR VAGINA , PIEL SANA NIEGA ALERGIAS , TIENE ALTO RIESGO DE CAIDA Y BAJO DE SUFRIR UPP .PENDIENTE TOMA DE ECOGRAFIA TRAS ABODMINAL	
FECHA - HORA 26/11/2018 07:46	MENA MORENO NICOLASA - CC 54256383 AUXILIAR DE ENFERMERIA - R.M. 54256383
PACIENTE CON UTERO GRAVIDO DE SEMANAS GEMELAR RECIBIDA EN LA UNIDAD ALERTA, MANIFIESTA DOLOR DE CABEZA, MOVIMIENTOS FETALES Y SALIDA DE FLUJO BLANCO POR LA VAGINA .NO HA PRESENTADO CONTRACCIONES UTERINAS .PENDIENTE TOMAR ECO OBSTETRICA.	
FECHA - HORA 26/11/2018 07:50	RUBIO CAMPOS EDMY CAROLINA - CC 20906031 JEFE DE ENFERMERIA - R.M. 76-3335
DOS CUPO UCI RESERVADO LISA LOPEZ	
FECHA - HORA 26/11/2018 09:26	MENA MORENO NICOLASA - CC 54256383 AUXILIAR DE ENFERMERIA - R.M. 54256383
PACIENTE TOLERA LOS ALIMENTOS OFRECIDOS ,FUE VALORADA POR GINECOLOGO EN TURNO .CONTINUA MANIFESTANDO MOVIMIENTOS FETALES .	
FECHA - HORA 26/11/2018 11:59	MENA MORENO NICOLASA - CC 54256383 AUXILIAR DE ENFERMERIA - R.M. 54256383
PACIENTE EN EL TRASCURSO DE LA MAÑANA EN LA UNIDAD ALERTA GUARDANDO REPOSO EN CAMA ,TOLERA LOS ALIMENTOS	

OFRECIDOS, NO HA PRESENTADO CONTRACCIONES UTERINAS NI PERDIDAS POR LA VAGINA, ELIMINA ORINA NO HA REALIZADO DEPOSICION MANIFIESTA MOVIMIENTOS FETALES Y EQUE YA LE CALMO EL DOLOR DE CABEZA.	
FECHA - HORA 26/11/2018 16:32	LASPRILLA GIRALDO MARIA DE - CC 1116252140 ENFERMERIA MATERNO-PERINATAL - R.M. 1116252140
SE REALIZA LLAMADO A REFERENCIA PARA RECIBIR INFORMACION DE LA RMISION REFIERE QUE EN EL MOMENTO NO HAY DISPONIBILIDAD DE AMBULANCIA PENDIENTE	
FECHA - HORA 26/11/2018 17:01	MENA MORENO NICOLASA - CC 54256383 AUXILIAR DE ENFERMERIA - R.M. 54256383
PACIENTE A QUIEN POR ORDEN MEDICA SE LE CANALIZA VENA EN ANTEBRAZO DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CON YELCO # 18 AL PRIMER INTENTO PACIENTE TOLERA EL PROCEDIMIENTO SE LE INSTALAN LIQUIDOS VENOSOS. PACIENTE EN ESPERA DE TRAMITE DE REMISION.	
FECHA - HORA 26/11/2018 18:30	MENA MORENO NICOLASA - CC 54256383 AUXILIAR DE ENFERMERIA - R.M. 54256383
PACIENTE EN LA UNIDAD ALERTA ACOMPAÑADA DE FAMILIAR, LIQUIDOS VENOSOS FUNCIONANDO EN ANTEBRAZO DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PARA MANTENIMIENTO DE VENA, TOLERA LOS ALIMENTOS OFRECIDOS, ELIMINA ORINA NO HA REALIZADO DEPOSICION NI HA PRESENTADO PERDIDA POR LA VAGINA. MANIFIESTA MOVIMIENTO FETAL. PENDIENTE TRAMITE DE REMISION.	
FECHA - HORA 26/11/2018 19:00	RIVERA LONDONO YESENIA - CC 1115087603 AUXILIAR DE ENFERMERIA - R.M. 76-3202
RECIBO PACIENTE EN SALA DE GINECOLOGIA, EN CAMA, BAJO BARANDAS DE PROTECCION PERSONAL, EN POSICION SUPINA, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, DESPIERTA CONSCIENTE Y ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS MENTALES TIEMPO LUGAR Y PERSONA, CON DX DE EMBARAZO DE 28.2 SS, GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO FETO 1 VIVO FETO 2 MUERTO, CON LINEA VENOSA EN MUÑECA DE MANO IZQUIERDA PERMEABLE PASANDO SSN PARA 6 HORAS, REFIERE "MOVIMIENTO DE FETO 1 POSITIVO, NIEGA DOLOR EN HIPOGASTRIO, NIEGA PERDIDAS VAGINALES, SE ENCUENTRA TRISTE CON LLANTO FACIL" PENDIENTE RAMISION. SE EDUCA SOBRE DERECHOS Y DEBERES, MANILLA, TABLERO, NO MANIPULACION DE EQUIPOS, PACIENTE CON ALTO RIESGO DE CAIDA Y BAJO DE SUFRIR ULCERAS POR PRESION.	
FECHA - HORA 26/11/2018 23:27	BEDOYA SANCHEZ LINA MARCELA - CC 1112103348 ENFERMERIA MATERNO-PERINATAL - R.M. 1112103348
SE LLAMA REFERENCIA PARA PREGUNTAR SOBRE EL TRAMITE DE REMISION REFIERE CLAUDIA QUE DENTRO DE MEDIA HORA LLEGA OSEA A LAS 00+00 YA QUE TUVIERON UN INCONVENIENTE CON LA AMBULANCIA	
FECHA - HORA 27/11/2018 00:19	RIVERA LONDONO YESENIA - CC 1115087603 AUXILIAR DE ENFERMERIA - R.M. 76-3202
EGRESA PACIENTE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA, DESPIERTA CONSCIENTE Y ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS MENTALES TIEMPO LUGAR Y PERSONA, CON DX DE EMBARAZO DE 28.2 SS, GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO FETO 1 VIVO FETO 2 MUERTO, CON LINEA VENOSA EN MUÑECA DE MANO IZQUIERDA PERMEABLE PASANDO SSN PARA 6 HORAS, REFIERE "MOVIMIENTO DE FETO 1 POSITIVO, NIEGA DOLOR EN HIPOGASTRIO, NIEGA PERDIDAS VAGINALES, SE ENCUENTRA TRISTE CON LLANTO FACIL" EGRESA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR.	

VALORACION NEUROLOGICA

HORA	NIVEL DE CONCIENCIA	PUPILAS				FUERZA MUSCULAR				ESCALA DE GLASGOW Y RESPUESTA			CONVULSIONES
		TAMAÑO		REACCION		BRAZO		PIERNA		OCULAR	VERBAL	MOTORA	
		PD	PI	PD	PI	D	I	D	I				

MONITOREO RESPIRATORIO

FECHA		MODO										
SAO2/PI O2	FRT/IM V	PEEP/ VSP	I/E/T INS	VCI/VCE	VM/F ALTA	HERTZ/A MPLITUD	PIM/PP	PWA/RVA	CURVA/ FLUJO	DIST.D/ DIST.E	AUTOPEEP/ TPAUSA	PLATEAU/ SENSIB
LACTAT O/PARI	PH A/PH V	PAO2/ PVO2	PACO2/ PVO2	SAO2/SVO2	HCO3A/REO 2	BE/QS/QT	AH+ACO2	MURRAY/ CPIS	#TOT/#T QT	COMISURA/P.NEUMOT		
CAMBIO FA				CAMBIO SSC								
PROCEDIMIENTOS												

TERAPIAS

FECHA	PROCEDIMIENTO

TRANSICIONES		MARCHA		MASAJE		
CAMA-SILLA	SILLA-CAMA	CON AYUDA EXTERNA	SIN AYUDA EXTERNA	SEDATIVO	DEPLECTIVO	DRENAJE LINFATICO MANUAL
ESTIMULACION MULTISENSORIAL				DESCARGAS DE PESO		
VISUAL	AUDITIVA	TACTIL	OLFATIVA			
EJERCICIOS						
RESPIRATORIOS	CIRCULATORIOS	FORTALECIMIENTO MUSCULAR		COORDINACION	EQUILIBRIO	
TECNICA						
OBSERVACION						
EJERCICIOS EXTREMIDADES		M.S.I.	M.S.D.	M.L.I.	M.L.D.	TERAPEUTA
EXTREMIDADES						
EJERCICIOS ACTIVOS LIBRES						
EJERCICIOS ACTIVOS ASISTIDOS						
PASIVOS						

TERAPIAS RESPIRATORIAS INTEGRAL			
FECHA	PROCEDIMIENTO	SERVICIOS	
TERAPEUTA			
TECNICA			
OBSERVACION			

EVOLUCIÓN DE TARAPIAS

HORA - FECHA	TIPO EVOLUCION	NOMBRE TERAPEUTA

PACIENTE:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ29212
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	29478
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA ORDENADO:	26/11/2018 01:47		
FECHA REALIZACION:	26/11/2018 12:30		
FECHA INTERPRETACION:	26/11/2018 15:07		
EXAMEN:	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL		

DESCRIPCION : ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSAVGINAL PARA CERVICOMETRIA

HALLAZGOS : Edad Gestacional: 28.2 SEMANAS

TIPO DE EXAMEN

Mediante transductor convex transvaginal multifrecuencia se practicó cervicometría encontrando:

CERVICOMETRIA

Longitud Cervical Funcional: 43.1 mm

Orificio Cervical Interno: CERRADO

Longitud Cervical Total: 43.5 mm

DILATACION DE 3 MM DE CERVIX

CONCLUSIONES : 1. PRUEBA DE PRESION TRANSFUNDAL NEGATIVA.

Atentamente,



Para uso exclusivo en SDO Salud y DPV

DOMINGUEZ PLAZA SANTIAGO
Registro médico: 7681
Especialidad: GINECOLOGIA



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

Digitado Por: MAIRA ALEJANDRA FLOREZ MEJIA - 26/11/2018 02:25:22 p. m.

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

PACIENTE:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ29212
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	29478
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA ORDENADO:	26/11/2018 01:47		
FECHA REALIZACION:	26/11/2018 14:52		
FECHA INTERPRETACION:	26/11/2018 15:07		
EXAMEN:	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL		

DESCRIPCION : ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOINAL GEMELAR

HALLAZGOS : Edad Gestacional: 28.2 semanas

TIPO DE EXAMEN

Mediante transductor convex transabdominal multifrecuencia se practicó ultrasonido obstétrico encontrando:

EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO

Feto 1: vivo, en situación longitudinal, presentación cefalico dorso izquierdo al momento del examen. Movimientos fetales activos. Actividad cardiaca rítmica.

Feto 2: MUERTO Y ATRAPADO EN CARA ANTERIOR.

Frecuencia Cardiaca Feto 1: 137/min

Frecuencia Cardiaca Feto 2: 0/min

PLACENTA Y CORDON

Localizacion: ANTERIOR grado: I-II Espesor: 34.8 MM

Cordon Feto 1: 3 Vasos

LIQUIDO AMNIOTICO (Valoración Cualitativa)

Líquido Amniótico Feto 1: Normal LAGO: 11 POLIHIDRAMNIOS

BIOMETRIA FETO 1

DBP: 66.9 MM PARA 26.9 SEMANAS

Circunferencia abdominal: 240.8 MM PARA 28.4 SEMANAS

Femur: 55.0 MM PARA 29.0 SEMANAS

CC: 247.7 MM PARA 26.9 SEMANAS

Húmero: 49.1 MM PARA 28.8 SEMANAS

Peso Estimado Fetal: 1,220 +/- 98 gramos

Talla Estimada Fetal: 38.6 cm



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

EXAMEN FISICO

Cabeza: Ventriculos Laterales normales, Plexos Coroideos sin alteraciones, Talamos y Pedunculos Cerebrales Normales.

Cara: Orbitas normales, Cristalinos Visibles, Estructuras Medio Faciales normales, Labio Superior Integro.

Corazon: Corazon Situs Sollicitus, Corte de Cuatro Camaras normales.

Torax: Ecogenicidad Pulmonar normal, Reja Costal normal.

Abdomen: Camara Gastrica y Vejiga Visibles, Riñon Derecho y Riñon Izquierdo normales, Pared Abdominal Integra.

Extremidades: Movilidad y Tono normal, Columna Visible en toda su extension.

OBSERVACIONES FETO 1

PERFIL DE CRECIMIENTO NORMAL PARA 27.6 SEMANAS

OBSERVACIONES FETO 2

ATRAPADO EN CARA ANTERIOR

- CONCLUSIONES :**
1. EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO.
 2. FETO 1: VIVO, POLIHIDRAMNIOS.
 3. FETO 2: MUERTO Y ATRAPADO.

Atentamente,



Para uso exclusivo del SCS Salud y EPS

DOMINGUEZ PLAZA SANTIAGO
Registro médico: 7681
Especialidad: GINECOLOGIA

Digitado Por: MAIRA ALEJANDRA FLOREZ MEJIA - 26/11/2018 03:00:26 p. m.

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

PACIENTE:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ29212
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	29478
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA ORDENADO:	26/11/2018 01:47		
FECHA REALIZACION:	26/11/2018 12:30		
FECHA INTERPRETACION:	26/11/2018 15:07		
EXAMEN:	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL		

DESCRIPCION : ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL PARA CERVICOMETRIA

HALLAZGOS : Edad Gestacional: 28.2 SEMANAS

TIPO DE EXAMEN

Mediante transductor convex transvaginal multifrecuencia se practicó cervicometría encontrando:

CERVICOMETRIA

Longitud Cervical Funcional: 43.1 mm

Orificio Cervical Interno: CERRADO

Longitud Cervical Total: 43.5 mm

DILATACION DE 3 MM DE CERVIX

CONCLUSIONES : 1. PRUEBA DE PRESION TRANSFUNDAL NEGATIVA.

Atentamente,



Para uso exclusivo en SSO Salud y SSP

DOMINGUEZ PLAZA SANTIAGO
Registro médico: 7681
Especialidad: GINECOLOGIA



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

Digitado Por: MAIRA ALEJANDRA FLOREZ MEJIA - 26/11/2018 02:25:22 p. m.

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

PACIENTE:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ29212
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	29478
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA ORDENADO:	26/11/2018 01:47		
FECHA REALIZACION:	26/11/2018 14:52		
FECHA INTERPRETACION:	26/11/2018 15:07		
EXAMEN:	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL		

DESCRIPCION : ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL GEMELAR

HALLAZGOS : Edad Gestacional: 28.2 semanas

TIPO DE EXAMEN

Mediante transductor convex transabdominal multifrecuencia se practicó ultrasonido obstétrico encontrando:

EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO

Feto 1: vivo, en situación longitudinal, presentación cefálica dorso izquierdo al momento del examen. Movimientos fetales activos. Actividad cardíaca rítmica.

Feto 2: MUERTO Y ATRAPADO EN CARA ANTERIOR.

Frecuencia Cardíaca Feto 1: 137/min
Frecuencia Cardíaca Feto 2: 0/min

PLACENTA Y CORDON

Localización: ANTERIOR grado: I-II Espesor: 34.8 MM

Cordon Feto 1: 3 Vasos

LIQUIDO AMNIOTICO (Valoración Cualitativa)

Líquido Amniótico Feto 1: Normal LAGO: 11 POLIHIDRAMNIOS

BIOMETRIA FETO 1

DBP: 66.9 MM PARA 26.9 SEMANAS
Circunferencia abdominal: 240.8 MM PARA 28.4 SEMANAS
Femur: 55.0 MM PARA 29.0 SEMANAS
CC: 247.7 MM PARA 26.9 SEMANAS
Húmero: 49.1 MM PARA 28.8 SEMANAS

Peso Estimado Fetal: 1,220 +/- 98 gramos
Talla Estimada Fetal: 38.6 cm



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

EXAMEN FISICO

Cabeza: Ventriculos Laterales normales, Plexos Coroideos sin alteraciones, Talamos y Pedunculos Cerebrales Normales.

Cara: Orbitas normales, Cristalinos Visibles, Estructuras Medio Faciales normales, Labio Superior Integro.

Corazon: Corazon Situs Sollitus, Corte de Cuatro Camaras normales.

Torax: Ecogenicidad Pulmonar normal, Reja Costal normal.

Abdomen: Camara Gastrica y Vejiga Visibles, Riñon Derecho y Riñon Izquierdo normales, Pared Abdominal Integra.

Extremidades: Movilidad y Tono normal, Columna Visible en toda su extension.

OBSERVACIONES FETO 1

PERFIL DE CRECIMIENTO NORMAL PARA 27.6 SEMANAS

OBSERVACIONES FETO 2

ATRAPADO EN CARA ANTERIOR

CONCLUSIONES :

1. EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO.
2. FETO 1: VIVO, POLIHIDRAMNIOS.
3. FETO 2: MUERTO Y ATRAPADO.

Atentamente,

Para uso exclusivo de Salud y DP

DOMINGUEZ PLAZA SANTIAGO
Registro médico: 7681
Especialidad: GINECOLOGIA

Digitado Por: MAIRA ALEJANDRA FLOREZ MEJIA - 26/11/2018 03:00:26 p. m.

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

PACIENTE:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ29212
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	29478
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA ORDENADO:	26/11/2018 01:47		
FECHA REALIZACION:	26/11/2018 12:30		
FECHA INTERPRETACION:	26/11/2018 15:07		
EXAMEN:	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL		

DESCRIPCION : ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL PARA CERVICOMETRIA

HALLAZGOS : Edad Gestacional: 28.2 SEMANAS

TIPO DE EXAMEN

Mediante transductor convex transvaginal multifrecuencia se practicó cervicometria encontrando:

CERVICOMETRIA

Longitud Cervical Funcional: 43.1 mm

Orificio Cervical Interno: CERRADO

Longitud Cervical Total: 43.5 mm

DILATACION DE 3 MM DE CERVIX

CONCLUSIONES : 1. PRUEBA DE PRESION TRANSFUNDAL NEGATIVA.

Atentamente,

Para leer escríbalo en S.O. Salud y C.P.

DOMINGUEZ PLAZA SANTIAGO
Registro médico: 7681
Especialidad: GINECOLOGIA



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

Digitado Por: MAIRA ALEJANDRA FLOREZ MEJIA - 26/11/2018 02:25:22 p. m.

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

PACIENTE:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ29212
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	29478
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA ORDENADO:	26/11/2018 01:47		
FECHA REALIZACION:	26/11/2018 14:52		
FECHA INTERPRETACION:	26/11/2018 15:07		
EXAMEN:	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL		

DESCRIPCION : ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOINAL GEMELAR

HALLAZGOS : Edad Gestacional: 28.2 semanas

TIPO DE EXAMEN

Mediante transductor convex transabdominal multifrecuencia se practicó ultrasonido obstétrico encontrando:

EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO

Feto 1: vivo, en situación longitudinal, presentación cefalico dorso izquierdo al momento del examen. Movimientos fetales activos. Actividad cardiaca rítmica.

Feto 2: MUERTO Y ATRAPADO EN CARA ANTERIOR.

Frecuencia Cardiaca Feto 1: 137/min

Frecuencia Cardiaca Feto 2: 0/min

PLACENTA Y CORDON

Localizacion: ANTERIOR grado: I-II Espesor: 34.8 MM

Cordon Feto 1: 3 Vasos

LIQUIDO AMNIOTICO (Valoración Cualitativa)

Líquido Amniótico Feto 1: Normal LAGO: 11 POLIHIDRAMNIOS

BIOMETRIA FETO 1

DBP: 66.9 MM PARA 26.9 SEMANAS

Circunferencia abdominal: 240.8 MM PARA 28.4 SEMANAS

Femur: 55.0 MM PARA 29.0 SEMANAS

CC: 247.7 MM PARA 26.9 SEMANAS

Húmero: 49.1 MM PARA 28.8 SEMANAS

Peso Estimado Fetal: 1,220 +/- 98 gramos

Talla Estimada Fetal: 38.6 cm



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

EXAMEN FISICO

Cabeza: Ventriculos Laterales normales, Plexos Coroideos sin alteraciones, Talamos y Pedunculos Cerebrales Normales.

Cara: Orbitas normales, Cristalinis Visibles, Estructuras Medio Faciales normales, Labio Superior Integro.

Corazon: Corazon Situs Sollicitus, Corte de Cuatro Camaras normales.

Torax: Ecogenicidad Pulmonar normal, Reja Costal normal.

Abdomen: Camara Gastrica y Vejiga Visibles, Riñon Derecho y Riñon Izquierdo normales, Pared Abdominal Integra.

Extremidades: Movilidad y Tono normal, Columna Visible en toda su extension.

OBSERVACIONES FETO 1

PERFIL DE CRECIMIENTO NORMAL PARA 27.6 SEMANAS

OBSERVACIONES FETO 2

ATRAPADO EN CARA ANTERIOR

CONCLUSIONES :

1. EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO.
2. FETO 1: VIVO, POLIHIDRAMNIOS.
3. FETO 2: MUERTO Y ATRAPADO.

Atentamente,



Para ver resultados en SIO Salud y ERP

DOMINGUEZ PLAZA SANTIAGO
Registro médico: 7681
Especialidad: GINECOLOGIA

Digitado Por: MAIRA ALEJANDRA FLOREZ MEJIA - 26/11/2018 03:00:26 p. m.

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

PACIENTE:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ29212
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	29478
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA ORDENADO:	26/11/2018 01:47		
FECHA REALIZACION:	26/11/2018 12:30		
FECHA INTERPRETACION:	26/11/2018 15:07		
EXAMEN:	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL		

DESCRIPCION : ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL PARA CERVICOMETRIA

HALLAZGOS : Edad Gestacional: 28.2 SEMANAS

TIPO DE EXAMEN

Mediante transductor convex transvaginal multifrecuencia se practicó cervicometria encontrando:

CERVICOMETRIA

Longitud Cervical Funcional: 43.1 mm

Orificio Cervical Interno: CERRADO

Longitud Cervical Total: 43.5 mm

DILATACION DE 3 MM DE CERVIX

CONCLUSIONES : 1. PRUEBA DE PRESION TRANSFUNDAL NEGATIVA.

Atentamente,

Para todo el personal de CCO Salud y DPP

DOMINGUEZ PLAZA SANTIAGO
Registro médico: 7681
Especialidad: GINECOLOGIA



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

Digitado Por: MAIRA ALÉJANDRA FLÓREZ MEJIA - 26/11/2018 02:25:22 p. m.

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA

NIT 891.380.054-1

PACIENTE:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ29212
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	29478
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA ORDENADO:	26/11/2018 01:47		
FECHA REALIZACION:	26/11/2018 14:52		
FECHA INTERPRETACION:	26/11/2018 15:07		
EXAMEN:	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL		

DESCRIPCION : ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL GEMELAR

HALLAZGOS : Edad Gestacional: 28,2 semanas

TIPO DE EXAMEN

Mediante transductor convex transabdominal multifrecuencia se practicó ultrasonido obstétrico encontrando:

EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO

Feto 1: vivo, en situación longitudinal, presentación cefalico dorso izquierdo al momento del examen. Movimientos fetales activos. Actividad cardiaca rítmica.

Feto 2: MUERTO Y ATRAPADO EN CARA ANTERIOR.

Frecuencia Cardiaca Feto 1: 137/min

Frecuencia Cardiaca Feto 2: 0/min

PLACENTA Y CORDON

Localizacion: ANTERIOR grado: I-II Espesor: 34.8 MM

Cordon Feto 1: 3 Vasos

LIQUIDO AMNIOTICO (Valoración Cualitativa)

Líquido Amniótico Feto 1: Normal LAGO: 11 POLIHIDRAMNIOS

BIOMETRIA FETO 1

DBP: 66.9 MM PARA 26.9 SEMANAS

Circunferencia abdominal: 240.8 MM PARA 28.4 SEMANAS

Femur: 55.0 MM PARA 29.0 SEMANAS

CC: 247.7 MM PARA 26.9 SEMANAS

Húmero: 49.1 MM PARA 28.8 SEMANAS

Peso Estimado Fetal: 1,220 +/- 98 gramos

Talla Estimada Fetal: 38.6 cm



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

EXAMEN FISICO

Cabeza: Ventriculos Laterales normales, Plexos Coroideos sin alteraciones, Talamos y Pedunculos Cerebrales Normales.

Cara: Orbitas normales, Cristalinos Visibles, Estructuras Medio Faciales normales, Labio Superior Integro.

Corazon: Corazon Situs Sollitus, Corte de Cuatro Camaras normales.

Torax: Ecogenicidad Pulmonar normal, Reja Costal normal.

Abdomen: Camara Gastrica y Vejiga Visibles, Riñon Derecho y Riñon Izquierdo normales, Pared Abdominal Integra.

Extremidades: Movilidad y Tono normal, Columna Visible en toda su extension.

OBSERVACIONES FETO 1

PERFIL DE CRECIMIENTO NORMAL PARA 27.6 SEMANAS

OBSERVACIONES FETO 2

ATRAPADO EN CARA ANTERIOR

- CONCLUSIONES :**
1. EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO.
 2. FETO 1: VIVO, POLIHIDRAMNIOS.
 3. FETO 2: MUERTO Y ATRAPADO.

Atentamente,

Para Verificar sus Datos en el SJS Salud y EPS

DOMINGUEZ PLAZA SANTIAGO
Registro médico: 7681
Especialidad: GINECOLOGIA

Digitado Por: MAIRA ALEJANDRA FLOREZ MÉJIA - 26/11/2018 03:00:26 p. m.

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

PACIENTE:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ29212
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	29478
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA ORDENADO:	26/11/2018 01:47		
FECHA REALIZACION:	26/11/2018 14:52		
FECHA INTERPRETACION:	26/11/2018 15:07		
EXAMEN:	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL		

DESCRIPCION : ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOINAL GEMELAR

HALLAZGOS : Edad Gestacional: 28.2 semanas

TIPO DE EXAMEN

Mediante transductor convex transabdominal multifrecuencia se practicó ultrasonido obstétrico encontrando:

EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO

Feto 1: vivo, en situación longitudinal, presentación cefalico dorso izquierdo al momento del examen. Movimientos fetales activos. Actividad cardíaca rítmica.

Feto 2: MUERTO Y ATRAPADO EN CARA ANTERIOR.

Frecuencia Cardíaca Feto 1: 137/min

Frecuencia Cardíaca Feto 2: 0/min

PLACENTA Y CORDON

Localizacion: ANTERIOR grado: I-II Espesor: 34.8 MM

Cordon Feto 1: 3 Vasos

LIQUIDO AMNIOTICO (Valoración Cualitativa)

Líquido Amniótico Feto 1: Normal LAGO: 11 POLIHIDRAMNIOS

BIOMETRIA FETO 1

DBP: 66.9 MM PARA 26.9 SEMANAS

Circunferencia abdominal: 240.8 MM PARA 28.4 SEMANAS

Femur: 55.0 MM PARA 29.0 SEMANAS

CC: 247.7 MM PARA 26.9 SEMANAS

Húmero: 49.1 MM PARA 28.8 SEMANAS

Peso Estimado Fetal: 1,220 +/- 98 gramos

Talla Estimada Fetal: 38.6 cm



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

EXAMEN FISICO

Cabeza: Ventriculos Laterales normales, Plexos Coroideos sin alteraciones, Talamos y Pedunculos Cerebrales Normales.

Cara: Orbitas normales, Cristalinos Visibles, Estructuras Medio Faciales normales, Labio Superior Integro.

Corazon: Corazon Situs Sollicitus, Corte de Cuatro Camaras normales.

Torax: Ecogenicidad Pulmonar normal, Reja Costal normal.

Abdomen: Camara Gastrica y Vejiga Visibles, Riñon Derecho y Riñon Izquierdo normales, Pared Abdominal Integra.

Extremidades: Movilidad y Tono normal, Columna Visible en toda su extension.

