

Señores

JUZGADO DIECIOCHO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE CALI

Atn. Dra. **KATHERINE CALDERÓN BEJARANO**

E. S. D.

REF. **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y SU REFORMA**
Radicado: 76001333301820230030600
Proceso: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA
Demandantes: GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL, ALEYDA OCAMPO
 RODRÍGUEZ, ERIKA ACHIPIZ OCAMPO, GABRIELA LEÓN ACHIPIZ,
 ALEXANDER MURIEL OSPINA, MARTA LUCIA OCAMPO
 RODRÍGUEZ, CAROLINA ROJAS OCAMPO, MIGUEL ÁNGEL
 RODRÍGUEZ ROJAS Y NATHALY RODRÍGUEZ ROJAS
DEMANDADOS: MUNICIPIO DE PALMIRA, CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
 COMPENSAR Y E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO

SANDRA MÓNICA BAUTISTA GUTIÉRREZ, mayor de edad, domiciliada en Bogotá D.C., identificada con la cédula de ciudadanía número 52.967.033 expedida en esta ciudad, titular de la tarjeta profesional número 154.370 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi condición de apoderada de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, en su programa de entidad promotora de salud - **COMPENSAR EPS** (en adelante COMPENSAR EPS), representada legalmente por el doctor Luis Andrés Penagos Villegas, mayor de edad, domiciliado en esta ciudad e identificado con cédula de ciudadanía número 71.724.156 expedida en Medellín (Antioquia), entidad con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C. en la Avenida 68 No. 49 A - 47, en ejercicio de las facultades otorgadas mediante poder general protocolizado mediante escritura pública número 12913 de 10 de diciembre de 2015 de la Notaría 38 del Círculo de Bogotá, dentro de la oportunidad legal para ello, procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA Y SU RESPECTIVA REFORMA**, en los siguientes términos:

I. FRENTE A LOS HECHOS

Me pronunciaré de manera expresa respecto de cada uno de los hechos descritos por el apoderado de la parte demandante, en la misma forma y enumeración en que fueron señalados por aquél en el escrito de reforma a la demanda.

FRENTE AL HECHO PRIMERO: NO LE CONSTA a mi representada puesto que se trata de un hecho atinente a la órbita privada de los demandantes, de manera tal que deberá probarse de manera idónea por la parte activa procesal.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO: NO LE CONSTA a mi poderdante puesto que se trata de un hecho atinente a la órbita privada y familiar de los demandantes, de modo que deberá someterse a prueba dentro del proceso.

FRENTE AL HECHO TERCERO: NO LE CONSTA a mi prohijada tal afirmación cuyo contenido remite a aspectos que deben ser materia de prueba, en tanto escapan a la participación o conocimiento de mi poderdante.

FRENTE AL HECHO CUARTO: NO LE CONSTA a mi mandante que el señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL “se caracterizó por su buen estado de vigor y laboriosidad”. De hecho, según consta en el certificado emitido por el Proceso de Gestión para la Toma de Decisiones del programa de Entidad Promotora de Salud de la Caja de Compensación Familiar Compensar contentivo del kárdex de uso –*el cual apor to a la presente contestación como prueba*-, el mencionado usuario registra múltiples solicitudes de servicios anteriores al 9 de

septiembre de 2021, calenda en la que ingresó al servicio de urgencias de la .S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO. Así las cosas, se encuentra desvirtuada la pre sanidad a la que pretende aludir este hecho.

NO LE CONSTA a mi representada lo que atañe al supuesto desarrollo de la actividad económica de venta de pulpa y el ejercicio de tal emprendimiento *“hace años”* para el sostenimiento propio y familiar ya que no se encuentra demostrada tal situación a través de prueba siquiera sumaria. Por el contrario, dado que el señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado se encuentra más que demostrada su falta de capacidad de económica y por ende se presume que no percibe ingresos derivados de ninguna actividad económica. En caso contrario, estaríamos en presencia de una franca evasión de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud con las respectivas consecuencias que ello acarrea.

FRENTE AL HECHO QUINTO: NO ES CIERTO DE LA FORMA EN QUE ESTÁ PLANTEADO EL HECHO Y PROCEDO A ACLARAR: NO LE CONSTA a mi poderdante que el señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL goce de un subsidio facilitado por el municipio de Palmira toda vez que se trata de una afirmación que versa sobre una entidad distinta a COMPENSAR EPS.

ES PARCIALMENTE CIERTO Y ÚNICAMENTE SE ADMITIRÁ que el señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL estuvo afiliado al Régimen Subsidiado de Salud a través del Programa de Entidad Promotora de Salud de COMPENSAR desde el 29 de noviembre de 2020 según información obrante en el sistema de información de mi prohijada.

NO ES CIERTO que la afiliación al Régimen Subsidiado *“le permitía la prestación de los servicios por la Caja de Compensación Familiar COMPENSAR”* ya que, tal y como obra en certificado emitido por el Proceso de Gestión para la Toma de Decisiones del programa de Entidad Promotora de Salud de la Caja de Compensación Familiar Compensar contentivo del kárdex de uso, mi mandante jamás le prestó de manera directa servicios de salud al señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL. Frente al mencionado usuario COMPENSAR EPS actuó únicamente en calidad de asegurador, garantizando el acceso a los servicios contemplados en el Plan de Beneficios al tenor de lo dispuesto en el artículo 177 y 178 de la Ley 100 de 1993, mientras que la prestación efectiva de las atenciones tuvo lugar a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud según lo normado por el artículo 185 ejusdem.

FRENTE AL HECHO SEXTO: NO ES UN HECHO. Comprende una apreciación jurídica del apoderado de los demandantes en la cual deja de lado un asunto de capital importancia para el proceso que aquí nos convoca: la prestación efectiva de los servicios de salud compete en exclusiva a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, función legalmente encomendada y cuyo ejercicio tiene lugar en condiciones de autonomía administrativa, técnica y financiera.

FRENTE AL HECHO SÉPTIMO: ES PARCIALMENTE CIERTO por lo que es menester aclarar lo siguiente: el ingreso del señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL a la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO del municipio de Palmira el 9 de septiembre de 2021 tuvo lugar a través de urgencias, servicio cuya prestación no estuvo antecedida de solicitud por parte del afiliado y/o sus familiares a COMPENSAR, razón por la cual mi mandante no tuvo injerencia alguna en su arribo y entrada a dicha institución, la cual fue elegida por ellos libremente. Por consiguiente, no le consta a esta EPS el manejo instaurado en dicha oportunidad ya que no intervino en el mismo. Resulta oportuno aclarar que la atención médica fue ejecutada conforme a la autonomía técnica, financiera y administrativa ejercida por la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO y su personal adscrito, en los precisos términos señalados en los artículos 185 de la ley 100 de 1993 y 17 de la Ley 1751 de 2015. Y es que mi representada no participó en la atención brindada por la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, toda vez que

dicha institución se desempeñó de manera autónoma e independiente por virtud del Contrato de Prestación de Servicios de Salud número CSS017-2021, circunstancia que constituye la excepción de fondo que más adelante denominaré “*hecho exclusivo y determinante de un tercero*”

FRENTE AL HECHO OCTAVO: ES PARCIALMENTE CIERTO pues corresponde a una referencia incompleta frente a lo descrito en la historia clínica del 9 de septiembre de 2021. Así pues, todo entendimiento sobre el particular deberá efectuarse con sujeción a lo consignado en la historia clínica, cuyo diligenciamiento y custodia corresponde a la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO en su calidad de Institución Prestadora de Servicios que suministró la atención, según lo normado en la Resolución 1995 de 1999. En todo caso, deberá aclararse que, en dicha oportunidad se registró como motivo de consulta la presencia de dificultad para orinar y dolor abdominal, antecedente de estrechez uretral e infecciones recurrentes del tracto urinario y litiasis renal manejada quirúrgicamente. Asimismo, se reportó una ecografía renal y de vías urinarias que mostró una próstata aumentada de tamaño (hiperplasia prostática) y una consecuente estrechez del meato uretral. Al examen físico inicial registrado, el señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL presentaba signos vitales dentro de los rangos normales, un aparente globo vesical y dolor en la región hipogástrica, sin signos de irritación peritoneal. Se adoptó como conducta médica el manejo analgésico y paso de sonda vesical para evacuar.

FRENTE AL HECHO NOVENO: NO ES CIERTO DE LA FORMA EN LA QUE ESTÁ REDACTADO EL HECHO ya que la ligereza de la afirmación no permite a mi representada corroborar a cuál de las notas médicas refiere. Si bien, se advierte en historia clínica evolución consignada por el doctor Eduard Cabezas Agudelo –*especialista en urología*- en la cual se establece como plan de manejo “*remisión a otra institución para realización de cistostomía de mayor calibre*” ello no quiere decir que la condición que aquejaba al señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL no hubiere sido debidamente atendida. Por el contrario, a las 9:08 p.m. se observa registro de interconsulta por cirugía general que da cuenta de realización de inserción de catéter suprapúbico técnica de Seldinger a nivel de 2 cm por encima de la sínfisis del pubis, lográndose extracción de aproximadamente 200 cc de orina hematurica, por lo que se fijó catéter de 2 vías. Conforme obra en anotación del 10 de septiembre de 2021 a las 5:06 p.m. el catéter suprapúbico se encontraba drenando, condición que se mantuvo en evoluciones del 11 y 12 de septiembre, describiéndose además que el paciente cursaba con mejoría del dolor, signos vitales y sin irritación peritoneal. Así pues, para una adecuada comprensión del caso deberá acudir a la historia clínica en su integridad y no solo a alusiones parciales, fragmentadas y fuera de contexto con las que la activa procesal pretende inducir a error al Despacho.

Ahora bien, en lo que atañe a la remisión del paciente es preciso aclarar que, su solicitud compete a la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO según criterio de los médicos tratantes, en presencia de la cual se activa en la EPS a través de su Central de Acompañamiento al Prestador (CAP) la labor de comentar al paciente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Región. La concreción del traslado depende en todo a la disponibilidad reportada por dichas IPS. Sin embargo, ello no releva a la entidad remitora, esto es, a la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO del manejo y cuidado del paciente, los cuales son de cargo suyo hasta que tenga lugar el ingreso a la IPS receptora. En todo caso, deberá tenerse en cuenta que, tal y como consta en la historia clínica, la solicitud de remisión fue cancelada por la misma IPS solicitante, esto es, por la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO cuyo equipo médico concluyó que estaba en capacidad de asumir el manejo del paciente, manifestando incluso “*que la intervencion quirurgica [sic] se realiza en nuestra institución*”.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO: NO ES CIERTO DE LA FORMA COMO SE PLANTEA pues corresponde a una referencia incompleta de lo señalado en la interconsulta con la especialidad de cirugía general del 10 de septiembre de 2021. Deliberadamente el apoderado de los

demandantes omite señalar que a la valoración el señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL se encontraba hemodinámicamente estable, alerta, refiriendo mejoría del dolor, sin ningún otro síntoma asociado y con presencia de catéter suprapúbico drenando. Por tanto, no es cierto que el paciente se encontrase únicamente en observación, sino que por el contrario, venía siendo manejado por especialista.

FRENTE AL HECHO UNDÉCIMO: NO ES CIERTO EN LA FORMA EN QUE SE ENCUENTRA REDACTADO pues corresponde a una referencia incompleta de lo señalado en nota de interconsulta del 11 de septiembre de 2021. Así pues, todo entendimiento sobre el particular deberá efectuarse con sujeción a la lectura integral de la historia clínica.

FRENTE AL HECHO DUODÉCIMO: NO ES CIERTO TAL Y COMO SE PLANTEA. ADICIONALMENTE, ACUMULA INDEBIDAMENTE HECHOS Y APRECIACIONES DEL APODERADO DE LOS DEMANDANTES. Por tanto, procedo a contestar el hecho de la siguiente manera: La alusión a la anotación efectuada por el especialista en cirugía general, doctor Luis Eduardo Moore el 12 de septiembre de 2021 no es de recibo toda vez que corresponde a una alusión parcial y descontextualizada en la que el apoderado de los demandantes, intencionadamente omite mencionar que, como parte del plan de manejo se solicitó valoración por el servicio de urología. Valga aclarar que en el referido registro clínico no se advierte ninguna alusión al supuesto “*carácter urgente de la remisión*” y que aun admitiendo en gracia de discusión que hubiere tenido tal carácter, ello no releva a la entidad remisor, esto es, a la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO del manejo y cuidado del paciente, los cuales son de cargo suyo hasta que tenga lugar el ingreso a la IPS receptora.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO TERCERO: NO ES CIERTO EN LA FORMA EN QUE SE ENCUENTRA REDACTADO, ya que en el hecho no se describe a cuál de las notas de enfermería refiere. En todo caso, la eliminación de orina a través del catéter suprapúbico da cuenta de que la retención urinaria que presentaba el señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL venía siendo tratado por la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO a través de esta técnica de vaciamiento vesical.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO CUARTO: NO ES CIERTO TAL Y COMO ESTÁ DESCRITO. Se trata de una transcripción parcial y segmentada de la nota efectuada por el profesional en cirugía general, doctor Jorge Alexander Linares el 13 de septiembre de 2021 que no recoge la totalidad de la evolución allí consignada. Por tal razón, deberá acudirse al tenor literal de la historia clínica, cuya custodia no corresponde legalmente a mi representada sino a la institución que la generó en el curso de la atención, en voces del artículo 13 de la resolución 1995 de 1999; es decir a la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO. En todo caso, con la instauración de plan de manejo consistente en cistoscopia más dilatación uretral, valoración por anestesiología, paraclínicos prequirúrgicos e interconsulta con urología, se constata que el señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL recibió atención de manera continua e ininterrumpida por parte de la mencionada institución.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO QUINTO: NO ES CIERTO COMO ESTÁ PLANTEADO. Si bien la historia clínica da cuenta de nota operatoria que data del 14 de septiembre de 2021 registrada por el doctor Germán Cardona, especialista en urología, no es cierto que dicho acto quirúrgico no haya estado antecedido de la respectiva información al paciente de los riesgos inherentes al mismo. En la historia clínica de la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO obra hoja de “Protocolo de Cirugía Segura” que da cuenta de la suscripción de consentimiento informado y del respectivo ejemplar de dicho documento debidamente signado.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO SEXTO: NO ES CIERTO que después de la “*meatoplastia más dilatación de uretra y cistoscopia*” el señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL haya iniciado una desmejora en su salud; de hecho, en la práctica de dicho procedimiento no se presentaron complicaciones intraoperatorias. Distinto es que, durante el control posquirúrgico se hallan presentado al examen físico hallazgos consistentes en dolor severo y difuso a la

