



JURISDICCION ORDINARIA

Generar Carátula

Guardar PDF

Acuerdos 1472 (Civil) 1480 (Laboral) 1667 (Familia) de 2002
y 10443 de 2015 (Actualiza grupos de reparto Civil y Familia)

Especialidad: CIVIL DEL CIRCUITO

Grupo de reparto: 01

Nombre: PROCESOS VERBALES

Partes del proceso

Identificación
C.C. Cédula de ciudadanía / Nit.

Nombre(s) y Apellido(s)

DEMANDANTE(S)

DELLANIRA RALLO MONTAÑO
FRANCISCO RODRIGUEZ HUERTADO
ASLEIDY RODRIGUEZ RALLO

DEMANDADO(S)

NUEVA EPS

APODERADO

GHINA MARCELA RENZA ARAMBURO

Cuadernos: 1

Folios: 155

Anotaciones especiales (documentos originales / folio) / Observaciones

Sin Observaciones

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **66.930.266**

RALLO MONTAÑO

APELLIDOS
DELLANIRA

NOMBRES

Dellanira Montano

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **11-ABR-1965**

TIMBIQUI
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

02-NOV-1995 PRADERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-3108200-00037781-F-0066930266-20000804 0001766302A 1 3190006940

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 6.402.494
RODRIGUEZ HURTADO

APELLIDOS
FRANCISCO

NOMBRES
Francisco Rodriguez



FECHA DE NACIMIENTO 11-MAY-1962
CC SAN BERNARDO
TIMBIQUI (CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

25-JUL-1980 PRADERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JOSE CARLOS SALASO VACA

INDICE DERECHO



A:8108200-00991897-M-0006402494-20180405 0060612446A 1 319488888

CITACIÓN

Se hace constar el envío de las debidas comunicaciones a los correos electrónicos suministrados en la solicitud de conciliación: Convocante asleidy719@gmail.com y Convocado asleidy719@gmail.com. Además, se contactó mediante comunicación vía celular 3136209209 - 3206676151 y correo electrónico asleidy719@gmail.com

AUTORIZACIÓN

Teniendo en cuenta el Decreto 491 de 2020 artículo 11, Ley 527 de 1999 y demás normas concordantes, las partes de común acuerdo autorizan a la Conciliadora para que inserte su firma escaneada al presente documento.

DETERMINACIÓN Y CONSIGNACIÓN DE LA SOLUCIÓN O ACUERDO LOGRADO

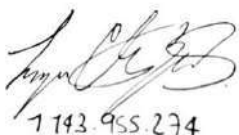
Una vez propuesta las diferentes fórmulas de arreglo dentro de un ambiente de imparcialidad y legalidad se llegó a un acuerdo Declaración de la unión marital de hecho y de la sociedad patrimonial que se detalla en los siguientes puntos:

1. Declaran de mutuo acuerdo y de manera libre y espontanea los señores **Dellanira Rallo Montaña y Francisco Rodríguez Hurtado** que entre ellos existe una unión marital de hecho, y conforman una comunidad de vida permanente, singular y estable desde 07 de junio de 1991, la cual continua vigente.
2. Igualmente declaran con base en lo anterior, la existencia de la sociedad patrimonial entre compañeros permanentes en razón de haber convivido por más de dos años y no existir ninguna otra sociedad conyugal o patrimonial vigente.
3. Las partes aceptan que, por el hecho de constituir una familia mediante la unión marital de hecho, se derivan unas obligaciones de índole personal y patrimonial entre los compañeros permanentes, acuerdo total las cuales se comprometen a cumplir desde el momento de esta declaración.

En este estado y por haber llegado las partes a un acuerdo la unión marital de hecho, se derivan unas obligaciones de índole personal y patrimonial entre los compañeros permanentes, acuerdo total, se les reitera a las partes que la presente acta contentiva del acuerdo **presta mérito ejecutivo** en concordancia con el artículo 66 de la ley 446 de 1998 y las demás normas concordantes, y con las excepciones explicadas por el (la) Conciliador (a) **hará tránsito a cosa juzgada**.

Dada la situación de emergencia sanitaria presentada en el territorio nacional, siguiendo las instrucciones y recomendaciones del Gobierno y en virtud de lo establecido por el Decreto 417 del 17 de marzo de 2020 "Por el cual se declara un Estado Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional", las partes en expresa manifestación de voluntad desarrollaron la audiencia de conciliación por medios electrónicos.

Para constancia y con la anuencia de las partes en la fecha se efectúa la grabación en video y audio del presente acuerdo con el objeto de que el mismo se constituya en un mensaje de datos que sea admisible y objeto de prueba en los términos del literal (a) del artículo 2 y del artículo 10 y siguientes de la ley 527 de 1999.



1.143.955.274

Liza Cristina Agudelo Sanchez
Conciliadora (a)
1.143.955.274 de Cali



Santiago Garzon Portilla
Profesor Asesor del Centro de Conciliación
C.C 1.144.048.476
T.P: 275.814 C.S.J.

**CENTRO DE CONCILIACIÓN DEL CONSULTORIO JURÍDICO DE LA FACULTAD DE
DERECHO DE LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA - CALI**

**Código
Centro
2114**

CERTIFICADO DE REGISTRO DEL CASO

ACTA - CONCILIACIÓN TOTAL

Número del Caso en el centro: 02830 **Fecha de solicitud:** 2 de septiembre de 2021
Cuántía: CUANTIA **Fecha del resultado:** 17 de septiembre de 2021
INDETERMINADA

CONVOCANTE(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	66930266	DELLANIRA RALLLO MONTAÑO

CONVOCADO(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	6402494	FRANCISCO RODRIGUEZ

Area:	Tema:	UNIÓN MARITAL DE HECHO
FAMILIA	Subtema:	DECLARACION DE UNIÓN MARITAL DE HECHO

Conciliador: LIZA CRISTINA AGUDELO SANCHEZ

Identificación: 1143955274

El presente documento corresponde al registro del caso en el Sistema de Información de la Conciliación, el Arbitraje y la Amigable Composición -SICAAC del Ministerio de Justicia y del Derecho, de conformidad con lo señalado en el artículo 2.2.4.2.7.7 del Decreto 1069 de 2015. Una vez se ha verificado el cumplimiento de los requisitos formales establecidos en el artículo 1º de la Ley 640 de 2001 y corroborada la adscripción del (la) conciliador(a) a este Centro de Conciliación. Las primeras copias del acta prestan mérito ejecutivo y hacen tránsito a cosa juzgada en los casos y para los efectos establecidos en la ley. El original del acta y la copia de los antecedentes del trámite reposan en los archivos de este Centro de Conciliación.

En constancia de lo anterior, se suscribe por el (la) Director(a) del Centro:

Identificador Nacional SICAAC	
N° Caso:	1727763
N° De Resultado:	1629403

Firma:

Nombre: HEIDI - GUZMÁN ESCOBAR

Identificación: 31853665



REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.112.223.218**
RODRIGUEZ RALLO

APELLIDOS
ASLEIDY

NOMBRES
Asleidy Rodriguez R
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-ABR-1990**
PRADERA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

08-ABR-2008 PRADERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sanchez Torres*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-3108200-00079982-F-1112223218-20080927 0003783065A 1 26791600

ORDINALES DE LOS MESES: 01 FEBRERO 02 MARZO 03 ABRIL 04 MAYO 05 JUNIO 06 JULIO 07 AGOSTO 08 SEPT. 09 OCTUBRE 10 NOV. 11 DICI. 12

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL

2 2076247

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No.

1 Parte básica 2 Parte compl.
9 0 04 06

OFICINA DE REGISTRO CIVIL

3 Clase (Notaría, Consultorio, Registraduría, Estado Civil, Inspección, etc.)

NOTARIA UNICA

4 Municipio y Departamento

PRADERA VALLE

5 Código

6470

INSCRITO

6 Primer apellido

RODRIGUEZ

7 Segundo apellido

RALLO

8 Nombres

ASLEIDY

SEXO

9 Masculino o Femenino

10 Femenino ☒ Masculino ☐

FECHA DE NACIMIENTO

11 Día 12 Mes 13 Año

06 ABRIL 1990

LUGAR DE NACIMIENTO

14 País

COLOMBIA

15 Departamento, Int. o Com.

VALLE

16 Municipio

PRADERA

DATOS DEL NACIMIENTO

17 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento

AREA URBANA DE PRADERA VALLE

18 Hora

19 Documento presentado - Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.)

TESTIGOS

20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento

TESTIGOS

MADRE

22 Apellidos (de soltera)

RALLO MONTAÑO

23 Nombres

DELLANIBRA

24 Edad al momento del parto

25

25 Identificación (clase y número)

NO PRESENTE DOCUMENTO

26 Nacionalidad

COLOMBIANA

27 Profesión u oficio

HOGAR

PADRE

28 Apellidos

RODRIGUEZ HURTADO

29 Nombres

FRANCISCO

30 Edad al momento del nacimiento

28

31 Identificación (clase y número)

CC.6.402.494 PRADERA VALLE

32 Nacionalidad

COLOMBIANA

33 Profesión u oficio

OBRAERO

DETESTIGO

34 Identificación (clase y número)

CC.6.402.494 DE PRADERA VALLE

35 Firma (autógrafa)

Francisco Rodriguez Hurtado

36 Dirección postal

CALLE 1 B No. 1-74 PRADERA VALLE

37 Nombre

FRANCISCO RODRIGUEZ HURTADO

TESTIGO

38 Identificación (clase y número)

CC.29.522.596 DE SAN ANTONIO

39 Nombre

AMELIA MONTAÑO DE RODRIGUEZ

TESTIGO

40 Domicilio (Municipio)

CC.16.238.100 DE PALMIRA VALLE

41 Nombre

AMELIA MONTAÑO DE RODRIGUEZ

FECHA DE INSCRIPCION

42 Identificación (clase y número)

CC.16.238.100 DE PALMIRA VALLE

43 Firma (autógrafa)

AMELIA MONTAÑO DE RODRIGUEZ

44 Domicilio (Municipio)

CALLE 10 No. 14-11 PRADERA VALLE

45 Nombre

LUIS ALBERTO SUAREZ

46 Día

06

47 Fecha en que se sienta este registro

SEPTIEMBRE

48 Año

1995

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

49 Nombre actual del declarante que se hace el registro

Forma DANE

RECONOCIMIENTO DE HIJO EXTRAMATRICONAL

59 Para efectos del artículo primero de la Ley 75 de 1968 reconozco a la persona a quien se refiere esta acta como hijo extramatrimonial en la persona de DOÑA PRADERA VALLE de ella misma

Firma del Padre

Nro. Documento de Identidad

8.402.494 DE PRADERA VALLE.

Nombre Completo del Padre

FRANCISCO RODRIGUEZ MURIADO.

Dirección Residencia

CALLE 18 No. 2-74 PRADERA VALLE

Nombre del Funcionario ante quien se hizo el reconocimiento

DR. GUILLERMO BARRONA SOSA

Firma de la Madre

Nro. Documento de Identidad

NO PRESENTE.

Nombre Completo de la Madre

DELL MIRA ABELIO MONTAÑO.

Dirección Residencia

CALLE 18 No. 2-74 PRADERA VALLE.

Nombre del Funcionario ante quien se hizo el reconocimiento

DR. GUILLERMO BARRONA SOSA.

60 NOTAS

ANOTADO AL L.V. No. 1 EL DÍA DE 1995.
DE FECHA 06 DE SEPTIEMBRE DE 1995.



LA SUSCRITA NOTARIA UNICA ENCARGADA DEL CIRCULO DE PRADERA VALLE

CERTIFICA

Que el presente DOCUMENTO es fiel COPIA AUTENTICA tomada de su original que reposa en el archivo de esta NOTARIA Y corresponde a los REGISTROS DE NACIMIENTO INDICATIVO SERIAL O FOLIO No 22076247

VALIDO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES Y/O DEMOSTRAR PARENTESCO

Pradera Valle,

DRA. ANA MILENA IBARRA LATORRE

Notaria Única Encargada del Circulo de Pradera Valle

23 SEP 2022



CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

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

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
Sigla: NUEVA EPS S.A.
Nit: 900.156.264-2
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 01708546
Fecha de matrícula: 31 de mayo de 2007
Último año renovado: 2021
Fecha de renovación: 26 de marzo de 2021
Grupo NIIF: GRUPO II

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Cra 85K No. 46A-66 Piso 2 Y 3
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: tributaria@nuevaeps.com.co
Teléfono comercial 1: 4193000
Teléfono comercial 2: No reportó.
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Cra 85K No. 46A-66 Piso 2 Y 3
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: secretaria.general@nuevaeps.com.co
Teléfono para notificación 1: 4193000
Teléfono para notificación 2: No reportó.
Teléfono para notificación 3: No reportó.

La persona jurídica NO autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

Administrativo.

Agencia: Bogotá (10), Ubaté, Zipaquirá, Fusagasugá.

Que por Acta No. 15 de la Junta Directiva, del 11 de julio de 2008, inscrita el 29 de agosto de 2008 bajo el número 168197 del libro VI, la sociedad de la referencia decretó la apertura de una sucursal en la ciudad de: Bogotá.

CERTIFICA:

Que por Acta No. 15 de la Junta Directiva, del 28 de julio de 2008, inscrita el 21 de octubre de 2008 bajo el número 170780 del libro VI, la sociedad de la referencia decretó la apertura de una sucursal en la ciudad de: Bogotá (regional centro oriente).

CONSTITUCIÓN

Por Escritura Pública No. 0000753 del 22 de marzo de 2007 de Notaría 30 de Bogotá D.C., inscrito en esta Cámara de Comercio el 31 de mayo de 2007, con el No. 01134885 del Libro IX, se constituyó la sociedad de naturaleza Comercial denominada NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A..

ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE

Que mediante Oficio No. 0014 del 11 de enero de 2017, inscrito el 25 de enero de 2017 bajo el No. 00158414 del libro VIII, el Juzgado Noveno Civil del circuito de Oralidad Santiago de Cali-Valle, comunicó que en el proceso verbal responsabilidad civil extracontractual, de: Luz Hermilia Mondragón Sandoval, Fanny Rubiela Mondragón Sandoval Y Leidy Johanna Mondragón Sandoval, contra: NUEVA EPS S.A., y PROVIDA FARMACEUTICA S.A.S., se decretó la inscripción de la demanda civil sobre la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 2675 del 08 de noviembre de 2019, inscrito el 19 de Diciembre de 2019 bajo el No. 00182186 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito en Oralidad de Armenia (Quindío), comunicó que en el proceso ejecutivo No. 630013103003-2018-00280-00 de: ENDODIAGNOSTICOS SAS, Contra: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

S.A. - NUEVA EPS S.A., se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 0225 del 17 de marzo de 2021, el Juzgado 4 Civil del Circuito de Manizales (Caldas), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal de responsabilidad civil contractual (medica) No. 1700131030042021-00042-00 de Gustavo Saldarriaga CC. 10.249.907, Maria Stella Salazar Arevalo CC. 30.2980519, Diana Carolina Saldarriaga Salazar CC. 1053778392 (en su propio nombre y en representación del menor D.L.S). R.C. 1054878178, Vanessa Saldarriaga Salazar CC. 1053793139 (en su propio nombre y en representación de la menor A.P.S) R.C 1054879211, Luis Fernando Saldarriaga CC.10.238.665, Guillermo Ivan Saldarriaga CC. 10.269.345, Contra: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 7 de Abril de 2021 bajo el No. 00188481 del libro VIII.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 22 de marzo de 2057.

OBJETO SOCIAL

La sociedad tendrá como objeto social la realización de las actividades propias de una entidad promotora de salud y, como tal, podrá, realizar, entre otras, las siguientes actividades: A. Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al sistema general de seguridad social en salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al fondo de solidaridad y garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios. B. Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

enfermedades costosas en el sistema. Movilizar los recursos para el funcionamiento del sistema de seguridad social en salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del fondo de solidaridad y garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato. D. Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el plan obligatorio de salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las unidades de pago por capitación correspondientes. Con este propósito gestionará y coordinará la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con instituciones prestadoras y con profesionales de la salud; implementará sistemas de control de costos; informará y educará a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerá procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud. E. Organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos profesionales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia. F. Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al plan obligatorio de salud. En desarrollo de su objeto social la sociedad podrá: (1) Abrir sucursales, agencias o establecimientos de comercio dentro y fuera del país. (2) Participar con personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras, de derecho público o privado, en Colombia y en el exterior en la constitución de sociedades, asociaciones, corporaciones o fundaciones que tengan un objeto igual, similar, conexo, complementario, necesario o útil para desarrollo del objeto social de la sociedad. (3) Adquirir participaciones sociales o derechos en sociedades, asociaciones, corporaciones ya existentes, o formar parte de fundaciones previamente constituidas, que tengan un objeto igual, similar, conexo, complementario, necesario o útil para el desarrollo del objeto social de la sociedad. (4) Enajenar participaciones sociales o derechos en personas jurídicas en las que tenga participación. (5) Ser accionista de sociedades por acciones simplificadas, desde su constitución o con posterioridad, que tengan un objeto igual, similar, conexo, complementario, necesario o útil para el desarrollo del objeto social de la sociedad; conformar o asumir cualquier forma asociativa o de colaboración empresarial con personas naturales o jurídicas para adelantar, actividades relacionadas con el objeto social, así como las conexas o complementarias. (6) Adquirir, enajenar, gravar, administrar, recibir

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

o dar en arrendamiento o a cualquier, otro título toda clase de bienes muebles o inmuebles, corporales o incorporeales. (7) Celebrar con establecimientos de crédito, entidades financieras; con compañías aseguradoras y con otras entidades nacionales sometidas a vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, o extranjeras sujetas a supervisión estatal análoga en su respectivo domicilio, toda clase de operaciones propias de su objeto, dando o recibiendo las garantías del caso, cuando haya lugar a ellas. (8) Girar, aceptar, endosar, asegurar, cobrar y negociar títulos valores y cualquier otra clase de créditos. (9) Transigir, desistir y apelar las decisiones de jueces, árbitros o de amigables compondores en las cuestiones en que tenga interés. (10) Participar en licitaciones públicas, privadas, concursos e invitaciones cuyo objeto sea contratar bienes o servicios relacionados con su objeto social. (11) Importar y distribuir con destino exclusivo a los afiliados de la NUEVA EPS, medicamentos huérfanos, vitales no disponibles o de producción exclusiva que no se comercializan en el mercado colombiano. (12) Celebrar, en Colombia o en el exterior, toda clase de acuerdos, convenios, contratos y negocios jurídicos típicos o atípicos, en tanto correspondan o tengan relación con el desarrollo del objeto social o las funciones que le fueron asignadas a la sociedad, o con el desarrollo de operaciones subsidiarias o complementarias de aquellas, y en general, todos los actos y contratos preparatorios, complementarios, accesorios o que se deriven de todos los anteriores, los que se relacionan con la existencia, defensa y funcionamiento de la sociedad.

CAPITAL*** CAPITAL AUTORIZADO ***

Valor : \$684.503.000.000,00
No. de acciones : 29.761.000,00
Valor nominal : \$23.000,00

*** CAPITAL SUSCRITO ***

Valor : \$295.059.709.000,00
No. de acciones : 12.828.683,00
Valor nominal : \$23.000,00

*** CAPITAL PAGADO ***

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

Valor : \$295.059.709.000,00
No. de acciones : 12.828.683,00
Valor nominal : \$23.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

La representación legal de la sociedad corresponde al presidente elegido por la Junta Directiva, por periodos de un año. Serán suplentes del representante legal el secretario general y jurídico y dos vicepresidentes, elegidos por la junta directiva, quien podrá removerlos en cualquier tiempo. Tendrán la representación legal los gerentes de las regionales, quienes la podrán ejercer, dentro de su respectiva regional, y en las oficinas zonales o agencias que pertenezcan a su regional con las restricciones que la Junta Directiva reglamentara para tal efecto.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

Son funciones del representante legal de la sociedad: (A) Asistir a las reuniones de la Asamblea General de accionistas ordinarias y extraordinarias, con voz pero sin voto; (B) Representar legalmente a la sociedad; (C) Celebrar y ejecutar todo acto o contrato que requiera la sociedad y ser el ordenador del gasto de los recursos relacionados con ellos, cuya cuantía no exceda cinco mil salarios mínimos mensuales legales vigentes (5.000 SMMLV) por contrato. Cuando exceda en este momento se requerirá la autorización previa de la Junta Directiva, se exceptúan todos aquellos cuyo objeto sea la prestación de servicios de salud, las inversiones financieras temporales y la compra de medicamentos, aspectos para, los cuales el presidente no tendrá límite de cuantía, pero si la obligación de informarlos a la junta directiva, una vez celebrados; (D) Cumplir y hacer que se cumplan las disposiciones legales, estatutarias y reglamentarias; (E) Manejar los haberes sociales y negocios de la empresa en el ámbito de su competencia; (F) Consultar con la junta directiva los asuntos que considere necesario o conveniente, sin perjuicio de la responsabilidad que a él le competa; (G) Contratar y remover los trabajadores de la sociedad que sean de su competencia; (H) Presentar a la junta directiva para su examen y autorización los estados financieros; (i) Presentar a la junta directiva un informe mensual de

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

sus actividades; (J) Convocar a la asamblea general de accionistas a reuniones ordinarias y extraordinarias; (K) Presentar a la asamblea general de accionistas para su aprobación o improbación los estados financieros de cada ejercicio, previo examen y autorización de la junta directiva y (L) Desempeñar las demás funciones que conforme a la ley y a los presentes estatutos le correspondan.

NOMBRAMIENTOS**REPRESENTANTES LEGALES**

Por Acta No. 31 del 30 de octubre de 2009, de Junta Directiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 19 de noviembre de 2009 con el No. 01341688 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Presidente	Jose Fernando Cardona Uribe	C.C. No. 000000079267821

Por Acta No. 160 del 25 de julio de 2018, de Junta Directiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 1 de agosto de 2018 con el No. 02362566 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Secretario General Y Juridico	Adriana Jimenez Baez	C.C. No. 000000035514705
Vicepresidente De Salud	Danilo Alejandro Vallejo Guerrero	C.C. No. 000000019374852

Por Acta No. 117 del 14 de abril de 2015, de Junta Directiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 5 de mayo de 2015 con el No. 01936089 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Suplente Del Presidente	Juan Carlos Isaza Correa	C.C. No. 000000079406809

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

JUNTA DIRECTIVA

Por Acta No. 30 del 29 de marzo de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 19 de mayo de 2021 con el No. 02706803 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Enrique Vargas Lleras	C.C. No. 000000000193431
Segundo Renglon	Nestor Ricardo Rodriguez Ardila	C.C. No. 000000019189652
Tercer Renglon	Nelson Rafael Gnecco Iglesias	C.C. No. 000000017063701
Cuarto Renglon	Ciceron Fernando Jimenez Rodriguez	C.C. No. 000000003002262
Quinto Renglon	Faruk Urrutia Jalilie	C.C. No. 000000079690804

SUPLENTE

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Jorge Alberto Ospina Londoño	C.C. No. 000000019168176
Segundo Renglon	Carlos Hugo Estrada Nieto	C.C. No. 000000003295716
Tercer Renglon	Maria Stella Villegas De Osorio	C.C. No. 000000038961908
Cuarto Renglon	Paul Ricardo Diaz Trillos	C.C. No. 000000080102294

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

Quinto Renglon Beatriz Emilia Muñoz C.C. No. 000000039792606
Calderon

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 30 del 29 de marzo de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 31 de mayo de 2021 con el No. 02710774 del Libro IX, se designó a:

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

Por Documento Privado del 24 de mayo de 2021, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 31 de mayo de 2021 con el No. 02710775 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Diana Rocio Vargas Bohorquez	C.C. No. 000001022361930 T.P. No. 179656-t
Revisor Fiscal Suplente	Alejandro Casallas Baquero	C.C. No. 000001032495651 T.P. No. 278509-t

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0000051 del 15 de enero de 2008 de la Notaría 30 de Bogotá D.C.	01184257 del 17 de enero de 2008 del Libro IX
E. P. No. 0001091 del 29 de abril de 2008 de la Notaría 25 de Bogotá D.C.	01210787 del 2 de mayo de 2008 del Libro IX
E. P. No. 0001018 del 23 de junio de 2008 de la Notaría 46 de Bogotá	01223911 del 25 de junio de 2008 del Libro IX

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

D.C.					
E.	P. No. 0001436 del 22 de agosto de 2008 de la Notaría 46 de Bogotá	01238351 del 28 de agosto de 2008 del Libro IX			
D.C.					
E.	P. No. 513 del 31 de marzo de 2009 de la Notaría 46 de Bogotá	01287413 del 2 de abril de 2009 del Libro IX			
D.C.					
E.	P. No. 263 del 25 de febrero de 2010 de la Notaría 65 de Bogotá	01369559 del 18 de marzo de 2010 del Libro IX			
D.C.					
E.	P. No. 00555 del 22 de abril de 2010 de la Notaría 65 de Bogotá	01378109 del 23 de abril de 2010 del Libro IX			
D.C.					
E.	P. No. 187 del 22 de enero de 2013 de la Notaría 73 de Bogotá	01706926 del 18 de febrero de 2013 del Libro IX			
D.C.					
E.	P. No. 1224 del 26 de junio de 2015 de la Notaría 65 de Bogotá	02014604 del 28 de agosto de 2015 del Libro IX			
D.C.					
E.	P. No. 02208 del 13 de noviembre de 2015 de la Notaría 65 de Bogotá D.C.	02040589 del 30 de noviembre de 2015 del Libro IX			
D.C.					
E.	P. No. 3145 del 4 de noviembre de 2016 de la Notaría 69 de Bogotá	02159274 del 22 de noviembre de 2016 del Libro IX			
D.C.					
E.	P. No. 2473 del 18 de septiembre de 2017 de la Notaría 69 de Bogotá D.C.	02260842 del 20 de septiembre de 2017 del Libro IX			
D.C.					
E.	P. No. 4913 del 30 de diciembre de 2020 de la Notaría 73 de Bogotá	02650533 del 5 de enero de 2021 del Libro IX			
D.C.					

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

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

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

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

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 8430
Actividad secundaria Código CIIU: 6521
Otras actividades Código CIIU: 8699

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

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

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA
EPS S A REGIONAL BOGOTA
Matrícula No.: 01831691
Fecha de matrícula: 28 de agosto de 2008
Último año renovado: 2021
Categoría: Sucursal
Dirección: Cr 85K 46A 66 Lc 28 P 2
Municipio: Bogotá D.C.

Mediante Oficio No. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el Registro No. 00169945 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Pereira (Risaralda), comunicó que en el Proceso Ejecutivo Verbal No. 66001310300320150047700, de: José Edier Ballesteros Herrera en nombre propio y en representación de los menores Simón e Isabella Ballesteros Heredia, Mónica Sofía Guevara Mejía y María Inés Herrera Ramírez contra: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES y LA NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

referencia.

Mediante Oficio No. OECCB-OF-2019-01678 del 18 de marzo de 2019, inscrito el 21 de Marzo de 2019 bajo el Registro No. 00174739 del libro VIII, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Ejecución de Sentencias de Bucaramanga (Santander), comunicó que en el Proceso Ejecutivo Singular No. 68001.31.03.003.2014.00154.01, de: UNIDAD CLÍNICA LA MAGDALENA S.A.S. acumulada con MEDICUC I.P.S. acumulada con CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

Mediante Oficio No. 0126 del 28 de febrero de 2019, inscrito el 8 de Agosto de 2019 bajo el Registro No. 00178985 del libro VIII, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar (Cesar), comunicó que en el Proceso Verbal Declarativo de Mayor Cuantía No. 2015-0334, de: Yonaide Campo Rodríguez, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de la medida \$752.828.052.

Mediante Oficio No. 2764 del 25 de noviembre de 2019, inscrito el 3 de Diciembre de 2019 bajo el Registro No. 00181881 del libro VIII, el Juzgado 5 Civil del Circuito de Oralidad de Medellín (Antioquia), comunicó que en el proceso ejecutivo No. 05001 31 03 005 2018 00592 00, de: Camilo Jose Borrero Abello CC.17.157.964, contra: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

Mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el Registro No. 00182672 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta Ese de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Mediante Oficio No. 0515-20 del 10 de marzo de 2020, inscrito el 19 de Marzo de 2020 bajo el Registro No. 00184065 del libro VIII, el Juzgado 40 Civil del Circuito de Bogotá D.C., comunicó que en el proceso ejecutivo No. 2019-00469, de: DISTRIBUCIONES MEDIFE SAS, contra: NUEVA EPS, se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

Matrícula No.: SIGLA NUEVA EPS S A.
01833016
Fecha de matrícula: 2 de septiembre de 2008
Último año renovado: 2021
Categoría: Agencia
Dirección: Cr 4 6 41 Lc 101
Municipio: Ubaté (Cundinamarca)

Que mediante Oficio No. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro No. 00169946 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Pereira (Risaralda), comunicó que en el proceso Ejecutivo Verbal No. 66001310300320150047700, de: José Edier Ballesteros Herrera en nombre propio y en representación de los menores Simón e Isabella Ballesteros Heredia, Mónica Sofía Guevara Mejía y María Inés Herrera Ramírez contra: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES y la NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0126 del 28 de febrero de 2019, inscrito el 8 de Agosto de 2019 bajo el registro No. 00178986 del Libro VIII, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar (Cesar), comunicó que en el Proceso Verbal Declarativo de Mayor Cuantía No. 2015-0334, de: Yonaide Campo Rodríguez, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de la medida \$752.828.052.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182673 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Que mediante Oficio No. 0515-20 del 10 de marzo de 2020, inscrito el 19 de Marzo de 2020 bajo el registro No. 00184074 del libro VIII, el Juzgado 40 Civil del Circuito de Bogotá D.C., comunicó que en el proceso ejecutivo No. 2019-00469, de: DISTRIBUCIONES MEDIFE SAS, contra: NUEVA EPS, se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
SIGLA NUEVA EPS S A
Matrícula No.: 01833021
Fecha de matrícula: 2 de septiembre de 2008
Último año renovado: 2021
Categoría: Agencia
Dirección: Cr 10 13 46
Municipio: Chía (Cundinamarca)

Que mediante Oficio No. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el Registro No. 00169947 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Pereira (Risaralda), comunicó que en el Proceso Ejecutivo Verbal No. 66001310300320150047700, de: José Edier Ballesteros Herrera en nombre propio y en representación de los menores Simón e Isabella Ballesteros Heredia, Mónica Sofía Guevara Mejía y María Inés Herrera Ramírez contra: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES Y LA NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0126 del 28 de febrero de 2019, inscrito el 8 de Agosto de 2019 bajo el registro No. 00178987 del Libro VIII, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar (Cesar), comunicó que en el Proceso Verbal Declarativo de Mayor Cuantía No. 2015-0334, de: Yonaide Campo Rodríguez, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de la medida \$752.828.052.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182674 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Que mediante Oficio No. 0515-20 del 10 de marzo de 2020, inscrito el 19 de Marzo de 2020 bajo el registro No. 00184075 del libro VIII, el Juzgado 40 Civil del Circuito de Bogotá D.C., comunicó que en el proceso ejecutivo No. 2019-00469, de: DISTRIBUCIONES MEDIFE SAS, contra: NUEVA EPS, se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
SIGLA NUEVA EPS S A,
Matrícula No.: 01833033
Fecha de matrícula: 2 de septiembre de 2008
Último año renovado: 2021
Categoría: Agencia
Dirección: Cl 8 No 16 11
Municipio: Zipaquirá (Cundinamarca)

Que mediante Oficio No. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro No. 00169948 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Pereira (Risaralda), comunicó que en el Proceso Ejecutivo Verbal No. 66001310300320150047700, de: José Edier Ballesteros Herrera en nombre propio y en representación de los menores Simón e Isabella Ballesteros Heredia, Mónica Sofía Guevara Mejía y María Inés Herrera Ramírez contra: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES y NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0126 del 28 de febrero de 2019, inscrito el 8 de Agosto de 2019 bajo el registro No. 00178988 del Libro VIII, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar (Cesar), comunicó que en el Proceso Verbal Declarativo de Mayor Cuantía No. 2015-0334, de: Yonaide Campo Rodríguez, contra: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de la medida \$752.828.052.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182675 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta Ese de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Que mediante Oficio No. 0515-20 del 10 de marzo de 2020, inscrito el 19 de Marzo de 2020 bajo el registro No. 00184076 del libro VIII, el Juzgado 40 Civil del Circuito de Bogotá D.C., comunicó que en el proceso ejecutivo No. 2019-00469, de: DISTRIBUCIONES MEDIFE SAS, contra: NUEVA EPS, se decretó el embargo del establecimiento de

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

comercio de la referencia.

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
SIGLA NUEVA EPS S A'
Matrícula No.: 01833043
Fecha de matrícula: 2 de septiembre de 2008
Último año renovado: 2021
Categoría: Agencia
Dirección: Tv 12 18 B 108
Municipio: Fusagasugá (Cundinamarca)

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro no. 00169949 del libro viii, el juzgado 3 civil del circuito de pereira (risaralda), comunico que en el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera en nombre propio y en representación de los menores simón e isabella ballesteros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva eps, se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182677 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
SIGLA NUEVA EPS S A
Matrícula No.: 01833047
Fecha de matrícula: 2 de septiembre de 2008
Último año renovado: 2021

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

Categoría: Agencia
Dirección: Av Americas 67A 28 Lc 6 Cc Spring Plaza
Municipio: Bogotá D.C.

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro no. 00169950 del libro viii, el juzgado 3 civil del circuito de pereira (risaralda), comunico que en el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera en nombre propio y en representación de los menores simón e isabella ballesteros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva eps, se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182676 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
SIGLA NUEVA EPS S A
Matrícula No.: 01833054
Fecha de matrícula: 2 de septiembre de 2008
Último año renovado: 2021
Categoría: Agencia
Dirección: Tv 96 51 98
Municipio: Bogotá D.C.

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro no. 00169951 del libro viii, el juzgado 3 civil del circuito de pereira (risaralda), comunico que en el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera en nombre propio y en representación de los menores simón e isabella ballesteros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

eps, se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182678 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Nombre:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
	SIGLA NUEVA EPS S A
Matrícula No.:	01833057
Fecha de matrícula:	2 de septiembre de 2008
Último año renovado:	2021
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cr 30 12 99
Municipio:	Bogotá D.C.

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro no. 00169952 del libro viii, el juzgado 3 civil del circuito de pereira (risaralda), comunico que en el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera en nombre propio y en representación de los menores simón e isabella ballesteros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva eps, se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182679 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
SIGLA NUEVA EPS S A-
Matrícula No.: 01833059
Fecha de matrícula: 2 de septiembre de 2008
Último año renovado: 2021
Categoría: Agencia
Dirección: Cl 13 5 41 Lc 15 16 Cc Santa Maria
Municipio: Soacha (Cundinamarca)

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro no. 00169953 del libro viii, el juzgado 3 civil del circuito de pereira (risaralda), comunico que en el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera en nombre propio y en representación de los menores simón e isabella ballesteros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva eps, se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182680 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
SIGLA NUEVA EPS S A
Matrícula No.: 01833061
Fecha de matrícula: 2 de septiembre de 2008
Último año renovado: 2021
Categoría: Agencia
Dirección: Cl 65 Sur No. 78 G 20 Lc 305 - 306
Municipio: Bogotá D.C.

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro no. 00169954 del libro viii, el

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

juzgado 3 civil del circuito de pereira (risaralda), comunico que en el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera en nombre propio y en representación de los menores simón e isabella ballesteros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva eps, se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182681 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta Ese de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Nombre:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
	SIGLA NUEVA EPS S A
Matrícula No.:	01833064
Fecha de matrícula:	2 de septiembre de 2008
Último año renovado:	2021
Categoría:	Agencia
Dirección:	Av Caracas 47 39 Lc 101 Ed Almenar 48
Municipio:	Bogotá D.C.

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro no. 00169955 del libro viii, el juzgado 3 civil del circuito de pereira (risaralda), comunico que en el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera en nombre propio y en representación de los menores simón e isabella ballesteros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva eps, se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182682 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta Ese de Ibagué (Tolima), comunicó

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
SIGLA NUEVA EPS S A
Matrícula No.: 01833065
Fecha de matrícula: 2 de septiembre de 2008
Último año renovado: 2021
Categoría: Agencia
Dirección: Av Suba 127 D 81
Municipio: Bogotá D.C.

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro no. 00169956 del libro viii, el juzgado 3 civil del circuito de pereira (risaralda), comunico que en el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera en nombre propio y en representación de los menores simón e isabella ballesteros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva eps, se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

Certifica:

que mediante oficio no. 1792 del 11 de diciembre de 2018 inscrito el 21 de diciembre de 2018 bajo el numero 00172712, del libro viii, el juzgado 1 civil municipal de santa marta (magdalena), comunico que en el proceso ejecutivo de menor cuantía no. 47001400300120170061100 de: unidad de atención de pacientes en estado critico cuidado critico s.A.S, contra: nueva eps se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Limite de la medida: \$125.252.635

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182683 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
SIGLA NUEVA EPS S A
Matrícula No.: 01833066
Fecha de matrícula: 2 de septiembre de 2008
Último año renovado: 2021
Categoría: Agencia
Dirección: Cr 85 K 46 A 66
Municipio: Bogotá D.C.

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro no. 00169957 del libro viii, el juzgado 3 civil del circuito de pereira (risaralda), comunico que en el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera en nombre propio y en representación de los menores simón e isabella ballesteros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva eps, se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182684 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA
EPS S A REGIONAL CENTRO ORIENTE
Matrícula No.: 01846503
Fecha de matrícula: 21 de octubre de 2008
Último año renovado: 2021
Categoría: Sucursal
Dirección: Cr 85 K 46 A 66 P 2
Municipio: Bogotá D.C.

Mediante Oficio No. 0471 del 17 de marzo de 2017 inscrito el 28 de marzo de 2017 bajo el No. 00159579 del libro VIII, el Juzgado 2

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

Laboral del Circuito de Pereira - Risaralda comunicó que en el proceso ejecutivo laboral No. 66001310500220130017600 de Larry Domny Molina Cabezas y otros contra, LA NUEVA EPS SA y otros se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

Mediante Oficio No. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro No. 00169958 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Pereira (Risaralda), comunicó que en el Proceso Ejecutivo Verbal No. 66001310300320150047700, de: Jose Edier Ballesteros Herrera en nombre propio y en representación de los menores Simón e Isabella Ballesteros Heredia, Monica Sofia Guevara Mejia y Maria Ines Herrera Ramirez contra: La Fundación Clínica Cardiovascular del Niño de Risaralda, Clínica Los Rosales y LA NUEVA EPS, se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

Mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182685 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Nombre:	NUEVA EPS S A
Matrícula No.:	01861767
Fecha de matrícula:	20 de enero de 2009
Último año renovado:	2021
Categoría:	Agencia
Dirección:	Ak 45 Aut Norte No. 120 61/65
Municipio:	Bogotá D.C.

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 00169959 bajo el registro no. 00169959 del libro viii, el juzgado 3 civil del circuito de pereira (risaralda), comunico que en el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera en nombre propio y en representación de los menores simón e isabella ballesteros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva eps, se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

Certifica:

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

que mediante oficio no. 1792 del 11 de diciembre de 2018 inscrito el 21 de diciembre de 2018 bajo el numero 00172713, del libro viii, el juzgado 1 civil municipal de santa marta (magdalena), comunico que en el proceso ejecutivo de menor cuantía no. 47001400300120170061100 de: unidad de atención de pacientes en estado critico cuidado critico S.A.S, contra: nueva eps se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Limite de la medida: \$125.252.635

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 20 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182651 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Nombre:	NUEVA EPS SA
Matrícula No.:	01861781
Fecha de matrícula:	20 de enero de 2009
Último año renovado:	2021
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cl 16 Sur 24 27
Municipio:	Bogotá D.C.

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro no. 00169924 del libro viii, el juzgado tercero civil del circuito de pereira, comunico que en el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera, en nombre propio y en representación de los menores simón e isabella ballestros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva eps, se decreto el embargo del establecimiento de la agencia de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 20 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182652 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

Nombre: NUEVA EPS SA
Matrícula No.: 03247848
Fecha de matrícula: 11 de junio de 2020
Último año renovado: 2021
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: Cl 2 No 4 39 Cc Alejandria
Municipio: Cajicá (Cundinamarca)

Que mediante Oficio No. 2002 del 21 de octubre de 2020, inscrito el 29 de Octubre de 2020 bajo el registro No. 00186197 del libro VIII, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Neiva (Huila), comunicó que en el proceso ejecutivo No. 4100131030022020-00133-00, de: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA, contra: NUEVA EPS SA, se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SA
Matrícula No.: 03337423
Fecha de matrícula: 15 de febrero de 2021
Último año renovado: 2021
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: Cl 1 E # 3 A - 10
Municipio: Guachetá (Cundinamarca)

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

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

TAMAÑO EMPRESARIAL

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

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

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

Ingresos por actividad ordinaria \$ 9.986.828.445.746

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 8430

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación Distrital son informativos:

Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección Distrital de Impuestos, fecha de inscripción : 1 de noviembre de 2007.
Fecha de envío de información a Planeación Distrital : 31 de mayo de 2021.

Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de junio de 2021 Hora: 09:42:25**

Recibo No. AA21884330

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A218843301B975

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

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.



JULIO CESAR TORO
MEDICINA Y CIRUGÍA
UNIVERSIDAD DEL VALLE
RM 10848



Enfermedad Actual: DOLOR TALON IZQUIERDO
REVISIÓN SINTOMAS POR SISTEMA
Piel y Anexos: No refiere

Fecha: _____

Nombre: _____

R

Calcular 3137590239

Cite 7/7/8-04 Pradera

Médico: DOMICILIO PRADERA

Medicamento:

BETAME

ATENCION DE CONSULTA MEDICA GENERAL Y ESPECIALIZADA

ATENCION CONSULTA EXTERNA # 1 - #Interno:2532000495

Profesional: JULIO CESAR TORO TOVAR Registro: 2330/84

Fecha: 02/03/2016 15:01 Sede: UT ASI SDM PRADERA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Motivo de Consulta: DOLOR TALON

Enfermedad Actual: DOLOR TALON IZQUIERDO DESDE HACE DOS MESES

REVISION SINTOMAS POR SISTEMA

Piel y Anexos: No refiere
Ojos: No refiere
Ora: No refiere
Cuello: No refiere
Cardiovascular: No refiere
Pulmonar: No refiere
Digestivo: No refiere
Genital/Urinario: No refiere
Musc. Esquelético: No refiere
Neurológico: No refiere
Otros: No refiere

SIGNOS VITALES

T.A: 120/70 Pulso: 74 F.R: 18 Temperatura: 37 Peso: 109 Kg Talla: 165 Índice de Masa: 40.04

Circunferencia Abdominal (Cms): 130

Cond. Generales: Normal

Cabeza: Normal

Ojos: Normal

Oídos: Normal

Nariz: Normal

Orofaringe: Normal

Cuello: Normal

Dorso: Normal

Mamas: Normal

Cardíaco: Normal

Pulmonar: Normal

Abdomen: Normal

Genitales: Normal

Extremidades: DOLOR TENDON DE AQUILES

Neurológico: Normal

Otros: Normal

DIAGNOSTICO

* Dx Ppal: M766 TENDINITIS AQUILIANA
Tipo Diagnóstico: Impresión Diagnóstica
Finalidad Consulta: No Aplica
Causa Externa: Enfermedad General

RESUMEN Y COMENTARIOS

TENDINITIS AQUILIANA

MEDICAMENTOS

Medicamento: BETAMETASONA FOSFATO+BETAMETASONA ACETATO 3/3 mg/mL (SUSPENSION INYECTABLE) 3/3 mg/mL (SUSPENSION INYECTABLE)

Cantidad: 3

Dosificación: PARA INFILTRACION

Enviado por Profesional : JULIO CESAR TORO TOVAR Registro: 2330/84

Fecha : 02/03/2016 15:01

Medicamento: NAPROXENO 250 mg (TABLETA O CAPSULA) TABLETA

Cantidad: 15

Dosificación: UNA CADA 8 HORAS POR 5 DIAS

Enviado por Profesional : JULIO CESAR TORO TOVAR Registro: 2330/84

Fecha : 02/03/2016 15:01

FIN IMPRESION DE PAGINA

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre	DELLANIRA RALLO MONTAÑO	Documento de identificación	66930266
Fecha de Nacimiento	11/04/1965	Edad	52 Años
Municipio de origen	PALMIRA	Municipio de Residencia	PALMIRA
Estado Civil	Union Libre	Estrato	2
Escolaridad	BASICA PRIMARIA	Ocupacion	No Aplica
Etnia	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	Discapacidad	Sin Discapacidades
Desplazado	SI	Familias en Acción	No
Dirección	MANZ 2 LOTE 10	Telefono	000-0000
Genero	FEMENINO	Religión	Catolica
Celular	{320} 667-6151	Correo electrónico	
Tipo de Usuario	BENEFICIARIO		

ANTECEDENTES MEDICOS DEL PACIENTE

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos: HIPOTIROIDISMO?

Profesional: ANDRES ASOLFO NARVAEZ Registro: 4804

Fecha: 07/07/2009

Farmacológicos: levotiroxina, lovastatina

Profesional: MARIA LOURDES RANGEL HERANANDEZ Registro: 760697

Fecha: 05/10/2009

Quirúrgicos: histerectomía, cesarea nº 2

Profesional: MARIA LOURDES RANGEL HERANANDEZ Registro: 760697

Fecha: 05/10/2009

ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS

ANTECEDENTES ALERGICOS

ANTECEDENTES FAMILIARES

Otros ant. familiares: madre: hta

Profesional: MARIA LOURDES RANGEL HERANANDEZ Registro: 760697

Fecha: 05/10/2009

IDENTIFICACION DE RIESGOS ESPECIFICOS

Sangre oculta en heces: Negativo

Profesional: MARYENSI BURBANO Registro: 76-1330

Fecha: 09/03/2017

Sangre oculta en heces: Negativo

Profesional: DEISY YUSENI ESTRELLA REYES Registro: 1085284713

Fecha: 1-9-/1520

Sangre oculta en heces: Negativo

Profesional: CARLOS ALONSO RUIZ Registro: 11718

Fecha: 6-12-/1521

Sangre oculta en heces: Negativo

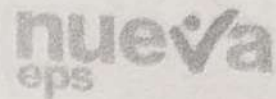
Profesional: CARLOS FERNANDO MADRIÁN Registro: 16270587

Fecha: 1-7-/1521

Sangre oculta en heces: Negativo

Profesional: PAOLA ANDREA SANCHEZ Registro: 1113659491

Fecha: 9-1-/1521



Sede: UT ASI SDM PRADERA

Sintomático respiratorio: NO

Profesional: MARIA ALEJANDRA CARMEN HERRERA Registro: S.S.O 1089745291

Fecha: 24/05/2017

Mujer o menor víctima del maltrato: NO

Profesional: MARIA ALEJANDRA CARMEN HERRERA Registro: S.S.O 1089745291

Fecha: 24/05/2017

Víctima de violencia sexual: NO

Profesional: MARIA ALEJANDRA CARMEN HERRERA Registro: S.S.O 1089745291

Fecha: 24/05/2017

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

G: 0 P: 0 V: 0 C: 0 A: 0 V: 0 M: 0
Menarca: 15 Menopausia: 43

F.U.M: F.U.P:
Ultima Citologia: 13/12/2008 Fecha: 10/11/2009 Resultado: NORMAL Fecha: 10/11/2009
08/03/2012 Fecha: 20/06/2012 Resultado: NORMAL Fecha: 20/06/2012
01/11/2012 Fecha: 22/05/2013 Resultado: NORMAL Fecha: 22/05/2013
13/11/2012 Fecha: 26/08/2013 Resultado: NORMAL Fecha: 26/08/2013

Relaciones Sexuales: Edad inicio de relaciones sexuales 18 Años

Ciclos Menstruales: No Menstrua Fecha: 21/07/2014

Actividad Sexual: Activa Fecha: 21/07/2014

Metodo de Planificación: Otros Fecha: 21/07/2014

Patologías relacionadas con

Embarazo y/o Parto:

Histerectomía

INFORME : RESONANCIA

IDENTIFICACION CC 66930266

SOLICITUD: 10 diciembre 2016

ORDEN: 249848

PACIENTE: DELLANIRA RALLO MONTAÑO

SEXO: F

CLIENTE:

NUEVA EPS

ESTUDIO: RESONANCIA PIE Y CUELLO DEL PIE

MEDICO

DIEGOJARAMILLO D

RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (PELVIS, ROD

RESULTADO:

RESONANCIA MAGNETICA DE TENDON DE AQUILES DERECHO.

DATOS CLINICOS: Dolor.

HALLAZGOS.

El tendon de aquiles derecho muestra adelgazamiento con disminucion del volumen a unos 5 cm distales de la union miotendinosa hasta la insercion en el calcaneo, alcanza 2 mm de espesor maximo correspondiente a ruptura de espesor parcial, asocia cambios inflamatorios del paratenon en toa su extension e importantes signos de edema muscular de los vientres musculares de ambos gastrocnemios.

Entesofito insercional de tamaño milimetrico.

Importantes cambios de tipo inflamatorio en los polos interfaciales especialmente en el compartimento posterior de la pierna con signos de edema muscular del peroneo largo, plexo largo de los dedos y tibial posterior, se asocia a tenosinovitis del plexo largo de la luz.

Edema de grasa de Kager.

Coleccion liquida extensa hacia la cara medial de la pierna y el maleolo interno.

Sinovitis tibioastragalina y subastragalina.

Cambios artrocos especialmente en la articular subastragalina posterior con probable signos de pinzamiento posterior.

Signos de fascitis plantar.

CONCLUSION

EXTENSA RUPTURA DE ESPESOR PARCIAL DE LA PORCION DISTAL DEL TENDON DE AQUILES CON IMPORTANTE TENDINOSIS EN LA PORCION PROXIMAL.

HAY CAMBIOS INFLAMATORIOS DEL PARATENON Y LOS BENTRES MUSCULARES DE AMBOS GASTROCNEMIOS EN LA LESION CON LESION PARCIAL INTRAMURSCULAR DE BAJO GRASO, IMPORTANTES SIGNOS DE EDEMA MUSCULAR DEL COMPARTIMENTO POSTERIOR DE LA PIERNA CON TENOSINOVITIS DEL TENDON LARGO DE LA LUZ.

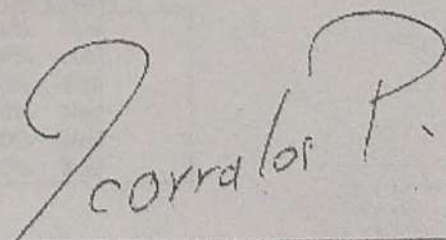
CAMBIOS DE TIPO INFLAMATORIO EN EL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO ESPECIALMENTE EN LA CARA MEDIAL DE LA PIERNA Y EL MALEOLO INTERNO.

ARTROSIS QUE PREDOMINA LA ARTICULACION SUBASTRAGALINA CON PROBABLES SIGNOS DE PINZAMIENTO POSTERIOR, HALLAZGOS QUE REQUIERE ESTRUCTA CORRELACION CON DATOS CLINICOS.

PACIENTE: DELLANIRA RALLO MONTAÑO

PAGINA 1

IMPRESO: 21/12/2016 16:45:59

RICARDO CORRALES PINZON
RADIOLOGO - REGISTRO : 523802004

ELECTROMIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES

Paciente: Dellanira Rallo Montaña Edad: 51 años Entidad: Nueva EPS
ID#: 66930266 Fecha: 15-Dec-16

PROCEDIMIENTO:

El paciente fue estimulado con un promediador clínico de Electromiografía Cadwell Sierra Summit. Con electrodos de superficie y utilizando estimulación eléctrica, se estudió la neuroconducción motora de los nervios peroneo, tibial, plantar medial y plantar lateral, sensitiva del nervio peroneo superficial, derechos.

Con electrodo de aguja monopolar se estudió la actividad eléctrica en reposo y en contracción voluntaria, de los músculos abajo anotados que son representativos de los diferentes nervios del miembro inferior.

RESULTADOS ELECTRODIAGNOSTICOS:

Nerve Conduction Studies

Anti Sensory Summary Table

Site	NR	Peak (ms)	Norm Peak (ms)	P-T Amp (µV)	Norm P-T Amp	Site1	Site2	Delta-P (ms)	Dist (cm)	Vel (m/s)	Norm Vel (m/s)
Right Sup Fibular Anti Sensory (Ant Lat Mall)											
14 cm		3.0	<4.4	8.9	>5.0	14 cm	Ant Lat Mall	3.0	14.0	47	>32

Motor Summary Table

Site	NR	Onset (ms)	Norm Onset (ms)	O-P Amp (mV)	Norm O-P Amp	Site1	Site2	Delta-0 (ms)	Dist (cm)	Vel (m/s)	Norm Vel (m/s)
Right Fibular Motor (Ext Dig Brev)											
Ankle		3.0	<6.1	2.9	>2.5	B Fib	Ankle	6.2	30.0	48	>38
B Fib		9.2		2.2							
Right Lateral Plantar Motor (ADM)											
Med Mall		5.0		1.7							
Right Medial Plantar Motor (AHB)											
Med Mall		3.5		5.5							
Right Tibial Motor (Abd Hall Brev)											
Ankle		2.8	<6.1	8.8	>3.0	Knee	Ankle	7.4	39.0	53	>35
Knee		10.2		2.2							

EMG

Side	Muscle	Nerve	Root	Ins Act	Fibs	Psw	Amp	Dur	Poly	Recrt	
Right	AbdDigQuinti	LatPlantar	S1-2	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	20%	Nml	
Right	AbdHallucis	MedPlantar	S1-2	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	10%	Nml	
Right	AntTibialis	Dp Br Fibular	L4-5	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	10%	Nml	
Right	ExtHallLong	Dp Br Fibular	L5, S1	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	10%	Nml	
Right	PostTibialis	Tibial	L5, S1	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	10%	Nml	
Right	Gastroc	Tibial	S1-2	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	10%	Nml	



NEUROFIC
Centro de Neurofisiología Clínica

COMENTARIO:

- La latencia motora del nervio plantar lateral, está prolongada; el resto de los estudios de neuroconducción motora y sensitiva, están dentro de rangos normales.
- Electromiograma, sin alteraciones.

INTERPRETACIÓN:

- Lesión del Nervio Plantar Lateral derecho, de tipo Neuropraxia; no hay evidencia de otra lesión a nivel de Nervio Periférico, en el miembro inferior derecho.

Atentamente,


GERARDO RIVERA ORTIZ
Fisiatra

acp



NIT. 805.029.487-1

Santiago de Cali, junio 29 de 2017.

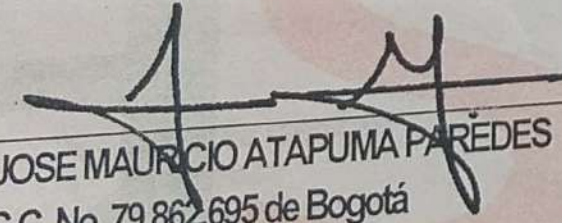
Estimada Señora
DEYANIRA RAYO MONTAÑO
C.C. N°. 66.930.266 Pradera
Manzana C casa 10 Barrio Puertas del Sol
Pradera – Valle.

RESPUESTA DERECHO DE PETICION.

Teniendo en cuenta su Petición, de fecha del 19 de mayo de 2017, recibida en nuestras instalación de la **IPS ASI PRADERA**, el día 16 de junio de 2017, le solicitamos comedidamente de conformidad con lo establecido en el Artículo 16 Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, que determine el Objeto de su petición, para lo cual se le concede el término de un (1) mes para que aciare y/o complemente el objeto, so pena de dar aplicación al artículo 17 del CPACA.

Agradezco su atención y colaboración,

Cordialmente,


JOSE MAURICIO ATAPUMA PAREDES
C.C. No. 79.862.695 de Bogotá

Apoderado General

ASISTENCIA EN SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES S.A.

Asistencia en Servicios de Salud Integrales

Pradera Valle, Mayo 19 de 2017

Señores
NUEVA EPS

DERECHO DE PETICION

Cordial Saludo

Yo **DEYANIRA RAYO MONTAÑO** identificado con la Cedula de Ciudadanía Nro. 66.930.266 de Pradera Valle, Ciudadano Colombiano, residente en este Municipio de Pradera Valle, en la Manzana C Casa 10 Barrio Puertas del Sol Pradera Valle, Celular 320-6676151, amparado en el artículo 23 de la Constitución Nacional, en concordancia con los artículos 50. del código contencioso administrativo, respetuosamente me dirijo a su despacho con el fin de solicitarle comedidamente lo siguiente:

HECHOS

En fecha del mes de abril del 2016 me realizaron tres infiltraciones en mi pie derecho, las dos primeras estuvieron bien realizadas y la tercera se me infiltró sobre el tendón cuando la consulta siempre había sido en el talón por espuelón, esto me ocasiono un fuerte dolor y a los 8 ocho días se me reventó el tendón, desde entonces estoy en tratamiento con el ortopedista la cual me remitió a cirugía la cual está programada pero no se ha podido realizar por altos niveles de azúcar en la sangre.

SOLICITUD

Solicito se me revise mi caso sobre el mal procedimiento realizado por el doctor Julio Cesar Toro ya que me veo perjudicada en mi estado de salud por la incomodidad que presento ya que no puedo salir en condiciones normales. Este caso fue denunciado ante la fiscalía de Palmira valle el cual todavía está en proceso.

Anexo

- Ordenes médicas
- Exámenes
- Orden de cirugía

NOTIFICACION

Recibiré notificación en la Manzana C Casa 10 Barrio Puertas del Sol Pradera Valle o al celular 320-6676151

DEYANIRA RAYO MONTAÑO

C.C. 66.930.266 de Pradera Valle

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
VALORACION PREQUIRURGICA

Page 2 of 2
RAFAEL MONTAÑO Docto: 66930268 Registro: 224458

EXA. FIS. Frecuencia Cardiaca
15 X MIN
EXA. FIS. Frecuencia Respiratoria
13 X MIN
EXA. FIS. Peso
106 KG. TALLA 1.65 CMS IMC: 38
Evaluacion Vias Aereas
AO > 3 CMS. DTM > 6 CMS, MALLAMPATI I

Abdomen

GLOBOSO

Otros Hallazgos

R SC SR SNO SOPLOS, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, SIN AGREGADOS

LABORATORIOS

L: 9.070 HB: 13.7 HTO: 40.8 P: 244

GLICEMIA PRE: 107

TP: 11.8 INR: 1.04 TPT: 26.2

EKG (Fecha)

Otros estudios

DIAGNOSTICOS

RUPTURA DE TENDON DE AQUILES (DERECHO)

DIABETES MELLITUS, HIPOTIROIDISMO

OBESIDAD MORBIDA IMC 38

CLASIFICACION ASA - NYHA - GOLMAN

III

RECOMENDACIONES

PACIENTE PROGRAMADA PARA CIRUGIA ELECTIVA CON ENFERMEDAD DE BASE DESCOMPENSADA, NO TRAE REPORTE DE TSH, SE SOLICITA VALORACION POR MEDICINA INTERNA, AJUSTE DE MEDICAMENTOS Y REVALORACION POR ANESTESIOLOGIA

ADRIANA SOFIA ROSERO CUNDAR

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Registro Profesional: 521275

Medico Tratante: ADRIANA SOFIA ROSERO CUNDAR

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Registro Profesional: 521275

**CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
VALORACION PREQUIRURGICA**

PAGE 1 of 2
11:37
Paciente: DELLANIRA RALLO MONTAÑO Docto: 66930266 Registro: 224456
Fecha y Hora Atención: 17/01/2017 11:10:00
F. Nacimiento: 11/04/1965
Fecha Hospitalización: 17/01/2017
Dirección:
Empresa:

Historia Clínica Nro: 66930266
Registro: 224456
Edad: 51 años 9 meses 6 días
Días Hospitalización: 0 días
Telefono: 2673192
Plan: NUEVA EPS CONTRIBUTIV CNRUU
(CAPITACION)

NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

ANTECEDENTES Anestésicos

General: SI Regional: SI Fecha Última Anestesia: HACE 3 AÑOS

Ant. Complicaciones

Ninguna.

Ant. Alergicos

Ninguno.

Ant. Patologicos

DIABETES MELLITUS, HIPOTIROIDISMO

Ant. Toxicos

Ninguno.

Ant. Farmacologico

LEVOTIROXINA, GLIBENCLAMIDA, ATORVASTATINA, ASA

Ant. Hemorrágicos

Ninguno.

Ant. Quirurgicos

HISTERECTOMIA, CESAREA. RESECCION MASA EN MAMA

Ant. Transfusionales

Ninguno.

FMU

Ant. Otros

Ninguno

REVISION POR SISTEMA Cardiovascular

Disnea NO Angina NO

CLASE FUNCIONAL < 4 METS

Palpitaciones

NIEGA

Precipitado por

SNC

SIN DEFICIT

Otros sintomas

EXA. FIS. P. Arterial sentado

22/79

EXA. FIS. De Cubito

Uribe Uribe

FORMULA MEDICA

FECHA

17/01/12

Prontorio Rayo.

SS

Ultrason x Medicina Interna.

DM descompensada.

Prontorio

Adriana Sofia Rosero C.
Anestesióloga
Universidad del Valle / R.M. 52-1275

AVENIDA 3N 24 N- 150 CALI
TELEFONO 4850115

Patológicos

Negativo

TBC

Diabetes

Hipertensión

Preclampsia

Eclampsia

Cirugía pélvica

Infertilidad

VIH+

Cardiopatía

Nefropatía

Mola

Embarazo ectópico

Cifoescoliosis

Antecedentes de
ETS

Asma

Rinitis

Condición médica
grave**Antecedentes toxicológicos**Fumador o ex
fumador

Alcohol

Estimulantes Negativo

Otros ant.
toxicológicos**Antecedentes Alérgicos**

Alimentos Negativo

Antibióticos Negativo

Ambientales Negativo

Otros ant. alérgicos

Antecedentes Familiares

TBC

Diabetes

Hipertensión

Preclampsia

Eclampsia

Cáncer de cervix

Otro tipo de cáncer

Otros ant.
importantes**Antecedentes Gineco-Obstétricos**

Gravidez (0)	Partos (0)	Vaginales (0)	Cesareas (0)	Abortos (0)	Ectópicos (1)
Vivos (0)	Muertos (0)				

Menarca 15

Menopausia 43

F.U.M.

F.U.P.

Última
citología 13/11/2012 Fecha Registro: 26/08/2013

Resultado //NORMAL Fecha Registro: 26/08/2013

01/11/2012 Fecha Registro: 22/05/2013

Última
citología //NORMAL Fecha Registro: 22/05/2013

08/03/2012 Fecha Registro: 20/06/2012

//NORMAL Fecha Registro: 20/06/2012

13/12/2008 Fecha Registro: 10/11/2009

//NORMAL Fecha Registro: 10/11/2009

Inicio
relaciones☒ Edad inicio relaciones sexuales 18 Años

Ciclos

//No Menstrua Fecha Registro: 21/07/2014

NOMBRE: ANDRES FERNANDO GRUESO

ESTRATO: 1151444741

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

PACIENTE: DELLANIRA RALLO MONTAÑO

Datos de identificación

Nombre DELLANIRA RALLO MONTAÑO

Documento de identificación 66930266

Fecha de nacimiento 11/04/1965

Edad 51 Años

Municipio de origen PALMIRA

Municipio de residencia PALMIRA

Estado civil UNION LIBRE

Estrato 2

Escolaridad BASICA PRIMARIA

Ocupación No Aplica

Etnia NINGUNA DE LAS ANTERIORES

Discapacidad Sin Discapacidades

Desplazado SI

Familias en acción NO

Dirección MANZ 2 LOTE 10

Teléfono 320-6676

Genero Femenino

Religión Católica

Celular (320) 667-6151 No tiene o no suministra

Correo electrónico

Motivo de consulta y enfermedad actual

Último motivo de consulta:

"TENGO MUCHO DOLOR EN EL TALON"

Última enfermedad actual:

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR EN TENDON DE AQUILES, REFIERE 3 INFILTRACIONES, POSTERIOR A ESTO PRESENTA EPISODIO DE DOLOR SUBITO. AL BAJAR ESCALON, POSTERIORMENTE LIMITACION A LA MARCHA.

Revisión de síntomas por sistema

Piel y Anexos	No refiere
Ojos	No refiere
Ori	No refiere
Cuello	No refiere
Cardiovascular	No refiere
Pulmonar	No refiere
Digestivo	No refiere
Genital/Urinario	No refiere
Musc. Esquel.	No refiere
Neurológico	No refiere
Otros	No refiere

Antecedentes medicos del paciente

Antecedentes Personales

Patológicos Negativo
07/07/2009 HIPOTIROIDISMO?

Farmacológicos

Identificación de riesgos específicos

Sospecha de cáncer

Sangre oculta en heces

Negativo - 12/12/2014

Negativo - 06/02/2015

Negativo - 08/01/2016

Negativo - 04/11/2016

Sintomático respiratorio

NO - 18/11/2016

Mujer o menor víctima del maltrato

NO - 18/11/2016

Víctima de violencia sexual

NO - 18/11/2016

Pretest de VIH

Post test de VIH

Sedentarismo

Examen físico

T.A	110/80	Pulso	70
F.R	12	Temperatura	36
Peso	101	Talla (Cms)	158
IMC	40.46	Circunferencia Abdominal (Cms)	105
Condiciones Generales	Normal		
Cabeza	Normal		
Ojos	Normal		
Oídos	Normal		
Nariz	Normal		
Orofaringe	Normal		
Cuello	Normal		
Dorso	Normal		
Mamas	Normal		
Cardíaco	RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS NO SOPLOS		
Pulmonar	RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS.		
Abdomen	Normal		
Genitales	Normal		
Extremidades	PACIENTE QUE PRESENTA LIMITACIÓN PARCIAL PARA LA DORSIFLEXIÓN, DOLOR Y FRIALDAD DE LA REGIÓN EN MENSION. CON ABULTAMIENTO SUPERIOR EN ÁREA DE TENDÓN DE AQUILES.		
Neurológico	Normal		
Otros	Normal		

Esquema de vacunación

Click sobre el icono + para desplegar.

Diagnósticos

Impresión diagnóstica:

Histórico

Dx Rel-3:

Impresión Diagnóstica

Finalidad de consulta
Causa externa

Enfermedad General

Diagnósticos anteriores

18/11/2016 Código: S860 Dx Ppal: TRAUMATISMO DEL TENDON DE AQUILES

Tipo Diagnóstico Ppal: Impresión Diagnóstica Causa externa: Enfermedad General

Finalidad de Consulta: No Aplica

Conducta

Medicamentos

Laboratorio

Servicios (ayudas dx, procedimientos)

Referencia y contrareferencia

Medico

Fecha Especialidad Referencia

18/11/2016 ORTOPEdia Y
TRAUMATOLOGIA

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DONLOR EN DENDON DE AQUILES, REFIERE 3 INFILTRACIONES, POSTERIOR A ESTO PRESENTA EPISODIO DE DOLOR SUBITO. AL BAJAR ESCALON, POSTERIORMENTE LIMITACION A LA MARCHA. AL EXAMEN FISICO: PACIENTE QUE PRESENTA LIMITACION PARCIAL PARA LA DORSIFLEXION, DOLOR Y FRIALDAD DE LA REGION EN MENSION. CON ABULTAMIENTO SUPERIOR EN AREA DE TENDON DE AQUILES. ANALISIS Y PLAN: SE EXPLICA A LA PACIENTE CUADRO CLINICO Y MANEJO, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. SE REMITE PACIENTE A ORTOPEdia PARA VALORACION Y MANEJO, PACIENTE QUE PRESENTA RUPTURA DE TENDON AQUILIANO DERECHO. SE SOLICITA ECOGRAFIA DE TENDONDE AQUILES.

ANDRES
FERNANDO
GRUESO

Contrareferencia

Procedimientos (grupo qx)

Resumen y comentarios

Profesional: ANDRES FERNANDO GRUESO - 18/11/2016

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DONLOR EN DENDON DE AQUILES, REFIERE 3 INFILTRACIONES, POSTERIOR A ESTO PRESENTA EPISODIO DE DOLOR SUBITO. AL BAJAR ESCALON, POSTERIORMENTE LIMITACION LA MARCHA.

AL EXAMEN FISICO: PACIENTE QUE PRESENTA LIMITACION PARCIAL PARA LA DORSIFLEXION, DOLOR Y FRIALDAD DE LA REGION EN MENSION. CON ABULTAMIENTO SUPERIOR EN AREA DE TENDON DE AQUILES.