OBSERVACIONES FETO 1

PERFIL DE CRECIMIENTO NORMAL PARA 27.6 SEMANAS

OBSERVACIONES FETO 2

ATRAPADO EN CARA ANTERIOR

CONCLUSIONES :

1. EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO.
2. FETO 1: VIVO, POLIHIDRAMNIOS.
3. FETO 2: MUERTO Y ATRAPADO.

Atentamente,



Para uso exclusivo en SED Salud y EPS

DOMINGUEZ PLAZA SANTIAGO
Registro médico: 7681
Especialidad: GINECOLOGIA

Digitado Por: MAIRA ALEJANDRA FLOREZ MEJIA - 26/11/2018 03:00:26 p. m.

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

PACIENTE:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ29212
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	29478
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA ORDENADO:	26/11/2018 01:47		
FECHA REALIZACION:	26/11/2018 12:30		
FECHA INTERPRETACION:	26/11/2018 15:07		
EXAMEN:	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL		

DESCRIPCION : ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL PARA CERVICOMETRIA

HALLAZGOS : Edad Gestacional: 28.2 SEMANAS

TIPO DE EXAMEN

Mediante transductor convex transvaginal multifrecuencia se practicó cervicometria encontrando:

CERVICOMETRIA

Longitud Cervical Funcional: 43.1 mm

Orificio Cervical Interno: CERRADO

Longitud Cervical Total: 43.5 mm

DILATACION DE 3 MM DE CERVIX

CONCLUSIONES : 1. PRUEBA DE PRESION TRANSFUNDAL NEGATIVA.

Atentamente,

Para Uso exclusivo en QD Salud y EPS

DOMINGUEZ PLAZA SANTIAGO
Registro médico: 7681
Especialidad: GINECOLOGIA



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

Digitado Por: MAJRA ALEJANDRA FLOREZ MEJIA - 26/11/2018 02:25:22 p. m.

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

PACIENTE:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ29212
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	29478
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA ORDENADO:	26/11/2018 01:47		
FECHA REALIZACION:	26/11/2018 14:52		
FECHA INTERPRETACION:	26/11/2018 15:07		
EXAMEN:	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL		

DESCRIPCION : ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL GEMELAR

HALLAZGOS : Edad Gestacional: 28.2 semanas

TIPO DE EXAMEN

Mediante transductor convex transabdominal multifrecuencia se practicó ultrasonido obstétrico encontrando:

EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO

Feto 1: vivo, en situación longitudinal, presentación cefalico dorso izquierdo al momento del examen. Movimientos fetales activos. Actividad cardiaca rítmica.

Feto 2: MUERTO Y ATRAPADO EN CARA ANTERIOR.

Frecuencia Cardiaca Feto 1: 137/min

Frecuencia Cardiaca Feto 2: 0/min

PLACENTA Y CORDON

Localizacion: ANTERIOR grado: I-II Espesor: 34.8 MM

Cordon Feto 1: 3 Vasos

LIQUIDO AMNIOTICO (Valoración Cualitativa)

Líquido Amniótico Feto 1: Normal LAGO: 11 POLIHIDRAMNIOS

BIOMETRIA FETO 1

DBP: 66.9 MM PARA 26.9 SEMANAS

Circunferencia abdominal: 240.8 MM PARA 28.4 SEMANAS

Femur: 55.0 MM PARA 29.0 SEMANAS

CC: 247.7 MM PARA 26.9 SEMANAS

Húmero: 49.1 MM PARA 28.8 SEMANAS

Peso Estimado Fetal: 1,220 +/- 98 gramos

Talla Estimada Fetal: 38.6 cm



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

EXAMEN FISICO

Cabeza: Ventriculos Laterales normales, Plexos Coroideos sin alteraciones, Talamos y Pedunculos Cerebrales Normales:

Cara: Orbitas normales, Cristalinos Visibles, Estructuras Medio Faciales normales, Labio Superior Integro.

Corazon: Corazon Situs Sollicitus, Corte de Cuatro Camaras normales.

Torax: Ecogenicidad Pulmonar normal, Reja Costal normal.

Abdomen: Camara Gastrica y Vejiga Visibles, Riñon Derecho y Riñon Izquierdo normales, Pared Abdominal Integra.

Extremidades: Movilidad y Tono normal, Columna Visible en toda su extension.

OBSERVACIONES FETO 1

PERFIL DE CRECIMIENTO NORMAL PARA 27.6 SEMANAS

OBSERVACIONES FETO 2

ATRAPADO EN CARA ANTERIOR

CONCLUSIONES :

1. EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO.
2. FETO 1: VIVO, POLIHIDRAMNIOS.
3. FETO 2: MUERTO Y ATRAPADO.

Atentamente,

Para Uso exclusivo en CIO Salud y SSP

DOMINGUEZ PLAZA SANTIAGO
Registro médico: 7681
Especialidad: GINECOLOGIA

Digitado Por: MAIRA ALEJANDRA FLOREZ MEJIA - 26/11/2018 03:00:26 p. m.

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"



ANEXO TECNICO No. 9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha:	26/11/2018	Hora:	15:16
--------	------------	-------	-------

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre	FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA			Nit	Nit 891380054-1
Código	761110349501	Dirección prestador:			
Teléfono	236 1000 - 317 580 9671		BUGA		
	Indicativo	Número	Departamento / Municipio:	BUGA	

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH				
Tipo y Número de Identificación	Fecha de Nacimiento	Dirección de Residencia Habitual			
CC1144041082	30/11/1990	CARRERA 18 #11-02			
Departamento / Municipio:	CERRITO (EL)	Telefono	3173847947		
Entidad Responsable De Pago	EMSSANAR - SUBSIDIADO			Codigo	ESS118Y

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre del acudiente:	MANUEL JOSE CHAVERRA MUÑOZ				
Tipo y Número de Identificación	Dirección de Residencia Habitual				
CC16865782	CARRERA 18-11-02				
Departamento	Municipio				
Valle	CERRITO (EL)				

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre del profesional:	LLANOS ARCINIEGAS CARLOS ALFREDO				
SERVICIO AL CUAL SE SOLICITA LA REFERENCIA	Telefono				
HOSPITALIZADO	236 1000 - 317 580 9671				
SERVICIO PARA EL CUAL SOLICITA LA REFERENCIA	Celular				
PERINATOLOGIA					

INFORMACION CLINICA RELEVANTE

G3P2 EMBARAZO DE 28 SEMANAS GEMELAR, SALIDA DE FLUJO CAFE Y DOLOR BAJTIO PACIENTE DE 27 AÑOS, G3P2V2, CON EMBARAZO DE 28.2 SS POR ECOGRAFIA DEL 28/06/18 PARA 6.5 SS, CONSULTA EL DIA DE HOY POR CUADRO CLINICO DE 5 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN SALIDA DE TAPON MUCOSO, ASOCIADO A ESTO CEFALEA TEMPORAL, UN EPISODIO EMETICO Y DOLOR EN HIPOGASTRIO, SIN IRRADIACION, REFIERE PERCIBIR MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA PREMONITORIOS, NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS.

PACIENTE REFIERE HABER RECIBIDO DOSIS DE MADURACION PULMONAR 23 Y 24 DE NOVIEMBRE.

NOTA MEDICA
DIAGNOSTICOS:

1. G3P2V2. GS O RH (+).
2. EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO DE 28.2 SS POR ECOGRAFIA DEL 28/06/18 PARA 6.5 SS.
3. APP

PACIENTE G3P2V2. GS O RH (+). CON EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO DE 28.2 SS POR ECOGRAFIA DEL 28/06/18 PARA 6.5 SS CON EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO. HOSPITALIZADA POR DIAGNOSTICO DE APP EN MANEJO CON UTEROINHIBICION CON NIFEDIPINO TAB 10 MG CADA 6 HORAS. LLEGA REPORTE DE ECOGRAFIA OBSTETRICA QUE REPORTA: FETO 1: VIVO CEFALICO, DI, PLACENTA ANTERIOR, GRADO II ILA NORMAL. PEF: 1220 GR, EG: 27.6 SS. POLIHIDRAMNIOS. FETO 2: MUERTO Y ATRAPADO EN CARA ANTERIOR. CERVICOEMTRIA: 43.1 MM OCI CERRADO. PRUEBA TRANSFUNDAL NEGATIVO. RECIBIO DOSIS DE MADURACION PULMONAR 23 Y 24 DE NOVIEMBRE. SE CONSIDERA PACIENTE DEBE SER REMITIDA COMO URGENCIA VITAL PARA MANEJO INMEDIATO POR PERINATOLOGIA. SE EXPLICAN RIESGOS A LA MADRE.



Para Uso exclusivo en SIO Salud y DIP

DR. LLANOS ARCINIEGAS CARLOS ALFREDO

16261478

GINECOLOGÍA

16261478



ANEXO TECNICO No. 9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 27/11/2018 Hora: 05:47

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre	FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA			Nit	Nit 891380054-1
Código	761110349501	Dirección prestador:			
Teléfono		236 1000 - 317	BUGA		
	Indicativo	Número	Departamento / Municipio:	BUGA	

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH				
Tipo y Número de Identificación	Fecha de Nacimiento	Dirección de Residencia Habitual			
CC1144041082	30/11/1990	CARRERA 18 #11-02			
Departamento / Municipio:	CERRITO (EL)	Telefono		3173847947	
Entidad Responsable De Pago	EMSSANAR - SUBSIDIADO			Codigo	ESS118Y

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre del acudiente:	MANUEL JOSE CHAVERRA MUÑOZ				
Tipo y Número de Identificación	Dirección de Residencia Habitual				
CC16865782	CARRERA 18-11-02				
Departamento	Municipio				
Valle	CERRITO (EL)				

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre del profesional:	GARCIA ANDRADE GREYSY DAYANA				
SERVICIO AL CUAL SE SOLICITA LA REFERENCIA	Telefono				
HOSPITALIZADO	236 1000 - 317 580 9671				
SERVICIO PARA EL CUAL SOLICITA LA REFERENCIA	Celular				
PERINATOLOGIA					

INFORMACION CLINICA RELEVANTE

G3P2 EMBARAZO DE 28 SEMANAS GEMELAR, SALIDA DE FLUJO CAFE Y DOLOR BAJTIO PACIENTE DE 27 AÑOS, G3P2V2, CON EMBARAZO DE 28.2 SS POR ECOGRAFIA DEL 28/06/18 PARA 6.5 SS, CONSULTA EL DIA DE HOY POR CUADRO CLINICO DE 5 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN SALIDA DE TAPON MUCOSO, ASOCIADO A ESTO CEFALEA TEMPORAL, UN EPISODIO EMETICO Y DOLOR EN HIPOGASTRIO, SIN IRRADIACION, REFIERE PERCIBIR MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA PREMONITORIOS, NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS.

PACIENTE REFIERE HABER RECIBIDO DOSIS DE MADURACION PULMONAR 23 Y 24 DE NOVIEMBRE.

EVOLUCIÓN SUBJETIVO - OBJETIVO:

NOTA MEDICA

DIAGNOSTICOS:

1. G3P2V2. GS O RH (+).

2. EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO DE 28.2 SS POR ECOGRAFIA DEL 28/06/18 PARA 6.5 SS.

3. APP

PACIENTE G3P2V2. GS O RH (+). CON EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO DE 28.2 SS POR ECOGRAFIA DEL 28/06/18 PARA 6.5 SS CON EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO. HOSPITALIZADA POR DIAGNOSTICO DE APP EN MANEJO CON UTEROINHIBICION CON NIFEDIPINO TAB 10 MG CADA 6 HORAS. LLEGA REPORTE DE ECOGRAFIA OBSTETRICA QUE REPORTA: FETO 1: VIVO CEFALICO, DI, PLACENTA ANTERIOR, GRADO II ILA NORMAL: PEF: 1220 GR, EG: 27.6 SS. POLIHIDRAMNIOS. FETO 2: MUERTO Y ATRAPADO EN CARA ANTERIOR. CERVICOEMTRIA: 43.1 MM OCI CERRADO. PRUEBA TRANSFUNDAL NEGATIVO. RECIBIO DOSIS DE MADURACION PULMONAR 23 Y 24 DE NOVIEMBRE. SE CONSIDERA PACIENTE DEBE SER REMITIDA COMO URGENCIA VITAL PARA MANEJO INMEDIATO POR PERINATOLOGIA. SE EXPLICAN

RIESGOS A LA MADRE.

CONDUCTA PLAN Y ANÁLISIS:
REMISION COMO URGENCIA VITAL.

Greisy Garcia A.

Matrícula No. 1113652665 en el Registro de Médicos y EPS

DR. GARCIA ANDRADE GREYSY DAYANA

1113652665

MEDICINA GENERAL

1113652665



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA

NIT 891.380.054-1

PACIENTE:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ29212
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	29478
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA DEL ESTUDIO:	26/11/2018 04:07:00 a. m.		
EXAMEN:	HEMOGRAMA TIPO III-HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS INDICE		

LABORATORIO

RESULTADO: Resultado:

Analito -> 010-Leucocitos
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> $16.5 \times 10^3 / \mu\text{L}$

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 015-%Neutrófilos
Referencias (Min, Max) -> $3.7 \wedge 10.1 \wedge 39.3 \wedge 73.7$,
Resultado -> 75.0 %

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 020-%Linfocitos
Referencias (Min, Max) -> $18.0 \wedge 48.3$,
Resultado -> 18.0 %

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 025-%Monocitos
Referencias (Min, Max) -> $0 \wedge 10.0$,
Resultado -> 6.75 %

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 030-%Eosinófilos
Referencias (Min, Max) -> $0 \wedge 7$,
Resultado -> 0.060 %

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 035-%Basófilos
Referencias (Min, Max) -> $0 \wedge 1$,



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

Resultado -> 0.19 %

Técnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 045-#Neutrófilos
Referencias (Min, Max) -> 1.63⁻-⁺6.96 ,
Resultado -> 12.4 x10³ /uL

Técnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 050-#Linfocitos
Referencias (Min, Max) -> 1.09⁻-⁺2.99 ,
Resultado -> 2.97 x10³ /uL

Técnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 055-#Monocitos
Referencias (Min, Max) -> 0.3⁻-⁺0.9 ,
Resultado -> 1.11 x10³ /uL

Técnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 060-#Eosinófilos
Referencias (Min, Max) -> 0⁻-⁺0.5 ,
Resultado -> 0.01 x10³ /uL

Técnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 065-#Basófilos
Referencias (Min, Max) -> 0⁻-⁺0.2 ,
Resultado -> 0.03 x10³ /uL

Técnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 075-Eritrocitos
Referencias (Min, Max) -> 4.06⁻-⁺4.69 ,
Resultado -> 3.97 x10⁶ /uL

Técnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 085-Hemoglobina
Referencias (Min, Max) -> 11.7⁻-⁺18 ,
Resultado -> 12.3 g/dl

Técnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 095-Hematocrito



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

Referencias (Min, Max) -> 37.7[^]-[^]53.7 ,
Resultado -> 37.5 %

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 105-Volumen Corpuscular Medio (MCV)
Referencias (Min, Max) -> 79.0[^]-[^]101.0 ,
Resultado -> 94.5 fL

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 115-Hemoglobina Corpuscular Media (MCH)
Referencias (Min, Max) -> 26.0[^]-[^]35.0 ,
Resultado -> 31.1 pg

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 120-Concentración Media de Hemoglobina Corpuscular (MCHC)
Referencias (Min, Max) -> 31.0[^]-[^]37.0 ,
Resultado -> 32.9 g/dl

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 130-Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)
Referencias (Min, Max) -> 11.5[^]-[^]14.5 ,
Resultado -> 13.3 %

Tecni

Analito -> 140-Volumen Plaquetario Medio (MPV)
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> 8.99 fL

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Bacteriólogo:

RM:

Digitado Por: INTERFAZ WS

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"





FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

PACIENTE:	SOTÓ BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ29212
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	29478
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA DEL ESTUDIO:	26/11/2018 04:07:00 a. m.		
EXAMEN:	UROANALISIS -CITOQUIMICO DE ORINA- INCLUYE QUIMICA POR CUALQUIER		

LABORATORIO

RESULTADO: Resultado:

Analito -> 015-Color
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Amarillo

Tecnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 020-Aspecto
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Ligeramente Turbio

Tecnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 040-Densidad
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> 1.020

Tecnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 045-PH
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> 7.0

Tecnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 050-Proteinas
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Tecnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 055-Glucosa
Referencias (Min, Max) -> ,



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

Resultado -> Negativo

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 060-Cetonas
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 065-Bilirrubinas
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 070-Sangre
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 075-Nitritos
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 080-Urobilinogeno
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> 0.2 mg/dl

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 085-Leucocitos
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 095-Células Epiteliales
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Escasas

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 100-Células Altas



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Tecnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 105-Leucocitos
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> 2 - 5 xcampo

Tecnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 110-Eritrocitos Eumorfos
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Tecnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 115-Eritrocitos Dismorfos
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Tecnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 120-Bacterias
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Escasas

Tecnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 125-Mucus
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Tecnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 130-Cilindros Granulosos
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Tecnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 135-Cilindros Leucocitarios
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

T

Analito -> 216-Acúmulo de leucocitos



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Bacteriólogo:

RM:

Digitado Por: INTERFAZ WS

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

PACIENTE:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ29212
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	29478
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA DEL ESTUDIO:	26/11/2018 04:07:00 a. m.		
EXAMEN:	COLORACION DE GRAM		

LABORATORIO

RESULTADO: Resultado:

Analito -> 0015-Muestra:
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> ORINA

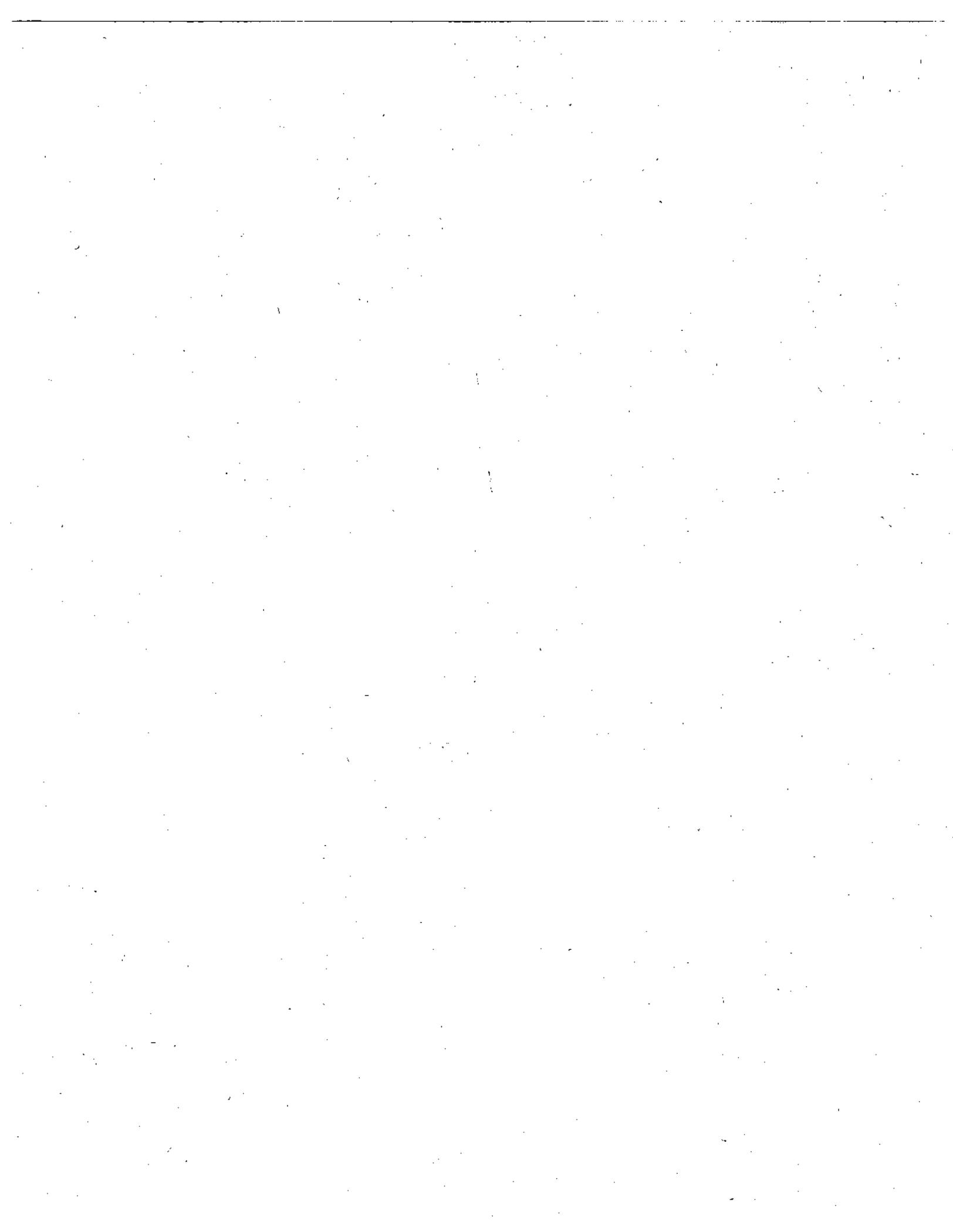
Técnica : Microscopía
Usuario : INTERFAZ

Bacteriólogo:

RM:

Digitado Por: INTERFAZ WS

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"





FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGÁ
NIT 891.380.054-1

PACIENTE:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ7522
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	10186
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ACEVEDO ANGELICA MARIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA DEL ESTUDIO:	19/10/2018 06:36:00 a. m.		
EXAMEN:	TRIYODOTIRONINA LIBRE -T3L-		

LABORATORIO

RESULTADO: Resultado:

Analito -> 005-T3 Libre
Referencias (Min, Max) -> 1.71[^]-[^]3.71[^] ,
Resultado -> 2.28 pg/ml

Tecnica :
Usuario : INTERFAZ

Bacteriólogo:

RM:

Digitado Por: INTERFAZ WS

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"





FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

PACIENTE:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ29212
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	29478
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA DEL ESTUDIO:	26/11/2018 04:07:00 a. m.		
EXAMEN:	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		

LABORATORIO

RESULTADO: Resultado:

Analito -> 005-Proteina C Reactiva Cualitativa
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> 1.16 mg/L

Tecnica : Inmunoturbidimétrica
Usuario : INTERFAZ

Bacteriólogo:

RM:

Digitado Por: INTERFAZ WS

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"





FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

PACIENTE:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ29212
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	29478
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA DEL ESTUDIO:	26/11/2018 04:07:00 a. m.		
EXAMEN:	HEMOGRAMA TIPO III-HEMOGLOBINA HEMATOCRITO ROJOS INDICE		

LABORATORIO

RESULTADO: Resultado:

Analito -> 010-Leucocitos
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> $16.5 \times 10^3 / \mu\text{L}$

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 015-%Neutrófilos
Referencias (Min, Max) -> $3.7\text{--}10.1\text{--}39.3\text{--}73.7$,
Resultado -> 75.0 %

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 020-%Linfocitos
Referencias (Min, Max) -> $18.0\text{--}48.3$,
Resultado -> 18.0 %

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 025-%Monocitos
Referencias (Min, Max) -> $0\text{--}10.0$,
Resultado -> 6.75 %

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 030-%Eosinófilos
Referencias (Min, Max) -> $0\text{--}7$,
Resultado -> 0.060 %

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 035-%Basófilos
Referencias (Min, Max) -> $0\text{--}1$,



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

Resultado -> 0.19 %

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 045-#Neutrófilos
Referencias (Min, Max) -> 1.63[^]-6.96 ,
Resultado -> 12.4 x10[^]3 /uL

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 050-#Linfocitos
Referencias (Min, Max) -> 1.09[^]-2.99 ,
Resultado -> 2.97 x10[^]3 /uL

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 055-#Monocitos
Referencias (Min, Max) -> 0.3[^]-0.9 ,
Resultado -> 1.11 x10[^]3 /uL

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 060-#Eosinófilos
Referencias (Min, Max) -> 0[^]-0.5 ,
Resultado -> 0.01 x10[^]3 /uL

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 065-#Basófilos
Referencias (Min, Max) -> 0[^]-0.2 ,
Resultado -> 0.03 x10[^]3 /uL

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 075-Eritrocitos
Referencias (Min, Max) -> 4.06[^]-4.69 ,
Resultado -> 3.97 x10[^]6 /uL

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 085-Hemoglobina
Referencias (Min, Max) -> 11.7[^]-18 ,
Resultado -> 12.3 g/dl

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 095-Hematocrito



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

Referencias (Min, Max) -> 37.7[^]-[^]53.7 ,
Resultado -> 37.5 %

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 105-Volumen Corpuscular Medio (MCV)
Referencias (Min, Max) -> 79.0[^]-[^]101.0 ,
Resultado -> 94.5 fL

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 115-Hemoglobina Corpuscular Media (MCH)
Referencias (Min, Max) -> 26.0[^]-[^]35.0 ,
Resultado -> 31.1 pg

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 120-Concentración Media de Hemoglobina Corpuscular (MCHC)
Referencias (Min, Max) -> 31.0[^]-[^]37.0 ,
Resultado -> 32.9 g/dl

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 130-Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)
Referencias (Min, Max) -> 11.5[^]-[^]14.5 ,
Resultado -> 13.3 %

Tecni

Analito -> 140-Volumen Plaquetario Medio (MPV)
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> 8.99 fL

Tecnica : MAPSS
Usuario : INTERFAZ

Bacteriólogo:

RM:

Digitado Por: INTERFAZ WS

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"





FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

PACIENTE:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ29212
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	29478
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA DEL ESTUDIO:	26/11/2018 04:07:00 a. m.		
EXAMEN:	UROANALISIS -CITOQUIMICO DE ORINA- INCLUYE QUIMICA POR CUALQUIER		

LABORATORIO

RESULTADO: Resultado;

Analito -> 015-Color
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Amarillo

Tecnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 020-Aspecto
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Ligeramente Turbio

Tecnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 040-Densidad
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> 1.020

Tecnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 045-PH
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> 7.0

Tecnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 050-Proteinas
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Tecnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 055-Glucosa
Referencias (Min, Max) -> ,



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

Resultado -> Negativo

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 060-Cetonas
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 065-Bilirrubinas
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 070-Sangre
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 075-Nitritos
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 080-Urobilinogeno
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> 0.2 mg/dl

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 085-Leucocitos
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 095-Células Epiteliales
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Escasas

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 100-Células Altas



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 105-Leucocitos
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> 2 - 5 xcampo

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 110-Eritrocitos Eumorfos
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 115-Eritrocitos Dismorfos
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 120-Bacterias -
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Escasas

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 125-Mucus
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 130-Cilindros Granulosos
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 135-Cilindros Leucocitarios
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

T

Analito -> 216-Acúmulo de leucocitos



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Tecnica :
Usuario : INTERFAZ

Bacteriólogo:

RM:

Digitado Por: INTERFAZ WS

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

PACIENTE:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ29212
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	29478
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA DEL ESTUDIO:	26/11/2018 04:07:00 a. m.		
EXAMEN:	COLORACION DE GRAM		

LABORATORIO

RESULTADO: Resultado:

Analito -> 0015-Muestra:
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> ORINA

Tecnica : Microscopía
Usuario : INTERFAZ

Bacteriólogo:

RM:

Digitado Por: INTERFAZ WS

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"





FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT: 891.380.054-1

PACIENTE:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ29212
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	29478
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ANDRADE RANGEL ANYELA PATRICIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA DEL ESTUDIO:	26/11/2018 04:07:00 a. m.		
EXAMEN:	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA - FROTIS		

LABORATORIO

RESULTADO: Resultado:

Analito -> 0015-Muestra:
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> FFV

Tecnica : Coloración de Gram Microscopía
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 0030-Trichomonas vaginalis
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Ausente

Tecnica : Coloración de Gram Microscopía
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 0035-Células Clave
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> Negativo

Tecnica : Coloración de Gram Microscopía
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 0055-COLORACION DE GRAM
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> LACTOBACILLOS ++

Tecnica : Coloración de Gram Microscopía
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 0060-
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> COCOS GRAM POSITIVOS ESCASOS

Tecnica : Coloración de Gram Microscopía
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 0080-Leucocitos Polimorfonucleares
Referencias (Min, Max) -> ,



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

Resultado -> 6-10

Técnica : Coloración de Gram Microscopía
Usuario : INTERFAZ

Analito -> 0090-Células epiteliales
Referencias (Min, Max) -> ,
Resultado -> ++

Técnica : Coloración de Gram Microscopía
Usuario : INTERFAZ

Bacteriólogo:

RM:

Digitado Por: INTERFAZ WS

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"



FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

PACIENTE:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ7522
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	10186
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ACEVEDO ANGELICA MARIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA DEL ESTUDIO:	19/10/2018 06:36:00 a. m.		
EXAMEN:	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES -TSH-ULTRASENSIBLE		

LABORATORIO

RESULTADO: Resultado:

Analito -> 005-TSH
Referencias (Min, Max) -> 0.350[^]-[^]4.940[^] ;
Resultado -> 0.611 uIU/mL

Técnica :
Usuario : INTERFAZ

Bacteriólogo:

RM:

Digitado Por: INTERFAZ WS

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"





FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA
NIT 891.380.054-1

PACIENTE:	SOTO BUSTAMENTE ERICA YULIETH	FACTURA:	FJ7522
IDENTIFICACION:	CC1144041082	ADMISION:	10186
EMPRESA:	EMSSANAR - SUBSIDIADO	EDAD:	33 Años
CIUDAD:	CERRITO (EL)	SEXO:	FEMENINO
MED. SOLICITANTE:	ACEVEDO ANGELICA MARIA	TELEFONO:	3173847947
FECHA DEL ESTUDIO:	19/10/2018 06:36:00 a. m.		
EXAMEN:	TIROXINA TOTAL -T4 TOTAL-		

LABORATORIO

RESULTADO: Resultado:

Analito -> 005-T4 Total
Referencias (Min, Max) -> 4.87[^]-[^]11.72[^],
Resultado -> 9.41 ug/dl

Tecnica :
Usuario : INTERFAZ

Bacteriólogo:

RM:

Digitado Por: INTERFAZ WS

"LA INTERPRETACION DE ESTE REPORTE CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL MEDICO"





UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL

ULTRASONIDO OBSTETRICO GEMELAR

IDENTIFICACION

FECHA: lunes, 26 de noviembre de 2018

NOMBRE: ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE

H.C: 1144041082

FUR:

Edad Gestacional: 28.2 semanas

TIPO DE EXAMEN

Mediante transductor convex transabdominal multifrecuencia se practicó ultrasonido obstétrico encontrando:
EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO

Feto 1: vivo, en situación longitudinal, presentación cefalica dorso izquierdo al momento del examen.
Movimientos fetales activos. Actividad cardiaca rítmica.