palpación abdominal que orientaron el criterio médico hacia una sospecha de irritación peritoneal, siendo práctica de laparotomía exploratoria una conducta ajustada a la *lex artis*. Respecto al hallazgo de laceración en vejiga, habrá de decirse que su desarrollo con la consecuente peritonitis obedece al debilitamiento de las paredes de la vejiga por condiciones propias del paciente tales como infecciones urinarias recurrentes, antecedentes quirúrgicos e hiperplasia de próstata que exacerbaron el riesgo de complicaciones inherentes a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados. En todo caso, dicha laceración fue debida y oportunamente tratada a través de cistografía, lavado peritoneal, la toma de cultivos y el inicio de tratamiento antibiótico.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO SÉPTIMO: NO ES CIERTO ya que la respuesta a la solicitud de remisión del señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL pende de la disponibilidad de cama en la red hospitalaria y no de la voluntad de COMPENSAR EPS. Sin perjuicio de lo anterior, está claro y resulta indiscutible que la responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitente hasta que ingrese en la institución receptora. En consecuencia, la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO brindó de manera adecuada la atención requerida por el paciente en mención durante la estancia en sus instalaciones.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO OCTAVO: NO ES CIERTO dado que lo relatado en este hecho no refleja de manera fidedigna las notas de la historia clínica a las cuales pretende hacer alusión y omite otras que son necesarias para la adecuada comprensión del caso. Por ende, es necesario aclarar que, según evolución del 15 de septiembre de 2021, el paciente estaba en posoperatorio con evolución lenta hacia la mejoría, se le realizó curación en herida, la cual se observó limpia y seca y fue evaluado por el servicio de urología. Dicha especialidad indicó el retiro de la irrigación, continuar con la cistostomía y la sonda uretral y mantener el manejo intrahospitalario con cobertura antibiótica con cefalotina. Se encuentra documentada posterior evolución tórpida con dolor abdominal intenso y defensa muscular, circunstancia comentada con cirugía general y urología que condujo a solicitud de turno para laparotomía exploratoria. En nota de las 18:54, se registró realización de dicho procedimiento en el cual evidenció una colección purulenta intraabdominal. Se tomó una muestra para cultivo y antibiograma. Se llevó a cabo el drenaje de la colección y el lavado peritoneal con 2000 cc. Tras revisar los órganos, no se identificaron lesiones. Finalmente, se efectuó la rafia de los planos musculares. Como se desprende de lo expuesto, no es cierto que el señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL persistiera con constante dolor ya que si bien debutó con adecuada evolución esta con posterioridad tendió a desmejorar, lo que condujo que fuera evaluado interdisciplinariamente y así mismo atendido. No es cierto que para el 15 de septiembre de 2021 el mencionado paciente se encontrara sin respuesta de remisión, de hecho en la historia clínica de la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO obra anotación que da cuenta de la cancelación de la misma.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO NOVENO: NO ES CIERTO EN LA FORMA EN QUE SE ENCUENTRA REDACTADO pues corresponde a una referencia incompleta de lo señalado en nota de evolución del 16 de septiembre de 2021. Así pues, todo entendimiento sobre el particular deberá efectuarse con sujeción a la lectura integral de la historia clínica. Sin perjuicio de lo expuesto es importante resaltar que el paciente para dicho momento se encontraba en buenas condiciones, con herida quirúrgica limpia, sin signos de infección ni inflamación.

FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO: NO ES CIERTO EL HECHO TAL Y COMO SE PLANTEA. Si bien en la nota de evolución de cirugía general del 17 de septiembre de 2021 se describe que, al examen físico, el señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL se encontraba para dicha calenda en buenas condiciones generales, hemodinámicamente estable, orientado en tiempo lugar y persona, sin signos de dificultad respiratoria, afebril, sin signos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica **NO ES CIERTO** que lo consignado en el acápite de “*análisis y plan*” constituya evidencia de supuestas irregularidades en los procedimientos que le fueron practicados. Frente al hallazgo de laceración en vejiga, habrá de decirse que el desarrollo de dicha lesión con la consecuente peritonitis obedece al debilitamiento de las paredes de la vejiga por condiciones propias del paciente que exacerbaron el riesgo de complicaciones inherentes

a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados. De otra parte, es cierto que se conceptuó la continuidad de su hospitalización lo que constata que la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO actuó de manera prudente, perita y con apego a la lex artis.

FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO PRIMERO: NO ES CIERTO. Aun cuando se registra en la historia clínica solicitud de remisión del señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL, en ningún momento se consignó que aquella tuviera el carácter de urgencia que aquí se le pretende atribuir. Ahora bien, no es cierto que de dicha remisión dependiese que el paciente recibiera la atención requerida toda vez que durante su estancia en la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO le fueron brindados los servicios médicos que su estado de salud ameritaba, al punto de ser dicha IPS quien canceló la solicitud de remisión según consta en la historia clínica. No debe perderse de vista que la concreción del traslado interinstitucional, lejos de depender del arbitrio y de la voluntad de COMPENSAR EPS verdaderamente responde a la disponibilidad de cama en el nivel requerido en un contexto nacional de alta demanda de servicios que contrasta con una limitada oferta.

FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO SEGUNDO: NO ES CIERTO TAL Y COMO ESTÁ PLANTEADO. Este hecho parece referirse a la nota de evolución registrada por el cirujano general de la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, doctor Luis Armando García Trujillo el 18 de septiembre de 2021, sin embargo no es del todo coincidente en su contenido razón por la cual, para validar este aserto resulta indispensable acudir al tenor literal de la historia clínica.

FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO TERCERO: ES PARCIALMENTE CIERTO ya que la continuidad en la hospitalización en la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO no fue la única orden emitida por el cirujano general Germán Arango en la evolución registrada el 19 de septiembre de 2021, siendo indispensable remitir a la totalidad de la historia clínica.

FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO CUARTO: ES PARCIALMENTE CIERTO. El profesional en cirugía general, doctor Jorge Alexander Linares, da cuenta de la buena evolución del paciente dando salida por dicha especialidad e indicando continuidad por el servicio de urología. Sin embargo, no es cierto que dicha nota efectúe un recuento de lo ocurrido entre los días de hospitalización ya que el ingreso del señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL a la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO del municipio de Palmira el 9 de septiembre de 2021 tuvo lugar a través del servicio de urgencias.

FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO QUINTO: NO ES CIERTO que COMPENSAR haya autorizado la remisión del señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL doce (12) días después de su ingreso a la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO. Tal y como consta en la historia clínica de dicha institución, fueron sus médicos tratantes quienes decidieron cancelar la orden de remisión:



Paciente ingresa el 10/09/2021 por retencion de orina, por cx general se coloca cateter suprapubico, valorado por urologia quien considera estrechez uretral y plantea remision para la realizacion de cistostomia, sin embargo el 13/09/2021 urologia decide llevar a quirofano para realizar cistostomia + dilatacion uretral, con posterior reintervencion quirurgica para sutura de desgarrro vesical. Paciente en POP con evolucion lenta hacia la mejoría, hoy valorado por urologia quien indica retirar irrigacion, continuar con cistostomia + sonda uretral y realizar seguimiento, continua hospitalizado con tto ATB en su día 1, se cancela orden de remision ya que la intervencion quirurgica se realiza en nuestra institucion.

Fuente: historia clínica del señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL aportada por la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO con la contestación a la demanda

Cuestión distinta es que, con posterioridad, esto es, el 21 de septiembre de 2021, el servicio de urología evaluó al paciente y detectó retención urinaria, determinando como medida inicial la permeabilización de la sonda e indicando su irrigación para prevenir obstrucciones y posteriormente solicitando remisión a un centro médico de mayor complejidad. Así las cosas, se procedió con la activación del proceso de referencia y contrareferencia, el cual culminó con la aceptación del paciente en la CLINICA IMBANACO, centro asistencial al cual fue trasladado en ambulancia con cobertura de COMPENSAR EPS.

212640651772200	900741657	ASISTENCIA VITAL INTEGRAL SAS	POS SIN COBRO	21/09/2021	21/09/2021	601T01	TRASLADO TERRESTRE BASICO PACIENTES, PRI	ASISTENCIA VITAL INTEGRAL SAS

Fuente: kárdex de uso que se aporta con la presente contestación.

El señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL ingresó a las 23:49 del 21 de septiembre de 2021 a la CLÍNICA IMBANACO. Según obra en la historia clínica de dicha IPS, al momento de la valoración el paciente estaba sin indicación de manejo quirúrgico, con signos vitales dentro de límites normales; le fueron solicitados paraclínicos y valoración por urología.

FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO SEXTO: NO ES CIERTO. ADICIONALMENTE NO ES UN HECHO. Se trata de conjeturas y apreciaciones subjetivas realizadas por el apoderado judicial del extremo actor, carentes de prueba alguna. Contrariamente a su dicho, la historia clínica da cuenta del suministro de una atención integral e interdisciplinaria a GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL, con sujeción a la lex artis, cumplimiento de los atributos exigidos por el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud y correspondientes al nivel habilitado para cada una de las instituciones que intervinieron en su manejo. **NO ES CIERTO** que el señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL haya sido sometido a procedimientos clínicos impertinentes para su patología ni que haya sido sometido a una permanencia exagerada en la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, por el contrario, según criterio médico se hizo innecesaria su remisión, brindándosele allí mismo un manejo acorde a sus signos y síntomas. Tampoco se advierte en el presente caso una negativa de COMPENSAR EPS para garantizar el acceso del señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL a la totalidad de servicios prescritos por sus médicos tratantes. Por el contrario, está demostrado de manera idónea y suficiente que mi representada autorizó la totalidad de las prestaciones en salud que le fueron ordenadas, por lo que no es dable afirmar que el supuesto daño alegado haya sido consecuencia de una desidia o negligencia de mi poderdante para dar cabal cumplimiento a las obligaciones a su cargo como entidad aseguradora (EPS). **NO ES CIERTO** que al señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL le hayan sido practicadas laparoscopias por parte de la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO lo que de contera deja sin piso las afirmaciones respecto al menoscabo que alega. La lesión vesical a la que atribuye el libelista el carácter de daño no tiene el carácter de antijurídico toda vez que su desarrollo obedeció al debilitamiento de las paredes de la vejiga por condiciones propias del paciente que intensificaron el riesgo de complicaciones inherentes a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados. En todo caso, Su Señoría, dicha laceración fue debida y oportunamente tratada a través de cistografía, lavado peritoneal, la toma de cultivos y el inicio de tratamiento antibiótico.

FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO SÉPTIMO: NO ES CIERTO TAL Y COMO SE PLANTEA. Nótese cómo en el presente hecho el libelista refiere de manera desarticulada diferentes apartes de la historia clínica, en este caso de la CLÍNICA IMBANACO. Si bien en cierto que en dicho documento obra registro suscrito por el doctor Jhon Fredy Padilla Melo también lo es que en la redacción del hecho se pasó por alto que allí se dejó consignado que el paciente estaba sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, sin leucocitosis ni neutrofilia, sin alteración electrolítica, con azoados en rango de normalidad y sin dolor abdominal. Ahora bien, en punto a la valoración consignada por el doctor Jorge Eduardo Sejnau, es preciso destacar que dicho especialista en urología identificó que la citostomía estaba funcional; es decir, que el procedimiento practicado en la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO estaba cumpliendo su objetivo sin perjuicio del respectivo control de la evolución del paciente.

FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO OCTAVO: NO ES CIERTO EN LA FORMA COMO ESTÁ REDACTADO. Al igual que en el hecho anterior, el libelista realiza una transcripción parcial y segmentada de la historia clínica de la CLÍNICA IMBANACO que no recoge la totalidad de la evolución allí consignada. Por tal razón, deberá acudirse al tenor literal de la historia clínica, cuya custodia no corresponde legalmente a mi representada sino a la institución que la generó en el curso de la atención, en voces del artículo 13 de la resolución 1995 de 1999. En todo caso, debe advertirse que en la nota de egreso se dejó constancia expresa de que la citostomía estaba funcional.

FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO NOVENO: NO ES UN HECHO, CONTIENE AFIRMACIONES SUBJETIVAS DE LA PARTE ACTORA QUE NO SON CIERTAS. En el caso del señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL no se advierte ninguna irregularidad clínica o administrativa que hubiere repercutido en su salud. Por el contrario, desde su ingreso por el servicio de urgencias a la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO recibió toda la atención médica que demandaba su estado a través de una secuencia lógica de actividades encaminadas a tratar su condición, la cual fue ejecutada de manera coherente con los signos, síntomas y hallazgos; circunstancia que se corrobora con la respectiva historia clínica. Así las cosas, se encuentra desvirtuada por completo la falta de pericia que pretende enrostrarle la parte actora a través de este hecho a la IPS en mención, la cual en todo caso, actuó de manera totalmente autónoma e independiente, sin injerencia alguna por parte de COMPENSAR EPS en los actos médicos desplegados. Por su parte, COMPENSAR EPS cumplió cabalmente con las funciones de aseguramiento a su cargo autorizando la totalidad de los servicios prescritos al señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL por sus médicos tratantes, hecho que se confirma con el kárdex de uso que anexo a la presente contestación. **NO ES CIERTO** que COMPENSAR EPS haya incurrido en *“negligencia y demora al no ordenar el respectivo traslado de manera pertinente a una institución de mayor nivel, que tuviere la especialidad, así como los instrumentos necesarios para el tratamiento”*, toda vez que la remisión fue cancelada por la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO dejando constancia de que la intervención quirúrgica se realizó en dicha institución. De hecho, durante su permanencia en la ESE HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO el señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL fue atendido por un equipo multidisciplinario que contó, entre otros, con especialistas en urología, cirugía general y anestesiología, lo que confirma que puso al servicio de este paciente toda su capacidad instalada. **NO ES CIERTO** que en el presente caso se haya presentado una *“pérdida de oportunidad”* en tanto categoría de daño autónomo por no concurrir los requisitos exigidos para tal efecto. Sobre el particular, se advierte en primera medida que el apoderado se releva por completo de comprobar la concurrencia de las exigencias que lo configuran y además se abstiene de determinar el asidero de tal pretensión.

FRENTE AL HECHO TRIGÉSIMO: NO LE CONSTA a mi representada toda vez que no tuvo injerencia ni participación en este hecho.

FRENTE AL HECHO TRIGÉSIMO PRIMERO: NO LE CONSTA a mi poderdante toda vez que no tuvo injerencia ni participación en este hecho.