ANALISIS Y PLAN:

SE EXPLICA A LA PACIENTE CUADRO CLINICO Y MANEJO, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

SE REMITE PACIENTE A ORTOPEdia PARA VALORACION Y MANEJO, PACIENTE QUE PRESENTA RUPTURA DE TENDON AQUILIANO DERECHO.

SE SOLICITA ECOGRAFIA DE TENDONDE AQUILES.

Actividades de promoción y prevención

Programa	Actividad	Edad	Or
Alteraciones del cuello uterino	CITOLOGIA CERVICOUTERINA	25 a 70	
Planificacion Familiar	XEROMAMOGRAFIA O MAMOGRAFIABILATERAL	50 a 100	

CLINICA PALMIRA S.A.
NIT. 891.00047-6
CARRERA 31 # 31-62
2755557

I. Informacion del Paciente:

Paciente: DELLANIRA RALLO MONTAÑO

No. Identificacion: CC - 66930266

F. Nacimiento: 04/11/1965

Edad: 51 años

Estrato: R1

Direccion: MANZANA C CASA 10

Telefono: 3206676151

HISTORIA CLINICA: 66930266

Sede: CLINICA PALMIRA

Punto Atencion: CONSULTA EXTERNA

HISTORIA DE EVOLUCION

Empresa: NUEVA EPS 2016

EPS: NUEVA EPS 2016

Afiliado: DELLANIRA RALLO MONTAÑO

Usuario: DIEGO JARAMILLO DOMINGUEZ

Fecha Evolucion: 29/11/2016 16:17:00

Nro Documento: ADM - CP 263289

Codigo Prestador: 765200227301

Diagnósticos

Diagnostico CIE10

Diagnóstico Principal: (S860) TRAUMATISMO DEL TENDON DE AQUILES

Evolucion hospitalaria

Evolucion

PTE QUIEN HACE DOS MESES PRESENTO DOLOR EN TENDON DE AQUILES Y LE PRACTICARON INFILTRACION EN TENDON DE AQUILES Y CUANDO LE HICIERON LA TERCERA INFILTRACION ESTANDO CAMINANDO SENTIO DOLOR AGUDO EN PIE DER Y SENTIO QUE SE ARRANCO EL TENDON Y DE AHI EN ADELANTE NOTA EL PIE INVALIDO. SE PIDE RM Y TEST DE CONDUCCION.

DIEGO JARAMILLO DOMINGUEZ CC-2933165

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

0033

Dr. Yamid O. Barona G.

FISIOTERAPEUTA

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

Fecha. 2 nov/17

Paciente. Dellanira Pardo

R/ Paciente con diagnóstico de Pop de tendón de aquiles la cual ingreso al servicio en caminador por presentar dolor, limitación articular en tobillo y retracción en escatraz afectándole su correcto patrón de marcha. Durante el tratamiento se aplican vendos fríos, estiramientos de miembro inferior con énfasis en pie, fortalecimiento vascular y

Calle 7ª No. 3-81 Tel. 267 4424 - Fax. 267 4535

Pradera - Valle

Histo

Regis

Edad:

Días

Plan:

EL M

: GO

TOP

onal

Trabajo propioceptivo. Al finalizar pensar
dolor en pantomilla e inestabilidad en
el pie. Se sugiere nuevo valoración.

W. Angeles B.

Recv. NO 762388

PRE-AUTORIZACION DE SERVICIOS

nueva
eps

gente cuidando gente

Solicitada el: 02/01/2017 07:26:50
Reautorizada el: 03/01/2017
Impresa el: 03/01/2017 07:28:09

No. Solicitud: NO REPORTADO
No. Autorización: (POS-7161) P042-79652680
EPS: EPS037

Afiliado: CC.66930266

RALLO MONTAÑO DELLANIRA

Edad: 57

Fecha Nacimiento: 11/04/1965

Tipo afiliado: BENEFICIARIO (A)

Dirección Afiliado: MANIZO 10

Departamento: VALLE DEL CAUCA /6

Municipio: PALMIRA 520

Teléfono afiliado: (2) 3206675

Teléfono celular afiliado: 3206676151

Correo electrónico:

EPS Primaria: UNIÓN MODAL ASISIÓN ASISI DE PALMIRA

Solicitado por: CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE

Nit: 900904518-6

Código: 000000000000

Dirección: CALLE 25 NORTE # 2BN-17 BARRIO SAN VICENTE

Departamento: VALLE DEL CAUCA /6

Municipio: CALI 001

Teléfono: (2) 4850115

Ordenado por: VARELA ZARANGA GONZALO

Remitido a: CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE

Nit: 900904518-6

Código: 000000000000

Dirección: CALLE 25 NORTE # 2BN-17 BARRIO SAN VICENTE

Departamento: VALLE DEL CAUCA /6

Municipio: CALI 001

Teléfono: (2) 4850115

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Dx: S860 TRAUMA ISMO DEL TENDON DE AQUILES

CODIGO	CANT	DESCRIPCION
S5-20018-9430	1	RE-CONSTRUCCION DE TENDON DE AQUILES

Renovar
09046555

Remite
Cancelar

Copago

Afiliado NO percibe valor de Copago (Topo)

Vanexo integral según guía: NO

Firma Afiliado ó Acudiente

Autorizador: CLAUDIA PATRICIA DAVILA OROZCO
Teléfono:
Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Esta es una PRE-AUTORIZACION. La EPS debe generar la autorización definitiva por Internet ó a través del call center de Autorizaciones al teléfono en Bogotá 1077023 a Nivel Nacional. 01 8000 94 88 11 ANTES de prestar el servicio.
No válido para Copago.
VÁLIDO POR 15 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE PRE-AUTORIZACIÓN

* * Referencia - Cuenta Medica: P042-79652680
Registro impreso por: CLAUDIA PATRICIA DAVILA OROZCO

320516



EPS EN LÍNEA

SERVICIOS EN LÍNEA

NT 900904515 CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE

IPS

• Autorización de Pre-aprobada

Autorizaciones

Contáctenos

Sugerencias

Felicitaciones

Quejas o reclamos

• AUTORIZACION GENERADA

Número Autorización: 74180165

Tipo Identificación: CC

Identificación: 66930266

Nombre Usuario: DELLANIRA RALLO MONTAÑO

Tipo Afiliado: BENEFICIARIOS

Categoría Afiliado: A

Semanas Cotizadas: 314

Porcentaje Cobertura: Porcentaje de cubrimiento asumido por la EPS: 100%. El excedente lo asumirá el afiliado

Cuota Moderadora/Copago: Afiliado cancela de Copago el 11.5% del valor de la atención, y hasta \$211,725

• Servicios

Código	Descripción	Cantidad
819420	RECONSTRUCCION DE TENDON DE AQUILES	1

• Diagnósticos

Código	Descripción
S860	TRAUMATISMO DEL TENDON DE AQUILES

RETORNAR

Autorizaciones Web v3.20161124

REGISTRO DE ADMISION DE PACIENTES

PACIENTE: **DELLANIRA RALLO MONTAÑO**
EMPRESA: **NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.**
PLAN: **NUEVA EPS CONTRIBUTIV CNRUU (CAPITACION)**

07:00
Dr Martinez

DATOS INGRESO:

HISTORIA CLINICA #: --000

REGISTRO: **325597**

ADMITIDO POR: **CIRUGIA AMBULATORIA DESA**

VIA INGRESO: Urgencia

FECHA INGRESO: 06/07/2017 06:27:00

HABITACION:

DIRECCION: MANZ 2 LOTE 10

TELEFONO: 2673192

FECHA NCTO: 11/04/1965

EDAD: 52 años 2 meses 25 dias

IDENTIFICACION: CC 66930266

SEXO: FEMENINO

MEDICO TRAT.: ROCIO DEL PILAR CORTES QUEZADA

ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

CARNET: CC66930266

MUNICIPIO: PRADERA

OCCUPACION: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

DATOS DEL ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE:

IDENTIFICACION:

TELEFONO:

NOMBRE:

PARENTESCO:

COMPROBACION DE DERECHOS DE USUARIO:

TIPO REGIMEN: Contributivo (1)

ZONIFICACION: NO REQUERIDO

TIPO AFILIADO: COTIZANTE

NIVEL:

ESTADO:

SEM COTIZADAS:

PERSONA AUTORIZA:

AUTRZ. URGENCIAS:

TIPO AUTORIZACION:

AUTRZ PROCEDIMIENTOS:

TIPO AUTORIZACION FINAL:

OBSERVACIONES: CX AMBULATORIA

FECHA: _____ HORA: _____

Firma del Paciente:

ADMISIONADO POR: CARLOS ANDRES RODRIGUEZ VINASCO

06/07/2017 06:27:00

Clínica Nueva
Rafael Uribe Uribe

RECOMENDACIONES PARA SU CIRUGIA

NOMBRE:

NUMERO DE IDENTIDAD:

CIRUGIA:

DESA

LUGAR: Calle 5D # 38A - 35 Torre 1- piso 2

FECHA:

HORA:

CIRUJANO:

RESERVA DE SANGRE:

SI

NO

COPAGO:

SI

NO

VALOR:

HIPERTENSION ARTERIAL O

HIPOTIROIDISMO:

consuma los medicamentos hasta el día de la cirugía con un sorbo de agua

DIABETES MELLITUS: este medicamento lo puede consumir hasta un día antes de la cirugía

ASMA: no suspender el tratamiento traer los inhaladores el día de la cirugía

DIA ANTERIOR A SU CIRUGIA

ALIMENTACION:

Suspender el consumo de lácteos, grasas, ácidos, condimentos, frijol, lentejas, arvejas etc

suspenda el consumo de té, café, chocolate y bebidas colas

CONSUMA DIETA LIQUIDA: Jugos en agua, aromáticas, consome

~~CITA ANESTESIOLOGIA~~
~~SOLICITAR AL:~~

4850115 EXT 321

FECHA DE VENCIMIENTO
DE LA ORDEN:

DIA

MES

AÑO

EL DIA DE LA CIRUGIA

BAÑO GENERAL: realice el aseo personal con jabón de baño, prestando especial atención a genitales, ombligo, uñas y el área donde se realizará la herida quirúrgica. NO SE RASURE

RECOMENDACIONES GENERALES: Sin esmalte, no utilice maquillaje ni cremas

AYUNO PREOPERATORIO

8 HORAS ANTES EL PACIENTE NO DEBE TOMAR NI COMER NADA.

ACOMPANANTE: venir con acompañante adulto

ELEMENTOS PERSONALES: para los pacientes que van a quedar hospitalizados deben traer una maleta con pijamas, sandalias, elementos de aseo (crema, cepillo dental y toalla)

para los pacientes que se les da de alta el mismo día venir con ropa cómoda

AYUDAS DIAGNOSTICAS: entregue las ayudas diagnosticas al personal de enfermería (radiografías, resonancias, escanografía, exámenes de laboratorio, electrocardiograma valoración preanestésica y valoración por especialista (cardiología, medicina interna) si lo requiere

GRACIAS POR SU ATENCION

02/01/2017 11:09

CONSORCIO CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE

Dirección: CALLE 5D Nro 38A - 35 Teléfono: 485-0115

NIT: 900771349-7 Ciudad: Cali

Orden EXTERNA

Unidad: CONSULTA EXTERNA - URIBE
Paciente: Registro: (215145) DELLANIRA RAYO MONTAÑO
Empresa: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
Tipo Usuario: Contributivo (1)
Fecha: 02/01/2017 11:03:00 Edad: 51 años 8 meses 21 días
F. Aprueba: 02/01/2017 11:10:40 Usrio: 70096945
Médico: GONZALO MARTINEZ ARANGO

Capitado: SI

Dcto: 66930266

Plan: NUEVA EPS CONTRIBUTIV CNRUU

Vigencia: 30 días

Hab.: Nivel:

Triage: *

Diagnósticos

S860 TRAUMATISMO DEL TENDON DE AQUILES

It	Código	Descripción	#	POS?	Datos Clínicos
1	819420	RECONSTRUCCION DE TENDON DE AQUILES	1	POS	UNA

Programación de Turno Quirúrgico

Fecha Hora Propuesta: 26/01/2017 07:00:00 Duración (minutos): 60 Prioridad: Programada

Sangre?: ☐ Observación Sangre:

Septico?: ☐ Equipo Rx?: ☐

Biopsia por Congelación?: ☐ Observación Biopsia:

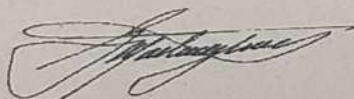
UCI?: No Necesita

Tipo Anestesia: REGIONAL

Laboratorios:

Material Equipos o Insumos especiales: SUTURA DE ANCLAJE

Estado: Solicitado



Médico: GONZALO MARTINEZ ARANGO
Registro Méd: 17354

Firma Recibido Paciente

Fecha Impresión: 02/01/2017 11:09:10 Impreso por: GONZALO MARTINEZ ARANGO

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
NOTA MEDICA NO POS

1/2/17 11:09 Page 1 of 1

Paciente: DELLANIRA RAYO MONTAÑO Docto: 66930266 Registro: 215145

Fecha y Hora Atención: 02/01/2017 11:03:00

Paciente: DELLANIRA RAYO MONTAÑO

F. Nacimiento: 11/04/1965

Fecha Hospitalización: 02/01/2017

Dirección:

Empresa:

NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

Historia Clínica Nro: 66930266

Registro: 215145

Edad: 51 años 8 meses 21 días

Días Hospitalización: 0 días

Telefono: 2673192

Plan: NUEVA EPS CONTRIBUTIV CNRUU
(CAPITACION)

NOTA MEDICA NO POS

RUPTURA DEL TENDION DE AQUILES REQUIERE QX

ORDENES

Concepto	Servicio
LABORATORIO CLINICO	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RE
	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)
	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)
	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

PROCEDIMIENTOS QUIRUR RECONSTRUCCION DE TENDON DE AQUILES

VALORACION POR ESPECIAL ANESTESIOLOGIA



GONZALO MARTINEZ ARANGO

Especialidad: ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 17354



Medico Tratante: GONZALO MARTINEZ ARANGO

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 17354

Fecha Impresión: 02/01/2017 11:09:24 Impreso por: GONZALO MARTINEZ ARANGO

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
Dirección: CALLE 25N # 2BN - 27 Teléfono: 4850115
NIT: 900904515-6 Ciudad: CALI

Orden EXTERNA

02/01/2017 11:05

Unidad: CONSULTA EXTERNA - URIBE
Paciente: Registro: (215145) DELLANIRA RAYO MONTAÑO
Empresa: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
Tipo Usuario: Contributivo (1)
Fecha: 02/01/2017 11:03:00 **Edad:** 51 años 8 meses 21 días
F. Aprueba: 02/01/2017 11:06:28 **Usrio:** 70096945
Médico: GONZALO MARTINEZ ARANGO

Capitado: SI

Dcto: **66930266**

Plan: NUEVA EPS CONTRIBUTIV CNRUU

Vigencia: 30 días

Hab.: Nivel:

Triage: *

It	Código	Descripcion	#	POS?	Datos Clínicos
1	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RE	1 UNA	POS	
2	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)	1 UNA	POS	
3	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)	1 UNA	POS	
4	903841	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1 UNA	POS	

Médico:

GONZALO MARTINEZ ARANGO

Registro Méd: 17354

Firma Recibido Paciente

Fecha Impresión: 02/01/2017 11:05:02 Impreso por: GONZALO MARTINEZ ARANGO

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
Dirección: CALLE 25N # 28N - 27 Teléfono: 4850115
NIT: 900904515-6 Ciudad: CALI
Orden EXTERNA

02/01/2017 11:06

Unidad: CONSULTA EXTERNA - URIBE
Paciente: Registro: (215145) DELLANIRA RAYO MONTAÑO
Empresa: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
Tipo Usuario: Contributivo (1)
Fecha: 02/01/2017 11:03:00 Edad: 51 años 8 meses 21 días
F. Apuesta: 02/01/2017 11:07:37 Usuario: 70096945
Médico: GONZALO MARTINEZ ARANGO

Capitado: SI

Det: 66930266

Plan: NUEVA EPS CONTRIBUTIVO CHRUJ

Vigencia: 30 días

Hab: Nivel:

Triaje: *

It	Código	Descripción	#	POS?	Datos Clínicos
30		ANESTESIOLOGIA	1	POS	
			UNA		

Médico:

GONZALO MARTINEZ ARANGO

Registro Méd: 17354

Firma Recibido Paciente

Fecha Impresión: 02/01/2017 11:06:06 Impreso por: GONZALO MARTINEZ ARANGO

Nombre: DEYANIRA RAYO MONTAÑO
ID : 66930266
Edad : 52
Medico :
Orden : 6004588907 - Codigo Interno Cliente : 0

Fecha Recepcion: 2017-05-13
Fecha Resultado :
Fecha Impresion : 2017-05-24 - Copia: 0
Empresa : UNION TEMPORAL ASI - SDM - UT - PRADERA
Codigo Interno : 111914613

R	Analisis	Resultado	Valor de Referencia	Unidad
1	GLICEMIA PRE Firmado Electronicamente - Bacterióloga(o): CARLOS MARIO CARRANZA RUIZ Registro: 001407	105.38 *	70.00 105.00	mg/dL
2	CREA TININA Firmado Electronicamente - Bacterióloga(o): CLAUDIA PATRICIA SANTA ESCOBAR Registro: 24898-96	0.9	0.60 1.1	mg/dL
3	COLESTEROL TOTAL Valor de Referencia: <200 mg/dl Firmado Electronicamente - Bacterióloga(o): CARLOS MARIO CARRANZA RUIZ Registro: 001407	275.6 *	80 200	mg/dL
4	TRIGLICERIDOS Valor de Referencia: <200 mg/dl Firmado Electronicamente - Bacterióloga(o): CLAUDIA PATRICIA SANTA ESCOBAR Registro: 24898-96	124.44	30 200	mg/dL
5	COLESTEROL HDL INTERVALO DE REFERENCIA SIN RIESGO RIESGO MODERADO RIESGO ALTO HOMBRES : > 55 35 - 55 < 35 mg/dl MUJERES : > 65 45 - 55 < 45 mg/dl Firmado Electronicamente - Bacterióloga(o): CARLOS MARIO CARRANZA RUIZ Registro: 001407	65		mg/dL
6	HEMOGLOBINA GLICOSILADA NIVEL DE HIPOGLICEMIA : MENOR A 4.0% PACIENTES NORMALES : 4.0 - 6.0% OBJETIVO : 6.0 - 6.5% BUEN CONTROL : MENOR A 7.0% FALLA EN CONTROL : 7.0 - 8.0% PESIMO CONTROL : MAYOR A 8.0% METODO: HPLC (CROMATOGRAFIA LIQUIDA DE ALTO DESEMPEÑO) Firmado Electronicamente - Bacterióloga(o): CARLOS MARIO CARRANZA RUIZ Registro: 001407	7.05		%
7	MICROALBUMINURIA ESPONTANEA (MG/G-CREA) -CREATININA EN ORINA -MICROALBUMINURIA (MG/G-CREA) -MICROALBUMINURIA EN ORINA ESPONTANEA Firmado Electronicamente - Bacterióloga(o): CARLOS MARIO CARRANZA RUIZ Registro: 001407	60 6.35 3.81	30 220 0.00 20.00	mg/dL mg/g mg/L

**CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
VALORACION PREQUIRURGICA**

5/31/17 14:04 Page 1 of 2

Paciente: DELLANIRA RALLO MONTAÑO Docto: 66930266 Registro: 303223

Fecha y Hora Atención: 31/05/2017 13:45:00

Paciente: DELLANIRA RALLO MONTAÑO

F. Nacimiento: 11/04/1965

Fecha Hospitalización: 31/05/2017

Dirección:

Empresa:

NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

Historia Clínica Nro: 66930266

Registro: 303223

Edad: 52 años 1 meses 20 días

Días Hospitalización: 0 días

Telefono: 2673192

Plan: NUEVA EPS CONTRIBUTIV CNRUJ
(CAPITACION)

ANTECEDENTES Anestésicos

General: 1 Regional: 4 Fecha Última Anestesia:

Ant. Complicaciones

Ninguna.

Ant. Alergicos

Ninguno.

Ant. Patologicos

DIABETES MELLITUS, OBESIDAD, HIPOTIROIDISMO

Ant. Toxicos

Ninguno.

Ant. Farmacologico

LOVASTATINA,, LEVOTIROXINA, GLIBENCLAMIDA

Ant. Hemorrágicos

Ninguno.

Ant. Quirurgicos

CESAREAS 3 , HISTERECTOMIA, RESECCION DE MASA EN SENO

Ant. Transfuncionales

Ninguno.

FMU

Fecha: G: P: A: V: C:

Ant. Otros

Ninguno

REVISION POR SISTEMA Cardiovascular

Díscnea NO Grado Angina NO Grado

Palpitaciones

NO

Precipitado por

NO

SNC

PTE ANSIOSA, GLASGOW 15 / 15

Otros síntomas

NO

EXA. FIS. P. Arterial sentado

200 X 120

EXA. FIS. De Cubito

200 X 120

EXA. FIS. Frecuencia Cardiaca

73 POR MINUTO

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
VALORACION PREQUIRURGICA

5/31/17 14:04 Page 2 of 2

Paciente: DELLANIRA RALLO MONTAÑO Docto: 66930266 Registro: 303223

EXA. FIS. Frecuencia Respiratoria

17 POR MINUTO

EXA. FIS. Peso

102 KG

Evaluacion Vias Aereas

MALLAMPATY I

Abdomen

ABUNDANTE PANICULO ADIPOSEO

Otros Hallazgos

PTE ASINTOMATICA CARDIOVASCULAR, SE OBSERVA AFINAMIENTO DE T ARTERIAL

LABORATORIOS

GLICEMIA 105 CR 0.9 TRIGLI 124 HB GLICOSILADA 7,05

EKG (Fecha)

NO TIENE

Otros estudios

NO

DIAGNOSTICOS

1) LESION TENDON DE AQUILES 2) OBESIDAD MORBIDA, 3) D MELLITUS 4) HIPOTIROIDISMO 5) HTA ?

CLASIFICACION ASA - NYHA - GOLMAN

ASA III

RECOMENDACIONES

1) AFINAMIENTO T ARTERIAL 2) NUEVA CITA POR ANESTESIOLOGIA 3) SS CUADRO HEMATICO Y TIEMPOS DE COAGULACION

REINALDO ZULUAGA MEJIA

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Registro Profesional: 00281

Medico Tratante: REINALDO ZULUAGA MEJIA

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Registro Profesional: 00281

Fecha Impresión: 31/05/2017 14:04:19 Impreso por: ZORAIMA ESPERANZA MANCILLA PAZ

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre	DELLANIRA RALLO MONTAÑO	Documento de identificación	66930266
Fecha de Nacimiento	11/04/1965	Edad	52 Años
Municipio de origen	PALMIRA	Municipio de Residencia	PALMIRA
Estado Civil	Union Libre	Estrato	2
Escolaridad	BASICA PRIMARIA	Ocupacion	No Aplica
Etnia	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	Discapacidad	Sin Discapacidades
Desplazado	Si	Familias en Acción	No
Dirección	MANZ 2 LOTE 10	Telefono	000-0000
Genero	FEMENINO	Religión	Catolica
Celular	(320) 667-6151	Correo electrónico	
Tipo de Usuario	BENEFICIARIO		

ANTECEDENTES MEDICOS DEL PACIENTE

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos: HIPOTIROIDISMO?

Profesional: ANDRES ASOLFO NARVAEZ Registro: 4804

Fecha: 07/07/2009

Patológicos: DIABETES-COLESTEROL-HIPOT

Profesional: MARYENSI BURBANO Registro: 76-1330

Fecha: 09/03/2017

Patológicos: DIABETES-COLESTEROL-HIPOT

Profesional: ANDRES FERNANDO GRUESO Registro: 1151444741

Fecha: 18/03/2017

Patológicos: DIABETES-COLESTEROL-HIPOT

Profesional: ANDRES FERNANDO GRUESO Registro: 1151444741

Fecha: 08/05/2017

Farmacológicos: levotiroxina, lovastatina

Profesional: MARIA LOURDES RANGEL HERANANDEZ Registro: 760697

Fecha: 05/10/2009

Farmacológicos: LEVOTIROXINA -ASA-LOVASTATINA-INSULINA

Profesional: MARYENSI BURBANO Registro: 76-1330

Fecha: 09/03/2017

Farmacológicos: LEVOTIROXINA -ASA-LOVASTATINA-INSULINA

Profesional: ANDRES FERNANDO GRUESO Registro: 1151444741

Fecha: 18/03/2017

Farmacológicos: LEVOTIROXINA -ASA-LOVASTATINA-INSULINA

Profesional: ANDRES FERNANDO GRUESO Registro: 1151444741

Fecha: 08/05/2017

Quirúrgicos: histerectomía, cesarea nº 2

Profesional: MARIA LOURDES RANGEL HERANANDEZ Registro: 760697

Fecha: 05/10/2009

Quirúrgicos: HISTERECTOMIA-CESAREA

Profesional: MARYENSI BURBANO Registro: 76-1330

Fecha: 09/03/2017

Quirúrgicos: HISTERECTOMIA-CESAREA

Profesional: ANDRES FERNANDO GRUESO Registro: 1151444741

Fecha: 18/03/2017

Quirúrgicos: HISTERECTOMIA-CESAREA

Profesional: ANDRES FERNANDO GRUESO Registro: 1151444741

Fecha: 08/05/2017

Traumatológicos: NIEGA

PROGRAMA DIABETES - Control # 12

Hipertensión	Clasificación del Riesgo	MODERADO	Dx. NUEVO Fecha Dx. 2010-12-06
Diabetes	Clasificación del Riesgo	ALTO	Dx. ANTIGUO Tipo DIABETES TIPO II - INSULINOREQUIRIENTE Fecha Dx. 2016-01-08

Profesional: DAVID CATAÑO TORO Registro: 66609-2010

Fecha: 24/05/2017 11:13 Sede: UT ASI SDM PALMIRA

Especialidad: MEDICINA INTERNA

Motivo de Consulta: **MEDICINA INTERNA**

Enfermedad Actual: paciente de 53 años con dx de dm2 Ir, hipotiroidismo, dislipidemia obesidad
tratamiento: levotiroxina 100mcg, atorvastatina 40 mg, asa 100mg, glibenclamida mg cada 8 horas
problemas: no siguió insulina por voluntad propia
paraclínicos: del 13/may/2017: glicemia pre 105 - cre 0.9 - col total 275 - triglicéridos 124 - hcdl 65 -
hb1ac 7.05% - microalbuminuria 3.8 relación 6.35

DIAGNOSTICO CONTROL

Profesional: DAVID CATAÑO TORO Registro: 66609-2010

Fecha: 24/05/2017 11:13

* Dx Ppal: **E148 DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS**
Tipo Diagnóstico: **Impresión Diagnóstica**
Finalidad Consulta: **No Aplica**
Causa Externa: **Enfermedad General**

CONTROL CONSULTA (MEDICAMENTOS)

Medicamento: **ACIDO ACETIL SALCILICO 100 mg TABLETA GENERICO TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **TOMAR 1 CADA DIA POR 30 DIAS**

Enviado por Profesional: DAVID CATAÑO TORO Registro: 66609-2010

Fecha: 24/05/2017 11:13

Medicamento: **ACIDO ACETIL SALCILICO 100 mg TABLETA GENERICO TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **TOMAR 1 CADA DIA POR 30 DIAS**

Enviado por Profesional: DAVID CATAÑO TORO Registro: 66609-2010

Fecha: 24/05/2017 11:13

Fecha O. Medicamento: 24/06/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **ACIDO ACETIL SALCILICO 100 mg TABLETA GENERICO TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **TOMAR 1 CADA DIA POR 30 DIAS**

Enviado por Profesional: DAVID CATAÑO TORO Registro: 66609-2010

Fecha: 24/05/2017 11:13

Fecha O. Medicamento: 24/07/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **AGUJA PARA LAPICERO 31G X 5 MM (UND) UNIDAD**

Cantidad: **100**

Dosificación: **PARA LIRAGLUTIDE 1 AL DIA X 3 MESES**

Enviado por Profesional: DAVID CATAÑO TORO Registro: 66609-2010

Fecha: 24/05/2017 11:13

Medicamento: **ATORVASTATINA 40 MG (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **60**

Dosificación: **TOMAR 2 CADA DIA POR 30 DIAS**
Enviado por Profesional : DAVID CATAÑO TORO Registro: 66609-2010 Fecha : 24/05/2017 11:13

Medicamento: **ATORVASTATINA 40 MG (TABLETA) TABLETA**
Cantidad: **60**
Dosificación: **TOMAR 2 CADA DIA POR 30 DIAS**
Enviado por Profesional : DAVID CATAÑO TORO Registro: 66609-2010 Fecha : 24/05/2017 11:13
Fecha O. Medicamento : 24/06/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **ATORVASTATINA 40 MG (TABLETA) TABLETA**
Cantidad: **60**
Dosificación: **TOMAR 2 CADA DIA POR 30 DIAS**
Enviado por Profesional : DAVID CATAÑO TORO Registro: 66609-2010 Fecha : 24/05/2017 11:13
Fecha O. Medicamento : 24/07/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **LEVOTIROXINA SODICA 100 mcg (TABLETA) TABLETA**
Cantidad: **30**
Dosificación: **TOMAR 1 CADA DIA POR 30 DIAS**
Enviado por Profesional : DAVID CATAÑO TORO Registro: 66609-2010 Fecha : 24/05/2017 11:13

Medicamento: **LEVOTIROXINA SODICA 100 mcg (TABLETA) TABLETA**
Cantidad: **30**
Dosificación: **TOMAR 1 CADA DIA POR 30 DIAS**
Enviado por Profesional : DAVID CATAÑO TORO Registro: 66609-2010 Fecha : 24/05/2017 11:13
Fecha O. Medicamento : 24/06/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **LEVOTIROXINA SODICA 100 mcg (TABLETA) TABLETA**
Cantidad: **30**
Dosificación: **TOMAR 1 CADA DIA POR 30 DIAS**
Enviado por Profesional : DAVID CATAÑO TORO Registro: 66609-2010 Fecha : 24/05/2017 11:13
Fecha O. Medicamento : 24/07/2017 **Post Fechado**

CONTROL CONSULTA (LABORATORIOS)

Resultados de Laboratorios - 903841 GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
Enviado por Profesional : DAVID CATAÑO TORO Registro: 66609-2010 Fecha : 24/05/2017 11:13

Resultados de Laboratorios - 903426 HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR ANTICUERPOS MONOCLONALES
Enviado por Profesional : DAVID CATAÑO TORO Registro: 66609-2010 Fecha : 24/05/2017 11:13

CONTROL CONSULTA (REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA)

Resultados de Referencia y Contrareferencia - 170 MEDICINA INTERNA

Especialidad: **MEDICINA INTERNA**
Remisión: **EN 3 MESES**

Enviado por Profesional : DAVID CATAÑO TORO Registro: 66609-2010 Fecha : 24/05/2017 11:13

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
CONTROL DE CONSULTA EXTERNA

6/28/17 8:30 Page 1 of 2

Paciente: DELLANIRA RALLO MONTAÑO Docto: 66930266 F. Registro: 320511

Fecha y Hora Atención: 28/06/2017 08:19:00

Paciente: DELLANIRA RALLO MONTAÑO

F. Nacimiento: 11/04/1965

Fecha Hospitalización: 28/06/2017

Dirección:

Empresa:

NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

Historia Clínica Nro: 66930266

Registro: 320511

Edad: 52 años 2 meses 17 días

Días Hospitalización: 0 días

Telefono: 2673192

Plan: NUEVA EPS CONTRIBUTIV CNRUU
(CAPITACION)

Diagnosticos

S860 TRAUMATISMO DEL TENDON DE AQUILES

SUBJETIVO

CONOCIDA POR ANESTESIA, PACIENTE DIABÉTICA HIPOTIROIDISMO
PENDIENTE CX CORRECCION LESION TALON DE AQUILES DERECHO

SE ENCONTRO CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS

SE SOLICITO AFINAMIENTO TA QUE TRA HOY REPORTE

EXAMEN FISICO

TA 128/99 FC 78
ASUCULTACION CARDIOPULMONAR NORMAL

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

AFINAMIENTO TA: 130/70 120/60 130/66 120/70 120/70 130/80

HEMOGRAMA 13 HTO 40 PLT 292.000

PT 11 TPT 26

TSH 2.3

ANALISIS

PACIENTE CON COMORBILIDADES CONTROLADAS, BUEN CLASE FUNCIONAL, ASINTOMATICA CARDIOVASCULAR,
AHORA EN CONSULTA CIFAS TENSIONALES EN RANGOS DE NORMALIDAD.
PARACLINICOS Y EXAMEN FISICO ADECUADOS

APTA PARA CIRUGIA

PLAN

1. PROGRAMAR CIRUGIA
2. AYUNO 8 H PREOPERATORIO
3. CONSENTIMIENTO INFORMADO DILIGENCIADO Y FIRMADO, SE ENTREGA A PACIENTE PARA TRAMITES DE PROGRAMACION DE CIRUGIA
4. SE EXPLICA TECNICA ANESTESICA, RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES
5. NO TOMAR CGLIBENCLAMIDA EL DIA DE LA CIRUGIA NI USAR INSULINAS EL DIA DE LA CIRUGIA, CONTROL CON GLUCOMETRIA
6. SUSPENDER ASPIRINA 4 DIAS ANTES DE LA CIRUGIA

LORENA PATRICIA VALLEJOS MEDINA

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Registro Profesional: 52-1686

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre	DELLANIRA RALLO MONTAÑO	Documento de identificación:	66930266
Fecha de Nacimiento:	11/04/1965	Edad:	55 Años
Municipio de origen:	PALMIRA	Municipio de Residencia:	PALMIRA
Estado Civil:	Union Libre	Estrato:	2
Escolaridad:	BASICA PRIMARIA	Ocupacion:	No Aplica
Etnia:	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	Discapacidad:	Sin Discapacidades
Desplazado:	Si	Familias en Acción:	No
Dirección:	MANZ 2 LOTE 10	Telefono:	267-3192
Sexo:	FEMENINO	Religión:	Catolica
Celular:	(320) 667-6151	Correo electrónico:	

ANTECEDENTES MEDICOS DEL PACIENTE

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos: HIPOTIROIDISMO?

Profesional : ANDRES ASOLFO NARVAEZ Registro: 4804

Fecha : 07/07/2009

Patológicos: DIABETES-COLESTEROL-HIPOT

Profesional : MARYENSI BURBANO Registro: 76-1330

Fecha : 09/03/2017

Patológicos: DIABETES-COLESTEROL-HIPOT

Profesional : ANDRES FERNANDO GRUESO Registro: 1151444741

Fecha : 18/03/2017

Patológicos: DIABETES-COLESTEROL-HIPOT

Profesional : ANDRES FERNANDO GRUESO Registro: 1151444741

Fecha : 08/05/2017

Patológicos: DIABETES-COLESTEROL-HIPOT

Profesional : ANDRES FERNANDO GRUESO Registro: 1151444741

Fecha : 22/06/2017

Patológicos: DIABETES-COLESTEROL-HIPOT

Profesional : ANDRES FERNANDO GRUESO Registro: 1151444741

Fecha : 04/07/2017

Farmacológicos: levotiroxina, lovastatina

Profesional : MARIA LOURDES RANGEL HERANANDEZ Registro: 760697

Fecha : 05/10/2009

Farmacológicos: LEVOTIROXINA -ASA-LOVASTATINA-INSULINA

Profesional : MARYENSI BURBANO Registro: 76-1330

Fecha : 09/03/2017

Farmacológicos: LEVOTIROXINA -ASA-LOVASTATINA-INSULINA

Profesional : ANDRES FERNANDO GRUESO Registro: 1151444741

Fecha : 18/03/2017

Farmacológicos: LEVOTIROXINA -ASA-LOVASTATINA-INSULINA

Profesional : ANDRES FERNANDO GRUESO Registro: 1151444741

Fecha : 08/05/2017

Farmacológicos: LEVOTIROXINA -ASA-LOVASTATINA-INSULINA

Profesional : ANDRES FERNANDO GRUESO Registro: 1151444741

Fecha : 22/06/2017

Farmacológicos: LEVOTIROXINA -ASA-LOVASTATINA-INSULINA

Profesional : ANDRES FERNANDO GRUESO Registro: 1151444741

Fecha : 04/07/2017

Quirúrgicos: histerectomia, cesarea n° 2

Profesional : MARIA LOURDES RANGEL HERANANDEZ Registro: 760697

Fecha : 05/10/2009

Quirúrgicos: HISTERECTOMIA-CESAREA

Profesional : MARYENSI BURBANO Registro: 76-1330

Fecha : 09/03/2017

Pagina1/8 Fecha/Hora de Impresion 01/02/2021 - 13:00:27

Nombre: DELLANIRA RALLO MONTAÑO - Documento de identificación : 66930266 - Impreso por: MARYURI POLO ENRIQUEZ

Quirúrgicos: HISTERECTOMIA-CESAREA

Profesional : ANDRES FERNANDO GRUESO Registro: 1151444741

Fecha : 18/03/2017

Quirúrgicos: HISTERECTOMIA-CESAREA

Profesional : ANDRES FERNANDO GRUESO Registro: 1151444741

Fecha : 08/05/2017

Quirúrgicos: HISTERECTOMIA-CESAREA

Profesional : ANDRES FERNANDO GRUESO Registro: 1151444741

Fecha : 22/06/2017

Traumatológicos: NIEGA

Profesional : MARYENSI BURBANO Registro: 76-1330

Fecha : 09/03/2017

Diabetes:

Profesional : MARYENSI BURBANO Registro: 76-1330

Fecha : 09/03/2017

ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS

Estimulantes: NIEGA

Profesional : MARYENSI BURBANO Registro: 76-1330

Fecha : 09/03/2017

Otros ant. toxicológicos: NIEGA

Profesional : MARYENSI BURBANO Registro: 76-1330

Fecha : 09/03/2017

ANTECEDENTES ALERGICOS

Alimentos: NIEGA

Profesional : MARYENSI BURBANO Registro: 76-1330

Fecha : 09/03/2017

Antibióticos: NIEGA

Profesional : MARYENSI BURBANO Registro: 76-1330

Fecha : 09/03/2017

Ambientales: NIEGA

Profesional : MARYENSI BURBANO Registro: 76-1330

Fecha : 09/03/2017

Otros ant. alérgicos: NIEGA

Profesional : MARYENSI BURBANO Registro: 76-1330

Fecha : 09/03/2017

ANTECEDENTES FAMILIARES

Otros ant. familiares: madre: hta

Profesional : MARIA LOURDES RANGEL HERANANDEZ Registro: 760697

Fecha : 05/10/2009

Otros ant. familiares: NIEGA

Profesional : MARYENSI BURBANO Registro: 76-1330

Fecha : 09/03/2017

Otros ant. importantes: NIEGA

Profesional : MARYENSI BURBANO Registro: 76-1330

Fecha : 09/03/2017

IDENTIFICACION DE RIESGOS ESPECIFICOS

Sangre oculta en heces: Negativo

Profesional : MARYENSI BURBANO Registro: 76-1330

Fecha : 09/03/2017

Sangre oculta en heces: Negativo

Profesional : HEBERTH ALBERTO SOLARTE ROJAS Registro: 76-3599

Fecha : 22/05/2020

Sangre oculta en heces: Negativo

Profesional : DAVID CANTILLO BERMEJO Registro: 72163081

Fecha : 25/01/2021

Sangre oculta en heces: Negativo

Profesional : DEISY YUSENI ESTRELLA REYES Registro: 1085284713

Fecha : 1-/9-/1520

Sangre oculta en heces: Negativo

Profesional : CARLOS ALONSO RUIZ Registro: 11718

Fecha : 6-/2-/1521

Sangre oculta en heces: Negativo

Profesional : CARLOS FERNANDO MADRIÁ'AN Registro: 16270587

Fecha : 1-/7-/1521

Sangre oculta en heces: Negativo

Profesional : PAOLA ANDREA SANCHEZ Registro: 1113659491

Fecha : 9-/1-/1521

Sintomático respiratorio: NO

Profesional : MARIA ALEJANDRA CARMEN HERRERA Registro: S.S.O 1089745291

Fecha : 25/01/2021

Mujer o menor víctima del maltrato: NO

Profesional : MARIA ALEJANDRA CARMEN HERRERA Registro: S.S.O 1089745291 Fecha : 25/01/2021
Vítima de violencia sexual: NO

Profesional : MARIA ALEJANDRA CARMEN HERRERA Registro: S.S.O 1089745291 Fecha : 25/01/2021

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

G: 0	P: 0	V: 0	C: 0	A: 0	V: 0	M: 0
Menarca:	43			Menopausia:	43	
F.U.M:				F.U.P:		
Ultima Citologia:	13/12/2008	Fecha: 10/11/2009		Resultado:	NORMAL	Fecha: 10/11/2009
	08/03/2012	Fecha: 20/06/2012			NORMAL	Fecha: 20/06/2012
	01/11/2012	Fecha: 22/05/2013			NORMAL	Fecha: 22/05/2013
	13/11/2012	Fecha: 26/08/2013			NORMAL	Fecha: 26/08/2013
Relaciones Sexuales:	Edad inicio de relaciones sexuales 18 Años					
Ciclos Menstruales:	No Menstrua Fecha: 21/07/2014					
Actividad Sexual:	Activa Fecha: 21/07/2014					
Metodo de Planificacion:	Otros Fecha: 21/07/2014					
Patologías relacionadas con						
Embarazo y/o Parto:						
Histerectomia						

FIN IMPRESION DE PAGINA

ATENCION DE CONSULTA MEDICA GENERAL Y ESPECIALIZADA

ATENCION CONSULTA EXTERNA # 1 - #Interno:6055898164 // Entidad: NUEVA E.P.S

Profesional: HECTOR ARBEY CAJIAO BALCAZAR Registro: 785036

Fecha: 26/11/2019 14:33 Sede: IPS VIVIR BUGA

Especialidad: PSIQUIATRIA

Motivo de Consulta: MOTIVO DE CONSULTA: Control y seguimiento por patología afectiva de características ansioso/depresivas

ACOMPANANTE: Ingresó al consultorio En compañía del Señor Francisco Rodríguez quien recibió ser el esposo de la paciente
FUENTES DE INFORMACIÓN: Paciente y acompañante
CALIDAD DE LA INFORMACIÓN: Buena

Enfermedad Actual: ENFERMEDAD ACTUAL

Se trata de una paciente que refirió ha presentado alteraciones afectivas de características depresivas, desde hace 4 años aproximadamente, que señala son secundarios a la pérdida de su funcionalidad y desempeño normal en las habilidades locomotrices, describiendo que ha tenido ruptura de tendón en el miembro inferior izquierdo, sobre la sintomatología afectiva narró la sensación de tristeza varias veces al día a lo largo de todos los días, llanto fácil, ideas sobrevaloradas de desesperanza, ideas de minusvalía y futilidad, describió la presencia de un insomnio de características mixtas. Relato que recibió tratamiento farmacológico previo a cargo del servicio de Medicina general con el uso de trazodona que ha mostrado ser ineficaz en La regulación del ciclo del sueño

Durante la entrevista:

Niega cualquier tipo de sintomatología psicótica.

Niega alteraciones en los ciclos biológicos.

Niega pensamientos de muerte e ideación suicida.

ANTECEDENTES MÉDICOS RELEVANTES

PATOLÓGICOS: Refirió que ha sido diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2 insulino requiriente, hipertensión arterial, hipotiroidismo

ALÉRGICOS: Niega

ANTECEDENTES DE PAT MENTAL EN LA FAMILIA: Niega

REVISION SINTOMAS POR SISTEMA

Piel y Anexos: No refiere
Ojos: No refiere
Orl: No refiere
Cuello: No refiere
Cardiovascular: No refiere
Pulmonar: No refiere
Digestivo: No refiere
Genital/Urinario: No refiere
Musc. Esquelético: No refiere
Neurológico: No refiere
Otros: No refiere

SIGNOS VITALES

T.A: Pulso: 0 F.R: 0 Temperatura: 0 Peso: 0 Kg Talla: 0 Indice de Masa:
Circunferencia Abdominal (Cms): Negativo
Cond. Generales: Normal

Cabeza: Normal
Ojos: Normal
Oídos: Normal
Nariz: Normal
Orofaringe: Normal
Cuello: Normal
Dorso: Normal
Mamas: Normal
Cardíaco: Normal
Pulmonar: Normal
Abdomen: Normal
Genitales: Normal
Extremidades: Normal
Neurológico: Normal
Otros: Normal

DIAGNOSTICO

* Dx Ppal: F328 OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS
* Dx rel-1: F54X FACTORES PSICOLOGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS CON TRASTORNOS O ENFERMEDADES CLASIFICADOS EN OTRA PARTE
Tipo Diagnóstico: Impresión Diagnóstica
Finalidad Consulta: No Aplica
Causa Externa: Enfermedad General

RESUMEN Y COMENTARIOS

EVALUACIÓN CLÍNICA DURANTE LA ENTREVISTA

Paciente que ingresa al consultorio por sus propios medios, en buen estado general, sin signos de dificultad respiratoria, ni deshidratación.

EXAMEN MENTAL

+APARIENCIA: Paciente en la sexta década de la vida, edad aparente acorde a su edad cronológica
- CONTEXTURA FÍSICA: obesa
- TALLA: media
- COLOR DE PIEL: mestiza con rasgos afrodescendientes
- ASEO E HIGIENE PERSONAL: adecuado.
- VESTIMENTA: acorde para edad y sexo. Acorde para la ocasión.
- ACTITUD: establece contacto visual de forma espontánea con entrevistador, predomina la mirada hacia el evaluador, colabora en la entrevista.
- SEÑALES PARTICULARES: Ingresó al consultorio en apoyo de un bastón de la mano derecha
+ PSICOMOTOR: eúquinetica
+ AFECTO: Eutímica, con fondo triste
+ PENSAMIENTO: tono de voz adecuado
> CURSO: Intervalo pregunta respuesta adecuado, producción ideo verbal conservada. Coherente, relevante
> CONTENIDO no encuentro delirios en la entrevista, niega pensamientos de muerte y de agresión a sí mismo, como a terceros.
> FORMA lógico
+ LENGUAJE: muestra capacidad de comprender el lenguaje escrito y verbal. No muestra alteración en las capacidades expresivas.
+ SENSOPERCEPCIÓN: Niega alucinaciones, no encuentro actitudes ni posturas sugestivas de actividad alucinatoria en curso.
+ SENSORIO: Alerta
>>ORIENTACIÓN: conservada en tiempo, lugar y persona
>>MEMORIA: sin alteraciones

- >>CÁLCULO: conservado
- >>ATENCIÓN: Euprosexico
- >>ABSTRACCIÓN: conservada
- >>INTELIGENCIA: impresiona como promedio de acuerdo con su condición sociocultural y educacional.
- ++ JUICIO DE REALIDAD: Presente.
- ++ RACIOCINIO: Conservado.
- +> INTROSPECCIÓN: hace consciencia de su estado psicológico actual.

DIAGNÓSTICOS DE TRABAJO
F328 OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS
F54X FACTORES PSICOLÓGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A ENFERMEDADES CLASIFICADOS EN
OTRA PARTE

ANÁLISIS

PLAN

PLAN DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- + ESCITALOPRAM tableta 10 de mg, administrar una tableta vía oral cada mañana después del desayuno [dosis 10 mg día]
- + IMIPRAMINA tableta de 25 mg, administrar una tableta vía oral cada noche [dosis 25 mg día]
- + LEVOMEPROMAZINA 4 mg/mL (SOLUCIÓN ORAL) al 4%, administrar tres (3) gotas vía oral cada noche.

- *** Cita de control por el servicio de consulta externa con Psiquiatría en 60 días
- ** Psicoterapia individual con psicología 4 sesiones

SALIDA DE LA INSTITUCIÓN Y CONTINUAR PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO AMBULATORIO CON LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES QUE SE INDICO EN CONSULTA LEER DETALLADAMENTE Y SEGUIR DE MANERA Estricta:

- + Se recomienda que los medicamentos deben ser guardados y suministrados por adulto responsable, y que el paciente debe permanecer acompañado.
- ++ No suspender los medicamentos, puede presentar efectos adversos leves con el tratamiento que generalmente son pasajeros y no indican la suspensión del mismo.
- +++ En caso de efectos adversos graves suspender los medicamentos y asistir a consulta lo más pronto posible.

- Se brinda psicoeducación al respecto de la patología de base, su génesis, curso, pronóstico y tratamiento.
- Psicoeducación en su patología importancia de la medicación y controles
- Se hacen recomendaciones generales sobre el uso del tiempo libre y estilos de vida saludable.
- Informar en sus citas si presenta algún inconveniente con la medicación
- Se explica a la familia y/o pacientes que se deben tomar medicamentos según fórmula médica, no cambiarlos ni suspenderlos sin indicación y/o orientación médicas adecuada.
- Se hizo énfasis en la importancia de una buena adherencia al tratamiento, así como también sobre los posibles efectos adversos asociados a los mismos; se les recomendó consultar por urgencias ante la aparición de signos o síntomas de descompensación o ante la presencia de efectos adversos.
- Se Explica que no debe suspender los medicamentos y estos deben ser suministrados por un familiar y/o cuidador en el horario y frecuencia establecido.
- Se brinda psicoeducación al respecto de la patología de base, su génesis, curso, pronóstico y tratamiento. se hizo énfasis en la importancia de una buena adherencia al tratamiento, así como también sobre los posibles efectos adversos asociados a los mismos; se les recomendó consultar por urgencias ante la aparición de signos o síntomas de descompensación o ante la presencia de efectos adversos.
- Se hacen recomendaciones generales sobre evitar la exposición a factores de riesgo.
- Se explica ampliamente que, si presenta síntomas psicóticos como voces, conductas agresivas, ideas persecutorias, o síntomas como ideas suicidas o de agresión hacia otros debe consultar de forma inmediata a la EPS por el servicio de urgencias para evaluación y estabilización.

RECOMENDACIONES PARA CONSULTAR POR URGENCIAS:

- Si no recibe alimentos y/o medicamentos
- Si no duerme
- Si presenta comportamientos y/o actitudes de agresividad. (Si se lesiona o lesiona a otras personas)

- Si intenta hacerse daño o hacerle daño a otras personas. Si aparecen síntomas de ansiedad, si descuida de su aseo y presentación personal de forma muy notoria si reinicia con cuadro clínico similar al del ingreso si hay algún malestar marcado con medicamentos.
- Si presenta convulsiones, somnolencia que no despierta al estímulo,
- Se presenta cambios en el comportamiento, como deterioro del autocuidado e higiene personal o hablar incoherencias.

RECOMENDACIONES GENERALES DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

1. Actividad física mínimo 30 minutos día por 3 días en la semana
2. Nutrición balanceada que incluya frutas, verduras, hortalizas
3. Hidratación tomar de 1 a 3 litros de líquidos en el día (6 vasos con agua/día).
4. Reposo de 7 a 8 Horas de sueño nocturno
5. Actividades de relajación o en artes o técnicas como la yoga /meditación).

MEDIDAS DE HIGIENE DEL SUEÑO

- a) Alimentación liviana en horas de la noche - proteína (pollo -pescado - huevo) + verduras / carbohidrato papa cocida, arepa, plátano maduro.
- b) Actividad física deportiva moderada en la noche.
- c) Baño de agua tibia antes de acostarse
- d) Te (manzanilla, cidrón, toronjil, mejorana, valeriana)
- e) Habitación limpia, organizada, ventilada - sabanas claras preferiblemente blancas - cortinas de colores claros - pijama de colores claros
- f) Mantener los elementos electrónicos fuera de la habitación.
- g) Practicar ejercicios de respiración - meditación.

MEDICAMENTOS

Medicamento: **ESCITALOPRAM 10MG (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **+ ESCITALOPRAM tableta 10 de mg, administrar una tableta vía oral cada mañana después del desayuno [dosis 10 mg día]**

Enviado por Profesional : HECTOR ARBEY CAJIAO BALCAZAR Registro: 765036

Fecha : 26/11/2019 14:33

Medicamento: **ESCITALOPRAM 10MG (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **+ ESCITALOPRAM tableta 10 de mg, administrar una tableta vía oral cada mañana después del desayuno [dosis 10 mg día]**

Enviado por Profesional : HECTOR ARBEY CAJIAO BALCAZAR Registro: 765036

Fecha : 26/11/2019 14:33

Fecha O. Medicamento : 26/12/2019 **Post Fechado**

Medicamento: **ESCITALOPRAM 10MG (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **+ ESCITALOPRAM tableta 10 de mg, administrar una tableta vía oral cada mañana después del desayuno [dosis 10 mg día]**

Enviado por Profesional : HECTOR ARBEY CAJIAO BALCAZAR Registro: 765036

Fecha : 26/11/2019 14:33

Fecha O. Medicamento : 26/01/2020 **Post Fechado**

Medicamento: **IMIPRAMINA CLORHIDRATO 25 mg (GRAGEA) TABLETA**

Cantidad: **60**

Dosificación: **+ IMIPRAMINA tableta de 25 mg, administrar dos tabletas vía oral cada noche [dosis 50 mg día]**

Enviado por Profesional : HECTOR ARBEY CAJIAO BALCAZAR Registro: 765036

Fecha : 26/11/2019 14:33

Medicamento: **IMIPRAMINA CLORHIDRATO 25 mg (GRAGEA) TABLETA**

Cantidad: **60**

Dosificación: **+ IMIPRAMINA tableta de 25 mg, administrar dos tabletas vía oral cada noche [dosis 50 mg día]**

Enviado por Profesional : HECTOR ARBEY CAJIAO BALCAZAR Registro: 765036

Fecha : 26/11/2019 14:33

Fecha O. Medicamento : 26/12/2019 **Post Fechado**

Medicamento: **IMIPRAMINA CLORHIDRATO 25 mg (GRAGEA) TABLETA**

Cantidad: **60**

Dosificación: **+ IMIPRAMINA tableta de 25 mg, administrar dos tabletas vía oral cada noche [dosis 50 mg día]**

Enviado por Profesional : HECTOR ARBEY CAJIAO BALCAZAR Registro: 765036

Fecha : 26/11/2019 14:33

Fecha O. Medicamento : 26/01/2020 **Post Fechado**

Medicamento: **LEVOMEPRMAZINA 4 mg/mL (SOLUCION ORAL) SOLUCION ORAL**

Cantidad: **1**

Dosificación: **+ LEVOMEPRMAZINA 4 mg/mL (SOLUCIÓN ORAL) al 4%, administrar tres (3) gotas vía oral cada noche.**

Enviado por Profesional : HECTOR ARBEY CAJIAO BALCAZAR Registro: 765036

Fecha : 26/11/2019 14:33

Medicamento: **LEVOMEPRMAZINA 4 mg/mL (SOLUCION ORAL) SOLUCION ORAL**

Cantidad: **1**

Dosificación: **+ LEVOMEPRMAZINA 4 mg/mL (SOLUCIÓN ORAL) al 4%, administrar tres (3) gotas vía oral cada noche.**

Enviado por Profesional : HECTOR ARBEY CAJIAO BALCAZAR Registro: 765036

Fecha : 26/11/2019 14:33

Fecha O. Medicamento : 26/12/2019 **Post Fechado**

Medicamento: **LEVOMEPRMAZINA 4 mg/mL (SOLUCION ORAL) SOLUCION ORAL**

Cantidad: **1**

Dosificación: **+ LEVOMEPRMAZINA 4 mg/mL (SOLUCIÓN ORAL) al 4%, administrar tres (3) gotas vía oral cada noche.**

Enviado por Profesional : HECTOR ARBEY CAJIAO BALCAZAR Registro: 765036

Fecha : 26/11/2019 14:33

Fecha O. Medicamento : 26/01/2020 **Post Fechado**

REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA

Resultados de Referencia y Contrareferencia - 800 OTRAS

Especialidad: **OTRAS**

Remision: **** Psicoterapia individual con psicología 4 sesiones**

Enviado por Profesional : HECTOR ARBEY CAJIAO BALCAZAR Registro: 765036

Fecha : 26/11/2019 14:33

Resultados de Referencia y Contrareferencia - 280 PSIQUIRIA

Especialidad: **PSIQUIRIA**

Remision: ***** Cita de control por el servicio de consulta externa con Psiquiatría en 60 días**

Enviado por Profesional : HECTOR ARBEY CAJIAO BALCAZAR Registro: 765036

Fecha : 26/11/2019 14:33

FIN IMPRESION DE PAGINA

Historia N° 66930266

Paciente Dellanira Rallo Montaña

Dirección MANZ C CASA 10 PUERTAS DEL SOL

Entidad NUEVA EPS

Tipo identificación CC

Edad 57 años 1 mes 27 días

Telefono 3206676151

Fecha

miércoles, 8 de junio de 2022 09:26:13

Motivo Consulta

VALORACION

Enfermedad Actual

RUPTURA DE AQUILES DERECHO

REFIERE POSTERIOR A INFILTRACIONES SERIADAS

INICIALMENTE ECO

POSTERIOR DEFINEN RESONANCIA

QUIRURGICO SEGUN REFIERE CASI UN AÑO DESPUES DE EVENTO

ES DM-HTA

Examen fisico

COJERA

CON BASTON

CICATRIZ HIPERTROFICA AQUILES DERECHO

AMAS DORSI 20, PLANTI 20, INVERSION EVERSION 20 CU

DOLOR COMPRTESION AQUILES DERECHO

MOTOR 4 DE 5

REFLEJOS BIEN

Diagnóstico S860 Traumatismo del tendón de aquiles

Conclusiones y plan de manejo

SECUELAS DEFINIDAS, NO REQUIERE REHABILITACION, ALTA MEDICA, PASAR A PCLO.

Dr. Oscar Alexander Alvarez
Medico Fisiatra
R.M. 760875

OSCAR ALEXANDER ALVAREZ BARBERY

RM. 760875

RECORD CLINICO HISTORIA CLINICA

Datos de Identificación

Identificación CC-66930266	Sexo FEMENINO	Genero FEMENINO	Religión Catolica
Nombre DELLANIRA RALLO MONTAÑO	Fecha Nacimiento 1965-04-11	Edad 57 Años	Discapacidad Sin Discapacidades
Etnia NINGUNA DE LAS ANTERIORES	Estado Civil UNION LIBRE	Estrato 2	Escolaridad BASICA PRIMARIA
Email	Origen PALMIRA	Fla. Accion NO	Ocupacion No Aplica
Dirección MANZ C CASA 10 B PUERTAS DEL SOL	Residencia PRADERA	Ambito Territorial	Telefono 3136209209 - 3206676151
Aseguradora Responsable SANACION Y VIDA - PRADERA	Plan CONTRIBUTIVO	Desplazado SI	
		Tipo Usuario BENEFICIARIO	

Consultas (Inicio)

Consulta - # Interno: 7011061507

Profesional: JOHN EDGARDO MORALES QUINTERO - Reg: 6980 **Fecha I.:** 2022-08-17 15:51:00 **Fecha F.:** 2022-08-17 16:02:52
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA **Sede:** CENTRO DE ESPECIALISTAS PALMIRA

Motivo de Consulta
CONTROL TENORRAFIA AQUILES DER

Enfermedad Actual
PTE DE 57 AÑOS CON ANTECEDENTE DE TENORRAFIA DEL T.DE AQUILES RECIBIO F.S.T. ACTUALMENTE MENOR DOLOR

Revisión de Síntomas por Sistema

Piel y anexos No refiere	Ojos No refiere	ORL No refiere	Cuello No refiere	Cardiovascular No refiere	Pulmonar No refiere
Digestivo No refiere	Genital/urinario No refiere	Musculo/esqueleto No refiere	Neurológico No refiere	Otros No refiere	

Examen Físico

Signos Vitales

PA Sis	PA Dia	Temp	FC	FR	Sat O2	Glucum	Peso(Kg)	Talla(cm)	IMC	Glasgow	FCF	Cirabd	Per.Cef	Perbra	FUM
130	80	37	80	20			106	158	42.46			120			

Condiciones generales GRAN OBESA	Cabeza Normal	Ojos Normal	Oidos Normal	Nariz Normal	Orofaringe Normal
Cuello Normal	Dorso Normal	Mamas Normal	Cardiaco Normal	Pulmonar Normal	Abdomen Normal
Genitales Normal					
Extremidades PIERNA DER CICATRIZ BIEN SIN SIGNOS INFLAMATORIOS, BUENOS AMA					
Neurológico Normal	Otros Normal				

Resumen y Comentarios

SE EXPLICA A LA PTE QUE SI NO BAJA DE PESO NO MEJORA EL PRONOSTICO ALTA POR ORTOPEDIA

Diagnostico

DX Ppal: S860 - TRAUMATISMO DEL TENDON DE AQUILES
Tipo diagnóstico: REPETIDO CONFIRMADO **Finalidad:** No Aplica **Causa Externa:** ENFERMEDAD GENERAL
Fecha: 2022-08-17 15:51:00 **Med:** JOHN EDGARDO MORALES QUINTERO **Especialidad:** ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA **Reg:** 6980

Consultas (Fin)

Programas Especiales - Enfermedades Crónicas (Inicio)

Información General

Cod. Prog: 778356 **Fecha Apertura:** 2010-12-06 09:10:00
Cod. HC: 2100262452 **Usuario Apertura:** 207999075 -

HIPERTENSION

Diagnostico: NUEVO **Fecha:** 2010-12-06 **Clasificación al inicio:** MODERADO

Dr. John E. Morales
TRAUMATOLOGIA CONFIRMADO

ATENCION DE CONSULTA MEDICA GENERAL Y ESPECIALIZADA

ATENCION CONSULTA EXTERNA # 1 - #Interno:6099027215 // Entidad: NUEVA E.P.S

Profesional : **DANILO ANDRES GONZALEZ HERNANDEZ** Registro: 761470

Fecha : 11/10/2021 08:54 Sede : IPS VIVIR PALMIRA

Especialidad : **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**

Motivo de Consulta: **POR LA CALIFICACION**

Enfermedad Actual: **PACIOENTE QUE PRESENTA ANT DE PLASTICA DE TENDON AUILIANO DERECHO (2017) ACTUALMENTE PERSISTE POR LIMITACION FUNCIONAL USA BASTON , REFIERE QUE ESTA EN PROCESO DE CALIFICACION POR ABOGADO. ESTA VALORADA POR CLINICA DEL DOLOR**

REVISION SINTOMAS POR SISTEMA

Piel y Anexos:	No refiere
Ojos:	No refiere
Orl:	No refiere
Cuello:	No refiere
Cardiovascular:	No refiere
Pulmonar:	No refiere
Digestivo:	No refiere
Genital/Urinario:	No refiere
Musc. Esquelico:	No refiere
Neurológico:	No refiere
Otros:	No refiere

SIGNOS VITALES

T.A: 120/78 Pulso: 78 F.R: 16 Temperatura: 36 Peso: 105.0 Kg Talla: 165 Indice de Masa: 38.57

Circunferencia Abdominal (Cms): 80

Cond. Generales: Normal

Cabeza: Normal

Ojos: Normal

Oidos: Normal

Nariz: Normal

Orofaringe: Normal

Cuello: Normal

Dorso: Normal

Mamas: Normal

Cardíaco: Normal

Pulmonar: Normal

Abdomen: Normal

Genitales: Normal

Extremidades: **OBESA USA BASTON TIENE PIE DERECHO CON FLEXION PALMAR 50 ° FLEXION PLANTAR 50 °, SIN DEFICIT NEUROLOGICO , EDEMA EN REGIONM AQUILIANA DERECHA**

Neurológico: Normal

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

 DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre	DELLANIRA RALLO MONTAÑO	Documento de identificación:	66830266
Fecha de Nacimiento:	11/04/1965	Edad:	56 Años
Municipio de origen:	PALMIRA	Municipio de Residencia:	PALMIRA
Estado Civil:	Union Libre	Estrato:	2
Escolaridad:	BASICA PRIMARIA	Ocupación:	No Aplica
Etnia:	NINGUNA DE LAS ANTERIORES	Discapacidad:	Sin Discapacidades
Desplazado:	Si	Familias en Acción:	No
Dirección:	MANZ 2 LOTE 10	Teléfono:	267-3192
Sexo:	FEMENINO	Religión:	Catolica
Celular:	(320) 667-6151	Correo electrónico:	

ANTECEDENTES MEDICOS DEL PACIENTE

 ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos: HIPOTIROIDISMO?

Profesional: ANDRES ASOLFO NARVAEZ Registro: 4804

Fecha: 07/07/2009

Patológicos: DIABETES-COLESTEROL-HIPOT

Profesional: MARYENSI BURBANO Registro: 76-1330

Fecha: 09/03/2017

Patológicos: DIABETES-COLESTEROL-HIPOT

Profesional: ANDRES FERNANDO GRUESO Registro: 1151444741

Fecha: 18/03/2017

Patológicos: DIABETES-COLESTEROL-HIPOT

Profesional: ANDRES FERNANDO GRUESO Registro: 1151444741

Fecha: 08/05/2017

Patológicos: DIABETES-COLESTEROL-HIPOT

Profesional: ANDRES FERNANDO GRUESO Registro: 1151444741

Fecha: 22/06/2017

Patológicos: DIABETES-COLESTEROL-HIPOT

Profesional: ANDRES FERNANDO GRUESO Registro: 1151444741

Fecha: 04/07/2017

Patológicos: DM DISLIPIDEMIA HIPOTIROIDISMO

Profesional: HEBERTH ALBERTO SOLARTE ROJAS Registro: 76-3599

Fecha: 22/05/2020

Patológicos: LO REFERIDO

Profesional: NATHALIA ROSERO NARVAEZ Registro: 1113660589

Fecha: 26/08/2020

Patológicos: LO REFERIDO

Profesional: CRISTHIAN DAVID RODRIGUEZ BELALCAZAR Registro: 1.113.672.305

Fecha: 01/12/2020

Patológicos: LO REFERIDO

Profesional: CRISTHIAN DAVID RODRIGUEZ BELALCAZAR Registro: 1.113.672.305

Fecha: 30/12/2020

Patológicos: LO REFERIDO

Profesional: CRISTHIAN DAVID RODRIGUEZ BELALCAZAR Registro: 1.113.672.305

Fecha: 16/02/2021

Patológicos: LO REFERIDO

Profesional: CRISTHIAN DAVID RODRIGUEZ BELALCAZAR Registro: 1.113.672.305

Fecha: 21/04/2021

Patológicos: LO REFERIDO

Profesional: CRISTHIAN DAVID RODRIGUEZ BELALCAZAR Registro: 1.113.672.305

Fecha: 21/05/2021

Patológicos: LO REFERIDO

Profesional: CRISTHIAN DAVID RODRIGUEZ BELALCAZAR Registro: 1.113.672.305

Fecha: 03/06/2021



Sede: IPS VIVIR PRADERA

Otros: Normal

D DIAGNOSTICO

* Dx Ppal: M255 DOLOR EN ARTICULACION
Tipo Diagnóstico: Impresión Diagnóstica
Finalidad Consulta: No Aplica
Causa Externa: Enfermedad General

D RESUMEN Y COMENTARIOS

PACIENTE QUE PRESENTA ANT DE PLASTICA DE TENDON AUILANAO DERECHO (2017) ACTUALMENTE PERSISTE POR LIMITACION FUNCIONAL USA BASTON, REFIERE QUE ESTA EN PROCESO DE CALIFICACION POR ABOGADO. ESTA VALORADA POR CLINICA DEL DOLOR SE INDICA RX DE PIE Y ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS SE REMITE A NUTRICION POR OBESIDAD MORBIDA Y FISIATRIA EXIGE ALTA MEDICA. SE SOLICITA DOCUMENTAC LEGAL POR SU ABOGADO. CONTROL CON RESULTADOS

D SERVICIOS (AYUDAS DX, PROCEDIMIENTOS)

890364 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Enviado por Profesional : DANILO ANDRES GONZALEZ HERNANDEZ Registro: 761470

Fecha : 11/10/2021 08:54

890380 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

Enviado por Profesional : DANILO ANDRES GONZALEZ HERNANDEZ Registro: 761470

Fecha : 11/10/2021 08:54

881601 ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS

Enviado por Profesional : DANILO ANDRES GONZALEZ HERNANDEZ Registro: 761470

Fecha : 11/10/2021 08:54

873333 RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL)

Enviado por Profesional : DANILO ANDRES GONZALEZ HERNANDEZ Registro: 761470

Fecha : 11/10/2021 08:54

FIN IMPRESION DE PAGINA

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

9/18/21 9:54 Page 1 of 1

Fecha y Hora Atención: 29/07/2019 09:23:00

Historia Clínica Nro: 66930266

Paciente: DELLANIRA RALLO MONTAÑO

Registro: 1068444

F. Nacimiento: 11/04/1965

Edad: 54 años 3 meses 18 días

Fecha Hospitalización: 29/07/2019

Días Hospitalización: 0 días

Empresa: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

Plan: NUEVA EPS CONTRIBUTIV CNRUU
(CAPITACION)

Fecha hora egreso: 29/07/2019 22:59:59

NOTA MEDICA NO POS 29/07/2019 09:23:00

Sede: CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE S.A.S NIT 900891513-3

NOTA MEDICA NO POS

PACIENTE POP RECONSTRUCCION DE TENDON DE AQUILES EN 2017, REFIERE MOVILIZACION LIMITADA Y DOLOR, PRESENTA SENSIBILIDAD CONSERVADA Y LLENADO CAPILAR <3SEG. POR NO DISMINUCION DE DOLOR SE CONSIDERA REMITIR A CLINICA DE DOLOR PARA MANEJO DEL MISMO.