Feto 2: MUERTO Y ATRAPADO EN CARA ANTERIOR.

Frecuencia Cardiaca Feto 1: 137 /min

Frecuencia Cardiaca Feto 2: 0 /min

PLACENTA Y CORDON

Localización: ANTERIOR

Madurez: grado: I-II Espesor: 34.8

Cordon Feto 1: 3 Vasos Cordon Feto 2: 3 Vasos

LIQUIDO AMNIOTICO (Valoración Cualitativa)

Líquido Amniótico Feto 1: Normal

Líquido Amniótico Feto 2: Normal

	ROTULO DE PACIENTE	FOR/3203/006-15
NOMBRE: ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE	FECHA EMISIÓN: 25/02/2015	ACTUALIZACIÓN: 23/06/2016
CECULA: 1144041082	VERSIÓN: 001	
EDAD: 25 años		
ENTIDAD DE SALUD: EMS SAN JOSÉ		

26 → 11 semanas



UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL

CERVICOMETRIA

IDENTIFICACION

FECHA: lunes, 26 de noviembre de 2018

Nombre: ERICA YULIETH SOTO BUSTAMANTE

CC: 1144041082

FUR:

Edad Gestacional: 28.2 SEMANAS

TIPO DE EXAMEN

Mediante transductor convex transvaginal multifrecuencia se practicó cervicometria encontrando:

CERVICOMETRIA

Longitud Cervical Funcional: 43.1 mm

Orificio Cervical Interno: CERRADO

Longitud Cervical Total: 43.5 mm

Longitud Embudo: mm

Apertura Cervical: mm

Embudización: 0.0 %

DILATACION DE 3 MM DE CERVIX

DIAGNOSTICO

1. Prueba de presión transfundal negativa

Dr. Santiago Dominguez

Gicologo-obstetra-Ultrasonografia

BIOMETRIA FETO 1

(en mm)

		E.G. (semanas)			E.G. (semanas)
DBP	66.9	26.9	Circunferencia abdominal	240.8	28.4
DBPc	68.4	27.8	Femur	55.0	28.0
DOF	88.4	27.8	Tibia		Eval.
CC	247.7	28.9	Húmero	49.3	28.8
Cerebelo			Cúbito	46.8	29.8
LF/CA	22.8	Normal	Indice Cefálico	75.6	Normal
CC/CA	1.0	Normal	Peso Estimado Fetal	1,220 +/-	98 gramos
			Talla Estimada Fetal	38.6 cm	

EXAMEN FISICO

Cabeza: Ventriculos Laterales normales, Plexos Coroideos sin alteraciones, Talamos y Pedunculos Cerebrales Normales.

Cara: Orbitas normales, Cristalinos Visibles, Estructuras Medio Faciales normales, Labio Superior Integro.

Corazon: Corazon Situs Solitus, Corte de Cuatro Camaras, Tractos de Salida y Tres Vasos normales.

Torax: Ecogenicidad Pulmonar normal, Reja Costal normal.

Abdomen: Camara Gastrica y Vejiga Visibles, Riñon Derecho y Riñon Izquierdo normales, Pared Abdominal Integra.

Extremidades: Movilidad y Tono normal. Columna Visible en toda su extension.

OBSERVACIONES FETO 1

PERFIL DE CRECIMIENTO NORMAL PARA 27.6 SEMANAS

OBSERVACIONES FETO 2

ATRAPADO EN CARA ANTERIOR

CONCLUSIONES

1. EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIOTICO
2. FETO 1: VIVO , POLIHIDRAMNIOS
3. FETO 2: MUERTO Y ATRAPADO

Claudia B. Peñaranda O.
ENFOCOPETROLOGO P.B.
R.N. 1734-00

Santiago Domínguez Plaza

Dra. Claudia Bibiana Peñaranda
DR. Santiago Domínguez Plaza



DECLARACIÓN DE ALTA VOLUNTARIA

CODIGO: FOR/3203/012-14
FECHA EMISIÓN: 05/08/2014
ACTUALIZACIÓN: 05/08/2014
VERSIÓN : 001

En mi calidad de paciente de la Fundación Hospital San José, declaro voluntariamente que abandono este organismo de salud, contra las recomendaciones del personal médico y otro personal en salud, sobre la necesidad de permanecer en él, a costa de mi actual estado de salud, del cual tengo conocimiento.

Por lo anterior exonero de toda responsabilidad a la Fundación Hospital San José y a su personal médico, docente, asistencial y otro personal en salud, en caso que sobrevengan complicaciones a mi salida.

Dejo constancia firmado, la presente a los 14 días del mes de Septiembre de dos mil 2014

PACIENTE:

FIRMA X ERICA SOTO C.C. 114401109 DE Calí (Cv)

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE

PARA MENORES DE EDAD, PACIENTES EN ESTADO DE INCONSCIENCIA, ESTADO MENTAL ALTERADO Y POR DECISIÓN FAMILIAR

RESPONSABLE:

PARENTESCO: _____ NOMBRE: _____
FIRMA: _____ C.C.No. _____ DE _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ BARRIO _____

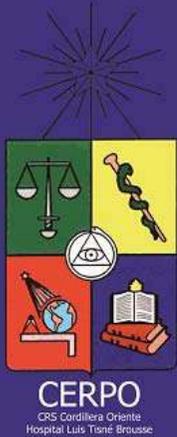
TESTIGO:

PARENTESCO: _____ NOMBRE: _____
FIRMA: _____ C.C.No. _____ DE _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ BARRIO _____

PARENTESCO: _____ NOMBRE: _____
FIRMA: _____ C.C.No. _____ DE _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ BARRIO _____

EMPLEADO F.H.S.J.B. [Signature] SERVICIO _____

[Signature]
Calle 9
R.M. 387/123
U. DE MANIZALES



Embarazo Gemelar Monocorial Biamniótico

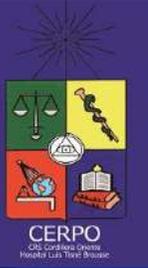
Dra. Andrea Lagos V.

Centro de Referencia Perinatal Oriente (CERPO) - CRS Cordillera Oriente

Departamento de Obstetricia y Ginecología

Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Mayo 2013



Embarazo Gemelar

- Epidemiología:

Incidencia 1/100 RN vivos.

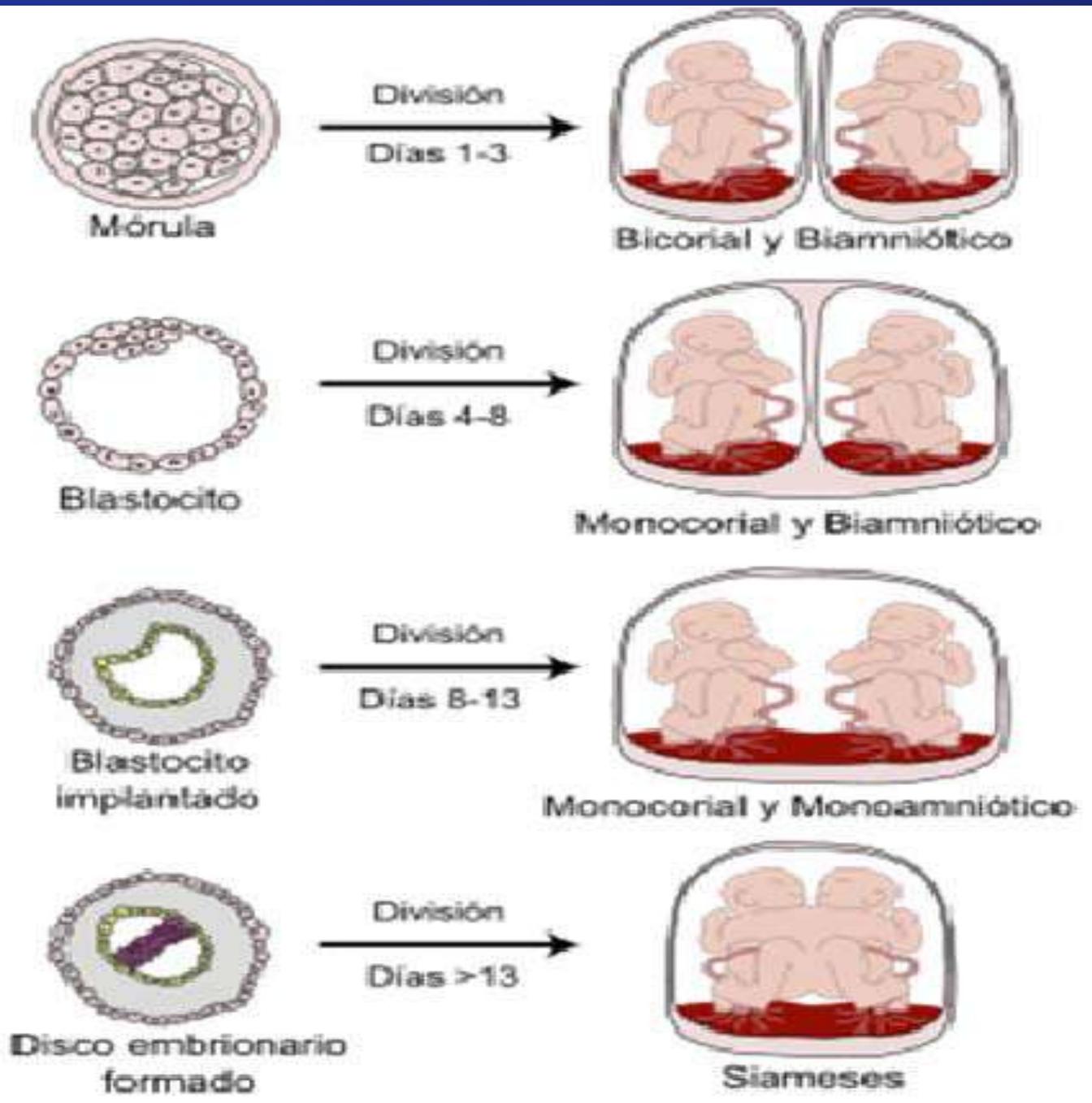
- Cigocidad:

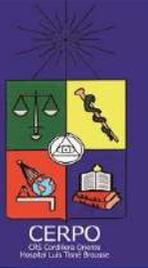
Monocigotos: 30%

1 óvulo + 1 espermio (genotipo idéntico)

Dicigotos: 70%

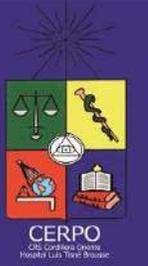
2 óvulos + 2 espermios





Monocorial Biamniótico

- **Corresponden al 68% de todos los embarazos gemelares monocoriales.**
- **División en estado de blastocito entre el 3° y 8° día post fecundación.**
- **Placenta única con dos bolsas amnióticas.**
- **Mortalidad 30%.**



Diagnóstico

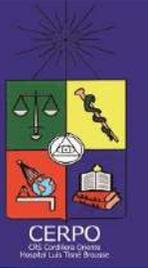
- Ecografía 11-14 semanas:

Nº de sacos gestacionales

Nº de fetos por saco

Nº de sacos vitelinos

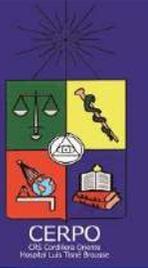




Embarazo Gemelar Monocorial

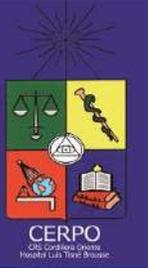
Situación hemodinámica compleja.

- Tasa de mortalidad 2.8% vs 1.6% en bicoriales.
- Riesgo de parto prematuro < 32 sem 9% vs 5,5% en bicoriales.
- Riesgo de RCIU 7,5% vs 1,7% en bicoriales.

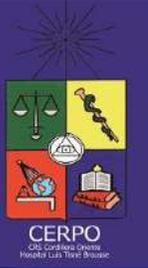


Complicaciones

- **Síndrome de Transfusión Feto Fetal**
 - **RCIU selectivo**
- **Secuencia Anemia - Policitemia**

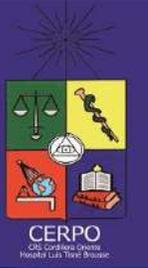


Síndrome de Transfusión Feto-Fetal



STFF

- **Complicación propia de los embarazos gemelares monocoriales.**
- **15% Monocoriales y en 1/400 embarazos.**
- **Más frecuente en los biamnióticos.**
- **Mortalidad >80% sin tratamiento.**
- **30-40% de los SV tiene secuelas.**



Fisiopatología del STFF

- **Dos fetos irrigados por un solo lecho placentario.**
- **Anastomosis profundas arterio–venosas.**
- **Flujo unidireccional: desequilibrio HDN**
- **Gemelo Donante vs Gemelo Receptor**

Anastomosis A-V

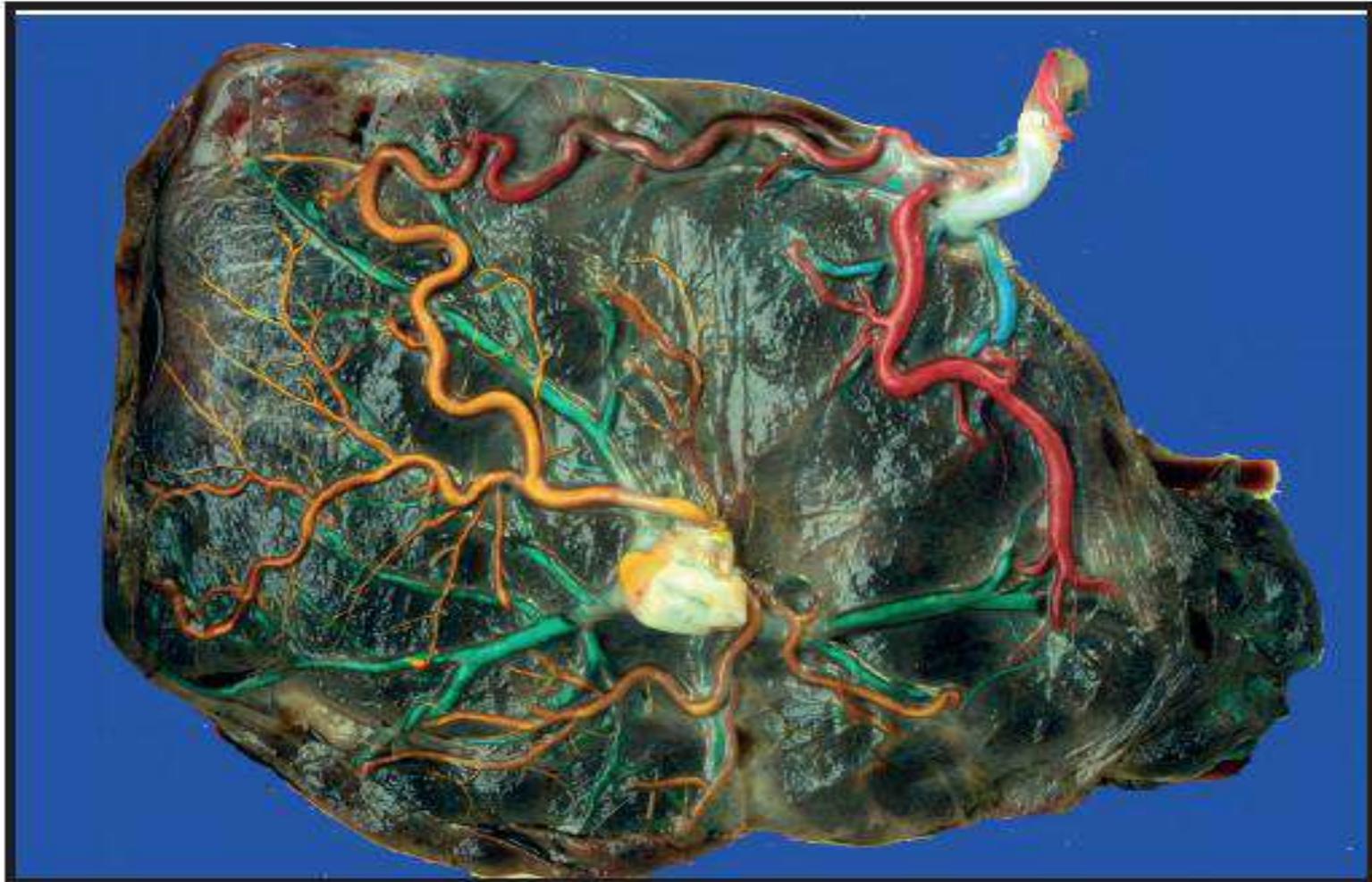


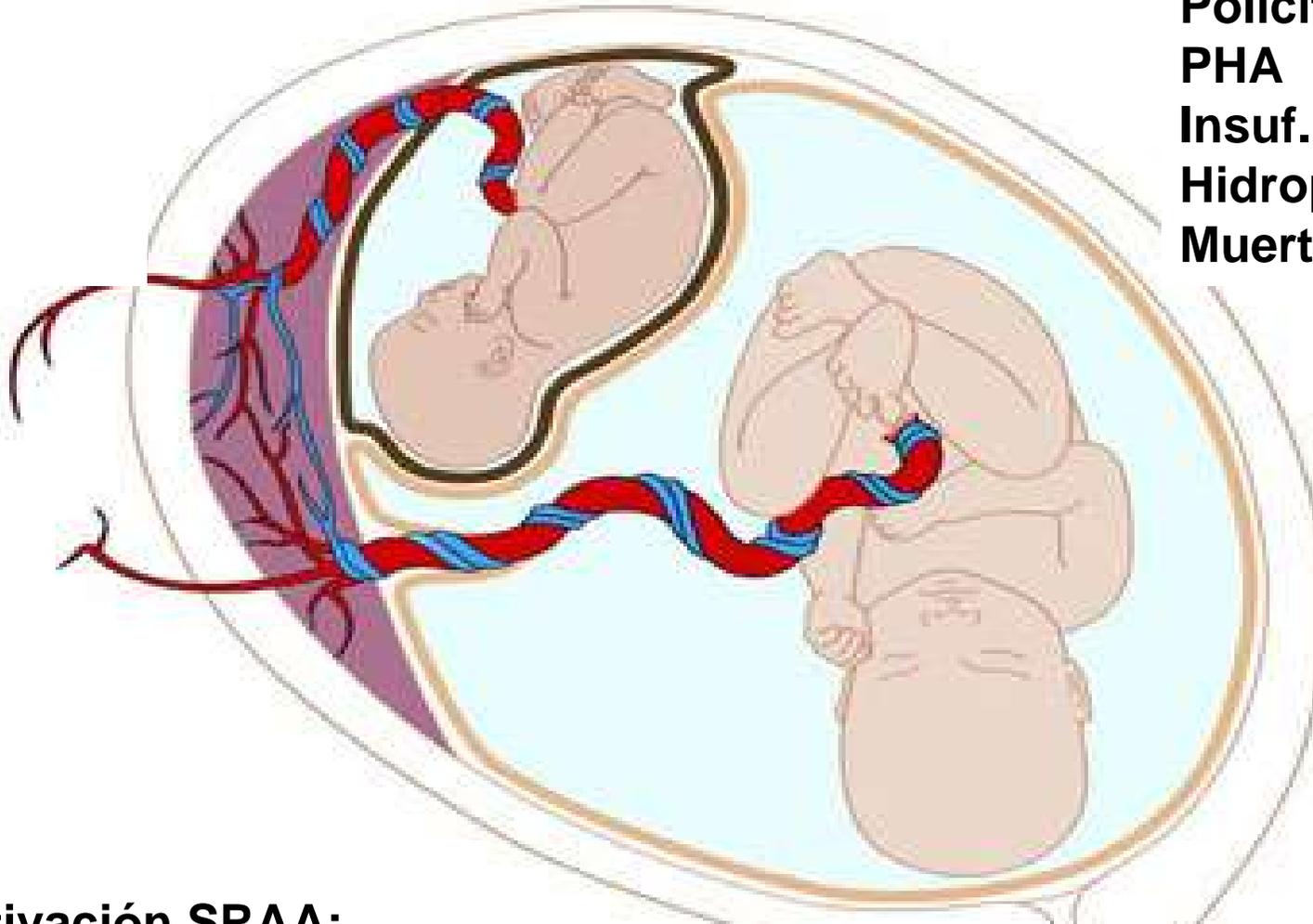
Figure 1. Vascular cast of monochorionic placenta. There are two types of anastomosis in MC placenta, the superficial AA (red arrow) and deep A-V (yellow arrow).

Donante

**Hipovolemia
Anemia
OHA
RCIU
Hipoxia
Muerte**

Receptor

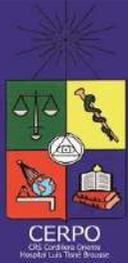
**Hipervolemia
Policitemia
PHA
Insuf. Cardíaca
Hidrops
Muerte**



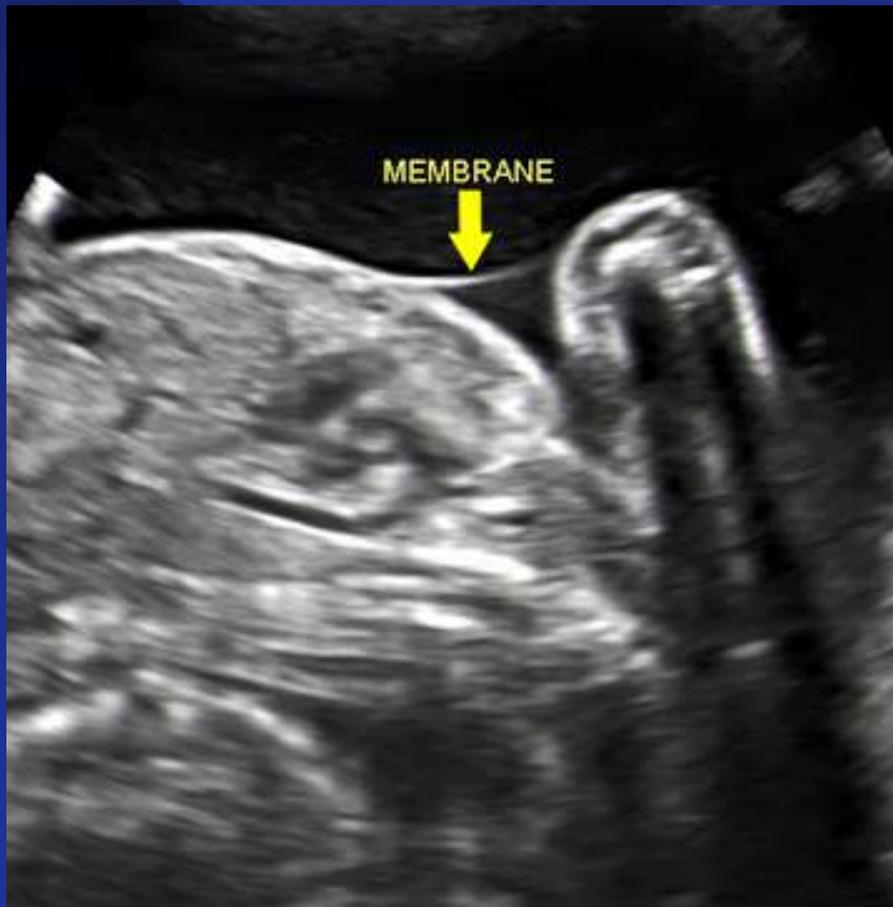
**Activación SRAA:
Aumenta la ADH
IGF y Leptina bajo**

Center of Cincinnati, 2007

**ANP y BNP elevados
Endotelina-1 elevada**

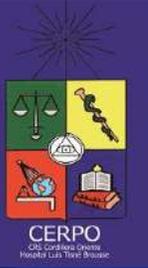


Stuck Twin



Stuck Twin Syndrome





Diagnóstico

Dg de corionicidad ecografía 11-14 sem

Dg de STFF antes de las 26 sem:

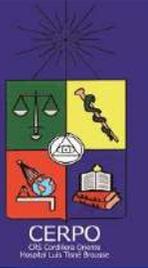
Donante

- 1)OHA: Bolsillo
Mayor < 2 cm
- 2)Vejiga colapsada

Receptor

- 1)PHA: Bolsillo
Mayor > 8 cm
- 2)Vejiga distendida

En Monoamnióticos: PHA y discordancia EPF



Clasificación de Quinteros

I: OHA en donante y PHA en receptor

II: Discordancia en tamaños vesicales

III: Alteraciones Doppler

Donante: AU con flujo diastólico ausente o reverso.