FRENTE AL HECHO TRIGÉSIMO SEGUNDO: NO ES UN HECHO. Corresponde a una apreciación del apoderado de los demandantes que por demás, es especulativa, hipotética y carente de prueba.

FRENTE AL HECHO TRIGÉSIMO TERCERO: NO ES CIERTO. Además, **NO ES UN HECHO.** La parte actora no allega prueba que dé cuenta de sus aseveraciones. Aunado a lo anterior, comprende afirmaciones hipotéticas que no pueden ser tenidas como ciertas. En contraste a lo manifestado por el libelista, la calidad de afiliado al Régimen Subsidiado del señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL constata que, incluso antes de su ingreso por el servicio de urgencias el 9 de septiembre de 2021 a la ESE HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, no percibía ingresos derivados de ninguna actividad económica. En caso contrario, estaríamos en

presencia de una franca evasión de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud con las respectivas consecuencias que ello acarrea.

FRENTE AL HECHO TRIGÉSIMO CUARTO: NO LE CONSTA a mi poderdante la afirmación contenida en este hecho, la cual, en todo caso deberá ser sometida a prueba idónea.

FRENTE AL HECHO TRIGÉSIMO QUINTO: NO ES CIERTO DE LA MANERA CÓMO SE PLANTEA toda vez que atañe al requisito de procedibilidad contemplado en el artículo 161 del CPACA cuyo numeral primero fue modificado por el artículo 34 de la Ley 2080 de 2021 y cuyo agotamiento según obra en la respectiva constancia, tuvo lugar en los términos del artículo 105 de la Ley 2220 de 2022.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES, DECLARACIONES Y CONDENAS

Frente a las declaraciones y condenas en contra de mi representada, **LAS RECHAZO** desde ya a todas y cada una de ellas, toda vez que carecen de fundamento legal y jurídico, como se demostrará a lo largo del proceso. En consecuencia, solicito al despacho sean denegadas y por el contrario, se condene en costas y agencias en derecho a la parte demandante.

Para lo anterior me permito hacer un pronunciamiento expreso sobre cada una de ellas, en igual forma en que fueron formuladas en el escrito en que se reformó la demanda.

FRENTE A LA PRETENSIÓN ENUMERADA COMO PRIMERA: ME OPONGO toda vez que en el presente asunto no concurren la totalidad de los elementos constitutivos de la responsabilidad y conforme a cuya convergencia sea dable predicar la existencia de la misma a cargo de Compensar y las demás demandadas. Esta Entidad Promotora de Salud cumplió a cabalidad con su cometido y funciones, en el marco de lo normado por los artículos 177 y 178 de la ley 100 de 1993, respectivamente. Así pues, como bien lo acredita el kárdex de uso que aporte con la presente contestación, mi poderdante garantizó al señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL el acceso a la totalidad de los servicios prescritos por sus médicos tratantes.

Ahora bien, es importante aclarar que, quien brindó efectivamente la atención, fue la ESE HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO en ejercicio de la autonomía administrativa, técnica y financiera que le asiste, sin injerencia de ningún tipo por parte de esta EPS y conforme a las funciones que a su cargo radica el artículo 185 de la ley 100 de 1993. Es por tal razón que no es dable afirmar que COMPENSAR haya participado en el acto médico. De otra parte, se tiene que no es cierto que la atención haya sido deficiente o inadecuada, ni mucho menos que haya existido falla en el servicio médico, sin que ello obste para la responsabilidad exclusiva de la institución tratante (ESE HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO) en el remoto evento en que se demuestre que ello haya sido así, lo cual no ha sido probado, ni se probará, justamente porque no ocurrió.

De conformidad con lo expuesto y como quiera que COMPENSAR no participó en la realización efectiva de la atención, y por el contrario existe un contrato de prestación de servicios suscrito entre ella y la ESE HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, hago saber desde ya que se formulará el llamamiento en garantía respectivo y que constituirá la excepción de fondo que más adelante denominaré *“hecho exclusivo y determinante de un tercero”*.

De hecho, se lee en la cláusula décima segunda del Contrato CSS017-2021 suscrito entre ella y mi mandante lo siguiente:

CLÁUSULA 12ª.- AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL: Para los efectos del presente contrato EL CONTRATISTA desarrollará con plena autonomía científica, técnica y administrativa la relación con el usuario, teniendo en cuenta los parámetros de eficiencia y calidad correspondientes al nivel de complejidad; por tanto, cualquier responsabilidad derivada de dicha relación será exclusivamente a cargo del CONTRATISTA que presta los servicios. COMPENSAR no se hace responsable por los perjuicios que puedan derivarse de la atención prestada por EL CONTRATISTA, con respecto a los resultados adversos, inmediatos o tardíos producidos por efecto de la atención profesional o tratamiento prescrito. En ningún caso podrá invocarse judicial ni extrajudicialmente la existencia de solidaridad con COMPENSAR pues el CONTRATISTA renuncia expresamente a invocar cualquier norma legal que la establezca o la permita, actualmente vigente o en el futuro. En el evento en que COMPENSAR sea requerido judicial o extrajudicialmente por el usuario atendido o sus representantes legales o familiares responsables o allegados con el fin de exigir indemnización por los perjuicios causados en razón o con ocasión del servicio prestado por EL CONTRATISTA, éste se constituye desde ya en garante para el pago de la misma. Para los efectos EL CONTRATISTA concurrirá al proceso correspondiente en calidad de llamado en garantía; En últimas, EL CONTRATISTA se compromete a responder ante COMPENSAR por el total de los perjuicios que la entidad sea obligada a pagar judicial o extrajudicialmente, para lo cual COMPENSAR repetirá o compensará posteriormente, las sumas de dinero que haya cancelado directamente por daños imputables al CONTRATISTA, incluidos los pagos y costos ocasionados.

Con base en lo expuesto, y teniendo en cuenta que existe un contrato de prestación de servicios suscrito entre Compensar y la ESE HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, en donde se constata sin asomo de duda que aquella es autónoma desde el punto de vista técnico científico, y que responderá en su totalidad por los eventuales perjuicios que se demuestren que se causaron en virtud del desarrollo de sus actividades profesionales, el Despacho deberá exonerar en su totalidad a la EPS de cualquier condena, en el evento en que ésta se llegare a presentar.

En todo caso, se observa que, de acuerdo con la conducta general desplegada por el equipo en salud de la ESE HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO se observa que se ajustó a los lineamientos de la ciencia médica dado que: **i)** tras el ingreso del señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL al servicio de urgencias se instauraron las conductas médicas pertinentes, consistentes en manejo analgésico y paso de sonda; **ii)** una vez advertida la dificultad para el paso de la sonda tuvo lugar la respectiva consulta por especialista en urología; **iii)** se dio manejo a la retención urinaria a través de catéter suprapúbico vigilando la respectiva evolución clínica; **iii)** se brindó atención por la especialidad de cirugía general; **iv)** se practicó meatoplastia con dilatación uretral y cistostomía, previa realización de exámenes paraclínicos y valoración por anestesia, siendo tal conducta indicada por la lex artis además de necesaria y pertinente para tratar la estenosis que presentaba; **v)** se atendieron oportunamente las complicaciones presentadas, las cuales son inherentes al procedimiento y cuyo riesgo de acaecimiento se incrementó por condiciones propias del paciente tales como la inflamación crónica.

Todo lo anterior deviene en la inexistencia de algún tipo de perjuicio indemnizable, máxime si se tiene en cuenta que el error culposo o doloso del galeno es el que configura responsabilidad, y que la carga de su prueba se encuentra en cabeza del demandante pues nos encontramos ante un régimen de responsabilidad de falla probada y no de falla presunta.

FRENTE A LA PRETENSIÓN ENUMERADA COMO SEGUNDA: ME OPONGO: a que se condene a las demandadas, en específico a Compensar a pagar las sumas reclamadas a título de perjuicios materiales e inmateriales reclamadas en esta pretensión. Ninguna de las demandadas, ni mucho menos Compensar incurrió en una falla en el servicio por las razones expuestas en la contestación a la pretensión anterior, por lo que solicito se deniegue esta pretensión. Como se probará a lo largo del proceso judicial, en el caso en concreto no se presenta la existencia simultánea de los tres (3) elementos que son imprescindibles legalmente

para que se configure la responsabilidad. Ni Compensar, ni la ESE HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO incurrieron en una conducta o hecho de tipo culposos o dolosos que hubiere tenido el potencial de causar el daño alegado. Por el contrario, se puso al servicio del señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL toda la capacidad técnica y científica disponible, proporcionando una atención acorde a los signos y síntomas clínicos, con sujeción a los cánones de la ciencia médica. Cosa distinta es que, condiciones propias del paciente hayan exacerbado el riesgo de complicaciones, lo cual solo corrobora que la medicina es de medio y no de resultado. Es por ello, que desde ya, se advierte que nos encontramos ante la inexistencia del nexo de causalidad entre el hecho y el daño alegado, situación que conlleva a la declaratoria de ausencia de responsabilidad alguna a cargo de las demandadas.

Sin prescindencia de lo anterior, se insiste en que es necesario diferenciar la calidad en que intervienen y el ámbito de actuación de cada una de las actuaciones de las entidades aquí demandadas, pues mientras la ESE HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO acude como prestador efectivo del servicio¹, COMPENSAR EPS obra y obró en calidad de asegurador y como tal, únicamente le correspondía autorizar y garantizar el acceso a los servicios médicos que se encontraban en el plan de beneficios para la época de la ocurrencia de los hechos, como en efecto lo hizo.

También habrá advertirse que en materia de reparación directa el artículo 140 del CPACA indica en su inciso cuarto que, cuando se encuentren demandadas entidades de naturaleza pública y privadas, la condena será definida para cada una de las implicadas en la proporción de su participación en la conducta constitutiva de falla en el servicio:

“ARTÍCULO 140. REPARACIÓN DIRECTA. (...)En todos los casos en los que en la causación del daño estén involucrados particulares y entidades públicas, en la sentencia se determinará la proporción por la cual debe responder cada una de ellas, teniendo en cuenta la influencia causal del hecho o la omisión en la ocurrencia del daño.”

En consecuencia, mi poderdante no podrá ser declarada, ni condenada como solidariamente responsable.

FRENTE A LA CONDENA POR LUCRO CESANTE CONSOLIDADO Y FUTURO: ME OPONGO. No obra dentro del plenario prueba alguna que los ingresos del señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL fueran de un salario mínimo mensual vigente para el año 2021, ni que haya sufrido una pérdida de capacidad laboral del cuarenta por ciento (40%) atribuible a las demandantes pues estamos en presencia de la materialización del riesgo inherente a los procedimientos practicados, que además de consentido por el paciente fue propiciado por condiciones propias. Lo anterior aunado con que la doctrina ha sido unánime en indicar que es carga probatoria de los demandantes probar los daños materiales supuestamente irrogados.

¹ Ley 100 de 1993. ***“ARTÍCULO 185. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.***

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud. Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.

PARÁGRAFO. Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el Artículo 241 de la presente Ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de vigencia de la presente Ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las Entidades Promotoras de Salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema” (Negrillas y subrayas propias).

Estamos pues en presencia de un daño del todo hipotético pues además, su afiliación a COMPENSAR EPS tuvo lugar en todo momento a través del Régimen Subsidiado, circunstancia que da cuenta de su falta de capacidad económica al tenor de lo establecido por el artículo 212 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 2.1.3.1 del Decreto 780 de 2016, según caracterización socioeconómica. Por tanto, esta petición, la cual pretende fundarse en el supuesto ejercicio de actividades económicas de manera independiente deviene infundada y debe ser denegada. Admitiendo en gracia de discusión que el señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL sí devengaba un salario mínimo mensual por tales actividades, es claro que cometió evasión de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo que comporta como efecto la terminación de su inscripción en la EPS según lo normado por numeral 7 del artículo 2.1.3.17 ejusdem.

FRENTE A LA CONDENA POR DAÑO EMERGENTE: ME OPONGO a que se condene a las demandadas al pago del supuesto daño emergente por valor de QUINCE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$15.000.000), toda vez que éste no es cierto y solo puede tenerse como meras ilusiones del extremo actor que no demuestra, como la ley le exige, la causación y la cuantía del supuesto daño.

En efecto, brillan por su ausencia los soportes documentales, facturas, desprendibles, cuentas de cobro, etcétera, que den cuenta de los egresos a los que se hace alusión, razón suficiente para denegar la pretensión que aquí nos ocupa conforme a la jurisprudencia y la doctrina decantada sobre este particular, la cual ha sido reiterativa en señalar que solo procede la indemnización de un daño cierto.

FRENTE A LA CONDENA EN PERJUICIOS INMATERIALES: ME OPONGO a la condena solicitada ya que, contrario a lo señalado por los actores, COMPENSAR EPS cumplió con las obligaciones contractuales a su cargo, garantizando un tratamiento en salud oportuno, de calidad y pertinente.

FRENTE A LA CONDENA POR PERJUICIOS MORALES: ME OPONGO. Esta tipología de daño no se presume y ha debido probarse, situación que ha sido reconocida por el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera, en sentencia de unificación jurisprudencial de 28 de Agosto de 2014, Expediente: 05001233100019970117201 (31170), Magistrado Ponente: Enrique Gil Botero. Allí se indicó, entre otras cosas que para la reparación del daño moral en caso de muerte, se fija como referente de liquidación un tope de acuerdo a los vínculos de relación de consanguinidad o civil con la víctima, lo cual no quiere decir que de primera mano por ostentar tal vínculo opere automáticamente la totalidad del tope, y que además, se debe probar que el daño sea cierto, real y personal.

FRENTE A LA CONDENA POR DAÑO A LA SALUD O FISIOLÓGICO: ME OPONGO y solicito se deniegue toda vez que no existe responsabilidad alguna, ni nexo causal, ni culpa, ni incorrecta praxis médica, ni gestión administrativa defectuosa en la atención en salud que se le brindó a GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL misma que tampoco fue brindada por COMPENSAR EPS., motivo por el cual debe exonerarse a mi representada. Adicionalmente, su tasación deviene excesiva a la luz de los pronunciamientos jurisprudenciales en la materia.