ORDENES

Concepto	Servicio
HONORARIOS MEDICOS	INTERCONSULTA MEDICINA DEL DOLOR CLINICA DEL DOLOR PARA VALORACION

GONZALO MARTINEZ ARANGO

Especialidad: ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 17354

Medico Tratante: GONZALO MARTINEZ ARANGO

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 17354

Fecha Impresión: 18/09/2021 09:54:20 Impreso por: DANIELA MARIN MESA

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

9/18/21 9:54 Page 1 of 2

Fecha y Hora Atención: 14/08/2019 15:39:00

Historia Clínica Nro: 66930266

Paciente: DELLANIRA RALLO MONTAÑO

Registro: 1089280

F. Nacimiento: 11/04/1965

Edad: 54 años 4 meses 3 días

Fecha Hospitalización: 14/08/2019

Días Hospitalización: 0 días

Empresa: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

Plan: NUEVA EPS CONTRIBUTIV CNRUU
(CAPITACION)

Fecha hora egreso: 14/08/2019 22:59:59

CONTROL DE CONSULTA EXTERN 14/08/2019 15:39:00

Sede: CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE S.A.S NIT 900891513-3

Diagnosticos

M791 MIALGIA

14/08/2019

SUBJETIVO

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE RUPTURA AQUILIANA DERECHA HACE APROX TRES AÑOS POSTERIOR HA INFILTRACION A ESE NIVEL SEGUN REFIERE, QUE REQUIRIO MANEJO QUIRURGICO HACE UN PAR DE AÑOS PERSISTE DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL A HECHO TERAPIA FISICA.
AP: DM

EXAMEN FISICO

BEG
PESO 108
TALLA 1.75
NO EDEMA TALON, DOLOR PALPATORIO, PARTE DE PANTORRILLA Y AREA AQUILIANA, CON AMAS TOBILLO DERECHO PRACTICAMENTE CONSERVADAS. MARCHA A PROPULSORA

FECHA ULTIMO PARTO(DD/MM/AAAA)

N

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

N

ANALISIS

N

PLAN

TF
ANALGESIA
PLAN CASERO
BAJAR DE PESO
RECOMENDACIONES
CITA CLINICA DEL DOLOR TRES MESES

MEDICAMENTOS (FORMULA EXTERNA)

101. TRAMADOL 100 MG/ML SOL ORAL FCO X 10 ML. GOTAS
Cant.: 2 10 Gotas C 08 Horas ORAL 20

ORDENES

Concepto

Servicio

HONORARIOS MEDICOS	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA CITA CLINICA DEL DOLOR TRES MESES
TERAPIAS Y/O NEBULIZACION	TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD (198) (295) MED FIS AQUIL DER, ESTIR AQUIL,PROGR,STEPPING, PLC

JAVIER BENAVIDES HINESTROZA

Especialidad: MEDICINA FISICA Y

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

9/18/21 9:54 Page 2 of 2

REHABILITACION

Registro Profesional: 3667-93

Medico Tratante: JAVIER BENAVIDES HINESTROZA

Especialidad: MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Registro Profesional: 3667-93

Fecha Impresión: 18/09/2021 09:54:21 Impreso por: DANIELA MARIN MESA

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

9/18/21 9:54 Page 1 of 1

Fecha y Hora Atención: 16/01/2020 10:16:00

Historia Clínica Nro: 66930266

Paciente: DELLANIRA RALLO MONTAÑO

Registro: 1246044

F. Nacimiento: 11/04/1965

Edad: 54 años 9 meses 5 días

Fecha Hospitalización: 16/01/2020

Días Hospitalización: 0 días

Empresa: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

Plan: NUEVA EPS CONTRIBUTIV CNRUU
(CAPITACION)

Fecha hora egreso: 16/01/2020 17:00:32

CONTROL DE CONSULTA EXTERN 16/01/2020 10:16:00

Sede: CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE S.A.S NIT 900891513-3

Diagnosticos

S860 TRAUMATISMO DEL TENDON DE AQUILES

16/01/2020

SUBJETIVO

MC: TENIA CONTROL CON FISIATRIA DR BENAVIDES

EA: REFIERE QUE PRESENTO RUPTURA DEL TENDON DE AQUILES, QUE RELACIONA CON INFILTRACIONES REPETIDAS. RECIBIO TRATAMIENTO QUIRURGICO QUE NO ALIVIO EL DOLOR.

EVALUADA POR FISIATRIA, SE ORDENO TERAPIA FISICA CON EMPEORAMIENTO DEL DOLOR. MANIFIESTA QUE PRESENTA MUCHO DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL QUE EMPEORA CON EL TIEMPO

MEDICAMENTOS: DOLEX MAS TRAMADOL

EXAMEN FISICO

SOBREPESO, DEAMBULACION AUTONOMA, RESPUESTAS COHERENTES AL INTERROGATORIO, DOLOR A LA PALPACION DE TENDON DE AQUILES DERECHO

FECHA ULTIMO PARTO(DD/MM/AAAA)

.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

NO APORTA AYUDAS NI HC

ANALISIS

CUADRO DE DOLOR RESIDUAL POST RUPTURA DEL TENDON DE AQUILES

PLAN

DEBE SER SOMETIDA A PROGRAMA DE REHABILITACION POR PARTE DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION. NO SE RECOMIENDA INTERVENCIONISMO ANALGESICO POR APRTE DE ESTA ESPECIALIDAD.

ALTA POR CLINICA DE DOLOR INTERVENCIONISTA

EVALUACION POR MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

ORDENES

Concepto

Servicio

HONORARIOS MEDICOS

CONSULTA DE PRIMERA VEZ O SEGUIMIENTO POR FISIATRIA
EVALUACION Y MANEJO

RENE FERNANDO RODRIGUEZ JURADO

Especialidad: DOLOR Y CUIDADOS
PALIATIVOS

Registro Profesional: 630386

Fecha Impresión: 18/09/2021 09:54:22 Impreso por: DANIELA MARIN MESA

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

9/18/21 9:54 Page 1 of 1

Fecha y Hora Atención: 02/01/2017 11:03:00

Historia Clínica Nro: 66930266

Paciente: DELLANIRA RALLO MONTAÑO

Registro: 215145

F. Nacimiento: 11/04/1965

Edad: 51 años 8 meses 21 días

Fecha Hospitalización: 02/01/2017

Días Hospitalización: 0 días

Empresa: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

Plan: NUEVA EPS CONTRIBUTIV CNRUU
(CAPITACION)

Fecha hora egreso: 02/01/2017 17:09:30

NOTA MEDICA NO POS 02/01/2017 11:03:00

Sede: CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE S.A.S NIT 900891513-3

NOTA MEDICA NO POS

RUPTURA DEL TENDION DE AQUILES REQUIERE QX

ORDENES

Concepto

Servicio

LABORATORIO CLINICO HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES
ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RE

TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)

GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

PROCEDIMIENTOS QUIRUR RECONSTRUCCION DE TENDON DE AQUILES

VALORACION POR ESPECIAL ANESTESIOLOGIA

GONZALO MARTINEZ ARANGO

Especialidad: ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 17354

Medico Tratante: GONZALO MARTINEZ ARANGO

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 17354

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

9/18/21 9:54 Page 1 of 2

Fecha y Hora Atención: 17/01/2017 11:10:00

Historia Clínica Nro: 66930266

Paciente: DELLANIRA RALLO MONTAÑO

Registro: 224456

F. Nacimiento: 11/04/1965

Edad: 51 años 9 meses 6 días

Fecha Hospitalización: 17/01/2017

Días Hospitalización: 0 días

Empresa: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

Plan: NUEVA EPS CONTRIBUTIV CNRUU
(CAPITACION)

Fecha hora egreso: 17/01/2017 15:50:29

VALORACION PREQUIRURGICA 17/01/2017 11:10:00

Sede: CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE S.A.S NIT 900891513-3

ANTECEDENTES Anestésicos

General: SI Regional: SI Fecha Ultima Anestesia: HACE 3 AÑOS

Ant. Complicaciones

Ninguna.

Ant. Alergicos

Ninguno.

Ant. Patologicos

DIABETES MELLITUS, HIPOTIROIDISMO

Ant. Toxicos

Ninguno.

Ant. Farmacologico

LEVOTIROXINA, GLIBENCLAMIDA, ATORVASTATINA , ASA

Ant. Hemorrágicos

Ninguno.

Ant. Quirurgicos

HISTERECTOMIA , CESAREA. RESECCION MASA EN MAMA

Ant. Transfusionsales

Ninguno.

FMU

Ant. Otros

Ninguno

REVISION POR SISTEMA Cardiovascular

Disnea NO Angina NO

CLASE FUNCIONAL < 4 METS

Palpitaciones

NIEGA

Precipitado por

SNC

SIN DEFICIT

Otros sintomas

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

9/18/21 9:54 Page 2 of 2

EXA. FIS. P. Arterial sentado

122/79

EXA. FIS. De Cubito

.

EXA. FIS. Frecuencia Cardiaca

78 X MIN

EXA. FIS. Frecuencia Respiratoria

13 X MIN

EXA. FIS. Peso

106 KG. TALLA 1. 65 CMS IMC: 38

Evaluacion Vias Aereas

AO > 3 CMS. DTM > 6 CMS, MALLAMPATI I

Abdomen

GLOBOSO

Otros Hallazgos

R SC SR SNO SOPLOS, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, SIN AGREGADOS

LABORATORIOS

L: 9.070 HB: 13.7 HTO: 40.8 P: 244

GLICEMIA PRE: 167

TP: 11.8 INR: 1.04 TPT: 26.2

EKG (Fecha)

Otros estudios

DIAGNOSTICOS

RUPTURA DE TENDON DE AQUILES (DERECHO)

DIABETES MELLITUS, HIPOTIROIDISMO

OBESIDAD MORBIDA IMC 38

CLASIFICACION ASA - NYHA - GOLMAN

III

RECOMENDACIONES

PACIENTE PROGRAMADA PARA CIRUGIA ELECTIVA CON ENFERMEDAD DE BASE DESCOMPENSADA, NO TRAE REPORTE DE TSH, SE SOLICITA VALORACION POR MEDICINA INTERNA, AJUSTE DE MEDICAMENTOS Y REVALORACION POR ANESTESIOLOGIA

ADRIANA SOFIA ROSERO CUNAR

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Registro Profesional: 521275

Medico Tratante: ADRIANA SOFIA ROSERO CUNAR

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Registro Profesional: 521275

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

9/18/21 9:54 Page 1 of 2

Fecha y Hora Atención: 31/05/2017 13:45:00

Historia Clínica Nro: 66930266

Paciente: DELLANIRA RALLO MONTAÑO

Registro: 303223

F. Nacimiento: 11/04/1965

Edad: 52 años 1 meses 20 días

Fecha Hospitalización: 31/05/2017

Días Hospitalización: 0 días

Empresa: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

Plan: NUEVA EPS CONTRIBUTIV CNRUU
(CAPITACION)

Fecha hora egreso: 31/05/2017 18:37:36

VALORACION PREQUIRURGICA 31/05/2017 13:45:00

Sede: CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE S.A.S NIT 900891513-3

ANTECEDENTES Anestésicos

General: 1 Regional: 4 Fecha Ultima Anestesia:

Ant. Complicaciones

Ninguna.

Ant. Alergicos

Ninguno.

Ant. Patologicos

DIABETES MELLITUS, OBESIDAD, HIPOTIROIDISMO

Ant. Toxicos

Ninguno.

Ant. Farmacologico

LOVASTATINA,, LEVOTIROXINA, GLIBENCLAMIDA

Ant. Hemorrágicos

Ninguno.

Ant. Quirurgicos

CESAREAS 3 , HISTERECTOMIA, RESECCION DE MASA EN SENO

Ant. Transfusionsales

Ninguno.

FMU

Fecha: G: P: A: V: C:

Ant. Otros

Ninguno

REVISION POR SISTEMA Cardiovascular

Disnea NO Grado Angina NO Grado

Palpitaciones

NO

Precipitado por

NO

SNC

PTE ANSIOSA, GLASGOW 15 / 15

Otros sintomas

NO

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

9/18/21 9:54 Page 2 of 2

EXA. FIS. P. Arterial sentado

200 X 120

EXA. FIS. De Cubito

200 X 120

EXA. FIS. Frecuencia Cardiaca

73 POR MINUTO

EXA. FIS. Frecuencia Respiratoria

17 POR MINUTO

EXA. FIS. Peso

102 KG

Evaluacion Vias Aereas

MALLAMPATY I

Abdomen

ABUNDANTE PANICULO ADIPOSEO

Otros Hallazgos

PTE ASINTOMATICA CARDIOVASCULAR , SE ORDENA AFINAMIENTO DE T ARTERIAL

LABORATORIOS

GLICEMIA 105 CR 0.9 TRIGLI 124 HB GLICOSILADA 7,05

EKG (Fecha)

NO TIENE

Otros estudios

NO

DIAGNOSTICOS

1) LESION TENDON DE AQUILES 2) OBESIDAD MORBIDA, 3) D MELLITUS 4) HIPOTIROIDISMO 5) HTA ?

CLASIFICACION ASA - NYHA - GOLMAN

ASA III

RECOMENDACIONES

1) AFINAMIENTO T ARTERIAL 2) NUEVA CITA POR ANESTESIOLOGIA 3) SS CUADRO HEMATICO Y TIEMPOS DE COAGULACION

REINALDO ZULUAGA MEJIA

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Registro Profesional: 00281

Medico Tratante: REINALDO ZULUAGA MEJIA

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Registro Profesional: 00281

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

9/18/21 9:54 Page 1 of 1

Fecha y Hora Atención: 28/06/2017 08:19:00

Historia Clínica Nro: 66930266

Paciente: DELLANIRA RALLO MONTAÑO

Registro: 320511

F. Nacimiento: 11/04/1965

Edad: 52 años 2 meses 17 días

Fecha Hospitalización: 28/06/2017

Días Hospitalización: 0 días

Empresa: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

Plan: NUEVA EPS CONTRIBUTIV CNRUU
(CAPITACION)

Fecha hora egreso: 28/06/2017 09:17:40

CONTROL DE CONSULTA EXTERN 28/06/2017 08:19:00

Sede: CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE S.A.S NIT 900891513-3

Diagnosticos

S860 TRAUMATISMO DEL TENDON DE AQUILES

28/06/2017

SUBJETIVO

CONOCIDA POR ANESTESIA, PACIENTE DIABETICA HIPOTIROIDISMO
PENDIENTE CX CORRECCION LESION TALON DE AQUILES DERECHO

SE ECONTRO CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS

SE SOLICITO AFINAMIENTO TA QUE TRA HOY REPORTE

EXAMEN FISICO

TA 128/99 FC 78
ASUCULTACION CARDIOPULMONAR NORMAL

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

AFINAMIENTO TA: 130/70 120/60 130/66 120/70 120/70 130/80

HEMOGRAMA 13 HTO 40 PLT 292.000

PT 11 TPT 26

TSH 2.3

ANALISIS

PACIENTE CON COMORBILIDADES CONTROLASDAS, BUEN CLASE FUNCIONAL, ASINTOMATICA CARDIOVASCULAR,
AHORA EN CONSULTA CIFAS TENSIONALES EN RANGOS DE NORMALIDAD.
PARACLINICOS Y EXAMEN FISICO ADECUADOS

APTA PARA CIRUGIA

PLAN

1. PROGRAMAR CIRUGIA
2. AYUNO 8 H PREOPERATORIO
3. CONSENTIMIENTO INFORMADO DILIGENCIADO Y FIRMADO, SE ENTRA A PACIENTE PARA TRAMITES DE PROGRAMACION DE CIRUGIA
4. SE EXPLICA TECNICA ANESTESICA, RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES
5. NO TOMAR CGLIBENCLAMIDA EL DIA DE LA CIRUGIA NI USAR INSULINAS EL DIA DE LA CIRUGIA, CONTROL CON GLUCOMETRIA
6. SUSPENDER ASPIRINA 4 DIAS ANTES DE LA CIRUGIA

LORENA PATRICIA VALLEJOS MEDINA

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Registro Profesional: 52-1686

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

9/18/21 9:54 Page 1 of 3

Fecha y Hora Atención: 11/07/2017 08:20:00

Historia Clínica Nro: 66930266

Paciente: DELLANIRA RALLO MONTAÑO

Registro: 325597

F. Nacimiento: 11/04/1965

Edad: 52 años 3 meses 0 días

Fecha Hospitalización: 11/07/2017

Días Hospitalización: 0 días

Empresa: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

Plan: NUEVA EPS CONTRIBUTIV CNRUU
(CAPITACION)

Fecha hora egreso: 11/07/2017 17:58:06

NOTA DE ENFERMERIA 11/07/2017 08:20:00

Sede: CLINICA DESA S.A.S. NIT 900771349-7

NOTA ENFERMERIA

7+40 INGRESA PACIENTE A SALA DE PREANESTESIA POR SUS PROPIOS MEDIOS CONCIENTE Y ORIENTADA EN TLP EN COMPAÑIA DE FAMILIAR PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO RECONSTRUCCION TALON DE AQUILES MID FIRMA CONCENTIMIENTOS PARA PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA SE MONITORIZA TA 137/80 FC 98 SPO2 98% SE CANALIZA VENA EN MSI CON PREVIA ASEPSIA DEL SITIO DE PUNCION PENDIENTE ADMINISTRAR PROFILAXIS

ADRIANA MARIA MONTAÑO GARCIA

Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Sede: CLINICA DESA S.A.S. NIT 900771349-7

NOTA DE ENFERMERIA CIRUGIA

INGRESA PTE AL SERVICIO DE CX A QUIEN LE REALIZARAN RECONSTRUCCION DE TALON DE AQUILES DERECHO , PTE DESPIERTA . TRAE LEV PERMEABLES MSIZQ, SE VERIFICA AYUDAS DX 10:45AM SE INGRESA Y SE PASA A QUIROFANO # 9 , SE REALIZA LISTA DE CHEQUEO, SE INSTALA MONITORIA SV TA 157/80 FC 68 SATO2 97% 10:50 AM , INDUCCION ANESTESIA RAQUIDEA A CARGO DR CAICEDO, 11:12 AM REALIZA PREPARACION DE AREA QX, AYUDANTE DR CAICEDO CX DR MARTINEZ IQX LUZ MARY GOMEZ INICIA Y RELIZA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, REALIZAN LAVADO CON SSN ,SV TA121/69 FC 68 SATO2 99% , APLICACION DE ANALGESIA EV , SUTURA POR PLANOS , DEJAN FERULA DE YESO, CUBIERTO CON VENDAJE ELASTICO , SVTA 100759 FC 77 SATO2 98% , PTE SE PASA A CAMILLA , SE TRANSLADA EN COMPAÑIA DE ANESTESIOLOGO A RECUPERACION , SE ENTREGA HC COMPLETA SV105/40 FC 86 ATO2 98%

DIANA FERNANDA VALENCIA OTERO

Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

9/18/21 9:54 Page 2 of 3

NOTA MEDICA 11/07/2017 12:25:00

Sede: CLINICA DESA S.A.S. NIT 900771349-7

Diagnosticos

S860 TRAUMATISMO DEL TENDON DE AQUILES

11/07/2017

NOTA MEDICA

SE REALIZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SIN COMPLICACIONES SE DECIDE DAR SALIDA CON MEDICACION E INDICACIONES

MEDICAMENTOS

101. ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG
Cant.: 120 1 Gramo C 04 Horas ORAL POR 10 DIAS
102. CEFALEXINA TABLETA 500MG
Cant.: 40 500 Miligramo C 06 Horas ORAL POR 10 DIAS

ORDENES

Concepto	Servicio
VALORACION POR ESPECIALIDAD ORTOPIEDIA	
15 DIAS	

GONZALO MARTINEZ ARANGO

Especialidad: ORTOPIEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 17354

Medico Tratante: GONZALO MARTINEZ ARANGO

Especialidad: ORTOPIEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 17354

Sede: CLINICA DESA S.A.S. NIT 900771349-7

NOTA DE ENFERMERIA CIRUGIA

12.20 HORAS INGRESA PACIENTE EN SALA DE RECUPERACION BAJO EFECTOS DE ANESTESIA RAQUIDEA DESPIERTA Y ORIENTADA LLEGA EN COMPAÑIA DEL ANESTESIOLOGO Y AUXILIAR VIENE CON LIQUIDOS PERMEABLES SE LE INSTALA MONITORIA SIGNOS VITALES TA 128/88 FC 73 SAO2 97% POS QX DE RECONSTRUCCION DE TALON DE AQUILES MIEMBRO INFERIOR DERECHO VIENE CON VENDAJE ELASTICO LIMPIO CX REALIZADA POR EL DR MARTINEZ

CLAUDIA PATRICIA GUTIERREZ FLOREZ

Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

9/18/21 9:54 Page 3 of 3

Sede: CLINICA DESA S.A.S. NIT 900771349-7

NOTA DE ENFERMERIA CIRUGIA

PACIENTE BIEN RECUPERADA DE SU ANESTESIA SE ENVIA A HC A FACTURACION
PTE QUIEN EGRESA DEL SERVICIO TOLERANDO VIA ORAL CON DIETA LIQUIDA CLARA Y HX QX CUBIERTAS LIMPIAS Y
SECAS, FORMULAS Y RECOMENDACIONES MEDICAS, SE BRINDO EDUCACION PTE Y FAMILIAR REFIEREN ENTENDER. CON
PLACA DE RX DE CONTROL

FLOR JENNY YARPAZ MENESES

Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

9/18/21 9:54 Page 1 of 1

Fecha y Hora Atención: 14/08/2017 10:18:00

Historia Clínica Nro: 66930266

Paciente: DELLANIRA RALLO MONTAÑO

Registro: 351254

F. Nacimiento: 11/04/1965

Edad: 52 años 4 meses 3 días

Fecha Hospitalización: 14/08/2017

Días Hospitalización: 0 días

Empresa: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

Plan: NUEVA EPS CONTRIBUTIV CNRUU
(CAPITACION)

Fecha hora egreso: 14/08/2017 10:38:01

NOTA MEDICA NO POS 14/08/2017 10:18:00

Sede: CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE S.A.S NIT 900891513-3

NOTA MEDICA NO POS

MC: CONTROL POSQUIRURGICO

PACIENTE QUE VIENE A CONTROL POP DE RUPTURA DE TENDON DE AQUILES DERECHO 11 JULIO 2017, PACIENTE REFIERE SENTIRSE EN BUENAS CONDICIONES, CON DOLOR LEVE A LA DEAMBULACION, PACIENTE SE ENCUENTRA APOYANDO SIN INDICACION MEDICA, SE DA ORDEN DE TERAPIA FISICA Y CITA CONTROL EN 1 MES

ORDENES

Concepto	Servicio
TERAPIAS Y/O NEBULIZACION	TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD (198) (295)
	20 SESIONES
VALORACION POR ESPECIALIDAD	ORTOPEDIA
	CITA EN 1 MES

GONZALO MARTINEZ ARANGO

Especialidad: ORTOPIEDIA Y
TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 17354

Medico Tratante: GONZALO MARTINEZ ARANGO

Especialidad: ORTOPIEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 17354

Fecha Impresión: 18/09/2021 09:54:25 Impreso por: DANIELA MARIN MESA

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

9/18/21 9:54 Page 1 of 2

Fecha y Hora Atención: 20/11/2017 10:02:00

Historia Clínica Nro: 66930266

Paciente: DELLANIRA RALLO MONTAÑO

Registro: 422961

F. Nacimiento: 11/04/1965

Edad: 52 años 7 meses 9 días

Fecha Hospitalización: 20/11/2017

Días Hospitalización: 0 días

Empresa: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

Plan: NUEVA EPS CONTRIBUTIV CNRUU
(CAPITACION)

Fecha hora egreso: 20/11/2017 22:59:59

NOTA MEDICA NO POS 20/11/2017 10:02:00

Sede: CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE S.A.S NIT 900891513-3

NOTA MEDICA NO POS

PACIENTE EN POP DE RUPTURA DE TENDON DE AQUILES DERECHO (11-JULI-17). POR EL MOMENTO PACIENTE CON BUENA EVOLUCION CLINICA, MODULANDO DOLOR, DEBE CONTINUAR TERAPIA FISICA

ORDENES

Concepto

Servicio

TERAPIAS Y/O NEBULIZACION TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD (198) (295)

TERAPIA FISICA 20 SESIONES

VALORACION POR ESPECIALIDAD ORTOPIEDIA

CONTROL EN 2 SEMANAS DR MARTINEZ

GONZALO MARTINEZ ARANGO

Especialidad: ORTOPIEDIA Y
TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 17354

Medico Tratante: GONZALO MARTINEZ ARANGO

Especialidad: ORTOPIEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 17354

NOTA MEDICA NO POS 20/11/2017 10:08:00

Sede: CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE S.A.S NIT 900891513-3

NOTA MEDICA NO POS

SE ABRE FOLIO PARA CARGAR ANALGESIA

MEDICAMENTOS (FORMULA EXTERNA)

101. ACEITE ALMENDRAS 500ML

Cant.: 40 1 Gramo C 06 Horas ORAL

GONZALO MARTINEZ ARANGO

Especialidad: ORTOPIEDIA Y
TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 17354

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

9/18/21 9:54 Page 2 of 2

NOTA MEDICA NO POS 20/11/2017 10:14:00

Sede: CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE S.A.S NIT 900891513-3

NOTA MEDICA NO POS

SE ABRE FOLIO PARA CARGAR ANALGESIA, NOTA ATERIOR NO CORRESPONDE A LA PACIENTE

MEDICAMENTOS (FORMULA EXTERNA)

101. ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG

Cant.: 40 1 Gramo C 06 Horas ORAL

GONZALO MARTINEZ ARANGO

**Especialidad: ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGIA**

Registro Profesional: 17354

Medico Tratante: GONZALO MARTINEZ ARANGO

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 17354

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

9/18/21 9:54 Page 1 of 1

Fecha y Hora Atención: 12/03/2018 08:18:00

Historia Clínica Nro: 66930266

Paciente: DELLANIRA RALLO MONTAÑO

Registro: 507142

F. Nacimiento: 11/04/1965

Edad: 52 años 11 meses 1 días

Fecha Hospitalización: 12/03/2018

Días Hospitalización: 0 días

Empresa: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

Plan: NUEVA EPS CONTRIBUTIV CNRUU
(CAPITACION)

Fecha hora egreso: 12/03/2018 22:59:59

NOTA MEDICA NO POS 12/03/2018 08:18:00

Sede: CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE S.A.S NIT 900891513-3

NOTA MEDICA NO POS

PACIENTE DE 52 AÑOS EN COMPAÑIA DE PAREJA CON POP DE 11/07/2017 RECONSTRUCCION DE TENDON DE AQUILES DERECHO, INGRESA CON AYUDA DE BASTON QUIEN COMPLETO 40 TERAPIAS FISICAS, REFIERE NO MEJORIA CLINICA, AL EXAMEN FISICO CON MOVILIDAD PARCIAL EN LA PLANTIFLEXION, SE LE EXPLICA A LA PACIENTE LA EVOLUCION LENTA DE POP. QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTA CONDUCTA, SE DA ORDEN DE TERAPIA FISICA, VAL POR MEDICO LABORAL Y CITA CONTROL EN 1 MES.

ORDENES

Concepto

Servicio

HONORARIOS MEDICOS

INTERCONSULTA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
EN 1 MES

CONSULTA PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (305)
MEDICO LABORAL

TERAPIAS Y/O NEBULIZACI TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD (198) (295)

GONZALO MARTINEZ ARANGO

Especialidad: ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 17354

Medico Tratante: GONZALO MARTINEZ ARANGO

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 17354

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

9/18/21 9:54 Page 1 of 1

Fecha y Hora Atención: 15/08/2018 10:27:00

Historia Clínica Nro: 66930266

Paciente: DELLANIRA RALLO MONTAÑO

Registro: 649099

F. Nacimiento: 11/04/1965

Edad: 53 años 4 meses 4 días

Fecha Hospitalización: 15/08/2018

Días Hospitalización: 0 días

Empresa: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

Plan: NUEVA EPS CONTRIBUTIV CNRUU
(CAPITACION)

Fecha hora egreso: 15/08/2018 22:59:59

NOTA MEDICA NO POS 15/08/2018 10:27:00

Sede: CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE S.A.S NIT 900891513-3

NOTA MEDICA NO POS

BUENA EVOLUCION BUEN LLENADO CAPILAR BUENA SENSIBILIDAD SE INSISTE EN TERAPIA FISICA CITA EN 3 MESES

ORDENES

Concepto	Servicio
HONORARIOS MEDICOS	INTERCONSULTA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA 3 MESES
TERAPIAS Y/O NEBULIZACI	TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD (198) (295)

GONZALO MARTINEZ ARANGO

Especialidad: ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 17354

Medico Tratante: GONZALO MARTINEZ ARANGO

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 17354

Fecha Impresión: 18/09/2021 09:54:29 Impreso por: DANIELA MARIN MESA

CONSORCIO NUEVA CLINICA RAFAEL URIBE
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

9/18/21 9:54 Page 1 of 1

Fecha y Hora Atención: 30/01/2019 10:25:00

Historia Clínica Nro: 66930266

Paciente: DELLANIRA RALLO MONTAÑO

Registro: 843778

F. Nacimiento: 11/04/1965

Edad: 53 años 9 meses 19 días

Fecha Hospitalización: 30/01/2019

Días Hospitalización: 0 días

Empresa: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

Plan: NUEVA EPS CONTRIBUTIV CNRUU
(CAPITACION)

Fecha hora egreso: 30/01/2019 22:59:59

NOTA MEDICA NO POS 30/01/2019 10:25:00

Sede: CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE URIBE S.A.S NIT 900891513-3

NOTA MEDICA NO POS

BUENA EVOLUCION BUEN LLENADO CAPILAR BUENA SENSIBILIDAD SE REQUIERE CONTINUAR CON TERAPIA FISICA CITA EN 3 MESES

ORDENES

Concepto

Servicio

HONORARIOS MEDICOS CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA
3 MESES

TERAPIAS Y/O NEBULIZACI TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD (198) (295)

GONZALO MARTINEZ ARANGO

Especialidad: ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 17354

Medico Tratante: GONZALO MARTINEZ ARANGO

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 17354

Fecha Impresión: 18/09/2021 09:54:29 Impreso por: DANIELA MARIN MESA

MARITZA DUBIER HURTADO TORRES

CONTADOR PUBLICO TP N° 247319-T

El suscrito contador público titulado con tarjeta profesional número 247319-T Identificado con la cedula de ciudadanía numero 29.705.348 expedida en Pradera Valle, en virtud de la Ley 43 de 1990 y a petición de la parte interesada.

CERTIFICA

Que la señora **DELLANIRA RALLO MONTAÑO** identificado con la cedula de ciudadanía N° 66.930.266 Residente en el municipio de Pradera Valle en la Dirección Manzana C casa 10 B/ Puertas del Sol.

Percibió como persona natural independiente ingresos mensuales por un valor de **UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS (\$ 1.200.000) M/Cte.** Provenientes de la actividad de Comerciante de cria y venta de pollos desde el año 2012 hasta el año 2016.

Este certificado solo es válido para trámites legales y tiene una validez de treinta (30) días a partir de la fecha de su expedición.

En constancia de lo anterior se firma en el municipio de Pradera Valle a los veintiocho (28) días del mes de septiembre del 2022.

NOTA: **CERTIFICADO DE INGRESO**, valido únicamente en original. Y anexo copia de la tarjeta profesional.

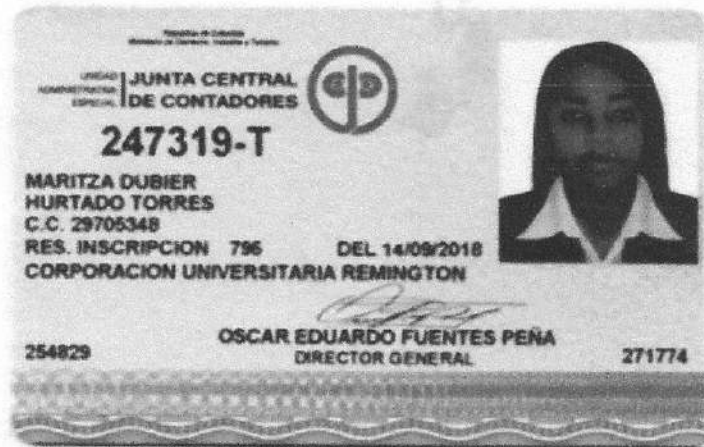

MARITZA DUBIER HURTADO TORRES
T.P. 247319-T
CONTADOR PÚBLICO
TEL: 314 859 8560

MARITZA DUBIER HURTADO TORRES

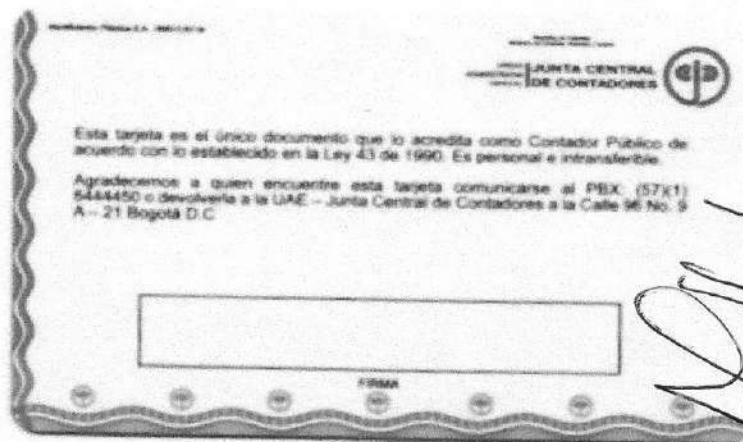
CONTADOR PUBLICO TP N° 247319-T

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

**CERTIFICADO DE INGRESOS
DELLANIRA RALLO MONTAÑO
C.C 66.930.266 de Pradera Valle**

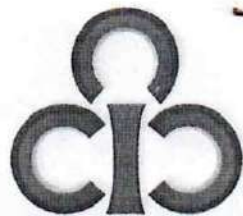


Solo es válido con la firma en original del contador titular.



Fecha de expedición: 28 de septiembre del 2022

Tarjeta Profesional 247319-T Junta Central de Contadores C.C 29.705.348



CÁMARA DE COMERCIO
DE PALMIRA



CENTRO DE CONCILIACION

CODIGO
1071

**CENTRO DE CONCILIACIÓN
CÁMARA DE COMERCIO DE PALMIRA**

PARTES:

**CITANTE(S) : DELLANIRA RALLO MONTAÑO
FRANCISCO RODRIGUEZ HURTADO**

CITADO(S) : NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A

FECHA SOLICITUD : 13 DE ABRIL DE 2018

**AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN
CONSTANCIA DE FRACASO**

En la ciudad de Palmira a los dieciséis (16) días del mes de mayo de 2018, siendo las 10:00 a.m. se reunieron:

Por la parte solicitante:

1. La señora **DELLANIRA RALLO MONTAÑO**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 66.930.266 de Pradera, con domicilio en Manzana C casa 10 de Pradera.
2. El señor(a) **FRANCISCO RODRIGUEZ HURTADO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 6.402.494 de Pradera, con domicilio en Km 1 vía Florida.

Por la parte convocada:

Doctor **HUGO ARMANDO PAEZ GONZALEZ**, identificado con c.c. 80.550.482 de Zipaquirá Apoderado Especial de la entidad **NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A**, identificada con la NIT No. 900.156.264-2 de Bogotá, con domicilio en Carrera 85k # 46A – 66 piso 2 y 3.

En presencia de la conciliadora **ELIZABETH PARRA BOLAÑOS** identificada con cédula de ciudadanía No. 31.154.673, inscrita en el Centro de Conciliación de la Cámara de Comercio de Palmira autorizado mediante Resolución No. 339 de 11 de febrero de 1994 y Resolución 1031 de 19 de diciembre de 2001 del Ministerio del Justicia y del Derecho, quien está legalmente habilitada para ejercer la función de conciliadora.

Página 1 de 3 **VIGILADO** Ministerio de Justicia y del Derecho.



Certificado No. 987-1

Calle 28 No. 30 - 15 Palmira - Valle del Cauca - Colombia
PBX: (57-2) 275 90 54 / FAX: (57-2) 275 52 52 - 271 06 90
camarapalmira@ccpalmira.org.co / www.ccpalmira.org.co



CÁMARA DE COMERCIO
DE PALMIRA

CENTRO DE CONCILIACION

CODIGO

1071

Acto seguido, la conciliadora instala la audiencia de conciliación explicando el objeto, alcance y límites de la misma.

HECHOS

A continuación se exponen los hechos invocados por la parte citante:

DEYANIRA acude a consulta en la Nueva EPS por problemas en el talón derecho, el médico que la atendió le formula tres infiltraciones de betometasona fosfato + metametasona acetato 3/3 mg/ml. (suspensión inyectable); que fueron realizadas por el mismo médico que las formulo Dr. JULIO CESAR TORRES. Esas infiltraciones fueron mal realizadas y me destruyen el tendón (fue notorio). Ello ocasiono que tuviese que ser intervenida quirúrgicamente, me quedo una cicatriz fea en esa zona quede con daño para mover el pie, me hace cojear, me impide caminar bien y no puedo realizar mis labores normalmente. Esto ha causado no solo traumatismo en mi vida emocional también en la de mi esposo FRANCISCO y mis hijas ASLEIDY, JAZMÍN y JEIMI RODRÍGUEZ.

PRETENSIONES

A continuación se exponen las pretensiones invocadas por la parte citante:

Convocar a la entidad para conciliar los perjuicios que ocasiono la mala praxis médica que genero finalmente la lección de mi pie derecho.

CUANTIA

De igual manera, la cuantía del conflicto asciende a la suma de **CIENTO OCHENTA MILLONES DE PESOS EN MONEDA CORRIENTE (\$ 180.000.000).**

PRUEBAS APORTADAS

De conformidad con el Artículo 35 de la Ley 640 de 2001, modificado por el Artículo 52 de la Ley 1395 de 2010, el Conciliador deja constancia de las pruebas aportadas por las partes:

Por la parte citante:

1. Historia clínica. Folio: 16

DESARROLLO DE LA AUDIENCIA

Se avanzó en la discusión de los puntos planteados por las partes que asistieron a esta audiencia, pero en vista de que no se llegó a un acuerdo conciliatorio, para una solución global del conflicto de intereses,

Página 2 de 3 **VIGILADO** Ministerio de Justicia y del Derecho.



Certificado No. 987-1

Calle 28 No. 30 - 15 Palmira - Valle del Cauca - Colombia
PBX: (57-2) 275 90 54 / FAX: (57-2) 275 52 52 - 271 06 90
camarapalmira@ccpalmira.org.co / www.ccpalmira.org.co



CÁMARA DE COMERCIO
DE PALMIRA

CENTRO DE CONCILIACIÓN

CÓDIGO
1071

la Conciliadora en Derecho Doctora **ELIZABETH PARRA BOLAÑOS** clausuró la Audiencia, y declaró **FRACASADA LA CONCILIACIÓN**, advirtiéndole a las partes que quedan en libertad de intentar en el futuro una nueva conciliación extra procesal o recurrir a dirimir el conflicto ante la Justicia Ordinaria, agotando de esta manera el requisito de procedibilidad contemplado en el artículo 35 de la ley 640 de 2001 (modificado por el Artículo 52 de la Ley 1395 de 2010), hora que se trmino la Audiencia 10:57 a.m.

EL(LA) CITANTE(S),

Dellanira Montaña
DELLANIRA RALLO MONTAÑO
C.C. 66.930.266 de Pradera

Francisco Rodriguez
FRANCISCO RODRIGUEZ HURTADO
6.402.494 de Pradera

EL(LA) CITADO(A),

Hugo Armando Paez Gonzalez
HUGO ARMANDO PAEZ GONZALEZ
C.C. 80.550.482 de Zipaquirá
T.P. 179110 del C.S.J.
Apoderado Especial de la Entidad **NUEVA EMPRESA**
PROMOTORA DE SALUD S.A NIT No. 900.156.264-
2 de Bogotá

CENTRO DE CONCILIACIÓN

Elizabeth Parra Bolaños
ELIZABETH PARRA BOLAÑOS
C.C. 31.154.673 de Palmira
T.P. 108.897 C. S. J.
Conciliadora en Derecho

Página 3 de 3

VIGILADO Ministerio de Justicia y del Derecho.

Calle 28 No. 30 - 15 Palmira - Valle del Cauca - Colombia
PBX: (57-2) 275 90 54 / FAX: (57-2) 275 52 52 - 271 06 90
camarapalmira@ccpalmira.org.co / www.ccpalmira.org.co



Certificado No. 987-1

**CENTRO DE CONCILIACIÓN DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE PALMIRA,
AUTORIZADO PARA CONOCER DE LOS PROCEDIMIENTOS DE INSOLVENCIA
ECONÓMICA DE LA PERSONA NATURAL NO COMERCIANTE**

Código
Centro
1071

**CERTIFICADO DE REGISTRO DEL CASO
CONSTANCIA - NO ACUERDO**

Número del Caso en el centro: 789 Fecha de solicitud: 13 de abril de 2018
Cuantía: 180000000.00 Fecha del resultado: 16 de mayo de 2018

CONVOCANTE(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	66930266	DELLANIRA RALLLO MONTAÑO

CONVOCADO(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	ORGANIZACIÓN	NIT	900156264	NUEVA EPS S.A

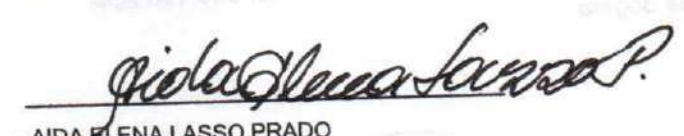
Area:	Tema:
CIVIL Y COMERCIAL	RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL
	Subtema:

Conciliador: ELIZABETH PARRA BOLAÑOS
Identificación: 31154673

El presente documento corresponde al registro del caso en el Sistema de Información de la Conciliación, el Arbitraje y la Amigable Composición -SICAAC del Ministerio de Justicia y del Derecho, de conformidad con lo señalado en el artículo 2.2.4.2.7.7 del Decreto 1069 de 2015. Una vez se ha verificado el cumplimiento de los requisitos formales establecidos en el artículo 1º de la Ley 640 de 2001 y corroborada la adscripción del (la) conciliador(a) a este Centro de Conciliación.

En constancia de lo anterior, se suscribe por el (la) Director(a) del Centro:

Identificador Nacional SICAAC	
N° Caso:	664442
N° De Resultado:	627087

Firma: 
Nombre: AIDA ELENA LASSO PRADO
Identificación: 66705726

Fecha de impresión:
miércoles, 16 de mayo de 2018

Página 1 de 1

3206676151
2673192



REGIONAL VALLE

EL CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL

HACE CONSTAR

Que ASLEIDY RODRIGUEZ RALLO identificada(o) con Cedula de Ciudadanía No. 1112223218 se encuentra cursando el programa de TECNÓLOGO EN GESTIÓN BANCARIA Y DE ENTIDADES FINANCIERAS el cual inició 03 de NOVIEMBRE de 2020 y finalizará 02 de NOVIEMBRE de 2022, en modalidad Presencial, con el siguiente horario:

DÍA	HORA INICIO	HORA FIN
LUNES	06:00	17:59
MARTES	06:00	17:59
MIERCOLES	06:00	17:59
JUEVES	06:00	17:59
VIERNES	06:00	17:59
SABADO	06:00	17:59

Se expide en PALMIRA a los 25 días del mes de AGOSTO de 2021

JOHNNATAN ANDRES FIGUEROA HIDALGO
SUBDIRECTOR (A)
CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL

Ministerio de la Protección Social
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
NIT 899999034-1 / Ley 119 de 1994

Carrera 30 No. 40-25 PALMIRA COLOMBIA

ASLEIDY RODRIGUEZ RALLO
TECNÓLOGO EN GESTIÓN BANCARIA Y DE ENTIDADES FINANCIERAS

CONTRATO DE APRENDIZAJE

EMPRESA	COOTRAIM
NIT	891.301.208-1
DIRECCIÓN	CALLE 10 No. 7-32
TELÉFONO	2662000
REPRESENTANTE LEGAL	GLORIA AMPARO PERLAZA CASTRO
CARGO	GERENTE-REPRESENTANTE LEGAL
CÉDULA NO.	60.316.683

NOMBRE APRENDIZ	ASLEIDY RODRÍGUEZ RALLO
CÉDULA O TARJETA IDENTIDAD	1.112.223.218
FECHA NACIMIENTO	06/04/1990
DIRECCIÓN	MANZANA B CASA 11 PRADERA VALLE
teléfono	CEL. 3136209209
CORREO ELECTRÓNICO	arodriguez812@misena.edu.co
ESTRATO	2
FECHA INICIACIÓN CONTRATO	01/07/2021
FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	02/11/2022
ESPECIALIDAD O CURSO	TECNÓLOGO EN GESTIÓN BANCARIA Y DE ENTIDADES FINANCIERAS
No. DE GRUPO	2206737
EPS DEL APRENDIZ	EPS SOS
ARL DEL APRENDIZ	SEGUROS LA EQUIDAD

INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN:	SENA PALMIRA CBI
NIT:	899.999.034-1
SI ES SENA CENTRO DE FORMACIÓN	SENA PALMIRA CBI

CLÁUSULAS

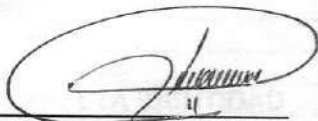
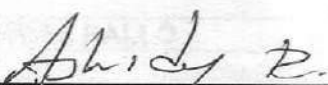
Entre los suscritos a saber **GLORIA AMPARO PERLAZA CASTRO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 60.316.683 de Cúcuta-Norte de Santander, actuando como Representante Legal de la Empresa COOTRAIM, NIT 891.301.208-1 quien para los efectos del presente Contrato se denominará EMPRESA y **ASLEIDY RODRÍGUEZ RALLO**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.112.223.218 Expedida en Candelaria – Valle, quien para los efectos del presente contrato se denominará el APRENDIZ, se suscribe el presente Contrato de Aprendizaje, conforme a lo preceptuado por la Ley 789 de 2002 y de acuerdo a las siguientes cláusulas: PRIMERA.- Objeto. El presente contrato tiene como objeto garantizar al APRENDIZ la formación profesional integral en la especialidad de TECNÓLOGO EN GESTIÓN BANCARIA Y DE ENTIDADES FINANCIERAS Grupo 2206737, la cual se impartirá en su etapa lectiva por el SENA en CENTRO DE BIOTECNOLOGÍA INDUSTRIAL, mientras su etapa práctica se desarrollará en la EMPRESA. SEGUNDA. Duración y Periodos de la Formación: La formación tiene un término de duración de 24 meses, comprendidos entre el 03 de NOVIEMBRE de 2020 fecha de iniciación de la formación y el 02 de NOVIEMBRE de 2022, fecha de terminación de la misma, en el SENA; la cual se encuentra distribuida así: en UN (1) periodo(s) de enseñanza(s) en el CENTRO DE BIOTECNOLOGÍA INDUSTRIAL, desde el 03 de NOVIEMBRE de 2020 hasta el 03 de FEBRERO de 2022 y UN (1) periodo(s) de práctica(s)

en la EMPRESA desde el 04 de FEBRERO de 2022 hasta el 02 de NOVIEMBRE de 2022, sucesivos y alternos. (No podrá excederse el término máximo de dos años contenido en el Artículo 30 de la Ley 789/02). TERCERA. - Obligaciones. 1) POR PARTE DE LA EMPRESA. - En virtud del presente contrato la EMPRESA deberá: a) Facilitar al APRENDIZ los medios para que tanto en las fases Lectiva y Práctica, reciba Formación Profesional Integral, metódica y completa en la ocupación u oficio materia del presente contrato. b) Diligenciar y reportar al respectivo Centro de Formación Profesional Integral del SENA (o por la Institución Educativa donde el aprendiz adelanta sus estudios) las evaluaciones y certificaciones del APRENDIZ en su fase práctica del aprendizaje. C) Reconocer mensualmente al APRENDIZ, por concepto de apoyo económico para el aprendizaje, durante la etapa lectiva, en el SENA el equivalente al 50% de 1 S.M.L.V. y durante la etapa práctica de su formación el equivalente al 100% de 1 S.M.L.V. **PARÁGRAFO.** - Este apoyo de sostenimiento no constituye salario en forma alguna, ni podrá ser regulado a través de convenios o contratos colectivos o fallos arbitrales que recaigan sobre estos últimos. d) Afiliar al APRENDIZ, durante la etapa práctica de su formación, a la Aseguradora de Riesgos Laborales **SEGUROS LA EQUIDAD**, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 30 de la Ley 789 de 2002. E) Afiliar al APRENDIZ y efectuar, durante las fases lectiva y práctica de la formación, el pago mensual del aporte al régimen de Seguridad Social correspondiente al APRENDIZ en **EPS SOS** conforme al régimen de trabajadores independientes, tal y como lo establece el Artículo 30 de la Ley 789 de 2002. Los pagos a la seguridad social (A.R.L. y E.P.S.) están a cargo en su totalidad por el empleador f) Dar al aprendiz la dotación de seguridad industrial, cuando el desarrollo de la etapa práctica así lo requiera, para la protección contra accidentes y enfermedades profesionales. 2) POR PARTE DEL APRENDIZ.- Por su parte se compromete en virtud del presente contrato a: a) Concurrir puntualmente a las clases durante los periodos de enseñanza para así recibir la Formación Profesional Integral a que se refiere el presente Contrato, someterse a los reglamentos y normas establecidas por el respectivo Centro de Formación del SENA (o de la Institución Educativa donde el aprendiz adelanta sus estudios), y poner toda diligencia y aplicación para lograr el mayor rendimiento en su Formación. B) Concurrir puntualmente al lugar asignado por la Empresa para desarrollar su formación en la fase práctica, durante el periodo establecido para el mismo, en las actividades que se le encomiende y que guarde relación con la Formación, cumpliendo con las indicaciones que le señale la EMPRESA. En todo caso la intensidad horaria que debe cumplir el APRENDIZ durante la etapa práctica en la EMPRESA, no podrá exceder de 8 horas diarias y 48 horas Semanales. (según el acuerdo 000023 de 2.005) c) Proporcionar la información necesaria para que el Empleador lo afilie como trabajador aprendiz al sistema de seguridad social en salud en la E.P.S., que elija. CUARTA. - Supervisión. La EMPRESA podrá supervisar al APRENDIZ en el respectivo Centro de Formación del SENA (o en el Centro Educativo donde estuviere adelantando los estudios el aprendiz), la asistencia, como el rendimiento académico, a efectos de verificar y asegurar la real y efectiva utilización del tiempo en la etapa lectiva por parte de este. El SENA supervisará al APRENDIZ en la EMPRESA para que sus actividades en cada periodo práctico correspondan al programa de la especialidad para la cual se está formando. QUINTA. - Suspensión. El presente contrato se podrá suspender temporalmente en los siguientes casos: a) Licencia de maternidad. b) Incapacidades debidamente certificadas. c) Caso fortuito o fuerza mayor debidamente certificado o constatado d) Vacaciones por parte del empleador, siempre y cuando el aprendiz se encuentre desarrollando la etapa práctica. Parágrafo 1º. Esta suspensión debe constar por escrito. Parágrafo 2º Durante la suspensión el contrato se encuentra vigente, por lo tanto, la relación de aprendizaje está vigente para las partes (Empresa y Aprendiz). SEXTA. - Terminación. El presente contrato podrá darse por terminado en los siguientes casos: a) Por mutuo acuerdo entre las partes. B) Por el vencimiento del término de duración del presente Contrato. C) La cancelación de la matrícula por parte del SENA de acuerdo con el reglamento previsto para los alumnos. D) El bajo rendimiento o las faltas disciplinarias cometidas en los periodos de Formación Profesional Integral en el SENA o en la EMPRESA, cuando a pesar de los requerimientos de la Empresa o del SENA, no se corrijan en un plazo razonable. Cuando la decisión la tome la Empresa, esta deberá obtener previo concepto favorable del SENA. E) El incumplimiento de las obligaciones previstas para cada una de las partes. SÉPTIMA. - Relación Laboral. El presente Contrato no implica relación laboral alguna entre las partes, y se registrará en todas sus partes por el artículo 30 y s.s. de la ley 789 de 2002. Declaración Juramentada. El APRENDIZ declara bajo la gravedad de juramento que no se encuentra ni ha



estado vinculado con la EMPRESA o con otras EMPRESAS en una relación de aprendizaje. Así mismo, declara que no se encuentra ni ha estado vinculado mediante una relación laboral con la EMPRESA OCTAVA. - El presente contrato de aprendizaje rige a partir de 01 de JULIO de 2021 y termina el 02 de NOVIEMBRE de 2022, fecha prevista como terminación de la etapa productiva que se describe en la cláusula segunda de este contrato.

Para efectos de lo anterior, firman en Candelaria Valle, a los 01 días del mes de JULIO de 2021.


LA EMPRESA
EL APRENDIZ



**DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O
PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL**

1. Información general del dictamen

Fecha de dictamen: 16/09/2022	Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)	Nº Dictamen: 66930266 - 3947
Instancia actual: No aplica		
Tipo solicitante:	Nombre solicitante: PARTICULAR	Identificación: NIT
Teléfono:	Ciudad:	Dirección:
Correo electrónico:		

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 1	Identificación: 805.012.111-1	Dirección: Calle 5E No. 42-44 Barrio Tequendama (Cali, Valle del Cauca)
Teléfono: 5531020	Correo electrónico: solicitudes@juntavalle.com	Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: DELLANIRA RALLO MONTAÑO	Identificación: CC - 66930266	Dirección: Manzana C casa # 10 Puertas del Sol Primera Etapa
Ciudad: Pradera - Valle del cauca	Teléfonos: - 3206676151	Fecha nacimiento: 11/04/1965
Lugar: Timbiquí - Cauca	Edad: 57 año(s) 5 mes(es)	Genero: Femenino
Etapas del ciclo vital: Población en edad económicamente activa	Estado civil: Unión Libre	Escolaridad: Básica primaria
Correo electrónico: gonzalezrenzaasesorias@hotmail.com	Tipo usuario SGSS:	EPS: Nueva EPS
AFP:	ARL:	Compañía de seguros:

4. Antecedentes laborales del calificado

Tipo vinculación:	Trabajo/Empleo:	Ocupación:
Código CIUO:	Actividad económica:	
Empresa:	Identificación:	Dirección:
Ciudad:	Teléfono:	Fecha ingreso:
Antigüedad:		
Descripción de los cargos desempeñados y duración:		

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Información clínica y conceptos

Resumen del caso:

De acuerdo al instructivo Nacional y al estado de Emergencia Sanitaria declarado por el Ministerio de Salud y Protección Social que dictó las directrices para la calificación de pacientes en medio de la crisis de salud pública y



en concordancia con las medidas para prevenir la propagación del COVID-19, “los casos de controversia en Origen serán calificados por expediente al igual que los de Pérdida de Capacidad Laboral” y al Comunicado público de ésta Junta Regional emitido el 01 de Junio del 2020 ante el estado de la Pandemia – en especial en nuestro Departamento – donde se decidió “cancelar las valoraciones físicas las cuales no serán reprogramadas” y existiendo suficiente Historia Clínica, se procede a REALIZAR el Peritazgo solicitado – por EXPEDIENTE – con base en los Fundamentos de Hecho y Derecho soportados.

Motivo de consulta:

Calificación de pérdida de capacidad laboral del o de los diagnóstico(s) según escrito “...con la finalidad de obtener el porcentaje de pérdida física que le ha ocasionado la ruptura del talón de Aquiles desde marzo de 2016...”:

Diagnóstico(s) motivo de la calificación:

1. Traumatismo del tendón de aquiles derecho.

Datos personales:

Edad: años.

Sexo: Femenino.

Lateralidad: Derecha.

No se logra comunicación con la Paciente.

Resumen de información clínica:

Conceptos/Paraclínicos de importancia:

EMG de miembro inferior derecho (último aportado) del 15/12/2016: Lesion del nervio plantar lateral derecho de tipo neuropraxia, no hay evidencia de otra lesion a nivel de nervio periférico en el miembro inferior derecho.

RMN de tendón de aquiles derecho (último aportado) del 10/12/2016: Conclusión extensa ruptura de espesor parcial de la porción distal del tendón de aquiles con importante tendinosis en la porción proximal. hay cambios inflamatorios del paratenon y los bentes musculares de ambos gastrocnemios en la lesion con lesion parcial intramuscular de bajo graso, importantes signos de edema muscular del compartimento posterior de la pierna con tenosinovitis del tendón largo de la luz. cambios de tipo inflamatorio en el tejido celular subcutáneo especialmente en la cara medial de la pierna y el maleolo interno. artrosis que predomina la articulación subastragalina con probables signos de pinzamiento posterior, hallazgos que requiere estricta correlación con datos clínicos.

Concepto de Fisiatría (último aportado) del 08/06/2022: Ruptura de Aquiles derecho refiere posterior a infiltraciones seriadas inicialmente eco posterior definen resonancia quirurgico segun refiere casi un año después de evento, es dm-hta examen físico cojera con baston cicatriz hipertrófica aquiles derecho amas dorsi 20, planti 20, inversión eversión 20 cu dolor compresión aquiles derecho motor 4 de 5 reflejos bien. conclusión y plan De manejo secuelas definidas, no requiere rehabilitacion, Alta medica pasar a PCLO. Diagnostico Traumatismo del tendón de aquiles.

Concepto de Ortopedia (último aportado) del 17/08/2022: Paciente de 57 años con antecedente de tenorrafia del T. de aquiles recibido FST. Actualmente menor dolor, examen fisico extremidades pierna derecha cicatriz bien sin



signos inflamatorios buenos ama, resumen y comentarios se explica a la paciente que si no baja de peso no mejora el pronóstico Alta por Ortopedia. Diagnóstico Traumatismo del tendón de aquiles.

NOTA: Demás historia clínica aportada al expediente. Los conceptos antes anotados corresponden a resúmenes de los mismos y NO a transcripciones exactas de su contenido. En el análisis del presente caso se analizó a profundidad la TOTALIDAD de la historia clínica aportada, la cual incluye conceptos clínicos y reportes paraclínicos. Finalmente, se resalta que solo se anotan algunos conceptos relevantes en el presente dictamen aún cuando se han analizados todos los aportados.

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 11/09/2022 **Especialidad:** Medicina del Trabajo

Importante:

En el presente caso, no se ha podido contactar al trabajador a los números celulares anotados en su Expediente (3206676151), se le envió a su dirección electrónica copia del Comunicado de la JRCI-VALLE (Ver Hoja de Ruta virtual) para informarle que se resolvería su caso con las pruebas existentes y que podría aportar en el transcurso de los días previos a la Audiencia Virtual de la Sala 1, todos los documentos, conceptos y paraclínicos que aún no reposen en el Expediente.-

Fecha: 13/09/2022 **Especialidad:** PSICÓLOGO JRCIV

Mujer de 57 años, Se llama al paciente al número 3206676151 pero no fue posible contactarlo, con base en la anamnesis y los conceptos aportados en la historia clínica, se procede a calificar el título II, capítulos II_III de la calificación del rol laboral y otras actividades ocupacionales como lo indica el decreto 1507/2014 Ante la contingencia sanitaria actual en el País (COVID-19) y existiendo suficiente Historia Clínica, se procede calificar PCL

Análisis y conclusiones:

Concepto:

Se procede a calificar PCL según MUCI vigente.

6. Fundamentos para la calificación del origen y/o de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional

Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias

Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
S860	Traumatismo del tendón de aquiles	Derecho		



Deficiencias

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático	12	12.5	1	NA	NA	NA	10,00%		10,00%
							Valor combinado		10,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por alteración de miembros inferiores	14	14.9, 14.11	NA	NA	NA	NA	8,92%		8,92%
							Valor combinado		8,92%

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 12. Deficiencias del sistema nervioso central y periférico.	10,00%
Capítulo 14. Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores.	8,92%
Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar	18,03%

CFP: Clase factor principal CFM: Clase factor modulador

Formula ajuste total de deficiencia por tabla: (CFM1 - CFP) + (CFM2 - CFP) + (CFM3 - CFP)

Formula de Baltazar: Obtiene el valor de las deficiencias sin ponderar.

$$\frac{A + (100 - A) * B}{100}$$

A: Deficiencia mayor valor. B: Deficiencia menor valor.

100

Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5

9,02%

Título II - Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales

Rol laboral

Restricciones del rol laboral	5
Restricciones autosuficiencia económica	1
Restricciones en función de la edad cronológica	2
Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)	8,00%



Calificación otras áreas ocupacionales (AVD)

A	0,0	No hay dificultad, no dependencia.	B	0,1	Dificultad leve, no dependencia.	C	0,2	Dificultad moderada, dependencia moderada.
D	0,3	Dificultad severa, dependencia severa.	E	0,4	Dificultad completa, dependencia completa.			

d1	1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	Total
		d110	d115	d140-d145	d150	d163	d166	d170	d172	d175-d177	d1751	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
d3	2. Comunicación	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	Total
		d310	d315	d320	d325	d330	d335	d345	d350	d355	d360	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
d4	3. Movilidad	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	Total
		d410	d415	d430	d440	d445	d455	d460	d465	d470	d475	
		0.1	0.1	0.2	0	0	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	1.4
d5	4. Autocuidado personal	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	Total
		d510	d520	d530	d540	d5401	d5402	d550	d560	d570	d5701	
		0	0	0	0	0	0.1	0	0	0.2	0	0.3
d6	5. Vida doméstica	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	Total
		d610	d620	d6200	d630	d640	d6402	d650	d660	d6504	d6506	
		0	0	0	0.1	0.2	0.2	0	0	0	0	0.5

Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%)

2.2

Valor final título II

10,20%



7. Concepto final del dictamen pericial

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	9,02%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales - Título II	10,20%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	19,22%

Origen: No aplica

Riesgo: No aplica

Fecha de estructuración:

Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:

No Solicitada.

Nivel de pérdida: Incapacidad permanente parcial

Muerte: No aplica

Fecha de defunción:

Ayuda de terceros para ABC y AVD: No aplica

Ayuda de terceros para toma de decisiones: No aplica

Requiere de dispositivos de apoyo: No aplica

Enfermedad de alto costo/catastrófica: No aplica

Enfermedad degenerativa: No aplica

Enfermedad progresiva: No aplica

8. Grupo calificador

David A Alvarez Rincon
Firmado digitalmente por David A Alvarez Rincon
Fecha: 2022.09.16 08:26:11 -04'00'

David Andrés Álvarez Rincón

Médico ponente

Miembro Principal Sala 1

HECTOR

VELASQUEZ RODAS

Firmado digitalmente por HECTOR VELASQUEZ RODAS
Fecha: 2022.09.16 16:40:41 -05'00'

Hector Velásquez Rodas

Miembro Principal Sala 1

ZOILO ROSENDO DELVASTO RICAURTE
Firmado digitalmente por ZOILO ROSENDO DELVASTO RICAURTE
Fecha: 2022.09.16 10:09:19 -05'00'

Zoilo Rosendo Delvasto Ricaurte

Miembro Principal Sala 1



MinTrabajo
República de Colombia

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**
NIT. 805012111-1



EJE-22-0663

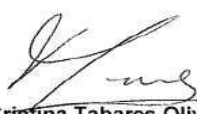
**LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA SALA UNO DE
LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE
DEL CAUCA**

CERTIFICA:

Declárese en firme el Dictamen N. ° **66930266-3947** de fecha **16 de septiembre de 2022** de calificación de **PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL** de la patología del Señor(a) **DELLANIRA RALLO MONTAÑO**, Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **66930266**.

Se aclara que este dictamen fue solicitado para trámite administrativo, por lo tanto, se expide la Ejecutoria en los mismos términos.

Se firma la presente certificación, a los 20 días del mes de septiembre de 2022.


María Cristina Tabares Oliveros
Representante Legal
Directora Administrativa y Financiera

DRA. MARIA CRISTINA TABARES OLIVEROS
Representante Legal

Abogada – Sala N° 1

COPIA: DELLANIRA RALLO MONTAÑO.

“Modalidad de trabajo en casa, Circular 0021 del 17 de marzo de 2020 Mintrabajo”

EXPEDIENTE – CONSECUTIVO

Luisa Rodríguez.



**DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O
PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL**

1. Información general del dictamen

Fecha de dictamen: 16/09/2022	Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)	Nº Dictamen: 66930266 - 3947
Instancia actual: No aplica		
Tipo solicitante:	Nombre solicitante: PARTICULAR	Identificación: NIT
Teléfono:	Ciudad:	Dirección:
Correo electrónico:		

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 1	Identificación: 805.012.111-1	Dirección: Calle 5E No. 42-44 Barrio Tequendama (Cali, Valle del Cauca)
Teléfono: 5531020	Correo electrónico: solicitudes@juntavalle.com	Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: DELLANIRA RALLO MONTAÑO	Identificación: CC - 66930266	Dirección: Manzana C casa # 10 Puertas del Sol Primera Etapa
Ciudad: Pradera - Valle del cauca	Teléfonos: - 3206676151	Fecha nacimiento: 11/04/1965
Lugar: Timbiquí - Cauca	Edad: 57 año(s) 5 mes(es)	Genero: Femenino
Etapas del ciclo vital: Población en edad económicamente activa	Estado civil: Unión Libre	Escolaridad: Básica primaria
Correo electrónico: gonzalezrenzaasesorias@hotmail.com	Tipo usuario SGSS:	EPS: Nueva EPS
AFP:	ARL:	Compañía de seguros:

4. Antecedentes laborales del calificado

Tipo vinculación:	Trabajo/Empleo:	Ocupación:
Código CIUO:	Actividad económica:	
Empresa:	Identificación:	Dirección:
Ciudad:	Teléfono:	Fecha ingreso:
Antigüedad:		
Descripción de los cargos desempeñados y duración:		

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Información clínica y conceptos

Resumen del caso:

De acuerdo al instructivo Nacional y al estado de Emergencia Sanitaria declarado por el Ministerio de Salud y Protección Social que dictó las directrices para la calificación de pacientes en medio de la crisis de salud pública y



en concordancia con las medidas para prevenir la propagación del COVID-19, “los casos de controversia en Origen serán calificados por expediente al igual que los de Pérdida de Capacidad Laboral” y al Comunicado público de ésta Junta Regional emitido el 01 de Junio del 2020 ante el estado de la Pandemia – en especial en nuestro Departamento – donde se decidió “cancelar las valoraciones físicas las cuales no serán reprogramadas” y existiendo suficiente Historia Clínica, se procede a REALIZAR el Peritazgo solicitado – por EXPEDIENTE – con base en los Fundamentos de Hecho y Derecho soportados.

Motivo de consulta:

Calificación de pérdida de capacidad laboral del o de los diagnóstico(s) según escrito “...con la finalidad de obtener el porcentaje de pérdida física que le ha ocasionado la ruptura del talón de Aquiles desde marzo de 2016...”:

Diagnóstico(s) motivo de la calificación:

1. Traumatismo del tendón de aquiles derecho.

Datos personales:

Edad: años.

Sexo: Femenino.

Lateralidad: Derecha.

No se logra comunicación con la Paciente.

Resumen de información clínica:

Conceptos/Paraclínicos de importancia:

EMG de miembro inferior derecho (último aportado) del 15/12/2016: Lesion del nervio plantar lateral derecho de tipo neuropraxia, no hay evidencia de otra lesion a nivel de nervio periférico en el miembro inferior derecho.