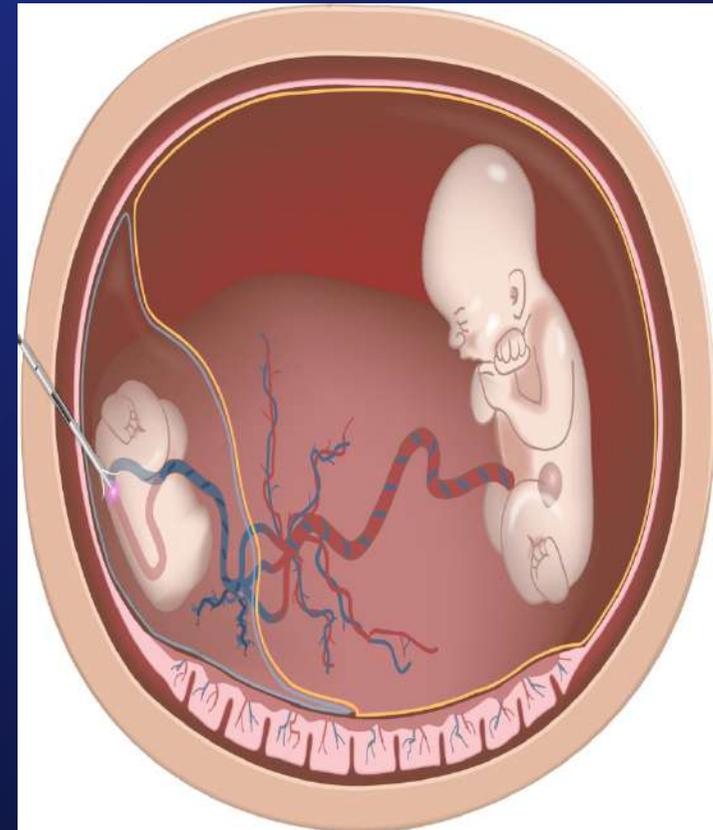
Receptor: DV con flujo ausente o reverso.

IV: Hidrops fetal

IV: Muerte de cualquiera de los fetos.

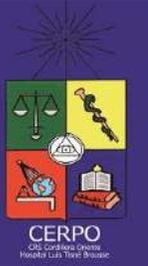
Opciones terapéuticas STFF

- Amnioreducción
- Septostomía
- Ablación con láser por fetoscopia



Ablación con Láser





¿Cuándo tratar?

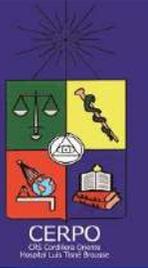
**Al momento del dg, antes de las 26 sem
Desde estadio II de Quintero**

Contraindicaciones

- **Modificaciones cervicales**
 - Trabajo de parto
 - Membranas rotas
 - Estadio V

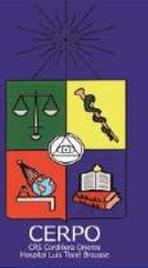
Complicaciones

- **DPPNI (2%)**
- **Hemorragia corial**
 - RPM (7-17%)
- **Coriamnionitis (2%)**
 - Trabajo de PP
 - Embolia de LA
- **Muerte de un gemelo**



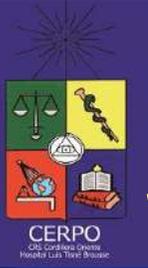
Secuencia

Anemia - Policitemia



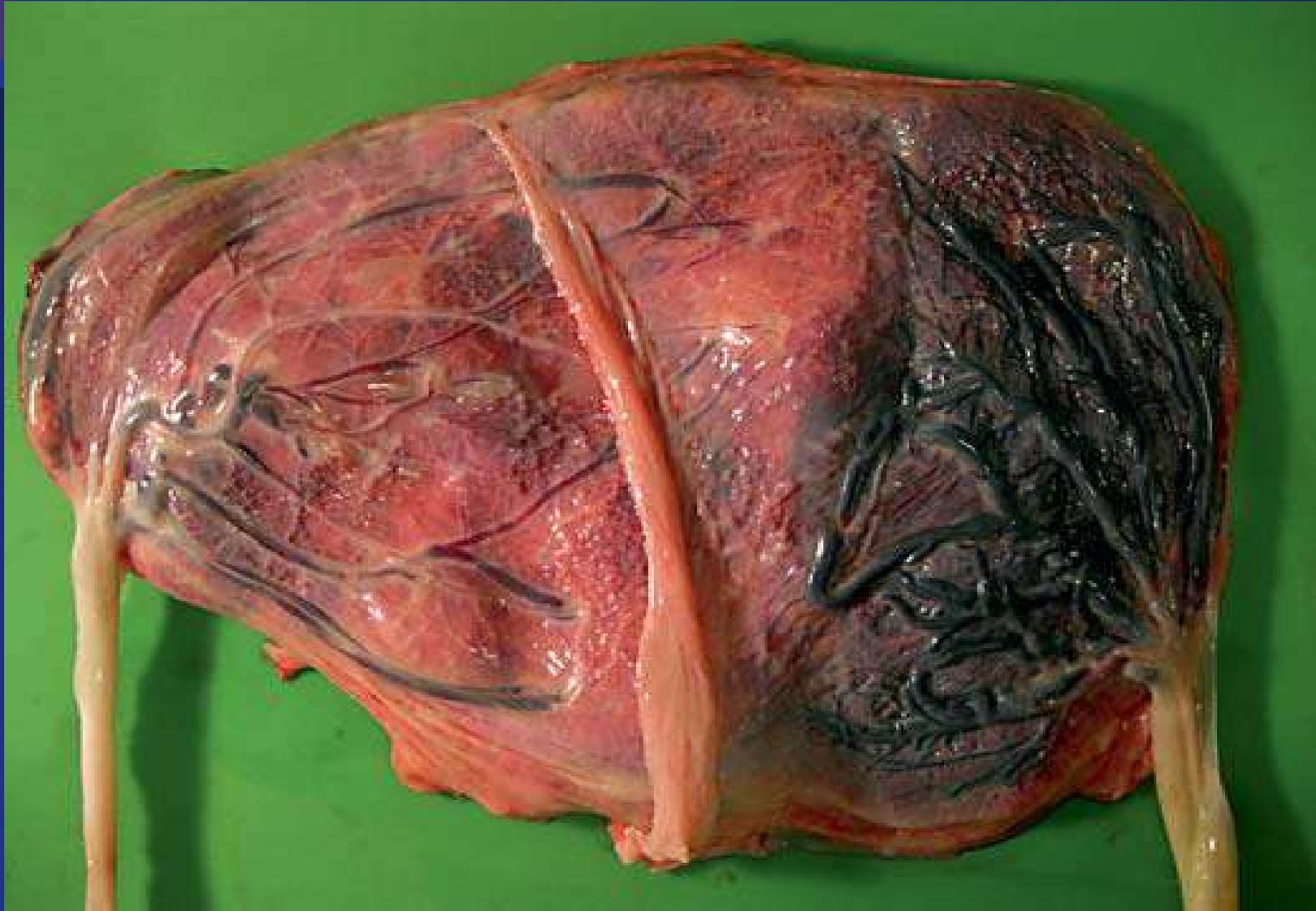
Definición

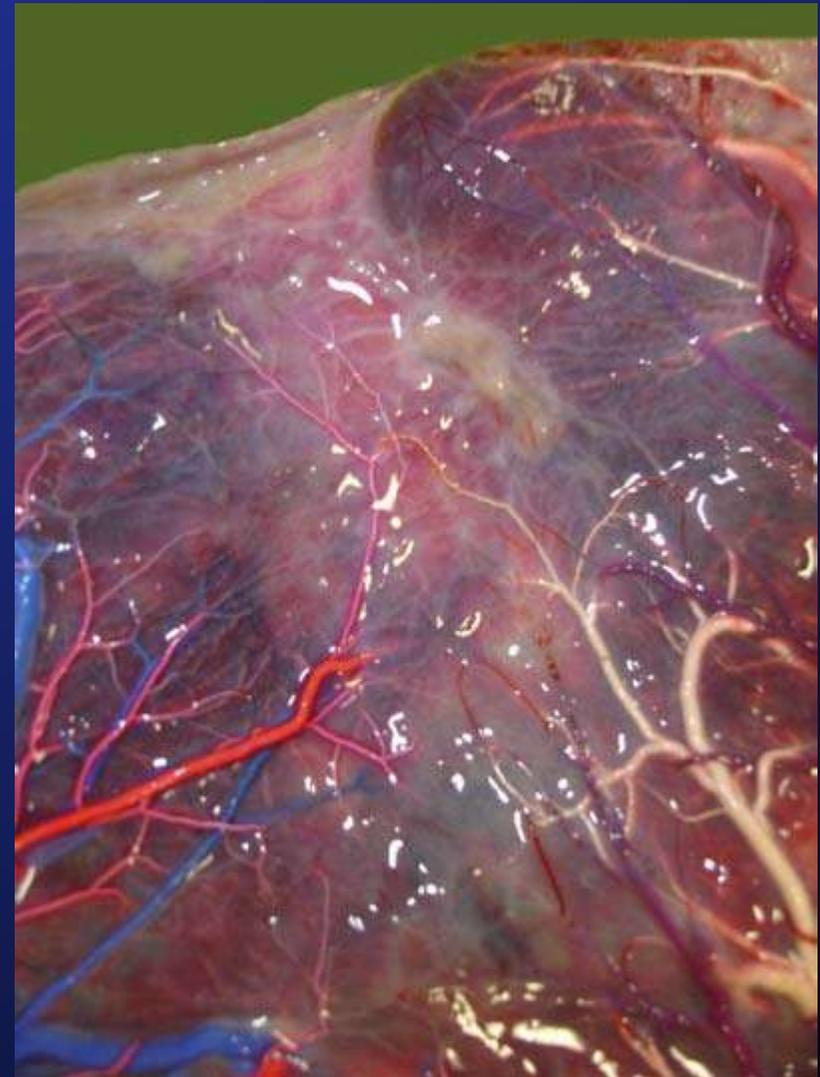
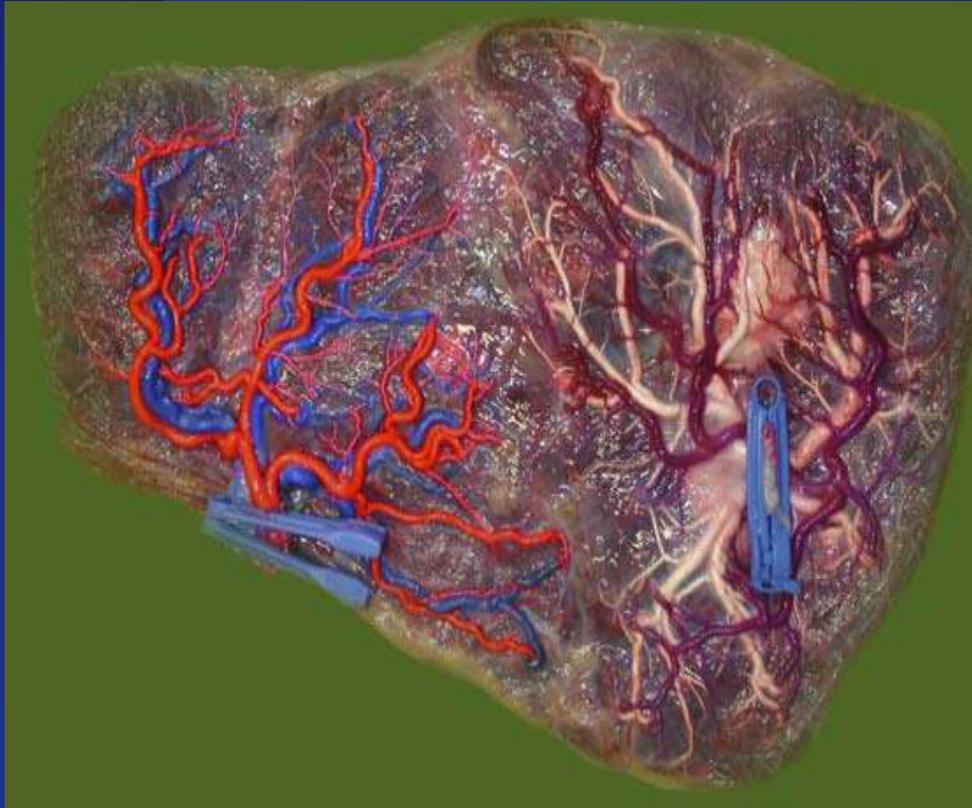
- **Diferencia de > 8 gr/dL entre hemoglobinas fetales.**
- **Anastomosis placentarias mínimas, crónicas.**
- **Generalmente unidireccionales.**
- **Sin asociación con alteraciones en los líquidos amnióticos.**
- **Puede ocurrir de forma espontánea o post tratamiento con láser en un STFF.**



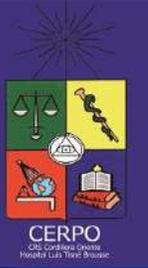
Secuencia Anemia Policitemia

- **Epidemiología:**
- **Ocurre en el 5% de los embarazos monocoriales previamente sanos.**
Se presenta > 26 sem de EG
- **Ocurre en el 13% post ablación incompleta con láser en STFF.**
En general ocurre 1-5 semanas post tratamiento.



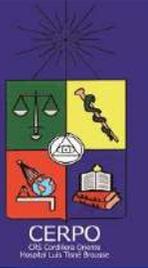


Lewi. Vascular anastomoses in mono chorionic twin pregnancies and their clinical consequences. Am J Obstet Gynecol 2013.



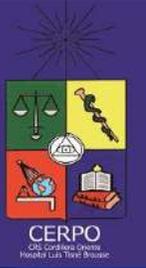
Fisiopatología

- Anastomosis placentarias de tipo arterio-venosas mínimas.
- Flujo sanguíneo 5-15 ml/24hrs
- Transfusión lenta de sangre entre el donante y el receptor: Discordancia Hb.
- Pueden ser arterio-arteriales, pero siempre < a 1mm de diámetro.



Diagnóstico Ecográfico

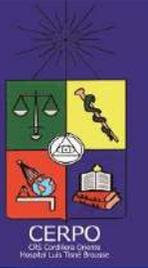
- **Doppler ACM:**
 - 1) **Peak sistólico de la ACM, aumenta 1,5 MoM para la EG en el feto anémico.**
 - 2) **Peak sistólico de ACM, disminuye en 1 MoM para la EG en el feto con policitemia.**



Diagnóstico de laboratorio

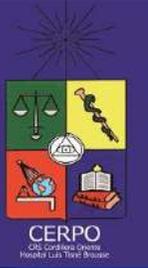
- Lewi et al definió límites de hemoglobina para diagnóstico
- Gemelo anémico: menos de 11 gr/dl
- Gemelo policitemico: mas de 20 gr/dl

Dg neonatal: diferencia de Hb en 8gr/dl, con IR $> 1,7$ (gemelo donante/gemelo receptor) y un examen de inyección de la placenta que muestra muy pequeñas anastomosis arterio-venosas.



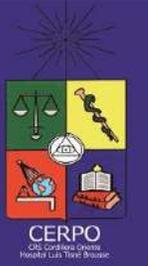
Seguimiento Ecográfico

- Control post ablación con láser, con medición de la MCA-PSV.
- En monocoriales sanos medir el MCA-PSV rutinariamente cada 2 semanas desde las 20 semanas hasta el nacimiento.



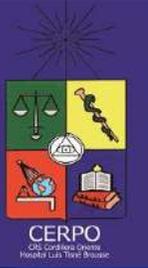
Pronóstico

- Menor morbi-mortalidad que el STFF, ya que se presenta en general > 26 sem (viabilidad fetal).
- Complicaciones: Neonatales
Hematológicas:
Transfusión o Exanguineotransfusión.



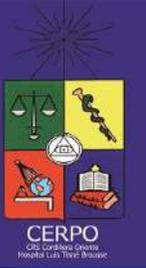
Pronóstico

- **Mayor Riesgo de Parto Prematuro.**
- **Lesiones cerebrales:**
 - **Hemorragia cerebelosa**
 - **Infarto cerebral**

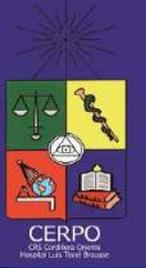


Manejo

- **Antes de las 30 semanas:**
 - **Cordocentesis y transfusión intrauterina al feto anémico.**
 - **Ablación de las anastomosis.**
- **Después de las 30 semanas:**
 - **Maduración pulmonar e interrupción del embarazo.**

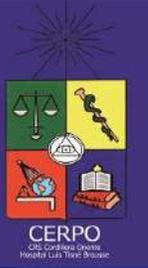


RCIU Selectivo



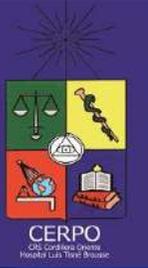
RCIU Selectivo

- Frecuencia 12-15% de los gemelos monocoriales.
- Mayor morbilidad en monocorial que bicorial.
- Riesgo de muerte fetal intrauterina y secuelas neurológicas.



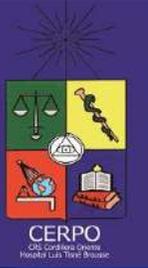
Definición

- **No está universalmente aceptada.**
- **Uno de los fetos creciendo bajo el percentil 10 (Gratacós).**
- **Diferenciar de discordancia fetal: diferencia en la EPF $>20\%$ con respecto al feto del mayor.**



Etiología

- **No hay alteración genética o cromosómica.**
- **Distribución desigual irrigación placentaria**
- **Calidad de la inserción placentaria del cordón**
- **Arquitectura angiogénica: Dependencia del gemelo con RCIU por las anastomosis.**



Doppler en RCIU selectivo

- Anastomosis arterioarteriales pueden producir flujo diastólico ausente o reverso en AU.
- 15% de los gemelos monocoriales biamnióticos.
- ACM para evaluación del bienestar fetal.



Clasificación

Ultrasound Obstet Gynecol 2007; 30: 28–34

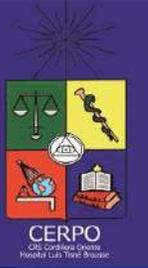
Published online 1 June 2007 in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/uog.4046

A classification system for selective intrauterine growth restriction in monochorionic pregnancies according to umbilical artery Doppler flow in the smaller twin

E. GRATACÓS*†, L. LEWI‡, B. MUÑOZ†, R. ACOSTA-ROJAS*†, E. HERNANDEZ-ANDRADE*†, J. M. MARTINEZ*, E. CARRERAS† and J. DEPREST‡

*Fetal Medicine Units and Departments of Obstetrics, *Hospital Clínic-IDIBAPS, University of Barcelona and †University Hospital Vall d'Hebron Barcelona, Barcelona, Spain and ‡University Hospital Gasthuisberg, Leuven, Belgium*

**Estudio Prospectivo
Duración de 3,5 años
n=134 casos.**



Clasificación según Doppler AU

- **Tipo I**
 - Flujo diastólico presente en AU.
- **Tipo II**
 - Flujo diastólico ausente o reverso constante en AU.
- **Tipo III**
 - Flujo diastólico ausente o reverso intermitente en AU.

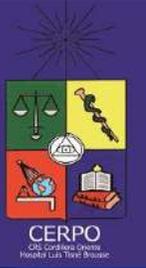
Table 1 Pregnancy course and perinatal outcome according to umbilical artery Doppler classification

Parameter	Normal (n = 76)	Type I (n = 39)	Type II (n = 30)	Type III (n = 65)
GA at diagnosis (weeks, mean (range))	—	23 (16–27)	20 (16–25)	22 (16–26)
GA at delivery (weeks, mean (range))	35.5 (30–38)	35.4 (16–38)	30.7 (27–40)*	31.6 (23–39)*
Birth weight (g, mean (range))				
Larger twin	2439 (1450–3530)	2385 (1200–3350)	1468 (760–2900)*	1713 (930–3450)*
Smaller twin	2187 (1260–3233)	1688 (800–2400)	787 (390–1360)*	1017 (450–2130)*
Fetal weight discordance (%), mean (range)	10 (1–22)	29 (25–37)*	38 (25–58)*	36 (25–64)*
<i>In-utero</i> deterioration of IUGR fetus (n (%))	—	0/39 (0)	27/30 (90.0)†	7/65 (10.8)
Unexpected IUFD (n (%))				
Larger twin	—	1/39 (2.6)	0/30 (0)	4/65 (6.2)
Smaller twin	—	1/39 (2.6)	0/30 (0)	10/65 (15.4)§
Intraventricular hemorrhage (n (%))				
Larger twin	—	—	1/30 (3.3)	2/61 (3.3)
Smaller twin	—	—	3/21 (14.3)‡	3/50 (6.0)
Parenchymal brain damage (n (%))				
Larger twin	—	—	1/30 (3.3)	12/61 (19.7)§
Smaller twin	—	—	3/21 (14.3)‡	1/50 (2.0)

Interrupción:

- <28 sem: flujo atrial (-) o reverso en DV
- >28 sem: flujo diastólico reverso persistente en AU, DV con IP↑, alteración monitoreo cardiaco o PBF

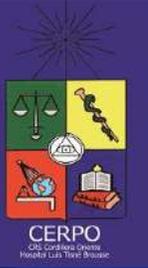
* $P < 0.0001$ vs. uncomplicated and Type I; † $P < 0.0001$ vs. Type I and Type III; ‡ $P < 0.05$ vs. Type I; § $P < 0.05$ vs. Type I and Type II. GA, gestational age; IUFD, intrauterine fetal death; IUGR, intrauterine growth restriction.



Doppler AU

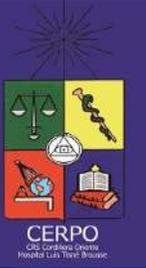
Evalúa insuficiencia placentaria y anastomosis vasculares.

- **Tipo I:** menor severidad, buen pronóstico
 - Mayor EG y peso, menor discordancia fetal, daño cerebral (0%) y muerte intrauterina (<3%).
- **Tipo II:** Patrón deterioro progresivo y predecible.
 - Deterioro fetal en el 90%. Sin muerte inesperada.
- **Tipo III:** 15% muerte fetal inesperada
 - inestabilidad HDN por grandes anastomosis AA
 - Eventos agudos de transfusión feto-fetal lo que produciría variaciones en FC y PA de los fetos
 - Muerte del RCIU por sobrecarga aguda de volumen.
 - Daño neurológico del feto mayor por períodos hipovolémicos.

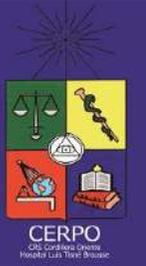


Tratamiento

- Seguimiento y evaluación UFP
- Terminación de embarazo
- Oclusión del cordón umbilical
- Fotocoagulación con láser

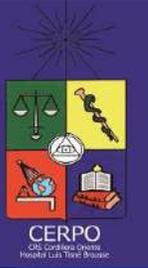


Muchas Gracias!!!



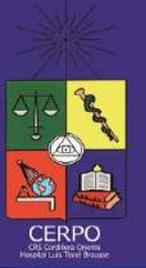
Bibliografía

- 1.- Villablanca E, González R. Capítulo 18: Embarazo Múltiple. Guías Perinatales CEDIP.
- 2.- Saporiti O. Gori R, Rol de la ultrasonografía en el estudio de la gestación múltiple, CAFICI D, Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico perinatal, 1° edición, Argentina, 2007.
- 3.- Machin G, Still K, Lalani T. Correlations of placental vascular anatomy and clinical outcomes in 69 monochorionic twin pregnancies. Am J Med Genet 1996;61:229-236.
- 4.- Sepúlveda W, Dezerega V, Valle P, Gutiérrez J, Carstens E, Sánchez J. Determinación prenatal de la corionicidad en el embarazo gemelar. Revista Chilena de Ultrasonografía. Vol 2/N°1/1999.
- 5.- Kurtz AB, Wapner RJ, Mata J, Johnson A, Morgan P. Twin pregnancies: accuracy of first-trimester abdominal US in predicting chorionicity and amnionicity. Radiology. 1992;185(3):759.
- 6.- Sebire NJ, Snijders RJ, Hughes K, et al. The hidden mortality of monochorionic twin pregnancies. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104:1203.
- 7.- Becker J. Gratacos E, Embarazo Gemelar Múltiple: PEREZ A, Obstetricia, 4° Edición, Chile, Editorial Mediterraneo, 2011.
- 8.- Winer N, Salomon LJ, Essaoui M, et al. Pseudoamniotic band syndrome: a rare complication of monochorionic twins with fetofetal transfusion syndrome treated by laser coagulation. Am J Obstet Gynecol 2008; 198:393.e1.



Bibliografía

- 9.- Gratacos E, Carreras E, Becker J et al. Prevalence of neurological damage in monozygotic twins with selective intrauterine growth restriction and intermittent absent or reversed end diastolic umbilical artery flow 2004, *Ultrasound Obstet Gynecol* ; 24: 159-163
- 10.- Gratacos E, Lewi L, Muñoz B et al. A classification system for selective intrauterine growth restriction in monozygotic pregnancies according to umbilical artery doppler flow in the smaller twin 2007, *Ultrasound Obstet Gynecol*; 30: 28-34
- 11.- Gratacos E, Lewi L, Carreras E, Becker J, Higuera T et al. Incidence and characteristics of umbilical artery intermittent absent and/or reversed end-diastolic flow in complicated and uncomplicated monozygotic twin pregnancies 2004, *Ultrasound Obstet Gynecol*; 23: 456-460
- 12.- Valsky D, Ixarc E, Martinez J, Gratacos E. Selective intrauterine growth restriction in monozygotic diamniotic twin pregnancies 2010, *Prenat Diagn*, 30 : 719-726
- 13.- Acosta-Rojas R, Becker J, Muñoz Abellana B, Ruiz C, Carreras E, Gratacos E. Twin chorionicity and the risk of adverse perinatal outcome 2007, *Journal of Gynecology and Obstetrics*; 96: 98-102
- 14.- Lewi L, Van Schoubroeck D, Gratacos E, Witters I, Timmerman D, Deprest J. Monozygotic diamniotic twins: complications and management options. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003; 15: 177–194.



Bibliografía

- 15.- Lewia L, Van Schoubroecka D, Gratacós E, Wittersa I, Timmermana D, Deprest J. Monochorionic diamniotic twins: complications and management Options
- 16.- Machin GA. Some causes of genotypic and phenotypic discordance in monozygotic twin pairs. Am J Med Genet 1996; 61:216–228.
- 17.- Slaghekke F, Kist WJ, Oepkes D, et al. Twin anemia-polycythemia sequence: diagnostic criteria, classification, perinatal management and outcome. Fetal Diagn Ther 2010;27:181-90.

Complicaciones fetales en las gestaciones gemelares monocoriales biamnióticas: estudio de 94 casos

https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=http://www.scielo.cl/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0717-75262012000500005&ved=2ahUKEwjOyeyiuoiHAXV26skDHbf7C8QQFnoECBMQAQ&usg=AOvVaw0WDec_AQddGeHljJw6E4kK

Sara Arrieta B.¹, María de la Calle F-M.¹, Félix Omeñaca T.², Antonio González G.¹

¹ Servicio de Obstetricia, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

² Servicio de Neonatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

RESUMEN

Antecedentes: El embarazo de gemelos monocoriales tienen un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad perinatal, que la gestación única y el embarazo gemelar bicorial. *Objetivos:* Estudiar la incidencia y el manejo de las complicaciones fetales propias de las gestaciones gemelares monocoriales biamnióticas. *Métodos:* Se realizó un análisis retrospectivo de 94 embarazos gemelares monocoriales biamnióticos, seguidos en las Consultas de Tocología de Alto Riesgo del Hospital Universitario La Paz de Madrid, entre 2008 y 2010. *Resultados:* Se recogieron 94 gestaciones monocoriales biamnióticas. Aparecieron complicaciones fetales en el 23,4% de las mismas: síndrome de transfusión feto-fetal en el 9,57% de los casos, retraso del crecimiento intrauterino selectivo en el 11,7 %, muerte fetal intrauterina en el 2,1%, y malformaciones fetales en el 7,4%. *Conclusiones:* Las gestaciones monocoriales biamnióticas son un tipo de embarazo gemelar de alto riesgo, asociado con más complicaciones fetales y muerte perinatal. Se recomienda un estrecho seguimiento ecográfico cada 2 semanas, desde la semana 16, para diagnosticar y tratar precozmente las complicaciones fetales.