FRENTE A LA CONDENA POR “DAÑO A OTRO DERECHO E INTERÉS CONSTITUCIONAL Y CONVENCIONALMENTE PROTEGIDO: DAÑO DEL DERECHO A LA RECREACIÓN, AL APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE”: ME OPONGO. Se tiene que no existió el daño ilícito o antijurídico en contra de los demandantes cuya declaratoria se pretende, pues se asentará con suficiencia que la atención fue pertinente, segura y adecuada. Así mismo, como se dijo líneas más arriba, fueron las condiciones propias del paciente, que padecía antes de su afiliación a COMPENSAR y al ingreso por el servicio de urgencias de la ESE HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO las que exacerbaron el riesgo de complicaciones inherentes a los procedimientos practicados, lo cual solo corrobora que la medicina es de medio y no de resultado.

FRENTE A “OTRAS MEDIDAS REPARATORIAS” SOLICITADAS: ME OPONGO y solicito se deniegue ya la inexistencia de responsabilidad en cabeza de COMPENSAR EPS y la consecuente ausencia del deber legal de reparar algún tipo de daño, lo que apareja como efecto la improcedencia de adoptar cualquier otro tipo de medida reparatoria.

FRENTE A LA PRETENSIÓN ENUMERADA COMO TERCERA: ME OPONGO. La naturaleza de la obligación comprendida en el acto médico es de medio y no de resultado. Habrá de decirse además que no media fundamento fáctico o jurídico que respalde la exigencia de ajuste de los valores de condena máxime cuando la exigibilidad de los mismos surge con la ejecutoria de la decisión judicial y no antes.

FRENTE A LA PRETENSIÓN ENUMERADA COMO CUARTA: ME OPONGO y solicito se deniegue ya la inexistencia de responsabilidad en cabeza de Compensar EPS y la consecuente ausencia del deber legal de reparar algún tipo de daño, se apareja como efecto la improcedencia de ejecutar sentencia alguna.

III. OBJECCIÓN DE LA ESTIMACIÓN RAZONADA DE LA CUANTÍA

Como quiera que en las pretensiones condenatorias la parte demandante invoca unas sumas notoriamente injustas y fuera de todo contexto, desde el punto de vista jurisprudencial y conforme lo dispuesto en el artículo 206 del Código General del Proceso, al cual se puede acudir por remisión expresa del artículo 267 del Código Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011), la suscrita apoderada a través de la presente contestación procede a **OBJETAR** las sumas indicadas por el apoderado de la parte demandante dentro del escrito de la demanda.

Si bien aquél no se encuentra obligado a realizar juramento estimatorio sobre los daños extrapatrimoniales, el artículo 162 Numeral 6 del Código Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) si se lo exige sin discriminación de tipología de daño, sin que la activa procesal haya actuado de conformidad.

Así mismo y tal y como se probará, se tiene que no existió el daño ilícito o antijurídico en contra del demandante e imputable a mi representada, que pretende se declare. Se encuentra entonces que los supuestos perjuicios alegados no cumplen con los requisitos mínimos para considerarse como tal, dado que obedecen a meras expectativas y estimaciones sin sustento. Según la teoría general de las obligaciones² el daño debe ser directo, cierto y actual, tres condiciones que no cumplen los supuestos perjuicios en comento, dado que es incierto indicar que causaron “daños inmateriales y materiales” cuando no hay prueba que lo acredite o indique, máxime que no hay perjuicio actual y cierto.

Ahora bien, respecto de los daños materiales, en específico respecto del DAÑO EMERGENTE no existe prueba sumaria que dé cuenta que existió una merma patrimonial por gastos en cada uno de los demandantes y mucho menos las causas o conceptos por los cuales se originaron esos gastos.

De otro lado y en lo relativo al LUCRO CESANTE, no existe prueba sumaria que como consecuencia de los hechos aquí reclamados se hubiera dejado de percibir suma alguna. Lo pretendido por la activa procesal es un enriquecimiento sin justa causa a costa de COMPENSAR EPS, máxime si se considera que el valor de renta mensual fijado por el apoderado de la activa procesal por el monto de un salario mínimo legal mensual vigente no brinda la certeza necesaria para tomarlo como base para el cálculo de una eventual indemnización. Lo cierto es que el señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL se encontraba afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del Régimen Subsidiado al haber manifestado que carecía de ingresos y de capacidad de pago:

² Tamayo, Lombana Alberto. Manual de Obligaciones. La responsabilidad civil – Fuente de obligaciones. Ed. Temis S.A. Bogotá. Colombia. 1998.

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

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO identificado(a) con Cedula Ciudadania 16860639, se encuentra Activo en el Régimen Subsidiado de Salud, de la EPS Compensar, según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Con esto queda suficientemente probada su falta de capacidad económica sin que sea posible convalidar una evidente transgresión a los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud al aceptar una pretensión indemnizatoria que no es concordante con la información que se reportó ante COMPENSAR EPS al momento de la afiliación y en virtud de la cual mi representada brindó el aseguramiento en salud. Esta seria inconsistencia es suficiente para que el Despacho no tenga en cuenta la estimación razonada de la cuantía realizada por el extremo actor pues parte de una supuesta actividad económica que no brinda la certeza necesaria para considerar una indemnización en este sentido.

Sumando a lo anterior, basta mencionar que no se advierte ningún documento que acredite los ingresos que GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL supuestamente devengaba, su cuantía real, la fecha de su causación, su ingreso al patrimonio, la contrapartida contable, etc.

Se tiene entonces que la supuesta estimación “razonada de la cuantía” que hizo el apoderado de la parte actora, es NOTORIAMENTE INJUSTA y excesiva, que no se prueba si quiera de manera sumaria y que conforme a la liquidación realizada con base en los ANTECEDENTES JURISPRUDENCIALES VIGENTES se encuentra totalmente desfasada, por lo que se solicita entonces al Despacho se sirva ordenar de oficio su regulación con base en lo ya expuesto y, condene a la parte demandante a pagar la sanción contenida en el artículo 206 del Código General del Proceso.

IV. FUNDAMENTOS Y RAZONES DE LA DEFENSA Y EXCEPCIONES DE MÉRITO

4.1 INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR FALLA PRESUNTA DEL SERVICIO – RÉGIMEN DE FALLA PROBADA-NO OPERA LA TEORÍA “RES IPSA LOQUITUR”

La hago consistir, en el hecho según el cual, el presente asunto deberá debatirse bajo la óptica de una responsabilidad por falla probada, mas no por una falla presunta del servicio médico como lo quiere hacer valer el apoderado de la parte actora, quien evidentemente por la falta de actividad probatoria pretende guardar una actitud pasiva para que la parte demandada demuestre que no es cierto todo lo que él afirma.

Para lo anterior, debe hacerse claridad que la activa procesal deberá establecer y probar, tanto el daño sufrido como la culpa y el nexo causal imputable a las aquí demandadas. **No basta con que en la demanda se haga toda una serie de afirmaciones, por el contrario, el demandante deberá probar lo que se encuentra afirmando.** Tal es el RÉGIMEN DE FALLA PROBADA, posición que continuó asumiendo la Sección Tercera del Consejo de Estado en la jurisprudencia del 24 de Abril de 2020³.

“La posición de la Corporación en esta época se orienta en el sentido de que la responsabilidad médica, en casos como el presente, debe analizarse bajo el tamiz del régimen de la falla probada, lo que impone no sólo la obligación de probar el

³ Consejo de Estado. Sección Tercero. Exp.:555729//: 13001-23-31-000-2011-00020-01. Consejera Ponente: Martha Nubia González Rico.

daño del demandante, sino, adicional e inexcusablemente, la falla por el acto médico y el nexo causal entre esta y el daño, sin perjuicio de que en los casos concretos el juez pueda, de acuerdo con las circunstancias, optar por un régimen de responsabilidad objetiva⁴.” (Subrayado y negrita fuera del texto).

La responsabilidad debe probarse, de manera que se trata de una **culpa probada**, pues “presumir la culpa del médico, sin saber cuál fue la causa del daño, conduce, nada más ni nada menos, a una presunción de causalidad que no es más que una responsabilidad objetiva”⁵.

Debe señalarse que en el régimen tradicional de la culpa probada o responsabilidad subjetiva, se indica que “corresponde al paciente demostrar la culpa del profesional de la salud o de la institución que le prestó un servicio para que surja la responsabilidad”⁶.

A la fecha el Consejo de Estado, Sección Tercera ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella **es de naturaleza subjetiva**, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste.⁷

Así las cosas, se encuentra que le era imperativo al demandante haber probado la existencia del daño, cual fue el hecho culposos o doloso y el nexo causal de esa falla que hizo que se produjera al daño. No obstante lo anterior, en el presente caso no se probó si quiera de manera sumaria alguno de esos tres elementos de la responsabilidad.

Contrario sensu, en el presente caso si se demostró que no se encuentran presentes los tres elementos de responsabilidad que evidencie la falla en el servicio médico:

4.1.1 No Existió Falla en el Servicio y/o Conducta Culposa o Dolosa

Sin perjuicio de lo anterior, deberá tener en cuenta el despacho que, en tanto que la demanda se enfoca a buscar la declaratoria de falla en el servicio médico, es necesario verificar el hecho atribuible a cada uno de los sujetos demandados para demostrar que no existió conducta culposa o dolosa, no sin antes narrar de manera somera los hechos que giraron en torno al caso del señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL, así:

- a) Se trata de un paciente que para la fecha de los hechos, esto es para el mes de septiembre de 2021, tenía 48 años de edad.
- b) El paciente ingresó por sus propios medios el 9 de septiembre de 2021 a la ESE HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO refiriendo dificultad para orinar y dolor abdominal, se identificaron antecedentes litiasis renal y procedimiento de extracción de cálculo. Se documentó además, reporte de ecografía renal y de vías urinarias que evidenciaba próstata ligeramente aumentada de tamaño y estrechez uretral.
- c) Al examen físico se encontró paciente álgico, con signos vitales estables, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, a la exploración abdominal con dolor a la palpación en hipogastrio, aparente globo vesical, sin presencia de signos de irritación peritoneal.

⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006, expediente: 68001-23-31-000-2000-09610-01(15772), C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

⁵ TAMAYO JARAMILLO, Javier. Sobre la prueba de la culpa médica, en derecho Civil y administrativo. Análisis Doctrinal y Jurisprudencial. Biblioteca Jurídica DIKE. Pág. 57.

⁶ YEPES RESTREPO, Sergio. La Responsabilidad Civil Médica. Biblioteca Jurídica DIKE, 6ª Edición, 2004, pág 79.

⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de: agosto 31 de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa; de octubre 3 de 2007, exp. 16402, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 23 de abril de 2008, exp. 15750; del 1 de octubre de 2008, exp. 16843 y 16933; del 15 de octubre de 2008, exp. 16270. C.P. Myriam Guerrero de Escobar; del 28 de enero de 2009, exp. 16700, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 19 de febrero de 2009, exp. 16080, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 18 de febrero de 2010, exp. 20536, C.P. Mauricio Fajardo Gómez y del 9 de junio de 2010, exp. 18683, C.P. Mauricio Fajardo Gómez, entre otras.

- d) En vista de los hallazgos descritos, se instauró como plan de manejo el suministro de analgesia y paso de sonda vesical, que al reportar dificultades condujo a la valoración por urología.
- e) Se brindó manejo interdisciplinario por las especialidades de urología y cirugía general con miras a garantizar el vaciamiento vesical como parte del tratamiento para atender el cuadro de retención urinaria, con manejo a través de punción suprapúbica más colocación de catéter.
- f) Si bien la especialidad de urología inicialmente había solicitado remisión para cistotomía, conforme la evolución del paciente y la revaloración efectuada por el cuerpo galénico tratante, la ESE HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO canceló dicha solicitud.
- g) Como parte del manejo de la obstrucción de vías urinarias bajas, previa realización de exámenes paraclínicos y valoración preanestésica, se practicó meatoplastia más dilatación de uretra y cistoscopia, procedimiento que no reportó complicaciones intraoperatorias.
- h) Durante el posoperatorio, el paciente presentó dolor abdominal intenso, por lo que fue valorado por el servicio de cirugía general, especialidad que, ante la presencia de signos de irritación peritoneal, ordenó laparoscopia exploratoria que mostró laceración en la vejiga.
- i) Se realizó rafia de la vejiga, colocación de sonda, lavado de la cavidad peritoneal, revisión completa de los demás órganos, rafia del peritoneo y tratamiento antibiótico.
- j) Se practicó una segunda laparotomía ante la presencia de dolor abdominal severo y defensa muscular, intervención que evidenció colección purulenta intraabdominal por lo que se realizó lavado exhaustivo de la cavidad, revisión de órganos, toma de cultivo y cierre de la cavidad.
- k) Ante nuevo episodio de retención urinaria se permeabilizó la sonda con mejoría de los síntomas, por solicitud de la ESE HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, se tramita remisión del paciente, siendo aceptado por la CLÍNICA IMBANACO.

Establecidos los hechos, debe indicarse de manera contundente que COMPENSAR EPS no actuó como prestador de servicios de Salud sino como mero asegurador. No obstante, se observa que, tanto mi representada, como la ESE HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO actuaron con total diligencia, prudencia, pericia, y que aquí no existió una conducta culposa o dolosa en la atención brindada al señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL, pues:

4.1.1.1 Con respecto a Compensar EPS en el marco del aseguramiento en salud

Compensar cumplió a cabalidad con cada una de las obligaciones que le correspondían en el marco de su órbita de competencia como Entidad Promotora de Salud. No se observa la existencia de negación o demora en la autorización de los servicios prescritos por los médicos tratantes de GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL en el marco de las coberturas establecidas por el Plan de Beneficios. Por el contrario, con el kárdex de uso que me permito aportar con la presente contestación, se confirma que la totalidad de las tecnologías en salud ordenadas por los profesionales tratantes fueron autorizadas, así mismo que se garantizó el acceso a exámenes diagnósticos, medicamentos, interconsultas, procedimientos quirúrgicos, entre otros.

Valga recordar que, de acuerdo con lo señalado en el artículo 177 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, las entidades promotoras de salud son las encargadas del aseguramiento en salud a través del cual se garantiza la afiliación de los usuarios y la conformación de redes para la atención en salud, a cambio de una prima que es reconocida por el Estado y que se conoce como unidad de pago por capitación – UPC, la cual es fijada

anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social. De esta manera, podemos manifestar que Compensar EPS garantizó el acceso efectivo a los servicios de salud autorizando de forma continua y oportuna lo prescrito por los respectivos galenos tratantes, cumpliendo así con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

Llegado este punto es preciso aclarar que en ningún momento COMPENSAR EPS negó o se opuso a la remisión del paciente; estamos pues, ante un reproche de la parte actora totalmente infundado y carente de asidero. Sobre el particular, es necesario considerar que el proceso de referencia y contra referencia interinstitucional del paciente hospitalizado precisa de toda una articulación y sumatoria de esfuerzos entre los diferentes actores del Sistema de Salud, escenario en el cual no basta la solicitud por parte de la IPS remitora para que se concrete el traslado. Por el contrario, este depende de la disponibilidad de camas con la que cuenten para el preciso momento las diferentes instituciones de la región, la cual ha de corresponder con el servicio solicitado y el nivel requerido por el paciente. De igual manera, dicho proceso de referencia y contra referencia responde a las necesidades en salud del usuario remitido, las cuales pueden variar según su evolución clínica así lo amerite.