RMN de tendón de aquiles derecho (último aportado) del 10/12/2016: Conclusión extensa ruptura de espesor parcial de la porción distal del tendón de aquiles con importante tendinosis en la porción proximal. hay cambios inflamatorios del paratenon y los bentes musculares de ambos gastrocnemios en la lesion con lesion parcial intramuscular de bajo graso, importantes signos de edema muscular del compartimento posterior de la pierna con tenosinovitis del tendón largo de la luz. cambios de tipo inflamatorio en el tejido celular subcutáneo especialmente en la cara medial de la pierna y el maleolo interno. artrosis que predomina la articulación subastragalina con probables signos de pinzamiento posterior, hallazgos que requiere estricta correlación con datos clínicos.

Concepto de Fisiatría (último aportado) del 08/06/2022: Ruptura de Aquiles derecho refiere posterior a infiltraciones seriadas inicialmente eco posterior definen resonancia quirurgico segun refiere casi un año después de evento, es dm-hta examen físico cojera con baston cicatriz hipertrófica aquiles derecho amas dorsi 20, planti 20, inversión eversión 20 cu dolor compresión aquiles derecho motor 4 de 5 reflejos bien. conclusión y plan De manejo secuelas definidas, no requiere rehabilitacion, Alta medica pasar a PCLO. Diagnostico Traumatismo del tendón de aquiles.

Concepto de Ortopedia (último aportado) del 17/08/2022: Paciente de 57 años con antecedente de tenorrafia del T. de aquiles recibido FST. Actualmente menor dolor, examen fisico extremidades pierna derecha cicatriz bien sin



signos inflamatorios buenos ama, resumen y comentarios se explica a la paciente que si no baja de peso no mejora el pronóstico Alta por Ortopedia. Diagnóstico Traumatismo del tendón de aquiles.

NOTA: Demás historia clínica aportada al expediente. Los conceptos antes anotados corresponden a resúmenes de los mismos y NO a transcripciones exactas de su contenido. En el análisis del presente caso se analizó a profundidad la TOTALIDAD de la historia clínica aportada, la cual incluye conceptos clínicos y reportes paraclínicos. Finalmente, se resalta que solo se anotan algunos conceptos relevantes en el presente dictamen aún cuando se han analizados todos los aportados.

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 11/09/2022 **Especialidad:** Medicina del Trabajo

Importante:

En el presente caso, no se ha podido contactar al trabajador a los números celulares anotados en su Expediente (3206676151), se le envió a su dirección electrónica copia del Comunicado de la JRCI-VALLE (Ver Hoja de Ruta virtual) para informarle que se resolvería su caso con las pruebas existentes y que podría aportar en el transcurso de los días previos a la Audiencia Virtual de la Sala 1, todos los documentos, conceptos y paraclínicos que aún no reposen en el Expediente.-

Fecha: 13/09/2022 **Especialidad:** PSICÓLOGO JRCIV

Mujer de 57 años, Se llama al paciente al número 3206676151 pero no fue posible contactarlo, con base en la anamnesis y los conceptos aportados en la historia clínica, se procede a calificar el título II, capítulos II_III de la calificación del rol laboral y otras actividades ocupacionales como lo indica el decreto 1507/2014 Ante la contingencia sanitaria actual en el País (COVID-19) y existiendo suficiente Historia Clínica, se procede calificar PCL

Análisis y conclusiones:

Concepto:

Se procede a calificar PCL según MUCI vigente.

6. Fundamentos para la calificación del origen y/o de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional

Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias

Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
S860	Traumatismo del tendón de aquiles	Derecho		



Deficiencias

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático	12	12.5	1	NA	NA	NA	10,00%		10,00%
							Valor combinado		10,00%

Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por alteración de miembros inferiores	14	14.9, 14.11	NA	NA	NA	NA	8,92%		8,92%
							Valor combinado		8,92%

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 12. Deficiencias del sistema nervioso central y periférico.	10,00%
Capítulo 14. Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores.	8,92%
Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar	18,03%

CFP: Clase factor principal CFM: Clase factor modulador

Formula ajuste total de deficiencia por tabla: (CFM1 - CFP) + (CFM2 - CFP) + (CFM3 - CFP)

Formula de Baltazar: Obtiene el valor de las deficiencias sin ponderar.

$$\frac{A + (100 - A) * B}{100}$$

A: Deficiencia mayor valor. B: Deficiencia menor valor.

100

Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5

9,02%

Título II - Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales

Rol laboral

Restricciones del rol laboral	5
Restricciones autosuficiencia económica	1
Restricciones en función de la edad cronológica	2
Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)	8,00%



Calificación otras áreas ocupacionales (AVD)

A	0,0	No hay dificultad, no dependencia.	B	0,1	Dificultad leve, no dependencia.	C	0,2	Dificultad moderada, dependencia moderada.
D	0,3	Dificultad severa, dependencia severa.	E	0,4	Dificultad completa, dependencia completa.			

d1	1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	Total
		d110	d115	d140-d145	d150	d163	d166	d170	d172	d175-d177	d1751	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
d3	2. Comunicación	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	Total
		d310	d315	d320	d325	d330	d335	d345	d350	d355	d360	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
d4	3. Movilidad	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	Total
		d410	d415	d430	d440	d445	d455	d460	d465	d470	d475	
		0.1	0.1	0.2	0	0	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	1.4
d5	4. Autocuidado personal	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	Total
		d510	d520	d530	d540	d5401	d5402	d550	d560	d570	d5701	
		0	0	0	0	0	0.1	0	0	0.2	0	0.3
d6	5. Vida doméstica	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	Total
		d610	d620	d6200	d630	d640	d6402	d650	d660	d6504	d6506	
		0	0	0	0.1	0.2	0.2	0	0	0	0	0.5

Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%)

2.2

Valor final título II

10,20%



7. Concepto final del dictamen pericial

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	9,02%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales - Título II	10,20%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	19,22%

Origen: No aplica

Riesgo: No aplica

Fecha de estructuración:

Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:

No Solicitada.

Nivel de pérdida: Incapacidad permanente parcial

Muerte: No aplica

Fecha de defunción:

Ayuda de terceros para ABC y AVD: No aplica

Ayuda de terceros para toma de decisiones: No aplica

Requiere de dispositivos de apoyo: No aplica

Enfermedad de alto costo/catastrófica: No aplica

Enfermedad degenerativa: No aplica

Enfermedad progresiva: No aplica

8. Grupo calificador

David A Alvarez Rincon
Firmado digitalmente por David A Alvarez Rincon
Fecha: 2022.09.16 08:26:11 -04'00'

David Andrés Álvarez Rincón

Médico ponente

Miembro Principal Sala 1

HECTOR

VELASQUEZ RODAS

Firmado digitalmente por HECTOR VELASQUEZ RODAS
Fecha: 2022.09.16 16:40:41 -05'00'

Hector Velásquez Rodas

Miembro Principal Sala 1

ZOILO ROSENDO DELVASTO RICAURTE
Firmado digitalmente por ZOILO ROSENDO DELVASTO RICAURTE
Fecha: 2022.09.16 10:09:19 -05'00'

Zoilo Rosendo Delvasto Ricaurte

Miembro Principal Sala 1



Santiago de Cali, 20 de septiembre del año 2022

NOTIFICACIÓN DICTAMEN

La **Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca**, le comunica que:

Se le **NOTIFICA** a través de correo electrónico, el dictamen número **66930266-3947**, a nombre del (a) calificado (a) **DELLANIRA RALLO MONTAÑO**, identificado (a) con documento de identidad número **66930266**, emitido en audiencia privada número **151** realizada el día **16 de septiembre del año 2022**.

El dictamen fue solicitado de manera particular para trámite administrativo y, el mismo fue emitido por esta Junta de igual forma; por lo anterior, la calificación se rinde de conformidad con lo establecido en el numeral 3 del artículo 2.2.5.1.1 del Decreto 1072 de 2015; en el cual se lee: "... las juntas regionales de calificación de invalidez actuarán como peritos, y contra dichos conceptos no procederán recursos...".

Es así como, contra el dictamen emitido, **NO** procede recurso alguno.

Anexo copia del dictamen notificado.

Atentamente;


María Cristina Tabares Oliveros
Representante Legal
Directora Administrativa y Financiera

Directora Administrativa y Financiera - Sala N° 1

NOTIFICADO:

PACIENTE: DELLANIRA RALLO MONTAÑO.

COPIA: EXPEDIENTE

Tecnovask SAS

División de Medicina Legal y Psicología Forense

TECNOVASK S.A.S.
NIT. 901438304-3
DIVISIÓN DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA FORENSE
DICTAMEN PERICIAL
INFORME MEDICO FORENSE

Santiago de Cali, agosto 21 de 2021

Doctora

GHINA MARCELA RENZA ARAMBURO

Abogada

ASUNTO: DICTAMEN PERICIAL CASO DELLANIRA RALLO MONTAÑO IDENTIFICADA CON C.C. 66.930.266 PARA PRESENTAR EN PROCESO DE RESPONSABILIDAD MÉDICA

HERNAN FELIPE MERIZALDE GARCÍA, identificado con la C.C. 18.004.625, Médico y Cirujano con registro 762966-10 de la Secretaría de Salud Departamental del Valle, actuando en calidad de perito forense en el proceso de la referencia, ante usted y con todo respeto, me permito presentar el dictamen pericial solicitado en relación a la falla médica que afectó a la paciente DELLANIRA RALLO MONTAÑO y llevó a la ruptura de su Tendón de Aquiles derecho.

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

I. IDENTIFICACIÓN DEL PERITO:

Profesional que rinde el dictamen:

HERNAN FELIPE MERIZALDE GARCIA – Médico y Cirujano

Estudios Universitarios:

Medicina y Cirugía Universidad del Valle graduado en 2008 título obtenido : Médico y Cirujano.

Derecho y Ciencias Políticas Universidad de San Buenaventura graduado en 2011, título obtenido: Abogado.

Identificación del profesional: Cédula 18.004.625

Registro Médico: 762966-2010 Secretaría de Salud Departamental del Valle.

Tarjeta profesional 210837 del CSJ

Publicaciones: Patente de Producto Farmacéutico y Protección de los datos de Prueba en el Derecho Andino y Colombiano, Problemas Contemporáneos del Derecho y la Política 2, Editorial Bonaventuriana , 2012.

1. FORMACIÓN ACADÉMICA

FUNDACIÓN SALAMANDRA, Cali Colombia

Curso de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada

Aprobado en 2007

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, Cali, Colombia

Internado

Completado en diciembre de 2008



Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

Tecnovask SAS

División de Medicina Legal y Psicología Forense

UNIVERSIDAD DEL VALLE, ESCUELA DE MEDICINA, Cali, Colombia

Médico y Cirujano

Graduado en 2008

FECOLSOG, Cali, Colombia

Asistencia al Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Certificado en mayo de 2010

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, FACULTAD DE DERECHO, Cali, Colombia

Programa de Derecho y Ciencias Políticas

Título obtenido: Abogado

Tesis de Grado: Patente de Producto Farmacéutico y Protección de los Datos de Prueba .

Graduado en agosto de 2011

CRUZ ROJA COLOMBIANA. Instituto de Educación. Curso de Soporte Vital Avanzado.

Aprobado en 2017.

2. EXPERIENCIA LABORAL:

- TECNOVASK SAS. Director de proyectos especiales. Enero 2021 a la fecha. E mail: infogenvask@mail.com
- Genvask R&D. Contract Research Organization. Director Científico, Cali, Colombia. Febrero de 2019 a diciembre 2020. E mail: genvask@hotmail.com.

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

- DAVITA. Unidad de Terapia de Reemplazo Renal – Cali Sur. Médico General en sala de Diálisis. Diciembre de 2018 – Enero de 2019. Teléfono: 3107803860 - (+57 - 1) 580 49 49 Ext 1152.
- Lozano&Lozano Abogados : Asesor Médico Legal, Seguridad Social, Propiedad Intelectual, demandas de Responsabilidad Médica, contratación pública y privada. Agosto de 2017 – Agosto 2018. Cel: 310 418 73 17.
- BAXTER SERVICIOS DE TERAPIA RENAL S.A.S- Médico General en sala de Diálisis de Tequendama. Abril de 2017 a julio de 2017. Cali, Colombia. Teléfono 2- 608 48 48.
- Coomeva EPS – Acción Plus. Gestión del Riesgo Cardiovascular. Medicina General. Septiembre 2016 – diciembre de 2016. Tel: 681 1111.
- Lozano&Lozano Abogados : Asesor Médico Legal, Seguridad Social, Propiedad Intelectual, demandas de Responsabilidad Médica, contratación pública y privada. Diciembre 2015 – Septiembre 2016. Cel: 310 418 73 17.
- Asociación Sindical de Radiólogos del Valle ASIRVAL. Cali, Colombia.
Asesoría jurídica en procesos de contratación, laborales y de propiedad intelectual. Septiembre 2015-Diciembre 2015. Tel: 2- 5145589
- Unidad Médica y de Diagnóstico S.A. – Centros Médicos COLMÉDICA Medicina Prepagada – IPS Tequendama
Morbilidad General Consulta Externa citas programadas y prioritarias
Mayo de 2015-Septiembre de 2015. Tel: 572-5533146



Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

- Centro de Excelencia Cardiopulmonar, Cali, Colombia.
Abril de 2014 - Enero 2015.
Médico General
Tratamiento y Prevención de: Hipertensión, Diabetes, Riesgo Cardiovascular, Sobrepeso y Obesidad.
Tel: (2) 5190991.
- Alcaldía de Santiago de Cali – Oficina de Control Disciplinario Interno, Cali, Colombia.
Octubre de 2013 a Diciembre de 2013.
Asesor Médico Legal.
Tel: (2) -6 68 05 71.
- IPS Corporación Occidente – Calicentro – Grupo Saludcoop EPS, Cali, Colombia
Julio de 2013 a Octubre de 2013.
Tratamiento, Promoción y Prevención de: Hipertensión, Diabetes, Morbilidad General.
Tel: 2 87 96 26 – 2 87 96 62. Ext. 114-115-105-103 (Bogotá).
- Hospital Universitario del Valle. Asociación de Usuarios, Junio de 2012 a Febrero de 2013, Cali, Colombia.
Asesor en Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Tel: (2) 4 40 26 40



Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

- Alcaldía de Santiago de Cali – Secretaría de Salud Municipal, Cali Colombia .
Marzo de 2012 a mayo de 2012.

Asesor Médico

Servicio de Atención a la Comunidad (SAC).Tel.:2- 5 56 33 17 (CTA PSA)

- “Médicos Abogados Consultores”. Firma Asesora, Cali, Colombia. Enero de 2012 a marzo de 2012.

Análisis de Historias Clínicas en demandas por malapraxis médica.

Tel: (2) - 5 24 63 76 – 315 4 85 49 70.

- Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”, Cali, Colombia.

Abril de 2011 a diciembre de 2011

Cargo desempeñado: Asesor médico Oficina Jurídica –Área de Responsabilidad Médica.

Funciones del cargo:

-Análisis de eventos adversos

-Análisis clínico de las demandas por presunta malapraxis presentadas contra el Hospital.

-Miembro permanente del Comité de Historias Clínicas del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” ESE.

-Coordinador del proceso de peritazgos médico legales solicitados a la entidad por la administración de Justicia: Reparto de la peritación, decidir sobre impedimentos, procedencia o improcedencia de la solicitud.

-Recomendaciones a la Oficina de Gestión de Calidad y la Subdirección de Servicio al Cliente sobre la política institucional de seguridad del paciente.

Tel: (2) 3 80 85 80 (CTA Proinser Astroim)

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

- NUEVA EPS – IPS TEQUENDAMA, Cali, Colombia.
Diciembre de 2010 – Marzo de 2011
Médico General: Tratamiento, Promoción y Prevención en: Hipertensión, Diabetes y Morbilidad General.
- Grupo de Investigación “Derecho, Sociedad y Estado”, Universidad del Valle, bajo la Dirección de la Dra. RAQUEL CEBALLOS MOLANO Phd. Investigación ad-honorem sobre los efectos secundarios de los medicamentos y su relación con el secreto empresarial.
Febrero de 2010 a Diciembre de 2010
Tel: (2) 518 57 555
- Servicio Social Obligatorio: Red de Salud Ladera, Hospital Cañaveralejo – Puesto de Salud San Pascual.
Febrero de 2009 a Febrero de 2010.
Áreas de trabajo: Hospitalización, Urgencias, Sala de Partos, Programa Niño, Prevención y Promoción de la Salud.
Tel: (2)- 6 08 01 24.

LISTA DE PERITACIONES:

- Proceso 2013-399 Fiscalía 25 Cavif Cali Violencia Intrafamiliar, Denunciante Diana Solange Vélez, indiciado Peter Kramberger, apoderada Dra. MERY DIAZ GARNICA.
- Proceso 2017-00332 Juzgado Segundo Penal Municipal de Yumbo, caso JEFRY STEVEN HERNANDEZ ORTIZ, acceso carnal abusivo, apoderado Dr. ORLANDO GUAPACHA.
- Proceso 2016-418 Juzgado 19 Civil del Circuito de Bogotá Proceso de Responsabilidad Civil Médica MARCK LYNTON Vs. Colsanitas, apoderado Dr. CARLOS CAMARGO.

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

-Proceso 110016000055201480115 Acceso Carnal Violento Fiscalía 367 Seccional de Bogotá Grupo GEDES.

-Proceso 110016000101-201600143 Fraude Procesal dictamen pericial sobre estado de salud del indiciado MARIO ANGULO presentado ante Juez de Control de Garantías de la ciudad de Bogotá, abogado solicitante Dr. FRANCISCO JOSE SINTURA VARELA.

-Proceso 110016000013-201304299 Fiscalía 103 Local de Bogotá Lesiones Personales querellante Luz Mery Chicuasque acusada Anny Girón Ávila, apoderado Dr. HERNÁN ANDRÉS SUAREZ URIBE.

-Proceso 110016000102201400186 por Interés Indebido en Celebración de Contrato, indiciado CARLOS ALBERTO SOLARTE SOLARTE, dictamen rendido ante Juez Penal de Control de Garantías sobre compatibilidad del estado de salud del señor CARLOS SOLARTE y la reclusión intramural.

-Proceso 10016000102201400186 por Celebración Indebida de Contrato contra Paola Solarte, caso Odebrecht Colombia. Apoderado: Dr. ALFREDO RODRÍGUEZ MONTAÑA. Evaluación del estado de salud de dos menores de edad para definir medida de aseguramiento de madre cabeza de hogar.

-Proceso 110016099069201504053 01 por lesiones personales dolosas agravadas, acusado JOSE RODOLFO TORRES HURTADO, víctima YENNY MARSELLA PARDO ROA. Apoderado Dr. IVAN ALFONSO CANCINO GONZÁLEZ. Juzgado 18 Penal del Circuito de Conocimiento de Bogotá.

-Proceso 251836000374201800070 por el delito de lesiones personales en accidente de tránsito, Fiscalía Local de Chocontá. Apoderado: Dr. JUAN CAMILO BASTO.

-Proceso 768926000190201700951 determinación del estado de salud del procesado RICARDO RODRÍGUEZ ARTURO y su incompatibilidad en centro de reclusión formal. Apoderado: Dr. SANTIAGO JOSÉ MEJÍA CASTAÑO.

-Proceso 7600131104015200800102-00 determinación del estado de salud del condenado JAIME ANDRÉS CORREA MARTÍNEZ y su incompatibilidad con prisión intramuros. Despacho: Juzgado Segundo de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Santiago de Cali. Apoderado: Dr. ROBIN ALBERTO ESTRADA PÉREZ.


Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

-Proceso Ordinario Laboral CAMILO ARMANDO RENGIFO CABAL vs. Refinadora Nacional de Aceites. Despido ilegal de trabajador con estabilidad laboral reforzada. Apoderado: Dr. LUIS ARMANDO CARPIO.

-Proceso 76-834-6000-187-2019-002230, delito: Tráfico, Fabricación y Porte de Estupefacientes. Determinación del estado de salud del procesado RICARDO ANDRÉS VELÁSQUEZ BURBANO y su incompatibilidad en centro de reclusión formal. Apoderada: Dra. LAURA MARCELA GUZMÁN MOSQUERA Y Dr. CARLOS HERNAN CASTILLO RODRÍGUEZ.

-Proceso 76-001-60-00193-2018-16380, Juzgado Tercero de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Cali. Delito: Porte Ilegal de Arma. Determinación del estado de salud del procesado ANDRÉS FELIPE SERNA AMPUDIA y su incompatibilidad en centro de reclusión formal. Apoderado: Dr. ANDRÉS FERNANDO MORENO VICTORIA.

-Proceso 76 001 60 99165 2019 37674. Juzgado Dieciséis Penal del Circuito de Conocimiento de Cali. Delito: Acceso Carnal Abusivo con Menor de 14 años Agravado. Procesado: RUBÉN DARÍO PECHENÉ GÓMEZ. Apoderados: ANA DENCY CORREA ORTIZ y LUIS HERNANDO SALAMANCA CARVAJAL.

-Proceso 760016000193201706208. Delito: Receptación. Determinación del estado de salud del procesado JUAN CARLOS BONILLA CARDONA identificado con C.C. 94.428.143. Apoderado: Dr. ROBIN ALBERTO ESTRADA PÉREZ.

-Proceso 760016000193201719035 . Delito: Acceso Carnal Abusivo con Menor de 14 años. Determinación del estado de salud del procesado OSCAR BRAGID GÓNGORA OBANDO. Apoderado: Dr. ROBIN ALBERTO ESTRADA PÉREZ.

-Proceso 110016099144201780011 –11001600000020200220. Persona valorada JESÚS ALBERTO MOSQUERA HURTADO C.C. 11.636.629. Valoración estado de salud. Delito : Concierto para Delinquir. Apoderado: Dr. ROBIN ALBERTO ESTRADA PÉREZ.

-Proceso 76001333301320190035300. Persona valorada: OLIVER APARICIO RENGIFO C.C. No. 1107036039. Dictamen para determinar perjuicios y responsabilidad del INPEC en Acción de Reparación Directa. Apoderado: Dra. ALEYDA MEJÍA CARDONA.

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

- Proceso 7600016000193201823280. Acusado: WILSON ORLANDO TORRES HOYOS. Delito: Presuntos actos sexuales abusivos. Apoderado: Dr. LUIS ALBERTO GUTIÉRREZ TASCÓN. Dictamen para presentar en Juicio Oral.
- Proceso 760016000202005468. Acusado: JOSÉ ALFREDO TENORIO RIVERA C.C. 1143866232. Delito: Porte ilegal de arma. Apoderado: Dra. ROCÍO CAMILO CERTUCHE. Determinación del estado de salud del procesado y su incompatibilidad en centro de reclusión intramuros.
- Proceso 195486000629201800186. Acusado: EWIR ALEXIS VALENCIA QUESADA. Delito: Homicidio. Apoderado: Dra. ROCÍO CAMILO CERTUCHE. Dictamen para presentar en Juicio Oral.
- Proceso Ordinario Laboral valoración de ROBINSON QUIÑONES SEVILLANO C.C. 94425263. Despido ilegal de trabajador con estabilidad laboral reforzada. Apoderado: Dr. LUIS ARMANDO CARPIO CAICEDO.
- Valoración del estado de salud del recluso LUIS ALFREDO CAICEDO VALENCIA y su incompatibilidad con la reclusión intramuros. Delito: CONCIERTO PARA DELINQUIR. Radicación: 761096000000201900017. Apoderado: Dra. ROCÍO CAMILO CERTUCHE.
- Proceso de Responsabilidad Civil Médica DEMANDANTE. YAMID EUGENIA ARISTIZABAL Y OTROS. DEMANDADOS: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFENALCO y otros. Radicación: 76001310300320180017900. Apoderado: Dr. LUIS ARMANDO CARPIO CAICEDO.
- Proceso de Nulidad y Restablecimiento del Derecho Demandado: NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA. Demandante: TULIO ORTIZ ORDOÑEZ. Calificación de pérdida de capacidad laboral. Radicación: 190013333007 2018 00280 00.
- Proceso radicado bajo el 760016000193 202101649, delito Hurto en grado de tentativa. Valoración del estado de salud. Acusado: WILSON EDUARDO ARTUNDUAGA MARTÍNEZ. Apoderado: JOHN WILSON MANRIQUE AFANADOR.
- Proceso radicado bajo el 760016099174202150071. Delito: Violencia Intrafamiliar. Acusado ELEUTERIO SEGURA GRUESO. Apoderado: Dr. JULIAN DUQUE.

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

- Proceso Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual 76001310301320200016800. Demandante : WILBUR ESCALANTE CEBALLOS y otros. Demandado : COOTRANAR y otros. Juzgado Trece Civil del Circuito de Cali.
- Proceso radicado bajo el 76001 6000 193 2020 06943. Delito: Homicidio. Acusado: MIGUEL ALEJANDRO TORRES DAVID. Apoderado: Dr. JULIAN DUQUE.
- Proceso radicado bajo el 110016000096201800085. Valoración del estado de salud del señor ISIDRO PERDOMO GALLO y su incompatibilidad con la reclusión formal intramuros. Apoderado: Dr. CESAR MORALES .
- Proceso de reparación directa contra el INPEC y otros. Víctima de la falla médica: RICHARD ANDERSON SANCHEZ SEVILLANO, identificado con C.C. 1087118018. Apoderada: Dra. ALEYDA MEJÍA CARDONA.
- Como Jefe de Responsabilidad Médica del Hospital Universitario del Valle auditó más de 300 procesos de responsabilidad estatal adelantados en contra de la entidad en los años 2011-2012.

II. OBJETO DEL DICTAMEN:

Determinar la falla médica que se presentó por parte de la unidad de atención primaria de la Nueva EPS, debido a que uno de los médicos adscritos a dicha entidad practicó un procedimiento contraindicado en la paciente, contrario a la lex artis y que finalmente le dejó una grave discapacidad permanente. Dictamen pericial para ser presentado en demanda civil de responsabilidad médica.

III. METODOLOGÍA

Se revisa la literatura vigente sobre el tratamiento indicado para la fascitis plantar, así como los diferentes estudios y reportes de eventos adversos que demuestran que el uso de infiltraciones con corticoesteroides está en desuso y contraindicado debido al riesgo de ruptura del tendón de Aquiles.

Se hace una evaluación de la historia clínica completa de la paciente para determinar la malapraxis.

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

IV. MARCO TEÓRICO:

Anatomía básica del tendón de Aquiles

El tendón de Aquiles es el tendón más grueso y más fuerte del cuerpo. Se encuentra detrás de la pierna, entre la pantorrilla y el talón.

El tendón de Aquiles recibe fibras de los músculos gastrocnemio, sóleo y plantar delgado en su parte superior, insertándose distalmente en el hueso calcáneo (talón).

A continuación unas imágenes esquemáticas de esta estructura anatómica:

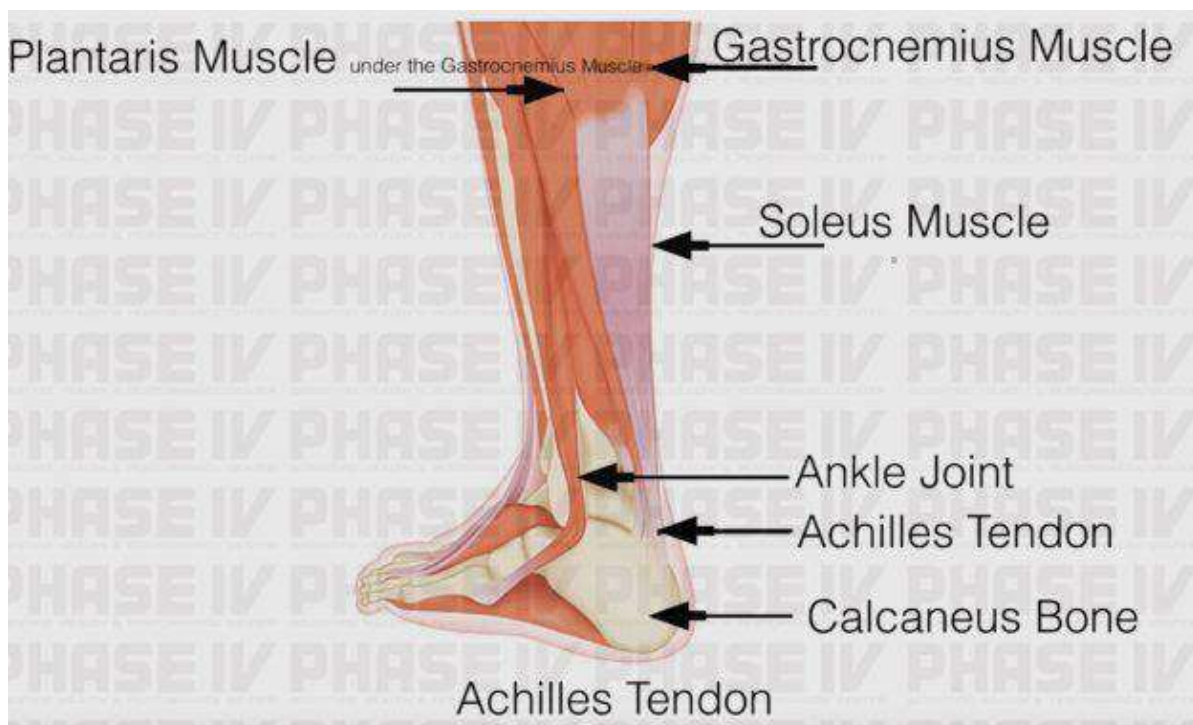


Imagen tomada de: <https://phase-iv.com/achilles-tendon-anatomy-and-function/>

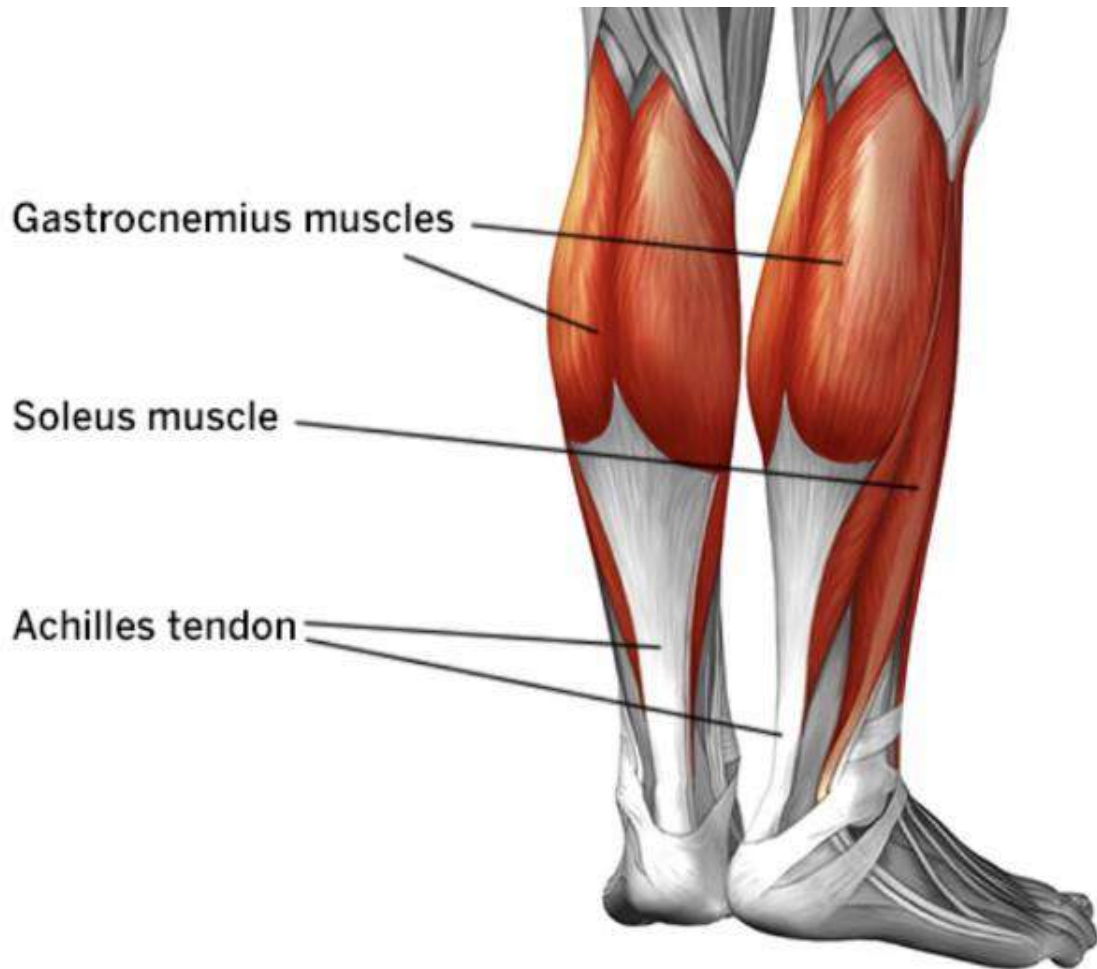
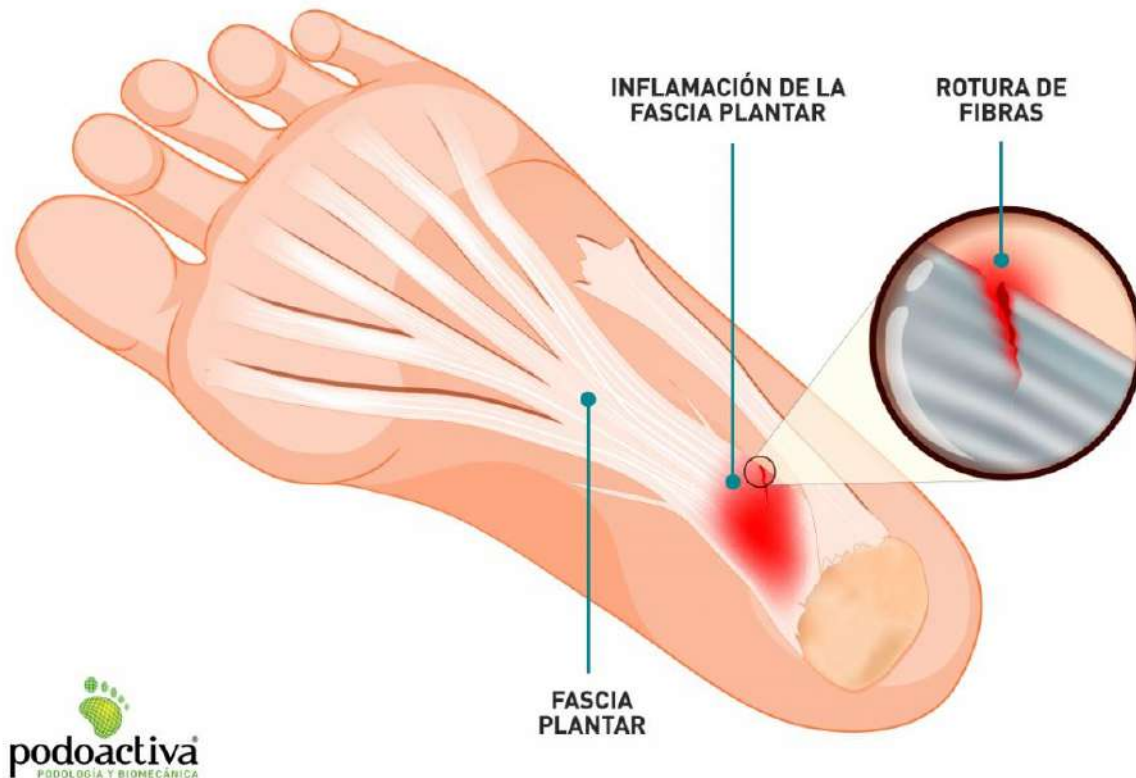


Imagen tomada de: <https://kneesovertoesguy.medium.com/confronting-your-achilles-f8f65ed2886>

Fascitis plantar:

La fascia plantar es una banda fibrosa (aponeurosis) que se encuentra debajo del pie y que se extiende desde el talón (calcáneo) hasta la base de las falanges proximales. Tiene como función dar estabilidad y soporte al arco plantar del pie, permitiendo el apoyo necesario para mover el pie de atrás hacia adelante.

A continuación una imagen de la fascia plantar:



Tomado de: <https://www.podoactiva.com/es/blog/fascitis-plantar-conoce-como-prevenir-y-tratar-esta-inflamacion-del-pie>

Debido a varios factores, tales como sobrepeso, calzado inadecuado, exceso de actividad física, mala postura al caminar, estar de pie mucho tiempo, entre otras, la fascia plantar se puede inflamar debido a pequeños microtraumatismos, causando fascitis plantar.

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

DÍAZ y GUZMÁN (2014) describen los principales factores fisiopatológicos de esta entidad en los siguientes términos:¹

La fascitis plantar (FP) o talalgia plantar, se caracteriza por un dolor localizado en la zona antero interna del calcáneo que puede irradiarse hacia el borde interno del pie. Es la causa más habitual de dolor en esa zona del cuerpo en las personas adultas. La fascia plantar es una aponeurosis fibrosa que proporciona un apoyo fundamental al arco longitudinal del pie. La palabra "fascitis" sugiere la inflamación de la fascia plantar pero investigaciones recientes indican que no siempre la hay. La presencia de microrroturas en la fascia derivadas de traumatismos de repetición, producen la degeneración progresiva del colágeno ocasionando tendinosis, degeneración de la fascia y necrosis.

(...)

Entre los factores predisponentes a sufrir esta patología se pueden distinguir tanto causas intrínsecas (pie cavo o plano, pronación excesiva del pie, deficiencias musculares o pérdida de elasticidad de la musculatura flexora plantar) y causas extrínsecas (calzado inadecuado, sobrecargas posturales y funcionales o marchas prolongadas por terrenos irregulares).

¹ DÍAZ LÓPEZ, Ana María; GUZMÁN CARRASCO, Patricia (2014); EFECTIVIDAD DE DISTINTAS TERAPIAS FÍSICAS EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA FASCITIS PLANTAR. REVISIÓN SISTEMÁTICA. *Revista Española de Salud Pública* 2014; 88:157-178. N.º1 Enero-Febrero 2014, p. 158. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n1/10_revision8.pdf

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

En el mismo sentido, JIMÉNEZ LEAL (2010) nos da una descripción muy detallada de esta patología:²

La fascitis plantar es una causa frecuente de talalgia en el paciente adulto. El dolor es originado frecuentemente por una degeneración colágena a nivel del origen de la fascia plantar en el tubérculo medial del calcáneo.

La etiología de la degeneración son los microtraumatismos repetidos de la fascia plantar que sobrepasan la capacidad para la autoreparación de la misma.

(...)

El síntoma clásico de la fascitis plantar es que el dolor más importante se produce por la mañana durante los primeros pasos, aunque no todos los pacientes tienen los mismos síntomas. Los pacientes a menudo advierten el dolor durante comienzo de la actividad y disminuye o desaparece con el calentamiento de la zona. El dolor puede también aparecer con la bipedestación prolongada acompañada de inactividad.

(...)

La fascia plantar es una aponeurosis fibrosa que recorre el arco longitudinal interno. La función de la fascia plantar es proveer soporte estático al arco longitudinal interno gracias a su resistencia, y a la absorción de impactos durante la dinámica del paso por su nivel elástico.

(...)

Dentro de los riesgos funcionales que pueden generar la fascitis plantar nos encontramos acortamiento ó debilidad de los gastrocnemios, soleo, tendón de Aquiles y musculatura intrínseca del pie. Debemos tener en cuenta que el acortamiento de la musculatura posterior de la pierna supone aumento en la

² JIMÉNEZ LEAL, Roberto (2010); TRATAMIENTO DE LA FASCITIS PLANTAR. Revista Española de Podología 2010; XXI (3) : 110 – 113, Madrid, España. pp. 110, 111.
<https://www.revesppod.com/Documentos/ArticulosNew/X0210123810500009.pdf>

tensión de la fascia plantar por formar parte del sistema Aquileo-Calcáneo-Plantar.

Sin embargo el sobreuso es la causa más frecuente de fascitis plantar en pacientes deportistas, especialmente la carrera, la cual produce microtraumatismos que afectan al colágeno tisular y no permite la regeneración del mismo.

Esta patología también ocurre en pacientes de edad más avanzada, en los cuales el problema es más biomecánico que de sobreuso. A menudo presentan hipotonía muscular que degenera en un aplanamiento plantar, así como un descenso de la capacidad de regeneración tisular antes comentada.

(...)

El paciente presenta dolor máximo a nivel de la región plantar medial del calcáneo, aunque también puede aparecer dolor a nivel de la zona proximal y media de la fascia plantar. El dolor puede exacerbarse realizándose una dorsiflexión pasiva de las articulaciones metatarsofalángicas, manteniendo al paciente de puntillas o de talones, es decir, realizando maniobras para tensar la fascia plantar.

Espolón calcáneo:

El espolón calcáneo es una lesión asociada a la fascitis plantar. No obstante, debe tenerse en cuenta que el espolón es más bien una consecuencia de la fascitis y no su causa. Asimismo, se considera que el espolón no causa el dolor, y que solo es un reflejo de un proceso de larga evolución. La presencia de espolones se trata de manera conservadora junto con la fascitis.

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

El grupo multidisciplinario de la editorial Diario Médico-Correo Farmacéutico de España nos explica lo siguiente:³

El espolón calcáneo es una prominencia ósea que puede aparecer en la parte anterior del talón (calcáneo) como consecuencia de estiramientos excesivos y continuados de la fascia plantar, una banda de tejido conjuntivo que recubre los músculos de la zona.

Al estirarse excesivamente, la fascia puede calcificarse, formándose el espolón, que es bastante doloroso y dificulta el apoyo normal de talón, ocasionando a veces una inflamación en la zona que lo rodea.

(...)

Síntomas

"El espolón no presenta ningún síntoma, sí lo tiene la fascitis plantar", según de la Rubia. El principal síntoma es un dolor que generalmente se produce en la parte interna del talón, pero que puede acontecer en cualquier punto de la planta del pie, del calcáneo a los cinco metatarsianos. El dolor, que actúa como pinchazos en la zona plantar, desaparece cuando el pie está en reposo.

Prevención

"Para prevenir el espolón es necesario prevenir antes la fascitis plantar. Para ello se lleva a cabo un estudio minucioso del pie y de la huella plantar; en caso de existir una desestructuración del mismo, se debe realizar un soporte plantar, más conocido como plantilla, la cual debe ser personalizada. Esta plantilla neutralizará cualquier desequilibrio de la pisada y optimizará los apoyos

(...)

³ Unidad Editorial Revistas, S.L.U.(2015); .Espolón calcáneo. *Diario Médico Correo Farmacéutico*. Diciembre de 2015 - 18:12, Madrid, España. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/enfermedades-del-pie/espolon.html>

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

Tratamientos

"Como no es la causa de ningún problema o dolor, no tiene tratamiento, al contrario de la fascitis plantar", sostiene de la Rubia.

Esta lesión suele tratarse con éxito mediante el uso de plantillas ortopédicas que alivian la tensión sobre la zona haciendo que los movimientos sean menos dolorosos. Las férulas nocturnas y los ejercicios de estiramientos también son efectivos para eliminar o disminuir el dolor.

Tratamiento de la fascitis plantar:

Demostraremos a través del presente dictamen pericial que el tratamiento de la fascitis plantar es esencialmente conservador, pues tiende a ser una patología autolimitada. Igualmente, demostraremos la clara contraindicación y riesgos de tratar esta dolencia con infiltraciones de esteroides, la cual están completamente desaconsejadas por las graves riesgos que conllevan.

JIMÉNEZ LEAL (2010) nos describe con precisión los tratamientos disponibles para tratar la fascitis plantar, todos ellos con efectividad demostrada y con ningún efecto secundario:⁴

I. ESTIRAMIENTOS Y FORTALECIMIENTO MUSCULAR.

Estas dos técnicas juegan un importante papel en el tratamiento de esta lesión, y pueden corregir factores de riesgo tales como acortamiento del complejo del Triceps Sural, así como la debilidad de la musculatura intrínseca del pie.

(...)

⁴ JIMÉNEZ LEAL, Roberto (2010); TRATAMIENTO DE LA FASCITIS PLANTAR. *Revista Española de Podología* 2010; XXI (3) : 110 – 113, Madrid, España, pp. 111, 112, 113. <https://www.revesppod.com/Documentos/ArticulosNew/X0210123810500009.pdf>

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

II. CALZADO.

Los pacientes a menudo encuentran que con zapatos con suela amortiguadoras, tipo etil vinyl acetato de alta densidad como el que se utiliza en calzado deportivo, disminuye el dolor asociado a largos periodos caminando o en posición ortostática. Diferentes estudios muestran que el calzado deportivo pierde con el tiempo una parte importante de la capacidad de absorción de impactos. Así simplemente adquiriendo un nuevo par de zapatos se puede disminuir el dolor.

(...)

III. VENDAJES, ARCOS LONGITUDINALES Y SOPORTES PLANTARES

Los pacientes con disminución del arco longitudinal interno teóricamente han perdido parte de la capacidad de absorción de fuerzas generadas por el impacto del paso. Las tres correcciones mecánicas más utilizadas son:

- 1. Vendaje mediante Tape.*
- 2. Colocación de arcos longitudinales de apoyo.*
- 3. Utilización de soportes plantares.*

(...)

IV. TALONERAS

Las taloneras son dirigidas teóricamente a disminuir la intensidad del impacto sobre el talón y también a relajar la tensión de la fascia plantar mediante la elevación del talón con un material blando. Se ha demostrado que el resultado positivo del tratamiento con esta terapia ha sido principalmente positivo en pacientes con poca grasa plantar en el talón ó con talones doloridos, pero no en fascitis plantar. Se ha mostrado como un tratamiento muy poco efectivo para esta patología.

(...)

V. FÉRULA NOCTURNA

Se utilizan para mantener la posición de 90º en la articulación del tobillo. La gran mayoría de las personas duermen con una posición de flexión plantar de

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

esta articulación, lo cual causa por esta "ferulización nocturna" un acortamiento de la musculatura posterior de la pierna y por tanto un aumento de la tensión de la fascia plantar. Otro factor agravante de este acortamiento es la utilización de tacón más o menos exagerado en el calzado.

Con esta terapia se logra un estiramiento de la fascia durante la noche, de tal manera que cuando el paciente posa el pie en el suelo por la mañana, teóricamente, la fascia está menos tensa. Existen férulas nocturnas a medida o prefabricadas.

Asimismo, DIAZ y GUZMÁN describen una serie de procedimientos conservadores no invasivos que reportan muy buenos resultados en el manejo sintomático de la fascitis plantar:⁵

Agrupando los estudios según las técnicas empleadas, tanto los estiramientos y las terapias manuales como el empleo de ondas de choque OC radiales (OCR) o focales (OCF) fueron los más frecuentes (39,13%). Respecto al nivel de mejoría, las OCR tuvieron una eficacia significativa en 421,26,29,31 de los 5 ensayos clínicos en los que se utilizaron, mientras que la efectividad de las OCF no fue concluyente combinadas con otros tratamientos, sin embargo cuando se comparó su efectividad al ser empleadas exclusivamente ofrecieron los mejores resultados.

Los estiramientos y terapias manuales resultaron eficaces en 4 de los 9 ensayos realizados, siendo más significativo en cuanto mejoría el estiramiento de la fascia plantar respecto al estiramiento del tendón de Aquiles.

La siguiente técnica más utilizada fueron los ultrasonidos (30,43%) con los que se obtuvieron buenos resultados en dos ensayos clínicos. En tres estudios no fueron efectivos y en los otros dos estudios la mejoría fue similar cuando se compararon con el uso de OC y con magnetoterapia.

⁵ DIAZ y GUZMÁN (2014), Ibíd, pp. 162, 175.

Tanto el uso de materiales ortopodológicos (26,08%) como la aplicación de vendajes, en particular la técnica de lowdye (17,39%) fueron más eficaces cuando se combinaron con otras técnicas.

En cuanto al uso de Iontoforesis (13,04%), el empleo de ácido acético parece revelarse como el más efectivo en la disminución del dolor matutino, encontrándose en otros estudios buenos resultados pero en desventaja frente a otras técnicas.

Otra técnica utilizada con buenos resultados fue la acupuntura (13,04%). Con resultados moderados encontramos el uso de láser y sin mejoría evidente el uso de magnetoterapia, que se estudió en un trabajo comparada con los ultrasonidos

(...)

En conclusión, para el tratamiento de la fascitis plantar se han descrito muchas intervenciones con una gran variedad de técnicas fisioterápicas siendo más frecuente la combinación de más de una de estas técnicas. Su efectividad ha resultado demostrada en la mayoría de los casos.

De otra parte, SANTA COLOMA y KHOURY describen igualmente una serie de abordajes terapéuticos conservadores para tratar la fascitis plantar con muy buenos resultados:⁶

Ejercicios

Numerosos estudios recomiendan los programas de elongación y fortalecimiento de la musculatura extrínseca e intrínseca del pie. Estos se encuentran justificados por la relación anatómica del tendón de Aquiles con la

⁶ SANTA COLOMA, Ezequiel; A. KHOURY, Miguel (2011); Evidencia en el manejo no quirúrgico de la fascitis plantar. Medicina basada en la evidencia. REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE TRAUMATOLOGÍA DEL DEPORTE. Año 2011; Volumen: 18; Número: 2; pp. 81-89, Buenos Aires, Argentina, pp. 84, 85. Disponible en: https://revista.aatd.org.ar/wp-content/uploads/2019/08/2011_Vol-18_n2_3Evidencia-en-el-Manejo.pdf

fascia y por el hecho de que la disminución de la dorsiflexión de tobillo constituya el principal factor de riesgo ante este padecimiento.

Porter y col realizaron un estudio comparativo randomizado, nivel II, basado en la duración y frecuencia de la elongación de la musculatura de la cadena posterior de la pierna y observaron las modificaciones de la dorsiflexión de tobillo. Se incluyeron 54 pacientes con fascitis que realizaron ejercicios de elongación sostenida de 3 minutos tres veces por día, 41 individuos con fascitis que realizaron ejercicios de forma intermitente, 20 segundos dos veces por día y 41 individuos sanos que sirvieron de control. Los dos grupos de tratamiento obtuvieron mejoras de la movilidad al mes, aunque los resultados en cuanto a movilidad fueron mejores en el grupo que elongó de forma sostenida, no hubo diferencias en ambos grupos de tratamiento a los cuatro meses. La mejora del dolor se correlaciono con la mejora en la movilidad.

Di Giovanni condujo un estudio prospectivo, nivel III, para determinar si ejercicios específicos de elongación de la musculatura intrínseca serían más efectivos que la elongación de los músculos de la pierna. Basados en la hipótesis de que los ejercicios específicos obtendrían mejores resultados y aceptación del paciente, analizaron 101 sujetos divididos en dos grupos. Obtuvieron mejores resultados a las 8 semanas en el grupo que elongó solo la musculatura intrínseca del pie, 52%; contra un 22% de mejora del grupo que elongó la cadena posterior de la pierna.

La elongación de la musculatura intrínseca y extrínseca del pie reporta buenos resultados a corto plazo, 1 a 4 meses. Se sugiere realizarlos 2 a 3 veces por día, no pareciendo haber diferencias si se hace en forma sostenida (3 minutos) o intermitente (30 segundos).

(...)

Ortesis:

(...)

Landorf y col publicaron un estudio prospectivo randomizado de 135 pacientes con fascitis plantar (nivel I de evidencia) donde un grupo recibió ortesis no terapéuticas (de espuma suave y delgadas), una ortesis prefabricadas y una

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

ortesis personalizada (semirígida de plástico). Dolor y la función se evaluaron a los 3 y 12 meses. Ambos parámetros mejoraron en los prefabricados y en el grupo ortopédico en comparación con el grupo no terapéutico a los 3 meses, observándose mejoras, estadísticamente significativas, en el score funcional del grupo con plantillas diseñadas personalmente. A los 12 meses, no se observaron diferencias significativas entre los grupos. Los autores concluyeron que las diferencias a corto plazo entre los grupos de tratamiento y el grupo de control de justifican el uso de ortesis en el tratamiento de la fascitis plantar.

Ruptura del Tendón de Aquiles por el uso de esteroides:

La literatura demuestra de manera clara que el uso de infiltraciones con esteroides es un claro factor de riesgo para producir una ruptura del Tendón de Aquiles. Por lo tanto, este tipo de fármacos deben evitarse en el tratamiento de la fascitis plantar, máxime si se tiene en cuenta que esta patología responde muy bien con otros tratamientos más seguros y conservadores. Las infiltraciones con esteroides son innecesarias, de pobres resultados y peligrosas.

La CLÍNICA MAYO (2021) nos describe como los esteroides pueden producir una ruptura del Tendón de Aquiles:⁷

Factores de riesgo:

Los factores que pueden aumentar el riesgo de rotura del tendón de Aquiles son:

(...)

⁷ MAYO CLINIC (2021); Rotura del tendón de Aquiles. Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). Rochester, Minnesota, Estados Unidos de América. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/achilles-tendon-rupture/symptoms-causes/syc-20353234>

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

Inyecciones de esteroides. *A veces los médicos inyectan esteroides en la articulación del tobillo para reducir el dolor y la inflamación.* **Sin embargo, estos medicamentos pueden debilitar los tendones cercanos, y se los ha asociado a roturas del tendón de Aquiles**

(...)

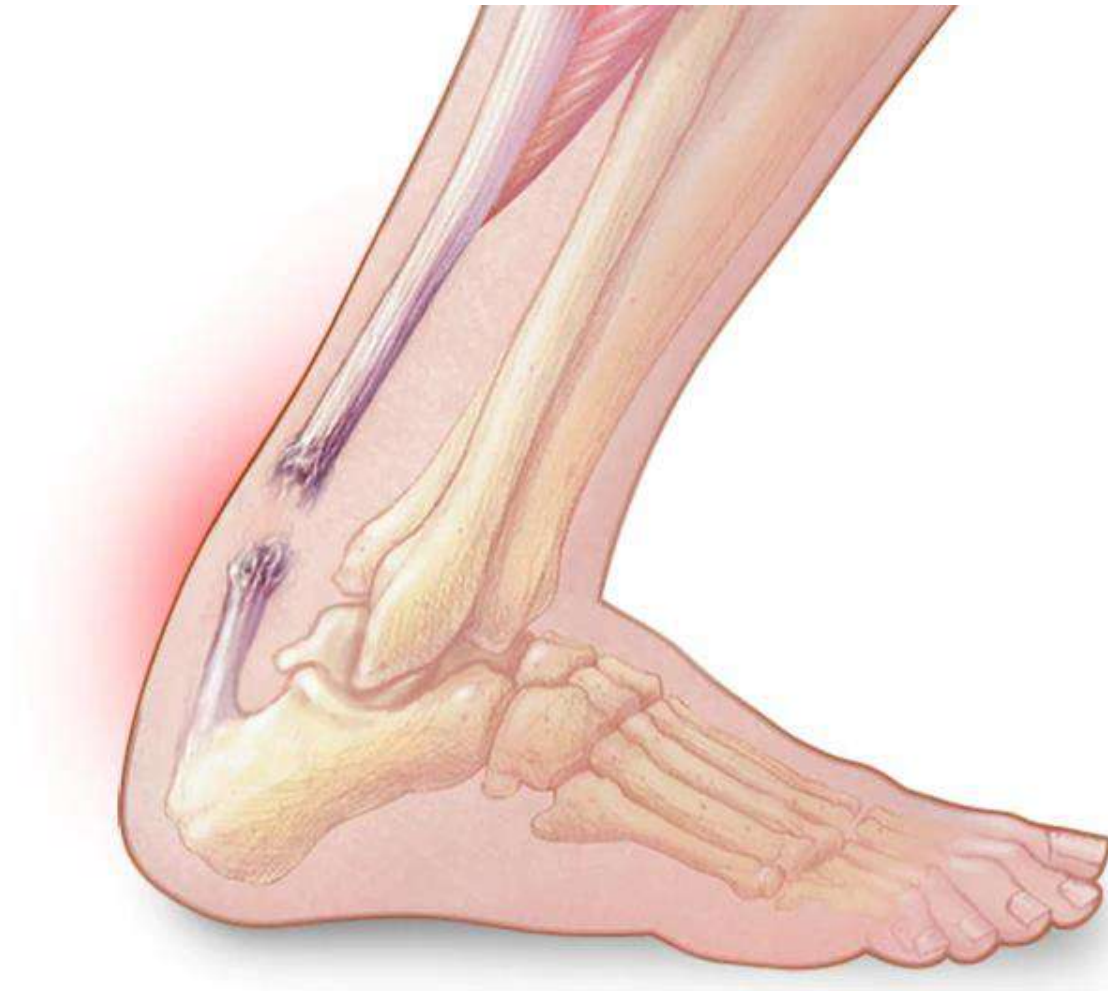
Obesidad. El sobrepeso puede ejercer más presión en el tendón.

(resaltado fuera de texto)

A continuación una imagen esquemática de esta grave complicación:

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

Imagen esquemática ruptura tendón de Aquiles



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Tomada de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/achilles-tendon-rupture/symptoms-causes/syc-20353234>

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

GONZÁLEZ LOMELIN (2021) nos indica que el uso de esteroides es un factor de riesgo para ruptura del Tendón de Aquiles:⁸

Los factores de riesgo que predisponen a la rotura completa del tendón de Aquiles son la hipovascularización del tendón, lesión por infiltración de esteroides, uso de fluoroquinolonas así como padecimientos que condicionan niveles elevados en los lípidos como la hipercolesterolemia familiar.

En idéntico sentido, FERNÁNDEZ y cols señalan que el uso de esteroides es un claro factor de riesgo para producir una ruptura del tendón de Aquiles:⁹

*Ha sido ampliamente documentada la asociación entre la terapia con esteroides de forma crónica y el desarrollo de la tendinopatía. Se ha evidenciado que los pacientes mayores de 60 años y en tratamiento crónico con **esteroides**, presentaban un riesgo 6 veces mayor de sufrir este efecto adverso al estar en tratamiento con quinolonas. Los pacientes que no están a tratamiento crónico con esteroides presentaban un riesgo 2 veces mayor que la población general de sufrir dicho evento. El caso que presentamos estaba a tratamiento con corticoides desde el día del ingreso, por lo que no debemos limitar nuestras sospechas a los pacientes en tratamiento crónico.*

(resaltado fuera de texto)

⁸ GONZALEZ LOMELIN, Pablo A. M.D. (2021); HMG Hospital Coyoacán, Consultorio 415, Ortopedia, Cirugía de Mano, Ciudad de México. Disponible en: <https://cirugiasdemano.com/ruptura-del-tendon-de-aquiles/>

⁹ FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ E; PÁRAMO DE VEGA M; CABARCOS A; TOUCEDA A; CIGARRÁN B; TORRE J. A. (2007); Afectación bilateral del tendón de Aquiles por tratamiento con levofloxacino, *Anales de Medicina Interna* ISSN 0212-7199 (Madrid) Volumen 24 No. 7 julio 2007, Madrid, España. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000700016

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

GE y cols (2020) explican en su estudio "*Downregulation of type I collagen expression in the Achilles tendon by dexamethasone: a controlled laboratory study*", traducido "*Regulación a la baja de la expresión del colágeno tipo I en el tendón de Aquiles por dexametasona: Un estudio de laboratorio controlado*" el mecanismo fisiopatológico implicado en la ruptura del tendón de Aquiles debido al uso de esteroides:¹⁰

Although it is generally accepted that local injections of GCs temporarily alleviate local inflammation and pain, the adverse effects and long-term functional consequences have limited their use. The local administration of GCs has significant negative effects on tendons, increasing the risk of tendon rupture, impairing tendon healing, and leading to poorer long-term outcomes.

(...)

Researchers have suspected that spontaneous and low impact ruptures of the Achilles tendon are associated with GC treatment. This can be explained by a disruption in the structure of type I collagen by GC.

(...)

Considering the histological changes resulting from tendinopathy, including significant fiber disorientation, it is possible that GCs accelerate the progress of tendinopathy by leading to the decrease in type I collagen. Moreover, inflammation plays a vital role in tendon healing, but excessive or persistence inflammation can be deleterious. As GC can inhibit angiogenesis, worsen the inflammation of micrangium, and trigger coagulation, it may impair collagen synthesis and tendon healing due to micro damage.

¹⁰ GE, Zilu; TANG, Hong; CHEN, Wan; WANG, Yunjiao; YUAN, Chengsong; TAO, Xu; ZHOU, Binghua; TANG, Kanglai (2020); Downregulation of type I collagen expression in the Achilles tendon by dexamethasone: a controlled laboratory study. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research* (2020) 15:70, BioMed Central, Springer Nature, pp. 1, 2, 9. Disponible en: <https://josr-online.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13018-020-01602-z.pdf>

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

(...)

Conclusion:

In conclusion, Dex downregulates type I collagen expression in Achilles tendons, resulting in tendon dysfunction and an increased risk of rupture.

Traducción:

*A pesar de que es generalmente aceptado que las inyecciones locales de glucocorticoides alivian temporalmente la inflamación local y el dolor, los efectos adversos y las consecuencias funcionales a largo plazo han limitado su uso. **La administración local de glucocorticoides tiene efectos negativos en los tendones, incrementando el riesgo de ruptura tendinosa, dificultando la reparación del tendón, y llevando a pobres resultados a largo plazo.***

(...)

Los investigadores han sospechado que las rupturas del tendón de Aquiles espontáneas o por bajo impacto se asocian a tratamiento con glucocorticoides. Esto se puede explicar por una disrupción en la estructura del colágeno tipo I por los glucocorticoides.

(...)

Considerando los cambios histológicos que resultan de la tendinopatía, incluyendo una desorientación significativa de las fibras, es posible que los glucocorticoides aceleren el proceso de tendinopatía llevando a una descenso en el colágeno tipo I. De otra parte, la inflamación juega un papel importante en la reparación del tendón, pero una inflamación excesiva o persistente puede ser deletérea. Como los glucocorticoides pueden inhibir la angiogénesis, empeorando la inflamación a nivel capilar, y desencadenando coagulación, puede afectar la síntesis de colágeno y la reparación del tendón debido a daño a nivel microvascular.

(...)

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

Conclusión:

En conclusión, la dexametasona regula a la baja la expresión de colágeno tipo I en los tendones de Aquiles, resultando en disfunción del tendón y en un aumento del riesgo de ruptura.

(resaltado fuera de texto)

TURMO y cols (2014) indican asimismo el grave riesgo de ruptura del tendón de Aquiles debido a las infiltraciones con esteroides, desaconsejando por lo tanto esta práctica indebida y contraria a la lex artis:

Conclusions: *Local corticosteroid injection of the retrocalcaneal bursa may help the symptoms of retrocalcaneal bursitis, but pose a risk of Achilles tendon rupture. This risk-benefit has to be taken into account when corticosteroid injections are prescribed to professional and high-level athletes.*

Traducción:

Conclusiones: *La inyección local de corticoesteroides de la bolsa retrocalcánea puede aliviar los síntomas de la bursitis retrocalcánea, pero implica un riesgo de ruptura del tendón de Aquiles. Esta relación riesgo beneficio debe ser tomada en cuenta cuando las inyecciones de corticoesteroides se prescriben a atletas profesionales y de alto nivel.*

(resaltado fuera de texto)

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

SANTA COLOMA y KHOURY indican asimismo que los posibles beneficios de una infiltración con esteroides son muy pocos, y que los riesgos los superan:¹¹

La infiltración de la fascia plantar con corticoides cuenta con evidencia intermedia que sustenta su aplicación, sin embargo su efecto beneficioso mas allá de las 4 semanas no esta probado, además presenta las complicaciones sistémicas de la aplicación de corticoides y los inconvenientes inherentes a la aplicación local, como ser la ruptura, la degeneración de la almohadilla, etc.

VALLONE y VITTORIO (2014) en su trabajo de investigación "*Complete Achilles tendon rupture after local infiltration of corticosteroids in the treatment of deep retrocalcaneal bursitis*", traducido "*Ruptura completa del Tendón de Aquiles después de infiltración local con corticoesteroides en el tratamiento de la bursitis retrocalcánea*" desaconsejan este tipo de tratamientos, indicando que las infiltraciones con corticoesteroides son un claro factor de riesgo para la ruptura del tendón de Aquiles. Igualmente, estos autores señalan que la ruptura del talón de Aquiles puede incluso no estar sólo asociada al uso de corticoesteroides, **sino que también se debe pensar en una impericia del médico tratante que hace la infiltración en el lugar equivocado y la aplica justo en el tendón,** favoreciendo aún más su ruptura:¹²

Complete rupture of the Achilles tendon is relatively rare, but it is an injury of considerable clinical relevance. A common cause of non-traumatic tendon rupture is local corticosteroid infiltration. Corticosteroid injections may start a degenerative process resulting in partial rupture and subsequent complete

¹¹ SANTA COLOMA y KHOURY (2011), Ibíd, p. 84.

¹² VALLONE, Ganfranco; VITTORIO, Tarallo (2014); Complete Achilles tendon rupture after local infiltration of corticosteroids in the treatment of deep retrocalcaneal bursitis. J Ultrasound (2014) 17:165–167. Società Italiana di Ultrasonologia in Medicina e Biologia, Springer Nature, p. 165. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4033727/pdf/40477_2014_Article_66.pdf


Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

rupture of the tendon due to a direct toxic effect, because corticosteroids inhibit production of extracellular matrix collagen and also because of poor local vascularization.

(...)

This confirms that corticosteroid treatment which is not correctly and accurately administered may be a factor contributing to major injury.

(...)

It demonstrates that the physician must take all necessary precautions when administering corticosteroid infiltration. It is particularly important that corticosteroid injection is performed under ultrasound guidance which permits visualization of the needle tip and therefore exact identification of the injection site.

Traducción:

*La ruptura completa del tendón de Aquiles es relativamente rara, pero es una lesión de considerable relevancia clínica. **Una causa común de ruptura no traumática del tendón es la infiltración local con corticosteroides.** Las inyecciones con corticoesteroides dan inicio a un proceso degenerativo que resulta en ruptura parcial y en la subsecuente ruptura completa del tendón debido a un efecto tóxico directo, debido a que los esteroides inhiben la producción de matriz extracelular de colágeno y también debido a pobre vascularización local.*

(...)

Esto confirma que el tratamiento con corticoesteroides que no se administra de manera correcta y precisa es un factor que contribuye a lesión mayor.

(...)

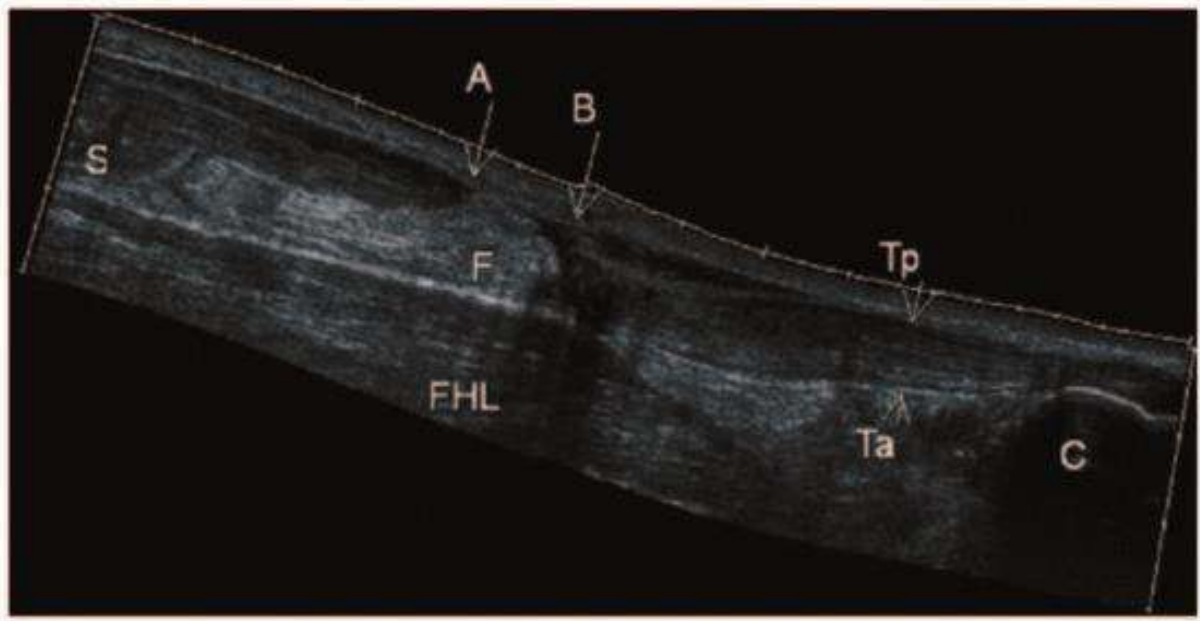
***Está demostrado que el médico debe tomar todas las precauciones necesarias al momento de administrar la infiltración con corticoesteroides.** Es particularmente importante que la inyección de*


Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

corticoesteroides sea administrada mediante guía por ultrasonido que permite ver la punta de la aguja e identificar de forma exacta el lugar de la inyección.