PALABRAS CLAVE: *Embarazo gemelar monocorial biamniótico, morbimortalidad perinatal, diagnóstico prenatal*

SUMMARY

Background: The monochorionic twin pregnancy has a higher risk of perinatal mortality and morbidity, than the single gestation and the dichorionic twin gestation. *Objectives:* To detail the incidence and management of specific fetal complications of monochorionic diamniotic twin pregnancies. *Methods:* We performed a retrospective analysis of monochorionic diamniotic pregnancies followed in the High Risk Obstetrics Unit of the University Hospital La Paz, Madrid, between 2008-2010. *Results:* We collected 94 monochorionic diamniotic pregnancies. Fetal complications occurred in 23.4% of them: feto-fetal transfusion syndrome in 9.57% of cases, selective intrauterine growth retardation in 11.7%, stillbirth in 2.1%, and fetal malformations in 7.4%. *Conclusions:* Monochorionic diamniotic twin pregnancies are a high-risk type of twin pregnancy,

associated with an increased risk of death and perinatal complications. Ultrasound monitoring is recommended for uncomplicated monochorionic pregnancies every 2 weeks from week 16, to detect and treat fetal complications.

KEY WORDS: ***Monochorionic diamniotic twin pregnancy, perinatal morbimortality, prenatal diagnosis***

INTRODUCCIÓN

Las gestaciones gemelares tienen una tasa de complicaciones perinatales mayor que los embarazos únicos, y a su vez, dentro de ellas, las gestaciones monocoriales presentan un riesgo obstétrico y perinatal mayor que las bicoriales (1). De esta forma, la monocorionicidad supone un mayor riesgo de muerte fetal, pérdida fetal antes de las 24 semanas, retraso del crecimiento intrauterino y trastornos del neurodesarrollo durante la infancia (2,3).

Esto se debe a que a las complicaciones propias de todo embarazo múltiple, las gestaciones monocoriónicas biamnióticas añaden complicaciones específicas, como son el síndrome de transfusión feto-fetal (STFF) ([Figura 1](#)), que aparece en un 10-15% de los casos, la secuencia anemia-policitemia (SAP) en un 5% de los casos, el retraso del crecimiento intrauterino selectivo (RCIU) en un 10-15%, la muerte fetal intrauterina de un sólo gemelo y la secuencia de perfusión arterial reversa o secuencia TRAP (4-11).



Figura 1. Recién nacidos con STFF: anemia y p-licitemia grave.

El mecanismo que actualmente parece explicar el desarrollo de muchas de las complicaciones asociadas al embarazo monocoriónico implica principalmente el desbalance hemodinámico secundario al patrón específico de anastomosis vasculares,

que conectan entre sí la circulación de ambos fetos, así como al reparto desigual del territorio pla-centario entre ambos (12,13,14). Ante el potencial desarrollo de estas complicaciones, se recomienda el seguimiento ecográfico de las gestaciones monocoriales cada 2 semanas (6).

El objetivo de este estudio es estudiar la incidencia y el manejo de las complicaciones fetales propias de las gestaciones gemelares monocoriales biamnióticas, en pacientes atendidas en la Unidad de Tocología de Alto Riesgo del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo de 94 gestaciones monocoriales biamnióticas, seguidas en las consultas de Tocología de Alto Riesgo del Hospital Universitario La Paz de Madrid, entre enero de 2008 y diciembre de 2010. Durante este periodo se atendieron en nuestro centro un total de 618 gestaciones gemelares.

Para el diagnóstico de la corionicidad, se siguieron los criterios ecográficos estándares del primer trimestre (15). La evaluación ecográfica se realizó entre las semanas 11 y 14, y se diagnosticó como gestaciones monocoriales biamnióticas aquéllas en las que se objetivó la presencia de signo "T" ecográfico y ausencia de signo "lambda", que es el indicador más preciso de bicorionicidad y corresponde con una imagen triangular formada por la separación de un tabique interfetal ancho en su zona de contacto con el trofoblasto (16). Se realizó un examen ecográfico cada 2 semanas a partir de la semana 16, excepto en los casos en los que aparecieron complicaciones fetales que requirieron un control ecográfico más estrecho.

El STFF se definió como la presencia de la secuencia oligoamnios/polihidramnios graves en una gestación monocorial, en la que el receptor presentaba polihidramnios y vejiga distendida, con máxima columna vertical (MCV) de líquido amniótico > 8 cm antes de las 20 semanas, y > 10 cm por encima de la semana 20, y el donante mostraba oligo/anhi-dramnios, con MCV < 2 cm y vejiga colapsada o no identificable (5). Los casos de STFF se clasificaron según los estadios de Quintero (5): *Estadio I*: criterios de STFF con vejiga visible en el feto donante durante toda la exploración. *Estadio II*: no se identifica la vejiga en el donante, que aparece "pegado" a la pared uterina debido al oligoamnios (stuck twin).

Estadio III: alteración Doppler crítica o severa en cualquiera de los 2 gemelos con ausencia o reversión del flujo diastólico de la arteria umbilical (en general donante), o bien ausencia o reversión del flujo durante la contracción atrial en el ductus venoso, o presencia de pulsaciones en la vena umbilical (en general receptor) ([Figura 2](#)). *Estadio IV*: hidrops fetal, con signos de insuficiencia cardíaca (en general receptor). *Estadio V*: éxitus de uno o ambos fetos.

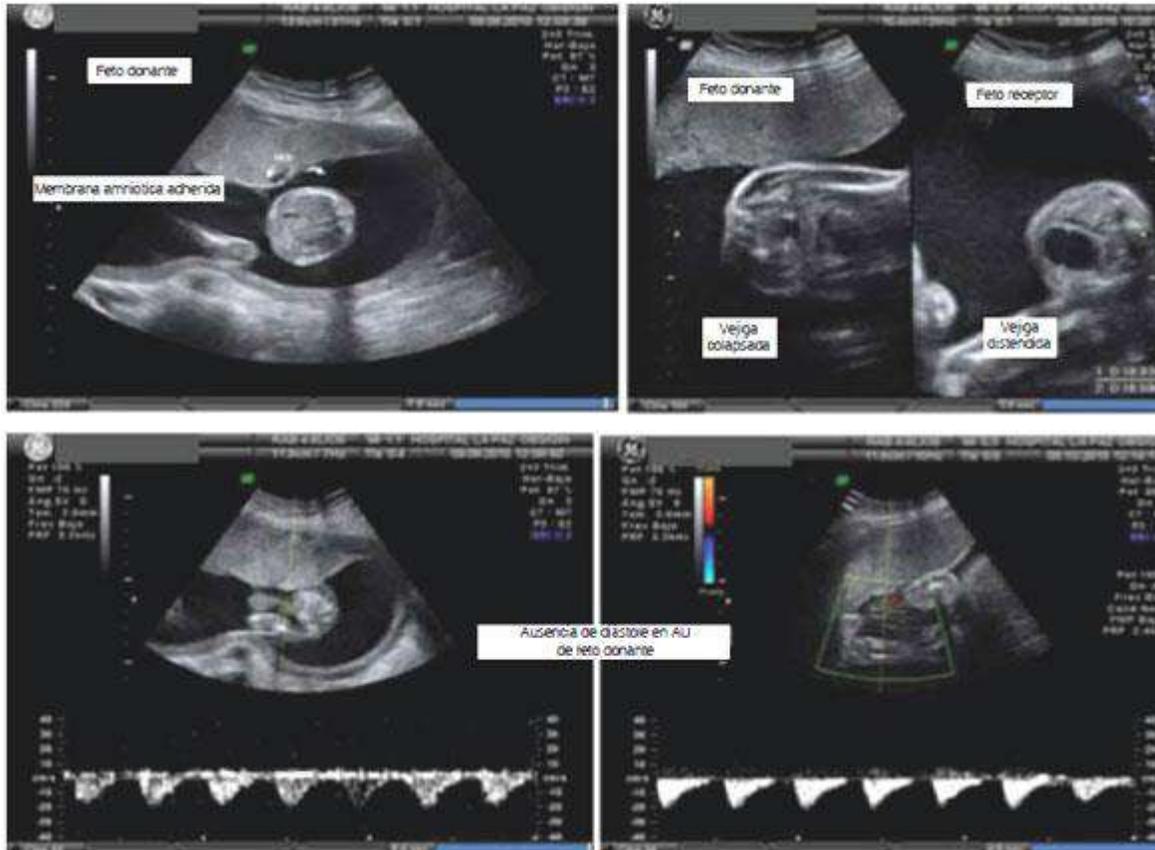


Figura 2. STFF: secuencia oligoamnios/polihidramnios grave, con "stuck twin" y alteración del Doppler en arteria umbilical. Estadio III de Quintero.

La RCIUs se definió como la aparición de una diferencia en el peso fetal estimado (PFE) de ambos fetos entre sí $\geq 25\%$, en base al peso del gemelo mayor, con PFE del gemelo menor inferior al percentil 10, y ausencia de signos de STFF (8).

El diagnóstico SAP se realizó en base al estudio Doppler del pico sistólico en la arteria cerebral media (PVS-ACM) de ambos gemelos, en el que se cumplía: primer feto: PVS-ACM $> 1,5$ MoM; y segundo feto: PVS-ACM $< 0,5$ MoM, en ausencia de polihidramnios-oligoamnios (7).

La muerte fetal intrauterina (MFIU) se consideró aquel éxitus fetal espontáneo, excluidas las muertes fetales en edad gestacional inferior a las 20 semanas. La tasa de supervivencia fetal se definió como el número de recién nacidos vivos a los 10 minutos de vida. Las pacientes que presentaron complicaciones que requirieron tratamiento fetos-cópico, se remitieron a la Unidad de Medicina Fetal del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.

La información relativa a la gestación y al resultado perinatal se obtuvo a partir de historias clínicas y bases de datos en las Unidades de Tocología de Alto Riesgo, Fisiopatología Fetal y Neonatología.

El análisis estadístico se realizó en la Unidad de Bioestadística de nuestro hospital. Se aplicaron tests de Chi-cuadrado para variables cuantitativas. Se definió la significación estadística para un valor $p < 0,05$. Se utilizó el programa SPSS v. 9.0.

RESULTADOS

La incidencia de gestaciones gemelares mono-coriales biamnióticas en el periodo analizado fue del 15,2% del total de gestaciones gemelares. La edad materna estuvo comprendida entre los 15 y los 41 años, con una media de 33,6 años. El 23,4% de las gestaciones gemelares monocoriales presentó al menos una complicación fetal, que se especifican en la [Tabla I](#). No encontramos en nuestra serie ningún caso de SAP ni de feto acardio.

Tabla I
COMPLICACIONES FETALES ESPECÍFICAS

	Complicaciones fetales	
	Casos	%
STFF	9	9,57
RCIUs	11	11,7
MFIU	2	2,1
Malformación	7	7,4

STFF: Síndrome de transfusión fetofetal. RCIUs: Retraso del crecimiento intrauterino selectivo. MFIU: Muerte fetal intraútero.

El STFF se diagnosticó en 9 casos (9,57%). En el momento del diagnóstico, según la clasificación en estadios de Quintero, se presentaron 4 casos en estadio I, 2 casos en el estadio II y 3 casos en el estadio III. No hubo ningún caso en el estadio IV (hidrops) ni V (muerte fetal). La coagulación láser de anastomosis vasculares fue la opción terapéutica más empleada, realizándose en 5 de los casos, sin complicaciones posteriores. La septostomía se realizó en 2 pacientes con STFF leve diagnosticado con 28.6 y 24.2 semanas respectivamente. El feticidio selectivo se realizó en una paciente diagnosticada de STFF estadio I con 19.6 semanas de edad gestacional, por decisión de los padres, tras información detallada de la situación y pronóstico fetal. La extracción fetal inmediata se decidió en una gestación de 28 semanas que debutó con un STFF estadio III. La transfusión intrauterina no se consideró indicada en ninguno de los 9 casos de esta serie ([Tablas II](#) y [III](#)).

Tabla II**SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO-FETAL: ESTADÍO DE QUINTERO Y EDAD GESTACIONAL AL DIAGNÓSTICO, ACTITUD TERAPEÚTICA Y EDAD GESTACIONAL AL PARTO**

Síndrome de transfusión feto-fetal					
Año	Estadio Quintero	EG al diagnóstico	Actitud terapéutica	EG tratamiento intrauterino	EG al parto
2008	III	17	Ablación láser	17.3	36.1
	I	24.2	Septostomía	26.3	32
	I	28.6	Septostomía	29	30.6
2009	I	16.1	Ablación láser	19.2	31.5
	III	28	Extracción fetal	-	28
	II	20.2	Ablación láser	23	32.6
2010	II	20.1	Ablación láser	22.5	29.5
	III	16.1	Ablación láser	17.5	35.3
	I	19.6	Feticidio selectivo	21.6	28.6

EG: Edad gestacional.

Tabla III**TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO FETAL**

Tratamiento del síndrome de transfusión feto-fetal		
	Casos	%
Ablación anastomosis	5	55,5
Septostomía	2	22,2
Feticidio selectivo	1	11,1
Extracción fetal	1	11,1

En nuestra serie, se observaron 11 casos (11,7%) de RCIUs. La edad gestacional en el momento del diagnóstico, el porcentaje de discordancia de PFE, el estudio Doppler en dicho momento y la estimación de líquido amniótico se detalla en la [Tabla IV](#).

Tabla IV
RETRASO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO SELECTIVO

Año	Retraso del crecimiento intrauterino selectivo						EG al parto
	EG	Diagnóstico #	Doppler	LA	Otros hallazgos	Actitud	
2008	29.1	26%	Normal	Normales	Hidrocefalia tetracameral	Expectante	30.3
	31.4	25%	Normal	Normales	-	Expectante	33
2009	23.6	27%	AFTDI	Normales	-	Expectante	31
	32	26%	Normal	Normales	-	Expectante	34.1
	36.5	26%	Normal	OA/Normal	-	Finalización gestación	36.5
	35.1	26%	Normal	Normales	-	Expectante	37
	31.6	26%	Normal	Normales	-	Expectante	36
	26.4	39%	Normal	Normales	-	Expectante	35.4
2010	21	28%	AFTD, DV patológico	OA/Normal	CAV + TF en 2° feto	Expectante	28.2
	33.5	25%	AFTD	Normales	-	Finalización gestación	34
	34.4	27%	Normal	Normales	-	Expectante	35.3

EG: edad gestacional. #: discordancia. LA: líquido amniótico. AFTDI: ausencia de flujo telediastólico intermitente. AFTD: ausencia de flujo telediastólico. DV: ductus venoso. CAV: canal aurículoventricular. TF: Tetralogía de Fallot. OA: oligoamnios.

En los casos de RCIUs, se actuó de manera expectante cuando el estudio Doppler permaneció en límites normales en los controles sucesivos, y en gestaciones en situación previsible o de gran pre-maturidad. Se individualizó la periodicidad de los exámenes ecográficos, así como el momento de finalizar la gestación en cada caso. Uno de los casos de RCIU que se manejó de forma expectante correspondía a un feto con canal aurículoventricular asociado a tetralogía de Fallot y alteraciones graves y precoces del Doppler, en el que los padres rechazaron cualquier actitud activa. En 2 gestaciones se decidió finalizar la gestación de forma inmediata: en un caso de 34.4 semanas con alteraciones graves en el estudio Doppler y en otro caso de 36.5 semanas con oligoamnios severo.

Respecto a la mortalidad fetal se produjeron 2 muertes fetales in útero (MFIU); 1 de ellas con 20 semanas en una gestación sin otras complicaciones; y otra con 30 semanas, en un feto con RCIU con estudio Doppler normal e hidrocefalia tetracameral moderada. El primer caso se finalizó a las 38 semanas con el gemelo superviviente sano. En el segundo caso, se inició trabajo de parto espontáneo a los 2 días de la MFIU, con un feto superviviente sano de 1247 g, que requirió ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

La tasa de supervivencia fetal global en las gestaciones monocoriales fue del 99,3%. En las gestaciones monocoriales con alguna complicación fetal, esta tasa disminuyó hasta el 93,2%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,04$).

Las malformaciones fetales observadas en esta serie ([Tabla V](#)), fueron muy variadas, y afectaron en su mayoría a un solo feto, siendo su co-gemelo estructuralmente normal, en todos los casos excepto en uno, en el que ambos fetos presentaban riñón

multiquístico unilateral, en espejo. En uno de los casos con un feto afecto de pentalogía de Cantrell se decidió, conjuntamente con los padres, el feticidio selectivo del feto malformado con 17 semanas, mediante coagulación del cordón umbilical.

Tabla V
MALFORMACIONES FETALES

Año	Malformación	Malformaciones fetales		Actitud	Evolución desfavorable
		EG al diagnóstico	Complicaciones asociadas		
2008	Pie equino	30	STFF	Expectante (Septostomía)	-
	Hipoplasia de cavidades izquierdas, doble salida VD, quiste ovario, ectasia plélica bilateral, ascitis leve, AUU	19.4	-	Expectante	Asociación VACTER. Muerte 5 días de vida
	Dilatación atrio ventricular	29	-	Expectante	-
	Hidrocefalia tetracamerai	29.1	RCIUs, Doppler normal	Expectante	MFIU (30.1 sem EG)
	Riñones multiquísticos en ambos fetos	26.1	-	Expectante	-
2009	Pentalogía de Cantrell	11.2	-	Feticidio selectivo (17.3 sem EG)	-
2010	Canal atrioventricular común + TF	18.6	RCIUs, Doppler patológico	Expectante	Trisomía 21 mosaico. Muerte 44 días de vida

STFF: síndrome de transfusión feto-fetal. EG: edad gestacional. VD: ventrículo derecho. AUU: arteria umbilical única. RCIUs: retraso del crecimiento intrauterino selectivo. MFIU: muerte fetal intraútero. TF: Tetralogía Fallot

La gestación finalizó a las 36.5 semanas con el feto superviviente sano. En el resto de casos, se optó por una actitud expectante, con controles ecográficos periódicos.

DISCUSIÓN

Las gestaciones gemelares monocoriónicas se asocian con una mayor tasa de complicaciones fetales en comparación con las gestaciones gemelares bicoriales (1,2). En nuestra serie el 23,4% de las gestaciones monocoriales presentó al menos una complicación, tasa similar al 26% publicada por Lewi y cols (17). Las tasas de complicaciones específicas de nuestra casuística fueron también similares a las publicadas por otros estudios (17-19).

Los casos de nuestra serie complicados con STFF presentaron una mayor tasa de morbi-mortalidad perinatal respecto a los que transcurrieron de forma normal. La tasa de mortalidad en las gestaciones con STFF es más elevada que en las gestaciones monocoriales no complicadas y que las complicadas con otras patologías, en torno al 40,42% según distintos autores (2,3). En nuestra serie, sin embargo, no se produjo ninguna muerte fetal asociada a STFF, probablemente debido al escaso número de casos y a la actitud activa a través de tratamiento láser, finalización de la gestación o en casos seleccionados, feticidio selectivo.

La coagulación de anastomosis vasculares se considera actualmente el único tratamiento causal del STFF, ya que ejerce un efecto protector sobre el feto superviviente en caso de MFIU de su cogemelo (20-22). Quintero y cols (20), coordinaron un estudio multicéntrico, que comparó el tratamiento del STFF mediante coagulación láser y mediante amniodrenaje, en edades gestacionales inferiores a 27 semanas. El éxito del láser fue superior al amniodrenaje tanto para conseguir la supervivencia de al menos 1 de los fetos (83,2% frente a 66,7%), como para reducir la morbilidad neurológica (4,2% y 24,4%, respectivamente). Moise y cols (22), no encontraron diferencias entre la septostomía y la amnioreducción para lograr la supervivencia de 1 ó ambos gemelos. Probablemente la septostomía, al igual que la amniorreducción, tengan mayor utilidad para prolongar la gestación en casos de STFF que aparecen una vez alcanzada la semana 26 (6).

La experiencia hasta la fecha del feticidio selectivo para tratar el STFF es limitada; Taylor y cols (23), describen una supervivencia del co-gemelo del 87% en su serie de 15 casos, pero con un 20% de rotura prematura de membranas. En cuanto al manejo expectante, existen pequeñas series, que han publicado una tasa de progresión entre el 10 y el 46% (8). Moise y cols (6), en un metaanálisis reciente, recomiendan un manejo expectante, con seguimiento ecográfico semanal, en los casos de STFF en estadio I y edad gestacional inferior a 26 semanas, coagulación láser de las anastomosis en los estadios II a IV, y amniorreducción o septostomía en los STFF por encima de las 26 semanas. En nuestro centro, se opta por la coagulación láser de anastomosis vasculares como primera opción de tratamiento del STFF, dejando el amniodrenaje y la septostomía para casos leves y de aparición tardía. El feticidio selectivo se aplica excepcionalmente, en casos de afectación fetal grave y precoz.

La incidencia de RCIUs en nuestra serie fue de un 11,7%, similar a la descrita por Lewi y cols (17), pero muy superior al 2,96% publicado por Fratelli y cols (18). Las opciones posibles en el manejo del RCIUs incluyen el manejo expectante con finalización precoz de la gestación si se considera indicada, el feticidio selectivo si existe riesgo inminente de MFIU o el RCIUs aparece en edad previsible, o la coagulación de anastomosis (17,18).

Quintero y cols (24), publicaron su experiencia con la coagulación selectiva de anastomosis vasculares en 11 gestaciones monocoriales con RCIUs severo de inicio precoz, en comparación con 17 casos que se manejaron de forma expectante; no encontraron diferencias en la mortalidad ni neuromorbilidad neonatal, probablemente debido a la mayor dificultad técnica de la terapia láser en gestaciones con RCIUs y a que en estas gestaciones el RCIUs parece instaurarse debido a un reparto asimétrico de la placenta que, al convertirse quirúrgicamente en bicorial, podría reducir la crítica reserva placentaria del feto con RCIU (25). En nuestra serie no se utilizó la coagulación láser para el tratamiento del RCIUs, y se realizó un manejo expectante en la mayoría de los casos.

La MFIU ocurrió en el 2,1% de los casos, tasa similar a la obtenida por Lewi y cols (17) y mucho menor al 8,2% de Kagan y cols (19). La tasa de mortalidad perinatal en nuestra serie fue del 4,26%. Las tasas de mortalidad perinatal publicadas por Sebire y cols (1), entre los años 1992-1996, previos al inicio de la terapia fetal invasiva, se elevaban hasta el 15% en las gestaciones complicadas. Sin embargo, estudios más recientes, posteriores a la generalización de la terapia fetoscópica, muestran tasas de mortalidad perinatal entre el 4 y 8% (2,3,17,19). La tasa de supervivencia fetal global de 99,3% en nuestra serie, es similar a la publicada por Lewi y cols (17) (97,5%), sin embargo,

nuestra tasa de supervivencia fetal en gestaciones monocoriales complicadas fue de 93,2%, lo que difiere marcadamente del 69% de esos autores (17).

Diferentes autores han propuesto una periodicidad entre 1 y 4 semanas en el seguimiento de las gestaciones monocoriales biamnióticas. En ausencia de evidencia de coste-efectividad, debido a la falta de ensayos clínicos, se recomienda la vigilancia ecográfica de las gestaciones monocoriales biamnióticas no complicadas en intervalos de 2-3 semanas, a partir de las 16 semanas de edad gestacional (6), que debe incluir, como mínimo, la medida de circunferencia abdominal, la imagen del cerebro fetal, la medición de la MCV de los 2 sacos amnióticos y el estudio Doppler de la arteria umbilical a partir de las 24 semanas (6).

CONCLUSIÓN

Las gestaciones monocoriales biamnióticas son un tipo de embarazo gemelar de alto riesgo asociado con más complicaciones fetales y muerte perinatal. Se recomienda un estrecho seguimiento ecográfico cada 2 semanas, desde la semana 16, para diagnosticar y tratar precozmente las complicaciones fetales en desarrollo.

REFERENCIAS

1. Sebire NJ, Snijders RJ, Hughes K, *et al.* The hidden mortality of monochorionic twin pregnancies. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:1203-7.
2. Acosta-Rojas R, Becker J, Munoz-Abellana B, *et al.* Twin chorionicity and the risk of adverse perinatal outcome. *Int J Gynaecol Obstet* 2007;96:98-102.
3. Ortibus E, Lopriore E, Deprest J, *et al.* The pregnancy and long term neurodevelopmental outcome of monochorionic diamniotic twin gestations: a multicenter prospective cohort study from the first trimester onward. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200:494.e1-494. e8.
4. Sebire N, Talbert D, Fisk NM. Twin-to-twin transfusion syndrome results from dynamic asymmetrical reduction in placental anastomoses: a hypothesis. *Placenta* 2001;22:383-91.
5. Quintero RA, Morales WJ, Allen MH, *et al.* Staging of twin-twin transfusion syndrome. *J Perinatol* 1999;19:550-5.
6. Moise, KJ, Johnson A. Management of twin-twin transfusion syndrome. En: UpToDate. Levine D, Wilkins-Haug L (ed), UpToDate, 2011.
7. Slaghekke F, Kist WJ, Oepkes D, *et al.* Twin anemia-polycythemia sequence: diagnostic criteria, classification, perinatal management and outcome. *Fetal Diagn Ther* 2010;27:181-90.

8. Valsky DV, Eixarch E, Martinez JM, *et al.* Selective intrauterine growth restriction in monozygotic twins: pathophysiology, diagnostic approach and management dilemmas. *Semin Fetal Neonatal Med* 2010;15:342-8.
9. Gratacos E, Lewi L, Muñoz B, *et al.* A classification system for selective intrauterine growth restriction in monozygotic pregnancies according to umbilical artery Doppler flow in the smaller twin. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007;30:28-34.
10. Glinianaia SV, Rankin J, Wright C. Congenital anomalies in twins: a register-based study. *Hum Reprod* 2008; 23:1306-11.
11. Sepulveda W, Wong AE, Pons A, *et al.* Secuencia de perfusión arterial reversa (gemelo acárdico): evaluación prenatal y tratamiento. *Rev Chil Ultrasonog* 2005;8:118-30.
12. Denbow ML, Cox P, Taylor M, *et al.* Placental an-gioarchitecture in monozygotic twin pregnancies: relationship to fetal growth, fetofetal transfusion syndrome, and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:417-26.
13. Lewi L, Cannie M, Blickstein I, *et al.* Placental sharing, birthweight discordance and vascular anastomoses in monozygotic diamniotic twin placentas. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:587.e1-8.
14. Lewi L, Gucciardo L, Huber A, *et al.* Clinical outcome and placental characteristics of monozygotic diamniotic twin pairs with early and late-onset discordant growth. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199:511.e1-511 .e7.
15. Shetty A, Smith A. The sonographic diagnosis of chorionicity. *Prenat Diagn* 2005;25:735-9.
16. Sepulveda W, Sebire NJ, Hughes K, *et al.* The lambda sign at 10-14 weeks of gestation as a predictor of chorionicity in twin pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996;7:421-3.
17. Lewi L, Lewi P, Diemert A, *et al.* The role of ultrasound examination in the first trimester and at 16 weeks' gestation to predict fetal complications in monozygotic diamniotic twin pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199:493.e1-493.e7.
18. Fratelli N, Prefumo F, Fichera A, *et al.* Nuchal translucency thickness and crown rump length discordance for the prediction of outcome in monozygotic diamniotic pregnancies. *Early Hum Dev* 2011;87:27-30.
19. Kagan KO, Gazzoni A, Sepulveda-González G, *et al.* Discordance in nuchal translucency thickness in the prediction of severe twin-to-twin transfusion syndrome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007;29:527-32.
20. Quintero RA, Dickinson JE, Morales WJ, *et al.* Stage-based treatment of twin-twin transfusion syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1333-40.

21. Senat MV, Deprest J, Boulvain M, *et al.* Endoscopic laser surgery versus serial amnioreduction for severe twin-to-twin transfusion syndrome. *N Engl J Med* 2004;351:136-44.
22. Moise KJ, Dorman K, Lamvu J, *et al.* A randomized trial of amnioreduction versus septostomy in the treatment of twin-twin transfusion syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:701.
23. Taylor MJ, Shalev E, Tanawattanacharoen S, Jolly M, Kumar S, *et al.* Ultrasound-guided umbilical cord occlusion using bipolar diathermy for Stage III/IV twin-twin transfusion syndrome. *Prenat Diagn* 2002;22:70-6.
24. Quintero RA, Bornick PW, Morales WJ, *et al.* Selective photocoagulation of communicating vessels in the treatment of monochorionic twins with selective growth retardation. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:689-96.
25. Lewi L, van Schoubroeck D, Gratacós E, *et al.* Mono-chorionic diamniotic twins: complications and management options. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003;15:177-94.