Así las cosas, en un entorno en el que la infraestructura en salud es limitada y la demanda de servicios es constante e incluso con tendencia al alza, naturalmente la remisión pende de la disponibilidad como uno de sus principales factores. Empero, en el caso que aquí nos ocupa, ello no fue óbice para que el señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL fuese atendido. Tal y como lo demuestra su historia clínica, la remisión tenía por objeto la realización del procedimiento de cistostomía cuyo objetivo final es el de obtener una vía para drenar la orina de la vejiga. Sin embargo, este propósito fue garantizado por la ESE HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO con el manejo interdisciplinario brindado a través de la activa participación de las especialidades de urología y cirugía general, el cual fue autorizado por COMPENSAR EPS sin reparo u objeción alguna. De hecho, conforme avanzó el proceso de atención en salud y según consta en la historia clínica, la solicitud de remisión fue cancelada por criterio de la misma IPS solicitante, esto es, por la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO dado que su equipo médico conceptuó que estaba en capacidad de asumir el manejo del paciente, manifestando incluso *“que la intervneccion quirurgica [sic] se realiza en nuestra institución”*.

En suma, de cara a COMPENSAR EPS debe señalarse que no existió entonces ni dolo ni culpa, pues la labor de mi representada estribó en la garantía de acceso la cual en ningún momento se vio negada o entorpecida. Es claro que dicha garantía se concretó en el suministro de servicios sin restricción alguna y el manejo intrahospitalario integral, interdisciplinario, perito, experto e idóneo. De modo tal que en el caso que nos ocupa, no se incumplió ningún tipo de obligación propia del contrato de afiliación al Plan de Beneficios en Salud en relación al papel de COMPENSAR como EPS. y la naturaleza propia de sus funciones, pues en todo momento se puso a disposición del paciente los recursos técnicos, científicos y humanos para propender por el tratamiento y rehabilitación de su salud.

Por lo anterior, debe irse descartando la existencia del primer elemento de la responsabilidad, esto es, la conducta de tipo culposo o doloso, máxime si se tiene en cuenta que nos encontramos ante un régimen de responsabilidad por culpa probada, que le exige al demandante probar la culpa

4.1.1.2 Con Respecto a la Atención de Brindada por la ESE HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO

Desde el ingreso del señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL, dicha institución proporcionó el abordaje requerido para las condiciones y motivo de consulta, de manera perita e idónea, veamos:

- i) Se instauraron las conductas médicas pertinentes, consistentes en manejo analgésico y paso de sonda;

- ii) Una vez advertida la dificultad para el paso de la sonda, se interconsultó con especialista en urología;
- iii) Se dio manejo a la retención urinaria a través de catéter suprapúbico vigilando la respectiva evolución clínica;
- iv) Se brindó atención por la especialidad de cirugía general;
- v) Se practicó meatoplastia con dilatación uretral y cistostomía, previa realización de exámenes paraclínicos y valoración por anestesia, siendo tal conducta indicada por la lex artis además de necesaria y pertinente para tratar la estenosis que presentaba;

De hecho y según lo enseña la literatura médica, el cateterismo suprapúbico practicado al paciente se ofrece como una opción adecuada para el drenaje urinario, incluso por encima del cateterismo uretral para el caso de pacientes con obstrucción como la que presentaba GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL dadas las ventajas que ofrece (*reducción del riesgo de estenosis uretral, disminución de la necesidad de re-cateterizaciones, mayor confort*).

Por su parte, se observa que la meatoplastia practicada tiene por objeto reducir los episodios de retención urinaria y sus posibles complicaciones, estando indicada para el caso de este paciente, sin que se presentaran complicaciones intraoperatorias. De hecho, tras el procedimiento, se logró pasar una sonda y se retiró la punción suprapúbica, lo que permitió la visualización de orina clara lo que constata que el paciente estaba sin sangrado activo, lo que descarta la presencia de lesiones.

Así pues, se confirma sin atisbo de duda que el manejo inicial fue coherente con la impresión diagnóstica planteada, el servicio fue continuo y oportuno, cumpliendo con la totalidad de los estándares propios del proceso de atención, sin que se avizore falta de pericia o negligencia.

Distinto es que los procedimientos conlleven riesgos inherentes, entre los cuales se encuentra la lesión vesical y para cuya concreción fueron determinantes las condiciones propias del paciente, como lo son la hiperplasia, la inflamación crónica y la obstrucción del tracto urinario inferior. Estas, sumadas a su falta de adherencia, condujeron al debilitamiento de las paredes de la vejiga, circunstancia predisponente a sufrir lesión vesical. Empero, una vez detectada esta fue oportunamente atendida con la práctica de rafia, conducta consonante con la lex artis.

4.1.2 Inexistencia de Daño Antijurídico Imputable a Compensar

La hago consistir en que un daño antijurídico que pueda ser atribuible a mi representada, como quiera que aquel (el daño) se debe entender como aquel que “*la víctima no está en obligación legal de soportar*”⁸, y en el presente caso, como quiera que no se evidencia falla en la labor de COMPENSAR como aseguradora, insuficiencia en la prestación de servicios o un tratamiento inadecuado o alejado de lo descrito en la literatura médica, no puede predicarse que existió el mismo y mucho menos, pretender derivar responsabilidad al respecto de Compensar y las codemandadas.

Así mismo, el artículo 90 de la Constitución Política de Colombia, dispone que el Estado responderá patrimonialmente única y exclusivamente cuando se ocasionen daños de naturaleza antijurídica.

Al respecto del daño, la doctrina ha señalado:

“El daño es, entonces, el primer elemento de la responsabilidad, y de no estar presente torna inoficioso el estudio de la misma, por más que exista una falla

⁸ VELÁSQUEZ POSADA Abdulio. Op cit, pág. 115.

del servicio. La razón de ser de esta lógica es simple: si una persona no ha sido dañada no tiene porqué ser favorecida con una condena que no correspondería sino que iría a enriquecerla sin justa causa. El daño es la causa de la reparación y la reparación es la finalidad última de la responsabilidad civil. Estudiarlo en primer término es dar prevalencia a lo esencial en la figura de la responsabilidad⁹ (Negrillas propias)

Adicionalmente, el Consejo de Estado asertivamente ha sostenido que “...en estas condiciones, no habiéndose acreditado dicho presupuesto ontológico [el daño] de la responsabilidad deprecada, inútil resulta entrar en el análisis de los demás elementos de ésta”¹⁰.

Como se probará, se tiene que no existió el daño ilícito o antijurídico en contra de los demandantes, o que no se encontraban obligados a soportar, pues si de frente, no existió conducta culposa o falla en el aseguramiento a cargo de COMPENSAR EPS, ni el servicio médico brindado por la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, no puede existir daño imputable a estas.

Así las cosas, se tiene que en el presente asunto no puede endilgársele responsabilidad de ninguna clase a COMPENSAR E.P.S., pues **NO ES CIERTO QUE SE HAYA PRODUCIDO UN DAÑO DE NATURALEZA ANTIJURÍDICA**. Por el contrario, al señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL se le prestó toda la atención médica que requirió conforme a la presencia de los signos y síntomas presentados, así como en consonancia con la progresión de los mismos, actuando siempre el personal médico de manera perita, prudente, diligente y conforme a la lex artis frente a los hallazgos encontrados.

Adicionalmente, ha de manifestarse que independientemente de ello, lo que aquí probablemente se materializó fue el curso una patología que ya se encontraba avanzada en el momento de la atención médica, sin que el organismo del paciente reaccionara al manejo instaurado. De igual manera, se tiene que fueron las condiciones propias del señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL tales como infecciones urinarias recurrentes, antecedentes quirúrgicos e hiperplasia de próstata las que le hicieron proclive al debilitamiento de las paredes de la vejiga y por ende exacerbaron el riesgo de complicaciones inherentes a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados. **Se concluye entonces que es un daño que no tiene la virtualidad de ser antijurídico** y la parte demandante debe por tanto asumirlo como quiera que mi representada no produjo en éste ningún daño que le pueda ser imputado, **y en todo caso, COMPENSAR EPS garantizó el acceso a las prestaciones médico asistenciales que le fueron brindadas a GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL en todo momento**. No tiene por tanto COMPENSAR EPS, responsabilidad alguna en este asunto.

Es por lo anterior Señor Juez, que en ningún momento se ha producido un daño antijurídico imputable a COMPENSAR, por lo que corolario es que no puede haber condena alguna en contra de mi representada, tal y como se demostrará a lo largo de todo el proceso.

4.1.3 Inexistencia de Relación Causa – Efecto entre la conducta de COMPENSAR EPS y el daño alegado

Así las cosas, en el presente asunto no puede aducirse la existencia de un nexo causal entre la conducta de las demandadas y el daño cuya indemnización se pretende, pues lo que aquí se materializó no fue por causa relativa a la culpa o dolo de estas. Por el contrario, al paciente se le prestó toda la atención médica que se requería y que describe la lex artis soportado en los síntomas y signos que presentaba en cada una de las atenciones médicas.

⁹ Henao, Juan Carlos. El Daño. Universidad Externado de Colombia. Bogotá, 1998. p. 36, 37.

¹⁰ Consejo de Estado, sección tercera. 5 de mayo de 1998. C.P. Suárez Hernández. Expediente 11179.

A su ingreso al servicio de urgencias de la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, le fue practicado el respectivo examen físico integral, la toma y monitoreo de sus signos vitales, la instauración de manejo analgésico, el paso de sonda y la vigilancia al drenaje vesical. En el curso de su permanencia le fueron realizados los exámenes pertinentes, fue atendido de manera integral e interdisciplinaria con el concurso de las especialidades de urología y cirugía general y fueron atendidas las complicaciones inherentes que presentó.

En lo que a Compensar compete como ente asegurador, está probado que siempre autorizó y garantizó la prestación de todo lo requerido por el señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL y no fue por una falta de autorización que se presentaran complicaciones a su salud.

Se recuerda que en Colombia según la jurisprudencia consolidada del Consejo de Estado, en materia del nexo de causalidad de la responsabilidad médica rige la teoría de la causalidad adecuada, en virtud de la cual, el juez a partir de un examen ponderado de todos los antecedentes que confluyen en la producción de un resultado, a partir de las reglas de la experiencia, es que se debe determinar la causa idónea que desencadena el daño.

De lo anterior, se concluye que no es admisible que se afirme que la conducta que desplegó mi representada para cumplir íntegramente con sus obligaciones legales y contractuales de E.P.S. o ASEGURADOR, garantizando la efectiva prestación del servicio de salud a GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL y, procediendo a autorizar todos los servicios ordenados por los médicos tratantes, bajo las reglas de la experiencia y la lógica de lo razonable, puede llegar a considerarse como el antecedente que produjo el supuesto resultado dañoso que se alega en el líbelo de la demanda.

Al analizar con detenimiento y ponderación los supuestos fácticos inherentes al presente proceso, es posible evidenciar que la causa determinante del daño material e inmaterial alegado por los demandantes, ciertamente, no provino de una negativa de Compensar EPS para garantizar el acceso del paciente a los servicios que le fueron prescritos por los médicos tratantes, toda vez que, además de que se tiene que mi representada procedió a autorizar la totalidad de las intervenciones, medicamentos y servicios que le fueron prescritos, está probado que el supuesto daño que se alegó por los demandantes no fue consecuencia de una desidia o injuria de mi representada para dar cabal cumplimiento a las obligaciones a su cargo como entidad aseguradora (E.P.S) de la prestación del servicio médico.

Ahora bien, si se realizara una lectura del actuar desplegado por la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO igualmente debe decirse que dentro de un curso causal razonable, no fue propiamente de tipo culposo ni doloso pues se encontró plenamente respaldada en los hallazgos sintomatológicos, al examen físico y ajustada a la evidencia médica. Aunado a lo anterior, es claro e indiscutible que se prestó dentro de criterios de diligencia, pericia, prudencia y sobre todo regido en lo que dicta la literatura médica. Lo que sucedió es un hecho que se escapa a las manos de la ciencia médica, que es considerada como de medio y no de resultado y de manera alguna puede garantizar que no se materializará un riesgo inherente a un procedimiento, cuya exacerbación tuvo lugar por condiciones propias del paciente a la cual se sumó su pobre adherencia a las recomendaciones y tratamientos médicos previos.

Nótese que en materia de responsabilidad médica, tal como lo ha indicado la doctrina especializada, si bien es cierto que, en modo alguno se puede desconocer la importancia de los postulados de la reparación integral de las víctimas, hay que tener mucho cuidado, porque: *“Una cosa es la vigencia de granados principios como el favor victimae, el pro damnato, o el favor probationem, de tanto arraigo en la actualidad, y otra cosa muy diferente es el arrasamiento inconsulto de todos los límites, en crasa arbitrariedad y desequilibrio.”*¹¹

¹¹ JARAMILLO, Carlos Ignacio. La culpa y la carga de la prueba en la responsabilidad médica. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. 2009. Pág. 144.

Así las cosas, por más argumentos que se presenten, no resulta admisible que la responsabilidad médica se convierta en: *“Una lotería indemnizatoria que, más allá del equitativo principio de la reparación integral del daño, obedezca a la malhadada y privativa intención de obtener un lucro injustificado a costa de un profesional, el que arribaría al estrado, en evidentes condiciones de inferioridad, casi condenado, lo cual, no puede encontrar abrigo en el ciego y desmedido deseo de favorecer a la víctima, pues el Derecho, antes que abusividad y discriminación, es equilibrio.”*¹²

Por esto, tal vez, el clímax de una desequilibrada y desacertada protección del derecho a la víctima de la reparación integral, en contravía de los derechos ajenos, sería un escenario como el que pretende la parte demandante, en el que, en aras de resguardar estos postulados garantistas, se le obligara a pagar la correspondiente indemnización y a responder civilmente a un agente cuya conducta, dentro de una relación causal no fue la causante del daño; evento que magistralmente critica el destacado doctrinante Tamayo Jaramillo:

“Para aquellos que enceguecidos por la obsesión de proteger a la víctima no se fijan quien debe indemnizar cabe la pregunta ¿Qué es más injusto: dejar a la víctima sin indemnización o condenar al pago de la indemnización a quien no causó el daño? Lamentablemente la pasión de quienes se dedican a esta disciplina, más con el corazón que con el equilibrio y la equidad, los lleva a estigmatizar a todo lo que se atreva a cuestionar, así sea con argumento de justicia, de lógica y metafísica, los derechos indemnizatorios de la víctima”¹³. (Énfasis fuera de texto).