(resaltado fuera de texto)

A continuación una imagen por ultrasonido del tendón de Aquiles de un paciente que ha sufrido ruptura:



Tomada de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6215245/pdf/bonejointres-07-561.pdf> A-B corresponde al área de desgarro.

Debe tenerse en cuenta que la ruptura del tendón de Aquiles es una lesión grave, altamente incapacitante, extremadamente dolorosa y es considerada por supuesto una urgencia. La reparación de la ruptura debe llevarse a cabo lo más rápido posible, pues de no llevarse a cabo una rápida intervención aparecerán secuelas graves. En el caso de la señora DELLANIRA RALLO MONTAÑO se documenta un abandono y

fu
Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

negligencia por parte de su EPS, la cual demoró por meses la autorización y el tratamiento quirúrgico de la ruptura.

Sobre la necesidad de iniciar la reparación de la ruptura del tendón de Aquiles lo más pronto posible para evitar secuelas graves, GONZALEZ LOMELIN (2021) nos explica:¹³

El no atender una rotura del tendón de aquiles provoca dolor e imposibilita movimientos. Con el paso del tiempo los cabos distal y proximal del tendón calcáneo lesionado se retraen, aumentando el defecto inicial. Al paso de los meses dicho defecto inicial es sustituido por tejido cicatrizal y fibroso disfuncional.

(...)

¿Qué pasa si no se atiende una rotura del tendón de Aquiles? El dolor y la discapacidad para la marcha pueden ser persistentes en lesiones ignoradas del tendón de Aquiles. Con el paso del tiempo los cabos distal y proximal del tendón calcáneo lesionado se retraen, aumentando el defecto inicial. Al paso de los meses dicho defecto inicial es sustituido por tejido cicatrizal y fibroso disfuncional.

Asimismo, DELGADO y cols señalan con claridad que los pacientes afectados con ruptura del tendón de Aquiles deben ser tratados a más tardar en las siguientes 24 horas de producida la lesión:¹⁴

¹³ GONZALEZ LOMELIN (2021), Ibíd.

¹⁴ DELGADO BRAMBILA, Humberto; CRISTIANI DÍAZ, Gerardo; ASPE MANZO Eduardo (2003); Ruptura del tendón de Aquiles: Incidencia y experiencia en su manejo. *Acta Ortopédica Mexicana* 2003; 17(5): Sep.-Oct: 248-252. Sociedad Mexicana de Ortopedia, Medigraphic, Ciudad de México, p. 250. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2003/or035j.pdf>

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

*Una vez documentado el diagnóstico, los pacientes fueron ingresados al área de hospitalización. Se elaboró su historia clínica completa en busca de posibles factores de riesgo, tales como tabaquismo, ingesta de quinolonas, **esteroides** u otros medicamentos, o bien, el antecedente de práctica deportiva intensa. Cuando se detectó la presencia de otros estados patológicos crónico degenerativos agregados, (**diabetes mellitus**, hipertensión arterial, hiperuricemia, etc.) se solicitó valoración por el Servicio de Medicina Interna para su control.*

*Los pacientes fueron programados y operados para la reparación del tendón, **a más tardar en las primeras veinticuatro horas posteriores a su ingreso.***

(resaltado fuera de texto)

Estos autores reiteran, como se ha explicado ya en repetidas ocasiones, que los esteroides son un factor de riesgo para ruptura del tendón de Aquiles. Igualmente, señalan que la diabetes mellitus (patología que afectaba y afecta a la señora DELLANIRA RALLO MONTAÑO) es un factor de riesgo adicional que se debe tener en cuenta a la hora de abordar a estos pacientes.

Es necesario precisar que la paciente DELLANIRA RALLO tenía documentado en su historia clínica la presencia de varios factores de riesgo previos a la ruptura de su talón de Aquiles, tales como obesidad y diabetes mellitus ^{15,16}. Estos factores debieron ser considerados previamente por el médico tratante antes de administrar un tratamiento contraindicado, de poco beneficio y desaconsejado como la infiltración con esteroides que adicionaba un riesgo todavía mayor de ruptura del tendón de Aquiles. Evidentemente, estos factores fueron pasados por alto, de manera descuidada, por el galeno que aplicó las infiltraciones.

¹⁵ DELGADO y Cols, Ibíd.

¹⁶ MAYO CLINIC (2021), Ibíd.


Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

V. VALORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LA PACIENTE DELLANIRA RALLO MONTAÑO

Los hechos tienen lugar entre los meses de marzo y abril de 2016, época en la cual la paciente tenía 50 años de edad.

El 02 de marzo de 2016 consulta a la sede de atención primaria de la NUEVA EPS en Pradera, Valle, consultando por dolor en el talón izquierdo de dos meses de evolución. La paciente consulta por un cuadro de dolor crónico en el talón, secundario a fascitis plantar y con espolón calcáneo asociado.

Como antecedentes de importancia se destacan diabetes mellitus tipo 2, hipotiroidismo y obesidad mórbida.

Es atendida ese día por el Dr. JULIO CESAR TORO, médico general y no especialista, quien ordena y aplica varias infiltraciones con Betametasona Fosfato + Betametasona Acetato 3 mg/ml suspensión inyectable. Estas infiltraciones con esteroides en el tendón de Aquiles derecho tienen lugar en los meses de marzo y abril de 2016.

De manera posterior a la última infiltración, la paciente presenta intenso dolor en la zona posterior de la pierna derecha, edema, inflamación e inmovilidad del pie, cuadro compatible con ruptura del Tendón de Aquiles. La paciente refiere que la última infiltración se realizó de manera directa sobre el tendón de Aquiles.

En nota de la historia clínica se registra:

Paciente con cuadro clínico de 2 semanas de evolución consistente en dolor en Tendón de Aquiles, refiere 3 infiltraciones, posterior a esto presenta episodio de dolor súbito. Al bajar escalón, posteriormente limitación la marcha al examen físico: paciente que presenta limitación parcial para la dorsiflexión, dolor y frialdad de la región en mención. Con abultamiento superior en área de Tendón de Aquiles.

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

Y en nota de evolución del 29 de noviembre de 2016 se consigna:

Paciente quien hace dos meses (sic) presento dolor en tendón de Aquiles y le practicaron infiltración en tendón de Aquiles y cuando le hicieron la tercera infiltración estando caminando sintió dolor agudo en pie derecho sintió que se arrancó el tendón y de ahí en adelante nota el pie invalido. Se pide Resonancia Magnética y test de conducción.

La ruptura del tendón de Aquiles derecho es confirmada mediante resonancia magnética del 10 de diciembre de 2016, en la cual se reporta:

HALLAZGOS:

El tendón de Aquiles derecho muestra adelgazamiento con disminución del volumen a unos 5 cm distales de la unión miotendinosa hasta la inserción en el calcáneo, alcanza 2 mm de espesor máximo correspondiente a ruptura de espesor parcial, asocia cambios inflamatorios del paratenon en toda su extensión e importantes signos de edema muscular de los vientres musculares de ambos gastrocnemios.

Entesofito insercional de tamaño milimétrico.

Importantes cambios de tipo inflamatorio en los polos interfaciales especialmente en el compartimento posterior de la pierna con signos de edema muscular del peroneo largo, plexo largo de los dedos y tibial posterior, se asocia a tenosinovitis del plexo largo de la luz.

Edema de grasa de Kager.

Colección liquida extensa hacia la cara medial de la pierna y el maléolo interno.

Sinovitis tibioastragalina y subastragalina.

Cambios artrósicos especialmente en la articular subastragalina posterior con probable signos de pinzamiento posterior.

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

Signos de fascitis plantar.

CONCLUSIÓN:

Extensa ruptura de espesor parcial de la porción distal del tendón de aquiles con importante tendinosis en la porción proximal.

Hay cambios inflamatorios del paratenon y los vientres musculares de ambos gastrocnemios en la lesión con lesión parcial intramuscular de bajo grado, importantes signos de edema muscular del compartimento posterior de la pierna con tenosinovitis del tendón largo de la luz.

Cambios de tipo inflamatorio en el tejido celular subcutáneo especialmente en la cara medial de la pierna y el maléolo interno.

Artrosis que predomina la articulación subastragalina con probables signos de pinzamiento posterior, hallazgos que requiere estricta correlación con datos clínicos.

La paciente es llevada a cirugía con turno programado para el 26 de enero de 2017 (no aparece nota quirúrgica) para reconstrucción del tendón de aquiles.

Se observa nota de Fisioterapia de fecha noviembre 02 de 2017 en la cual se registra:

Paciente con diagnóstico de POP de tendón de Aquiles la cual ingresa al servicio en caminador por presentar dolor, limitación articular en tobillo y retracción en cicatriz afectándole su correcto patrón de marcha. Durante el tratamiento se aplican medios físicos, estiramientos de miembro inferior con énfasis en pie, fortalecimiento muscular y trabajo propioceptivo. Al finalizar persiste dolor en pantorrilla e inestabilidad en el pie. Se sugiere nueva valoración.

En nota de psiquiatría del 26 de noviembre de 2019 se registra:

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

ENFERMEDAD ACTUAL

Se trata de una paciente que refirió ha presentado alteraciones afectivas de características depresivas, desde hace 4 años aproximadamente, que señala son secundarios a la pérdida de su funcionalidad y desempeño normal en las habilidades locomotoras, describiendo que ha tenido ruptura de tendón en el miembro inferior izquierdo, sobre la sintomatología afectiva narró la sensación de tristeza varias veces al día a lo largo de todos los días, llanto fácil, ideas sobrevaloradas de desesperanza, ideas de minusvalía y futilidad, describió la presencia de un insomnio de características mixtas. Relató que recibió tratamiento farmacológico previo a cargo del servicio de medicina general con el uso de trazodona que ha mostrado ser ineficaz en la regulación del ciclo del sueño.

Se ordena manejo ansiolítico y antidepresivo con escitalopram, Imipramina y levomepromazina.

Valoración de la paciente:

El suscrito perito procede a valorar personalmente a la paciente el 19 de agosto de 2021 a las 3:00 PM.

Paciente ansiosa, refiere ánimo depresivo a raíz de discapacidad secundaria a daño en tendón de Aquiles derecho. Notable incapacidad para la plantiflexión del pie derecho, manifiesta que "arrastra el pie". Recibe insulina para control de su DM2, asimismo HTA en tratamiento.

Encuentro paciente estable, alerta, afebril. Obesa. Talla 1.65 mts. Peso 100 kg. IMC=36 obesidad mórbida.

Se observa edema en pie y tobillo derechos, gran cicatriz queloide en proyección del tendón de Aquiles derecho. Maniobra de Thompson positiva, pie permanece en dorsiflexión, dolor y dificultad para la plantiflexión. Dificultad para la marcha.

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

Aclaración de términos:

Existe un uso confuso en la literatura en relación a los términos "ruptura", "rotura" y "desgarro" del tendón de Aquiles. Algunos autores indican que el término "rotura" implica solución de continuidad completa del tendón, mientras que "ruptura" sería el equivalente a un "desgarro" o solución parcial de continuidad. Para otros, "rotura" y "ruptura" son sinónimos e implican solución de continuidad completa, mientras que "desgarro" sería solo parcial.

En el presente dictamen, los términos "rotura" y "ruptura" se utilizan como sinónimos, es decir, se refieren a solución de continuidad completa del tendón, mientras que "desgarro" se refiere a solución parcial de continuidad.

VI. ANÁLISIS DEL CASO

Existen varios errores en el manejo clínico de la paciente.

Lo primero es que el cuadro de fascitis plantar y espolón calcáneo tiene buena respuesta y mejoría con manejo conservador como fisioterapia y medios físicos. No es claro por qué se optó por las infiltraciones con esteroides, intervención que en general se desaconseja debido a sus importantes efectos adversos, entre ellos precisamente la ruptura del tendón de Aquiles.

Además, la señora DELLANIRA RALLO MONTAÑO tenía claros factores de riesgo para presentar ruptura del tendón de aquiles: Obesidad, diabetes mellitus, y la edad de 50 años. El tratamiento con esteroides estaba claramente contraindicado en esta paciente

En conclusión, se aplicó un tratamiento no justificado para una persona con claros factores de riesgo para presentar la ruptura tendinosa.

Se señala asimismo que las infiltraciones con esteroides están en general desaconsejadas. Cuando se llevan a cabo, deben ser aplicadas por traumatólogos o fisiatras, en pacientes sin factores de riesgo, y cuando se documenta claramente en la historia clínica el fracaso de los medios físicos. Además de que deben ser realizadas por especialistas, se debe tener mucho cuidado en la zona en la que se



Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

aplican las infiltraciones¹⁷, e incluso algunos autores han recomendado la guía por ultrasonido.

Nada de eso tuvo lugar en el presente caso, señalando además que el doctor JULIO CESAR TORO es médico general y no médico especialista.

La historia clínica contiene además varios errores en las fechas y está mal diligenciada, hecho que obra en contra de los demandados.

Una ruptura del tendón de Aquiles orienta claramente hacia una impericia del médico tratante, primero, porque este tratamiento es muy excepcional y está claramente desaconsejado, y segundo, porque en gran parte de estos casos se evidencia desconocimiento del área anatómica, lo que lleva aplicar la infiltración muy cerca del tendón o sobre el tendón mismo.

Se señala asimismo que la reparación de la ruptura del tendón de Aquiles debe llevarse a cabo cuanto antes¹⁸. Se observa una demora injustificada de casi diez (10) meses desde la lesión hasta su reparación, tiempo en el cual la paciente estuvo gravemente incapacitada. Este retraso pone en evidencia una negligencia administrativa en las autorizaciones y seguimiento de la paciente por parte de su EPS, pues está igualmente documentado que debido al dolor y la incapacidad la paciente constantemente solicitaba citas y valoraciones que eran indefinidamente demoradas.

VII. CONCLUSIONES

1. Las señora DELLANIRA RALLO MONTAÑO identificada con C.C. 66.930.266 tenía diagnosticado en el año 2016, antes de la intervención del Dr. JULIO CESAR TORO, fascitis plantar derecha y espolón asociado.
2. Esta patologías usualmente son autolimitadas, benignas, de buen pronóstico, y responden muy bien a tratamientos conservadores como ejercicio, cambio de calzado o dispositivos ortopédicos como ortesis.

¹⁷ VALLONE y VITTORIO (2014), *Ibíd.*

¹⁸ DELGADO y cols (2003), *Ibíd.*

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

3. El uso de esteroides en el manejo de la fascitis plantar se encuentra desaconsejado, pues cuenta con muy poca evidencia sobre su beneficio real, el cual en general es pobre y poco duradero, además de estar claramente asociado a la ruptura del tendón de Aquiles.

4. La paciente DELLANIRA RALLO MONTAÑO tenía al momento de la infiltración tres factores de riesgo adicionales para presentar una ruptura de tendón de Aquiles: Obesidad, Diabetes Mellitus tipo 2, y edad mayor o igual a 50 años. Estas condiciones sumaron el riesgo que implicó la aplicación de las infiltraciones con esteroides, y por lo tanto, este manejo estaba completamente contraindicado en esta paciente. El médico tratante conocía estas condiciones previas, y aún así persistió en su desaconsejada y contraindicada intervención.

5. En ninguna parte de la historia clínica el médico Dr. JULIO CESAR TORO explica o justifica el uso de corticoesteroides en la paciente DELLANIRA RALLO MONTAÑO. Tampoco explica si al menos previamente intentó el manejo conservador de la fascitis plantar, o si ante el posible fallo de dicho manejo conservador (no documentado) por qué no optó por remitir a la paciente a valoración por especialista.

6. La paciente refiere haber sentido la última infiltración directamente sobre el tendón. La literatura científica revisada señala que una de las causas de la ruptura del tendón de Aquiles, además de la infiltración por esteroides per se, es la impericia del médico tratante que no conoce bien la anatomía del miembro inferior. En el presente caso la rotura del tendón, secundaria a la aplicación contraindicada de esteroides por parte de un médico general y no especialista, además de lo narrado por la paciente, orientan hacia una impericia del profesional tratante que no conocía bien la anatomía del pie y la pantorrilla. En términos coloquiales: No sabía dónde estaban las estructuras anatómicas a intervenir.

7. El Dr. JULIO CESAR TORO, médico adscrito a la Nueva EPS, aplicó un tratamiento contraindicado y desaconsejado en la paciente DELLANIRA RALLO MONTAÑO, sin contar con los debidos soportes clínicos, ni la evidencia científica requerida. El Dr. JULIO CESAR TORO actuó en contra de la lex artis violando los protocolos establecidos para el manejo de este tipo de pacientes.



Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

8. La literatura científica es clara en señalar que una ruptura del tendón de Aquiles debe ser intervenida de inmediato, máxime en las siguientes 24 horas, considerándose entonces una urgencia ortopédica. En la historia clínica se evidencia una demora de casi un (01) año para realizar el procedimiento a la paciente, lo cual obviamente está por fuera del estándar aceptado. La paciente en repetidas ocasiones, debido al intenso dolor que padecía durante semanas y meses, solicitaba constantemente atención médica, y a pesar de ello, se presentó una demora injustificada en el tratamiento quirúrgico. Este atraso tuvo una consecuencia directa en el resultado final, y es que obviamente la posibilidad de reparar el tendón adecuadamente se va a ver severamente reducida, ya que los resultados van a ser peores. La EPS Nueva EPS actuó con negligencia en la asignación de las citas y autorizaciones.

9. La paciente no se recuperó de la ruptura del tendón de Aquiles y quedó con graves secuelas físicas y psicológicas a consecuencia de la malapraxis descrita en el presente informe.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. A Turmo-Garuz , G Rodas, R Balius, L Til, M Miguel-Perez, C Pedret, A Del Buono, N Maffulli (2014); Can local corticosteroid injection in the retrocalcaneal bursa lead to rupture of the Achilles tendon and the medial head of the gastrocnemius muscle? *Musculoskelet Surgery* 2014 Aug; 98(2):121-6. Epub 2013 Nov 13, DOI: [10.1007/s12306-013-0305-9](https://doi.org/10.1007/s12306-013-0305-9). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24222527/>
2. DELGADO BRAMBILA, Humberto; CRISTIANI DÍAZ, Gerardo; ASPE MANZO Eduardo (2003); Ruptura del tendón de Aquiles: Incidencia y experiencia en su manejo. *Acta Ortopédica Mexicana* 2003; 17(5): Sep.-Oct: 248-252. Sociedad Mexicana de Ortopedia, Medigraphic, Ciudad de México, p. 250. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2003/or035j.pdf>

 Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

3. DÍAZ LÓPEZ, Ana María; GUZMÁN CARRASCO, Patricia (2014); EFECTIVIDAD DE DISTINTAS TERAPIAS FÍSICAS EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA FASCITIS PLANTAR. REVISIÓN SISTEMÁTICA. *Revista Española de Salud Pública 2014;* 88:157-178. N.º1 Enero-Febrero 2014. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n1/10_revision8.pdf
4. FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ E; PÁRAMO DE VEGA M; CABARCOS A; TOUCEDA A; CIGARRÁN B; TORRE J. A. (2007); Afectación bilateral del tendón de Aquiles por tratamiento con levofloxacin, *Anales de Medicina Interna ISSN 0212-7199 (Madrid) Volumen 24 No. 7 julio 2007*, Madrid, España. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000700016
5. GE, Zilu; TANG, Hong; CHEN, Wan; WANG, Yunjiao; YUAN, Chengsong; TAO, Xu; ZHOU, Binghua; TANG, Kanglai (2020); Downregulation of type I collagen expression in the Achilles tendon by dexamethasone: a controlled laboratory study. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research (2020) 15:70*, BioMed Central, Springer Nature. Disponible en: <https://jorsonline.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13018-020-01602-z.pdf>
6. GONZALEZ LOMELIN, Pablo A. M.D. (2021); HMG Hospital Coyoacán, Consultorio 415, Ortopedia, Cirugía de Mano, Ciudad de México. Disponible en: <https://cirugiasdemano.com/ruptura-del-tendon-de-aquiles/>
7. JIMÉNEZ LEAL, Roberto (2010); TRATAMIENTO DE LA FASCITIS PLANTAR. *Revista Española de Podología 2010; XXI (3) : 110 – 113*, Madrid, España. <https://www.revesppod.com/Documentos/ArticulosNew/X0210123810500009.pdf>
8. MAYO CLINIC (2021); Rotura del tendón de Aquiles. Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). Rochester, Minnesota, Estados Unidos de América. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/achilles-tendon-rupture/symptoms-causes/syc-20353234>


 Dr. Felipe Merizalde G.
 MEDICO UNIVALLE
 R.M. 762966

9. SANTA COLOMA, Ezequiel; A. KHOURY, Miguel (2011); Evidencia en el manejo no quirúrgico de la fascitis plantar. Medicina basada en la evidencia. *REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE TRAUMATOLOGÍA DEL DEPORTE. Año 2011; Volumen: 18; Número: 2; pp. 81-89*, Buenos Aires, Argentina. Disponible en: https://revista.aatd.org.ar/wp-content/uploads/2019/08/2011_Vol-18_n2_3Evidencia-en-el-Manejo.pdf
10. Unidad Editorial Revistas, S.L.U.(2015); .Espolón calcáneo. *Diario Médico Correo Farmacéutico. Diciembre de 2015 - 18:12*, Madrid, España. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/enfermedades-del-pie/espolon.html>
11. VALLONE, Ganfranco; VITTORIO, Tarallo (2014); Complete Achilles tendon rupture after local infiltration of corticosteroids in the treatment of deep retrocalcaneal bursitis. *J Ultrasound* (2014) 17:165–167. Società Italiana di Ultrasonologia in Medicina e Biologia, Springer Nature. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4033727/pdf/40477_2014_Article_66.pdf

Atentamente,



Dr. Felipe Merizalde G.
MEDICO UNIVALLE
R.M. 762966

HERNAN FELIPE MERIZALDE GARCIA

Médico y Cirujano Universidad del Valle

Abogado Universidad de San Buenaventura.

Cédula 18.004.625. Registro Médico: 762966-2010 Secretaría de Salud Departamental del Valle. Tarjeta profesional 210837 del CSJ.

Dirección: Calle 26 N # 5 AN – 50 Barrio San Vicente, Cali, Valle

Celular/Whatsapp: +57 314 628 32 48 . E mail: infogenvask@mail.com

Complete Achilles tendon rupture after local infiltration of corticosteroids in the treatment of deep retrocalcaneal bursitis

Ganfranco Vallone · Tarallo Vittorio

Received: 30 August 2013 / Accepted: 16 November 2013 / Published online: 29 January 2014
© Società Italiana di Ultrasonologia in Medicina e Biologia (SIUMB) 2014

Abstract Complete rupture of the Achilles tendon is relatively rare, but it is an injury of considerable clinical relevance. A common cause of non-traumatic tendon rupture is local corticosteroid infiltration. Corticosteroid injections may start a degenerative process resulting in partial rupture and subsequent complete rupture of the tendon due to a direct toxic effect, because corticosteroids inhibit production of *extracellular matrix collagen* and also because of poor local vascularization. This paper describes the case of a patient who presented with complete rupture of the Achilles tendon shortly after administration of local corticosteroid injections in the treatment of deep retrocalcaneal bursitis. This confirms that corticosteroid treatment which is not correctly and accurately administered may be a factor contributing to major injury. It demonstrates that the physician must take all necessary precautions when administering corticosteroid infiltration. It is particularly important that corticosteroid injection is performed under ultrasound guidance which permits visualization of the needle tip and therefore exact identification of the injection site.

Keywords Achilles tendon · Ultrasound · Corticosteroid injections

Riassunto Le rotture complete del tendine d'Achille sono piuttosto rare, ma hanno una notevole rilevanza

clinica. Tra le cause atraumatiche di rottura sono abbastanza frequenti quelle che riconoscono come concausa i trattamenti infiltrativi locali di corticosteroidi. Questi, sia con un'azione tossica diretta, sia con l'inibizione sulla produzione della matrice extracellulare del collagene, sia con una riduzione della vascolarizzazione locale, determinano un processo degenerativo che progredendo determina dapprima una lesione parziale e poi una rottura completa del tendine. Il caso riportato si riferisce ad una paziente che, per il trattamento di una borsite retrocalcaneale profonda, veniva trattata con terapia infiltrativa locale con cortisone e, a breve distanza di tempo, presentava una rottura completa del tendine d'Achille; è esplicativo come un trattamento terapeutico con corticosteroidi, eseguito in maniera non del tutto corretta, possa essere concausa di lesioni importanti. E' indicativo del fatto che sia necessario rispettare tutte le precauzioni quando si procede a terapia infiltrativa locale di corticosteroidi, in particolare come sia importante iniettare sotto guida ecografica perché ciò consente di valutare in tempo reale la posizione della punta dell'ago e quindi di conoscere esattamente la sede di iniezione.

Introduction

Ultrasound (US)-guided local infiltration has often proved to be a valid therapy in the treatment of musculoskeletal pain due to characteristics such as economicity, effectiveness and long-term pain relief [1, 2]. Various drugs including corticosteroids are used in interventional musculoskeletal procedures. They have been used since 1953 in degenerative joint diseases of the shoulder, knee and hip and in inflammatory conditions such as bursitis. While the

G. Vallone
Department of Diagnostic Imaging and Radiotherapy, University
Federico II, Naples, Italy

T. Vittorio (✉)
Institute of Radiology, The IRCCS Foundation Policlinico San
Matteo, University of Pavia, Piazzale Golgi 2, Pavia, Italy
e-mail: tarallovittorio@libero.it

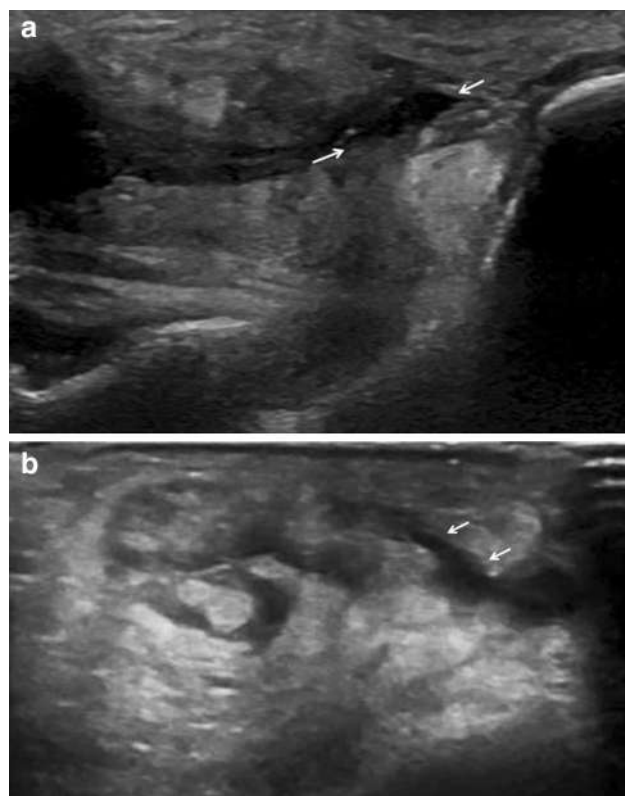


Fig. 1 US imaging performed along the long axis (**a**) and along the second short-axis (**b**) of the Achilles tendon revealed complete rupture of the tendon fibers in the portion before insertion (*arrows*), with moderate retraction of the stumps and interposed hematoma

effectiveness of short-term treatment is undisputed, prolonged use of these drugs is highly controversial [2].

The corticosteroids which are commonly used today are analogs of human hormones synthesized in the laboratory. In humans, corticosteroid hormones are produced by the adrenal glands and released in the body in response to stress; they control the protein, fat and carbohydrate metabolism and furthermore exert an important anti-inflammatory activity by preventing phospholipid release, decreasing the effect of eosinophils and proinflammatory cytokines and through a number of other mechanisms, e.g. reducing the vascularization.

The rationale behind the use of corticosteroids in pain control is related to their anti-inflammatory effect, which provides pain relief without affecting the mechanism that caused the pain, and they furthermore reduce adhesions between the various structures. However, corticosteroids also cause adverse effects including osteoporosis, and they have a local immunosuppressive effect which increases the risk of infections as well as the risk of partial and complete tendon rupture [2, 3].

Complete Achilles tendon rupture is relatively rare, but it is an injury of considerable clinical relevance [4–6]. We report this case as it confirms that corticosteroid treatment may be a factor contributing to major injury.

Description of the case

A 54-year-old overweight patient presented with retrocalcaneal swelling and pain. US imaging showed moderate degeneration of the Achilles tendon with a significant fluid collection in the deep retrocalcaneal bursa. Two procedures were carried out (1 week interval between the two) to drain the inflamed bursa and subsequently administer injection of corticosteroids without US guidance. This therapy significantly improved the symptoms.

However, 2 weeks after the last treatment the patient experienced acute pain in the ipsilateral Achilles tendon and consequent functional impotence for no apparent reason. Physical examination suggested rupture of the Achilles tendon. US examination including dynamic maneuvers was therefore performed revealing complete rupture of the distal portion with interposed hematoma and moderate retraction of the stumps (Fig. 1), particularly the proximal stump. Subsequent surgery confirmed complete rupture of the Achilles tendon.

Discussion and conclusions

Complete rupture of the Achilles tendon, traumatic or non-traumatic, is relatively rare [6]. Non-traumatic ruptures are most often related to degenerative phenomena, which reduce the strength and elasticity of the tendon tissue over time, to predisposing factors which increase stress on the tendon and to local or systemic medication, such as fluoroquinolones and corticosteroids [4, 5].

The mechanism underlying these phenomena is linked to hypoxia, and non-traumatic lesions are typically localized in the critical area (about 3 cm proximal to the calcaneal insertion) which receives less blood flow. When progressing, the degenerative process may initially result in partial rupture and subsequently in complete rupture of the tendon [6]. Subcutaneous rupture of the Achilles tendon generally affects the medium-proximal portion. However, in cases where the degenerative disease affects the distal third, it is frequently associated with deep retrocalcaneal bursitis.

There are not many papers in the literature dealing with this issue, but it has been demonstrated that tendon ruptures are more frequent after local infiltration of corticosteroids [3]. This occurs due to a direct toxic effect of the drug, because corticosteroids inhibit production of *extracellular matrix collagen* and also because of poor local vascularization. *Local infiltration* of corticosteroid about the *Achilles tendon* is therefore rarely performed nowadays. However, local infiltration in case of bursitis is still considered a valid treatment and it is widely performed [1, 2].

In the present case, rupture did not occur in the typical location, but more distally in the portion located right

above the deep retrocalcaneal bursa, where local infiltration of corticosteroids had been performed without US guidance. Re-evaluation of US images, taken 3 weeks before the rupture, showed only moderate degeneration of the tendon in addition to bursitis. This fact as well as the atypical location of the lesion led to the suspicion that iatrogenic injury may have contributed to the rupture.

We consider this case worthy of being reported to emphasize that adequate precaution must be taken in connection with local corticosteroid infiltration. It is particularly important that injection is performed under US guidance as this procedure permits visualization of the needle tip and therefore exact identification of the injection site.

Conflict of interest Gianfranco Vallone and Vittorio Tarallo declare that they have no conflict of interest related to this paper.

Informed consent All procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional and national) and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2000. The patient provided written

informed consent to the publication of this paper and to the inclusion in this article of information that could potentially lead to her identification.

References

1. Robotti G, Canepa MG, Bortolotto C, Draghi F (2013) Interventional musculoskeletal US: an update on materials and methods. *J Ultrasound*. doi:[10.1007/s40477-013-0018-9](https://doi.org/10.1007/s40477-013-0018-9)
2. Draghi F, Robotti G, Jacob D, Bianchi S (2010) Interventional musculoskeletal ultrasonography: precautions and contraindications. *J Ultrasound* Sept 13(3):126–133
3. Nichols AW (2005) Complications associated with the use of corticosteroids in the treatment of athletic injuries. *Clin J Sport Med* 15(5):370–375
4. Bianchi S, Martinoli C. *Ultrasound of the musculoskeletal system*, vol 16. Springer, Berlin, pp 817–823 (2007)
5. Hartgerink P, Fessell DP, Jacobson JA, Van Holsbeeck MT (2001) Full-versus partial-thickness Achilles tendon tears: sonographic accuracy and characterization in 26 cases with surgical correlation. *Radiology* 220:406–412
6. Gervasio A, Bollani P, Biasio A (2013) US in mid-portion Achilles tendon injury. *J Ultrasound*. doi:[10.1007/s40477-013-0023-z](https://doi.org/10.1007/s40477-013-0023-z)

Case Reports

Musculoskelet Surg

•
•
•

. 2014 Aug;98(2):121-6.

doi: 10.1007/s12306-013-0305-9. Epub 2013 Nov 13.

Can local corticosteroid injection in the retrocalcaneal bursa lead to rupture of the Achilles tendon and the medial head of the gastrocnemius muscle?

[A Turmo-Garuz](#)¹, [G Rodas](#), [R Balius](#), [L Til](#), [M Miguel-Perez](#), [C Pedret](#), [A Del Buono](#), [N Maffulli](#)

Affiliations expand

- PMID: 24222527
- DOI: [10.1007/s12306-013-0305-9](https://doi.org/10.1007/s12306-013-0305-9)

Abstract

Purpose: The purpose of the study is to explain the cause-effect relationship in three patients who reported combined ruptures of the Achilles tendon and the gastrosoleus complex 6 months after they had received corticosteroids injections for the management of retrocalcaneal bursitis.

Methods: Three cryopreserved cadavers (three men, three left legs) were examined to assess the anatomic connection between the retrocalcaneal bursa and the Achilles tendon (distal and anterior fibers). Blue triptan medium contrast was injected.

Results: An unexpected connection between the retrocalcaneal bursa and the anterior fibers of the Achilles tendon was found in all instances.

Conclusions: Local corticosteroid injection of the retrocalcaneal bursa may help the symptoms of retrocalcaneal bursitis, but pose a risk of Achilles tendon rupture. This risk-benefit has to be taken into account when corticosteroid injections are prescribed to professional and high-level athletes.

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Downregulation of type I collagen expression in the Achilles tendon by dexamethasone: a controlled laboratory study

Zilu Ge, Hong Tang, Wan Chen^{*} , Yunjiao Wang, Chengsong Yuan, Xu Tao, Binghua Zhou and Kanglai Tang

Abstract

Background: Spontaneous Achilles tendon rupture associated with long-term dexamethasone (Dex) use has been reported. However, few studies have investigated the potential mechanism. The aim of this study was to evaluate the effects of oral Dex on type I collagen in humans and rats and its association with tendon rupture.

Methods: First, six Achilles tendons from patients who received long-term Dex treatment, and another six normal tendons were harvested for histological evaluation. Secondly, 8-week-old rats ($n = 72$) were randomly assigned to a Dex group or a control group. Type I collagen was studied at the mechanical, histological, and molecular levels after 3 and 5 weeks. Tenocytes isolated from normal human and rat tendon were used to investigate the effect of Dex on cellular scale.

Results: Histological analysis of human and rat tendon tissue revealed an irregular, disordered arrangement of type I collagen in the Dex group compared with the control group. In addition, In the Dex+ group, type I collagen expression decreased in comparison with the Dex- group in both human and rat tenocytes. The mechanical strength of tendons was significantly reduced in the Dex group (68.87 ± 11.07 N) in comparison with the control group (81.46 ± 7.62 N, $P = 0.013$) after 5 weeks. Tendons in the Dex group were shorter with smaller cross-sectional areas (10.71 ± 0.34 mm², 1.44 ± 0.22 mm², respectively) after 5 weeks than those in the control group (11.13 ± 0.50 mm², $P = 0.050$, 2.74 ± 0.34 mm², $P < 0.001$, respectively).

Conclusions: This finding suggests long-term use of Dex that decreases the expression of type I collagen at molecular and tissue levels both in human and rat Achilles tendons. Furthermore, Dex decreases the mechanical strength of the tendon, thereby increasing the risk of Achilles tendon rupture.

Keywords: Achilles tendon, Dexamethasone, Human, Rats, Type I collagen

Introduction

Since the first use of glucocorticoids (GC) in September 1948, at the Mayo Clinic, to treat a patient with rheumatoid arthritis (RA) [1], they have been extensively used to treat osteoarthritis, tendinopathy, inflammatory arthritis, and degenerative spine disease. In addition to rest, oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs, specific

stretching, and strengthening exercises, GC treatment is commonly prescribed for Achilles tendon diseases [2]. Although it is generally accepted that local injections of GCs temporarily alleviate local inflammation and pain, the adverse effects and long-term functional consequences have limited their use [3]. The local administration of GCs has significant negative effects on tendons, increasing the risk of tendon rupture, impairing tendon healing, and leading to poorer long-term outcomes [4]. However, only a few studies have reported a link between oral GCs and the risk of Achilles tendon rupture [5, 6]. Considering occasional case reports of patients

* Correspondence: chenwanfred@foxmail.com

Department of Orthopedics/Sports Medicine Center, State Key Laboratory of Trauma, Burn and Combined Injury, Southwest Hospital, Third Military Medical University (Army Medical University), Gaotanyan Street, 30, Shapingba District, Chongqing 400038, China



© The Author(s). 2020 **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

receiving long-term GC treatment due to systematic diseases or autoimmune disorders, who experienced spontaneous Achilles tendon rupture [7–9], it is important to determine the exact mechanism by which the Achilles tendon is weakened by GC.

The strength and stability of the Achilles tendon are significantly affected by collagen, which is the main component of the tendon. The amount of collagen and its spatial arrangement are important determinants of the mechanical properties of tendons [10]. In particular, type I collagen accounts for approximately 85–95% of the dry weight of an Achilles tendon, making it the foremost factor in the stabilization of the tendon [11]. Type I collagen, as well as elastin fibers and many other extracellular matrix components (cytokines, enzymes, and glycosaminoglycans), is produced by tenocytes [12]. Any factor contributing to collagen denaturation, decrease, or change in arrangement may lead to the weakening or rupture of the Achilles tendon.

Researchers have suspected that spontaneous and low-impact ruptures of the Achilles tendon are associated with GC treatment. This can be explained by a disruption in the structure of type I collagen by GC. A series of animal experiments support this hypothesis. Under different doses of GCs, the level of type I collagen decreases, to a certain extent, in the rotator cuff tendon of rats [13]. An *in vitro* analysis of tendon cells has shown that GCs reduce cell viability, cell proliferation, and collagen synthesis [14]. However, few studies have directly demonstrated the effect of oral GCs on type I collagen in humans. We hypothesized that long-term use of dexamethasone (Dex) could decrease the expression of type I collagen in the Achilles tendon. Therefore, we used samples harvested from patients who underwent long-term Dex treatment to evaluate its effect on type I collagen in human Achilles tendons. To avoid any interference from the clinic, we further confirmed the results using mechanical, histological, and molecular analysis of rat tendons.

Methods

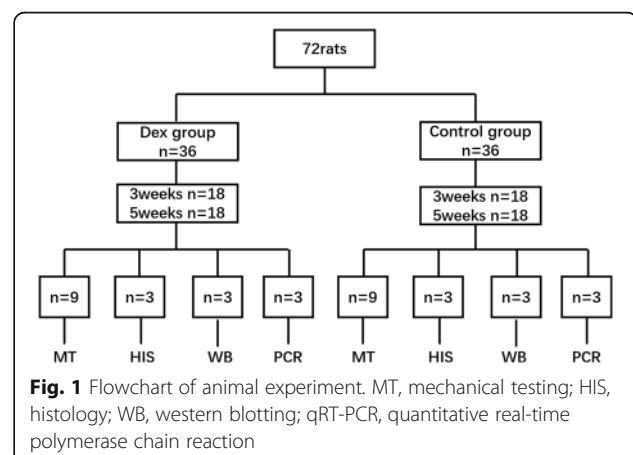
Achilles tendon samples

All experiments and study protocols, including sample acquisition and analysis, were approved by the institutional review board of the Human Research Ethics Committee of Army Military Medical University (KY201838). Human Achilles tendon specimens were obtained from patients in the Department of Orthopaedic Sports Medicine Center, Southwest Hospital, Army Military Medical University, Chongqing, China, after obtaining their written informed consent. Patients who met the inclusion and exclusion criteria were involved in this study. In general, the inclusion criteria for Dex group included patients who suffered Achilles tendon rupture and had a

history of long-term Dex treatment for RA, and the cumulative duration of Dex treatment was more than 3 months. The inclusion criteria for control group included patients who suffered Achilles tendon rupture due to acute trauma but had no treatment history of any glucocorticoids. For both groups, patients aged below 18 or above 50 years, diagnosis of Achilles tendinopathy, type 1 or 2 diabetes, hypertension and hyperlipidemia, Achilles tendon infection, smoke and alcohol addiction, previous injury or surgery on Achilles tendon, and overuse of the Achilles tendon would lead to exclusion. After ensuring they met the inclusion and exclusion criteria, six patients were included in the Dex group, and six patients were served as the control group. Patients' demographics, including age (Dex group, 37.3 ± 1.6 ; control group, 35.3 ± 2.0 ; $P = 0.451$), body mass index (Dex group, 22.8 ± 0.8 ; control group, 23.5 ± 0.9 ; $P = 0.586$), and gender (Dex group, 50%; control group, 50%), showed no significant differences between the Dex and control groups.

All samples were collected during tendon repair surgery. After removing the peritendinous tissue, 2×2 -mm sample near the edge of torn Achilles tendon was harvested from each patient in the Dex and control group. The tissue was immediately placed in formaldehyde fixation fluid to prepare it for histological staining. Another 2×2 -mm tissue sample was harvested from each patient in the control group and was placed in sterile phosphate-buffered saline (PBS) for cellular experiment.

For the animal experiment, 72 male, 8-week-old Sprague–Dawley rats, weighing approximately 200 g, were stratified by body weight and then randomized into four groups (18 animals per group, 9 for the mechanical test, 3 for western blotting, 3 for PCR, and 3 for immunostaining (Fig. 1). Owing to the poor solubility of Dex, 3% dimethyl sulfoxide (DMSO) was added [15]. The animals that were randomly selected to receive Dex and DMSO (Dex group) were treated by intraperitoneal injection



into the abdomen with 10 mg/mL/kg [16] once daily for 3 and 5 weeks. Animals in the control group were injected with saline and DMSO at the same dose. At the endpoint, animals were euthanized under inhalation anesthesia with isoflurane, and the left tendons were used for all experiments. Cells isolated from tendons of the control group were used to evaluate the impact of Dex on rat tenocytes. All animals were kept in individual cages under the same conditions of feeding and environment and without activity restriction.

Isolation and culture of tenocytes

Isolation and culture of human and rat tenocytes were performed as per our previous description [17, 18]. Briefly, after collecting the mid-portion of the Achilles tendon, the peritendinous connective tissue was carefully removed. The remaining tissue was then placed in PBS and finely diced before being digested in type I collagenase (3 mg/mL Sigma–Aldrich, St. Louis, MO, USA) for 2.5 h at 37 °C on a rocking bed set at 200 rpm. A single-cell suspension was yielded using a 70-µm cell strainer (Becton Dickinson, Franklin Lakes, NJ, USA). After washing in PBS, the released cells were centrifuged at 1500 rpm for 5 min and were then resuspended in Dulbecco's modified Eagle's medium (DMEM) (Gibco, Carlsbad, CA, USA) containing 100 U/mL penicillin, 100 mg/mL streptomycin, 10% fetal bovine serum, and 2 mmol/L L-glutamine (all from Invitrogen, Carlsbad, CA, USA). The isolated cells were plated at 37 °C in 5% CO₂ for 2 days to form colonies and were then washed twice in PBS to remove nonadherent cells. On day 7 of culture, cells were trypsinized with trypsin-EDTA solution (Sigma-Aldrich), combined together, and were seeded onto plates as passage 0 (P0) cells. All subsequent experiments were conducted using cells at P3. Tenocytes were seeded onto 6-well plates with a density of 6×10^4 cells/well and 10-cm-diameter petri dishes for qRT-PCR and protein extraction, respectively. During the culture period, DMEM used for culturing cells in the Dex+ group was supplemented with 1 µM Dex (Sigma–Aldrich) and dissolved in DMSO, and the Dex– group were cultured in DMEM supplemented with DMSO only. All media were changed every 3 days.

Tenocyte identification

Human and rat tenocyte identification was carried out based on the immunoreactivity of the cells for collagen I [19] and vimentin [20] and negative immunoreactivity for collagen III [21]. The primary cultured tenocytes were used for immunostaining. Briefly, tenocytes were cultured on coverslips in a 12-well plate at a density of $1\text{--}2 \times 10^5$ cells/ml for 24 h. The cells were then fixed in 4% formaldehyde for 30 min at room temperature. After washing, normal goat serum (5%) was added to the

coverslips and incubated for 30 min at room temperature to block non-specific binding sites. Cells were incubated with diluted primary antibody in 5% PBS Tween 20 (PBST) overnight at 4 °C. The cells were then incubated with secondary antibody (fluorescein-isothiocyanate-labeled goat anti-mouse, Santa Cruz, Dallas, USA) at room temperature in the dark with 5% BSA for 1 h. After incubating with 0.5 µg/mL DAPI (Beyotime, Shanghai, China) for 5 min, the coverslips were mounted using mounting medium. Five areas were randomly selected and observed under $\times 200$ magnification using a confocal laser scanning microscope (TCS2NT; Leica, Wetzlar, Germany).

The primary antibodies used in the human tenocytes identification were as follows: monoclonal mouse anti-human collagen I (Sigma-Aldrich, Munich, Germany), mouse anti-human collagen III (Sigma-Aldrich), and mouse anti-human vimentin (Sigma-Aldrich). The primary antibodies used in the rat tenocyte identification were as follows: rabbit anti-rat collagen I, rabbit anti-rat collagen III, and rabbit anti-rat vimentin (all from Abcam).

Immunohistochemical staining

Serial sagittal paraffin sections were prepared from the Achilles tendons as previously described [22]. Briefly, all samples (including rat and human) for histology were fixed in 4% buffered formalin. After embedding in paraffin, the tissue was cut into 4-µm sections. The sections were blocked with H₂O₂ and methanol for 15 min under dark light after deparaffinization. Sections were then incubated with pepsase and trypase for 30 min at 37 °C for antigen retrieval. After incubating with goat serum for 30 min, sections were incubated with anti-collagen type I (1:500) (Abcam) in 5% BSA in PBST overnight at 4 °C. Sections were then incubated with enzyme-conjugated secondary antibody for 2 h at room temperature. After being dehydrated and mounted, five areas obtained from each sample were randomly selected, and an OLYMPUS EX-51 light microscope (Tokyo, Japan) was used to observe samples at $\times 40$ and $\times 200$ magnification. The whole areas were evaluated by the Bonar score system [23]. The score of the intact group was defined as 12 points, and the average optimal density (AOD) of type I collagen was calculated by ImageJ.

qRT-PCR

Quantitative real-time polymerase chain reaction (qRT-PCR) was used to evaluate type I collagen mRNA levels. After extraction of RNA from the cells or tissues by TRIzol (TaKaRa, Kusatsu, Japan), and synthesizing cDNA (TaKaRa), qRT-PCR was performed using a SYBR Green RT-PCR Kit (TaKaRa) and ABI Prism 7900 Sequence Detection System (PE Applied Biosystems, Foster City, CA, USA). The expression levels were calculated relative to the expression of glyceraldehyde 3-phosphate

dehydrogenase (*GAPDH*). Primer sequences are shown in Table 1.

Protein extraction and western blotting

After tissue was cut into pieces and cells were scraped, they were homogenized in lysis buffer (50 mmol/L Tris-HCl, pH 8.0, 1 mmol/L EDTA, 1% Triton X-100, 0.5% sodium deoxycholate, 0.1% sodium dodecyl sulphate (SDS), 150 mmol/L NaCl) containing proteinase inhibitors (Thermo Fisher Scientific Inc., Rockford, IL, USA). A BCA protein assay kit (Thermo Fisher Scientific Inc., Rockford, IL, USA) was used for protein concentration measurement. Protein samples (30 µg/lane) were resolved by SDS-polyacrylamide gel electrophoresis and then transferred onto polyvinylidene difluoride membranes. The membranes were blocked with 0.1% TBS-Tween containing 5% non-fat milk for 1 h at room temperature, then incubated sequentially with primary antibody (anti-collagen I (Abcam)) and secondary antibody (goat anti-rabbit IgG (H&L)-HRP conjugated (Proteintech, 1:3000)). The results were visualized, and images were captured using a LiCoR Odyssey Imager (LI-COR Biosciences, Lincoln, NE, USA).

Mechanical testing

A high-precision caliper was used to record the length, width, and thickness of the tendon. Subsequently, the Achilles tendon, with half of the muscle, was fixed in a mechanical testing machine to determine the load to failure (N) and the elastic modulus (MPa) [24, 25]. After the gastrocnemius was frozen in liquid nitrogen [26], it was fastened to the machine (Regerl, China). Tendons were tested one by one under a constant displacement rate of 50 mm/min. Ringer's solution was used to moisten the tendon during the test. Data on load to failure (N) were obtained from the load-elongation graph. Elastic modulus (MPa) was calculated by the linear portion of the graph and was correlated with strain and cross-sectional area.

Statistical analysis

A 5% significance level and an 80% power were set based on previous studies [16]. The sample size was 10 rats per group in the mechanical test. Similar experiments in previous studies have used 7–9 animals in mechanical tests and 3–10 animals for histological outcomes. Therefore, we believe that this sample size was reasonable.

Comparisons of mechanical properties among groups were performed using independent sample *t* tests after normality testing and homogeneity testing of variance. Differences with $P < 0.05$ were considered statistically significant. All analyses were performed using SPSS version 22.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

Results

Dex downregulates type I collagen expression in human Achilles tendons

In a comparison between tissue harvested from the ruptured Achilles tendon of patients who had a history of long-term Dex use and from patients who suffered from acute trauma, we observed a distinct difference in type I collagen (Fig. 2a). The quality and density of type I collagen in Achilles tendons that ruptured by acute trauma were basically normal. Collagen was arranged regularly and was thicker than the collagen in the Dex group. The ruptured human Achilles tendon induced by Dex treatment showed collagen attenuation, with a highly irregular arrangement and a disordered and curled appearance in the whole field of vision. The histological score of tissue and AOD of type I collagen was showed in Fig. 2b and c.

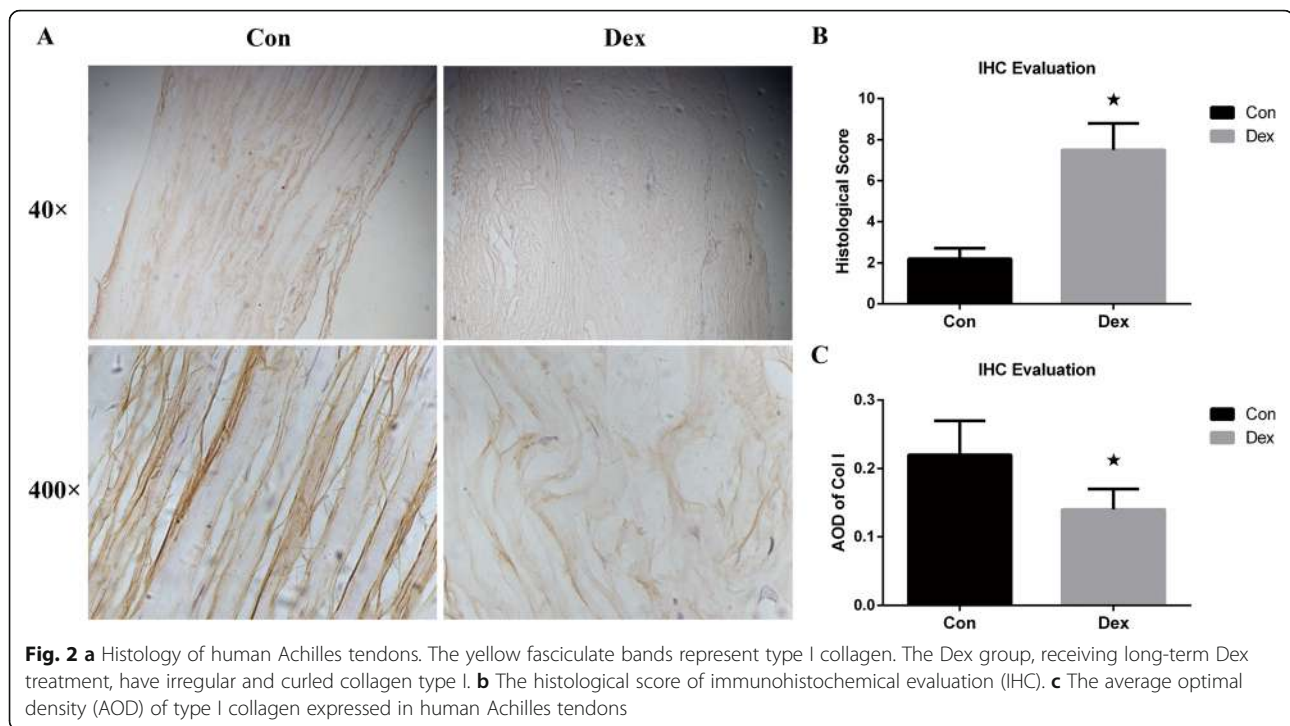
To evaluate our hypothesis regarding the role of type I collagen in tendon rupture at the cellular level, we isolated human tenocytes from tissues damaged by trauma and cultured them in DMEM with and without Dex. The human tendon cells were fusiform-shaped, as shown in Fig. 3a, and qRT-PCR analysis showed that there were no significant changes in type I collagen expression after treatment with Dex for 1 day. The expression level gradually increased in the Dex- group. However, unlike the upward trend observed in the Dex- group, the expression of type I collagen decreased gradually after 3 and 5 days and increased slightly at 7 days in the Dex treatment group. Expression levels at all time points were significantly lower than those in the Dex- group, and the gap increased over time (Fig. 3b). The western blotting results showed the same trend (Fig. 3c).

Dex downregulates type I collagen expression in rat Achilles tendons

To identify the effect of Dex on rat tendons, we observed changes in type I collagen expression at 3 and 5 weeks in Dex and control groups (Fig. 4a). The general pattern in the Dex group was the same as that for cells harvested from patients. Histological examination of tissue samples

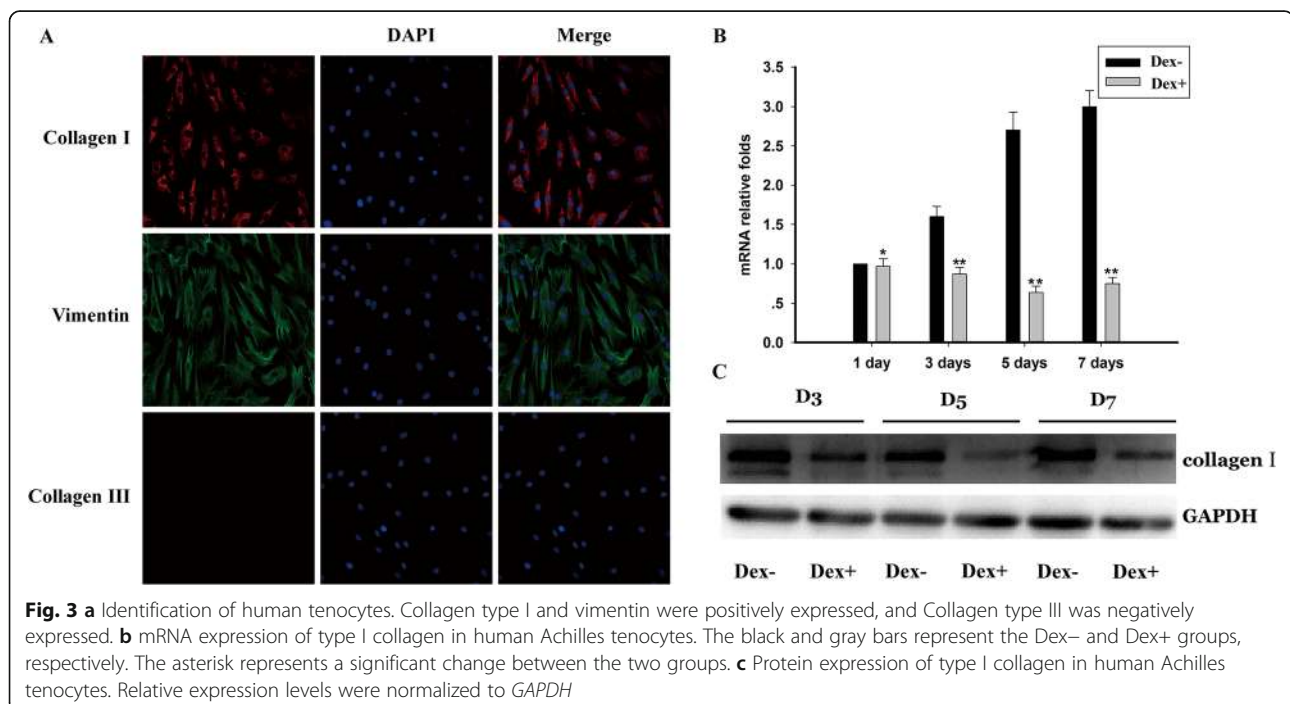
Table 1 Sequences of primers used for qRT-PCR

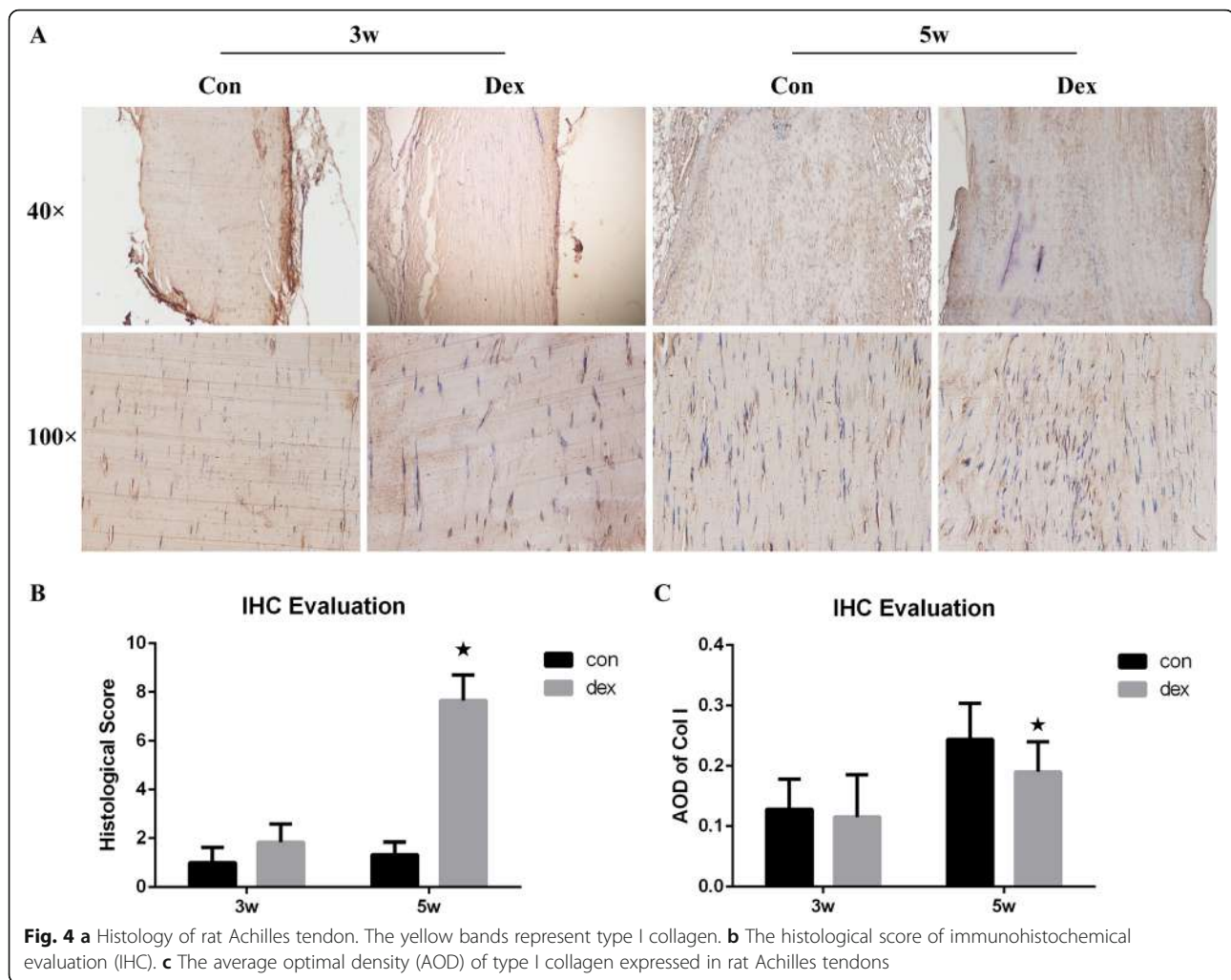
Gene	Species	Forward primer (5'→3')	Reverse primer (3'→5')
Col I	Human	TGGTGAGACGTGGAACCTG	CTTGGGTCCCTCGACTCCTA
Col I	Rats	TGGCAAAGAAGCGGCAAGG	AGGAGCACCAGCAGGACCATC
GAPDH		TGACTTCAACAGCAACTC	TGTAGCCATATTCAATTGTA



revealed that type I collagen of the Dex group was arranged irregularly and was curled and disordered compared with that of the control group. The overall collagen staining intensity in the field of view was also lower than that of the control group. The arrangement became substantially worse at 5 weeks. The histological score of tissue and AOD of type I collagen was showed in Fig. 4b and c.

Tissue samples were harvested at 3 and 5 weeks, and tenocytes were collected at day 3, day 5, and day 7 of culture. Results from qRT-PCR and western blotting are shown in Fig. 5. As the duration of Dex use increased, the expression level of type I collagen decreased, consistent with the previously described results. The identification of rat tenocytes is shown in Supplementary Figure 1.





Tendon length

The tendon length significantly changed in both Dex groups. It was substantially shorter in the Dex group than in the control group at 3 weeks (Dex group, 9.18 ± 0.41 mm; control group, 9.72 ± 0.40 mm; $P = 0.011$) and 5 weeks (Dex group, 10.71 ± 0.34 mm; control group, 11.13 ± 0.50 mm; $P = 0.050$) (Fig. 6a).

Cross-sectional area

The cross-sectional areas in the Dex group (1.95 ± 0.24 mm²) and control group (1.93 ± 0.29 mm²) were comparable at 3 weeks ($P = 0.915$). However, the areas were significantly lower in the Dex group (1.44 ± 0.22 mm²) than in the control group (2.74 ± 0.34 mm²) at 5 weeks ($P < 0.001$) (Fig. 6b).

Load to failure

There was no significant difference between the Dex group (73.29 ± 8.27 N) and control group (77.21 ± 10.23 N) at 3 weeks ($P = 0.386$). However, a significantly lower maximal load to failure was observed in the Dex group

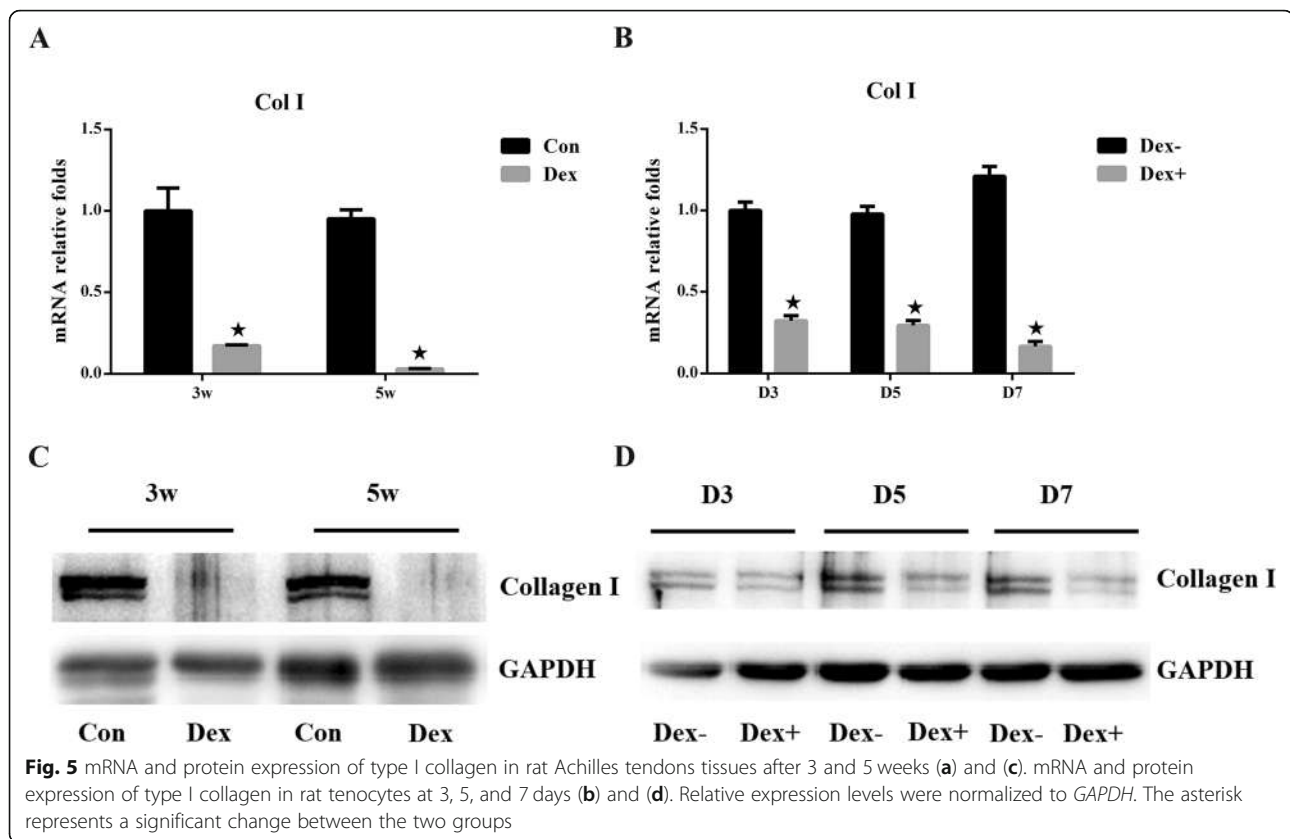
(68.87 ± 11.07 N) than in the control group (81.46 ± 7.62 N) at 5 weeks ($P = 0.013$) (Fig. 6c).

Elastic modulus

The elastic modulus of tendons from rats treated with Dex was higher than the control group at both time points, with slightly higher values at 3 weeks (Dex group, 112.04 ± 36.56 MPa; control group, 106.16 ± 34.20 MPa; $P = 0.729$), but significantly higher values for at 5 weeks (Dex group, 151.45 ± 32.22 MPa; control group, 111.01 ± 25.13 MPa; $P = 0.010$). The elastic modulus was significantly higher at 5 weeks than at 3 weeks in the Dex group ($P = 0.027$) (Fig. 6d).