Enfoque de las gestaciones múltiples de diagnóstico difícil durante la autopsia perinatal*

Approach to Perinatal Autopsies in Multiple Gestations with Difficult Diagnoses

Enfoque das gestações múltiplas de diagnóstico difícil durante a autopsia perinatal

Mercedes Olaya Contreras MD, PhD¹, Silvia Helena Galvis Navarrete², Gustavo Adolfo Giraldo Ospina MD³, Jorge Armando Rojas Martínez MD³, Jorge Luis Rodríguez Sarmiento MD⁴, Jorge Andrés Franco Zuluaga MD⁵.

Recibido: 3 de octubre de 2016 • Aprobado: 5 de junio de 2017

Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6120>

Para citar este artículo: Olaya M, Galvis SH, Giraldo GA, Rojas JA, Rodríguez JL, Franco JA. Enfoque de las gestaciones múltiples de diagnóstico difícil durante la autopsia perinatal. Rev Cienc Salud. 2017;15(3):357-371. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6120>

Resumen

Introducción: durante el examen de pediatría, genética, ecográfico o de anatomía patológica de fetos de gestaciones gemelares, suelen aparecer interrogantes en el diagnóstico diferencial, especialmente cuando los casos se asocian con maceración, malformaciones o duplicación de estructuras. **Objetivo:** proponer un algoritmo para el enfoque de la autopsia perinatal en gestaciones múltiples de difícil diagnóstico. **Materiales y Métodos:** estudio observacional descriptivo del universo de gestaciones gemelares vistas en el Departamento de Patología del Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) entre 2007 y 2013. Definimos como “gestación múltiple de difícil diagnóstico” aquella en la que el examen del (de los) feto(s) planteó uno de los diagnósticos diferenciales: feto macerado/evanescente, gemelo siamés, *fetus in fetu*, feto acárdico o teratoma congénito. Se realizó el estudio anatomopatológico y junto con la literatura revisada, los gemelos se analizaron y clasificaron según el algoritmo propuesto. **Resultados:** hubo 59 casos de gestaciones gemelares en las que al menos uno de los fetos requirió autopsia perinatal. Las principales causas de muerte fueron las infecciones ascendentes seguidas del síndrome de transfusión feto-fetal. Como gestaciones múltiples de difícil diagnóstico observamos tres fetos acárdicos y ocho fetos macerados. Se aplicó el algoritmo propuesto en este artículo. **Conclusiones:** el diagnóstico en las gestaciones

* El trabajo tuvo una presentación previa en el VIII Congreso Estudiantil Javeriano de Medicina, Bogotá, 2015, con el título *Diagnóstico diferencial en gestaciones múltiples complicadas* en la modalidad de póster.

** Autora responsable de la correspondencia. Correos electrónicos: olaya.m@javeriana.edu.co, molaya@husi.org.co

1 Departamento de Patología, Pontificia Universidad Javeriana - Hospital Universitario San Ignacio.

2 Pontificia Universidad Javeriana.

3 Pontificia Universidad Javeriana - Instituto de Genética Humana.

4 Pontificia Universidad Javeriana - Hospital Universitario San Ignacio.

5 Universidad Nacional de Colombia.

gemelares puede ser en ocasiones difícil. Identificamos los aspectos más importantes a tener en cuenta de la historia clínica y de la autopsia perinatal para llegar al diagnóstico definitivo. Desarrollamos un algoritmo para ser aplicado en estas circunstancias durante las autopsias perinatales.

Palabras clave: enfermedades en gemelos, gemelos siameses, teratoma, gemelos monociotos, gemelos dicigotos, mortinato.

Abstract

Introduction: During pediatric, genetic, sonographic, or pathological anatomy examination on complicated twin gestational fetuses, questions arise concerning differential diagnosis, especially when cases are associated with malformations, maceration of several months duration, or complex structural duplications. *Objective:* To propose an algorithm for approaching perinatal autopsy in complicated multiple gestations. *Materials and Methods:* Descriptive observational study on twin gestations seen in the *Hospital Universitario San Ignacio (HUSI)* in 2007-2013. We defined "complicated twin gestation" as one in which an examination of the fetus or fetuses raised one of the following differential diagnoses: macerated fetus, conjoined fetuses, fetus in fetu, acardiac fetus, or congenital teratoma. An anatomopathological study was performed and twins were classified according to the proposed algorithm. *Results:* Analysis of 59 cases in which at least one fetus required a perinatal autopsy. The leading causes of death were ascending infections and fetal-twin transfusion syndrome. Among complicated multiple gestations we observed eight fetuses including three acardiac macerated fetuses. We applied the algorithm proposed in this article. *Conclusion:* Diagnosis in twin pregnancies can sometimes be difficult. We identify the most important aspects of medical records and perinatal autopsy to be considered in reaching a definitive diagnosis; we develop an algorithm to be applied in these circumstances.

Keywords: Diseases among twins; conjoined twins; teratoma; twins, monozygotic; twins, dizygotic, stillbirth.

Resumo

Introdução: durante o exame de pediatria, genética, ecográfico ou de anatomia patológica de fetos de gestações gemelares, costumam aparecer interrogantes no diagnóstico diferencial, especialmente quando os casos se associam com maceração, com malformações ou com duplicação de estruturas. *Objetivo:* propor um algoritmo para o enfoque da autopsia perinatal em gestações múltiplas de difícil diagnóstico. *Materiais e Métodos:* estudo observacional descritivo do universo de gestações gemelares vistas no Departamento de Patologia do Hospital Universitário San Ignacio (HUSI) entre 2007 e 2013. Definimos como "gestação múltipla de difícil diagnóstico" aquela na que o exame do(s) feto(s) apresentou um dos diagnósticos diferenciais: feto macerado/evanescente, gêmeo siamês, *fetus in fetu*, feto acárdico ou teratoma congênito. Realizou-se o estudo anatomopatológico e junto com a literatura revisada, os gêmeos se analisaram e classificaram segundo o algoritmo proposto. *Resultados:* houve 59 casos de gestações gemelares nas que pelo menos um dos fetos requereu autopsia perinatal. As principais causas de morte foram as infecções ascendentes seguidas da síndrome de transfusão feto-fetal. Como gestações múltiplas de difícil diagnóstico observamos três fetos acárdicos e oito fetos macerados. Aplicou-se o algoritmo proposto neste artigo.

Conclusões: o diagnóstico nas gestações gemelares pode ser em ocasiões difícil. Identificamos os aspectos mais importantes a ter em conta da história clínica e da autopsia perinatal para chegar ao diagnóstico definitivo; desenvolvemos um algoritmo para ser aplicado nestas circunstâncias durante as autopsias perinatais.

Palavras-chave: doenças em gêmeos, gêmeos siameses, teratoma, gêmeos monozigóticos, gêmeos dizigóticos, natimortos.

Introducción

El examen de especímenes de patología en embarazos gemelares plantea en algunas ocasiones diagnósticos diferenciales que pueden hacer difícil el abordaje, dentro de este grupo están incluidos los fetos siameses, los fetos acárdicos, las teratomas congénitos, los *fetus in fetu*, además de los cambios por maceración. Los gemelos sometidos a autopsia pueden presentarse con muerte de uno de ellos y la subsiguiente maceración del gemelo puede cambiar la morfología hasta el punto de plantear que se trata de un feto acárdico: el feto acárdico puede ser tan pequeño o tan grande y amorfo como un tumor; por su parte, un tumor congénito puede ser tan bien formado y estar tan adherido como un siamés o como un *fetus in fetu*. Para abordar estos casos se encuentran descripciones de dificultades aisladas y criterios para algunas entidades pero no existe en la literatura una guía unificada de estas. El presente artículo tiene como objetivo proponer un algoritmo diagnóstico en autopsias perinatales de embarazos gemelares de difícil enfoque desde el punto de vista de patología; esta problemática se observa también en el análisis de los mismos casos durante ecografías, radiografías o en la consulta genética. Para ello analizamos el perfil de mortalidad en gestaciones gemelares visto por el grupo de patología perinatal del HUSI, evaluamos su complejidad diagnóstica, revisamos la literatura y finalmente planteamos algunas definiciones y desarrollamos un algoritmo para

ayudar a clasificar las gestaciones gemelares de difícil diagnóstico.

Materiales y métodos

Estudio observacional descriptivo de los casos recibidos en el grupo de patología perinatal del Departamento de Patología del HUSI. Se observó la totalidad de los casos de gestaciones múltiples recibidas entre 2007 y 2013, se analizaron y clasificaron con base en el protocolo de necropsia y la historia clínica. Se hizo análisis demográfico de los mismos, que incluyó la edad materna, la paridad materna, la edad gestacional, el sexo fetal, el grado de maceración, el diagnóstico principal (causa de muerte) y las alteraciones del cordón umbilical. Los casos fueron tabulados e incluidos en una tabla de Excel®. Los rangos de edad de los fetos fueron determinados con base en las tablas de crecimiento fetal existentes en la literatura (1). Las autopsias fetales contaron con autorización de los padres y todas correspondieron a muertes naturales. Nuestra solicitud de autorización de necropsia fetal incluye la autorización para toma de fotografías científicas, estudios icnográficos y muestras de tejido. A los padres rutinariamente se les pregunta si este material puede usarse en estudios futuros que cumplan con las indicaciones de confidencialidad de la información. Para el caso de madres menores de edad, ellas son consideradas "menores adultos" por la ley y se les preserva la potestad sobre sus hijos. Los mortinatos y fetos participantes según nuestra legislación son anónimos por

principio (2). El trabajo cumplió con las consideraciones éticas dispuestas en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y en la Ley 84 de 1989, y fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana-Hospital Universitario San Ignacio.

Se incluyeron todos los casos clasificados como gestaciones gemelares en las que al menos uno de los gemelos fue sometido a autopsia clínica. Se definió como “gestación múltiple de difícil diagnóstico” aquella en la que el examen del (de los) feto(s) planteó uno de los diagnósticos diferenciales expuestos (feto macerado/evanescente, gemelo siamés, *fetus in fetu*, feto acárdico, teratoma congénito).

Para ilustrar todos los casos que hemos conocido, algunas fotografías anónimas que se presentan pertenecen a casos consultados al grupo del HUSI y no se reflejan en las estadísticas propias del servicio. Todas las fotografías y tablas son originales del grupo. El HUSI tiene el sesgo de selección de ser un hospital de alta complejidad obstétrica y de referencia y consulta en patología perinatal; por ejemplo, las gestaciones gemelares analizadas en el Departamento de Patología HUSI en 2013 y 2014 fueron 5,07%, más alto que lo reportado para el país en general (0,1%)(3).

Para la construcción del algoritmo, se realizó una búsqueda de literatura en las bases de datos Hinari y Pubmed con las palabras clave: *cardiac twin*, *conjoined twins*, *congenital teratoma*, *fetus in fetus*, *macerated co-twin*. Se revisaron artículos en inglés y en español sin restricción de año. Con el bagaje teórico más la experiencia de los casos recibidos y los consultados de otros centros se propone un algoritmo diagnóstico donde se recalca la información clínica, iconográfica y de hallazgos durante la autopsia (positivos y negativos), que son rele-

vantes para llegar al diagnóstico más probable y, además, disponible en nuestro medio.

Así, se tuvieron en cuenta fotografías, examen topográfico detallado, características de las estructuras faciales, presencia de extremidades y disección adaptada al caso en la que se especificó: presencia/ausencia de axis, presencia/ausencia de cordón umbilical, estado de maceración, presencia/ausencia de órganos, duplicación de estructuras, puntos de fusión entre fetos y otras anormalidades. En la microscopía se comprobaba la impresión macroscópica de la correspondencia de los órganos. Se fue específico en las estructuras en las que se tuviera duda sobre a que correspondían, para procesarlas individualmente anotando exactamente su posición, para realizar una reconstrucción total del caso.

Resultados

El registro comprendió 59 individuos que llegaron para estudio anatomopatológico (autopsia); de estos casos algunos (se debe incluir el porcentaje con la frecuencia absoluta) tenían los dos gemelos fallecidos y otros tenían un hermano vivo. Todos los casos de autopsia llegaron acompañados por la placenta. Los hallazgos de la placenta, macroscópicos y microscópicos, se analizaron siempre en conjunto con los hallazgos de la autopsia, complementando la interpretación de los diagnósticos finales. La población objeto correspondió a este grupo de pacientes sometidos a autopsia clínica. En la tabla 1 se resumen las características de la población. No observamos predominancia en la frecuencia de alguno de los sexos. La mayoría fueron abortos tardíos (entre 12 y 22 semanas de gestación). La principal causa de muerte fueron las infecciones ascendentes (corioamnionitis aguda, funisitis aguda) seguidas del síndrome de transfusión feto-fetal. El resto de

Tabla 1. Características de los embarazos gemelares HUSI 2007-2013

	Variable	Fetos con respectiva placenta (n=59) n (%)
Sexo	Femenino	27 (45,76)
	Masculino	27 (45,76)
	No determinable (ND)	5 (8,48)
	Sin dato	0 (0)
Edad gestacional	2-8	2 (3,39)
	9-12	4 (6,78)
	13-22	31 (52,54)
	23-35	19 (32,21)
	36-40	1 (1,69)
	>40	2 (3,39)
	Sin dato	0 (0,0)
Diagnóstico principal	Abruptio	4 (12,90)
	Acárdico	3 (5,08)
	Accidente del cordón	2 (6,45)
	ADAM	1 (3,23)
	Otras alteraciones del cordón	4 (12,90)
	Cromosómicos	4 (12,90)
	Infecciones ascendentes	11 (35,48)
	Malformaciones	5 (16,13)
	Síndrome de transfusión feto-fetal	8 (25,80)
	THE	2 (6,45)
Otros	14 (23,73)	
Edad de la madre	<18	0 (0)
	18 - 35	27 (87,10)
	>35	4 (12,90)

ADAM: deformidades, adhesiones y mutilaciones amnióticas. THE: Trastorno hipertensivo del embarazo. Accidente del cordón: Circular apretada, nudo verdadero o compresión del cordón. Otras alteraciones del cordón como causa de muerte: inserciones anormales, enrollamiento anormal. *Hay gemelos con Hermano vivo

diagnósticos principales también se leen en la tabla 1; hubo complicaciones del cordón umbilical y trastornos hipertensivos del embarazo (a pesar de que la población era especialmente de segundo trimestre); infecciones transplacentarias STORCH tuvieron baja frecuencia y los casos son previos a la epidemia de Zika.

Entre las gestaciones gemelares, cuyo diagnóstico fue complejo desde el punto de vista de la anatomía patológica, hubo:

- Tres individuos acárdicos, en dos de estos casos los hermanos sobrevivieron y en el tercero, ambos gemelos fallecieron (tabla 2).

- Ocho fetos macerados —contabilizándose 16 individuos, en conjunto con sus hermanos—. De los ocho fetos con muerte intrauterina la maceración fue moderada en dos y severa en seis. En dos de los casos de fallecimiento hubo síndrome de transfusión feto-fetal y en cuatro, alteraciones del cordón umbilical que explican la muerte.

Tabla 2. Embarazos gemelares con feto acárdico

No	Edad	Paridad	Sexo	Semanas gestación	Maceración	Dx. principal	Subcategoría	ALT CU	Vivo
1	27	G2P0E1	ND	ND	Intensa	Acárdico	Amorfo	IV	No
1	27	G2P0E1	F	39	No	RCIU	No aplica	IM	Sí
2	18	G1P0	F	20	Intensa	Acárdico	Acéfalo	IV	No
2	18	G1P0	F	22	Ligera	Normal	No aplica	NO	No
3	26	G5P4	ND	ND	Moderada	Acárdico	Anceps	IPM	No
3	26	G5P4	M	30	No	Normal	No aplica	IPM	Sí

Dx Ppal: Diagnóstico principal; ALT CU: Alteraciones del cordón umbilical; G: Gestaciones, P: partos, E: Embarazos ectópicos, ND: No determinable, F: Femenino, M: Masculino, RCIU: Restricción del crecimiento intrauterino, IV: Inserción velamentosa; IM: Inserción marginal, IPM: Inserción paramarginal

Tabla 3. Embarazos gemelares con feto macerado

No	Edad	Paridad	Sexo	Semanas gestación	Maceración	Dx. principal	ALT CU	Vivo	Peso (g)
1	26	G3P1A1	M	24	Intensa	Alteraciones cordón umbilical	No	No	380
1	26	G3P1A1	M	38	No	Normal	No	Sí	2900
2	25	G2P1	F	30	Moderada	Accidente del cordón	No	No	940
2	25	G2P1	F	32	No	Normal	No	Sí	210
3	31	G1P0	M	17	Intensa	Infecioso ascendente	IV	No	89,5
3	31	G1P0	M	39	No	Normal	No	Sí	2850
4	30	G3P2	M	13	Intensa	Infecioso ascendente	LL	No	30
4	30	G3P2	F	15	No	Infecioso ascendente	No	SD	50
5	18	G1P0	F	36	Intensa	STFF	No	No	820
5	18	G1P0	M	36	No	STFF	No	Sí	2400
6	23	G1P0	F	22	Intensa	Alteración cordón umbilical	IM	No	670
6	23	G1P0	F	34	No	Normal	No	Sí	1570
7	31	G2P1	F	25	Intensa	Alteración cordón umbilical	IV	No	620
7	31	G2P1	F	28	No	Normal	No	Sí	1065
8	36	G3P1A1	M	27	Moderada	STFF	No	No	845
8	36	G3P1A1	M	27	No	STFF	No	Sí	1079

Edad: Edad materna; Sem: Edad gestacional en semanas; Diagnóstico Ppal: Diagnóstico principal; ALT CU: Alteraciones del cordón umbilical; G: Gestaciones, P: partos, A: Abortos, F: Femenino, M: Masculino, IV: Inserción velamentosa; IM: Inserción marginal, LL: Longitud largo; STFF: Síndrome de transfusión feto-fetal

Los dos restantes se asociaron con infección ascendente (tabla 3).

Discusión

Las complicaciones de los embarazos gemelares son variadas desde el punto de vista de la obstetricia y la neonatología, pero también desde el análisis genético, embriológico y del desarrollo en general. Es por ello que el abordaje de tales pacientes debe ser integral. El embarazo gemelar se define como el desarrollo simultáneo de dos fetos en la misma cavidad uterina, la incidencia de gemelos monocigóticos es constante en todo el mundo, aproximadamente 4:1000 nacimientos. La incidencia de embarazos múltiples varía en relación con la edad materna, el uso de la tecnología de reproducción asistida (TRA) y el origen étnico. Estos embarazos se asocian con una mayor tasa de morbilidad y mortalidad neonatal (4). En nuestra casuística predominaron los fetos con infección aguda; esto es esperable ya que las infecciones ascendentes son la primera causa de muerte del segundo trimestre (5). En estos casos los fetos no presentan cambios morfológicos importantes que dificulten su interpretación, ya que usualmente carecen de maceración. El grupo que tuvo cambios morfológicos en los que se requirió aplicar el algoritmo por las dificultades en su examen fueron los fetos intensamente macerados (papiráceos o evanescentes) y los gemelos acárdicos. El principal desafío se presentó ante los fetos acárdicos, tres en total, dos cuyos hermanos nacieron vivos y uno donde el gemelo bomba falleció también. En el caso de las gestaciones con gemelo muerto, especialmente si la maceración es severa, incluso de varios meses, los cambios suelen ser muy marcados; estos además pueden tener malformaciones, disrupciones u otros cambios morfológicos. Tal como en el resto de gestaciones gemelares, las alteraciones en la inserción del cordón

umbilical fueron frecuentes; este dato es de vital relevancia para el equipo tratante ya que estas alteraciones pueden ser las responsables de la muerte de uno los gemelos o de ambos, también se relacionan con las complicaciones de los recién nacidos, alteran la adaptación neonatal o causan abortos espontáneos (6–10).

Los siguientes conceptos son necesarios para el abordaje:

- *Diagnóstico del feto macerado*: La maceración es el conjunto de cambios que se producen en el feto que fallece antes del parto en un ambiente líquido, usualmente aséptico y a más de 37° C que ocurre por la liberación de enzimas que causan autólisis. Estos cambios varían en severidad con el tiempo que ha transcurrido desde la muerte. Se pueden observar en el examen exterior del feto, en el examen interior, en la microscopía del feto y en la microscopía de la placenta (11-14). Los primeros cambios se ven en la piel transcurridas al menos 6 horas después de la muerte in útero, se llama descamación y corresponde a un deslizamiento de la epidermis que deja expuesto el tono rojizo de la dermis. La descamación aumenta y abarca mayores porcentajes de la superficie corporal con el paso del tiempo, se asocia con posterior formación de ampollas hasta la pérdida epidérmica en toda la superficie corporal y con cambio en la coloración de los órganos y del tejido conectivo, que varía desde púrpura hasta grisácea (15, 16). Hay cabalgamiento en los huesos del cráneo, cambios en el color de los labios y los ojos (17), laxitud articular y deshidratación progresiva hasta la momificación. En el terreno de los embarazos gemelares se han incluido los conceptos de *feto evanescente* (18), *feto papiráceo* y *feto compreso* para describir algunos de los fenómenos asociados a muerte intrauterina de uno de los gemelos. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud —OMS— (19), el feto evanescente corresponde a la desaparición

de uno de los embriones o del saco gestacional, en un embarazo que se había corroborado por ecografía como gestación múltiple; ocurre por un proceso de licuefacción que no supone ningún riesgo para el feto sobreviviente en las primeras 14 semanas. El feto papiráceo se observa pequeño y plano como el papiro, en este caso hay una importante deshidratación de los tejidos sin desaparición de los mismos (20). El feto compreso, se interpreta como que el feto sobreviviente ha ejercido compresión sobre su gemelo causando aplanamiento (menos notorio que en el feto papiráceo) y deshidratación como fenómeno predominante, hay preservación de las estructuras externas. Los términos 'papiráceo' y 'compresso' no están delimitados por lo que se pueden mencionar de manera indistinta; sin embargo, los datos antropométricos y la edad gestacional pueden ser de utilidad para diferenciarlos (21). El dilema ante una gestación gemelar es observar un feto con morfología alterada dado el tiempo de retención con respecto a su hermano que llegó a término, hay que determinar si era un feto normal morfológicamente o si estaba malformado (figuras 1A y 1B). Se debe tener en cuenta que la edad gestacional calculada clínicamente puede no corresponder con la arrojada por la antropometría, esto se explica por el hecho de que la muerte intrauterina pudo ocurrir algunos días o semanas antes del diagnóstico: uno de nuestros casos muestra diferencia de dos semanas entre la muerte de los dos gemelos (13 vs. 15 semanas). Para cuando uno de los hermanos alcanza el término, el gemelo restante tendrá una edad gestacional diversa, no siempre precisable.

- *Diagnóstico del gemelo siamés*: Los gemelos siameses se consideran de poca frecuencia, su prevalencia se estima entre 1:50000 a 1:100000 nacimientos. Como todos los eventos asociados con monocigosidad, ocurren de forma

esporádica y no tienen tendencia a recurrir (22, 23). Los gemelos siameses resultan de una incompleta división del disco embrionario, la cual después del día 13 es usualmente incompleta y resulta en la fusión de los gemelos (14, 24); además de los puntos de fusión hay diversos grados de duplicación. El sitio y la extensión de la fusión de los gemelos son variables. La fusión simétrica es más frecuente que la asimétrica. Los sistemas de clasificación se basan en la región anatómica fusionada. El nombre de la región usualmente es seguida por el sufijo de origen griego *pagus*. Estas fusiones son usualmente "anterior-anterior" y pueden incluir más de una región corporal (14). Las fusiones "lado a lado" suelen comenzar en el extremo de la cabeza o los glúteos y tienden a ser extensas. Estas fusiones grandes y laterales que incorporan múltiples regiones, se nombran según la parte anatómica que queda separada, como en el caso de los siameses dicéfalos donde la fusión corresponde al tórax y el abdomen; los más frecuentes son los siameses *toracópagos* (32,7%) y los más raros son los *diprosopus* (0,4%) (25, 26) (figura 1D). Los gemelos *diprosopus* pueden tener una verdadera bifurcación axial de la columna vertebral que contiene dos notocordas completas (27). La clasificación embriológica de los gemelos siameses descrita por Spencer es la siguiente: 1) Con unión ventral —87% de los casos—: cefalópagos 11%, unión desde la parte superior de la cabeza al ombligo; toracópagos 19%, corazón compartido; onfalópagos 18%, incluye tórax inferior (Figura 1C); isquiópagos, parte baja del abdomen y aparato genitourinario; parápagos pelvis y partes variables del tronco. 2) Unión dorsal —13% de los casos—: craneópagos 5%, bóveda craneal; raquípagos 2%, la columna vertebral; pigópagos 6%, unión del sacro (28).

Por otra parte, cuando hay una conjunción grave los gemelos pueden fusionarse en un



Figura 1. Gemelos en gestaciones múltiples de difícil diagnóstico

1A: Feto femenino macerado de 20 semanas de gestación, unido a la placenta. Su hermano gemelo nació normal, a término. 1B: Cara del mismo feto macerado de la Fig 1A. Note los rasgos indefinidos de las estructuras faciales. 1C: Vista inferior de gemelos siameses toracópagos. Detalles de los miembros ayudan en la clasificación del tipo de gemelos siameses. 1D: Siameses diprosopus de 13 semanas de gestación: duplicación únicamente de la cara. 1E: Teratoma congénito intracraneano descendido al cuello. No se evidencia columna vertebral dentro de la masa. 1F: Feto acárdico amorfo con columna vertebral, unido a la placenta. 1G: Feto acárdico acéfalo. Hermano normal nacido a término. 1H: Feto acárdico acéfalo. Hermano normal mortinato. 1I: Feto acárdico anceps. Hermano normal mortinato. 1J: Cara del mismo feto acárdico anceps de la Fig 1I. Note los rasgos indefinidos en la cara. Flecha delgada: esbozo de ojo. Flecha gruesa: esbozo de pabellón auricular. 1K y L: Feto acárdico amorfo; al corte con columna vertebral reconocible.

Nota: los fetos gemelares no incluidos en las tablas (como los siameses) son pacientes no nacidos en el HUSI, consultados al grupo de Patología perinatal HUSI.

conglomerado de tejidos que imita un embarazo único, lo cual puede confundirse con *fetus in fetu* o con teratoma. La búsqueda cuidadosa de la duplicación de las piezas anatómicas, incluyendo cerebro, corazón, hígado, las extremidades y la columna vertebral confirmará el

diagnóstico correcto. En el grupo hemos tenido consulta de fetos siameses toracópagos, dicéfalos y diprosopus (27).

- *Diagnóstico del teratoma congénito:* En la Clasificación Internacional de las Enfermedades para Oncología (ICD-O) y la Nomencla-

tura Sistematizada de Medicina (SNOMED) los teratomas se incluyen dentro de los tumores de células germinales (TCG), son neoplasias derivadas de las células germinales primordiales que en la vida embrionaria migran desde el sistema nervioso central primitivo hasta localizarse en las gónadas (29). Cuando migran erráticamente pueden formar tumores en cualquier sitio, predominantemente en la línea media. Una segunda teoría argumenta que los teratomas se originan de remanentes del nodo primitivo. En la tercera teoría se cree que los teratomas se deben a formación incompleta de gemelos (30, 31). Los teratomas son los tumores más frecuentes en fetos (29), su principal localización es en la región sacro-coccígea (40%), seguidos de los intracraneanos (13,3%), los cervicales (13,1%) y los palatinos y nasofaríngeos (7,7%) (32). Difieren del feto gemelar parásito o *fetus in fetu* en que carecen de axis vertebral y además tienen la tendencia a tener un crecimiento desordenado (33) (figura 1E). Los teratomas son usualmente benignos (34, 35), su potencial maligno —a esta edad en que todos los tejidos son inmaduros— está determinada por el componente de seno endodérmico (36). Un teratoma puede originarse en la placenta y simular un feto acárdico (30, 32). En nuestro departamento hemos tenido cuatro casos de teratomas congénitos, uno de ellos presentó complejidad en relación al diagnóstico diferencial con gestación gemelar.