Por lo anterior y tal y como se había indicado previamente, Compensar E.P.S en atención a la afiliación al Plan de Beneficios de Salud garantizó oportuna y efectivamente las autorizaciones y prestaciones del servicio que requirió el señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL.

Así las cosas, está plenamente desvirtuada la existencia de un nexo de causalidad entre las actuaciones administrativas adelantadas por COMPENSAR EPS y de la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO (quien prestó el servicio de salud), y el inexistente daño antijurídico alegado por la parte actora.

4.2 MÉDICOS TRATANTES TIENEN RESPONSABILIDAD EN OBLIGACIONES DE MEDIO Y NO EN OBLIGACIONES DE RESULTADO, NO SE GENERA FALLA EN EL SERVICIO MÉDICO ANTE LA FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO MÉDICO POR PARTE DEL PACIENTE

De conformidad con los diferentes pronunciamientos producidos por las Altas Cortes de nuestro País y teniendo claro el correcto procedimiento realizado por los médicos en el caso bajo estudio, no existe responsabilidad alguna derivada de las atenciones médicas brindadas a este tal y como lo indicó la doctora Cindy Catalina Herrera Romero en las conclusiones plasmadas en su concepto técnico:

“ (...) ”

IV. CONCLUSIONES

(...)

En este caso, es esencial evaluar la evolución clínica del paciente y los síntomas que presentó a lo largo del tiempo. Inicialmente, el paciente acudió a consulta por un cuadro de estenosis uretral, una condición caracterizada por un estrechamiento anormal de la luz uretral, generalmente asociado a fibrosis de los tejidos circundantes. Clínicamente,

¹² Ibíd. Pág. 145.

¹³ TAMAYO JARAMILLO, Javier. Tratado de Responsabilidad Civil. Tomo 1. Editorial Legis. Bogotá. 2012. Pág. 273.

la estenosis uretral se manifiesta con síntomas del tracto urinario inferior, y en algunos casos, con signos de infección.

Esta patología puede tener diversas etiologías, tales como traumatismos, procesos inflamatorios, infecciones o causas secundarias. En el caso del paciente, es importante destacar que la estrechez uretral era secundaria a fibrosis, probablemente asociada a infecciones urinarias recurrentes, antecedentes de procedimientos quirúrgicos urológicos previos y la presencia de hiperplasia prostática, la cual fue documentada en la ecografía renal realizada.

La hiperplasia prostática benigna se caracteriza por un crecimiento anormal del tejido prostático, lo que puede obstruir el flujo urinario. Esta condición es frecuente en hombres mayores y está estrechamente relacionada con factores hormonales y la edad. En este punto, es importante destacar que la hiperplasia prostática contribuyó significativamente al cuadro de retención urinaria del paciente, lo que complicó aún más su manejo clínico y subrayó la necesidad de intervenciones adecuadas para aliviar la obstrucción y prevenir posibles complicaciones graves.

Las condiciones propias del paciente antes mencionadas, documentadas al momento de su ingreso al servicio de urgencias de la ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno el 9 de septiembre de 2021, fueron las responsables de la retención urinaria. Esta situación facilitó la aparición de infecciones urinarias recurrentes, lo que a su vez causó una inflamación crónica y desencadenó un ciclo vicioso de retención urinaria, infecciones y estrechez uretral. Este proceso empeoró gradualmente su condición, generando un patrón recurrente de complicaciones.

Además de la evolución clínica del paciente, es fundamental considerar los antecedentes paraclínicos previos a su hospitalización, los cuales reflejan un seguimiento exhaustivo de su condición y permiten evaluar la progresión de su enfermedad. Tras revisar la historia clínica, se identificaron estudios realizados en los años previos que evidencian alteraciones en la función renal, así como signos de infecciones urinarias recurrentes. Sin embargo, los distintos controles realizados reflejan un seguimiento médico continuo y apropiado a lo largo del tiempo.

(...)

Tras la revisión de la historia clínica del paciente, se puede concluir que la praxis clínica fue adecuada, siguiendo los protocolos vigentes y aprobados por la comunidad científica médica, pertinentes a la patología, historia y evolución natural de la enfermedad que presenta el paciente. Con base en lo expuesto, se considera que el paciente recibió un manejo oportuno, pertinente y ajustado a los protocolos establecidos.

Los procedimientos ordenados fueron los indicados para el tratamiento de su patología, y las complicaciones sufridas forman parte de las asociadas al cuadro clínico, la condición, los antecedentes y los procedimientos realizados que fueron necesarios para el tratamiento del paciente.

Por lo tanto, el cuadro clínico y las condiciones del paciente no fueron generadas o atribuibles a una falta de acción del equipo en salud o por negligencia médica, debido a que en el momento de evidenciarse las alteraciones se actuó de manera pertinente, oportuna y rápida con el fin de preservar la vida y salud. En cuanto a la evolución del paciente, se considera que el manejo implementado se ajustó a la Lex Artis y estuvo en consonancia con la historia y evolución natural de la enfermedad

(...)

Al respecto es pertinente hacer énfasis en el pronunciamiento realizado el 24 de abril de 2020 por el Consejo de Estado – Sección Tercera:

*“La Sala advierte que en el presente caso no se practicó un dictamen pericial que permitiera al operador judicial contar con elementos técnicos y científicos al momento de decidir; sin embargo, del material probatorio aportado al proceso –historia clínica-y los artículos científicos en la materia, se concluye que se trataba de una enfermedad manejable pero con poca expectativa de vida para quienes la padecen, al tiempo que el tratamiento trae implícitos unos riesgos, que en el caso concreto quedaron materializados y no justamente por la deficiencia o negligencia del servicio médico prestado. (...) Sobre ese punto, **la jurisprudencia del Consejo de Estado ha sido reiterativa en que las obligaciones médicas son de medio y no de resultado (...)** **las demandadas acreditaron la diligencia requerida en el suministro de los medicamentos y servicios hospitalarios necesarios para el tratamiento de la enfermedad y no obran pruebas en el expediente que permitan inferir responsabilidad o derivar conductas omisivas en el cuidado de la condición clínica que presentaba** (...) o que en algún momento se negó o demoró la atención médica.”¹⁴ (Subrayado y negrita fuera del texto)*

Al respecto, ha dicho HERRERA RAMÍREZ¹⁵ que “es opinión prácticamente unánime que el contrato de asistencia médica genera una obligación de medios (obligación de poner todos los medios disponibles en beneficio de la salud del paciente) y no una obligación de resultado (obligación de curar), como en el presente caso en el cual el objetivo era manejar el cuadro infeccioso que presentaba el paciente y atender su cuadro clínico, no obstante aquél nunca evolucionó hacia la mejoría a pesar del tratamiento médico instaurado.

Lo anteriormente expuesto nos permite afirmar sin temor a equivocarnos que la prestación del servicio brindado fue ajustada a los procedimientos médicos establecidos y con observación absoluta de la Lex artis, pero que a pesar de todas las medidas de diligencia y prudencia, se materializó un riesgo inherente a la medicina que no permitió el resultado esperado al cual el medico jamás se comprometió a llegar (la curación del paciente).

4.3 CAUSA EXTRAÑA - HECHO EXCLUSIVO Y/O DETERMINANTE DE LA VÍCTIMA-EXONERANTE DE TODA RESPONSABILIDAD Y/O ATENUANTE DE LA MISMA

Teniendo en cuenta que el hecho de la víctima (independientemente que sea culposos o no) es exonerante de responsabilidad, deben tenerse en cuenta las condiciones que presentaba el paciente y que incidieron en la presentación de complicaciones inherentes a los procedimientos pertinentes para su tratamiento, así como la falta de adherencia que presentó frente a las indicaciones y tratamientos médicos previos.

Tal y como se confirma por parte de la médica experta en el concepto técnico que se aporta con la presente contestación, el señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL presentaba factores de riesgo como infecciones urinarias recurrentes, cistolitiasis, procesos inflamatorios crónicos en la pared vesical, distensión extrema de la vejiga y obstrucción del tracto urinario inferior, predisponentes a retención urinaria, el debilitamiento de sus estructuras y haciéndola proclive a su lesión; siendo esta una complicación descrita en la literatura médica asociada con la realización de meatoplastia, dilatación uretral, la cistouretrografía y una cistostomía que le fueron practicadas.

¹⁴ Consejo de Estado – Sección Tercera. C.P.: Dra. Marta Nubia Velasquez. Rad. 13001-23-31-000-2011-00020-01(55720), 24 de abril de 2020.

¹⁵ HERRERA RAMÍREZ, Fernando Javier. Manual de Responsabilidad Médica. Editorial Leyer, Bogotá D.C. 2008. Pág. 110.

De lo anterior, se evidencia que las condiciones idiosincráticas o patológicas del paciente aunadas a su baja adherencia al manejo médico propuesto incidieron de manera significativa en la complicación presentada, la cual en todo caso, fue atendida de manera oportuna.

Para los efectos del hecho exclusivo de la víctima que se alega en la presente excepción, se debe tener en cuenta lo dicho por el Consejo de Estado en sentencia del año 2002 en donde ha indicado:

*“Por tanto, es necesario examinar si **el comportamiento de la víctima fue causa única o concausa en la producción del daño**, o si, por el contrario, tal actividad no fue relevante en el acaecimiento de este. En efecto, la culpa exclusiva de la víctima, entendida como la **violación por parte de ésta de las obligaciones a las cuales está sujeto el administrado**, puede conducir a la exoneración total o parcial de la responsabilidad administrativa, dependiendo de la trascendencia y grado de participación del afectado en la producción del daño.*

“Ahora bien, no toda conducta asumida por la víctima constituye factor que destruya el nexo de causalidad existente entre el hecho y el daño, toda vez que para que la culpa de la víctima releve de responsabilidad a la administración, aquella debe cumplir con los siguientes requisitos:

*“1) **Una relación de causalidad entre el hecho de la víctima y el daño**. Si la culpa del afectado resulta la causa única, exclusiva o determinante del daño, la exoneración es total...*

“Ahora bien, si la actuación de la víctima deviene causa concurrente en la producción del daño, se producirá una liberación parcial, por aplicación del principio de con causalidad y de reducción en la apreciación del daño, de acuerdo con lo previsto en el artículo 2357 del Código Civil.

*“2) **El hecho de la víctima no debe ser imputable a la administración**, toda vez que si el comportamiento de aquella fue propiciado o impulsado por la administración, de manera tal que no le sea ajeno a ésta, no podrá exonerarse de responsabilidad a la entidad demandada”¹⁶ (negritas y subrayas de la defensa).*

Así mismo, en jurisprudencia del 09 de julio de 2014, Exp.:30821, Sección Tercera, Consejero Ponente: Enrique Gil Botero, insistió en que:

(...)

Desde esta perspectiva debe recordarse que para que se erija la culpa exclusiva de la víctima con la virtualidad de desestructurar la formulación de la imputatio facti, se requiere, (i) una conducta, bien positiva o negativa de quien padeció directa o indirectamente el daño, (ii) y que ésta haya sido determinante para el acontecer de las lesiones infligidas. Aserto bajo el cual queda inmediatamente enervado el juicio de imputación al haber quedado, prima facie, descartada la atribución del daño, a persona distinta de la víctima.

En consonancia con lo anterior, como bien lo ha señalado la Sala, el demandado se libera si logra acreditar que fue el comportamiento del propio afectado determinante y decisivo en la generación del daño...

(...)

¹⁶ Sentencia del 28 de febrero de 2002, exp. 13.011. En el mismo sentido, sentencias de 18 de abril de 2002, exp. 14.076, de 30 de julio 1998, exp. 10.981 y de 29 de enero de 2004, exp. 14.590, entre muchas otras.

De lo anterior se colige su señoría, que se cumplen todos los puntos básicos para que se dé una exoneración total en el caso sub examine.

Ahora bien, debe señalar la defensa que en el evento en que el Despacho considere que no es procedente la presente excepción de fondo en cuanto a que se declare probada la culpa exclusiva y exonerante de responsabilidad, se solicita entonces que acceda, a reducir la condena por ser el hecho de la víctima una concausa del daño.

Para lo anterior, basta con que el Despacho haga uso entonces de lo dispuesto en el artículo 2357 del Código Civil Colombiano, en donde el legislador expresó:

“ARTICULO 2357. <REDUCCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN>. La apreciación del daño está sujeta a reducción, si el que lo ha sufrido se expuso a él imprudentemente”.

Así las cosas, se solicita al Despacho que en la sentencia de mérito que resuelva lo anterior, realice la denominada reducción de la indemnización por concurrencia de hechos o conductas productoras del daño, toda vez que la víctima contribuyó, al menos de manera parcial, en la causación del daño.

Se probará entonces a lo largo del proceso que *“la víctima efectivamente contribuyó con su comportamiento a la producción del daño”¹⁷*, siendo por ende procedente la reducción solicitada.

4.4 INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD SOLIDARIA DE COMPENSAR EPS - HECHO EXCLUSIVO Y DETERMINANTE DE UN TERCERO COMO EXIMENTE DE RESPONSABILIDAD

En el caso bajo estudio, no es admisible que se declare la responsabilidad solidaria de COMPENSAR EPS. Lo anterior en la medida en que el inciso 4° del artículo 140 del CPACA lo prohíbe, y que además, es palmaria la ausencia del presupuesto de hecho que exige el artículo 2344 del Código Civil para la configuración de la responsabilidad solidaria, esto es, que se hubiese demostrado que mi poderdante hubiere tenido participación en las atenciones médicas que se consideran defectuosas, en este caso por parte de la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO.

Al respecto debe indicarse que, en el remoto caso en que se considerara que la falla en el servicio se dio en la atención prestada por la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, debe tenerse en cuenta que la misma tuvo lugar de manera autónoma e independiente, por virtud del contrato de prestación de servicios CSS017-2021 suscrito entre ella y mi mandante. En dicho acuerdo de voluntades se evidencia que la E.S.E.n en calidad de contratista se obligó a responder por los perjuicios causados en razón o con ocasión del servicio por ella prestado, comprometiéndose a comparecer al proceso judicial en calidad de llamado en garantía. De igual manera se evidencia que dicha IPS reconoció y se avino a la ausencia de responsabilidad de COMPENSAR EPS *“(…) por los perjuicios que pudieran derivarse de la atención por ella prestada con respecto a los resultados adversos, inmediatos o tardíos producidos por efecto de la atención profesional o tratamiento prescrito”*:

¹⁷ C.S. de J., Sala de Casación Civil, sent. 7 abril 1991, “G.J.”, t. CLII, 109. Citado por VELÁSQUEZ POSADA, Obdulio. Op cit. Pag 221.