Discussion

In this study, we observed that samples from patients receiving long-term treatment of Dex showed downregulation and irregular arrangement of type I collagen. Experiments on human tenocytes showed significant decreases in type I collagen expression when cells were cultured in media containing Dex. In addition, in order

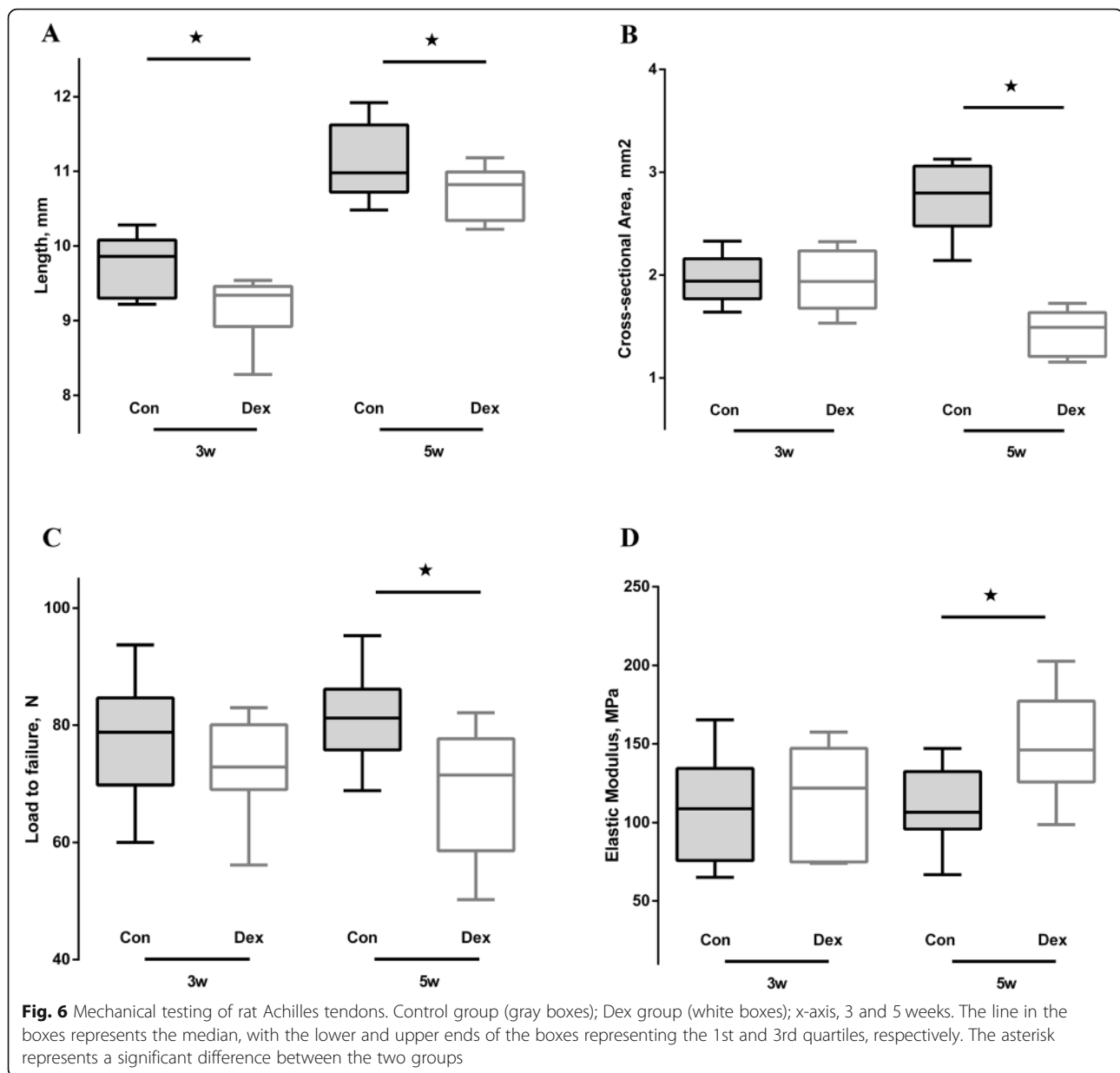


to exclude interference from the clinic, we explored this hypothesis in rats on the cellular and tissue level. The results showed that Dex had a significant influence on the expression of type I collagen, both after 3 weeks and 5 weeks, but had a minimal effect on histology after 3 weeks. From the above findings, we concluded that long-term treatment with Dex downregulated type I collagen expression.

According to the results of the mechanical testing, the load to failure and elastic modulus of rat Achilles tendons were altered by Dex treatment. In addition, the length and cross-sectional area of the tendons were reduced by Dex treatment. However, aside from the tendon length, other parameters were not significantly changed after 3 weeks of Dex treatment in rats, indicating that the short-term use of Dex has little effect on tendon mechanical properties. By contrast, after 5 weeks of Dex treatment, all measured parameters changed significantly. The mean values for length, cross-sectional area, and load to failure decreased, and the elastic modulus increased. The difference in tendon length and cross-sectional area may be explained by the effect of Dex on type I collagen expression. According to the results of qRT-PCR and western blot, Dex treatment downregulated collagen type I on both the RNA and protein level. This likely contributed to the abnormal synthesis of

collagen type I, leading to narrower and shorter Achilles tendons. Moreover, the mechanical properties of tendons are related to the fibril diameter, and the size of collagen fibrils determines functional differences. Fibrils with larger diameters exhibit an increased density of intramolecular cross-links, and those with smaller diameters are more elastic and resistant to creep [27]. Silver et al. reported that the elastic modulus and ultimate tensile strength are more dependent on fibril length than on diameter [28]. Additionally, type III collagen is more flexible than type I collagen [29]. Taguchi et al. reported that systemic administration of GC lead to smaller collagen fibers [16]. Considering Taguchi's findings, the histological and mechanical changes noted in our study may be explained by the change of type I collagen. Long-term treatment with Dex resulted in irregular arrangement of type I collagen and a reduction in content, leading to a substantial effect on the load to failure and elastic modulus. With an increased elastic modulus and decreased maximal load to failure, the Achilles tendon had an increased risk of rupture.

Similar studies on the influence of corticosteroid injections on tendon mechanical properties have yielded different outcomes. Some studies have shown no significant change after local injection [30, 31], while others have reported the opposite. Haraldsson et al.



proved that corticosteroid injection reduces the tensile strength of isolated collagen fascicles [32]. Mikolyzk et al. used a rat model and found that a single corticosteroid dose has significant short-term effects on the biomechanical properties of both injured and uninjured rotator cuff tendons [33]. In our study, significant changes in the molecular, histological, and mechanical characteristics of Achilles tendon tissue were identified after 5 weeks of Dex treatment, while only slight changes in some mechanical parameters and histological findings were observed by 3 weeks. This suggests that Dex probably had an impact on type I collagen since the treatment began; however, the impact was not sufficient to significantly alter the phenotype. As the treatment

duration increased, significant histological and mechanical changes were identified, which will have increased the risk of Achilles tendon rupture.

These results suggest that type I collagen in the Achilles tendon can be decreased by Dex, but the underlying mechanism is not yet fully elucidated. Previous research provides some insight. Tomoyuki observed an increased expression of matrix metalloproteinase (MMP)-3 in response to corticosteroids [34]. MMP-3 is a potent proteoglycan-degrading enzyme that plays a vital role in the degeneration of collagen and other structural components [35]. MMP-3 expression levels are unchanged in the synovial tissues of osteoarthritic joints after the intra-articular administration of steroids, indicating its

unique characteristic in tendons [36]. Other latent MMPs can degrade the extracellular matrix indirectly. In human supraspinatus tendon cells, migration is inhibited, and the levels of MMP2, MMP8, MMP9, and MMP13 are reduced, while tissue inhibitor of metalloproteinases 1, which is an MMP inhibitor, is upregulated [14]. In addition to MMPs, scleraxis is a probable gene involved in the alteration of type I collagen [37]. Therefore, a complex regulatory mechanism may determine the ultimate changes. Further research should focus on determining the detailed mechanism.

Some patients receive GC to treat the pain associated with Achilles tendinopathy. Recent research has shown that chronic inflammation is a feature of Achilles tendinopathy [38, 39]. Some doctors insist on using Dex to alleviate symptoms, as GCs inhibit the progression of inflammation. Although the specific pathophysiological mechanisms underlying tendinopathy remain unknown, four main drug classes have been implicated in its exacerbation, including long-term GCs. The main targets of GC toxicity are the lower limb tendons, including the Achilles tendon [40]. Considering the histological changes resulting from tendinopathy, including significant fiber disorientation [41], it is possible that GCs accelerate the progress of tendinopathy by leading to the decrease in type I collagen. Moreover, inflammation plays a vital role in tendon healing, but excessive or persistence inflammation can be deleterious [42]. As GC can inhibit angiogenesis, worsen the inflammation of microvessel, and trigger coagulation [43], it may impair collagen synthesis and tendon healing due to micro damage.

However, our study has a few limitations. Firstly, we obtained samples from patients who suffered from RA. The disease, as well as other factors, may cause structural damage to tendons, but the underlying mechanisms are not clear [44]. We performed an animal experiment to exclude these effects. However, we cannot conclusively exclude the effects of the disease. Secondly, the in vitro model of cultured human tendon cells only shows the short-term effect but not the long-term effect of Dex treatment. The difference in species and dose may also influence the findings. Although we used DMSO to help dissolve Dex to form a solution, the precipitation of Dex may still have occurred during in vivo and in vitro experiments, potentially affecting the conclusions regarding clinical applications. Moreover, the mechanism by which GC decreases type I collagen in the Achilles tendon remains to be fully elucidated.

Conclusion

In conclusion, Dex downregulates type I collagen expression in Achilles tendons, resulting in tendon

dysfunction and an increased risk of rupture. Dex, whether administered orally or by injection, requires an evaluation of the balance between the temporary positive responses and potential long-term side effects. Further research is needed to determine the precise mechanisms underlying the observed effects.

Supplementary information

Supplementary information accompanies this paper at <https://doi.org/10.1186/s13018-020-01602-z>.

Additional file 1: Figure S1. The identification of rat tenocytes. Collagen type I and vimentin were positively expressed, and Collagen type III was negatively expressed.

Abbreviations

AOD: Average optical density; Dex: Dexamethasone; DMEM: Dulbecco's modified Eagle's medium; DMSO: Dimethyl sulfoxide; GC: Glucocorticoids; MMP: Matrix metalloproteinase; RA: Rheumatoid arthritis

Acknowledgements

Not applicable.

Authors' contributions

GZL and TH contributed to research design, development of animal models, and analysis and drafting of the manuscript. WYJ contributed to the development of animal models. YCS, TX, and ZBH contributed in sample collection and revising the manuscript. CW and TKL contributed in research design and revising the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Funding

This Project was supported by the National Science Foundation for Young Scientists of China (Grant No.81601943).

Availability of data and materials

Not applicable.

Ethics approval and consent to participate

This study was performed at southwest hospital and was approved by the institutional review board of the Human Research Ethics Committee of Army Military Medical University (KY201838).

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Received: 19 October 2019 Accepted: 17 February 2020

Published online: 24 February 2020

References

- Glyn J. The discovery and early use of cortisone. *J R Soc Med*. 1998;91(10): 513–7.
- Alfredson H, Lorentzon R. Chronic Achilles tendinosis: recommendations for treatment and prevention. *Sports Med*. 2000;29(2):135–46.
- Metcalfe DJ, Costa ML. Glucocorticoid injections in lesions of the Achilles tendon. *Foot Ankle Int*. 2009;30(7):661–5.
- Coombs BK, Bisset L, Brooks P, Khan A, Vicenzino B. Effect of corticosteroid injection, physiotherapy, or both on clinical outcomes in patients with unilateral lateral epicondylalgia: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2013; 309(5):461–9.
- van der Linden PD, Sturkenboom MC, Herings RM, Leufkens HM, Rowlands S, Stricker BH. Increased risk of Achilles tendon rupture with quinolone antibacterial use, especially in elderly patients taking oral corticosteroids. *Arch Intern Med*. 2003;163(15):1801–7.

6. Spoendlin J, Meier C, Jick SS, Meier CR. Oral and inhaled glucocorticoid use and risk of Achilles or biceps tendon rupture: a population-based case-control study. *Ann Med*. 2015;47(6):492–8.
7. Hersh BL, Heath NS. Achilles tendon rupture as a result of oral steroid therapy. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2002;92(6):355–8.
8. Rao SK, Navadgi BC, Vasdev A. Bilateral spontaneous rupture of Achilles tendons: a case report. *J Orthop Surg (Hong Kong)*. 2005;13(2):178–80.
9. Baruah DR. Bilateral spontaneous rupture of the Achilles tendons in a patient on long-term systemic steroid therapy. *Br J Sports Med*. 1984;18(2):128–9.
10. Saito M, Marumo K. Collagen cross-links as a determinant of bone quality: a possible explanation for bone fragility in aging, osteoporosis, and diabetes mellitus. *Osteoporos Int*. 2010;21(2):195–214.
11. Bernard-Beaubois K, Hecquet C, Houcine O, Hayem G, Adolphe M. Culture and characterization of juvenile rabbit tenocytes. *Cell Biol Toxicol*. 1997;13(2):103–13.
12. Kannus P, Józsa L, A. N. Effects of training, immobilization and remobilization on tendons. *Scand J Med Sci Sports* 2010;7(2):67–71.
13. Wei AS, Callaci JJ, Juknelis D, Marra G, Tonino P, Freedman KB, et al. The effect of corticosteroid on collagen expression in injured rotator cuff tendon. *J Bone Joint Surg Am*. 2006;88(6):1331–8.
14. Tempfer H, Gehwolf R, Lehner C, Wagner A, Mtsariashvili M, Bauer HC, et al. Effects of crystalline glucocorticoid triamcinolone acetonide on cultured human supraspinatus tendon cells. *Acta Orthop*. 2009;80(3):357–62.
15. Mitchell A, Rivas KA, Smith R 3rd, Watts AE. Cryopreservation of equine mesenchymal stem cells in 95% autologous serum and 5% DMSO does not alter post-thaw growth or morphology in vitro compared to fetal bovine serum or allogeneic serum at 20 or 95% and DMSO at 10 or 5. *Stem Cell Res Ther*. 2015;6:231.
16. Taguchi T, Kubota M, Saito M, Hattori H, Kimura T, Marumo K. Quantitative and qualitative change of collagen of Achilles tendons in rats with systemic administration of glucocorticoids. *Foot Ankle Int*. 2016;37(3):327–33.
17. Chen W, Deng Y, Zhang J, Tang K. Uniaxial repetitive mechanical overloading induces influx of extracellular calcium and cytoskeleton disruption in human tenocytes. *Cell Tissue Res*. 2015;359(2):577–87.
18. Liu J, Chen L, Tao X, Tang K. Phosphoinositide 3-kinase/Akt signaling is essential for prostaglandin E2-induced osteogenic differentiation of rat tendon stem cells. *Biochem Biophys Res Commun*. 2013;435(4):514–9.
19. Schulze-Tanzil G, Mobasheri A, Clegg PD, Sendzik J, John T, Shakibaei M. Cultivation of human tenocytes in high-density culture. *Histochem Cell Biol*. 2004;122(3):219–28.
20. Bjur D, Danielson P, Alfredson H, Forsgren S. Presence of a non-neuronal cholinergic system and occurrence of up- and down-regulation in expression of M2 muscarinic acetylcholine receptors: new aspects of importance regarding Achilles tendon tendinosis (tendinopathy). *Cell Tissue Res*. 2008;331(2):385–400.
21. Pauly S, Klatte F, Strobel C, Schmidmaier G, Greiner S, Scheibel M, et al. Characterization of tendon cell cultures of the human rotator cuff. *Eur Cells Materials*. 2010;20(7):84.
22. Docheva D, Muller SA, Majewski M, Evans CH. Biologics for tendon repair. *Adv Drug Deliv Rev*. 2015;84:222–39.
23. Maffulli N, Longo UG, Franceschi F, Rabitti C, Denaro V. Movin and Bonar scores assess the same characteristics of tendon histology. *Clin Orthop Relat Res*. 2008;466(7):1605–11.
24. Muller SA, Durselen L, Heisterbach P, Evans C, Majewski M. Effect of a simple collagen type I sponge for Achilles tendon repair in a rat model. *Am J Sports Med*. 2016;44(8):1998–2004.
25. Muller SA, Quirk NP, Muller-Lebschi JA, Heisterbach PE, Durselen L, Majewski M, et al. Response of the injured tendon to growth factors in the presence or absence of the paratenon. *Am J Sports Med*. 2019;47(2):462–7.
26. Wieloch P, Buchmann G, Roth W, Rickert M. A cryo-jaw designed for in vitro tensile testing of the healing Achilles tendons in rats. *J Biomech*. 2004;37(11):1719–22.
27. Ottani V, Raspanti M, Ruggeri A. Collagen structure and functional implications. *Micron*. 2001;32(3):251–60.
28. Silver FH, Christiansen DL, Snowhill PB, Chen Y. Role of storage on changes in the mechanical properties of tendon and self-assembled collagen fibers. *Connect Tissue Res*. 2000;41(2):155–64.
29. Silver FH, Horvath I, Foran DJ. Mechanical implications of the domain structure of fiber-forming collagens: comparison of the molecular and fibrillar flexibilities of the α 1-chains found in types I–III collagen. *J Theor Biol*. 2002;216(2):243–54.
30. Wiggins ME, Fadale PD, Ehrlich MG, Walsh WR. Effects of local injection of corticosteroids on the healing of ligaments. a follow-up report. *J Bone Joint Surg Am*. 1995;77(11):1682–91.
31. Hugate R, Pennypacker J, Saunders M, Juliano P. The effects of intratendinous and retrocalcaneal intrabursal injections of corticosteroid on the biomechanical properties of rabbit Achilles tendons. *J Bone Joint Surg Am*. 2004;86(4):794–801.
32. Bjarki Thor H, Henning L, Per A, Anne-Marie Z, Benno VE, Jeroen D, et al. Corticosteroids reduce the tensile strength of isolated collagen fascicles. *Am J Sports Med*. 2006;34(12):1992.
33. Mikolyzk DK, Wei AS, Tonino P, Marra G, Williams DA, Himes RD, et al. Effect of corticosteroids on the biomechanical strength of rat rotator cuff tendon. *J Bone Joint Surg Am*. 2009;91(5):1172–80.
34. Muto T, Kokubu T, Mifune Y, Inui A, Harada Y, Yoshifumi, et al. Temporary inductions of matrix metalloproteinase-3 (MMP-3) expression and cell apoptosis are associated with tendon degeneration or rupture after corticosteroid injection. *J Orthop Res*. 2014;32(10):1297–304.
35. Matrisian LM, Hogan BL. Growth factor-regulated proteases and extracellular matrix remodeling during mammalian development. *Curr Top Dev Biol*. 1990;24:219–59.
36. Young L, Katrib A, Cuello C, Vollmer-Conna U, Bertouch JV, Roberts-Thomson PJ, et al. Effects of intraarticular glucocorticoids on macrophage infiltration and mediators of joint damage in osteoarthritis synovial membranes: findings in a double-blind, placebo-controlled study. *Arthritis Rheum*. 2001;44(2):343–50.
37. Chen W, Tang H, Zhou M, Hu C, Zhang J, Tang K. Dexamethasone inhibits the differentiation of rat tendon stem cells into tenocytes by targeting the scleraxis gene. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2015;152:16–24.
38. Dakin S, Newton J, Martinez F, Hedley R, Gwilym S, Jones N, et al. Chronic inflammation is a feature of Achilles tendinopathy and rupture. *Br J Sports Med*. 2018;52(6):359–67.
39. Millar NL, Murrell GA, McInnes IB. Inflammatory mechanisms in tendinopathy - towards translation. *Nat Rev Rheumatol*. 2017;13(2):110–22.
40. Kirchgessner T, Larbi A, Omoumi P, Malgheem J, Zamali N, Manelfe J, et al. Drug-induced tendinopathy: from physiology to clinical applications. *Joint Bone Spine*. 2014;81(6):485–92.
41. Cipollaro L, Sahemey R, Oliva F, Maffulli N. Immunohistochemical features of rotator cuff tendinopathy. *Br Med Bull*. 2019;130(1):105–23.
42. Thomopoulos S, Parks WC, Rifkin DB, Derwin KA. Mechanisms of tendon injury and repair. *J Orthop Res*. 2015;33(6):832–9.
43. Coutinho AE, Chapman KE. The anti-inflammatory and immunosuppressive effects of glucocorticoids, recent developments and mechanistic insights. *Mol Cell Endocrinol*. 2011;335(1):2–13.
44. Janta I, Stanciu D, Hinojosa M, Nieto-González JC, Valor L, Bello N, et al. Structural damage in rheumatoid arthritis: comparison between tendon damage evaluated by ultrasound and radiographic damage. *Rheumatology (Oxford)*. 2016;55(6):1042–6.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



REVISIÓN SISTEMÁTICA

EFECTIVIDAD DE DISTINTAS TERAPIAS FÍSICAS EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA FASCITIS PLANTAR. REVISION SISTEMATICA

Ana María Díaz López y Patricia Guzmán Carrasco.

Servicio de Rehabilitación. Hospital General Ntra. Sra. del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.

No existen conflictos de interés

RESUMEN

Fundamentos: La fascitis plantar es la afección más frecuente de dolor no traumático en el tobillo-pie. Se presenta más en mujeres entre los 40- 70 años con comienzo progresivo y difuso en planta del pie o tobillo que poco a poco se agudiza impidiendo la marcha. El objetivo de este trabajo es determinar si las distintas terapias físicas utilizadas en el tratamiento conservador de la fascitis plantar de al menos un mes de evolución son efectivas individualmente y/o combinadas entre sí.

Métodos: Revisión sistemática en las bases de datos The Cochrane Library Plus, Medline, Lilacs, IBECs, IME, PEDro y Enfispo sin restricción de fecha, en español e inglés. Se incluyeron ensayos clínicos controlados aleatoriamente con personas adultas diagnosticadas de fascitis plantar, estudios de intervención, prospectivos y revisiones sistemáticas. La evaluación de la elegibilidad de los estudios fue desarrollada por dos revisores de manera independiente, estandarizada y no cegada. Para clasificarlos, se utilizó la escala crítica PEDro, formulario de calidad metodológica y una revisión crítica de cada resumen y si esto no fue concluyente evaluación del texto completo.

Resultados: Se revisó un total de 32 artículos a texto completo. Las técnicas más empleadas fueron los estiramientos y las ondas de choque, aunque los mejores resultados se obtuvieron combinando varias técnicas. Las ondas de choque fueron efectivas cuando otras técnicas fracasaron.

Conclusiones: Las terapias físicas empleadas en los distintos estudios han demostrado ser eficaces aunque en distinta medida ya sea para disminuir el dolor o aliviar los síntomas de la fascitis plantar.

Palabras clave: Fascitis plantar. Dolor. Terapéutica. Fisioterapia. Revisión sistemática.

Correspondencia
Ana María Díaz López.
Servicio de Rehabilitación.
Departamento de Fisioterapia.
Hospital General Ntra. Sra. Del Prado.
45600 Talavera de la Reina. TOLEDO.
adiazl@sescam.jccm.es

ABSTRACT

Effectiveness of Different Physical Therapy in Conservative Treatment of Plantar Fasciitis. Systematic Review

Background: Plantar fasciitis is the most common disease of non-traumatic pain in the ankle-foot. It is more common in women aged 40 - 70 years and diffuse progressive start the foot or ankle that gradually worsens preventing progress. The aim of this work is to determine whether different physical therapies used in the conservative treatment of plantar fasciitis of at least one month duration in adults are effective individually and / or in combination.

Methods: A systematic review databases in The Cochrane Library, Medline, Lilacs, IBECs, IME, PEDro and ENFISPO no date restriction, in Spanish and English languages. Randomized controlled trials were included of adult patients diagnosed with plantar fasciitis, intervention studies, prospective and systematic reviews. Assessment of study eligibility was developed by two reviewers independently and unblinded standardized. To classify, we used the PEDro scale critical, form of methodological quality plus a critical review of each summary and if this was not conclusive assessment of the full text.

Results: 32 full-text articles were reviewed. Most used techniques are the stretches and shock waves, although the best results are obtained by combining several techniques. Shock waves are effective when other techniques have failed.

Conclusion: Physical therapies used in the various studies have proven effective to varying degrees either to reduce pain or relieve the symptoms of plantar fasciitis.

Keyword: Systematic review. Plantar fasciitis. Pain. Therapeutics. Physical Therapy Modalities.

INTRODUCCIÓN

La fascitis plantar (FP) o talalgia plantar, se caracteriza por un dolor localizado en la zona antero-interna del calcáneo que puede irradiarse hacia el borde interno del pie¹. Es la causa más habitual de dolor en esa zona del cuerpo en las personas adultas^{2,3}. La fascia plantar es una aponeurosis fibrosa que proporciona un apoyo fundamental al arco longitudinal del pie⁴. La palabra "fascitis" sugiere la inflamación de la fascia plantar pero investigaciones recientes indican que no siempre la hay. La presencia de microrroturas en la fascia derivadas de traumatismos de repetición, producen la degeneración progresiva del colágeno ocasionando tendinosis, degeneración de la fascia y necrosis⁴.

En cuanto a su prevalencia se estima que aproximadamente el 10% de las personas sufre esta patología a lo largo de su vida^{5,6}. Es un trastorno auto-limitado, pues en el 80-90% de los casos los síntomas desaparecen dentro de los 10 meses posteriores. Sin embargo, este intervalo de tiempo resulta frustrante tanto para el paciente como para el especialista⁷.

Los síntomas son el dolor, más intenso al comenzar a deambular por la mañana o después de un período de inactividad física, que aumenta con la bipedestación prolongada o con actividades que requieren cargar pesos. No son frecuentes las parestesias ni el dolor nocturno⁸. La sensación dolorosa a veces aparece mediante la dorsi-flexión pasiva forzada del antepie o mediante la posición de puntillas.

Entre los factores predisponentes a sufrir esta patología se pueden distinguir tanto causas intrínsecas (pie cavo o plano, pronación excesiva del pie, deficiencias musculares o pérdida de elasticidad de la musculatura flexora plantar) y causas extrínsecas (calzado inadecuado, sobrecargas posturales y funcionales o marchas prolongadas por terrenos irregulares)⁴.

El diagnóstico principal se realiza a través de la clínica con la anamnesis y la exploración física adecuadas. Entre las pruebas complementarias, el estudio radiológico del pie en carga (que puede ser normal o mostrar la presencia de espolón calcáneo que a veces aparece en personas sin antecedentes de dolor en el talón), el estudio ecográfico (para mostrar las características histo-patológicas de la fascia) y el estudio biomecánico (para valorar la respuesta funcional a la deambulación)⁴.

El tratamiento de primera elección del dolor plantar es el conservador^{9,10} destacando los tratamientos ortopedológicos^{9,11-15}, fisioterápicos como vendajes¹⁶⁻¹⁹, estiramientos^{5,9,11,15,17,20-23}, ultrasonidos^{5,12,13,21,22,24,25}, ondas de choque^{21,23,26-32}, iontoforesis^{12,17,22}, láser³³ y magnetoterapia²⁵ entre otras^{9-13,20}, así como la acupuntura^{15,20,34}. A menudo se combina con fármacos antiinflamatorios e infiltraciones. No se suele realizar tratamiento quirúrgico, ya que no siempre da buenos resultados y tiene una recurrencia del 30% de los casos^{35,36}.

En la actualidad pocos estudios han evaluado la efectividad de las terapias físicas en el tratamiento conservador de la fascitis plantar. Existen muy pocas guías de práctica clínica^{42,43} sobre el tema y las investigaciones existentes resultan escasas⁴⁴.

El objetivo de esta investigación es determinar si las distintas terapias físicas utilizadas en el tratamiento conservador de la fascitis plantar de al menos un mes de evolución en adultos son efectivas individualmente y/o combinadas entre sí.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Se realizó una revisión sistemática de estudios científicos que abordaran el tratamiento de la fascitis plantar mediante agentes físicos.

Estrategia de búsqueda: Se realizó una búsqueda en las bases de datos The Cochrane Library Plus, Medline, donde se utiliza-

ron los descriptores Mesh: *plantar fasciitis*, *physical therapy specialty* y *treatment* y las bases Lilacs IBECS, IME, PEDro y Enfispo, empleando como estrategia de búsqueda los descriptores DeCS: fascitis plantar, terapia, dolor y fisioterapia. Sin restricción en la fecha de los artículos, se realizó la última búsqueda en junio de 2013. Para la búsqueda de estudios originales en la base de datos Medline, por ejemplo, se usaron las siguientes ecuaciones de búsqueda: “plantar fasciitis” [Mesh] AND “physical therapy specialty” [Mesh], treatment AND “plantar fasciitis” [Mesh].

No se limitó por año de publicación. Se analizaron además las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados con el fin de incluir otros estudios potencialmente válidos para la revisión.

Criterios de inclusión y exclusión. Se decidió que los estudios incluidos fueran ensayos clínicos controlados aleatoriamente, con un tamaño muestral superior a 20 sujetos. También se incluyeron revisiones sistemáticas que investigaran la efectividad de las distintas técnicas conservadoras para el tratamiento de la fascitis plantar, ya fuera de forma individual o combinadas entre sí. La evaluación de la elegibilidad de los estudios fue realizada por dos revisores de manera independiente, estandarizada y no cegada. Para clasificar los ensayos clínicos se utilizó la escala de lectura crítica PEDro además de una revisión crítica de cada resumen y evaluación del texto completo en el caso de los trabajos cuyo resumen no fuera concluyente. En caso de existir desacuerdo entre los revisores se resolvió mediante consenso.

La escala PEDro consta de 11 ítems (el primero no se ha tenido en cuenta) que evalúan la calidad metodológica de los ensayos clínicos aleatorios y controlados dando prioridad a dos puntos: la validez interna y la inclusión de datos estadísticos que faciliten la interpretación de resultados. Moseley et

al³⁷. Indican que los estudios con una puntuación igual o mayor a 5 son calificados como de alta calidad metodológica y bajo riesgo de sesgo. Por esta razón se decidió que todos los ensayos clínicos tuvieran una puntuación de al menos 5 puntos para ser incluidos en esta revisión.

Para la elección de estudios de intervención y prospectivos se postuló por parte de los evaluadores un total de 7 criterios de calidad metodológica (**anexo 1**), decidiéndose como puntuación de elegibilidad un mínimo de 4.

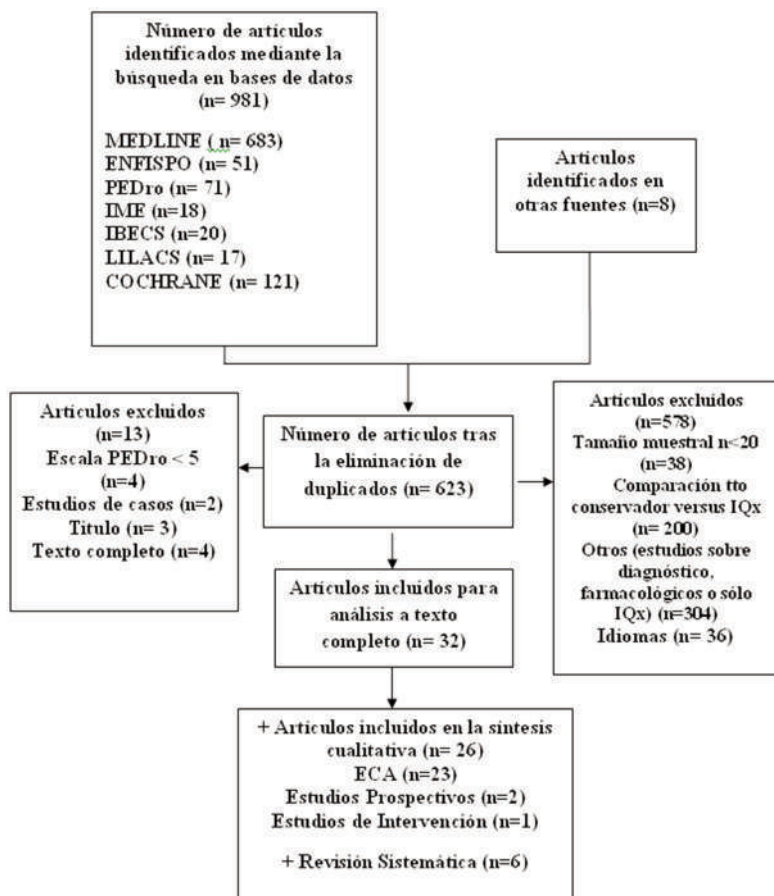
Los criterios de inclusión de los pacientes fueron: ser mayores de 18 años y con un diagnóstico de fascitis plantar de al menos un mes. Como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta que los sujetos no sufrieran enfermedades reumáticas o inflamatorias, osteomielitis, infecciones agudas o crónicas a nivel del pie, insuficiencia neurológica o vascular, síndrome del tarso, problemas de coagulación. En el caso de las mujeres también se excluyó a las embarazadas.

Los tratamientos incluidos en la revisión fueron las terapias físicas manuales, estiramientos, distintas modalidades de electroterapia, ultrasonidos, iontoforesis, uso de material ortopodológico, vendajes, laser, magnetoterapia y acupuntura, utilizados de forma aislada o combinados entre sí. Se excluyeron los tratamientos farmacológicos exclusivos y los quirúrgicos. También se excluyeron los estudios que comparaban tratamientos conservadores con tratamientos quirúrgico y los que no estuvieran publicados en inglés o en español.

Además se tuvieron en cuenta los resultados de las revisiones anteriormente publicadas.

Extracción de datos: Dos investigadores identificaron de forma individual los estudios potencialmente elegibles por cumplir los criterios de inclusión. Para la recogida

Figura 1
Diagrama de flujo para la selección de artículos



de datos relevantes para el estudio se diseñó *ad hoc* por los propios investigadores una plantilla que facilitara la evaluación. En caso de desacuerdo esta se resolvió mediante consenso.

RESULTADOS

Se analizaron 26 artículos, 1 estudio de intervención (n=84), 2 estudios prospectivos (n=91) y 23 ensayos clínicos controlados (n=1.683). Además se consultaron 6 revisiones sistematicas^{7,8,37,39-41} (figura 1)

En los 23 ensayos clínicos revisados, la media obtenida en la escala PEDro fue de 7,17 puntos. 3 ensayos^{29,31,32} obtuvieron la puntuación más alta (9), mientras que 4 ensayos^{11,16,21,25} alcanzaron la puntuación mínima para ser incluidos (5). (tabla 1). Los dos estudios prospectivos revisados^{12,19} obtuvieron una puntuación de 5 mientras que el estudio de intervención²⁶ alcanzó una puntuación de 6 (anexo 1) según los criterios metodológicos de calidad utilizados para evaluar estudios de intervención y prospectivos.

Tabla 1
Resultados según la escala PEDro

ENSAYOS CLINICOS	Criterio de selección	Asignación aleatoria	Asignación oculta	Grupos homogéneos	Pacientes ciegos	Terapeuta ciego	Evaluadores ciegos	Seguimiento al menos 85%	Datos analizados	Estadística de al menos 1 dato comparado	Medidas puntuables al menos de 1 resultado	Total
Albornoz J ¹⁴	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	6/10
Greve A ²¹	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	5/10
Zanon R ⁵	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	8/10
Babak V ²⁷	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	7/10
Tsai CT ¹⁶ .	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	5/10
Cleland J ²²	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	7/10
Lohrer H ²⁸	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	8/10
Crawford F ²⁴	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	8/10
Kummerddee W ¹⁵	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	6/10
Karagounis P ²⁰	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	8/10
Gerald T ¹³	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	6/10
Gerdesmeyer L ²⁹	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9/10
Haake M ³⁰	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	8/10
Ibrahim M ³¹	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9/10
Kiritisi O ³³	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	7/10
Kudo P ³²	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9/10
Osborne H ¹⁷	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	8/10
Radford J ¹⁸	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9/10
Rompe J ²³	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	6/10
Stratton M ¹¹	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	5/10
Di Giovanni B ^{F9}	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8/10
Zhang SP ³⁴	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	8/10
Telleria T ²⁵	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	5/10

Características de la población: El número total de sujetos estudiados fue de 1.858. Respecto a las variables de los sujetos, en algunos estudios se recoge el tiempo de evolución de la FP, incluyéndose sujetos con diagnóstico de fascitis plantar de cuatro semanas^{14,18}, tres meses^{21,27,34} y seis meses de evolución^{5,26,29,31}. Otra variable de la población que se estudió fue el método diagnóstico de la FP, que en su gran mayoría se basó en la anamnesis y exploración física y radiografía^{12,14,17,18,21-23,29,31,32,34}, sólo unos pocos utilizaron la ecografía^{17,20,21,26}, la gammagrafía o la resonancia magnética^{20,23}.

Análisis de los datos: La principal medida de resultado evaluada fue el dolor, sobre todo el matutino, para lo que se emplearon medidas validadas como la Escala Visual Analógica (EVA)^{11,13,15,17,18,21,24-26,29,31-34} y escalas de puntuación numérica²⁷. Otros resultados secundarios midieron la funcionalidad del paciente y su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Algunas de las medidas de resultado secundarias utilizadas fueron: escala *Activities of daily living/Foot and Ankle Ability Measure* (ADL/FAAM)^{11,12}, cuestionario Índice funcional del pie (FFI)^{9,15,16,23,28}, escala *American Orthopaedic Foot and Ankle Society* (AOFAS)^{15,32}, escala de Roles and Maudsley²⁹⁻³¹, cuestionario de dolor de McGill Melnick¹⁶ e incluso uso de algómetro y medición cuantitativa del grosor de la fascia mediante ecografía.

En la **tabla 2** se muestran las características de cada uno de los 26 estudios incluidos en esta revisión clasificados con el nombre del primer autor, año de publicación, tamaño muestral, tipo de estudio, técnica empleada, tratamiento realizado y resumen de los resultados obtenidos, con las escalas de valoración empleadas y los datos estadísticos.

En cuanto al idioma, 22 (84,62%) estaban publicados en lengua inglesa y 4 (15,38%) en castellano.

Agrupando los estudios según las técnicas empleadas, tanto los estiramientos y las terapias manuales como el empleo de ondas de choque OC radiales (OCR) o focales (OCF) fueron los más frecuentes (39,13%). Respecto al nivel de mejoría, las OCR tuvieron una eficacia significativa en 4^{21,26,29,31} de los 5 ensayos clínicos en los que se utilizaron, mientras que la efectividad de las OCF no fue concluyente combinadas con otros tratamientos^{30,32}, sin embargo cuando se comparó su efectividad al ser empleadas exclusivamente ofrecieron los mejores resultados²⁸.

Los estiramientos y terapias manuales resultaron eficaces en 4 de los 9 ensayos realizados^{21-23,49}, siendo más significativo en cuanto mejoría el estiramiento de la fascia plantar respecto al estiramiento del tendón de Aquiles^{9,38}.

La siguiente técnica más utilizada fueron los ultrasonidos (30,43%) con los que se obtuvieron buenos resultados en dos ensayos clínicos^{12,13}. En tres estudios no fueron efectivos^{5,22,24} y en los otros dos estudios la mejoría fue similar cuando se compararon con el uso de OC²¹ y con magnetoterapia²⁵.

Tanto el uso de materiales ortopodológicos (26,08%) como la aplicación de vendajes, en particular la técnica de lowdye (17,39%) fueron más eficaces cuando se combinaron con otras técnicas.

En cuanto al uso de Iontoforesis (13,04%), el empleo de ácido acético¹⁷ parece revelarse como el más efectivo en la disminución del dolor matutino, encontrándose en otros estudios buenos resultados¹² pero en desventaja frente a otras técnicas²².

Otra técnica utilizada con buenos resultados fue la acupuntura (13,04%)^{15,20,34}. Con resultados moderados encontramos el uso de láser³³ y sin mejoría evidente el uso de magnetoterapia, que se estudió en un trabajo comparada con los ultrasonidos²⁵.

Tabla 2
Análisis de los estudios incluidos en la revisión

AUTOR	SUJETOS	DISEÑO DE ESTUDIO	TECNICA EMPLEADA	INTERVENCION	RESULTADOS
Rumbaut R. et al ¹⁹ 2009	28 (21 mujeres)	prospectivo	Vendaje adhesivo (funcional) + tto farmacológico analgésico	Colocación de vendaje para eliminar la tensión en los fascículos aferentes de la fascia plantar.	El 100% de los pacientes experimento mejoría a las 24 horas de dolor agudo. 88,8% mejoró sintomatología tras 3 semanas e inmovilización.
Albornoz J ¹⁴ 2004	21 talones grupo experimental. 22 talones grupo control.	prospectivo experimental controlado. No doble ciego. Intervalo de confianza 95%.	Férula de uso nocturno.	Grupo experimental Aines, estiramientos y uso nocturno de férulas. Grupo control Aines y estiramientos.	Se evaluaron los resultados empleando el Score de Roles y Maudsley para la evaluación subjetiva del dolor y el numero de AINES consumidos semanalmente. La evaluación de los resultados se realizó empleando las pruebas estadísticas de T de Student y Chi ² . En ambos test se empleó un nivel de significancia de 95% (p=0.05) Grupo experimental: 16 excelentes (ausencia de dolor), 6 buenos (disminución significativa del dolor). Grupo control: 8 excelentes, 8 buenos, 5 regular (disminución leve del dolor).
Greve A ²¹ 2009	2 grupos de 16 sujetos. Total 32	Estudio clínico aleatorio prospectivo y comparativo	- Ondas de choque. - Ultrasonidos estiramientos y movilizaciones	Grupo 1 10 sesiones de ultrasonidos, estiramientos y movilizaciones. Grupo 2 3 aplicaciones de ondas de choque (1 a la semana) de 2000 impulsos y 6Hz y ejercicios de estiramientos domiciliarios.	Se realizó una evaluación antes, al terminar el tto y a los tres meses posteriores mediante una anamnesis, valoración del dolor utilizando la escala visual analógica (EVA) y algómetro de Fischer para su cuantificación, tanto en la inserción calcáneo de la fascia como en el tercio medio del gastrónemio. En la evaluación inicial los dos grupos presentaron similares resultados en la presentación, duración y periodicidad del dolor así como en las escala y el algómetro. Grupo 1: Los resultados al terminar el tto eran significativamente mejores en cuanto a la disminución de la intensidad del dolor. Los resultados a los tres meses de finalizar el tto en ambos grupos no presentaban diferencias estadísticas, lográndose un descenso de la intensidad del dolor, de los valores en la escala EVA y en el algómetro de Fischer así como una disminución de la ingesta de analgésicos.

Tabla 2 (continuación)

AUTOR	SUJETOS	DISEÑO DE ESTUDIO	TECNICA EMPLEADA	INTERVENCION	RESULTADOS
Zanon R ⁵ 2005	Total 22 (27 pies) Grupo 1: 13. Grupo 2: 14.	Estudio clínico aleatorio y prospectivo y doble ciego.	Ultrasonidos continuos de 2w/cm2 y estiramientos.	Grupo 1 15 sesiones. Estiramientos más placebo de Us. Grupo 2 15 sesiones. Estiramientos más Us 2w/cm2.	La evaluación inicial consistió en anamnesis y una evaluación funcional que se realizó también al finalizar el tto, usando el cuestionario AOFAS. La escala visual analógica (EVA) se empleó al principio, a las ocho semanas y al final del tto. Para la intensidad del dolor se utilizó el test de Friedman y el test de Dunn El análisis estadístico fue realizado a través de la T de Student y el test de Wilcoxon por comparación antes y después del tto. Grupo 1: Los estiramientos resultan ser eficaces como tto. A las ocho sesiones se obtuvo una mejoría del 54,64% Grupo 2: El empleo de Us continuos, no implica una mayor disminución del dolor. A las ocho sesiones la mejoría era del 46,52%. Estadísticamente tanto en la escala AOFAS como en la escala EVA $p \leq 0,001$ en ambos grupos a las ocho sesiones y al final del tto.
Garcia E et al ²⁶ . 2005.	74 pacientes, 10 bilaterales (84 pies)	Estudio de intervención.	Ondas de choque	3 sesiones con ondas de choque de 2000 impulsos con intensidad progresiva.	Como medida de evaluación se utilizó la radiografía lateral de pie, la ecografía diagnóstica y la escala visual analógica (EVA) a la semana, a las 6 semanas y a las doce semanas de concluir el tratamiento. 77, 38% buenos resultados (EVA 0-2, incorporación a las actividades habituales y sin otro tratamiento conservador) 7,17% resultados regulares (EVA 3-4, incorporación a las actividades habituales pero se requirió de otro tto conservador). 15,48% malos resultados (EVA > 4 y no hubo incorporación a las actividades habituales, requiriéndose tratamiento quirúrgico también.)

Tabla 2 (continuación)

AUTOR	SUJETOS	DISEÑO DE ESTUDIO	TECNICA EMPLEADA	INTERVENCION	RESULTADOS																		
Rioja J 2001	49 sujetos (33 mujeres) 14 bilaterales. 63 pies en total	prospectivo	Iontoforesis + Us + transferencia eléctrica capacitativa + plantilla	15 sesiones: Iontoforesis con fosfato sódico de dexametasona al 0,4%; ultrasonidos continuos; diatermia con 0,8 MHz de frecuencia Transfereencia eléctrica capacitativa; plantillas silicona.	Los pacientes rellenaron una escala de valoración basada en los criterios de evaluación de Young con tres graduaciones: leve moderada e intensa obteniéndose los siguientes resultados <table><tr><td></td><td>15 sesiones</td><td>30 sesiones</td></tr><tr><td>pies asintomáticos</td><td>19</td><td>65</td></tr><tr><td>afectación leve</td><td>30</td><td>17</td></tr><tr><td>afectación moderada</td><td>35</td><td>3</td></tr><tr><td>afectación intensa</td><td>6</td><td>2</td></tr><tr><td>abandonos</td><td>10</td><td>13</td></tr></table> La escala visual analógica no se tuvo en cuenta por su discordancia con la funcional		15 sesiones	30 sesiones	pies asintomáticos	19	65	afectación leve	30	17	afectación moderada	35	3	afectación intensa	6	2	abandonos	10	13
	15 sesiones	30 sesiones																					
pies asintomáticos	19	65																					
afectación leve	30	17																					
afectación moderada	35	3																					
afectación intensa	6	2																					
abandonos	10	13																					
Babak V ²⁷ 2012	20 pacientes en cada grupo	Ensayo clínico aleatorio controlado	Ondas de choque: - Focales. - Radiales.	Grupo 1 3 sesiones/semanal. 2000 impulsos focales +2000 radiales en total: 0.2 mJ/mm2. Grupo 2 3 sesiones/semanal. Placebo 0,04 mJ/mm2	Ecografía antes y después del tto para valora el grosor de la fascia. Para la valoración subjetiva del dolor se cumplimentó la escala numérica NRS (0 no dolor, 10 dolor más severo en las actividades diarias). La valoración se repitió a los tres meses de finalizar el tto. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 16.0, empleándose la T de Student para los cambios de grosor y la valoración subjetiva del dolor entre los dos grupos. El coeficiente de correlación de Pearson se empleó para investigar la relación entre las variables continuas considerándose significativas si el valor $p < 0,05$. Al inicio no se apreciaron diferencias entre los dos grupos en el grosor $P = 0,95$. Los resultados fueron: Grupo 1: Mejoría significativa con disminución del grosor de la fascia $p < 0,001$ Grupo 2: No se aprecia disminución del grosor incluso se apreció un aumento de grosor $P = 0,03$.																		

Tabla 2 (continuación)

AUTOR	SUJETOS	DISEÑO DE ESTUDIO	TECNICA EMPLEADA	INTERVENCION	RESULTADOS
Tsai CT ¹⁶ 2010	Total 52 (19 hombres, 33 mujeres) 5 bilaterales.	Ensayo clínico aleatorio controlado simple ciego	Kinesiotaping	Grupo 1 o Control US + termoterapia + Tens. Grupo 2 Us + termoterapia +Tens + kinesiotaping (1 semana)	Ecografía al principio y una semana después de acabar el tto. La valoración subjetiva del dolor se realizó con el cuestionario de McGill Meldnack y el índice funcional del pie (FFI siete ítem con una puntuación entre 0-100). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 11.0. Para comparar las diferencias entre los grupos, se normalizo los resultados en porcentajes. Para las variables continuas se empleó el test de Mann-Whitney y para otras variables el test exacto de Fisher ambos con una diferencia significativa P= 0,05. Grupo experimental después del tto se observó una disminución del grosor de la fascia a nivel de la inserción, y una disminución en la intensidad del dolor ambos con una p> 0,05. En ambos grupos se observó una mejoría del índice funcional del pie. En ningún grupo hubo mejoría del grosor a 5 cm de la inserción, ni de densidad.
Cleland J ²² 2009	Total: 60 30 en cada grupo.	Ensayo clínico aleatorio ciego	Electroterapia iontoforesis + Us pulsátil + estiramientos. Terapia manual.	Grupo 1 Iontoforesis (dexametasona) + Us pulsátil 1,5w/cm2+ estiramientos. Grupo 2 Terapia manual + ejercicios.	Se utilizaron los cuestionarios de escalas funcionales LEFS y FAAM y el NPRS para la intensidad del dolor así como el BAI para el índice de ansiedad. Se rellenaron al principio, a las 4 semanas y a los 6 meses. El programa estadístico empleado fue el SPSS utilizando medida de tendencia central y de dispersión para las variables continuas así como la T de Student y Chi cuadrado, considerando P= 0,05. Los efectos sobre el dolor y discapacidad se examinaron con el modelo mixto de varianza ANOVA y un índice de confianza de 95%. Grupo 2: Los resultados obtenidos fueron mejores tanto a las cuatro semanas como a los seis meses en LEFS P= 0,001 y 0,027, en FAMM P= 0,004 y P= 0,012 y en NPRS P= 0,008 y P= 0,39.
Lohrer H ²⁸ 2010	Total: 39. Grupo radial: 19. Grupo focal: 20.	prospectivo aleatorio doble ciego	Ondas de choque: -Focales. -Radiales	Grupo focal: 0,20 mj/mm2.. 3sesiones/semana. 2000 impulsos 10Hz. Grupo radial 0,17 mj/mm2. 3sesiones/semana. 2000 impulsos 10Hz.	Se emplearon la escala funcional del pie (FFI con 8 ítem) y pruebas neuromusculares de salto sobre una pierna, salto de longitud, estabilidad postural y test isocinético articular analizándose a principio, a las 2 y 12 semanas después del tratamiento. El análisis estadístico se realizó usando Testimate versión 6.4, el metaanálisis a través de Metasub versión 1.3.6. Se utilizó además el test Wilcoxon-Mann Whitney (invariable y multivariable). La significación estadística se determinó con un índice de confianza del 95%. Grupo Focal: Combinando todas las variables analizadas se obtienen mejores resultados en este grupo en 6 de los ocho ítems obteniéndose P= 0,0027 en FFI frente a P= 0,0013 del grupo radial.

Tabla 2 (continuación)

AUTOR	SUJETOS	DISEÑO DE ESTUDIO	TECNICA EMPLEADA	INTERVENCION	RESULTADOS
Crawford F ²⁴ 1996	Total: 19 7 bilaterales	Ensayo clínico aleatorio doble ciego	Ultrasonidos	- Ultrasonido pulsátil (1:4) 0,5w/cm2 8 minutos. - Placebo: solo tiempo.	Empleo de la escala visual analógica (EVA) al principio y final del tratamiento. Para el análisis estadístico se utilizó el test de Wilcoxon y el test exacto de Fischer, para una significación estadística se consideró que debería hallarse al menos en 26 resultados una mejoría del 50%. Grupo ultrasonidos: Reducción del 30% del dolor. Grupo placebo: Reducción del 25% del dolor. Por lo tanto los datos no son estadísticamente significativos, en ningún grupo hubo resolución completa del dolor, empeoro en 4 (2 en cada grupo) y no hubo cambios en otros 2 (1 en cada grupo)
Kumnerddee W ¹⁵ 2012	Total: 30	Ensayo clínico aleatorio controlado	Tratamiento convencional: Estiramientos Analgésicos. Plantillas. Electroacupuntura en puntos locales	Grupo control Estiramientos + plantillas y analgésicos. Grupo experimental Estiramientos + analgésicos + plantillas + electroacupuntura. (2 sesiones/semana)	Se realizó un estudio radiográfico previo para descartar patología ósea. Se emplearon la escala visual analógica (EVA) y el índice funcional del pie (FFI con 23 ítems). Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS versión 13.0, para las variables continuas se utilizó La T de Student con valor $p < 0,005$ para ser significativo. También se empleó el test exacto de Fischer y Chi cuadrado. Se calculó un mínimo del 50% de disminución del dolor para tener significación estadística en la escala EVA. Grupo experimental: Disminución del 69% en el 80% de los casos en la escala EVA. Disminución significativa en FFI. Grupo control: Disminución del 14% en la escala EVA que no es considerada significativa. En FFI no se observó ninguna disminución significativa.
Karagounis P ²⁰ 2011	Total: 38 hombres. 19 en cada grupo. (atletas)	Ensayo clínico aleatorio controlado. Doble ciego. Intervalo de confianza 81%.	Crioterapia. Aines. Estiramientos Fortalecimiento. Acupuntura en puntos distales.	Grupo control Crioterapia, Aines, estiramientos y fortalecimiento. Grupo experimental Ídem al control + acupuntura (16 sesiones 2/semana)	La escala utilizada es la escala para el dolor e incapacidad de Willis et al (PFPS) evaluándose al principio, a las 4 semanas y a las ocho semanas desde el tratamiento. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS considerándose $P = 0,05$ estadísticamente significativa. El análisis se realizó a través del modelo mixto de varianza ANOVA para determinar los diferentes resultados entre los dos grupos. Grupo experimental: Disminución $p < 0,05$ en PFPS tanto a las 4 semanas como a las 8 semanas. Grupo control: Disminución $p < 0,05$ en PFPS tanto a las 4 semanas como a las 8 semanas. No hay diferencias estadísticas entre ambos grupos a las 4 semanas, mientras que a las 8

Tabla 2 (continuación)

AUTOR	SUJETOS	DISEÑO DE ESTUDIO	TECNICA EMPLEADA	INTERVENCION	RESULTADOS
Gerald T ¹³ 2011	Total: 100 4 grupos de 25.	Ensayo clínico prospectivo aleatorio.	-Arcos plantares. - Ultrasonidos. -Infiltración. -Órtesis.	Grupo 1 Us. 6 sesiones de 5 m con 1,5 w 2 semanas. Grupo 2 Arcos plantares. Grupo 3 Infiltración de triamcinolona + Marcaine (5%). Grupo 4 Órtesis	Se utilizó la escala visual analógica (EVA) al principio y final del tto. Se calculó la mejoría subjetiva del dolor, el número de pacientes que habían obtenido completa resolución y así como el porcentaje de pacientes con mejoría. Grupo ultrasonidos: reducción subjetiva de 3,97, mejoría del 81% de los pacientes y resolución en el 20%. Grupo arcos plantares: Sin dolor solo un paciente, mejoría del 35%. Grupo infiltración: Mejoría del 72% de los pacientes, resolución en el 7%. Grupo órtesis: reducción subjetiva de 2,92, 64% de pacientes con mejoría y resolución en el 32%.
Gerdesmeyer L ²⁹ 2008	Total: 245. Grupo experimental: 129. Grupo placebo: 122.	Ensayo clínico aleatorio controlado doble ciego. Nivel de evidencia 1. Intervalo de confianza 90%	-Ondas de choque radiales - Placebo	Grupo experimental 3 sesiones de 2000 impulsos y 0,16 mj/mm2. Grupo control Placebo.	Se ha utilizado la escala visual EVA en criterios como dolor matutino, dolor en actividades diarias, aplicación del dolormetro con una puntuación mínima al comenzar de 5 ó más. También se empleó la escala Roles and Maudsley y las escalas SF-36 de satisfacción física y psicológica. La evaluación se realizó a las 12 semanas y a los 12 meses después del tratamiento. Grupo experimental: a las 12 semanas, la mejoría en la escala EVA en la media de todos los criterios fue de 72% frente al 44,7% del grupo placebo P=0,0103; a los 12 meses se obtuvo un 84,8% frente 43,2% del placebo P=0,0086. En criterios secundarios en Roles and Maudsley se obtuvo P=0,031 a la doce semanas y en la SF-36 física una p=0,0013.
Haake M ³⁰ 2003	Total: 272. Grupo experimental: 135. Grupo placebo: 137.	Ensayo clínico aleatorio doble ciego. Intervalo de confianza 95%	Ondas de choque focales	Grupo experimental 3 sesiones de 4000 impulsos y 0,08 mj/mm2. Se aplican con anestesia. Cada dos semanas. Grupo control Placebo + anestesia.	La escala Roles and Maudsley fue utilizada como criterio principal, aplicándose a las 6, 12 y al año después del tratamiento. Para el análisis estadístico se utilizó la OOD ratio y el test exacto de Fischer para comparar resultados entre grupos. Se consideró un 20% de diferencia entre estos para que hubiera relevancia clínica. Grupo experimental: se obtuvo una disminución del 15,1% frente al 8,0% del placebo con una p=0,5927 y una ODD=1,18 por lo que no se alcanzó el 20% exigido para obtener relevancia clínica. Al año en la escala Roles and Maudsley se obtuvo un 81% frente al 76% en el grupo placebo.

Tabla 2 (continuación)

AUTOR	SUJETOS	DISEÑO DE ESTUDIO	TECNICA EMPLEADA	INTERVENCION	RESULTADOS
Ibrahim M ³¹ 2010	Total: 50 todos unilaterales.	Ensayo clínico aleatorio controlado doble ciego.	Ondas de choque radiales	Grupo experimental 2 sesiones de 2000 impulsos y 0,16 mj/mm2. Semanal. Grupo placebo Se puso un aislante para evitar las ondas.	Las escalas utilizadas fueron la escala visual analógica (EVA) y la escala modificada de Roles and Maudsley (RM), evaluándose a las 4, 12 y 24 semanas tras el tto. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS versión 16.00, empleándose el modelo mixto de varianza ANOVA así como el índice de corrección de Bonforromi para comparar resultados a través de secuencia temporales. Se consideró el tto efectivo si había una disminución de al menos el 60% en la escala EVA. Se empleo Chi cuadrado y una $p < 0,05$ para tener significancia estadística. Grupo experimental: La disminución en la escala EVA fue de 92,5%, 87,3% y 93,9% respectivamente en las evaluaciones. La RM disminuyó el 68,1%, 61,7% y 64,9%. Grupo control: La disminución en la escala EVA fue mucho menos efectiva 15,2%, 13,5% y 17,0%. Respecto a la RM 6,3% 15,8% y 16,8%.
Kiritisi O ³³ 2010	Total: 30 todos unilaterales	Ensayo clínico aleatorio controlado doble ciego.	Laser de baja frecuencia in- frarrojos	Grupo experimental Tres sesiones por semana durante seis semanas con una dosis de 8,4 J y 157,5 sg.	Se efectuó ecografía antes y después de tto para comprobar cambios en el grosor de la fascia. La escala utilizada para la valoración del dolor fue la EVA. Para el análisis estadístico se empleo el programa SPSS versión 16.00, se utilizó la T de Student y Chi cuadrado considerándose $p < 0,05$ para tener relevancia estadística, el coeficiente de Pearson para ver la relación entre el grosor de la fascia y el nivel del dolor en EVA. Grupo experimental: A las 6 semanas la disminución del dolor fue del 59% frente al 26% del grupo placebo $p = 0,001$ El cambio de grosor fue significativo en los dos grupos comparando antes y después del tto, sin embargo comparando entre los dos grupos se obtuvo una $P = 0,12$ no siendo significativa la diferencia.

Tabla 2 (continuación)

AUTOR	SUJETOS	DISEÑO DE ESTUDIO	TECNICA EMPLEADA	INTERVENCION	RESULTADOS
Kudo P ³² 2006	Total: 114. Grupo experimental: 58. Grupo placebo: 56.	Ensayo clínico aleatorio controlado doble ciego	- Ondas de choque focales - Placebo	Grupo experimental: Una sesión de siete minutos incrementándose la intensidad cada minuto. Ondas de choque a 3800 impulsos y 2,330mj/mm ² de media + anestésico	Se utilizaron las escalas con valores mínimos al principio del tto EVA (>5) y la RM (3-4), la escala AOFAS, la SF-12, la del dolor a la palpación (PTM). Las evaluaciones se realizaron al principio, a las 6 semanas y a los 3 meses. El programa estadístico utilizado fue el SAS System considerando P= 0,05 y que al menos se consiga una disminución del 60% del dolor para ser significativa a los 3 meses. Se uso el Chi cuadrado, T de Student y el test exacto de Fischer (evaluar efectos secundarios) Grupo experimental: A los 3 meses la disminución en la escala EVA en el 49,1% de los sujetos fue de más del 60%. p<0,0001. Grupo placebo: el 23% de los sujetos alcanzo el 60% de disminución en la escala EVA p= 0,0099. Así pues, las diferencia entre grupos fue significativa ya que se obtuvo P= 0,0124, en la escala AOFA y SF12 las diferencias entre grupos no fueron significativas, en la RM se obtuvo p= 0,0121 y en PTM P= 0,0027.
Osborne H ¹⁷ 2006	Total 31. (42 pies) 11 bilaterales. Grupo placebo: 12. Grupo dexametasona: 15. Grupo ácido acético: 15.	Ensayo clínico aleatorio controlado doble ciego. Intervalo de confianza 95%	-Iontoforesis. -Vendaje funcional. (técnica lowdye) -Estiramientos	Grupo placebo 6 sesiones iontoforesis con CINA 0,9% + lowdye + estiramientos. En días alternos. 2 semanas. Grupo dexametasona 6 sesiones de iontoforesis al 0,4% + lowdye + estiramientos. En días alternos. 2 semanas. Grupo ácido acético 6 sesiones de iontoforesis al 5% + lowdye + estiramientos. En días alternos. 2 semanas.	Se evaluó la rigidez matutina y el dolor al principio, final y a las semanas después del tratamiento, mediante la escala visual analógica para el dolor y la rigidez. El análisis estadístico se llevo a cabo mediante el programa SAS y Excel, la diferencia entre grupos se determino con el análisis de la covarianza respecto a las escalas iniciales, además se utilizo el test de Fischer (PLSD). Se consideró p<0,05 y el 95% de intervalo de confianza como significancia estadística. Grupo dexametasona: Al finalizar el tto la disminución de la rigidez fue similar al grupo acético pero menor la disminución del dolor. A las 4 semanas la rigidez mostraba menos reducción frente al grupo acético. Grupo acético: Mostró una significativa mejoría tanto en el dolor como en la rigidez tras el tto. Los resultados sobre la rigidez se mantuvieron a las 4 semanas de finalizar el tto con p=0,031. Grupo placebo: El uso solo de taping fue menos eficaz que cuando se combino con la iontoforesis.

Tabla 2 (continuación)

AUTOR	SUJETOS	DISEÑO DE ESTUDIO	TECNICA EMPLEADA	INTERVENCION	RESULTADOS
Radford J ¹⁸ 2006	Total: 92. 46 en cada grupo.	Ensayo clínico aleatorio controlado. Simple ciego. Intervalo de confianza del 95%	- Vendaje funcional. (Técnica lowdye) -Placebo de Ultrasonidos.	Grupo experimental Vendaje funcional + placebo de Us. durante 3 minutos 1 sesión diaria/ 1 semana. Grupo control Placebo de Us. 3 minutos 1 sesión diaria/1 semana.	Se evaluó al principio y a la semana el dolor matutino con la escala visual analógica (EVA) y el cuestionario Foot Health Status previamente validado sobre el dolor, funcionalidad y la salud del pie. No se especifica el programa estadístico utilizado pero se toma el 80% de disminución del dolor como significancia estadística. Los resultados se analizaron por intención de tratar y se realizó una análisis de la covarianza (ANCOVA). Grupo experimental: Se obtuvo una significativa mejoría en dolor matutino comparado con el grupo placebo $P=0,017$. La diferencia en la valoración con el cuestionario Foot Health Status no fue lo suficientemente significativa. Un 28% de los sujetos experimento efectos secundarios como alergia, nuevo dolor y vendaje demasiado apretado.
Rompe J ²³ 2010	Total: 102. Grupo estiramiento: 54. Grupo ondas de choque: 48.	Ensayo clínico aleatorio controlado. Nivel de evidencia 1. Intervalo de confianza 95%	- Ondas de choque radial. - Programa de estiramientos	Grupo ondas de choque 3 sesiones de ondas de choque radial de 2000 impulsos y 0,16 mj/mm2/semanal. Grupo estiramientos Programa de ejercicios a realizar tres veces día/8semanas.	Se utilizaron la escala funcional del pie (PS-FFI con 8 ítems) y la SROM de satisfacción. La evaluación se realizó al principio a los 2,4 y 15 meses. Los principales resultados medidos fueron el ítem 2 (dolor matutino) de PS-FFI y el 6 de SROM a los dos meses. No se especifica el programa estadístico utilizado. Para todo el análisis se considero $p<0,025$ y para la relevancia clínica al menos un 20% de reducción en el ítems 2 de PS-FFI con la corrección de Bonferromi. Para el análisis SROM se considero $p<0001$ con el test exacto de Fischer. Grupo estiramientos: Tanto en el total de la escala PS-FFI, como en el ítem 2 hubo diferencias significativas respecto al grupo de ondas con $p<0,001$ a los dos y 4 meses, sin embargo a los 15 no se hallaron diferencias. El 65% del grupo de estiramientos frente al 29% del grupo

Tabla 2 (continuación)

AUTOR	SUJETOS	DISEÑO DE ESTUDIO	TECNICA EMPLEADA	INTERVENCION	RESULTADOS
Stratton M ¹¹ 2009	Total: 26 Dos grupos de 13	Ensayo clínico aleatorio controlado	- Órtesis - Estiramientos - Estimulación de baja frecuencia (10Hz/sg. Tens?)	Grupo control Uso de órtesis + programa de estiramientos 4 semanas. Grupo experimental Uso de órtesis + programa de estiramientos + electroestimulación 4 semanas.	Se utilizó la escala visual analógica EVA para el dolor y la escala ADL/FAAM para la funcionalidad, haciéndose la evaluación al principio a las 4 semanas y a los tres meses. No se especifica ningún programa estadístico. Se empleo la T de Student y el coeficiente de correlación de Pearson. Para comparar los dos grupos se realizó un análisis mixto de varianza de las dos escalas considerándose P= 0,05 como significancia estadística en todas las evaluaciones. Grupo experimental: No se hallaron diferencias significativas respecto al grupo control en la escala EVA aunque respecto a la evaluación inicial a las 4 semanas p< 0,005 y a los tres meses p< 0,001. Así mismo, no se hallaron diferencias significativas en los valores de la escala ADL/FAAM entre los dos grupos. Respecto a la evaluación inicial a las 4 semanas p< 0,001 y desde las 4 semanas a los tres meses no se observaron diferencias significativas.
Di Giovanni B ^{F9} 2003	Total: 101	Ensayo clínico prospectivo aleatorio. Nivel de evidencia 1. Intervalo de confianza del 95%	- Estiramientos del tendón de Aquiles. -Estiramientos de la fascia. -Plantillas. - Aines (celebrex)	Grupo A o Fascia Programa de estiramiento de la fascia (3 veces al día) + uso de las plantillas + Aines. 8 semanas Grupo B Programa de estiramientos del tendón de Aquiles (tres veces al día) + uso de las plantillas + Aines 8 semanas.	Las escalas utilizadas fueron la FFI (7 ítems) y la SROM de funcionalidad y satisfacción con el tto. Se realizó la evaluación al principio y a las 8 semanas. Se realizó procedimiento estadístico estándar (no especifica programa), empleándose la T de Student para datos continuos y el test exacto de Fischer. Al realizar el análisis de la varianza se consideró p< 0,05 como significancia clínica y al menos un 18% de disminución respecto a la evaluación inicial. Grupo fascia: Se obtuvieron mejores resultados en la escala FFI en el ítem 1 (peor dolor) p=0,002 y en el 2 (dolor matutino) P=0,006 respecto al grupo B. Al considerar todos los ítems, no se detectan diferencias entre grupos P= 0,17 a las ocho semanas. En el cuestionario SROM se halló diferencias significativa en todos los ítems variando entre p=0,006 y P=0,025 respecto al grupo B.

Tabla 2 (continuación)

AUTOR	SUJETOS	DISEÑO DE ESTUDIO	TECNICA EMPLEADA	INTERVENCION	RESULTADOS
Zhang SP ³⁴ 2011	Total 53. Grupo experimental: 28. Grupo control: 25.	Ensayo clínico aleatorio controlado. Doble ciego.	- Aplicación de agujas de acupuntura de forma distal (en muñeca).	Grupo experimental Aplicación de la aguja en el punto PC7. 10 sesiones /2 semanas. Grupo control Aplicación de la aguja en el punto L14. 10 sesiones / 2 semanas.	Se utilizaron la escala visual analógica EVA para el dolor matutino y la escala Bar-korec and Nau para satisfacción. Se aplicó el algómetro para el dolor a la presión y en general. Se realizó la evaluación a al principio, 3 meses y seis meses. El programa estadístico utilizado fue el SPSS versión 13.0. Se uso la T de Student, Chi cuadrado análisis de la varianza y covarianza con la corrección de Bonforromi y análisis regresivo. Se considero significancia estadística una disminución de al menos 33% entre los dos grupos en la escala EVA y P=0,05 en todos los puntos. Grupo experimental: Respecto al grupo control se obtuvieron resultados significativos en el dolor matutino p=0,44, dolor general P= 0,49 y dolor a la presión P=0,007 al mes de tratamiento. Respecto a la evaluación inicial, no se observo cambios en el punto de dolor a la presión pero en todos los otros si, siendo el dolor matutino el más significativo con p< 0,001 tanto al mes como a los seis meses. Grupo control: no se observaron cambios significativos respecto a la evaluación inicial en dolor matutino aunque si en el dolor en actividad y dolor en general p<0,05
Telleria T ²⁵ 2009	Total:60. Cada grupo 30.	Ensayo clínico aleatorio prospectivo.	- Magnetoterapia <		

Otras técnicas mencionadas asociadas a las anteriores fueron la transferencia eléctrica capacitativa¹², la crioterapia²⁰, la electroestimulación neuromuscular transcutánea (TENS)¹¹, los antiinflamatorios no esteroideos⁹ y las infiltraciones¹³ aunque su efectividad aislada no fue objeto de estudio.