- *Diagnóstico del feto acárdico*: El feto acárdico es una complicación de las gestaciones gemelares monocigóticas. El denominado 'feto acárdico' es un feto con ausencia parcial o completa de estructura cardíaca (37, 38), es el gemelo receptor (39) y su hermano, el gemelo bomba (40). Se observa en una de cada 100 gestaciones gemelares monocigóticas —incidencia de fetos acárdicos 1:35000 nacimientos— (41),

conocido como secuencia de perfusión arterial reversa por su sigla en inglés TRAP (42). La mayoría de las veces, el gemelo acárdico es acéfalo y tiene ausencia de extremidades superiores con un tronco central y presencia de columna. En más de dos tercios de los casos se encuentra un cordón umbilical con 2 vasos. Por ausencia entre los sistemas circulatorio y linfático, este gemelo frecuentemente desarrolla edema subcutáneo severo y malformación linfática macroquística cervical (higroma quístico), lo cual puede aumentar significativamente su tamaño y distorsionar aún más su anatomía. A pesar del nombre arcádico es posible encontrar en algunos casos corazón. Spencer et al. propusieron los criterios para diferenciar un feto acárdico de un teratoma: 1) el feto acárdico está contenido dentro del saco amniótico; 2) está cubierto por piel normal; 3) tiene partes anatómicas reconocibles, y 4) está unido a la placenta por un cordón umbilical acompañado de anastomosis vasculares ipsilaterales (43). El feto acárdico frecuentemente muestra columna vertebral bien desarrollada con costillas y una zona ósea identificable como base del cráneo. Pueden reconocerse huesos de la pelvis o huesos de las extremidades. El número de alteraciones en los órganos disminuye en dirección cráneo-caudal (44, 45). Morfológicamente se clasifican desde 1902 (46) en:

- Acárdico acéfalo: hay ausencia de cabeza y órganos torácicos —65%— (figuras 1G y H).
- Acárdico anceps: se caracteriza por presencia de cabeza y cara parcialmente formadas y presencia de extremidades superiores parcialmente formadas —22%— (figuras 1I y J).
- Acárdico acormus: sólo desarrollo cabeza, poco frecuente (5%).

- Acárdico amorfo: Es una masa que conserva su estructura axial —8%— (39) (figuras 1F, K y L).

En nuestra observación tuvimos un gemelo amorfo, uno acéfalo y uno anceps (tabla 2).

- *Diagnóstico de fetus in fetu*: El concepto *fetus in fetu* o feto parásito aplica al feto gemelo que vive dentro de su hermano, se presenta usualmente intraabdominal con respecto al feto del que depende. Es una anomalía rara que ocurre en gestaciones gemelares biamnióticas, monocoriales. Se considera secundaria a embriogénesis anormal (47), tal fenómeno es controversial y probablemente es resultado de una división desigual de la masa de células totipotenciales internas del blastocisto, esto resulta

en la inclusión de una pequeña masa dentro del embrión hermano. Esta interpretación hace de ellos parte del espectro de los gemelos siameses. A pesar de la discusión de si representa un teratoma muy diferenciado, se cree actualmente que puede diferenciarse de los tumores (teratomas) en que en él se reconoce segmentación vertebral, organogénesis o ambos; además, en el teratoma hay un potencial maligno mucho más evidente del que se observa en el *fetus in fetu*. La suplencia sanguínea la obtienen usualmente de la arteria mesentérica superior o de los vasos renales. Esta condición es más frecuente en bebés de sexo masculino (2:1) y generalmente se diagnostica en el primer año de vida, aunque se han informado casos en adolescentes (44). No hubo *fetus in fetu* en nuestra casuística.

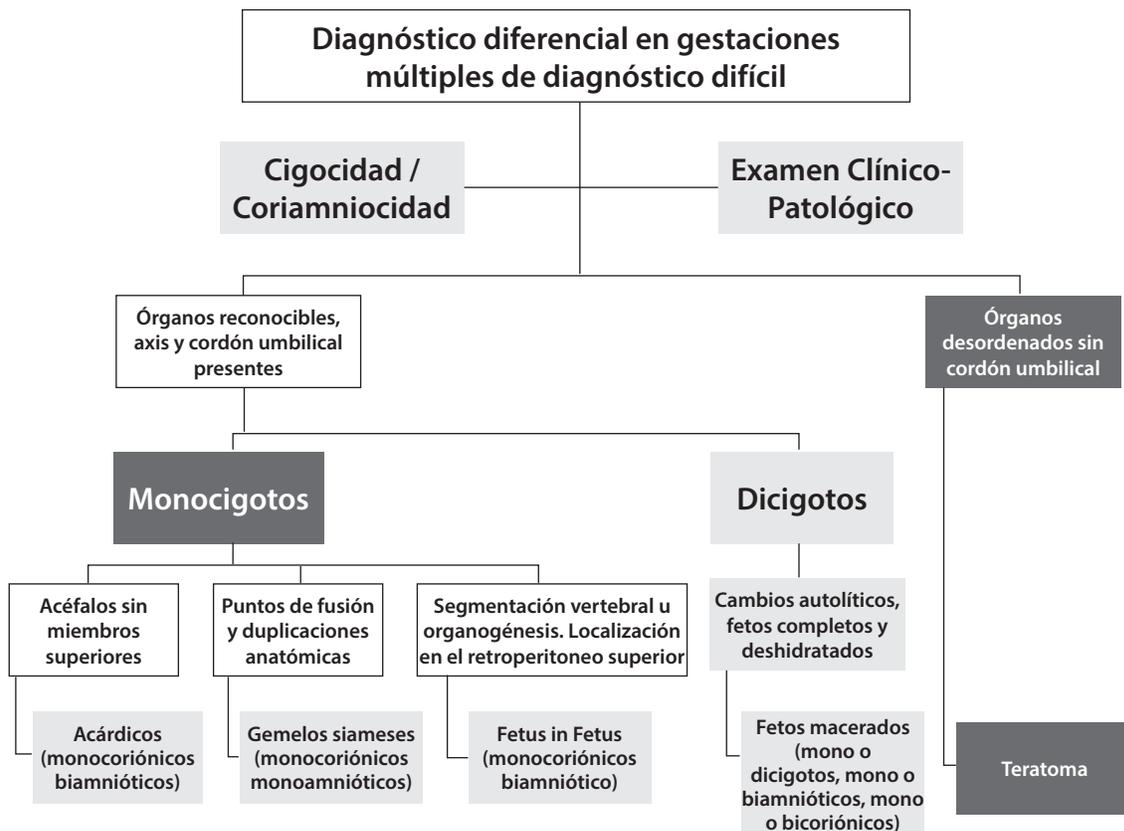


Figura 2. Algoritmo del diagnóstico diferencial en gestaciones múltiples de difícil diagnóstico

No siempre es fácil aplicar los criterios descritos porque se imbrican ciertas de las características, como lo explica el Dr. Machín (48) al ilustrar casos de *fetus in fetu* en los que se debe diferenciar de teratomas sacrococciógeos, ya que como comparten ubicación pueden tener zonas bien diferenciadas con formación de órganos e incluso de extremidades. Aun así, la localización no es estrictamente igual ya que los *fetus in fetu* suelen estar en el retroperitoneo superior y los teratomas suelen presentarse en el hemiabdomen inferior, en gónadas y principalmente en la zona sacrococciógea.

Por estas dificultades en centros de referencia mundial se recomienda continuar informando casos que permitan conocer más a fondo sobre estas complejidades de los embarazos gemelares, en los cuales se estudien cuidadosamente la morfología, las imágenes y las fotografías. En cada estudio debe poderse responder a los siguientes aspectos: 1) si hay una o dos columnas vertebrales más o menos bien diferenciadas; 2) si los dos cuerpos tienen relación vertical como en los diprosopus y dicéfalos o relación horizontal; 3) definir la segmento de unión en cráneo, región caudal o ventral; 4) si los segmentos son simétricos o asimétricos en relación con la línea media, y 5) definir las zonas de mayor sobreposición. Consideramos como los criterios más útiles la cigosidad y la autopsia. Si se tiene seguridad de la cigosidad desde el punto de vista paraclínico, esto ayuda a orientar la primera línea de diagnóstico diferencial. En cuanto a la autopsia, idealmente se

debe iniciar con estudio de Rx, se recomienda con Faxitrón para lograr mejores imágenes de huesos inmaduros. Posteriormente, se deben realizar autopsias cuidadosas con enfoque fetal. Proponemos el algoritmo presetado en la figura 2 como ayuda al diagnóstico diferencial.

Conclusión

Las gestaciones gemelares de difícil diagnóstico requieren un abordaje especial, interdisciplinario y con ayudas iconográficas. Para su diagnóstico se requiere de adecuada información clínica e idealmente de un estudio genético, sobre todo en los casos en que se sospecha una cromosomopatía. Dentro de los hallazgos clínicos más útiles está la definición de cigosidad, y dentro de las observaciones de la autopsia: el cordón umbilical, las membranas ovulares, el axis, la duplicación de estructuras y el grado de maceración.

El algoritmo propuesto permite contribuir al abordaje diagnóstico y a la interpretación de los hallazgos en la autopsia perinatal en este tipo de casos, aportando herramientas y conocimientos al equipo multidisciplinario que las atiende, que incluyen la consejería para embarazos futuros en la familia que presentó una gestación múltiple de difícil diagnóstico.

Financiación

El desarrollo de este trabajo fue financiado por la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana con el concurso del Hospital Universitario San Ignacio.

Referencias

1. Kaplan C. Normal values for placentas. En: Color atlas of gross placental pathology. 2nd. ed. New York: Springer; 2007. p. 119-22. doi: 10.1007/978-0-387-33843-9
2. Olaya CM, Hernández J, Rosero Y, Mendoza D. Implicaciones médicas y legales de la certificación de "nacido vivo" en Colombia. Rev Colomb Obs Ginecol. 2011;62(3):244-9.
3. Olaya CM, Salcedo J, Salazar A, Silva J, Bernal J. Anatomical pathology of the umbilical cord and its maternal and fetal clinical associations in 434 newborns. Pediatr Dev Pathol. 2016;(In press).

4. Fletcher G, Zach T. Multiple Births Workup [internet]. 2015 [citado 2016 jun] Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/977234-overview?src=refgatesrc1>
5. Baergen R. Infectious diseases. En: Manual of and Kaufmann's pathology of the human placenta. New York: 2005; Springer-Verlag. p. 279-318. doi: 10.1007/b138589
6. Blackburn W. Umbilical cord. En: Human Malformation and related anomalies. First. Nueva York: 2006; Oxford University Press. p. 1413-95. doi: 10.1093/med/9780199386031.001.0001
7. Tantbirojn P, Saleemuddin A, Sirois K, Crum CP, Boyd TK, Tworoger S, et al. Gross abnormalities of the umbilical cord: Related placental histology and clinical significance. *Placenta*. 2009;30(12):1083-8.
8. Collins JH, Collins CL CC. Silent risk - Issues about the human umbilical cord [internet]. 2011 [citado 2016 jun]. Disponible en: <http://www.preginst.com/pucp.html>
9. Horn LC, Langner A, Stiehl P, Wittekind C, Faber R. Identification of the causes of intrauterine death during 310 consecutive autopsies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;113(2):134-8. doi: 10.1016/S0301-2115(03)00371-3
10. Stefos T, Sotiriadis A, Vasilios D, Tsirkas P, Korkontzelos I, Avgoustatos E, et al. Umbilical cord length and parity—the Greek experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003;107(1):41-4. doi:10.1016/S0301-2115(02)00307-X
11. Genest DR, Williams MA, Greene MF. Estimating the time of death in stillborn fetuses: I. Histologic evaluation of fetal organs; an autopsy study of 150 stillborns. *Obstet Gynecol*. 1992;80(4):575-84.
12. Genest DR. Estimating the time of death in stillborn fetuses: II. Histologic evaluation of the placenta; a study of 71 stillborns. *Obstet Gynecol*. 1992;80(4):585-92. doi: 10.1097/01.paf.0000257416.68211.20
13. Jacques SM, Qureshi F, Johnson A, Alkatib AA, Kmak DC. Estimation of time of fetal death in the second trimester by placental histopathological examination. *Pediatr Dev Pathol*. 2003;6(3):226-32. doi: 10.1007/s10024-003-8089-9
14. Marchetti D, Belviso M, Marino M, Gaudio R. Evaluation of the placenta in a stillborn fetus to estimate the time of death. *Am J Forensic Med Pathol*. 2007;28(1):38-43. doi: 10.1097/01.paf.0000257416.68211.20
15. Bendon RW, Keeling JW, Khon TY. Pathology of Twinning. En: *Fetal and Neonatal Pathology*. 2nd.ed. London: 2007; Springer. p. 224-39.
16. Genest DR, Singer DB. Estimating the time of death in stillborn fetuses: III. External fetal examination; a study of 86 stillborns. *Obstet Gynecol*. 1992;80(4):593-600. doi: 10.1007/978-3-319-19207-9
17. Wainwright HC. My approach to performing a perinatal or neonatal autopsy. *J Clin Pathol*. 2006;59(7):673-80. doi: 10.1136/jcp.2005.034504
18. Goldman GA, Dicker D, Feldberg D, Ashkenazi J, Yeshaya A, Goldman JA. The vanishing fetus. A report of 17 cases of triplets and quadruplets. *J Perinat Med*. 1989;17(2):157-62. doi: 10.1515/jpme.1989.17.2.157
19. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertil Steril*. 2009;92(5):1520-4.
20. Roca AM, Griabal GM, Nogues TE, Oncins TR, Aragon SM. Vanishing twin y feto papiráceo en el segundo trimestre de la gestación. *Prog Obs Ginecol*. 2009;52(2):118-23. doi: 10.1016/S0304-5013(09)70346-2
21. Luna G, Barragán G CM. Feto compreso y feto pairáceo. Diferencias clínicas, tres casos. *Ginecol Obstet Mex*. 2011;79(5):313-8.
22. Filly RA, Goldstein RB, Callen PW. Monochorionic twinning: sonographic assessment. *AJR Am J Roentgenol*. 1990;154(3):459-69. doi: /pdf/10.2214/ajr.154.3.2106205

23. Taner MZ, Kurdoglu M, Taskiran C, Kurdoglu Z, Himmetoglu O, Balci S. Early prenatal diagnosis of conjoined twins at 7 weeks and 6 days gestation with two-dimensional Doppler ultrasound: a case report. *Cases J.* 2009;2:8330. doi: 10.4076/1757-1626-2-8330
24. Rios LTM, Araujo Júnior E, Nardozza LMM, Nacaratto DC, Moron AF, Martins M da G. Prenatal diagnosis and postnatal findings of cephalothoracopagus janiceps disymmetros: A case report. *Case Rep Med.* 2012;2012:273-526. doi: 10.1155/2012/273526
25. Hähnel S, Schramm P, Hassfeld S, Steiner HH, Seitz A. Craniofacial duplication (diprosopus): CT, MR imaging, and MR angiography findings case report. *Radiology.* 2003;226(1):210-3. doi:10.1148/radiol.2261011754
26. Amr SS, Hammouri MF. Craniofacial duplication (diprosopus): Report of a case with a review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1995;58(1):77-80. doi: 10.1016/0028-2243(94)01937-3
27. Olaya CM, Rojas J, Franco JA. Craniofacial duplication: one of the rarest malformations in humans. *APM.* 2014;20(1):45-8.
28. Spencer R. Parasitic conjoined twins: external, internal (fetuses in fetu and teratomas), and detached (acardiacs). *Clin Anat .* 2001;14(6):428-44. doi: 10.1002/ca.1079
29. Hart I, Gilbert-Barness E. Tumors. En: *Potter's Pathology of the fetus, infant and child.* 2nd. ed.. Philadelphia: 2007; Mosby Elsevier. p. 1677-85. doi: 10.1097/PAP.0b013e318166137a
30. Lakhoo K. Neonatal surgical conditions. *Early Hum Dev.* 2014;90(12):933. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2014.09.015
31. Olaya CM, Gamboa J, Espinosa L, Uribe AM. Teratomas congénitos en el Hospital Universitario San Ignacio. *Univ Med.* 2011;52:442-51.
32. Isaacs H Jr, Gilbert-Barness E. Germ cell tumors. En: *Potter's Pathology of the fetus, infant and child.* 2nd. ed.. Philadelphia: 2007; Mosby Elsevier. p. 1690-7. doi: 10.1097/PAP.0b013e318166137a
33. Gordillo G, Olaya M. Teratoma congénito de origen intracraneano. *Colomb Cancerol.* 2009;13:44-8. doi:10.1016/S0123-9015(09)70151-9
34. Takayasu H, Kitano Y, Kuroda T, Morikawa N, Tanaka H, Fujino A, et al. Successful management of a large fetal mediastinal teratoma complicated by hydrops fetalis. *J Pediatr Surg.* 2010;45(12):e21-4. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2010.08.055
35. Swamy R, Embleton N, Hale J. Sacrococcygeal teratoma over two decades: Birth prevalence, prenatal diagnosis and clinical outcomes. *Prenat Diagn.* 2008;28(11):1048-51. doi: 10.1002/pd.2122.
36. Heerema-McKenney A, Harrison MR, Bratton B, Farrell J, Zaloudek C. Congenital teratoma: a clinicopathologic study of 22 fetal and neonatal tumors. *Am J Surg Pathol.* 2005;29(1):29-38.
37. Chih-Ping C. Acardiac twinning (twin reversed arterial perfusion sequence): A review of prenatal management. *Taiw J Obs Gynecol.* 2005;44(2):105-15.
38. Sepúlveda W, Wong AE, Pons A, Gutiérrez J, Corral E. Secuencia de perfusión arterial reversa (gemelo acárdico): evaluación prenatal y tratamiento. *Rev Chil Ultrason.* 2005;8:118-30.
39. Cruz-Hernandez M, Jaramillo-Valencia JL, Mejía-García N, Gutiérrez-Marín JH, Sanín-Blair JE. Acardius acormus: una presentación atípica en el embarazo gemelar. Revisión de la literatura. *Rev Colomb Obs Ginec.* 2009;60:382-6.
40. Quilez JC, DehesT, Marqués M, Andia D, Fraca M, López M. Feto acardio en gestación gemelar monocorial biamniótica. Síndrome de perfusión arterial inversa gemelar. *Prog Obs Ginecol.* 2011;54(8):436-40. doi:10.1016/j.pog.2011.03.002
41. Obladen M. From monster to twin reversed arterial perfusion: a history of acardiac twins. *J Perinat Med.* 2010;38(3):247-53. doi: 10.1515/JPM.2010.043

42. Hanley LC, Boyd TK, Hecht JL. Acardiac twin presenting as fetus amorphous with an attenuated umbilical cord. *Pediatr Dev Pathol.* 2007;10(6):487-90. doi: 10.2350/07-02-0222.1
43. Bharadwaj MK, Mohana Priya N. A rare complication of monochorionic twin pregnancy: Twin-reversed arterial perfusion (TRAP) sequence. *Med J Armed Forces India.* 2015;71(Suppl 1): S114-5. doi: 10.1016/j.mjafi.2013.06.008
44. Giménez-Scherer JA, Davies BR. Malformations in acardiac twins are consistent with reversed blood flow: liver as a clue to their pathogenesis. *Pediatr Dev Pathol.* 2003;6(6):520-30. doi:10.1007/s10024-002-1002-0
45. Olaya-CM, Castro D. Feto acárdico: la malformación más grave en humanos. *Patol Rev Latinoam.* 2013;51:46-6.
46. Das K. Acardiacus anceps. *J Obs Gynaecol Br Emp.* 1902;4(2):341-55. doi: 10.1111/j.1471-0528.1902.tb15905.x
47. Patankar T, Fatterpekar GM, Prasad S, Maniyar A, Mukherji SK. Fetus in fetu: CT appearance—report of two cases. *Radiolog.* 2000;214(3):735-7. doi: 10.1148/radiology.214.3.r00mr32735
48. Machin G, Gilbert-Barness E. Multiple pregnancies and conjoined twins. En: *Potter's Pathology of the fetus, infant and child.* 2nd. ed. Philadelphia: 2007; Mosby Elsevier p. 355-99. doi: 10.1097/PA-P.0b013e318166137a

PROTOCOLO
**GESTACIÓN GEMELAR MONOCORIAL:
 SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO-FETAL SEVERO (STFF)**

Unidad Clínica de Gestación Múltiple, Área de Medicina Fetal, Servicio de Medicina Materno-Fetal.
 Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona

1. INTRODUCCIÓN: DEFINICIÓN, IMPORTANCIA Y FISIOPATOLOGÍA DEL STFF

El "síndrome de transfusión feto-fetal severo" (STFF) se define como la presencia de la secuencia oligoamnios/polihidramnios graves en una gestación monocorial (MC). El STFF complica un 10-20% de las gestaciones MC, y se considera que es debido a un desequilibrio hemodinámico entre los 2 fetos debido a la presencia de comunicaciones vasculares que hay entre los 2 cordones a nivel de la placenta única. Se acompaña de una elevada morbi-mortalidad perinatal, especialmente en su forma de presentación precoz antes de la semana 26. Dado que la prevalencia de gestaciones gemelares MC se estima constante en 1/250, esta situación se presenta en al menos 1/2.000 gestaciones y por tanto 1/1000 fetos. Esto significa al menos 200-300 casos/año en España, incidencia probablemente subestimada si consideramos el creciente número de gestaciones múltiples y las interrupciones precoces de la gestación atribuidas a esta causa y que no se reflejan en las estadísticas perinatales.

Aunque las comunicaciones vasculares placentarias entre ambos fetos están presentes prácticamente en todas las gestaciones monocoriales, únicamente un 10-20% presentan un STFF. Ello se explica porque este síndrome ocurre únicamente cuando hay un desequilibrio hemodinámico entre ambos fetos, con un balance neto de uno (donante) a otro (receptor). Ello conduce a una secuencia progresiva caracterizada por una situación de hidramnios y vejiga distendida por poliuria, hipervolemia e hiperflujo hemodinámico en el feto receptor, y una situación de oligoamnios y vejiga no identificable por oliguria, hipovolemia, y frecuentemente CIR en el feto donante (stuck twin). Se ha sugerido que la escasez de anastomosis vasculares puede ser una causa de este desequilibrio hemodinámico, dado que habitualmente en las placentas con múltiples anastomosis ocurre un fenómeno de compensación que mantiene el equilibrio hemodinámico. Las alteraciones en la inserción placentaria del cordón umbilical (frecuentemente marginales o velamentosas en gestaciones múltiples) pueden ser asimismo un factor etiopatogénico agravante. La insuficiencia placentaria por anomalía primaria del desarrollo placentario (ver Guía Clínica CIRs), puede contribuir al empeoramiento del síndrome, pero su base fisiopatológica es diferente.

2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE STFF

El diagnóstico prenatal del STFF se basa en la presentación de la secuencia polihidramnios + oligoamnios severos en una gestación monocorial:

1. Secuencia polihidramnios + oligoamnios:
 - a. receptor con polihidramnios (máxima columna vertical LA: > 8 cm si < 20 semanas; > 10 cm si > 20 semanas) y vejiga urinaria distendida
 - b. donante con oligo/anhidramnios (máxima columna vertical LA: < 2 cm) y vejiga urinaria colapsada o no identificable (*stuck twin*)
2. Gestación gemelar monocorial:
 - a. placenta única
 - b. membrana interamniótica fina
 - c. inserción en la placenta de la membrana en 'T' (en contraposición a en 'lambda' o "twin peak", típica de los bicoriales)
 - d. fetos del mismo sexo

La discordancia de peso no se considera un criterio para el diagnóstico prenatal. Tampoco las anomalías en el estudio Doppler son criterio diagnóstico, aunque sí se utilizan para clasificar el grado de severidad del síndrome. Habitualmente el feto donante tiene primariamente una afectación en arteria umbilical mientras que el feto receptor tiene una afectación del retorno venoso primaria por sobrecarga cardíaca. Pero las alteraciones del Doppler no constituyen un dato diferencial entre los fetos, dado que ambos gemelos pueden presentar un estudio Doppler alterado tanto a nivel arterial como venoso.

La severidad del STFF se clasifica en 5 estadios según la clasificación propuesta por Quintero:

- Estadio I: criterios de STFF con vejiga urinaria visible en el feto donante toda la exploración
- Estadio II: no se identifica la vejiga urinaria en el donante
- Estadio III: alteración Doppler crítica o severa en cualquiera de los 2 gemelos
 - ausencia o reversión del flujo en la diástole de la arteria umbilical (en general *donante*)
 - ausencia o reversión del flujo durante la contracción atrial en el ductus venoso, y/o la presencia de pulsaciones en la vena umbilical (en general *receptor*)
- Estadio IV: hidrops fetal en cualquiera de los 2 gemelos, con signos evidentes de insuficiencia cardíaca (en general *receptor*)
- Estadio V: *exitus* de uno o ambos fetos

Los criterios neonatales de diferencia en los valores de hemoglobina no pueden extrapolarse al feto, dado que no se cumplen necesariamente en el período prenatal.

3. ESTUDIO CLÍNICO DEL STFF

Ante la sospecha de STFF, la evaluación ecográfica inicial básica consiste en la valoración de las máximas columnas verticales de líquido amniótico de cada saco, el tamaño de ambas vejigas urinarias y como mínimo un estudio Doppler de la arteria umbilical (especialmente donante) y ductus venoso (especialmente receptor) para realizar el estadiaje.

Antes de plantear un posible tratamiento a la familia, hay que realizar en todos los casos un estudio anatómico completo de ambos fetos. Hay que prestar una atención particular a la presencia de cardiopatías congénitas y del sistema nervioso central, que son de 3 a 4 veces más frecuentes en los gemelos monozigotos. Además, en el caso concreto del STFF podemos encontrar anomalías típicas del síndrome, como las alteraciones funcionales del corazón derecho (estenosis/atresia pulmonar, insuficiencia tricúspide) secundarias a la sobrecarga hipervolémica en el receptor, o también podemos encontrar lesiones cerebrales (ventrículomegalia, quistes porencefálicos) en cualquiera de los gemelos por hipoxia cerebral severa secundaria a las graves alteraciones hemodinámicas que pueden presentar.

También hay que considerar la necesidad de realizar un estudio de los cromosomas, que siempre se hace si se indica la fetoscopia. En general, a no ser que hayan anomalías estructurales sugestivas, es preferible realizar la amniocentesis en el mismo momento de la fetoscopia, y no antes, para no añadir riesgos, como el despegamiento de membranas o el sangrado intracavitario, que pudieran imposibilitar la realización posterior de la fetoscopia.

La valoración de la longitud cervical por ecografía es un paso imprescindible. El polihidramnios severo típico del STFF puede poner a la gestante en situación de amenaza de parto, o de pérdida gestacional precoz. Además, hoy en día sabemos que una acortamiento cervical por debajo de 15 mm es uno de los principales factores de mal pronóstico y de fallo de la terapia fetoscópica. Por este motivo, la opción del papel del cerclaje cervical en casos con acortamiento cervical significativo se individualiza en cada caso.

4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL STFF

El diagnóstico diferencial se plantea frecuentemente con 2 situaciones típicas de la gestación monocorial: el crecimiento restringido selectivo de uno de los 2 gemelos (CIRs) y la simple discordancia de líquidos amnióticos y/o peso fetal estimado.