CLÁUSULA 12ª.- AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL: Para los efectos del presente contrato EL CONTRATISTA desarrollará con plena autonomía científica, técnica y administrativa la relación con el usuario, teniendo en cuenta los parámetros de eficiencia y calidad correspondientes al nivel de complejidad; por tanto, cualquier responsabilidad derivada de dicha relación será exclusivamente a cargo del CONTRATISTA que presta los servicios. COMPENSAR no se hace responsable por los perjuicios que puedan derivarse de la atención prestada por EL CONTRATISTA, con respecto a los resultados adversos, inmediatos o tardíos producidos por efecto de la atención profesional o tratamiento prescrito. En ningún caso podrá invocarse judicial ni extrajudicialmente la existencia de solidaridad con COMPENSAR pues el CONTRATISTA renuncia expresamente a invocar cualquier norma legal que la establezca o la permita, actualmente vigente o en el futuro. En el evento en que COMPENSAR sea requerido judicial o extrajudicialmente por el usuario atendido o sus representantes legales o familiares responsables o allegados con el fin de exigir indemnización por los perjuicios causados en razón o con ocasión del servicio prestado por EL CONTRATISTA, éste se constituye desde ya en garante para el pago de la misma. Para los efectos EL CONTRATISTA concurrirá al proceso correspondiente en calidad de llamado en garantía; En últimas, EL CONTRATISTA se compromete a responder ante COMPENSAR por el total de los perjuicios que la entidad sea obligada a pagar judicial o extrajudicialmente, para lo cual COMPENSAR repetirá o compensará posteriormente, las sumas de dinero que haya cancelado directamente por daños imputables al CONTRATISTA, incluidos los pagos y costos ocasionados.

En aplicación del clausulado referido en precedencia, se tiene, que la entidad llamada en garantía S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, ante una eventual sentencia adversa a COMPENSAR EPS, deberán ser consecuentemente condenada, por virtud del llamamiento en garantía a pagar el 100% de la indemnización de los perjuicios irrogados a los demandantes, pues la atención de usuarios estaba comprendida dentro de sus obligaciones con las correlativas consecuencias que se desprendan de su actuar. Y es que en voces del artículo 2344 del Código Civil solo se configure la solidaridad en aquellos eventos en los que se acredite la participación real de una persona en la comisión de un acto constitutivo de responsabilidad civil, lo cual no ocurre en el presente asunto.

Finalmente en el remoto e improbable caso en que se dictamine la existencia de falla en el servicio, habrá de darse aplicación a lo establecido por el artículo 140 del CPACA, norma que señala que cuando se encuentren demandadas entidades de naturaleza pública y privadas, la condena será definida para cada una de las implicadas en la proporción de su participación en la conducta constitutiva de tal falla.

4.5 IMPROCEDENCIA DE CONDENA POR DAÑOS MATERIALES E INMATERIALES ANTE LA INEXISTENCIA DE LA FALLA EN EL SERVICIO Y POR TRATARSE DE DAÑOS NO PROBADOS, IMPROCEDENTES, HIPOTÉTICOS E INCIERTOS QUE EXCEDEN EN VECES LOS TOPES JURISPRUDENCIALES

Hago consistir la presente excepción en el hecho según el cual, al no configurarse todos los elementos constitutivos de responsabilidad por falla en el servicio, es improcedente acceder al reconocimiento de perjuicio alguno. Así, al no existir una conducta culposa, ni nexo causal, y mucho menos daño de naturaleza antijurídica, no existe responsabilidad y en tal virtud deben negarse las pretensiones respecto de cualquier tipo de perjuicio.

Sumado a lo anterior, los perjuicios inmateriales solicitados desconocen los criterios para su causación, exceden en veces los criterios jurisprudenciales y no se prueban ni en su existencia y ni en su *quantum*.

Adicionalmente, los diferentes tipos de perjuicios que se reclaman se presentan en el plano de lo hipotético y, ciertamente, no cumplen con el requisito de certeza que exige el ordenamiento

para su configuración. Bajo estos términos, esta defensa objeta la estimación razonada de la cuantía definida en la demanda en el acápite correspondiente, solicitándole comedidamente al despacho que se sirva declarar la improcedencia del perjuicio que se cuantifica en el presente aparte y proceda a condenar a los demandantes por la sanción a la que alude el numeral 4 del artículo 206 del Código General del Proceso.

En este sentido, será preciso que se deniegue la totalidad de las pretensiones invocadas por no probarse ni su existencia ni su monto.

4.6 EXCEPCIÓN GENÉRICA.

Además de las excepciones propuestas en el presente escrito, propongo la denominada excepción genérica, por cuya virtud, deberán declararse probadas las excepciones que no habiendo sido expresamente enunciadas, resulten probadas en el proceso y se funden en las disposiciones constitucionales, legales, contractuales y las directrices jurisprudenciales que constituyan el marco jurídico con fundamento en el cual habrá de decidirse el presente litigio. Por consiguiente, pido al Señor Juez, conforme a lo dispuesto en el artículo 282 del Código General del Proceso, reconocer oficiosamente las demás excepciones que resulten probadas a lo largo del proceso.

V. DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

En escrito separado, con observancia a lo dispuesto en el artículo 225 de la ley 1437 de 2011 y en concordancia con los preceptos del Código General del Proceso, en la misma oportunidad en que se presenta esta contestación de la demanda, formularé los siguientes llamamientos en garantía:

5.1 A LA **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, en virtud de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. AA198548 de la cual es tomadora y asegurada la Caja de Compensación Familiar Compensar.

5.2 A la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO** por virtud del contrato número CSS017-2021.

VI. DE LOS MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetado señor Juez, se decreten, practiquen y tengan como tales los siguientes medios de prueba de conformidad con el artículo 164 y siguientes del C.G.P.:

6.1 DOCUMENTALES

Solicito se tengan como pruebas documentales las siguientes:

6.1.1 Certificado de inscripción del señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ al Plan de Beneficios en Salud, el cual da cuenta de su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del Régimen Subsidiado.

6.1.2 Certificación del Kárdex de Uso en donde constan las autorizaciones de servicios expedidas por el programa entidad promotora de salud de la Caja de Compensación Familiar Compensar al señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ. Con esta prueba se pretende demostrar que mi representada le garantizó el acceso a todos los servicios médicos requeridos durante la vigencia de su afiliación, así como desvirtuar la pre sanidad del mencionado paciente, a quien le fueron aprobadas la totalidad de prescripciones emitidas por sus médicos tratantes.

6.1.3 Ejemplar digitalizado del Contrato de Prestación de Servicios de Salud número CSS017-2021 suscrito entre la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO y mi representada.

6.1.4 Certificado expedido por el proceso de contrataciones por medio del cual se prueba la vigencia del Contrato de Prestación de Servicios de Salud número CSS017-2021 suscrito entre la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO y mi representada.

6.1.5 Derecho de petición elevado a la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO solicitando el envío del certificado de existencia y representación legal de dicha entidad.

6.1.6 Derecho de petición elevado a la Secretaría de Salud del Valle del Cauca solicitando el certificado de existencia y representación legal de dicha entidad de la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO.

6.1.7 Respuesta emitida por la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO al derecho de petición elevado por COMPENSAR, acompañada de sus respectivos anexos.

6.1.8 Historia clínica de la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO.

6.1.9 Concepto técnico que versa sobre el análisis de la atención médica desde la perspectiva de la prudencia, diligencia, pericia y la lex artis, rendido por la doctora Cindy Catalina Herrera Romero, junto con los documentos que acredita su idoneidad y soporte técnico.

6.1.10 Copia de la hoja de vida de la doctora Cindy Catalina Herrera Romero.

6.1.11 Copia de los títulos profesionales de la doctora Cindy Catalina Herrera Romero.

6.1.12 Copia de las certificaciones de experiencia profesional de la doctora Cindy Catalina Herrera Romero.

6.1.13 Copia de la literatura médica que la doctora Cindy Catalina Herrera Romero tuvo en cuenta para rendir su concepto técnico.

6.2 DOCUMENTAL MEDIANTE OFICIO

Teniendo en cuenta que la COMPENSAR EPS ha cumplido con la carga procesal establecida en el inciso 2 del artículo 173 del CGP, conforme a las pruebas documentales aportadas y que se identificaron bajo los numerales 6.1.5 y 6.1.6 se solicita de la manera más respetuosa, que se decrete el siguiente oficio:

Se oficie a la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO y a la SECRETARÍA DE SALUD DEL VALLE DEL CAUCA para que aporten con destino al presente proceso el certificado de existencia y representación legal de la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO.

6.3 INTERROGATORIO DE PARTE

Solicito al despacho se sirva hacer comparecer a los demandantes GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL, ALEYDA OCAMPO RODRÍGUEZ, ERIKA ACHIPIZ OCAMPO, GABRIELA LEÓN ACHIPIZ, ALEXANDER MURIEL OSPINA, MARTA LUCIA OCAMPO RODRÍGUEZ, CAROLINA ROJAS OCAMPO, MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ ROJAS y NATHALY RODRÍGUEZ ROJAS, para que absuelvan el interrogatorio de parte que personalmente les formularé para ello, respecto de los hechos que se narran en la demanda y en la contestación tanto de la suscrita como de la codemandada. El pliego de preguntas lo acompañaré en sobre cerrado o abierto una vez se encuentre decretada la presente prueba y que se aportará

previamente a la fecha de su realización, reservándome en todo caso, el derecho a realizarlo de manera oral el día en que se fije fecha para la audiencia de rigor. Los demandantes pueden ser citados en la Carrera 33 A No. 24 – 30 del municipio de Palmira (Valle del Cauca), teléfono 315 774 5570, correo electrónico erika-ocampo1999@hotmail.com tal y como se indicó en el escrito de reforma a la demanda o por conducto de su apoderado judicial.

6.4 TESTIMONIAL

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 208 y siguientes del CGP, ruego al Despacho se sirva fijar fecha y hora para la recepción de los testimonios técnicos que a continuación citaré, con la finalidad de que depongan acerca de los hechos que se narran en la demanda y respecto de la contestación de la misma, así como también sobre aquellas cuestiones que interesan al proceso:

6.4.1 Al doctor SEBASTIAN LOZANO BARBOSA, identificado con cédula de ciudadanía 1116264996, profesional que atendió al paciente con el fin de declare sobre los pormenores del servicio médico brindado. El testigo en mención podrá ser ubicado a través de la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, en su sede ubicada en la Calle 29 No. 39-51 de Palmira (Valle del Cauca), teléfono: 2742419, correo electrónico notificacionesjudicialeshrob@gmail.com o por conducto de su apoderado judicial.

6.4.2 Al doctor LUIS ARMANDO GARCÍA TRUJILLO, identificado con cédula de ciudadanía 94331635, profesional que atendió al paciente con el fin de declare sobre los pormenores del servicio médico brindado. El testigo en mención podrá ser ubicado a través de la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, en su sede ubicada en la Calle 29 No. 39-51 de Palmira (Valle del Cauca), teléfono: 2742419, correo electrónico notificacionesjudicialeshrob@gmail.com o por conducto de su apoderado judicial.

6.4.3 Al doctor Jorge Alexander Linares, identificado con cédula de ciudadanía 14234280, profesional que atendió al paciente con el fin de declare sobre los pormenores del servicio médico brindado. El testigo en mención podrá ser ubicado a través de la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, en su sede ubicada en la Calle 29 No. 39-51 de Palmira (Valle del Cauca), teléfono: 2742419, correo electrónico notificacionesjudicialeshrob@gmail.com o por conducto de su apoderado judicial.

6.4.4 Al doctor GERMAN CARDONA, identificado con cédula de ciudadanía número 6288274, profesional que atendió al paciente con el fin de declare sobre los pormenores del servicio médico brindado. El testigo en mención podrá ser ubicado a través de la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, en su sede ubicada en la Calle 29 No. 39-51 de Palmira (Valle del Cauca), teléfono: 2742419, correo electrónico notificacionesjudicialeshrob@gmail.com o por conducto de su apoderado judicial.

6.4.5 A la doctora INGRID KATHERINE ALVES ALVAREZ, identificada con cédula de ciudadanía 1113659034, profesional que atendió al paciente con el fin de declare sobre los pormenores del servicio médico brindado. El testigo en mención podrá ser ubicado a través de la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, en su sede ubicada en la Calle 29 No. 39-51 de Palmira (Valle del Cauca), teléfono: 2742419, correo electrónico notificacionesjudicialeshrob@gmail.com o por conducto de su apoderado judicial.

6.4.6 Al doctor PEDRÓ LEÓN ARBELÁEZ, identificado con cédula de ciudadanía 14870588, profesional que atendió al paciente con el fin de declare sobre los pormenores del servicio médico brindado. El testigo en mención podrá ser ubicado a través de la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, en su sede ubicada en la Calle 29 No. 39-51 de Palmira (Valle del Cauca), teléfono: 2742419, correo electrónico notificacionesjudicialeshrob@gmail.com o por conducto de su apoderado judicial.

7. DECLARACIÓN Y RATIFICACIÓN DE CONCEPTO DE EXPERTO:

Solicito al Despacho que de conformidad con lo establecido en el artículo 165 del CGP se sirva hacer comparecer a la doctora Cindy Catalina Herrera Romero, identificada con cédula de ciudadanía número 1072642460, con domicilio en la Calle 7 No. 1A-01 de Chía (Cundinamarca), para que rinda su declaración y ratifique su concepto médico en relación con la atención médica brindada al señor GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL CARMEN ADRIANA GONZALEZ MESA y que es objeto del presente proceso. La médica podrá citarse a través de la suscrita apoderada o en el correo electrónico catalina88733@gmail.com

8. PRUEBA PERICIAL

Dando aplicación a lo dispuesto en el artículo 227 del Código General del Proceso y atendiendo a que el término del traslado de la contestación de la demanda es insuficiente para aportar el dictamen petitionado, ruego al Despacho, de la manera más respetuosa, que le conceda a mi representada un término no menor a treinta (30) días para aportar dictamen por especialista en urología y/o cirugía general con el fin que dicho perito brinde su experticia y conocimiento técnico en relación con las atenciones médicas que aquí se debaten.