DISCUSIÓN

Las principales terapias físicas utilizadas para el tratamiento conservador de la fascitis plantar en los estudios prospectivos y ensayos clínicos evaluados fueron los ultrasonidos, la iontoforesis, material ortopodológico, vendajes, estiramientos, ondas de choque, láser, magnetoterapia o acupuntura entre otras. A causa de la heterogeneidad de técnicas no se ha podido realizar un análisis estadístico cuantitativo, encontrándonos como limitación la dificultad de homogeneizar la información sobre las distintas técnicas al aplicarse diferentes parámetros, número distinto de sesiones o diferente duración de tratamientos.

El uso de ultrasonidos obtiene buenos resultados cuando se le asocia a la iontoforesis, transferencia eléctrica capacitativa y plantillas de silicona¹² con un 85% de mejoría, y cuando se compara su uso con infiltraciones, órtesis y arcos plantares¹³ con un 81% de mejoría, sin embargo Crawford²⁴ no encuentra diferencia cuando los compara con placebo, al igual que Cleland²², que obtiene mejores resultados con los estiramientos e iontoforesis, y que Zanon⁵ al compararlos con estiramientos.

La iontoforesis es más efectiva cuando se utiliza ácido acético¹⁷ para la disminución del dolor matutino, combinada con estiramientos y vendaje.

En el uso de material ortopodológico es difícil saber el nivel de eficacia ya que no se ha empleado como técnica única sino

como complemento de otras, salvo en el estudio de Gerald¹³ que compara el uso de órtesis (mejoría del 64%) el uso de arcos plantares (35% de mejoría) y aplicación de ultrasonidos (81% de mejoría) aunque el tamaño muestral es pequeño para ser representativo.

Dentro de los diferentes tipos de vendajes utilizados, tanto Osborne¹⁷ como Radford¹⁸ en sus ensayos clínicos encuentran mejoría en el dolor matutino al utilizar la técnica de lowdye, tanto en combinación¹⁷ como sola¹⁸.

Respecto al uso de estiramientos, una de las técnicas más utilizada (9 estudios), los resultados más significativos son la comparación entre el estiramiento del tendón de Aquiles frente al estiramiento de la fascia que realiza Di Giovanni⁹, con un intervalo de confianza del 95% y uno de los pocos estudios con nivel de evidencia 1 que concluye que el estiramiento de la fascia es más eficaz para tratar el dolor y la recuperación funcional. En ningún estudio se constataron malos resultados, si bien siempre en combinación con otras técnicas. Así parecen ser más eficaces cuando se comparan con ondas de choque radiales según Rompe²³. También aparecen más efectivos que los ultrasonidos continuos según Zanon⁵. En otros estudios donde se combinan con técnicas de acupuntura^{15,20} resultan ser igualmente eficaces, pero el tamaño muestral en ambos casos es reducido y en el ensayo de Karagounis²⁰ los sujetos eran atletas por lo que es difícil extrapolar estos resultados.

Al igual que la técnica anterior las ondas de choque son empleadas en nueve estudios, utilizándose las ondas de choque focales en dos estudios^{30,32} de forma única, la combinación de ondas de choque focales y radiales en otros dos^{27,28} mientras que la modalidad radial es la más utilizada en un total de cinco estudios. Gerdesmeyer²⁹ e Ibrahim³¹ utilizan los mismos

parámetros de impulsos pero el número de sesiones empleadas por Gerdesmeyer es tres obteniendo una $p=0,002$ frente a las dos de Ibrahim³¹ con una $p<0,001$ aunque en el caso primero el nivel de confianza es del 90% mientras que el tamaño muestral del segundo es significativamente menor (25 pacientes frente a 129) con lo cual se incrementa el índice de probabilidad de error tipo II donde se eleva la posibilidad de producir un falso negativo.

Respecto al uso de ondas de choque focales Haake³⁰ las emplea en un estudio frente a placebo en 272 sujetos no obteniendo evidencia de mejoría con el uso de estas, por el contrario Kudo³² encuentra mejores resultados con el uso de ondas de choque focales (49% frente al 33% del placebo) en una muestra de 114 sujetos pero el tiempo e intensidad empleados son distintos en ambos estudios.

Por último Babak²⁷ combina las ondas de choque radiales y focales frente a un grupo placebo tomando como resultado primario la medición ecográfica del grosor de la fascia y obteniendo una mejoría significativa en el grupo experimental, pero como limitación al estudio aparece de nuevo el reducido tamaño muestral (20 sujetos en cada grupo).

La aplicación de láser en el estudio de Kiritsi³³ revela una disminución del dolor del 59% frente al 26% en el grupo placebo aunque el tamaño muestral es pequeño (30 sujetos).

Así mismo el uso de la magnetoterapia por Telleria²⁵ comparándolo con el empleo de ultrasonidos no muestra diferencias significativas entre ambos grupos aunque existe una mejoría significativa, necesitando al menos 15 sesiones para lograr un 90% de disminución del dolor.

Las limitaciones que se han encontrado para realizar esta revisión tienen que ver

con la dificultad para homogeneizar la información sobre las distintas técnicas al aplicarse o bien con diferentes parámetros o en número distinto de sesiones o duración del tratamiento.

No existe una estandarización de los instrumentos usados para medir los resultados, usando una gran variedad de escalas lo que dificulta realizar una comparación entre tratamientos.

La mayoría de los autores (salvo Crawford F²⁴ y Kiritsi O³³), no informa del cegamiento a los terapeutas con respecto a la asignación del tratamiento a realizar, con lo cual se puede dar una falta de objetividad y puede llevar a afectar la validez de sus conclusiones.

Los estudios con un tamaño muestral pequeño, pueden influir en los resultados al provocar estimaciones sesgadas de los efectos del tratamiento, con riesgo en la validación externa.

En conclusión, para el tratamiento de la fascitis plantar se han descrito muchas intervenciones con una gran variedad de técnicas fisioterápicas siendo más frecuente la combinación de más de una de estas técnicas. Su efectividad ha resultado demostrada en la mayoría de los casos. La velocidad de recuperación de la fascitis plantar se cree que aumenta con el inicio del tratamiento en las primeras 6 semanas de aparición de los síntomas, sin embargo, esto aún no ha podido ser demostrado⁷.

La combinación de varias técnicas parece ser más efectiva que cualquier técnica utilizada de forma aislada por sí, salvo el uso de ondas de choque cuando otras técnicas han fracasado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez R, Martínez A, Gómez B, Fraile PA, Fascitis Plantar. Tratamiento ortopodológico. Fisioterapia. 2007; 29(2): 106-12.

2. Alcántara S, Ortega E, García F, Sánchez I, Ferrero A, Aguilar JJ, et al. En: Dolor de tobillo y pie. Manual Sermef de Rehabilitación y Medicina Física. Madrid: Ed Médica Panamericana; 2006. p. 445-51.
- 3 - Goolsby MJ. Diagnosis and treatment of heel pain. *J Am Acad Nurse Pract.* 2003; 15: 485-6.
4. Manejo terapéutico de la fascitis plantar. *Tribuna Médica [revista en internet]* 2013 enero [acceso 8 mayo 2013];54(1). Disponible en: http://www.ibermutuamur.es/IMG/pdf/13_01_Tribunas_Medicas_bip54.pdf
5. Zanon RG, Kundrat A, Imamura M. Ultra-som continuo no tratamento da fasciite plantar crônica. *Acta Ortop Bras.* 2006;14:137-40.
6. Roxas M. Plantar Fasciitis: diagnosis and therapeutic considerations. *Altern Med Rev.* 2005;10:83-93.
7. Santa Coloma E, Khoury MA. Medicina basada en la evidencia: evidencia en el manejo no quirúrgico de la fascitis plantar. *Rev. Asoc. Argent. Traumatol. Deporte.* 2011; 18(2):81-89.
8. Lafuente A, O'Mullony I, Escribá M, Cura P. Fascitis plantar: revisión del tratamiento basado en la evidencia. *Reumatol Clin.* 2007;3(4):159-65.
9. DiGiovanni BF, Nawoczenski DA, Lintal ME, Moore EA, Murray JC, Wilding GE, et al. Tissue-specific plantar fascia-stretching exercise enhances outcomes in patients with chronic heel pain: a prospective, randomized study. *J Bone Joint Surg Am.* 2003;85:1270-77.
10. Gill LH, Kiezbak GM. Outcome of nonsurgical treatment for plantar fasciitis. *Foot Ankle Int.* 1996;17:527-32.
11. Stratton M, McPoil TG, Cornwall MW, Patrick K. Use of low frequency electrical stimulation for the treatment of plantar fasciitis. *J Am Podiatric Med Assoc.* 2009; 99 (6):481-88.
12. Rioja J, González A, Romo M, Cantalapiedra E. Tratamiento combinado de la fascitis plantar crónica en el adulto de edad superior a los 50 años. *Rehabilitación (Madr. Ed. impr.).* 2001; 35(2):90-94.
13. Gerald T. A prospective randomized trial using four treatment modalities for the treatment of plantar fasciitis. *O J Foot Ankle.* 2011;4(8): 1210-15.
14. Albormoz JC, Rodríguez A. Tratamiento de la fascitis plantar con férulas de uso nocturno. *Rev. Venez. Cir. Ortop. Traumatol.* 2004;36(2):98-101.
15. Kumnerddee W, Pattapong N. Efficacy of electroacupuncture in chronic plantar fasciitis: a randomized controlled trial. *Am. J. Chin. Med.* 2012;40(6):1167-76.
16. Tsai CT, Chang WD, Lee JP. Effects of short-term treatment with kinesiotaping for plantar fasciitis. *J Musculoskelet Pain.* 2010; Vol. 18 (1): 71-80.
17. Osborne HR, Allison GT. Treatment of plantar fasciitis by low-dye taping and iontophoresis: short term results of a double blinded, randomised, placebo controlled clinical trial of dexamethasone and acetic acid. *Br J Sports Med.* 2006;40(6):545.
18. Radford JA, Landorf KB, Buchbinder R, Cook C: Effectiveness of low-dye taping for the short-term treatment of plantar heel pain: a randomised trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2006;7: 64.
19. Rumbaut M, Cañizares D, Cuní R, Uranga JC, García E. El strapping como coadyuvante en el tratamiento ortopédico de la fascitis plantar. *Rev. Habanera Cienc. Méd.* 2009;8(2).
20. Karagounis P, Tsironi M, Prionas G, Tsiganos G, Baltopoulos P. Treatment of plantar fasciitis in recreational athletes: two different therapeutic protocols. *Foot Ankle Spec.* 2011;4(4): 226-34.
21. Greve JM, Grecco MV, Santos PR. Comparison of radial shockwaves and conventional physiotherapy for treating plantar fasciitis. *Clinics (Sao Paulo).* 2009;64(2):97-103.
22. Cleland JA, Abbot JH, Kidd MO, Stockwell S, Cheney S, Gerrard DF, et al. Manual physical therapy and exercise versus electrophysical agents and exercise in the management of plantar heel pain: a multicenter randomized clinical trial. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2009;39(8):573-85.
23. Rompe JD, Cacchio A, Weil L Jr, Furia JP, Haist J, Reiners V, et al. Plantar fascia-specific stretching versus radial shockwave therapy as initial treatment of plantar fasciopathy. *J Bone Joint Surg Am.* 2010; 92(15):2514-22.
24. Crawford F, Snaith M. How effective is therapeutic ultrasound in the treatment of heel pain? *Ann Rheum Dis.* 1996; 55: 265-267.
25. Tellería T, Gonzalez JL, Rubio E. Magnetoterapia en la fascitis plantar. *Rev Cuba Med fis reh [revista en internet]* 2009. [acceso 10 de mayo de 2013]; 1(2): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol1_2_09/mfr03209.htm.

26. García EM, Álvarez CR, Rodríguez MI, Valdés A, González N. Fascitis plantar tratada con ondas de choque extracorpóreas. *Rev. Cuba. Ortop. Traumatol.* 2005;19(1).
27. Babak V, Sepideh S, Vahid B, Mehdi K, Hamidreza S. Extracorporeal shock wave therapy in patients with plantar fasciitis. A randomized, placebo-controlled trial with ultrasonographic and subjective outcome assessments. *Res J Med Sci.* 2012 ; 17(9): 834-838.
28. Lohrer H, Nauck T, V. Dorn-Lange N, Schöll J, Vester JC. Comparison of radial versus focused extracorporeal shock waves in plantar fasciitis using functional measures. *Foot Ankle Int.* 2010; 31(1):121
29. Gerdesmeyer L, Frey C, Vester J, Maier M, Weil L Jr, Weil L Sr et al. Radial extracorporeal shock wave therapy is safe and effective in the treatment of chronic recalcitrant plantar fasciitis: Results of a confirmatory randomized placebo-controlled multicenter study. *Am J Sports Med.* 2008; 36 (11):2100-09.
30. Haake M, Buch M, Schoellner C, Goebel F, Vogel M, Mueller I, et al. Extracorporeal shock wave therapy for plantar fasciitis: randomised controlled multicentre trial. *BMJ.* 2003;327:75-7.
31. Ibrahim MI, Donatelli RA, Schmitz C, Hellman MA, Buxbaum F. Chronic plantar fasciitis treated with two sessions of radial extracorporeal shock wave therapy. *Foot Ankle Int.* 2010; 31 (5):391-7.
32. Kudo P, Dainty K, Clarfield M, Coughlin L, Lavoie P, Lebrun C. Randomized placebo-controlled, double-blind clinical trial evaluating the treatment of plantar fasciitis with an extracorporeal shockwave therapy (ESWT) Device: A North American confirmatory study. *J Orthop Res.* 2006;115-23.
33. Kiritsi O, Tsitas K, Malliaropoulos N, Mikroulis G. Ultrasonographic evaluation of plantar fasciitis after low-level laser therapy: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Lasers Med Sci.* 2010; 25:275-81.
34. Zhang SP, Yip TP, Li QS. Acupuncture treatment for plantar fasciitis: a randomized controlled trial with six months follow-up. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2009;10:1-10.
35. Weil LS Jr, Roukis TS, Weil LS, Borrelli AH. Extracorporeal shockwave treatment of chronic plantar fasciitis: indication, protocol intermediate results and comparison of results to fasciotomy. *J Foot Ankle Surg.* 2002;41:166-72.
36. Wang CJ, Chen HS, Huang TW. Shockwave therapy: a one-year follow-up study. *Foot Ankle Int.* 2002;23:204-7.
37. Moseley AM, Herbert RD, Sherrington C, Maher CG. Evidence for physiotherapy practice: a survey of the Physiotherapy Evidence Database (PEDro). *Aust J Physiother.* 2002;48: 43-9.
38. García J, Pascual R, Ortega E, Martos D, Martínez F, Hernández S. Estiramientos del tendón de Aquiles para la fascitis plantar. ¿Son efectivos? *Rehabilitación (Madr. Ed. impr.).* 2011;45(1):57-60.
39. Cotchett M, Landorf K, Munteanu S. Effectiveness of dry needling and injections of myofascial trigger points associated with plantar heel pain: a systematic review. *J Foot Ankle Res.* 2010; 3:18.
40. Sweeting D, Parish B, Hooper L, Chester R. The effectiveness of manual stretching in the treatment of plantar heel pain: a systematic review. *J Foot Ankle Res.* 2011; 4:19
41. Crawford F, Thomson C. Interventions for treating plantar heel pain (Cochrane Review). The Cochrane Database, Issue 3,2003.Oxford: Update Software Ltd; 1998.[citado 21 mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.update-software.com/cochrane/>
42. Castiñeira Perez MC, Louro González A, Casariego Vales E. Fascitis plantar. Atención Primaria en la Red. [citado el 14 de julio de 2013]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/fascitis-plantar/>
43. Buchbinder R. Clinical practice. Plantar fasciitis. *N Engl J Med.* 2004; 350(21): 2159-66.
44. Stadler TA, Johnson ED, Stephen MB. Clinical inquiries.What is the best treatment for plantar fasciitis? *J Fam Pract.* 2003; 52(9):714-7.

Anexo 1

Criterios metodológicos de calidad utilizados para evaluar estudios de intervención y prospectivos

A. Representatividad de la muestra final del estudio.

1. Aparición de al menos de uno de los siguientes elementos en el estudio: población diana completa, muestra seleccionada al azar o muestra indicada para representar a la población.
2. Al menos uno de los siguientes aspectos: descripción de la población elegida, método diagnóstico utilizado, tiempo de evolución de la patología.
3. Tasa de abandono o tasa de fracasos.

B. Calidad de los datos.

1. Si especifica las escalas de evaluación utilizadas.
2. Se realizaron evaluaciones comparativas antes y después de la intervención o entre grupos.
3. Se especifica resultados estadísticos.
4. Informe consentido firmado por el paciente o aprobación por un comité ético para desarrollar el estudio.

<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/enfermedades-del-pie/espolon.html>

Unidad Editorial Revistas, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Espolón calcáneo

Jueves, 03 de Diciembre de 2015 - 18:12

Qué es

El espolón calcáneo es una prominencia ósea que puede aparecer en la parte anterior del talón (calcáneo) como consecuencia de estiramientos excesivos y continuados de la fascia plantar, una banda de tejido conjuntivo que recubre los músculos de la zona.

Al estirarse excesivamente, la fascia puede calcificarse, formándose el espolón, que es bastante doloroso y dificulta el apoyo normal de talón, ocasionando a veces una inflamación en la zona que lo rodea.

“La forma que tiene el cuerpo humano de reparar la herida producida al desconectarse la fascia plantar del hueso es transportar calcio a través del torrente sanguíneo a la zona lesionada. Poco a poco se acumula el [calcio](#) y se produce un depósito del mismo formando el espolón calcáneo”, explica Ángel de la Rubia, presidente de la [Asociación Española de Podología Deportiva](#) (Aepode).

Causas

El espolón es más frecuente entre personas que tienen el pie muy arqueado o que sufren sobrepeso, aunque también puede aparecer entre aquellos que realizan movimientos violentos con el pie. Asimismo, el [pie plano](#) y las contracturas en el tendón de Aquiles también aumentan la tensión en la fascia plantar, por lo que pueden acarrear la aparición de espolones calcáneos.

Síntomas

“El espolón no presenta ningún síntoma, sí lo tiene la [fascitis plantar](#)”, según de la Rubia. El principal síntoma es un dolor que generalmente se produce en la parte interna del talón, pero que puede acontecer en cualquier punto de la planta del pie, del calcáneo a los cinco metatarsianos. El dolor, que actúa como pinchazos en la zona plantar, desaparece cuando el pie está en reposo.

Prevención

“Para prevenir el espolón es necesario prevenir antes la fascitis plantar. Para ello se lleva a cabo un estudio minucioso del pie y de la huella plantar; en caso de existir una desestructuración del mismo, se debe realizar un soporte plantar, más conocido

como plantilla, la cual debe ser personalizada. Esta plantilla neutralizará cualquier desequilibrio de la pisada y optimizará los apoyos”, sostiene el especialista.

Tipos

Diagnóstico

Tratamientos

Tratamientos

“Como no es la causa de ningún problema o dolor, no tiene tratamiento, al contrario de la fascitis plantar”, sostiene de la Rubia.

Esta lesión suele tratarse con éxito mediante el uso de plantillas ortopédicas que alivian la tensión sobre la zona haciendo que los movimientos sean menos dolorosos. Las férulas nocturnas y los ejercicios de estiramientos también son efectivos para eliminar o disminuir el dolor. En caso de que aparezcan inflamaciones, se pueden tratar mediante infiltraciones de fármacos antiinflamatorios.

El avance en las técnicas quirúrgicas ha propiciado que el espolón calcáneo pueda corregirse mediante una intervención. Mediante la operación se hace una resección o eliminación del espolón con una mínima incisión de dos o tres milímetros en la piel hasta llegar a la prominencia ósea.

Otros datos

¿A quién afecta?

El espolón es más frecuente entre personas que tienen pies cavos valgos o que sufren obesidad, aunque también puede aparecer entre aquellos que realizan movimientos violentos con el pie.

“Los pies que tienen exceso de puente (cavos) tienen la fascia plantar acortada y los pies valgos provocan un sobreestiramiento de la fascia plantar que, a la larga, produce dolor”, explica el experto.

Asimismo, el pie plano y las contracturas en el tendón de Aquiles también aumentan la tensión en la fascia plantar, por lo que pueden acarrear la aparición de espolones calcáneos.

Pronóstico

Si la fascitis plantar no se trata puede cronificarse, en cuyo caso el cuadro puede ser muy doloroso, traumático y difícil de curar, originando una fasciosis plantar”, asegura de la Rubia.

¿Cuándo acudir al especialista?

Según el presidente de la Asociación Española de Podología Deportiva y a modo preventivo, “todos los niños a partir de cinco años deberían acudir a la consulta del podólogo para poder evaluar cómo son sus pies y cómo pisan. Es a partir de esa edad cuando hay que tratar los pies, dado que solo hasta los 14 años podemos tratar de modificar cualquier error anatómico, posteriormente las alteraciones se estructuran y resulta más complicado”.

CuídatePlus es la plataforma de responsabilidad social de referencia en prevención y educación en salud en todas las etapas de la vida que cuenta con el aval de Diario Médico y Correo Farmacéutico. En nuestra web podrás encontrar contenidos sobre temas de actualidad relacionados con la salud, alimentación, el ejercicio físico, el bienestar o la sexualidad, entre otros. También podrás informarte sobre todo lo que rodea a las enfermedades, su prevención y tratamientos.

TRATAMIENTO DE LA FASCITIS PLANTAR

Roberto Jiménez Leal¹

1. Profesor Patología Podológica Universidad Alfonso X El Sabio.
Jefe de Servicio de Técnicas Ortopédicas Orthopie-Cpsalud.

CORRESPONDENCIA

Roberto Jiménez Leal.
Clínica del Pie Gómez Maya.
Puerto de Porzuna, 7.
Madrid - 28031.
orthopie@gmail.com

RESUMEN

La fascitis plantar es una causa frecuente de talalgia en el paciente adulto. El dolor es originado frecuentemente por una degeneración colágena a nivel del origen de la fascia plantar en el tubérculo medial del calcáneo.

La etiología de la degeneración son los microtraumatismos repetidos de la fascia plantar que sobrepasan la capacidad para la autoreparación de la misma.

Existen muchas posibilidades terapéuticas, tales como el reposo, estiramientos, fortalecimiento, cambio de calzado, arcos de apoyo, soportes plantares, férulas nocturnas, antiinflamatorios y cirugía. La fascitis plantar debe ser tratada con éxito mediante tratamiento personalizado.

PALABRAS CLAVE

Microtraumatismo, absorción de impactos, hiperpronación.

ABSTRACT

Plantar fasciitis is a common cause of heel pain in adults. The pain is usually caused by collagen degeneration at the origin of the plantar fascia at the medial tubercle of the calcaneus.

The cause of the degeneration is repetitive microtears of the plantar fascia that overcome the body's ability to repair itself.

Many treatment options exist, including rest, stretching, strengthening, change of shoes, arch supports, orthotics, night splints, anti-inflammatory agents and surgery. Plantar fasciitis must be treated successfully by tailoring treatment.

KEY WORDS

Microtrauma, shock absorption, overpronation.

INTRODUCCIÓN

El síntoma clásico de la fascitis plantar es que el dolor más importante se produce por la mañana durante los primeros pasos, aunque no todos los pacientes tienen los mismos síntomas. Los pacientes a menudo advierten el dolor durante comienzo de la actividad y disminuye o desaparece con el calentamiento de la zona. El dolor puede también aparecer con la bipedestación prolongada acompañada de inactividad.

FUNCIONALIDAD

La fascia plantar es una aponeurosis fibrosa que recorre el arco longitudinal interno. La función de la fascia plantar es proveer soporte estático al arco longitudinal interno gracias a su resistencia, y a la absorción de impactos durante la dinámica del paso por su nivel elástico.

ETIOLOGÍA

Los individuos con pies planos, pronados o cavos incrementan el riesgo de desarrollar fascitis plantar. Los pronadores tensan la fascia plantar principalmente durante la fase de apoyo medio, en la cual se produce la hiperpronación subastragalina patológica que desemboca en una tracción exagerada de dicha fascia. Los pacientes con pies cavos tienen un exceso de tensión en su fascia plantar que precisa relajación mediante distintas técnicas que posteriormente pasaremos a relatar.

Otras alteraciones anatómicas que suponen riesgo para sufrir fascitis plantar son la discrepancia de longitud entre miembros inferiores y excesiva torsión tibial externa.

Dentro de los riesgos funcionales que pueden generar la fascitis plantar nos encontramos acortamiento ó debilidad de los gastrocnemios, soleo, tendón de Aquiles y musculatura intrínseca del pie. Debemos tener en cuenta que el acortamiento de la musculatura posterior de la pierna supone aumento en la tensión de la fascia plantar por formar parte del sistema Aquileo-Calcáneo-Plantar.

Sin embargo el sobreuso es la causa más frecuente de fascitis plantar en pacientes deportistas, especialmente la carrera, la cual produce microtraumatismos que afectan al colágeno tisular y no permite la regeneración del mismo.

Esta patología también ocurre en pacientes de edad más avanzada, en los cuales el problema es más biomecánico que de sobreuso. A menudo presentan hipotonía muscular que degenera en un aplanamiento plantar, así como un descenso de la capacidad de regeneración tisular antes comentada.

CLÍNICA

El paciente presenta dolor máximo a nivel de la región plantar medial del calcáneo, aunque también puede aparecer dolor a nivel de la zona proximal y media de la fascia plantar. El dolor puede exacerbarse realizándose una dorsiflexión pasiva de las articulaciones metatarsofalángicas, manteniendo al paciente de puntillas o de talones, es decir, realizando maniobras para tensar la fascia plantar.

DIAGNÓSTICO

En relación al diagnóstico y nomenclatura, la fascitis plantar es a menudo denominada “espolón calcáneo”. Esta denominación es un error puesto que del 15 al 25 % de la población general asintomática tiene “espolones calcáneos” asintomáticos, y muchos individuos con sintomatología no los tienen¹. El espolón calcáneo es una osificación de la inserción de la fascia plantar en la tuberosidad plantar interna del calcáneo que se visualiza en proyección radiográfica lateral.

Desafortunadamente el tiempo de resolución de la lesión es de entre 6 y 18 meses, lo cual puede llevar a frustración de los pacientes y terapeutas. Para los pacientes sedentarios el reposo puede ser suficiente

para mejorar, pero en el caso de deportistas, adultos activos y personas dinámicas la solución del reposo pasa por ser un imposible. Muchos de los terapeutas solicitamos a nuestros pacientes el mayor reposo posible para evitar que se agrave la patología y para lograr que los tratamientos impuestos tengan un mejor resultado en tiempo y forma.

Es igualmente importante corregir los problemas que pueden ser riesgos para sufrir fascitis plantar, tales como sobreesfuerzo, superficies duras en las que se corre ó anda, y calzado utilizado, tanto de calle como deportivo.

Un diagnóstico y tratamiento temprano acorta la duración del tratamiento, a la vez que aumenta la probabilidad de éxito con tratamiento conservador.

TRATAMIENTOS

I. ESTIRAMIENTOS Y FORTALECIMIENTO MUSCULAR.

Estas dos técnicas juegan un importante papel en el tratamiento de esta lesión, y pueden corregir factores de riesgo tales como acortamiento del complejo del Triceps Sural, así como la debilidad de la musculatura intrínseca del pie.



Fig.1.



Fig.2.

Incrementar la flexibilidad de la musculatura posterior de la pierna es importante. Estos ejercicios se realizan habitualmente con ayuda de la pared ó escalones. (Figs. 1 y 2)

Estas posiciones se deben mantener durante un tiempo prolongado, manteniendo y forzando la posición.

También se utilizan, aunque con éxito desigual, las maniobras dinámicas de “masajear” el arco del pie con un bote de bebida o una pelota de tenis. El masaje manual sobre la fascia plantar, así como el estiramiento mediante toalla pueden ayudar a aumentar la flexibilidad de la misma.

En un estudio² el 83% de los pacientes incluidos en programas de estiramientos tuvieron resultados satisfactorios, y el 29% de los pacientes del estudio citaron los estiramientos como el tratamiento que

mejor resultado les había aportado en comparación con el resto, uso de soportes plantares, antiinflamatorios no esteroideos, crioterapia, infiltración, calor, taloneras, férulas nocturnas, vendajes plantares y modificaciones del calzado.

Los programas de fortalecimiento se centran en la musculatura propia del pie. Los ejercicios de coger bolas tipo canica y monedas con los dedos son muy utilizadas.

Para realizar el ejercicio de estiramiento y potenciación muscular con la toalla debemos estar sentados con la toalla traccionando de la planta del pie. Manteniendo el talón sobre el suelo, la toalla es traccionada con fuerza y se debe realizar fuerza tanto con la zona metatarsal como con los dedos.

Contrariamente a lo que se podría pensar, en otro estudio³ nombró el 34.9% de los pacientes tratados el tratamiento de potenciación muscular como el de mayor ayuda a la hora de la resolución de la patología en comparación con el resto de terapias utilizadas y nombradas anteriormente.

II. CALZADO.

Los pacientes a menudo encuentran que con zapatos con suela amortiguadoras, tipo etil vinil acetato de alta densidad como el que se utiliza en calzado deportivo, disminuye el dolor asociado a largos periodos caminando o en posición ortostática. Diferentes estudios⁴ muestran que el calzado deportivo pierde con el tiempo una parte importante de la capacidad de absorción de impactos. Así simplemente adquiriendo un nuevo par de zapatos se puede disminuir el dolor.

Las características que debe tener un calzado adecuado son: suela amortiguadora y contrafuerte semi-rígido de talón.

El cambio del calzado fue citado por el 14% de pacientes con fascitis plantar como lo que más les mejoró².

III. VENDAJES, ARCOS LONGITUDINALES Y SOPORTES PLANTARES

Los pacientes con disminución del arco longitudinal interno teóricamente han perdido parte de la capacidad de absorción de fuerzas generadas por el impacto del paso. Las tres correcciones mecánicas más utilizadas son:

1. Vendaje mediante Tape.
2. Colocación de arcos longitudinales de apoyo.
3. Utilización de soportes plantares.

El Taping

Otro estudio demostró que la terapia mediante vendajes con Tape y el uso de soportes plantares tuvieron un éxito terapéutico considerablemente mayor que la administración de Antiinflamatorios No Esteroideos, infiltraciones con Cortisona o taloneras estándar.⁵

El vendaje mediante Taping fue citado solamente por el 2% de los pacientes como el más efectivo².

El Taping proporciona al paciente soporte transitorio del arco longitudinal interno. Diferentes estu-



Fig. 3.

dios^{6,7} demuestran que en 24 minutos la actividad del vendaje puede disminuir significativamente. Este tipo de terapia se puede utilizar como definitiva o como prueba para ver el posible éxito de la utilización de soporte plantar para relajar la fascia. En atletas, se debe realizar un nuevo vendaje al menos para cada competición o entrenamiento.

Arcos Plantares

La utilización de arcos de apoyo es muy variable en cuanto a los materiales utilizables para lograr confort durante la marcha, adaptación al paciente y mejora de la sintomatología. Es un medio económico para intentar la mejoría del paciente, pero su adaptación no es fácil, y la colocación y mantenimiento en esa colocación tampoco lo es. De esta forma queda claro que no es una de las terapias a tomar como referencia en el tratamiento de esta patología.

Soportes Plantares

Los soportes plantares se deben realizar mediante impresión previa y estudio biomecánico y el objetivo a cumplir será el evitar las alteraciones patomecánicas del paciente como pueden ser pies pronados, retropié valgo, retropié varo compensado, retropié varo con primer metatarsiano plantarflexionado, y discrepancias de longitud de los miembros inferiores.

Para pacientes con fascitis plantar la prescripción varía según la patología de origen en soportes de EVA de media densidad con apoyo de arcos plantares y lámina amortiguadora de Porón o material similar hasta subcapital o retrocapital (Fig. 3), ó soportes de polipropileno de 2 ó 3 milímetros posteados en EVA de alta densidad para mantener la corrección de la posición del retropié, y talonera embutida larga de Porón o material similar para aumentar la amortiguación durante el impacto del talón en la fase de contacto. (Fig. 4)

Para algo más del 25% de los pacientes tratados de fascitis plantar el tratamiento más resolutivo fueron, según estudios realizados, los soportes plantares².



Fig. 4.

IV. TALONERAS

Las taloneras son dirigidas teóricamente a disminuir la intensidad del impacto sobre el talón y también a relajar la tensión de la fascia plantar mediante la elevación del talón con un material blando. Se ha demostrado que el resultado positivo del tratamiento con esta terapia ha sido principalmente positivo en pacientes con poca grasa plantar en el talón ó con talones doloridos, pero no en fascitis plantar.³ Se ha mostrado como un tratamiento muy poco efectivo para esta patología⁸.

La utilización de taloneras elevadoras de alta densidad no mejoran la amortiguación ni disipan el impacto, solamente envían carga al antepié y relajan la musculatura posterior de la pierna, mientras que las de silicona y derivados son pesadas e inestables por su "flaneo". Ninguna de estas taloneras proporcionan relajación de la fascia plantar.

V. FÉRULA NOCTURNA

Se utilizan para mantener la posición de 90° en la articulación del tobillo. La gran mayoría de las personas duermen con una posición de flexión plantar de esta articulación, lo cual causa por esta "ferulización nocturna" un acortamiento de la musculatura posterior de la pierna y por tanto un aumento de la tensión de la fascia plantar. Otro factor agravante de este acortamiento es la utilización de tacón más o menos exagerado en el calzado.

Con esta terapia se logra un estiramiento de la fascia durante la noche, de tal manera que cuando el paciente posa el pie en el suelo por la mañana, teóricamente, la fascia está menos tensa. Existen férulas nocturnas a medida o prefabricadas.

En varios estudios se demuestra que este tipo de férula mejora aproximadamente al 80% de los pacientes que la usan, pero para ello deben ser pacientes que tengan esta lesión durante al menos 12 meses⁹.

Las férulas nocturnas han sido designadas como el mejor tratamiento por aproximadamente un tercio de los pacientes que las probaron.^{2,3} Entre las desventajas de las férulas están la falta de confort del paciente y del compañero/a del paciente a la hora de dormir.

CONCLUSIONES

El tratamiento de esta patología comienza en la prevención. Debemos estirar antes y después de la práctica deportiva. En el caso de sufrir la lesión la utilización de potenciación y estiramiento muscular, soportes que mejoren la biomecánica articular y, si es necesario, la utilización de férulas nocturnas para elongar la musculatura posterior de la pierna pueden ser la clave de un resultado brillante.

Lo que no debemos dudar es que para realizar un buen tratamiento debemos antes haber ejecutado un correcto diagnóstico, y el camino hacia el éxito será mucho más sencillo y directo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Singh D, Angel J, Bentley, G, Trevino SG. Plantar fasciitis. BMJ 1997;315:172-5.
2. Wolgin M, Cook C, Graham C, Mauldin D. Conservative treatment of plantar heel pain: long-term follow-up. Foot Ankle Int 1994;15:97-102.
3. Martin RL, Irrgang JJ, Conti SF. Outcome study of subjects with insertional plantar fasciitis. Foot Ankle Int 1998;19:803-11.
4. Reid DC. Sports injury assessment and rehabilitation. New York: Churchill Livingstone, 1992.
5. Lynch DM, Goforth WP, Martin JE, Odom RD, Preece CK, Kotter MW. Conservative treatment of plantar fasciitis. A prospective study. J Am Podiat Med Assoc 1998;88:375-80.
6. Lohrer H, Alt W, Gollhofer A. Neuromuscular properties and functional aspects of taped ankles. Am J Sports Med 1999;27:69-75.
7. Manfroy PP, Ashton-Miller JA, Wojtyk EM. The effect of exercise, prewrap, and athletic tape on the maximal active and passive ankle resistance of ankle inversion. Am J Sports Med 1997;25:156-63.
8. Gill LH, Kiezbak GM. Outcome of nonsurgical treatment for plantar fasciitis. Foot Ankle Int 1996;17:527-32.
9. Batt ME, Tanji JL, Skatsum N. Plantar fasciitis: a prospective randomized clinical trial of the tension night splint. Clin J Sports Med 1996;6:158-62.



Medicina basada en la evidencia

Evidencia en el manejo no quirúrgico de la fascitis plantar

Dr. Ezequiel Santa Coloma, Dr. Miguel A. Khoury

■ INTRODUCCION

La fascitis plantar es el motivo de consulta más común referido al pie. Se estima que entre el 10% y el 15% de todas las consultas al subespecialista en pie se pueden atribuir a esta condición y que aproximadamente el 10% de las personas experimenta esta patología a lo largo de su vida.

Es considerado un trastorno auto-limitado ya que en el 80% a 90% de los casos los síntomas desaparecen dentro de los 10 meses. Sin embargo, este intervalo de tiempo es frustrante tanto para los pacientes como para los médicos. Existen actualmente numerosos tratamientos invasivos, quirúrgico y no quirúrgico, que pretenden acelerar la resolución de los síntomas, sobretudo en atletas de alto rendimiento, pero no todos cuentan con altos niveles de evidencia que los sustentan.

Sin datos de alta calidad para identificar cuáles son los tratamientos exitosos, la toma de decisiones en el tratamiento de esta condición muchas veces es arbitraria y anecdótica. El presente artículo pretende revisar las conductas terapéuticas publicadas en la literatura actual, a fin de evaluar la evidencia científica existente para la utilización de las mismas, proporcionando los grados de recomendación para cada una.

■ DIAGNOSTICO

Etiopatogenia

La aponeurosis plantar o fascia se compone de tres bandas: lateral, medial y central. La central es la

dominante originándose en el tubérculo medial de la superficie plantar del calcáneo, donde se encuentra protegida por una almohadilla grasa y desde allí viaja hasta los dedos del pie como una banda sólida dividiéndose que luego en 5 al pasar por las cabezas de los metatarsianos, para finalmente insertarse en las bases de las falanges proximales. Estas inserciones, se acortan funcionalmente cuando los dedos se extienden, ya que la fascia envuelve cada cabeza de los metatarsianos, tomando punto fijo en las mismas, Hicks fue el primero en describir esto y lo denominó “efecto Windlass” o también conocido como “efecto molinete”. Este ayuda a la supinación del pie durante la última parte de la fase de apoyo.

Otro elemento importante de la región es el nervio tibial posterior, antes de su ingreso en el túnel del tarso el da ramos mediales que inervan la región del talón. A un nivel variable EL nervio se divide en dos ramos terminales uno medial y otro lateral. Al ingreso en el túnel del tarso tanto el nervio tibial posterior como sus ramas terminales son pasibles de sufrir compresiones (síndrome del túnel del tarso). La primer rama que se desprende del nervio plantar lateral es el nervio del Aductor del V dedo (Nervio de Baxter), puede sufrir compresiones a la salida del túnel del tarso, mientras transcurre por entre el cuadrado plantar y el Abductor del hallux (Síndrome de Baxter). Estas referencias anatómicas, son de gran importancia para entender algunos diagnósticos diferenciales.

La fascitis plantar se define como una degeneración de la aponeurosis plantar proximal. La literatura general concuerda en que su origen se debe a un proceso de sobrecarga mecánica excesiva que aumenta la tensión sobre la fascia originando microdesgarros. El lugar donde frecuentemente ocurre esto es cercano a la tuberosidad medial del calcáneo. Similar a otras entesitis los hallazgos patológicos incluyen cambios degenerativos con prolife-

Dr. Ezequiel Santa Coloma
Traumatología del deporte - Cleveland Orthopaedics (011) 4815-0246
Centro Diagnostico Rossi (011) 4011-8080
Ezequielsantacoloma@gmail.com

Dr Miguel A. Khoury
Traumatología del deporte - Cleveland Orthopaedics (011) 4815-0246
Miguelkhoury@yahoo.com

ración de fibroblastos, angiodisplasia, degeneración del colágeno y limitada evidencia de inflamación aguda. Si bien inicialmente se produce una inflamación, esta cesa y ante los reiterados aumentos de la fuerza ténsil sobre la fascia y las continuas microrupturas se origina la entesopatía.

□ Los médicos deben evaluar tanto las deficiencias en los músculos, los tendones y los nervios del pie, así como la fascia plantar, cuando un paciente presenta dolor en el talón.

Factores de riesgo

Las causas específicas que originan la fascitis plantar son diversas y mal comprendidas, Riddle y col. determinaron los riesgos de padecer esta patología en pacientes no atletas comparando 50 pacientes con sintomatología vs. control, estudio nivel II de evidencia y determinaron que el riesgo se encontraba aumentado con la disminución de la flexión dorsal de la articulación tibioperoneoastragalina. La actividad laboral de pie y el aumento del IMC por encima de 30 kg/m² también aumentaron el riesgo de padecer la misma. Aunque la disminución de la dorsiflexión del tobillo parece ser el más significativo.

En un estudio sistemático, también nivel II, Irving y col. revisaron los factores de riesgo asociados con talalgia. En pacientes no deportistas el aumento del IMC entre 25 - 30 kg/ m² asociado al espolón calcáneo se vio fuertemente asociado a la fascitis plantar. Asimismo se encontró una asociación débil en pacientes deportistas con aumento del IMC, con el aumento de la edad, actividades de pie, disminución de la dorsiflexión de tobillo y disminución de la movilidad de la articulación metatarsofalángica del hallux. La relación del apoyo estático y dinámico del pie no reveló datos concluyentes.

Asimismo la fascitis plantar presenta un riesgo aumentado en pacientes con una artropatía seronegativa. Por lo general los síntomas están presentes de forma bilateral en estos casos. En estas enfermedades reumáticas la entesitis ocurre debido a causas endógenas desconocidas. Puede estar asociado frecuentemente al síndrome de Reiter, la artropatía psoriásica, espondilitis anquilosante y espondiloartritis enteropática.

□ Los principales factores de riesgo involucrados en la fascitis plantar a los que se debe prestar especial atención son el IMC aumentado, la actividad de pie y especialmente la disminución de la dorsiflexión de tobillo.

Diagnóstico

El diagnóstico de fascitis puede hacerse con seguridad mediante la anamnesis y el examen físico.

El paciente relata típicamente dolor al apoyo sobre todo luego de varias horas de no cargar, especialmente en el primer paso de la mañana. Habitualmente el aumento de la actividad de pie o la distancia o la intensidad de la marcha/carrera, genera mayor dolor al final del día. Es común identificar algún cambio de modalidad de entrenamiento o calzado, por lo que muchas veces se impone descartar otras lesiones por sobreuso, como ser fracturas por estrés.

Por lo general el dolor es agudo en la inserción calcánea de la fascia en la porción anteromedial. Si el dolor es intenso puede originar reingreso con los primeros pasos. Las parestesias no son comunes y de hacerse presente deberá pensarse en patología compresiva nerviosa asociada.

□ Talalgia anteromedial, más evidente con el primer paso de la mañana, que empeora con el aumento de la actividad de pie y frecuentemente precipitada por modificaciones recientes de los hábitos, debe hacer pensar en esta patología. Algunas maniobras útiles que ayudan a definir esta patología son el apoyo del pie, el arco de movilidad del tobillo, la evaluación del túnel tarsal y el test de Windlass.

□ Los siguientes diagnósticos diferenciales que deben tenerse en cuenta ante presentaciones atípicas o fascitis plantares que no responden al tratamiento son: fractura por estrés o edema óseo del calcáneo, atrofia grasa, ruptura de la fascia, enfermedad de Sever, enfermedad de Paget y radiculopatías.

Diagnóstico por imágenes

Los estudios por imágenes no son necesarios para el diagnóstico de fascitis plantar, deben pedirse inicialmente si existen dudas en cuanto al diagnóstico o ante presentaciones atípicas. Las radiografías simples pueden revelar artritis, neoplasias u otras lesiones óseas o de tejidos blandos.

Osborne y col. compararon Rx. del pie de perfil con apoyo, en grupos con síntomas y en personas que nunca habían presentado talalgia, para evaluar los cambios radiológicos en 27 pacientes con fascitis plantar en comparación con 79 controles. El espolón calcáneo se observó en el 85% de los pacientes con patología y en el 46% del grupo de control. Concluyendo que el hallazgo del espolón no era significativo. Sin embargo el aumento del espesor de la fascia plantar y anomalías en la almohadilla de grasa observados en la radiografía fueron los dos mejores factores que diferenciaron los grupos, con una sensibilidad del 85% y una especificidad del 95 %.

La gammagrafía ósea presenta una sensibilidad de

entre el 60% a 98% y una especificidad del 86% para el diagnóstico de fascitis plantar, resultando aun más útil para detectar la fractura por estrés del calcáneo.

La resonancia magnética puede demostrar engrosamiento de la fascia plantar. La fascia de los pacientes sintomáticos se ha medido en $7,40 \pm 1,17$ mm, mientras que en voluntarios asintomáticos mide $3,22 \pm 0,44$ mm.

La ecografía ha recibido mayor atención recientemente por su capacidad de diagnóstico, su bajo costo y su papel en la orientación a los tratamientos locales. La fascia puede ser fácilmente diferenciada de la almohadilla grasa superficial y del calcáneo subyacente. El espesor normal de la fascia se ha reportado entre dos y cuatro milímetros, mientras que la patológica se observa entre cinco y siete milímetros con la ecografía.

■ TRATAMIENTO

Numerosas intervenciones han sido descritas para el tratamiento de la fascitis plantar, pero pocos estudios randomizados a doble ciego y bien diseñados nivel I de evidencia han sido llevados a cabo para sustentar las diferentes terapias. Algunas investigaciones comparar dos o más tipos de tratamientos, mientras que otros comparan un tratamiento con un grupo control tratado con placebo. El inicio del tratamiento en las primeras 6 semanas de aparición de los síntomas se cree que aumenta la velocidad de recuperación, sin embargo, esto aun no ha podido ser demostrado y el debate se mantiene con respecto al manejo ideal de la fascitis plantar.

Antiinflamatorios

Los antiinflamatorios tanto si se administran por vía oral, por vía tópica, o inyectables, han sido la piedra angular en el tratamiento de la fascitis plantar. Los AINE se utilizan habitualmente, pero su valor específico solo ha sido revisado por un solo estudio, Donley y col. revisaron de forma prospectiva 29 pacientes tratados con taloneras, ejercicios de estiramiento y férulas nocturnas. Además asignaron al azar a un grupo placebo frente a un grupo con inhibidor de COX-2. El dolor y la discapacidad mejoró en ambos grupos y no hubo diferencia estadística entre ambos en 1, 2 y 6 meses. Ningún estudio ha examinado los AINE como una entidad aislada.

□ La utilización de Aines frente a la aparición de la fascitis plantar podría tener un efecto beneficioso al corto plazo, menos de 4 semanas, pero no hay evidencia disponible que sustente su utilización

más allá de este periodo inicial.

Existe limitada evidencia que sustente la infiltración con corticoides en la fascia. Acevedo y Beskin en un estudio retrospectivo de 765 pacientes diagnosticados con fascitis plantar, nivel III, reportaron 122 pacientes que recibieron infiltraciones con corticoides. 44 pacientes (36 %) sufrieron ruptura de la fascia, aun más significativo fue el hecho que de estos pacientes con ruptura el 50% continuaban con síntomas luego de 27 meses de seguimiento. Sin embargo estudios más recientes reportan riesgo mínimo de ruptura. Gene y col. reportaron la infiltración con corticoides de la fascia bajo guía ecográfica en 47 talones de 30 pacientes y le realizaron control con ecografía, reportando una disminución significativa del engrosamiento de la misma al mes y a los 6 meses; no reportando efectos adversos.

Tsai y col. en un estudio nivel III, infiltraron 25 pacientes sintomáticos, 12 guiados con ecografía y 13 mediante la palpación del punto de mayor dolor. Los dos grupos mejoraron significativamente a las dos semanas, pero el grupo guiado mediante la palpación tuvo una tasa de recidiva mayor (6/13) vs. el grupo guiado con ecografía (1/12).

En otro ensayo prospectivo, randomizado, con grupo control (Nivel II); Crawford y col investigaron la eficacia de los corticosteroides inyectados de forma local para el tratamiento de la fascitis plantar. Se incluyeron 106 pacientes los cuales fueron asignados al azar a uno de los cuatro grupos de tratamiento. El grupo 1 recibió una inyección que contenía 25 mg de prednisolona y 1 ml de lidocaína aplicado en el origen de la fascia plantar, el grupo 2 recibió un bloqueo del nervio tibial seguido de una inyección que contenía 25 mg de prednisolona y 1 ml de lidocaína, el grupo 3 recibió una inyección que contiene lidocaína solamente y el grupo 4 solo recibió un bloqueo del nervio tibial seguido por una infiltración con lidocaína. Se evaluó el dolor, como principal medida de resultado y se midió mediante la EVA antes de la intervención y a los 1, 3 y 6 meses post-tratamiento. Las reducciones en las puntuaciones de dolor fueron significativamente mayores a un mes en los 2 grupos que recibieron inyecciones que contienen esteroides. Sin embargo, a los 3 y 6 meses, no se detectaron diferencias significativas entre los grupos. Los autores concluyeron que una sola inyección que contenga esteroides alivia el dolor a corto plazo, pero ningún beneficio terapéutico a largo plazo.

□ La infiltración de la fascia plantar con corticoides cuenta con evidencia intermedia que sustenta su aplicación, sin embargo su efecto beneficioso mas allá de las 4 semanas no esta probado, además

presenta las complicaciones sistémicas de la aplicación de corticoides y los inconvenientes inherentes a la aplicación local, como ser la ruptura, la degeneración de la almohadilla, etc.

Gudeman y col. realizaron un estudio nivel II, 40 talones en 39 pacientes, a 20 talones se les realizó tratamiento con placebo constituyendo el grupo control y al grupo de estudio se lo trató mediante iontoforesis con dexametasona fosfato sódica USP al 0,4%, ambos grupos recibieron 6 sesiones de fisioterapia por 2 a 3 semanas. El grupo tratado con iontoforesis mejoró inicialmente de forma significativa frente al grupo control, pero luego de un mes no hubo diferencias entre ambos. Por lo que los autores concluyeron que esta modalidad solo debe ser aplicada en pacientes que requieran una rápida resolución de los síntomas.

Osborne y Allison condujeron un estudio randomizado comparativo nivel II de 31 pacientes divididos en 3 grupos a los que se les aplicó iontoforesis. Al primer grupo, el control, se le aplicó cloruro de sodio al 0,9%, al segundo dexametasona al 0,4% y al tercero ácido ascético al 5%. Se les aplicaron 6 sesiones repartidas en dos semanas. Asimismo se les realizaron ejercicios de elongación y fortalecimiento y un taping. Ambos grupos mejoraron significativamente luego de las dos semanas, el grupo al que se le aplicó ácido ascético mejoró aun más el dolor del primer paso de la mañana, pero el grupo tratado con dexametasona mantuvo el alivio de los síntomas luego de finalizado el tratamiento.

□ La dexametasona al 0,4% y el ácido ascético al 5% aplicados mediante la iontoforesis alivian el dolor y mejoran la función a corto plazo, 2 a 4 semanas.

Masoterapia

A pesar de la creencia popular de la efectividad de esta técnica para el tratamiento de la fascitis plantar, existe una mínima evidencia a favor de la terapia manual y la movilización nerviosa que sustente su utilización. Los reportes de pocos casos, muestran una escasa utilidad al corto plazo, 1 a 3 meses.

Ejercicios

Numerosos estudios recomiendan los programas de elongación y fortalecimiento de la musculatura extrínseca e intrínseca del pie. Estos se encuentran justificados por la relación anatómica del tendón de Aquiles con la fascia y por el hecho de que la disminución de la dorsiflexión de tobillo constituye el principal factor de riesgo ante este padecimiento.

Porter y col realizaron un estudio comparativo randomizado, nivel II, basado en la duración y fre-

cuencia de la elongación de la musculatura de la cadena posterior de la pierna y observaron las modificaciones de la dorsiflexión de tobillo. Se incluyeron 54 pacientes con fascitis que realizaron ejercicios de elongación sostenida de 3 minutos tres veces por día, 41 individuos con fascitis que realizaron ejercicios de forma intermitente, 20 segundos dos veces por día y 41 individuos sanos que sirvieron de control. Los dos grupos de tratamiento obtuvieron mejoras de la movilidad al mes, aunque los resultados en cuanto a movilidad fueron mejores en el grupo que elongó de forma sostenida, no hubo diferencias en ambos grupos de tratamiento a los cuatro meses. La mejora del dolor se correlaciona con la mejora en la movilidad.

Di Giovanni condujo un estudio prospectivo, nivel III, para determinar si ejercicios específicos de elongación de la musculatura intrínseca serían más efectivos que la elongación de los músculos de la pierna. Basados en la hipótesis de que los ejercicios específicos obtendrían mejores resultados y aceptación del paciente, analizaron 101 sujetos divididos en dos grupos. Obtuvieron mejores resultados a las 8 semanas en el grupo que elongó solo la musculatura intrínseca del pie, 52%; contra un 22% de mejora del grupo que elongó la cadena posterior de la pierna.

□ La elongación de la musculatura intrínseca y extrínseca del pie reporta buenos resultados a corto plazo, 1 a 4 meses. Se sugiere realizarlos 2 a 3 veces por día, no pareciendo haber diferencias si se hace en forma sostenida (3 minutos) o intermitente (30 segundos).

Taping

La utilización del taping pareciera aportar buenos resultados a corto plazo en pacientes con esta patología. Hyland condujo un estudio nivel III comparando el uso del taping calcáneo en un grupo, un falso taping en otro grupo, el uso del taping combinado con ejercicios en un tercer grupo y finalmente un grupo que solo realizó ejercicios. El taping fue diseñado para invertir la posición del calcáneo y se obtuvieron resultados significativos en la escala del dolor, no así en los scores funcionales, del grupo que usó el taping calcáneo vs el resto de los grupos; sin embargo solo se evaluó a la semana de instaurado el tratamiento.

Radford en un estudio comparativo prospectivo, nivel III, evaluó 92 pacientes divididos en dos grupos, uno al que se le realizó taping y otro al que se le fingió tratamiento con ultrasonido. Se evaluó inicialmente y a la semana, la EVA, el dolor al primer paso de la mañana, la función y se usó el "Food Health Status Questionnaire". Los resultados

fueron similares a los de Hyland, alivio en el dolor, sobre todo del primer paso, no así en la función.

□ La utilización del taping puede mejorar el dolor al corto plazo, de 7 a 10 días. Sin observarse mejoras funcionales, ni demostrarse resultados más allá de este periodo.

Ortesis

Una amplia variedad de ortesis prefabricadas y a medida que incluyen taloneras, soportes para el arco y plantillas se han utilizado para tratar la fascitis plantar. Numerosos estudios han comparado múltiples diseños ortopédicos para el tratamiento de la fascitis plantar. Pfeiffer y col realizaron un estudio multicéntrico que incluyó a 236 pacientes con fascitis plantar, se asignaron al azar 5 grupos (nivel II). Todos realizaron elongación de la fascia y del tendón de Aquiles. El grupo 1 solo realizó estiramiento, mientras los otros cuatro grupos llevaban diferentes ortesis. Se evaluaron scores funcionales al inicio del estudio y a las 8 semanas. Los autores no encontraron diferencias significativas entre los grupos que utilizaron las ortesis, sin embargo un subgrupo de pacientes que estaba más de 8 horas diarias de pie obtuvo peores resultados con plantillas confeccionadas a medida que los que usaron ortesis prefabricadas. Los mejores resultados con las ortesis prefabricadas podrían deberse a las propiedades de amortiguación superiores de los materiales con las que estaban fabricadas.

Roos y col, en un estudio prospectivo y randomizado (Nivel II) compararon ortesis premoldeadas con férulas nocturnas. Cuarenta y tres pacientes con fascitis plantar se dividieron al azar para recibir ortesis sola, férula nocturna sola o ambos. Los pacientes fueron evaluados con hasta 1 año de seguimiento. Todos los grupos presentaron una mejoría significativa a las 12 semanas y se mantuvieron por un año. No hubo diferencias significativas entre los tres grupos en ninguna etapa. Los autores concluyeron que aunque ambos tratamientos disminuyeron el dolor, la tasa de cumplimiento del tratamiento de las plantillas ofrece una clara ventaja sobre las férulas nocturnas.

Landorf y col publicaron un estudio prospectivo randomizado de 135 pacientes con fascitis plantar (nivel I de evidencia) donde un grupo recibió ortesis no terapéuticas (de espuma suave y delgadas), una ortesis prefabricada y una ortesis personalizada (semirígida de plástico). Dolor y la función se evaluaron a los 3 y 12 meses. Ambos parámetros mejoraron en los prefabricados y en el grupo ortopédico en comparación con el grupo no terapéutico a los 3 meses, observándose mejorías, estadísticamente significativas, en el score funcional del

grupo con plantillas diseñadas personalmente. A los 12 meses, no se observaron diferencias significativas entre los grupos. Los autores concluyeron que las diferencias a corto plazo entre los grupos de tratamiento y el grupo de control de justifican el uso de ortesis en el tratamiento de la fascitis plantar.

□ Los resultados a corto plazo (3 meses) demuestran buena evidencia que apoya el uso de las ortesis para el pie en el tratamiento de la fascitis plantar. Sin observarse diferencias mensurables entre las plantillas hechas personalmente sobre las ortesis prefabricadas. Sin embargo las evidencias que sustentan su uso a largo plazo, alrededor de los 12 meses, no son tan firmes.

Férulas nocturnas

Varios estudios prospectivos y aleatorizados han investigado la efectividad de las férulas dorsiflexión del tobillo en posición supina durante el sueño. Estos dispositivos se usan a la noche para mantener el tobillo en posición neutral y por lo tanto prevenir la contractura de la fascia plantar y complejo gastrocnemio-sóleo. La ausencia de dolor en el talón al levantarse de la cama por la mañana se considera un beneficio directo de estos dispositivos.

Batt evaluó prospectivamente el efecto de las férulas nocturnas en 33 pacientes con fascitis (Nivel II). El grupo control usó taloneras de silicona, tomó anti-inflamatorios no esteroides y elongación del tendón de Aquiles. El grupo de tratamiento siguió la misma pauta e usó férulas nocturnas diseñadas para mantener el tobillo cerca de la dorsiflexión máxima durante el sueño. Todos los pacientes en el grupo de tratamiento experimentaron un alivio clínico sustancial en un tiempo medio de 12,5 semanas. El grupo control fue evaluado en un intervalo diferente, y después de 8,8 semanas, sólo seis de los 17 pacientes tenían alivio clínico. Los 11 fracasos en el grupo control pasaron al grupo de tratamiento y 8 de estos 11 pacientes experimentaron alivio del dolor.

Powell evaluó las férulas nocturnas como modalidad única de el tratamiento de la fascitis plantar crónica (Nivel de evidencia II). Treinta y siete pacientes randomizados en 2 grupos fueron seguidos durante 6 meses. Un grupo usó férulas durante el primer mes del estudio, mientras que el otro llevaba férulas durante el segundo mes. Ninguno de los grupos usó férulas durante los últimos 4 meses del estudio. Después del primer mes de la estudio, el grupo que durmió con las férulas demostró importantes mejoras en dos diferentes sistemas de puntuación clínica. Durante el segundo mes, el grupo que cruzó a la utilización de las férulas demostró

una mejoría significativa en las puntuaciones medias. Después de 6 meses, ambos grupos mantuvieron la mejora en sus resultados observados con el uso de la férula nocturna.

Probe dirigió un estudio prospectivo, aleatorizado para evaluar el efecto de las férulas en pacientes que recibieron otras modalidades terapéuticas (nivel I). Cientodieciseis pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos. Los miembros del primer grupo tomaron AINES, realizaron elongación y cambios en su calzado. El otro grupo siguió la misma pauta e utilizó la férula nocturna dorsiflexión durante 3 meses. La evaluación ciega de los dos grupos se realizó a los 4, 6, y 12 semanas. Los autores no detectaron diferencias significativas entre los resultados de los grupos. No atribuyendo ningún beneficio con el uso de férulas nocturnas en su estudio.

❑ Existe evidencia controvertida para la utilización de las férulas nocturnas en el tratamiento de la fascitis plantar, su uso se recomienda para pacientes que llevan alrededor de 6 meses sin alivio de los síntomas y por 1 a 3 meses. Las diferentes variantes de férulas no parecen tener influencia en el resultado.

Plasma Rico en plaquetas

El uso de PRP en el pie sólo ha sido estudiado para el tratamiento de la fascitis plantar crónica refractaria al tratamiento. Barrett y Erredge (nivel IV) informaron una pequeña serie de pacientes con fascitis plantar crónica. El diagnóstico fue confirmado por ecografía. Se sometió a los pacientes a un período de 90 días, antes de la inyección con PRP, donde los AINES y las inyecciones de corticosteroides estaban prohibidos. La inyección de PRP se administró en la fascia plantar medial con la guía ecográfica. Seis de nueve pacientes lograron alivio sintomático completo después de 8 semanas, al grupo con mejora insuficiente se le ofreció la una segunda inyección de PRP. Uno de los tres sin éxito inicial logró una resolución completa de síntomas. Por lo que el estudio reveló un 77,9% de resolución completa de los síntomas al año.

❑ Los pacientes con fascitis plantar refractaria, con un estudio por imágenes confiable que confirme el diagnóstico y que no hallan respondido a las múltiples modalidades conservadoras incluyendo terapia física, magnetoterapia, ortesis, pueden ser candidatos a las inyecciones de PRP, como paso previo al tratamiento quirúrgico. Si bien no existen estudios de alto nivel de evidencia que sustenten su uso, los efectos del PRP en los trabajos de ciencias básicas son prometedores. El protocolo debe incluir después de la inyección un programa de rehabilita-

ción tradicional y un retorno gradual a la actividad de 6 a 8 semanas.

Ondas de choque electromagnéticas

Los que practican la terapia extracorpórea con ondas de choque, afirman que ofrece una alternativa efectiva en el tratamiento de la fascitis plantar crónica que no ha respondido a otros tratamientos no quirúrgicos. El mecanismo de acción es similar a la litotricia para el tratamiento de cálculos renales, en el que las ondas acústicas disipan energía mecánica en la interfase de dos sustancias de diferente impedancia acústica y generando una respuesta inflamatoria con potencial de reparación. En la actualidad las ondas de choque han sido clasificadas como de alta o baja energía, basado en la magnitud de la onda generada por el dispositivo. Las de alta energía requieren anestesia y se administra en una sola sesión, mientras que las bajas evitan la anestesia y normalmente se administra en tres sesiones semanales.

Buchbinder y colaboradores realizaron un estudio doble ciego, randomizado, controlado con placebo para evaluar la eficacia de las ondas de choque con un dispositivo de bajo consumo (nivel I de evidencia). Ciento sesenta pacientes con fascitis plantar de al menos 6 semanas de evolución fueron asignados aleatoriamente para recibir una aplicación semanal guiada con ecografía de ondas de choque por 3 semanas o se les administró de forma idéntica un tratamiento simulado. Los pacientes que habían sido previamente tratados con ortesis y paracetamol continuaron con su uso, sin embargo otras terapias no se les permitieron durante el estudio. A las 6 y 12 semanas, los autores midieron el dolor en una escala analógica visual y evaluaron los resultados funcionales. Ambos grupos mostraron importantes mejoras en todas las medidas de resultado, no hubo diferencias significativas entre el tratamiento y el placebo, en ninguno de los resultados medidos. Basándose en sus hallazgos, los autores concluyeron que no había evidencia que apoye este dispositivo en particular para el tratamiento de la fascitis plantar. A pesar de por lo demás bien diseñado del estudio, este incluyó a pacientes con un muy corto tiempo de duración de los síntomas. La mayoría de los ensayos evalúan la eficacia de esta terapéutica en sujetos con al menos 6 meses de duración de los síntomas. Esta variación en el criterio de inclusión de este estudio puede limitar la relevancia de estos hallazgos.

Rompe y col. evaluaron prospectivamente los resultados de las ondas de choque electromagnéticas de baja potencia en un estudio aleatorizado, doble ciego que incluyó a 112 pacientes con al menos 6 me-

ses de síntomas de fascitis plantar (nivel I de evidencia). Ambos grupos se sometieron a ondas de choque electromagnéticas una vez por semana durante 3 sesiones, sin embargo el grupo de tratamiento recibió 1.000 impulsos de baja energía, mientras que el grupo control recibió sólo el 10 impulsos durante cada sesión. Los autores midieron la satisfacción del paciente con una escala que incluyó el dolor con una escala analógica visual, la función y la caminata sin dolor. A los 6 meses, el grupo de tratamiento demostró 57% de resultados buenos a excelentes en comparación con sólo el 10% en el grupo placebo. La diferencia en la EVA del dolor resultó ser estadísticamente significativa en favor al grupo de tratamiento por una puntuación de 19 en comparación con 77 del grupo placebo. El 51% de pacientes del grupo de tratamiento fueron capaces de caminar sin dolor a los 6 meses en comparación con ninguno en el grupo placebo. Los pacientes fueron reevaluados a los 5 años. En ese momento, más de la mitad (58%) del grupo placebo se habían sometido a liberación quirúrgica de la fascia plantar, mientras que sólo el 13% del grupo de tratamiento habían sido sometidos a este procedimiento.

Ogden y col. investigaron la eficacia de las ondas de choque con un dispositivo de alta energía en un estudio aleatorizado, controlado con placebo, ciego, multicéntrico (Nivel I de evidencia). Todos los pacientes padecían los síntomas durante un mínimo de 6 meses y habían sido tratados con al menos 3 diferentes modalidades antes de la inscripción en este estudio. Los pacientes fueron evaluados con 4 criterios: dolor evaluado por el investigador y dolor por la mañana, aumento de su actividad y la ausencia del uso de analgésicos evaluados por el paciente. Los autores consideran el éxito del tratamiento, si el dolor había disminuido al menos 50% (evaluado por el observador y por el paciente) y si los otros dos criterios se habían cumplido. 293 pacientes fueron aleatorizados, un grupo recibió una sola sesión de alta energía de pulso electromagnético y al grupo de simulación se le administró placebo de anestesia y una almohadilla de espuma bloqueó la transmisión de ondas de choque al pie. Después de 3 meses a los pacientes de ambos grupos que fueron considerados fracasos se les ofreció nuevamente tratamiento activo, lo que permitió un crossover por fallas en el grupo placebo. A los 3 meses, los autores reportaron un éxito del 47% en el grupo de tratamiento activo y 30% en el grupo placebo. Esta diferencia fue estadísticamente significativa. De los fracasos en el grupo placebo que eligieron el cruce, el 43% posteriormente alcanzó el éxito. Aunque un efecto positivo del trata-

miento se encontró en este estudio, la falta de aplicación de medidas de resultado más universales impide comparaciones más claras con otros ensayos.

Thomson y otros publicaron un meta-análisis sobre la eficacia de los pulsos electromagnéticos para la fascitis plantar (Nivel I de evidencia). La revisión de todos los ensayos controlados aleatorios entre 1966 y 2004, se identificaron 15 estudios. 6 demostraron estadísticas suficientes para permitir la puesta en común del resumen de sus datos y combinar sus criterios de inclusión. El meta-análisis incluyó a un total de 897 pacientes. Los efectos adversos atribuibles a las ondas de choque son relativamente menores como el enrojecimiento de la piel, inflamación local, entumecimiento y sensación de ardor. Los resultados demostraron un efecto significativo con respecto al dolor por la mañana. La mejoría clínica fue estadísticamente significativa ($p = 0,04$), aunque la importancia de los beneficios observados no está clara.

□ Si bien existen buenos resultados, publicados por estudios con altos niveles de evidencia, en cuanto al uso de las ondas de choque electromagnéticas para el tratamiento de la fascitis plantar refractaria, esta terapia aun es un punto generador de conflicto. La investigación de esta técnica es deficiente debido a las inconsistencias en sus metodologías. Sumado a la falta de consenso en cuanto su aplicación y evaluación. Por estas razones esta terapia aun carece de un fuerte grado de recomendación.

■ CONCLUSION

A pesar de las limitaciones de esta revisión en el en cuanto al manejo y tratamiento conservador de la fascitis plantar, esperamos haber puntualizado conceptos que puedan guiar el enfoque colectivo hacia esta patología frecuente y difícil.