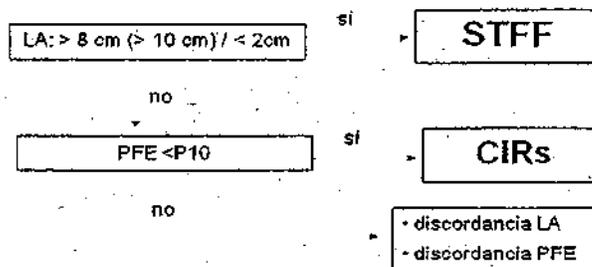
- El diagnóstico del CIR selectivo se basa en (ver Guía Clínica CIRs):
 1. Diferencia en el peso fetal estimado ecográfico $\geq 25\%$ en base al peso del gemelo mayor ($(\text{peso mayor} - \text{peso menor}) \times 100 / \text{peso mayor}$).
 2. Peso fetal estimado del feto CIR $<$ percentil 10.
 3. Ausencia de signos de TFF. Si existe TFF junto con CIRs se define el caso como TFF.

Tabla: Diagnóstico diferencial entre CIRs y STFF

	CIRs	STFF
Discordancia peso	>25 % y PFE feto RCIU <p10	Muy variable
Feto 1 (saco mayor)		
Líquido amniótico	N o algo aumentado	> 8 cm < 20 sg / > 10 cm > 20 sg
Vejiga	N	Muy aumentada
Ductus venoso	N	Pulsatilidad aumentada en grado variable
Feto 2		
Líquido amniótico	No o discretamente reducido (casi siempre >2 cm)	<2 cm
Vejiga	N o discretamente reducida	Muy reducida o no visible

- El diagnóstico de discordancia de líquidos amnióticos o de crecimientos lo realizamos en casos en que no se cumplen estrictamente TODOS los criterios de STFF o de CIRs: hay un polihidramnios (MCV > 8 cm o > 10 cm, si < o > 20 semanas respectivamente) en uno de los sacos, pero con líquido normal en el otro saco; o si por el contrario existe un oligoamnios (MCV < 2 cm) en uno de los sacos con líquido normal en el otro. También contempla los casos límite (por ejemplo: MCVs de 9 cm y 2.5 cm). En estos casos es necesario realizar controles ecográficos semanales para descartar el paso a STFF o CIRs (40-50%).

MC: sospecha de patología por discrepancia aparente en tamaño y/o LA
 Algoritmo para diagnóstico diferencial



5. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

- El tratamiento mediante fetoscopia-láser debe considerarse como la 1ª elección y el 'gold standard' en el STFF, independientemente del estadio (Senat et al, NEJM 2004: nivel de evidencia Ib, grado de recomendación A). Esta técnica es el único tratamiento causal del síndrome, permite la supervivencia de ambos fetos y, en caso de muerte intrauterina de uno de ellos, ejerce un efecto protector sobre el superviviente. La experiencia publicada refiere una supervivencia del 80-90% de al menos uno de los fetos y > 60% de supervivencia de ambos. El riesgo de secuelas neurológicas en el feto superviviente es < 5-10%.
- En casos de STFF con una afectación muy severa de uno de los fetos (estadio IV, lesiones SNC, malformación discordante severa) o por imposibilidad técnica de realizar un láser, una opción a considerar es el feticidio selectivo mediante oclusión o ablación láser del cordón umbilical. Se trata de conseguir la interrupción completa del flujo sanguíneo del cordón umbilical, mediante láser o pinza bipolar, causando la muerte del feto en situación crítica e interrumpiendo completamente la comunicación entre ambos fetos. La tasa de supervivencia del feto no afecto se sitúa en alrededor del 80-90%.
- Otras opciones a tener en cuenta si los padres no aceptan el tratamiento fetoscópico:
 1. Amniodrenajes seriados: reduce el polihidramnios y el riesgo consecuente de APP, prolongando la gestación. La principal limitación de esta técnica reside en el elevado riesgo de secuelas neurológicas (> 20-25%), especialmente en el feto superviviente en caso de muerte de uno de los gemelos. Es planteable a partir de las 28-30 semanas de gestación.
 2. Interrupción del embarazo: es planteable en casos de estadio V, en función de la edad gestacional.

6. TÉCNICA DE LA FOTOCOAGULACIÓN LASER DE LAS COMUNICACIONES VASCULARES

El objetivo de la técnica es la obliteración de todos los vasos comunicantes, convirtiendo una situación de monocorionicidad en una situación de dicorionicidad funcional. Aunque idealmente se realiza la técnica entre las semanas 18 y 26, se han realizado con éxito fetoscopias en casos severos muy precoces a partir de las 15 semanas y, en algunos casos seleccionados, hasta las 30-32 semanas.

Ante el diagnóstico de STFF ofreceremos fetoscopia-láser como tratamiento de elección siempre.

- Si estadios I-II: el tratamiento se puede realizar con un margen de 3-4 días.
- Si estadios III-IV: el tratamiento debe realizarse lo antes posible, preferiblemente en < 24 horas.

Es importante no realizar amniodrenaje 'de prueba' ante estadios I o II para ver si se soluciona el problema, ya que se puede provocar una RPM (5-10% de riesgo), sangrado intracavitario o una

separación de las membranas ('detachment') que podrían imposibilitar o gravar de forma significativa el tratamiento definitivo mediante fetoscopia.

Procedimiento quirúrgico de la fetoscopia:

La fetoscopia se realiza de forma percutánea bajo control ecográfico continuo

- Identificación de la placenta, que se debe evitar durante la inserción del trocar
- Anestesia local con infiltración de piel, pared abdominal y miometrio de 20 cc de levo-bupivacaina al 0.5%. Se acompaña de sedación suave con remifentanilo EV
- Introducción del trocar de 3 mm bajo control ecográfico en la cavidad amniótica del feto receptor (afecto del polihidramnios)
- Se extrae líquido amniótico para estudio cromosómico (QF-PCR) o cariotipo y otros estudios según el caso
- Introducción por el trocar del fetoscopio. Exploración cuidadosa de toda la placenta y de la inserción de los cordones umbilicales, identificándose la membrana interamniótica divisoria con el feto en oligoanhydramnios. Se debe identificar el ecuador vascular y visualizar todas las comunicaciones entre los vasos placentarios y seguirlos hasta su respectivo cordón umbilical. Se utiliza el fetoscopio de 0°. Mediante láser (Diodo, YAG) coagulamos todas las comunicaciones entre ambos gemelos, de forma selectiva y respetando por tanto todos los vasos que son propios de cada feto
- Al finalizar la intervención se realiza amniodrenaje del saco del receptor hasta normalizar la máxima columna vertical, mediante aspiración rápida por la vaina del fetoscopio
- Durante toda la intervención se comprueba mediante ecografía de forma repetida la frecuencia cardíaca de los fetos, la integridad de las membranas, la situación del fetoscopio en la cavidad amniótica y la ausencia de sangrado significativo del útero

7. CONTROLES Y SEGUIMIENTO POST-TRATAMIENTO

- En la mayoría de casos en que se realiza la fetoscopia con éxito, a las 24-48 horas ya se objetivan criterios de curación del síndrome y la paciente puede ser dada de alta hospitalaria. El donante debe recuperar diuresis (vejiga visible + MCV líquido amniótico > 2 cm) y el receptor no reaccumular el polihidramnios. Las alteraciones Doppler pueden tardar aún más en normalizarse, y no siempre lo hacen.
- Recomendamos mantener reposo relativo en domicilio y baja laboral durante el resto de la gestación.
- Realizamos control ecográfico semanal 2-3 veces tras la fetoscopia, y después bisemanales. Hay que realizar un seguimiento especial del estudio Doppler de la arteria cerebral media de cada feto para descartar la instauración de la secuencia anemia-policitemia (TAPS).
- Si no hay complicaciones, se recomienda parto a término

- En un 25% de los casos en estadio III o IV existen alteraciones transitorias en el estudio Doppler venoso e incluso cambios hidròpicos en el feto donante después del láser, debido a la sobrecarga de volumen que tiene un feto aún oligúrico y que ya no envía sangre a su hermano por la interrupción de la transfusión de forma brusca tras el láser. Son signos que no reflejan en general mal pronóstico y suelen remitir en 4-5 días.
- La detección de ausencia/reversión del flujo telediastòlico en la arteria umbilical del donante es el mayor predictor de muerte fetal a pesar de la separación completa del láser. Suele ser por insuficiencia placentaria secundaria a una asimetría en la distribución del territorio placentario que corresponde a cada feto, lo que contribuye al empeoramiento del STFF.

8. ANEXO: TAPS

Corresponde a la secuencia anemia-policitemia: uno de los gemelos está anémico, mientras que el otro está poliglobúlico. Corresponde a la definición pediátrica clásica, postnatal, de la transfusión feto-fetal (diferencia en Hb > 5 g/L). Aunque el mecanismo etiológico coincide con el STFF en que es secundario a comunicaciones vasculares en la placenta única, los fetos no tienen porqué estar hiper o hipovolémicos (como es el caso en el STFF). En estos casos, suele existir una transfusión crónica de mucho menor volumen sanguíneo, a través de anastomosis vasculares de muy pequeño diámetro. Ocurre de forma espontánea en un 5% de las gestaciones MC no complicadas, y en 1-10% después de un tratamiento láser de un STFF severo.

El diagnóstico prenatal se basa en el estudio Doppler del pico de velocidad sistòlico en la arteria cerebral media (PVS-ACM) de ambos gemelos (obligatoriamente las 2 condiciones):

- gemelo 1: > 1.5 MoM (anemia) + gemelo 2: < 0.5 MoM (policitemia)

El tratamiento dependerá de la edad gestacional en el diagnóstico, y de la gravedad del cuadro

1. si no hay hidrops, mantener conducta expectante hasta el parto
2. si hay hidrops o es post-fetoscopia
 - a. transfusión intravascular intrauterina del feto anémico
 - b. fetoscopia-láser de las comunicaciones

9. ANEXO: AMNIODRENAJE

En caso de contraindicación de la fetoscopia, en general por la presencia de dinámica uterina o edad gestacional > 30-32 sg, puede estar indicada la realización de amniodrenajes con el único objetivo de reducir el polihidramnios, y por tanto el parto prematuro, y realizar una maduración fetal. Se repetirá a demanda en función de los controles de LA. El amniodrenaje se basa en extraer líquido amniótico del saco del polihidramnios hasta conseguir una MCV de LA normal.

Técnica del amniodrenaje:

- Utilización de profilaxis antibiótica y tocolisis
- Evitar la septostomía inadvertida puncionando contralateralmente al donante
- Aguja de 18G, con anestesia materna en zona de punción
- Vigilancia continua de la aguja bajo control ecográfico
- Aspiración activa ('de pared') a alta velocidad
- Registro NST posterior

Responsables del protocolo: JM Martínez, E Gratacós
Última actualización: 22/03/2011

Gestación múltiple

<https://www.quironsalud.com/hospital-madrid/es/cartera-servicios/ginecologia-obstetricia/unidad-obstetricia/embarazos-alto-riesgo/gestacion-multiple>

Las gestaciones múltiples son el resultado de la fecundación de dos o más ovocitos, o de la división completa de un huevo fecundado. En el primer lugar los gemelos poseen diferente material genético, y por lo tanto su fenotipo es diferente, y en el segundo se trata de gemelos genéticamente iguales, por lo tanto, del mismo sexo y fenotipo.

La frecuencia del embarazo gemelar es alrededor del 1,2% de los recién nacidos. Mucho más baja es la incidencia de gestaciones de más de dos embriones. En los últimos años ha aumentado el número de gestaciones múltiples, fundamentalmente debido al aumento de las técnicas de reproducción asistida.

Los gemelos pueden compartir la placenta y la bolsa amniótica. Esto va a condicionar el pronóstico y el riesgo de complicaciones durante el embarazo. Si cada gemelo tiene su propia placenta se denomina "bicorial", y si la comparten, "monocorial". Así mismo, cada gemelo puede estar en su propia bolsa amniótica, "biamniótica", o compartirla, "monoamniótica". El tipo de embarazo múltiple con menor riesgo sería el bicorial-biamniótico y el de mayor el monocorial-monoamniótico.

¿Cómo podemos identificar el tipo de gestación múltiple?

El diagnóstico es ecográfico. La ecografía de primer trimestre es fundamental para diagnosticar el número de embriones, el número de placentas y de bolsas amnióticas. Con todo ello, se podrá clasificar la gestación según el riesgo de complicaciones

¿Cuáles son las principales complicaciones de las gestaciones múltiples?

La gestación múltiple se asocia a un mayor número de complicaciones maternas y fetales.

Parto pretérmino

La complicación principal en la gestación múltiple es el parto pretérmino, antes de la semana 37-38 de gestación, y se incrementa de manera proporcional al número de fetos. Se observa entre el 22-39% de las gestaciones gemelares, el 68-100% de los trillizos y el 93-100% de las gestaciones cuádruples.

El diagnóstico precoz es la única prevención de la prematuridad del recién nacido. El nacimiento antes de la semana 34 de gestación conlleva un aumento del riesgo de complicaciones en el recién nacido, debido a la inmadurez de sus órganos.

¿Cómo se predice de amenaza de parto pretérmino?

Durante el embarazo se realiza un control mensual de la longitud del cérvix, ya que es un buen marcador del riesgo de parto prematuro. Es normal que el cérvix de una mujer con una gestación múltiple se vea disminuido por el peso del útero a partir de la semana 24-26 de embarazo, es esta forma, valores por encima de 25 mm se consideran fisiológicos.

El otro factor fundamental que puede provocar una amenaza de parto pretérmino son las contracciones uterinas. En ocasiones, es difícil distinguir las contracciones fisiológicas del embarazo, que se producen al final de la gestación (a partir de la semana 30-32 en los embarazos únicos y a partir de la semana 26-28 en los gemelares) de las contracciones que pueden desencadenar el parto. La diferencia esencial se basa en que, mientras las primeras disminuyen en reposo, las segundas no ceden, y se hacen regulares. Por ello, toda gestante que note dolor abdominal acompañado de sensación de "tripa dura" debe sentarse o tumbarse, y si en 30 minutos, está sensación no ha disminuido o incluso se ha incrementado, debe acudir a urgencias para ser valorada.

Existen tratamientos para frenar un parto pretérmino, siempre y cuando no exista una contraindicación para ello, como por ejemplo, que una infección uterina. Dependiendo de si existen contracciones o simplemente un acortamiento de cuello uterino asintomático, el tratamiento será diferente, así como la necesidad o no de hospitalización. En todos los casos si se diagnostica un aumento del riesgo de parto pretérmino, será necesario disminuir el ritmo de vida y realizar un reposo relativo.

Siempre que aparece una amenaza de parto pretérmino se administra una medicación para acelerar la maduración pulmonar de los fetos y disminuir el riesgo de problemas respiratorios por inmadurez.

Otras complicaciones maternas

Otras complicaciones que pueden desarrollarse en la mujer con gestación múltiple son problemas hipertensivos, diabetes gestacional, problemas hepáticos, infecciones urinarias o anemia. El seguimiento cercano de estas embarazadas se hace imprescindible para prevenir y/o tratar precozmente esta serie de problemas.

Complicaciones fetales

La complicación fetal principal es la restricción del crecimiento intrauterino de uno o los dos fetos. Es muy habitual que los gemelos tengan un crecimiento uterino algo menor que los fetos de gestaciones únicas, esto se considera fisiológico, y no conlleva problemas. Sin embargo, los fetos de embarazos múltiples tienen una probabilidad más alta de desarrollar insuficiencia placentaria, lo que da lugar a una disminución patológica del crecimiento de uno o más de los fetos. En ocasiones esto da lugar a que haya que valorar la finalización de la gestación antes de llegar a la semana 38 de embarazo.

La ecografía es la prueba principal para valorar el crecimiento fetal, así como la presencia de malformaciones, ya que hay que recordar que las gestaciones gemelares tienen un incremento del riesgo de anomalías congénitas.

La muerte intrauterina de uno de los fetos es otra complicación que puede ocurrir en los embarazos múltiples. Su frecuencia oscila entre el 2-7%. En las gestaciones múltiples donde cada feto tiene su propia placenta no conlleva ningún riesgo para el/los feto/s vivos. En las gestaciones monocoriales existe riesgo de embolización, que se asocia con una alta tasa de complicaciones en el feto superviviente. Tras la confirmación del diagnóstico de muerte de uno de los fetos, la tendencia generalizada es a tener una actitud conservadora, aunque su manejo es controvertido.

Complicaciones de la gestación monocorial

El [síndrome de transfusión feto-fetal \(sTFF\)](#) es una complicación particular del embarazo gemelar monocorial, y no sucede si cada feto tiene su propia placenta. El sTFF es una enfermedad en la que uno de los fetos pasa sangre al otro a través de la placenta que comparte, provocando complicaciones en los dos gemelos. Si se diagnostica esta complicación de manera temprana, tiene tratamiento, por ello, el control de las gestaciones monocoriales es más estricto.

Seguimiento de las gestaciones múltiples

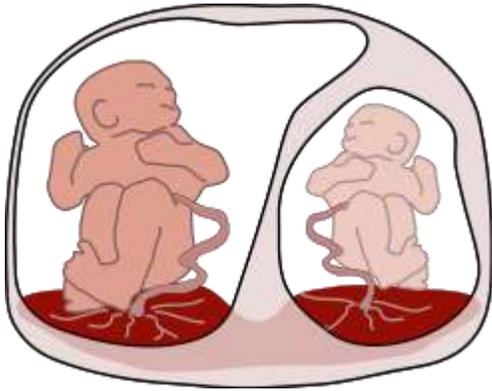
Durante el primer trimestre de la gestación el control del embarazo múltiple no difiere de la gestación única. A partir de la semana 16-18 el control en consulta es mensual en las gestaciones gemelares bicoriales-biamnióticas y quincenal en los demás tipos de gestaciones múltiples. Aumentado la frecuencia de visitas en el tercer trimestre de la gestación.

Cómo es el parto en gestaciones múltiples

La finalización de la gestación mediante parto o cesárea va a depender de la posición fetal y del tipo de gestación múltiple. Se aconseja realizar cesárea en los embarazos de más de dos fetos y si se trata de un gemelar monoamniótico. En los gemelares bicoriales-biamnióticos o monocoriales-biamnióticos se puede realizar un parto vaginal o una cesárea electiva. El parto se aconseja en aquellos donde los dos fetos se encuentran presentado la cabeza (presentación cefálica/cefálica). La realización de un parto vaginal en aquellos embarazos gemelares donde la presentación sea cefálica/podálica va a depender del criterio médico y del deseo de la paciente, conociendo los riesgos y beneficios que éste conlleva. Si el primer feto está en posición podálica (independientemente de cómo esté colocado el segundo), se aconseja realizar una cesárea programada.

Síndrome de transfusión fetofetal

Síndrome de transfusión feto-fetal



Síndrome de transfusión gemelo a gemelo, una de las causas de polihidramnios

Sinónimos

Síndrome de transfusión gemelo a gemelo, TTTS, Twin-to-Twin transfusion syndrome.

El **síndrome de transfusión feto-fetal** (TTTS) es una complicación severa que afecta entre un 10% y un 15%¹ de los embarazos de gemelos idénticos que comparten placenta (monocoriales biamnióticos). Este síndrome consiste en un flujo descompensado de sangre desde uno de los gemelos hacia el otro, a través de anastomosis vasculares presentes en la placenta.

La evolución de esta enfermedad lleva a un feto hipovolémico oligúrico con oligohidroamnios y a otro hipervolémico, poliúrico con polihidroamnios. Es de esta situación de la que se van a derivar los problemas de esta enfermedad que, sin tratamiento, tiene un 90% de mortalidad y de entre los supervivientes un 30%² tienen problemas de desarrollo neurológico.

Los nuevos tratamientos que se han ido desarrollando han mejorado tanto la supervivencia como la cantidad de problemas durante el desarrollo. Actualmente de todos esos tratamientos el de elección es la fotocoagulación con láser endoscópico de las anastomosis arteriovenosas.³



Índice

- [1 Fisiopatología](#)
- [2 Diagnóstico y estadiaje](#)
- [3 Tratamiento](#)
- [4 Referencias](#)

Fisiopatología

La etiología de esta enfermedad se presenta en la estructura de la placenta en la cual los gemelos monocoriónicos suelen tener anastomosis. Las hay arterio-venosas (AV), arterio-arteriales (AA) y veno-venosas (VV). En la población las AV están presentes en el 90-95% de los casos, las AA las encontramos en un 85-90% y las VV solo aparecen en un 15-20%. En situaciones normales el flujo de sangre se encuentra equilibrado pero en las placentas con TTTS hay un menor número de AA⁴ lo que lleva a un desequilibrio entre los flujos. Aunque no es el único factor que influye ya que hay casos de TTTS con esas anastomosis.

La enfermedad puede no estar causada por las uniones entre la placenta si no por desórdenes del eje renina-angiotensina-aldosterona.

Diagnóstico y estadiaje

Para diagnosticar esta patología son necesarios dos criterios. Primero la presencia de un embarazo de gemelos diamnióticos monocoriónicos y la segunda es la presencia de oligohidroamnios (definido por el máximo bolsillo vertical [MVP] < 2cm) y polihidroamnios en el otro (MVP > 8cm). Ambos se pueden estudiar mediante ecografía. También podemos hallar otros signos no diagnósticos que son: un desequilibrio de crecimiento > 20%, una restricción del crecimiento intrauterino y un peso < 10% del estimado para la edad gestacional.⁵

Quintero et al definió en 1999 unos criterios ecográficos que son los que se siguen usando hoy en día por su buena correlación con los estadios de la enfermedad

Estadiaje del síndrome de transfusion fetofetal³

Estadio	Parámetro ecográfico	Criterio diagnóstico
I	MVP de líquido amniótico	MVP < 2cm en el saco del donante y MVP > 8 cm en el saco del receptor
II	Vejiga fetal	No visualización de la vejiga fetal tras 60 minutos de observación
III	Forma de la onda Doppler de la arteria umbilical, el ductus venoso y la vena umbilical	Flujo diastólico en la arteria umbilical ausente o revertido
IV	Hidrops fetal	Hidrops en uno o ambos gemelos

Estadaje del síndrome de transfusión fetofetal³

Estadio	Parámetro ecográfico	Criterio diagnóstico
V	Ausencia de actividad fetal cardiaca	Muerte fetal de uno o de los dos gemelos

En el momento del diagnóstico podemos encontrar la enfermedad en diferentes estadios. El 11 – 15% se encuentran en el estadio I, el 20 – 40% en el estadio II, el 38 – 60% en el estadio III, el 6 – 7% y el 2% se encuentran en el estadio V.³ La evolución de la enfermedad está condicionada por estos estadios y la supervivencia es diferente en cada uno de ellos.

Los pacientes diagnosticados en estadio I tienen una incidencia de resolución de la enfermedad del 85% y una supervivencia ligeramente superior, especialmente cuanto más temprano es el diagnóstico. En conjunto la supervivencia de al menos un gemelo varía desde el 15% hasta el 70 % en función de la gravedad y de la edad gestacional.

No hay estudios randomizados que establezcan una frecuencia para las ecografías para un screening óptimo³ pero si que se han establecido unos factores de riesgo para el desarrollo. La discordancia entre gemelos del crown-lump o de la translucencia nucal; o una inversión o desaparición de la onda A del ductus venoso son factores de riesgo en el primer trimestre. En el segundo semestre la discordancia de crecimiento, una inserción velamentosa de la placenta o la ecogenicidad de la placenta (la porción del donante es hiperecogénica).

Tratamiento

Los tratamientos como la septotomía o la amnioreducción se han abandonada a favor de la fotocoagulación laser ya que los estudios,⁶⁷⁸ han demostrado que este tiene una mayor supervivencia y una menor incidencia de complicaciones neurológicas en los supervivientes.

El objetivo del tratamiento es coagular las anastomosis AV que son las que permiten intercambio de sangre entre los fetos eliminando de esta forma la etiología de la enfermedad. Se hace de manera selectiva, es decir, solo se coagulan esos vasos ya que la muerte fetal intrauterino es menor. Quintero et al. describieron el método selectivo y la forma de identificar los vasos mediante seguimiento de las arterias (son más oscuras porque están desoxigenadas) desde el cordón umbilical hasta el cotiledón y la vena desde el cotiledón hasta el cordón umbilical.²

Existen diferentes modelos de fetoscopios para este procedimiento pero no se ha demostrado que ninguno sea mejor. Los hay con ángulo y rectos que se usarán en función de la situación, de las preferencias y habilidad del cirujano.

El láser no es de dióxido de carbono porque el agua lo absorbe y no es funcional por eso son de nd:YAG o de diodo aunque es este primero el más apropiado porque tiene un menor coste, es de un menor tamaño y su longitud de onda es más apropiada para los vasos.¹⁰

Los resultados del tratamiento de la enfermedad fuera del intervalo de 17 a 26 semanas no se diferencian pero esta suele ser más benigna en su desarrollo por lo que no suele ser necesario tratarlos ya que los resultados son similares. Hay complicaciones añadidas a estas operaciones como que a <17 no halla suficiente líquido para llevar a cabo la operación. La operación pues, tiene más riesgo en estos grupos y debe reservarse a situaciones especiales en las que si que se puedan beneficiar de este procedimiento.¹¹

En el estadio I no hay muchos estudios randomizados que comparen la conducta expectante con el tratamiento con láser. Solo se llevó a cabo en 6 pacientes del Eurofetus Trial⁶ y en algunos otros estudios no randomizados. Los datos tras el tratamiento sugieren que la tasa de supervivencia de los dos gemelos (75%) y la tasa de supervivencia general (83%) es equiparable a la conducta expectante por lo que es esta última la que se elige ante un feto en estadio I de TTTS.

Para los estadios II, III, y IV es también el tratamiento de elección ya que, aunque no hay estudios randomizados que lo comparen con una conducta expectante se asume, que por la historia natural de la enfermedad este procedimiento es mejor.

En el estadio V, la muerte de uno de los fetos, no se ha demostrado que aumente la supervivencia este tratamiento pero si que la fotocoagulación mejora los resultados en el desarrollo neurológico.

Referencias

1.

- Fisk, N M, G J JDuncombe, and M H FSullivan. "The basic and clinical science of twin-twin transfusion syndrome." *Placenta* 30.5 (2009):379-390.
- • Lopriore, Enrico, DickOepkes, and Frans JWalther. "Neonatal morbidity in twin-twin transfusion syndrome." *Early human development* 87.9 (2011):595-599.
- • Simpson, Lynn L. "Twin-twin transfusion syndrome." *American journal of obstetrics and gynecology* 208.1 (2013):3-18.
- • De Paepe, M E, et al. "Placental markers of twin-to-twin transfusion syndrome in diamniotic-monochorionic twins: A morphometric analysis of deep artery-to-vein anastomoses." *Placenta* 31.4 (2010):269-276.
- • Danskin, F H, and J P PNeilson. "Twin-to-twin transfusion syndrome: what are appropriate diagnostic criteria?" *American journal of obstetrics and gynecology* 161.2 (1989):365-369.
- • Senat MV, Deprest J, Boulvain M, Paupe A, Winer N, Ville Y. "Endoscopic laser surgery versus serial amnioreduction for severe twintotwin transfusion syndrome." *N Engl J Med* 2004;351:136-44.
- • Moise KJ Jr, Dorman K, Lamvu G, et al. "A randomized trial of amnioreduction versus septostomy in the treatment of twin-twin transfusion syndrome." *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193:701-7.

- • Crombleholme TM, Shera D, Lee H, et al. "A prospective, randomized, multicenter trial of amnioreduction vs selective fetoscopic laser photocoagulation for the treatment of severe twin-twin transfusion syndrome." *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:396.e1-9.
- • Quintero RA, Comas C, Bornick PW, Allen MH, Kruger M. "Selective versus non-selective laser photocoagulation of placental vessels in twin-to-twin transfusion syndrome." *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;16:230-6.
- • Yao-Lung Chang, "Fetoscopic guide laser therapy for twin-twin transfusion syndrome." *Gynecology and Minimally Invasive Therapy*, Volume 2, Issue 1, February 2013, Pages 8-12, ISSN 2213-3070, 10.1016/j.gmit.2012.12.002.
- Baud, David, et al. "Fetoscopic laser therapy for twin-twin transfusion syndrome before 17 and after 26 weeks' gestation." *American journal of obstetrics and gynecology* 208.3 (2013):197.e1-197.e7.