Hacemos hincapié en la identificación de las alteraciones anatómicas y biomecánicas así como en los demás factores de riesgo. Debemos descartar posibles diagnósticos diferenciales que ocasionen la talalgia y afrontar esta patología con todas las herramientas efectivas y disponibles del tratamiento conservador, a fin de evitar la última y aun más conflictiva fasciotomía quirúrgica.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Batt, ME; Tanjl, JL; Skattum, N: Plantar fasciitis: a prospective randomized clinical trial of the tension night splint. *Foot Ankle Int* 6:158 – 162, 1999.
2. Baxter, DE; Thigpen, CM: Heel pain—operative re-

- sults. *Foot Ankle* 5:16 – 25, 1984.
3. Berkowitz, JF; Kier, R; Rudicel, S: Plantar fasciitis: MR Imaging. *Radiology*. 179(3):665 – 7, 1991.
 4. Buchbinder, R; Ptasznik, R; Gordon, J; et al.: Ultrasoundguided extracorporeal shock wave therapy for plantar fasciitis: a randomized controlled trial. *JAMA*. 288:1364 – 1372, 2002.
 5. Carlson, RE; Fleming, LL; Hutton, WC: The biomechanical relationship between the tendoachilles, plantar fascia and metatarsophalangeal joint dorsiflexion ankle. *Foot Ankle Int*. 21:18 – 25, 2000.
 6. Conflitti, JM; Tarquinio, TA: Operative outcome of partial plantar fasciectomy and neurolysis to the nerve of the abductor digiti minimi muscle for recalcitrant plantar fasciitis. *Foot Ankle Int*. 25:482 – 7, 2004.
 7. Crawford, F; Atkins, D; Young, P: Steroid injection for heel pain: evidence of short-term effectiveness. A randomized controlled trial. *Rheumatology*. 38:974 – 977, 1999.
 8. Crawford, F; Thomson, C: Interventions for treating plantar heel pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 3:CD000416, 2003.
 9. Davis, PF; Severud, E; Baxter, DE: Painful heel syndrome: results of nonoperative treatment. *Foot Ankle Int*. 15:531 – 5, 1994.
 10. DiGiovanni, BF; Nawoczenski, DA; Lintal, ME; et al.: Tissuespecific plantar fascia-stretching exercise enhances outcomes in patients with chronic heel pain. A prospective, randomized study. *J Bone Joint Surg*. 85-A:1270 – 7, 2003.
 11. DiGiovanni, BF; Nawoczenski, DA; Malay, DP; et al.: Plantar fascia-specific stretching exercise improves outcomes in patients with chronic plantar fasciitis. A prospective clinical trial with two-year followup. *J Bone Joint Surg*. 88-A:1775 – 1781, 2006.
 12. Donley, BG; Moore, T; Sferra, J; et al.: The efficacy of oral nonsteroidal anti-inflammatory medication (NSAID) in the treatment of plantar fasciitis: a randomized, prospective, placebo-controlled study. *Foot Ankle Int*. 28:20 – 23, 2007.
 13. Erdemir, A; Hamel, AJ; Fauth, AR; et al.: Dynamic loading of the plantar aponeurosis in walking. *J Bone Joint Surg*. 86-A:546 – 52, 2004.
 14. Gibbon, WW; Long, G: Ultrasound of the plantar aponeurosis (fascia). *Skeletal Radiol*. 28:21 – 26, 1999.
 15. Grasel, RP; Schweitzer, ME; Kovalovich, AM; et al.: MR imaging of plantar fasciitis: edema, tears, and occult marrow abnormalities correlated with outcome. *Am J Roentgenol*. 173:699 – 701, 1999.
 16. Groshar, D; Alperson, M; Toubi, A; Gorenberg, A; Liberson, A; Bar-Meir, E: Plantar fasciitis: detection with ultrasonography versus bone scintigraphy. *Foot*. 10:164 – 8, 2000.
 17. Gudeman, SD; Eisele, SA; Heidt, RS Jr; et al.: Treatment of plantar fasciitis by iontophoresis of 0.4% dexamethasone. A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Am J Sports Med*. 25(3):312 – 6, 1997.
 18. Jarde, O; Diebold, P; Havet, E; Boulu, G; Vernois, J: Degenerative lesions of the plantar fascia: surgical treatment by fasciectomy and excision of the heel spur: a report on 38 cases. *Acta Orthop Belg*. 69:267 – 274, 2003.
 19. Kaya, BK: Plantar fasciitis in athletes. *J Sport Rehabil*. 5:305 – 20, 1996.
 20. Landorf, KB; Keenan, AM; Herbert, RD: Effectiveness of foot orthoses to treat plantar fasciitis: a randomized trial. *Arch Intern Med*. 166:1305 – 1310, 2006.
 21. Lapidus, PW; Guidotti, FP: Painful heel: report of 323 patients with 364 painful heels. *Clin. Orthop*. 39:178 – 86, 1965.
 22. Leach, RE; Seavey, MS; Salter, DK: Results of surgery in athletes with plantar fasciitis. *Foot Ankle*. 7:156 – 161, 1986.
 23. LeMelle, DP; Kisilewicz, P; Janis, LR: Chronic plantar fascial inflammation and fibrosis. *Clin Podiatr Med Surg*. 7:385 – 9, 1990.
 24. Lemont, H; Ammirati, KM; Usen, N: Plantar fasciitis: a degenerative process (fasciosis) without inflammation. *J Am Podiatr Med Assoc*. 93:234 – 237, 2003.
 25. Martin, RL; Irrgang, JJ; Conti, SF: Outcome study of subjects with insertional plantar fasciitis. *Foot Ankle Int*. 19:803 – 11, 1998.
 26. McCarthy, DJ; Gorecki, GE: The anatomical basis of inferior calcaneal lesions: a cryomicrotomy study. *J Am Podiatry Assoc*. 69:527 – 536, 1979.
 27. Ogden, JA; Alvarez, RG; Levitt, RL; Johnson, JE; Marlow, ME: Electrohydraulic high-energy shock-wave treatment for chronic plantar fasciitis. *J Bone Joint Surg*. 86-A:2216 – 28, 2004.
 28. Jfeffer, G; Bacchetti, P; Deland, J; et al.: Comparison of custom and prefabricated orthoses in the initial treatment of proximal plantar fasciitis. *Foot Ankle Int*. 20:214 – 21, 1999.
 29. Porter, D; Barrill, E; Oneacre, K; May, BD: The effects of duration and frequency of Achilles tendon stretching on dorsiflexion and outcome in painful heel syndrome: a randomised, blinded, control study. *Foot Ankle Int*. 23:619 – 624, 2002.
 30. Powell, M; Post, WR; Keener, J; Wearden, S: Effective treatment of chronic plantar fasciitis with dorsiflexion night splints: a crossover prospective randomized outcome study. *Foot Ankle Int*. 19:10 – 8, 1998.
 31. Probe, RA; Baca, M; Adams, R; Preece, C: Night splint treatment for plantar fasciitis. A prospective randomized study. *Clin Orthop*. 368:190 – 5, 1999.
 32. Radford, JA; Burns, J; Buchbinder, R; Landorf, KB; Cook, C: Does stretching increase ankle dorsiflexion range of motion? A systematic review. *Br J Sports Med*. 40:870 – 875, 2006.
 33. Riddle, DL; Pulisic, M; Pidcoe, P; Johnson, RE: Risk factors for plantar fasciitis: a matched case-control study. *J Bone Joint Surg*. 85-A:872 – 877, 2003.
 34. Riddle, DL; Schappart, SM: Volume of Ambulatory Care Visits and Patterns of Care for Patients Diagnosed With Plantar Fasciitis: A National Study of Me-

- dical Doctors. *Foot Ankle Int.* 25: 303 – 310, 2004.
36. Rompe, JD; Schoellner, C; Nafe, B: Evaluation of low-energy extracorporeal shock-wave application for treatment of chronic plantar fasciitis. *J Bone Joint Surg.* 84-A:335 – 341, 2002.
 37. Roos, E; Engstrom, M; Soderberg, B: Foot orthoses for the treatment of plantar fasciitis. *Foot Ankle Int.* 27:606 – 611, 2006.
 38. Sammarco, GJ; Helfrey, RB: Surgical treatment of recalcitrant plantar fasciitis. *Foot Ankle Int.* 17:520 – 6, 1996.
 39. Schepesis, AA; Leach, RE; Gorzyca, J: Plantar fasciitis: etiology, treatment, surgical results, and review of the literature. *Clin Orthop.* 266:185 – 96, 1991.
 40. Singh D, Angel J, Bentley G, Trevino SG: Plantar fasciitis. *BMJ.* 315:172 – 175, 1997.
 41. Snider, MP; Clancy, WG; McBeath, AA: Plantar fascia release for chronic plantar fasciitis in runners. *Am J Sports Med.* 11:215 – 19, 1983.
 42. Thomson, CE; Crawford, F; Murray, GD: The effectiveness of extra corporeal shock wave therapy for plantar heel pain: a Systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* 6:19, 2005.
 43. Tomczak, RL; Haverstock, BD: A retrospective comparison of endoscopic plantar fasciotomy to open fasciotomy with heel spur resection for chronic plantar fasciitis/heel spur syndrome. *J. Foot Ankle Surg.* 34:305 – 311, 1995.
 44. Warren, BL: Plantar fasciitis in runners: treatment and prevention. *Sports Med.* 10:338 – 45, 1990.
 45. Wolgin, M; Cook, C; Graham, C; Mauldin, D: Conservative treatment of plantar heel pain: long-term followup. *Foot Ankle Int.* 15:97 – 102, 1994.
 46. Young, CC; Rutherford, DS; Niedfeldt, MW: Treatment of plantar fasciitis. *Am Fam Physician.* 63:467 – 78, 2001.

[INICIO](#) [QUIÉNES SOMOS](#) [TERAPIAS](#) [ENFERMEDADES](#) [CASOS CLÍNICOS](#)

[SITIOS DE INTERÉS](#) [URGENCIAS](#) [BLOG](#) [CONTACTO](#)

Ruptura del tendón de aquiles.

INICIO QUIÉNES SOMOS TERAPIAS ENFERMEDADES CASOS CLÍNICOS

SITIOS DE INTERÉS URGENCIAS BLOG CONTACTO

del cuerpo humano, sin embargo presenta una zona susceptible de roturas. Una zona estrecha situada en la última porción del tendón 4-5 centímetros de su inserción en el hueso calcáneo.

Causas y tratamientos

Los traumatismos directos y los microtraumas acumulados por actividades de repetición son el factor desencadenante de la rotura del tendón de aquiles.

Los factores de riesgo que predisponen a la rotura completa del tendón de aquiles son la hipovascularización del tendón, lesión por infiltración de **esteroides**, uso de fluoroquinolonas así como padecimientos que condicionan niveles elevados en los lípidos como la hipercolesterolemia familiar.



Es de suma importancia realizar el diagnóstico temprano de una rotura completa. La presentación clínica se asocia a dolor localizado, sensación de golpe o chasquido en el musculo gemelo acompañado de los signos de Brunet y el signo de Thomson. Una depresión visible o palpable es frecuentemente observado y descrito como el signo del hachazo.

El 30% de las roturas agudas del tendón no son diagnosticadas en su fase inicial lo cual ensombrece el pronóstico y aumenta complejidad

Sábado

10:00 – 1

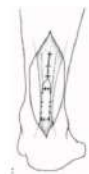
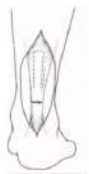
Visítanos



[INICIO](#) [QUIÉNES SOMOS](#) [TERAPIAS](#) [ENFERMEDADES](#) [CASOS CLÍNICOS](#)[SITIOS DE INTERÉS](#) [URGENCIAS](#) [BLOG](#) [CONTACTO](#)

diaria.

En lesiones crónicas ignoradas o repetidas el tratamiento quirúrgico plantea retos específicos cuando se diagnostican más allá de los tres meses. Las técnicas de reconstrucción incluyen alargamientos y rotaciones de colgajos de la fascia del tríceps sural.



El no atender una rotura del tendón de aquiles provoca dolor e imposibilita movimientos. Con el paso del tiempo los cabos distal y proximal del tendón calcaneo lesionado se retraen, aumentando el defecto inicial. Al paso de los meses dicho defecto inicial es sustituido por tejido cicatrizal y fibroso disfuncional.

Preguntas frecuentes.

- ¿Cómo se diagnostica la rotura del tendón de Aquiles? Habitualmente se manifiesta con dolor. Algunos pacientes lo refieren como un latigazo o chasquido en la región posterior del tobillo. Las radiografías pueden ser normales y la pérdida del equino fisiológico del pie es observable, una depresión conocida como signo del hachazo es patognomónico. El ultrasonido musculoesquelético es el estudio de elección sin embargo la resonancia magnética aporta datos valiosos en casos complejos.
- ¿Qué pasa si no se atiende una rotura del tendón de Aquiles? El dolor y la discapacidad para la marcha pueden ser persistentes en lesiones ignoradas del tendón de Aquiles. Con el paso del tiempo los cabos

[INICIO](#) [QUIÉNES SOMOS](#) [TERAPIAS](#) [ENFERMEDADES](#) [CASOS CLÍNICOS](#)[SITIOS DE INTERÉS](#) [URGENCIAS](#) [BLOG](#) [CONTACTO](#)

-
- ¿Dónde puedo atenderme una rotura de tendón de Aquiles? Si sospechas de una lesión del tendón de Aquiles puedes solicitar tu cita en línea y recibirás una confirmación inmediata. También contamos con atención de Urgencias en el Whatsapp 55 86 09 68 11.

Para una pronta recuperación y una evaluación certera lo mejor es acudir a un experto y en Dr. Pablo es un especialista en ortopedia y **cirugía de mano**.

Haz una cita haciendo **[clic aquí](#)**

Agenda Tú Cita

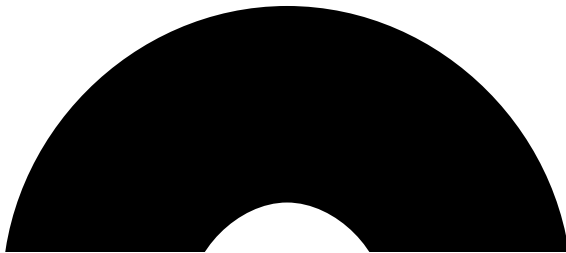
Dr. Pablo González Lomelín médico especialista en Ortopedia, subespecialista en Cirugía de la mano. Formación médica básica en la Universidad Nacional Autónoma de México.

[INICIO](#) [QUIÉNES SOMOS](#) [TERAPIAS](#) [ENFERMEDADES](#) [CASOS CLÍNICOS](#)[SITIOS DE INTERÉS](#) [URGENCIAS](#) [BLOG](#) [CONTACTO](#)

Pablo A. Gonzalez Lomelin

Consulta medica presencial. PRIMERA VEZ

45 min



DIRECCION

 HMG Hospital Coyoacán,
Consultorio 415 (acceso es
por División del Norte 3395)
07300 Ciudad de México.



MAPA



Google Datos de mapas ©2021 INEGI

CONTÁCTAME

Nombre (Requerido)

Correo (Requerido)

Teléfono (Requerido)

Comentarios

[INICIO](#) [QUIÉNES SOMOS](#) [TERAPIAS](#) [ENFERMEDADES](#) [CASOS CLÍNICOS](#)

[SITIOS DE INTERÉS](#) [URGENCIAS](#) [BLOG](#) [CONTACTO](#)

© Copyright 2021 | [Cirugías de mano](#) | [Aviso de privacidad](#) | Desarrollado por ADE Consultoría

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000700016

Anales de Medicina Interna

versión impresa ISSN 0212-7199

An. Med. Interna (Madrid) vol.24 no.7 jul. 2007

CARTAS AL DIRECTOR

Afectación bilateral del tendón de Aquiles por tratamiento con levofloxacino

Bilateral Achilles tendon disorders secondary to levofloxacin

E. Fernández Rodríguez¹, M. Páramo de Vega, A. Cabarcos, A. Touceda², B. Cigarrán, J. A. Torre

Servicio de Medicina Interna. ¹Servicio de Endocrinología. ²Medicina de Familia. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña

Sr. Director:

El tratamiento antibiótico con fluoroquinolonas puede conllevar diversos tipos de afectación tendinosa como efecto adverso, siendo menos frecuente la rotura bilateral espontánea del tendón de Aquiles. Esto ha sido bien documentado con las antiguas quinolonas aunque cada vez están siendo descritos más casos con las nuevas quinolonas de tercera generación (1-5).

Se han descrito situaciones clínicas asociadas a un mayor riesgo de padecer este tipo de efectos secundarios como son la terapia crónica con esteroides, insuficiencia renal crónica, artritis reumatoide e hiperlipidemia (1).

Presentamos el caso de un paciente que sufre una rotura espontánea bilateral del tendón de Aquiles después de haber recibido tratamiento con levofloxacino por una infección del tracto respiratorio y en el que los síntomas comenzaron dos semanas después de haber finalizado el tratamiento.

Paciente varón, de 74 años con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrilación auricular, patología prostática y varices en miembros inferiores, intervenido de aneurismectomía aórtica e ilíaca con injerto aorto-bifemoral, que ingresa por un cuadro progresivo de siete días de evolución de deterioro del estado general y cefalea.

Analíticamente destaca anemia macrocítica (Hb 7,7 mg/dl, VCM 106) y VSG de 140 mm, sin otros datos analíticos alterados. Ante la sospecha de un cuadro de arteritis de la temporal y en espera de biopsia se inicia tratamiento empírico con corticoides a altas dosis (60 mg/día), con resolución del cuadro que motivó el ingreso.

Durante su estancia hospitalaria sufre un proceso de infección respiratoria de origen nosocomial, por lo que se inicia tratamiento empírico con levofloxacino a una dosis de 500 mg al día, vía intravenosa, durante diez días con mejoría clínica importante.

A las dos semanas de haber finalizado el tratamiento antibiótico, el paciente refiere dolor e impotencia funcional en ambos tobillos, así como dolor en la primera articulación metatarso-falángica del primer dedo del pie. Ante la presencia de un cuadro agudo de artritis gotosa se inicia tratamiento con colchicina y antiinflamatorios. El dolor en ambos tobillos persiste así como dificultad para la flexión dorsal del primer dedo de ambos pies. A la exploración, el paciente presenta a la inspección de ambos talones aumento de volumen y equimosis, de consistencia blanda a la palpación, presentando reflejo de Thompson positivo de forma bilateral. Se realiza ecografía de ambos talones, que objetiva rotura completa en zona medial distal del tendón de Aquiles izquierdo y desestructuración y adelgazamiento que sugiere rotura sin discontinuidad completa en el derecho.

Se realiza tratamiento conservador con yeso inguinopédico durante dos semanas y seguimiento ambulatorio, con posterior recuperación completa.

La afectación tendinosa es un efecto adverso poco frecuente secundaria al tratamiento con todas las quinolonas de uso clínico, que se ha descrito con una incidencia de 15-20/100.000 pacientes (6) aunque existen estudios que indican que esta frecuencia es mayor (7). La localización más frecuente es el Tendón de Aquiles, como en nuestro caso, aunque se han descrito afectación de otras regiones.

En la mayoría de los casos descritos, a pesar de que la fisiopatología no es del todo bien conocida, el efecto se producía en las primeras horas de toma del fármaco, aunque se han descrito casos en que este efecto aparecía hasta diez días después de haber iniciado el tratamiento (1). El caso que presentamos inició los síntomas después de dos semanas de haber finalizado el tratamiento.

Ha sido ampliamente documentada la asociación entre la terapia con esteroides de forma crónica y el desarrollo de la tendinopatía. Se ha evidenciado que los pacientes mayores de 60 años y en tratamiento crónico con esteroides, presentaban un riesgo 6 veces mayor de sufrir este efecto adverso al estar en tratamiento con quinolonas. Los pacientes que no están a tratamiento crónico con esteroides presentaban un riesgo 2

veces mayor que la población general de sufrir dicho evento. (7,8). El caso que presentamos estaba a tratamiento con corticoides desde el día del ingreso, por lo que no debemos limitar nuestras sospechas a los pacientes en tratamiento crónico.

Aunque se han ensayado algunos tratamientos como la colchicina, no se ha demostrado un efecto beneficioso en el cuadro clínico de estos pacientes. En nuestro caso se inició tratamiento con colchicina debido a la aparición coincidente de artritis gotosa, sin mejoría clínica. El único tratamiento que ha demostrado su eficacia en cuadros incipientes es el cese de la administración de la quinolona. Una vez la rotura es completa, la única opción terapéutica es la quirúrgica.

Las fluoroquinolonas son un grupo de antimicrobianos que, por su amplio espectro antibacteriano y sus propiedades farmacocinéticas son cada vez más usados en la práctica clínica diaria, lo que conlleva que veamos con mayor frecuencia sus efectos adversos y que deban ser tenidos en cuenta.

1. Kowatari K, Nakashima K, Ono A, Yoshihara M, Amano M, Toh S. Levofloxacin induced bilateral Achilles tendon rupture: A case report and review of the literature. J Orthop Sci 2004; 9: 186-90
2. Lado Lado FL, Rodríguez Moreno C, Velasco González M, Durán Parrondo C, Moar. Rotura parical bilateral aquilea asociada a levofloxacino. An Med Interna (Madrid) 2005; 22: 28-30.
3. Tomás ME, Pérez Carreras M, Morillasa JD. Rupture of the Achilles tendon secondary to levofloxacin. Gastroenterol Hepatol 2003; 26: 53-4.
4. De la Red G, Mejia JC, Cervera R, Llado A, Mensa J, Font J. Bilateral Achilles tendonitis with spontaneous rupture induced levofloxacin in a patient with systemic sclerosis. Clin Rheumatol 2003; 22: 367-8.
5. Burkhardt O, Kohnlein T, Pap T, Welte T. Recurrent tendinitis after treatment with two different fluoroquinolones. Scand J Infect Dis 2004; 36: 315-6.
6. Rodríguez Vera FJ, Pereira Vega A, Pujol de la Llave E. Tendinopatía por quinolonas: tratamiento y efecto de clase en dos nuevos casos. Rev Clin Esp 2004; 204: 35-6.
7. Van der Linden PD, Sturkenboom MC, Herings RM, Leufkens HM, Stricker BH. Fluoroquinolones and risk of Achilles tendon disorders: case-control study. BMJ 2002; 324: 1306-7.
8. Aros C, Flores C, Mezzano S. Achilles tendinitis associated to levofloxacin: report of 4 cases. Rev Med Chil 2002; 130: 1277-81.



Rotura del tendón de Aquiles

Descripción general

La rotura del tendón de Aquiles es una lesión que afecta la parte trasera de la pantorrilla. Ocurre principalmente en las personas que practican deportes recreativos, pero puede sucederle a cualquiera.

El tendón de Aquiles es un fuerte cordón fibroso que conecta los músculos de la parte trasera de la pantorrilla con el hueso del talón. Si estiras excesivamente el tendón de Aquiles, puede desgarrarse (romperse) total o parcialmente.

Si el tendón de Aquiles se desgarrá, es posible que oigas un chasquido, seguido inmediatamente de un dolor agudo en la parte trasera del tobillo y la pantorrilla, que probablemente afecte tu capacidad de caminar correctamente. Con frecuencia, se realiza cirugía para reparar la rotura. Sin embargo, para la mayoría de las personas, el tratamiento no quirúrgico también funciona.

Síntomas

Si bien es posible no presentar signos o síntomas con la rotura del tendón de Aquiles, la mayoría de las personas tiene lo siguiente:

- Sensación de haber recibido un golpe en la pantorrilla
- Dolor, posiblemente intenso, e hinchazón cerca del talón
- Imposibilidad de doblar el pie hacia adentro o de «empujar» la pierna lesionada hacia adelante al caminar
- Imposibilidad de pararse en puntas de pie sobre la pierna lastimada
- Un sonido de rotura o quiebre cuando ocurre la lesión

Cuándo consultar al médico

Busca atención médica de inmediato si oyes un chasquido en el talón, sobre todo, si te cuesta caminar posteriormente.

Causas

El tendón de Aquiles te ayuda a apuntar el pie hacia abajo, a levantar los dedos del pie y a empujar el pie hacia adelante al caminar. Lo usas prácticamente cada vez que caminas y mueves

el pie.

Por lo general, la rotura ocurre en la parte del tendón ubicada a 2 1/2 pulgadas (alrededor de 6 cm) del punto en el que se une al hueso del talón. Esta parte puede tender a romperse si recibe poco flujo de sangre, lo que también puede afectar su capacidad de sanar.

Generalmente, las roturas se producen por un aumento repentino de la presión ejercida sobre el tendón de Aquiles. Los ejemplos más frecuentes son:

- Incrementar la intensidad de la actividad deportiva, sobre todo, en deportes que implican saltar
- Caer de lo alto
- Pisar un hoyo

Factores de riesgo

Los factores que pueden aumentar el riesgo de rotura del tendón de Aquiles son:

- **Edad.** La edad pico para la rotura del tendón de Aquiles es de 30 a 40 años.
- **Sexo.** Es cinco veces más probable que la rotura del tendón de Aquiles ocurra en hombres que en mujeres.
- **Deportes recreativos.** Las lesiones del tendón de Aquiles ocurren con más frecuencia en deportes que implican correr, saltar e inicios y paradas repentinos, tales como el fútbol, el básquetbol y el tenis.
- **Inyecciones de esteroides.** A veces los médicos inyectan esteroides en la articulación del tobillo para reducir el dolor y la inflamación. Si embargo, estos medicamentos pueden debilitar los tendones cercanos, y se los ha asociado a roturas del tendón de Aquiles.
- **Determinados antibióticos.** Antibióticos de fluoroquinolona, como la ciprofloxacina (Cipro) o la levofloxacina (Levaquin), aumentan el riesgo de rotura del tendón de Aquiles.
- **Obesidad.** El sobrepeso puede ejercer más presión en el tendón.

Prevención

Para reducir el riesgo de padecer problemas en el tendón de Aquiles, sigue estas sugerencias:

- **Estira y fortalece los músculos de la pantorrilla.** Estira la pantorrilla hasta que sientas un tirón evidente, pero no doloroso. No rebotes mientras estiras. Los ejercicios para estirar las pantorrillas también pueden ayudar al músculo y al tendón a absorber más fuerza y prevenir la lesión.
- **Varía tus ejercicios.** Alterna deportes de alto impacto, como correr, con deportes de bajo impacto, como caminar, nadar o andar en bicicleta. Evita actividades que provoquen tensión excesiva en los tendones de Aquiles, como la carrera de montaña y las actividades de salto.
- **Elige con cuidado las superficies para correr.** Evita o limita correr sobre superficies duras o resbaladizas. Vístete adecuadamente para entrenar en climas fríos y usa calzado deportivo que se ajuste adecuadamente, con una amortiguación correcta en los talones.

- **Aumenta gradualmente la intensidad del entrenamiento.** Es frecuente que las lesiones del tendón de Aquiles ocurran después de aumentar abruptamente la intensidad del entrenamiento. Aumenta la distancia, la duración y la frecuencia de tu entrenamiento, como máximo, un 10 por ciento por semana.

[Escrito por el personal de Mayo Clinic](#)

Cualquier uso de este sitio constituye su acuerdo con los términos y condiciones y política de privacidad para los que hay enlaces abajo.

[Términos y condiciones](#)

[Política de privacidad](#)

[Advertencia de prácticas en cuanto a privacidad](#)

Mayo Clinic es una organización sin fines de lucro, y el dinero recaudado con la publicidad en Internet apoya nuestra misión. Mayo Clinic no respalda ningún producto ni servicios de terceros que se anuncien.

[Política sobre publicidad y promoción](#)

[Oportunidades para publicidad y promoción](#)

Se puede reimprimir una sola copia de estos materiales para usar en forma personal y no comercial. "Mayo," "Mayo Clinic," "MayoClinic.org," "Mayo Clinic Healthy Living," y el triple escudo que es el logotipo de Mayo Clinic son marcas registradas de Mayo Foundation for Medical Education and Research.

© 1998-2021 Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). All rights reserved.

Acta Ortopédica Mexicana

Volumen
Volume 17

Número
Number 5

Septiembre-Octubre
September-October 2003

Artículo:

Ruptura del tendón de Aquiles: Incidencia y experiencia en su manejo.

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Sociedad Mexicana de Ortopedia, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)

Artículo original

Ruptura del tendón de Aquiles: Incidencia y experiencia en su manejo.

Humberto Delgado Brambila,* Gerardo Cristiani Díaz,** Eduardo Aspe Manzo**

Hospital Satélite

RESUMEN. La ruptura del tendón de Aquiles, ha aumentado paulatinamente en su frecuencia en el mundo. La etiología es multifactorial, aunque existen reportes sobre cambios histopatológicos previos en la anatomía del tendón que lo predisponen a una ruptura. Se sabe sobre su escaso aporte vascular que condiciona una pobre capacidad de cicatrización. El cuadro clínico se presenta, con dolor y una sensación súbita e intensa de chasquido, frecuentemente durante la práctica deportiva. El diagnóstico es mayormente clínico encontrando un surco en la parte posterior del tendón. Algunos estudios de gabinete son de utilidad. El tratamiento depende de las condiciones del paciente, aunque preponderantemente es quirúrgico, realizando la tenodesis término-terminal apoyada en otras técnicas quirúrgicas. El tratamiento conservador está orientado a pacientes ancianos con sedentarismo y pacientes con otras enfermedades crónico-degenerativas presentes que condicionen un alto riesgo de morbi mortalidad. En este estudio incluimos a 55 pacientes con ruptura de tendón de Aquiles. El diagnóstico fue clínico y se indicó un estudio de ultrasonido como una herramienta diagnóstica. En todos ellos el tratamiento fue quirúrgico con sutura no absorbible término-terminal y en lo posible, con reforzamiento de tendón del músculo plantar delgado. En el manejo postoperatorio se inmovilizó el tobillo con un aparato de yeso por seis semanas para posteriormente iniciar la rehabilitación. Tuvimos tres complicaciones, las cuales fueron resueltas. Consideramos que nuestros resultados son buenos acorde a la literatura.

Palabras clave: tendón de Aquiles, ruptura, tratamiento.

SUMMARY. The Achilles tendon rupture has increased its frequency in the world. The etiology is multifactorial, although it seems there are histopathological changes that may predispose the rupture. Usually the patients suddenly show pain and a sort of a snap in the calf. It's common that this event become present during a sport activity. The diagnosis is most by clinic, founding a gap in the posterior part of the calf; although other studies may be useful. The treatment depends about the patients conditions, although is mainly solve by surgery. The conservative treatment it's oriented to ancient people or patient with deleterious conditions where a surgical procedure may compromise their life. In this research we included 55 patients with an Achilles tendon rupture. The diagnosis was done by clinic but also we practiced an ultrasound exam as a tool to confirm the rupture. In all of our patients, the treatment was surgical using non absorbable suture and affronting end to end of the tendon. In the postoperative treatment we use a splint in equinus for six weeks. We had three complications, one of them need a new surgical procedure. All of them was resolved. We consider that our results are good according the literature.

Key words: Achilles tendon, rupture, therapy.

Introducción

La ruptura del tendón de Aquiles, ha incrementado su frecuencia en algunas partes del mundo por causas no del todo conocidas. Como ejemplos mencionamos al Dr. J. Laurence, quien reporta en la ciudad de Boston, solamente 20 rupturas de tendón de Aquiles en 55 años (1900-1954).¹

Bohler reportó 25 rupturas de tendón de Aquiles, verificadas en la ciudad de Viena entre 1925 y 1948. Es de interés, comentar que en la misma comunidad Mosender y Klatnek

* Jefe del Servicio de Traumatología y Ortopedia del Corporativo Hospital Satélite.

** Médico adscrito al Servicio de Traumatología y Ortopedia del Corporativo Hospital Satélite.

Dirección para correspondencia:
Dr. Humberto Delgado Brambila. Circuito Misioneros No. 5. Cd Satélite.
Naucalpan de Juárez. México c.p. 53100.
E-mail: cristianimd@cablevision.net.mx

trataron 20 rupturas, pero en el período comprendido entre 1953 a 1956. A la fecha, esta lesión, se presenta con más frecuencia en algunos países europeos como Austria, Dinamarca, Finlandia y Alemania y su presentación es menos frecuente en otros países como Francia, Canadá, Gran Bretaña y España. Llama la atención que esta lesión es rara en países subdesarrollados, especialmente en África y Asia del Este.¹³

El tendón de Aquiles es el tendón más grueso y más resistente del organismo. Se estima su resistencia en 7,000 N. Está constituido principalmente por colágena tipo I.^{15,18} Anatómicamente, el tendón de Aquiles se encuentra poco protegido dada la escasa cubierta cutánea y un pobre aporte vascular. El sitio más frecuente de localización de la ruptura es la zona comprendida entre los dos y seis centímetros por arriba de la inserción en el hueso calcáneo.⁷ Hay reportes acerca de que la ruptura completa del tendón de Aquiles está asociada a cambios histopatológicos previos que demuestran una degeneración hialina previa del tendón, una degeneración mucoide y fibrilación de las fibras de colágeno, aun sin presentar sintomatología relacionada.^{8,12,24} Es de interés comentar que en pacientes con ruptura del tendón de Aquiles, histológicamente, los tenocitos encargados de hacer la reparación producen una colágena tipo III que posee una menor capacidad tensil, hecho que puede condicionar una nueva ruptura.¹⁷

La inervación del tendón, la proporciona el nervio tibial posterior y el safeno externo, permitiéndole tener una función de propiocepción.¹⁵

La sintomatología se presenta frecuentemente durante la práctica deportiva,¹⁴ con una sensación súbita de dolor y un intenso chasquido en la parte posterior del tobillo, asociado a una notoria pérdida de la fuerza para realizar la flexión plantar. Más tarde se presenta un edema local peritendinoso y un hematoma local y perimaleolar.⁹ Cabe señalar en este punto que las propiedades físicas del tendón, y particularmente su elasticidad varían según la temperatura, lo que explica la importancia del calentamiento muscular progresivo como un factor de gran importancia antes de la práctica deportiva.¹⁵

A la exploración física se encuentra una notable pérdida de continuidad sobre la zona de ruptura (*Figura 1*), y que en etapas tardías puede incluso pasar desapercibida debido a la fibrosis que se forma. Se mencionan diversas maniobras clínicas diagnósticas, todas orientadas a demostrar la insuficiencia para la flexión plantar del pie. La maniobra de Thompson descrita en 1962, es considerada como patognomónica;²³ ésta se realiza con el paciente en decúbito ventral, haciendo presión manual sobre los músculos de la pantorrilla que produce flexión plantar en el tendón sano y ausencia de ésta en la ruptura tendinosa. Los estudios auxiliares de utilidad son el ultrasonido y la resonancia magnética nuclear.

En lo tocante al tratamiento, encontramos dos tendencias; la primera de ellas es meramente quirúrgica y destinada fundamentalmente al tratamiento de pacientes jóvenes. Las técnicas operatorias descritas en la literatura son varias, esto debido a que esta lesión se ha asociado frecuentemente a complicaciones. Basado en ello, se pretende depu-

rar y optimizar las técnicas quirúrgicas para obtener los mejores resultados.

A la fecha, la técnica principal es la reparación término-terminal, eventualmente apoyada con injertos y plastias tendinosas utilizando al tendón del músculo peroneo corto^{20,21} y plantar delgado;¹⁵ hay otras modalidades quirúrgicas que utilizan mallas e implantes sintéticos¹ y técnicas de suturas percutáneas.⁵ La segunda tendencia es meramente conservadora, utilizando diferentes sistemas de inmovilización orientados a lograr la aposición de los cabos del tendón para fomentar su cicatrización.¹⁹ Este sistema está dirigido a pacientes ancianos y pacientes con enfermedades cronicodegenerativas cuyos riesgos son superiores a los beneficios que pueda arrojar el tratamiento quirúrgico. El manejo postoperatorio también es discutido.¹⁶ Hay reportes que comentan sobre una temprana movilización utilizando férulas dinámicas y otras ortesis.³ En contraste, hay otra escuela más conservadora que indica la inmovilización de la articulación del tobillo por un período no menor a cuatro semanas para posteriormente iniciar la rehabilitación.

Las complicaciones no son raras, su incidencia está reportada hasta en un 15.1% de los pacientes,¹⁸ y éstas se manifiestan como: dehiscencias de la herida, exposición del tendón e infección del mismo, equinismo persistente, neuromas surales y recurrencia de la ruptura tendinosa.^{4,10,19} Cabe señalar que la infección del tendón puede tener un resultado devastador sobre el miembro e incluso sobre la vida.

En nuestro hospital hemos tenido una incidencia importante de esta lesión que inclusive tiende a incrementarse. Es nuestro interés reportar nuestra experiencia en esta serie de pacientes, y comentar sobre su evolución posterior y paralelamente correlacionar algunos factores de riesgo que puedan motivar esta lesión.

El objetivo de nuestro trabajo es determinar la incidencia de la ruptura de tendón de Aquiles, evaluar evolución postoperatoria y complicaciones, y correlacionar factores de riesgo que condicionen la presentación de esta lesión.



Figura 1. Surco de la ruptura aguda del tendón de Aquiles.

Material y métodos

El presente trabajo es retrospectivo, longitudinal y descriptivo:

Se incluyó a pacientes admitidos en nuestro hospital con diagnóstico clínico de ruptura de tendón de Aquiles captados desde el mes de enero del año 1997 hasta el 20 de marzo del año 2003. Se excluyó a pacientes con tratamiento previo de esta lesión en otros centros hospitalarios. Se eliminó a pacientes con expediente incompleto o pérdida del seguimiento.

Nuestros pacientes fueron presentados al Servicio de Urgencias con el antecedente de aparición de dolor Aquileo súbito e insuficiencia para la flexión plantar. Fueron atendidos por médicos del Servicio de Ortopedia y valorados mediante maniobras clínicas. En todos los pacientes se practicó un estudio de ultrasonido como herramienta diagnóstica a fin de confirmar la ruptura.

Una vez documentado el diagnóstico, los pacientes fueron ingresados al área de hospitalización. Se elaboró su historia clínica completa en busca de posibles factores de riesgo, tales como tabaquismo, ingesta de quinolonas, esteroides u otros medicamentos, o bien, el antecedente de práctica deportiva intensa. Cuando se detectó la presencia de otros estados patológicos cronicodegenerativos agregados, (diabetes mellitus, hipertensión arterial, hiperuricemia, etc.) se solicitó valoración por el Servicio de Medicina Interna para su control.

Los pacientes fueron programados y operados para la reparación del tendón, a más tardar en las primeras veinticuatro horas posteriores a su ingreso. Fueron manejados con heparina de bajo peso molecular durante diez días acorde al potencial riesgo de trombosis venosa profunda⁴ y medicados con cefalosporinas a manera de profilaxis antibacteriana por siete días.

La técnica quirúrgica fue la siguiente: Con el paciente en posición de decúbito prono, bajo efectos de anestesia regional, utilizando isquemia supracondílea, se inició con un abordaje en "S" itálica, (éste con la finalidad de disminuir las fuerzas de tensión de la piel), o bien, se utilizó un abordaje convencional longitudinal medial. Se buscó la reparación término-terminal con puntos atraumáticos de afrontamiento tratando de hacer coincidir las fibras a su forma original utilizando Nylon del número 1. En aquellos pacientes con tendón plantar delgado presente, se practicó tenotomía del músculo plantar delgado en su parte más proximal mediante abordaje percutáneo y se utilizó a manera de sutura biológica (*Figura 2*). Se cerró en planos. Se colocó una férula suropédica posterior con una moderada posición de equino, permitiendo la observación y el aseo de la herida. Los pacientes fueron egresados del hospital al segundo o tercer día postoperatorio dependiendo de la presencia de dolor y de las condiciones de la herida. Aproximadamente en el decimocuarto día postoperatorio, dependiendo del estado de la piel, se procedió a colocar una bota corta de yeso

con una moderada posición de equino. Tres semanas más tarde, se retiraron el yeso y los puntos. Finalmente los pacientes fueron enviados a medicina física y rehabilitación en donde se mantuvo un registro de su avance clínico. Cabe señalar que todas las lesiones fueron documentadas fotográficamente en el período preoperatorio, trans y postoperatorio.

Los pacientes fueron inscritos en un registro de seguimiento, manteniendo una supervisión constante a su evolución por medio de consulta externa y telefónica.

Resultados

De un total de 66 rupturas de tendón de Aquiles, se incluyó en este estudio a 55 pacientes. El grupo etario fue en promedio de 36 años. El paciente de menor edad fue de 22 años y el paciente de mayor edad fue de 50 años. Tuvi- mos una incidencia de 51 (92.7%) hombres por cuatro mujeres (7.2%). El tendón izquierdo fue el más afectado en un 61%, contra un 39% de tendones derechos. Encontramos que de nuestro universo, 53 pacientes sufrieron la lesión durante la práctica deportiva (más frecuentemente fútbol soccer, carrera y tenis). Dos pacientes de conducta sedentaria, sufrieron la ruptura en forma espontánea al practicar la marcha. Solamente cuatro (7.2%) pacientes tenían enfermedades aparentemente de riesgo como son diabetes mellitus e hiperuricemia. Un paciente cursó con una ruptura bilateral.

El abordaje utilizado fue en "S" itálica en 12 pacientes (21.7%) y 43 pacientes (77.8%) fueron abordados en forma longitudinal. En todos los pacientes encontramos la ruptura del tendón entre los dos y seis centímetros por arriba de la inserción del calcáneo, hecho que correspondió con la clínica al momento de palpar la continuidad del tendón.

En 37 (64%) pacientes fue posible realizar sutura biológica con el tendón del plantar delgado.



Figura 2. Tendón del músculo plantar delgado.

Los resultados obtenidos en nuestros pacientes son satisfactorios. No hubo diferencia en la evolución en los pacientes operados con el apoyo del tendón plantar delgado o tenodesis simple. Encontramos que los pacientes se enfrentaron durante su rehabilitación a flacidez muscular y a dolor en la fase de despegue durante la marcha, estos fenómenos secundarios a consecuencia de la inmovilidad mantenida del tobillo. Los pacientes requirieron aproximadamente 15 sesiones de fisioterapia para posteriormente continuar su rehabilitación en su domicilio.

Tuvimos tres dehiscencias como complicaciones. Dos de ellas curaron por granulación y la tercera en donde se utilizó un abordaje en "S" itálica ameritó una nueva cirugía para realizar injerto cutáneo. Dos dehiscencias correspondieron a abordaje en "S" itálica y otra dehiscencia correspondió a un abordaje longitudinal. Todas las complicaciones fueron resueltas.

Cincuenta y dos pacientes (93.6%) fueron capaces de regresar a sus actividades rutinarias previas a la octava semana y cuarenta y seis (82.8%) regresaron a la práctica de actividades deportivas previas a las 16 semanas de postoperatorio aunque algunos de ellos mostraron un rendimiento físico-atlético menor, aparentemente debido a desconfianza en el funcionamiento del tobillo. En la octava semana del postoperatorio, se encontró en todos los pacientes un engrosamiento e induración del tendón con discreta hipersensibilidad del mismo.

Discusión

Según la literatura consultada, la ruptura del tendón de Aquiles es una entidad que aumenta su frecuencia con rapidez. Se presenta preponderantemente entre los 30 y los 50 años¹ y así también se documenta en nuestro estudio.

Los factores causantes son multifactoriales, aunque la mayoría de las teorías sugieren que la pobre vascularidad local juega un papel determinante.¹¹ Destaca como factor de gran importancia la práctica deportiva intensa.¹⁴ Otros estados patológicos predisponentes son las enfermedades crónico-degenerativas, el hiperparatiroidismo, el uso de esteroides y quinolonas (preponderantemente la pefloxacina que actúa a nivel de la síntesis de la colágena tipo I¹⁵) y otros condicionantes no del todo claros como la raza y la procedencia geográfica. En nuestro trabajo no encontramos una correlación de la ruptura de tendón de Aquiles y estos factores.

El aporte vascular del tendón es pobre, e incluso se documenta que existe una zona prácticamente avascular de 4 a 6 cm por arriba de la inserción calcánea^{2,15} lugar donde comúnmente ocurre la lesión. Paralelamente, nosotros encontramos localizada la ruptura en este sitio en todos los tendones de nuestros pacientes.

El diagnóstico de ruptura es mayormente clínico, pero es susceptible de ser corroborado con ultrasonido diagnóstico; sin embargo, este estudio requiere de experiencia del operario a fin de evitar errores de interpretación. En este trabajo obtuvimos una sólida correlación entre el diagnósti-

co clínico y los hallazgos transoperatorios, por lo que decidimos ya no realizar más este estudio diagnóstico. La resonancia magnética ofrece resultados diagnósticos consistentes aunque tiene los inconvenientes de su disponibilidad y alto costo.

Las opciones de tratamiento son varias, aunque el planteamiento general es quirúrgico para pacientes jóvenes y conservador para pacientes seniles, sedentarios o con un alto índice de morbi-mortalidad. Las técnicas quirúrgicas empleadas son diversas, destacan las técnicas de reforzamientos tendinosos y el uso de mallas sintéticas y polímeros biocompatibles.²² Sin embargo, el común denominador sigue siendo el afrontamiento y la sutura término-terminal del tendón. La técnica percutánea en nuestro punto de vista es riesgosa en base a la potencial lesión de las estructuras anatómicas neurovasculares en la periferia del tendón con los instrumentos utilizados para la sutura, asociada a la dificultad inherente a toda técnica quirúrgica realizada a ciegas.

En nuestra serie todos los pacientes fueron candidatos a cirugía. Obtuvimos resultados similares con los abordajes longitudinal y en "S" itálica; este último más elaborado. Acorde a esto, decidimos ya no utilizarlo, manteniendo nuestro abordaje longitudinal para ser usado en series futuras.

No tuvimos reacciones a cuerpo extraño secundarias al material de sutura no biodegradable utilizado en el tendón, sin embargo, sabemos del potencial riesgo de rechazo, y hemos decidido cambiarlo por material biodegradable en próximos pacientes.

En este estudio se practicó en todos los pacientes, la tenodesis término-terminal y utilizamos en lo posible el tendón del músculo plantar delgado como reforzamiento biológico. Consideramos que esta estructura es de suma utilidad durante la cicatrización del tendón de Aquiles y le damos el lugar de una protección más, para preservar la integridad del tendón ya cicatrizado.

El tratamiento postoperatorio es discutido; hay tendencias aún, muy conservadoras, que indican la inmovilización por cuatro semanas o más del tobillo a fin de garantizar la cicatrización del tendón. Sin embargo, a la fecha se ha documentado una mejor cicatrización de las fibras de colágeno mediante el libre movimiento articular y el apoyo temprano.³

Queremos señalar que durante el desarrollo de este trabajo retrospectivo, decidimos mantenernos apegados a un probado régimen de tratamiento postoperatorio que incluye un largo período de inmovilidad en un esfuerzo por evitar la nueva ruptura del tendón. Por tanto, nuestros pacientes fueron inmovilizados de la articulación del tobillo por un período aproximado de seis semanas. Aunque nuestros resultados fueron buenos, consideramos que el período empleado en la rehabilitación de los pacientes, fue prolongado a expensas de la excesiva inmovilidad.

La rehabilitación del paciente con ruptura aguda del tendón de Aquiles es difícil; el paciente se enfrenta a una mala calidad muscular y a una persistente posición de equino del pie. Psicológicamente presenta temor al "riesgo" de una

nueva ruptura durante los movimientos activos y pasivos de dorsiflexión. En una nueva fase de nuestros trabajos de ruptura de tendón de Aquiles, hemos iniciado una temprana rehabilitación con nuestros pacientes, mediante la pronta movilidad de flexo extensión del tobillo en el quinto día postoperatorio.

Se puede sustentar con los datos obtenidos que existe cierta propensión multifactorial que condiciona debilidad tendinosa y que asociada a la práctica deportiva, se produce la ruptura.³

Habrà que investigar más sobre la etiopatogenia que genera esta lesión y buscar nuevas formas de tratamiento, incluso utilizando medicamentos a manera de promotores de la regeneración tisular como la colchicina.⁶

Nos llama la atención que la incidencia de esta lesión, obtenida en nuestro hospital es alta comparativamente a otras series reportadas en la literatura. No tenemos una explicación clara para justificar este fenómeno.

Bibliografía

- Arner O, Lindholm A: Subcutaneous rupture of the Achilles tendon, a study of 92 cases. *Act Chir Scand* 1959; 116(Supp 239): 1-51.
- Busto VMA, Fernández FM: Tratamiento de la ruptura del tendón de Aquiles, en deportistas con prótesis de Leeds-Keio. *Rev Mex Ortop Traum* 1999; 13(3): 245-248.
- Cetti R, Christensen S, Ejsted R, et al: Operative versus non operative treatment of Achilles tendon rupture. A prospective randomized study and review of the literature. *Am J Sports Med* 1993; 21(6): 791-799.
- Delgado BH, García P, Jiménez CC: Trombosis venosa profunda, consecutiva a cirugía de la cadera y de la rodilla. *Rev Mex Ortop Traum* 1993; 7(5): 195-198.
- Delponte P, Potier L, de Poulpique P, Buisson P: Treatment of subcutaneous ruptures of the achilles tendon by percutaneous tenorrhaphy. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1992 ; 78(6): 404-407.
- Dominguez-Malagon HR, Alfeiran-Ruiz A, Chavarria-Xicoténcatl P, Duran-Hernández MS: Clinical and cellular of colchicine in fibromatosis. *Cancer* 1992; 69(10): 2478-2483.
- Enriquez CJA, Cruz CM: Tratamiento de las rupturas antiguas del tendón de Aquiles con plastía de fascia de gemelos. *Rev Mex Ortop Trauma* 2001; 15(5): 197-202.
- Eriksen HA, Pajala A, Leppilahti J, Risteli J: Increased content of type III collagen at the rupture site of human Achilles tendon. *J Orthop Res* 2002; 20(6): 1352-1357.
- Hattrup SJ, Johnson KA: A review of ruptures in the Achilles tendon. *Foot Ankle* 1985; 6(1): 34-8.
- Inglis AE, Scott WN, Sculco TP, Patterson AH: Ruptures of the Achilles tendon. An objective assesment of surgical and non-surgical treatment. *J Bone Joint Surg Am* 1976; 58(7): 990-993.
- Inglis A, Scott W: Ruptures of the Achilles tendon. *J Bone Joint Surg Am* 1976; 58: 990-993.
- Jarvinen TA, Kannus P, Paavola M, Jarvinen TI, Jozsa L, Jarvinen M: Achilles tendon injuries. *Curr Opin Rheumatol* 2001; 13(2): 150-155.
- Jozsa L, Kannus P: Histopathological findings in spontaneous tendon ruptures. *Scand J Med Sci Sports* 1997; 7(2): 113-118.
- Kannus P, Natri A. Etiology and pathophysiology of tendon ruptures in sports. *Scand J Med Sci Sports* 1997; 7(2): 107-112.
- Kouvalchouk J, Hassan E: Patología del tendón de Aquiles: tenopatías, rupturas, heridas. Enciclopedia Médico Quirúrgica Aparato Locomotor. Editions Scientifiques et Medicales. Elsevier SAS. Paris E-14. 795: 1-15.
- Krueger-Franke M, Siebert CH, Scherzer S: Surgical treatment of rupture of the Achilles tendon: a review of long-term results. *Br J Sports Med* 1995; 29(2): 12-15.
- Mafulli N, Ewen SW, Waterston SW, Reaper J, Barras V: Tenocytes from ruptured and tendinopathic Achilles tendons produce greater quantities of type III collagen than tenocytes from normal Achilles tendon. An *in vitro* model of human tendon healing. *Am J Sports Med* 2000; 28(4): 499-505.
- Mazzone MF, McCue T: Common conditions of the achilles tendon. *Am Fam Physician*. 2002; 65(9): 1805-1810.
- Nistor L: Surgical and non surgical treatment of Achilles tendon. A pros efective randomized study. *J Bone Joint Surg Am* 1981; 63(3): 394-399.
- Pérez Teuffer A, Ilizaliturri VM, Martínez del Campo F: Traumatic rupture of the achilles tendon. Description of a surgical method for restoration by means of peroneus brevis muscle graft. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1972; 58(Suppl 1): 219-22.
- Pintore E: Peroneus brevis tendon transfer in neglected tears of the Achilles tendon. *J Trauma* 2001; 50(1): 71-78.
- Reyes HF, Sánchez AH, Herrera ZG: Plastía del tendón de Aquiles con polímero biocompatible osteoconductor (BOP) en fibra. *Rev Mex Ortop Traum* 1999; 13(3): 249-251.
- Tallon C, Mafulli N, Ewen SW: Ruptured Achilles tendon are significantly more degenerated than tendinopathic tendons. *Med Sci Sports Excer* 2001; 33(12): 1983-1990.
- Thompson TC, Doherty JH: Spontaneous rupture of tendon of Achilles: a new clinical diagnostic test. *J Trauma* 1962; 2: 126-129.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **18.004.625**
MERIZALDE GARCIA
APELLIDOS
HERNAN FELIPE
NOMBRES

Hernan Felipe Merizalde Garcia
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **03-NOV-1976**
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.88 **A+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO
31-MAY-1995 SAN ANDRES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



R-3100100-00196395-M-0018004625-20091112 0017956279A 3 33805087

Calle 26 Norte No. 5 AN – 50 Barrio San Vicente
Cali, Valle de Cauca
Cel: 314-628 32 48
EMAIL: merizalde39@hotmail.com

**HERNAN FELIPE
MERIZALDE GARCIA M.D.**



Fecha de nacimiento: Noviembre 03 de 1976, Cali, Valle del Cauca
Cédula de ciudadanía: 18.004.625 de San Andrés Islas
Nacionalidad: Colombiana
Estado Civil: Soltero

I. EDUCACIÓN:

- Colegio Alemán de Cali, Colombia
 - Primaria y Bachillerato Clásico Académico
 - Graduado con honores en 1994
- FUNDACIÓN SALAMANDRA, Cali Colombia
 - Curso de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada
 - Aprobado en 2007
- HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, Cali, Colombia
 - Internado
 - Completado en diciembre de 2008
- UNIVERSIDAD DEL VALLE, ESCUELA DE MEDICINA, Cali, Colombia
 - Médico y Cirujano
 - Graduado en 2008
- FECOLSOG, Cali, Colombia
 - Asistencia al Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología
 - Certificado en mayo de 2010
- UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, FACULTAD DE DERECHO, Cali, Colombia
 - Programa de Derecho y Ciencias Políticas
 - Título obtenido: Abogado
 - Tesis de Grado: Patente de Producto Farmacéutico y Protección de los Datos de Prueba
 - Graduado en agosto de 2011
- CRUZ ROJA COLOMBIANA. Instituto de Educación, Cali, Colombia.
 - Curso de Soporte Vital Avanzado
 - Aprobado en 2017

II. IDIOMAS:

Habla y escribe inglés y alemán de manera fluida.

III. EXPERIENCIA LABORAL:

- TECNOVASK SAS. Director de proyectos especiales. Enero 2021 a la fecha. E mail: infogenvask@mail.com
- Genvask R&D. Contract Research Organization. Director Científico, Cali, Colombia. Febrero de 2019 a diciembre 2020. E mail: genvask@hotmail.com.
- DAVITA. Unidad de Terapia de Reemplazo Renal – Cali Sur. Médico General en sala de Diálisis. Diciembre de 2018 – Enero de 2019. Teléfono: 3107803860 - (+57 - 1) 580 49 49 Ext 1152.
- Lozano&Lozano Abogados : Asesor Médico Legal, Seguridad Social, Propiedad Intelectual, demandas de Responsabilidad Médica, contratación pública y privada. Agosto de 2017 – Agosto 2018. Cel: 310 418 73 17.
- BAXTER SERVICIOS DE TERAPIA RENAL S.A.S- Médico General en sala de Diálisis de Tequendama. Abril de 2017 a julio de 2017. Cali, Colombia. Teléfono 2- 608 48 48.
- Coomeva EPS – Acción Plus. Gestión del Riesgo Cardiovascular. Medicina General. Septiembre 2016 – diciembre de 2016. Tel: 681 1111.
- Lozano&Lozano Abogados : Asesor Médico Legal, Seguridad Social, Propiedad Intelectual, demandas de Responsabilidad Médica, contratación pública y privada. Diciembre 2015 – Septiembre 2016. Cel: 310 418 73 17.

- Asociación Sindical de Radiólogos del Valle ASIRVAL. Cali, Colombia.
Asesoría jurídica en procesos de contratación, laborales y de propiedad intelectual. Septiembre 2015-Diciembre 2015. Tel: 2- 5145589
- Unidad Médica y de Diagnóstico S.A. – Centros Médicos COLMÉDICA
Medicina Prepagada – IPS Tequendama
Morbilidad General Consulta Externa citas programadas y prioritarias
Mayo de 2015-Septiembre de 2015. Tel: 572-5533146
- Centro de Excelencia Cardiopulmonar, Cali, Colombia.
Abril de 2014 - Enero 2015.
Médico General
Tratamiento y Prevención de: Hipertensión, Diabetes, Riesgo Cardiovascular, Sobrepeso y Obesidad.
Tel: (2) 5190991
- Alcaldía de Santiago de Cali – Oficina de Control Disciplinario Interno, Cali, Colombia.
Octubre de 2013 a Diciembre de 2013.
Asesor Médico Legal.
Tel: (2) -6 68 05 71.
- IPS Corporación Occidente – Calicentro – Grupo Saludcoop EPS, Cali, Colombia
Julio de 2013 a Octubre de 2013.
Tratamiento, Promoción y Prevención de: Hipertensión, Diabetes, Morbilidad General.
Tel: 2 87 96 26 – 2 87 96 62. Ext. 114-115-105-103 (Bogotá).
- Hospital Universitario del Valle. Asociación de Usuarios, Junio de 2012 a Febrero de 2013, Cali, Colombia.
Asesor en Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Tel: (2) 4 40 26 40

- Alcaldía de Santiago de Cali – Secretaría de Salud Municipal, Cali Colombia . Marzo de 2012 a mayo de 2012.
Asesor Médico
Servicio de Atención a la Comunidad (SAC).Tel.:2- 5 56 33 17 (CTA PSA)
- “Médicos Abogados Consultores”. Firma Asesora, Cali, Colombia. Enero de 2012 a marzo de 2012.
Análisis de Historias Clínicas en demandas por malapraxis médica.
Tel: (2) - 5 24 63 76 – 315 4 85 49 70.
- Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”, Cali, Colombia.
Abril de 2011 a diciembre de 2011
Cargo desempeñado: Asesor médico Oficina Jurídica –Área de Responsabilidad Médica.
Funciones del cargo:
-Análisis de eventos adversos
-Análisis clínico de las demandas por presunta malapraxis presentadas contra el Hospital.
-Miembro permanente del Comité de Historias Clínicas del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” ESE.
-Coordinador del proceso de peritazgos médico legales solicitados a la entidad por la administración de Justicia: Reparto de la peritación, decidir sobre impedimentos, procedencia o improcedencia de la solicitud.
-Recomendaciones a la Oficina de Gestión de Calidad y la Subdirección de Servicio al Cliente sobre la política institucional de seguridad del paciente.
Tel: (2) 3 80 85 80 (CTA Proinser Astroim)
- NUEVA EPS – IPS TEQUENDAMA, Cali, Colombia.
Diciembre de 2010 – Marzo de 2011
Médico General: Tratamiento, Promoción y Prevención en: Hipertensión, Diabetes y Morbilidad General.

- Grupo de Investigación “Derecho, Sociedad y Estado”, Universidad del Valle, bajo la Dirección de la Dra. RAQUEL CEBALLOS MOLANO Phd. Investigación ad-honorem sobre los efectos secundarios de los medicamentos y su relación con el secreto empresarial.
Febrero de 2010 a Diciembre de 2010
Tel: (2) 518 57 555
- Servicio Social Obligatorio: Red de Salud Ladera, Hospital Cañaveralejo – Puesto de Salud San Pascual.
Febrero de 2009 a Febrero de 2010.
Áreas de trabajo: Hospitalización, Urgencias, Sala de Partos, Programa Niño, Prevención y Promoción de la Salud.
Tel: (2)- 6 08 01 24

IV. PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ACTUALES:

- Fundación Aguamares – Genvask Research and Development – Contract Research Organization CRO - . Área: Acceso a Recursos Genéticos.
- TECNOVASK SAS. Desarrollo de modelos de Inteligencia Artificial con aplicaciones biomédicas.

V. PUBLICACIONES:

Capítulo de Libro: “Patente de Producto Farmacéutico y Protección de los Datos de Prueba en el Derecho Andino y Colombiano”, (2012), Problemas Contemporáneos del Derecho y la Política 2, Editorial Bonaventuriana, Colombia, ISBN: 978-958-8785-02-8, p. 79-106.

VI. REFERENCIAS PERSONALES:

1. Dra. ALEYDA MEJIA CARDONA, Abogada, tel: 312 833 16 88.
2. Dr. CARLOS MEDINA OLARTE, M.D, Médico Psiquiatra, tel: 301-6521588.
3. Dra. AMANDA TRUJILLO FLÓREZ., Psicóloga Clínica, tel: 318 360 42 57.

Certificación : Para todos los efectos legales, certifico que toda la información por mí suministrada en la presente hoja de vida es veraz y autorizo que la misma sea verificada para efectos de vinculación laboral o contractual. CST, art. 62, num. 2º.



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional



La Universidad del Valle

Confiere el Título de

Médico y Cirujano

a

Hernán Felipe Merizalde García

Identificado con C.C. 18004625

En testimonio de ello le expide el presente Diploma y lo refrenda con sello de la
Institución. En la ciudad de Santiago de Cali, Valle del Cauca,
a los 5 días, del mes de Diciembre de 2008


El Rector


El Decano



062933

Registro al folio 317-20 del Libro 2 de Diplomas, a los 5 días del mes de Diciembre de 2008



Universidad del Valle

RECTORÍA

ACTA DE GRADO No 841

En la ciudad Santiago de Cali del Departamento del Valle del Cauca, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución No 853 emanada de la Rectoría de la Universidad del Valle; el día 5 de Diciembre de 2008, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, confirió el título de:

MÉDICO Y CIRUJANO

RG 120346100007600111100 SNIES

a:

HERNÁN FELIPE MERIZALDE GARCÍA

Identificado con C.C. 18004625

El diploma correspondiente fué entregado en la fecha prevista en la Resolución No. 853 y anotado en el Libro 2 Folio 317 Registro 20 de la Universidad del Valle.

(Fdo) Iván Enrique Ramos Calderón - Rector
(Fdo) Oscar López Pulecio - Secretario General

Se firma en Santiago de Cali, el 12 de Abril de 2010

ADM. GLORIA STELLA PÉREZ CUÉLLAR
JEFA DE DIVISIÓN

ESTE DOCUMENTO NO REQUIERE AUTENTICACIÓN EN VIRTUD DEL DECRETO No. 1024 DE 1982

Generado por: ricardo.organista

Revisado por: Elizabeth López Santacruz



**DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD**

RESOLUCIÓN No. 76 - 2966

08 JUN 2010

Por la cual se concede una autorización para el Ejercicio de una Profesión.

El Profesional Especializado, de la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, de acuerdo en lo dispuesto en el Decreto 1875 del 03 de Agosto de 1994, el Decreto 1352 del 12 de julio de 2000, la resolución 4313 del 23 de octubre de 2003 y

CONSIDERANDO

Que Hernan Felipe Merizalde Garcia identificado con la cedula de ciudadanía No. 18.004.625 expedida en San Andres Islas, ha solicitado autorización para ejercer como Medico y Cirujano, según título que le otorgó la Universidad del Valle en Cali, el 05 de Diciembre de 2008.

Que dicho título se encuentra registrado en la Universidad del Valle en Cali, anotado en el folio 317-20, libro No.2 del 05 de Diciembre de 2008.

Que prestó el Servicio Social Obligatorio en la Red de Salud de Ladera ESE en Cali-Valle, desde el 11 de Febrero de 2009 hasta el 10 de Febrero de 2010

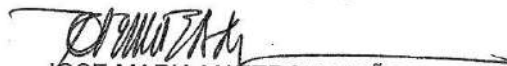
En consideración éste Despacho,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO Autorizar a Hernan Felipe Merizalde Garcia, para ejercer como Medico y Cirujano en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO Esta Resolución rige a partir de la fecha de su notificación.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE


JOSE MARIA MATERON MUÑOZ
Profesional Especializado



Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACION UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Registro No.

Profesión u Ocupación

76 2966/2010

MÉDICO

Nombres y Apellidos

MERIZALDE GARCIA HERNAN FELIPE

C.C. o C.E.

De

CC 18004625

SAN ANDRÉS

Institución de Educación

Ciudad

U DEL VALLE

CALI

Código

65654/76

Fecha de Expedición

12/01/11

FIRMA

FIRMA

MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.



SALAMANDRA[®]

Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias & Emergencias

CERTIFICA QUE

Hernán F. Merizalde García

APROBÓ EL CURSO

*Reanimación Cardiopulmonar
Básica y Avanzada*

Este programa acredita 16 horas de educación continua en los componentes de

SOPORTE BASICO Y AVANZADO DE VIDA

Como constancia se firma en Montería, a los Siete (7) días del mes de Noviembre de 2007

LAUREANO QUINTERO
Director Científico



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ASOCIACIONES
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

***La Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología
FECOLSOG***

Certifica que:

HERNAN FELIPE MERIZALDE GARCIA

Asistió a

XXVII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Los días 20, 21 y 22 de mayo de 2010, en la ciudad de Santiago de Cali, Colombia.

En el Centro de Eventos Valle del Pacífico Yumbo - Cali

Intensidad horaria cumplida de 22 horas



Dr. Jimmy Castañeda Castañeda
Presidente FECOLSOG



Dr. Gustavo Gómez Tabares
Presidente Comité Científico



Cruz Roja Colombiana
Seccional Valle del Cauca

INSTITUTO DE EDUCACIÓN

Resolución de Funcionamiento No. 4143.0.21.3767 de Mayo de 2013 Expedida por la Secretaría de Educación Municipal

Hace constar que:

MERIZALDE GARCIA HERNAN FELIPE

C.C. 18004625

Participó en el

CURSO DE SOPORTE VITAL AVANZADO

Con una duración de 48 Horas

Dirección



Coordinación de Extensión

Dado en Santiago de Cali, el 16 de Julio 2017 Registró No.51791
Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de los profesionales de salud.



**UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA**

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 1326 DEL 25 DE MARZO DE 1975
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CONFIERE EL TÍTULO DE

Abogado

A

Hernán Felipe Merizalde García

C.C.No. 18.004.625- San Andrés

En testimonio de ello le otorga el presente Diploma
Cali, Valle del Cauca, 26 de Agosto de 2011

A. J. B. y.
Rector

[Signature]
Decano

[Signature]
Secretario Seccional

Anotado en el folio 39574 del libro 11 de Registro de Diplomas, a los 26 días del mes de Agosto de 2011

22498

TAMALLA QUINCE Y ROSA



**UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA
SECCIONAL CALI**

**ACTA DE GRADO N° S.4.4-20110629
Agosto 26 de 2011**

En la ciudad de Cali, capital del Departamento del Valle del Cauca, a las 6:00 p.m. de fecha Agosto 26 de 2011, en el **Auditorio Fray Alberto Montealegre González** de la Universidad de San Buenaventura y de conformidad con lo dispuesto por la Resolución de Rectoría N° **20111669** de la misma fecha, se celebró sesión solemne con el fin de otorgar **Títulos y Grados Académicos**. La sesión estuvo presidida por **Fray Álvaro Cepeda Van Houten, OFM**, Rector de la Universidad de San Buenaventura, seccional Cali. El orden del día fue el siguiente: 1) Himno Nacional; 2) Invocación a Dios; 3) Mensaje a Graduandos; 4) Presentación de los Graduandos; 5) Resolución de Rectoría; 6) Toma del Juramento; 7) Himno de la Universidad de San Buenaventura; 8) Significado de la Insignia Institucional; 9) Entrega de Diplomas e imposición de la Medalla Cruz TAU; 10) Entrega de Excelencias Académicas; 11) Himno del Departamento del Valle del Cauca; 12) Fin de la Sesión.

La Universidad de San Buenaventura en esta ocasión confirió el título de:

**ABOGADO
A: HERNAN FELIPE MERIZALDE GARCIA
C.C. 18.004.625 de SAN ANDRES**

Es fiel copia tomada del "**Libro de Actas de Grados y Títulos**", Tomo **XIII**, registro No. **16** de la Universidad de San Buenaventura, Cali.

Anotada en el Libro de Registro de la Universidad de San Buenaventura Libro **11**, folio **39574** de fecha Agosto 26 de 2011.

Dada en Cali, el día veintiséis (26) del mes de agosto del año dos mil once (2011).


**FRAY HERNANDO ARIAS RODRIGUEZ, OFM.
SECRETARIO SECCIONAL
C.C. N° 19.224.865 de Bogotá, D.C.**

SECRETARIO

0027929