VII. ANEXOS

7.1 Poder general otorgado a la suscrita mediante Escritura Pública número 2913 de 10 de diciembre de 2015 de la Notaría 38 del Círculo de Bogotá D.C.

7.2 Certificado de existencia y representación legal de la Caja de Compensación Familiar Compensar, en su programa de entidad promotora de salud - COMPENSAR EPS. El anterior documento para evidenciar quién actúa como representante legal de la entidad que represento.

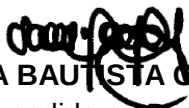
7.3 Los documentos relacionados en el acápite de pruebas

VIII. NOTIFICACIONES

Mi representada, COMPENSAR EPS recibirá notificaciones en la Avenida 68 No. 49 A - 47 de la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico compensarepsjuridica@compensarsalud.com

La suscrita apoderada, en la Carrera 69 No. 47 – 34 Piso 4 de la ciudad de Bogotá D.C, en correo electrónico smbautistag@compensarsalud.com y el celular 3136010677.

De la Señora Jueza, con el mayor respeto, suscribo.


SANDRA MÓNICA BAUTISTA GUTIÉRREZ
C.C. 52.967.033 expedida en Bogotá D.C.
T.P. 154. 370 del C.S. de la J.

EN BLANCO

EN BLANCO

EN BLANCO

EN BLANCO

114507649 KKB JCIC 0

de abogado distinguida número 154.370 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, para que en nombre y representación de la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR** ejecute todos y cada uno de los siguientes actos:-----

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

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

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

correspondientes a la información personal y de trabajo consignados en el espacio destinado para la firma de los suscriptores del instrumento público, con el objeto de confrontar la información solicitada con el contenido de la escritura previo a la autorización de la misma. -----

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

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

ESTA ESCRITURA FUE ELABORADA EN LAS HOJAS DE PAPEL NOTARIAL NÚMEROS: -----

Aa024305651- Aa028726381- Aa028724814-----

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

RETENCIÓN EN LA FUENTE. ARTÍCULOS 20 y 64 LEY 0075 de 1986. ----- \$ Exento-----

DERECHOS NOTARIALES \$ 49.000-----

SUPERINTENDENCIA \$ 4.850-----

FONDO NACIONAL DEL NOTARIADO \$ 4.850-----

IVA \$ 19.248-----

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



República de Colombia

Pág. No 5



Ca518019775

Aa028726381

FOLIO ANTERIOR Aa028726381

ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO:

DOCE MIL NOVECIENTOS TRECE (12913)

FECHA DE OTORGAMIENTO:

DIEZ (10) DE DICIEMBRE DE DOS MIL QUINCE (2015)

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

PODERDANTE

LUIS ANDRÉS PENAGOS VILLEGAS

C.C. 71.724.156 expedida en Medellín

Obra en calidad de Representante Legal suplente de la CAJA DE
COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

DIRECCIÓN OFICINA: Calle 73 N° 10-83 CC. Av. Chile Torre D piso 9

TELÉFONO OFICINA: 4289088 ext. 24569

CELULAR:

APODERADA

SANDRA MONICA BAUTISTA GUTIERREZ

C.C. No. 52.967.033 de Bogotá D.C.

DIRECCIÓN: Calle 73 N° 10-83 Centro Comercial Av. Chile Torre D piso 9 Bogotá D.C.

TELÉFONO: 4285068 Ext. 25637

CORREO ELECTRONICO jmbautistag@segurosujentosalud.com



Ca518019775



28-12-2015 10:30:41 AM ESTE DOCUMENTO

Ca518019775

NOT. 38

MV

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


RODOLFO REY BERMUDEZ

JORGE RIVERA

NOT. 38
MV



SuperSubsidio

Regimen de la Caja de Compensación Familiar



MINTRABAJO



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

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

HACE CONSTAR QUE:

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

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




JEANNETTE BENÍTEZ DE AREVALO
Superintendente Delegada

Proyectó: María Esther Caicedo Angulo 

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





Cq51601857

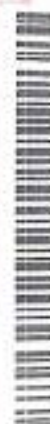
ES LA COPIA (FOTOCOPIA) NUMERO =171= DE LA
ESCRITURA PÚBLICA =12913= DE FECHA =10= DEL
MES DE =DICIEMBRE= DEL AÑO =2015= TOMADA
DE SU ORIGINAL QUE SE EXPIDE CONFORME AL
ARTÍCULO 41 DEL DECRETO 2148 DE 1983, EN
=04= HOJAS CON DESTINO AL: =INTERESADO=

DADO EN BOGOTÁ, D.C., EL 13 DE ENERO 2025



RODOLFO REY BERMUDEZ

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



SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL CAJA DE
COMPENSACIÓN FAMILIAR**

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ, D.C. 07/01/2025

**LA SUSCRITA SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA RESPONSABILIDAD
ADMINISTRATIVA Y LAS MEDIDAS ESPECIALES, DANDO CUMPLIMIENTO A LO
DISPUERTO EN EL NUMERAL 15 DEL ARTÍCULO 16 DEL DECRETO 2595 DE 2012**

C E R T I F I C A

NOMBRE: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

NIT. 860.066.942-7

DIRECCIÓN: AVENIDA 68 No. 49 A - 47

DOMICILIO: BOGOTÁ

TELÉFONOS: 4280666

EMAIL PARA NOTIFICACIONES JUDICIALES: notificacionesjudiciales@compensar.com

EMAIL PARA NOTIFICACIONES JUDICIALES DE LA EPS COMPENSAR:

Compensarepsjuridica@compensarsalud.com

CONSTITUCIÓN Y OBJETO:

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR ES UNA ENTIDAD PRIVADA SIN ÁNIMO DE LUCRO, ORGANIZADA COMO CORPORACIÓN QUE CUMPLE FUNCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y GOZA DE PERSONERÍA JURÍDICA CONFERIDA POR MEDIO DE LA RESOLUCIÓN No. 2409 DEL 30/06/1978, EMITIDA POR EL MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL DE MANERA INDEFINIDA Y SE ENCUENTRA FACULTADA PARA DESARROLLAR LAS FUNCIONES PREVISTAS EN LOS ARTÍCULOS 41 Y 62 DE LA LEY 21 DE 1982, EL ARTICULO 16 DE LA LEY 789 DE 2002, SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS Y LAS DEMÁS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN.

REPRESENTACIÓN LEGAL:

DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 55 DE LA LEY 21 DE 1982 Y EL ARTÍCULO 37 DE LOS ESTATUTOS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, LA REPRESENTACIÓN LEGAL DE LA CORPORACIÓN ESTA A CARGO DEL DIRECTOR

ADMINISTRATIVO, QUIEN SERA ELEGIDO POR EL CONSEJO DIRECTIVO Y SE SOMETERÁ AL ALCANCE QUE ÉSTE DEFINA, OBSERVANDO LOS LÍMITES PARA CONTRATAR DEFINIDOS POR LA ASAMBLEA.

DIRECTORES ADMINISTRATIVOS	NOMBRES	CÉDULA DE CIUDADANÍA	RESOLUCIÓN MEDIANTE LA CUAL SE APROBÓ SU DESIGNACIÓN	FECHA DE POSESIÓN
PRINCIPAL	CARLOS MAURICIO VÁSQUEZ PÁEZ	79.541.640	0556 10/09/2019	04/12/2019
PRIMER SUPLENTE	CARLOS ANDRÉS RODRÍGUEZ CORREDOR	71.758.846	1050 05/12/2023	15/12/2023
SEGUNDO SUPLENTE	ANDRÉS BARRAGÁN TOBAR	19.489.949	0713 09/12/2019	30/12/2019
TERCER SUPLENTE	OSCAR MARIO RUIZ	79.538.820	0053 20/02/2009	03/04/2009

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL:

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

CUMPLIR CON LAS DEMÁS FUNCIONES QUE LE ASIGNEN LA LEY, LOS ESTATUTOS, LA ASAMBLEA GENERAL Y EL CONSEJO DIRECTIVO.

LIMITACIONES PARA CONTRATAR:

MEDIANTE ACTA DE ASAMBLEA No. 053 DEL 14 DE MARZO DE 2024, LA ASAMBLEA APROBÓ MANTENER LA FORMULA DEL 0,5% DE LOS INGRESOS TOTALES DE LA CORPORACIÓN DEL AÑO 2023, SUMA QUE ASCIENDE A \$38.982.356.000, COMO CUANTÍA MÁXIMA PARA QUE EL DIRECTOR PUEDA CONTRATAR SIN CONSULTA PREVIA AL CONSEJO DIRECTIVO.

ESTA DECISIÓN FUE APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR A TRAVÉS DE LA RESOLUCIÓN NO. 0464 DEL 24 DE JULIO DE 2024. DEBIDAMENTE EJECUTORIADA EL 09 DE AGOSTO DE 2024.

**REPRESENTANTES LEGALES ANTE AUTORIDADES JURISDICCIONALES
Y ADMINISTRATIVAS:**

NOMBRE: LUIS ANDRÉS PENAGOS VILLEGAS
C.C. No. 71.724.156 DE MEDELLÍN
T.P. No. 85409 DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

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

CONSEJO DIRECTIVO - PERÍODO 2022-2026

REPRESENTANTES DE LOS EMPLEADORES CON DESIGNACIÓN APROBADA MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 0292 DEL 23 DE MAYO DE 2022, EJECUTORIADA EL 9 DE AGOSTO DE 2022:

EMPLEADORES

PRINCIPAL		
REGLÓN	AFILIADO	DESIGNADO
PRIMER REGLÓN	R&I SEGUROS LTDA NIT. 900.148.606-4	ÁLVARO ANTONIO ROZO PALOU C.C. 438.255 DE BOGOTÁ D.C.

SEGUNDO RENGLÓN	DISTRICARGO OPERATIONS S.A NIT. 830.033.723-1	ÁLVARO JOSÉ RIVERA HERNÁNDEZ C.C. 19.270.606 DE BOGOTÁ
TERCER RENGLÓN	MY PEOPLE CONSULTORES ORGANIZACIONALES SAS NIT. 830.033.522-6	LILIANA ARROYO VARGAS C.C. 66.763.369 DE PALMIRA
CUARTO RENGLÓN	10 AUDIO S.A.S. NIT. 900.537.951-1	CARLOS SAAVEDRA GARCÍA C.C. 19.071.244 DE BOGOTÁ
QUINTO RENGLÓN	SKANDIA PENSIONES Y CESANTÍAS S.A NIT. 800.148.514-2	CLAUDIA LILIANA SOLANO ROA C.C. 39.787.825 DE USAQUÉN
SUPLENTE		
RENGLÓN	AFILIADO	DESIGNADO
PRIMER RENGLÓN	FASECOLDA NIT. 860.049.275-0	MARÍA CLAUDIA CUEVAS MARTÍNEZ C.C. 52.647.393 DE USAQUÉN
SEGUNDO RENGLÓN	CONTINENTAL BUS S.A NIT. 800.227.937	MARÍA DEL PILAR BETANCOURT CONTRERAS C.C. 51.905.743 DE BOGOTÁ
TERCER RENGLÓN	LA BÍFERA S.A NIT. 830.135.186-2	JUAN ANTONIO CABALLERO ARGAEZ C.C. 19.286.431 DE BOGOTÁ
CUARTO RENGLÓN	VACANTE	RENUNCIA ALLEGADA POR LA CCF, RADICADA EN LA SSF BAJO EL NÚMERO 1-2024-4262 DEL 26/02/2024
QUINTO RENGLÓN	SERVICIOS Y MANO DE OBRA SUPLEMENTARIA SERVIMOS S.A.S NIT. 860.051.638-7	RUBÉN DARÍO LÓPEZ CORREA C.C. 16.050.124 DE PACORA

REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES DESIGNADOS POR EL MINISTERIO DE TRABAJO MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 1656 DEL 23 DE MAYO DE 2022 Y AUTORIZADOS PARA EL EJERCICIO DEL CARGO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR MEDIANTE OFICIO DEL 1 DE JUNIO DE 2022:

TRABAJADORES

PRINCIPALES		
REGLÓN	AFILIADO	TRABAJADOR
PRIMER REGLÓN	SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A. NIT. 860.002.180	FABIÁN ONEIVER CONTRERAS LEMUS C.C. 79.952.012 DE BOGOTÁ
SEGUNDO REGLÓN	FEDERACIÓN CGT SECCIONAL BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA NIT. 900.530.873	JORGE ADONAI ESPINOZA PÉREZ C.C. 19.233.530 DE BOGOTÁ
TERCER REGLÓN	AJECOLOMBIA S.A. NIT. 830.081.407	ALBERTO ALFREDO CASTILLO FANDIÑO C.C. 79.749.086 DE BOGOTÁ D.C
CUARTO REGLÓN	SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE NIT. 900.959.051-7	MARÍA DORIS GONZÁLEZ C.C. 41.713.286 DE BOGOTÁ
QUINTO REGLÓN	INSTITUTO DE DESARROLLO URBANO - IDU NIT. 899.999.081	MIGUEL ENRIQUE MORANTES SABOGAL C.C. 19.430.928 DE BOGOTÁ
SUPLENTE		
REGLÓN	AFILIADO	TRABAJADOR
PRIMER REGLÓN	DELTA SALUD SAS BIC NIT. 800.214.959	ALBERTO LEÓN TORRES C.C. 19.427.035 DE BOGOTÁ
SEGUNDO REGLÓN	CORPORACIÓN DE ABASTOS DE BOGOTÁ SA CORABASTOS NIT. 860.028.093	ADRIÁN CORTES VARGAS C.C. 79.182.723 DE SIBATE

TERCER RENGLÓN	BANCO GNB SUDAMERIS S.A NIT. 860.050.750	MARIO ALEXANDER TORRES SÁNCHEZ C.C. 79.623.726 DE BOGOTÁ
CUARTO RENGLÓN	FONDO EDUCATIVO REGIONAL DE BOGOTÁ NIT. 899.999.061-9	MELVA RINCÓN SUÁREZ C.C. 37.310.464 DE OCAÑA
QUINTO RENGLÓN	FUNDACIÓN CLÍNICA SHAIQ NIT. 860.006.656	CLAUDIA PATRICIA SUAREZ SEGURA C.C. 41.106.900 DE ORITO

REVISOR FISCAL PERÍODO 2022 - 2026

REVISORES FISCALES	PERSONA JURÍDICA	NOMBRES	CÉDULA DE CIUDADANÍA	TARJETA PROFESIONAL	RESOLUCIÓN MEDIANTE LA CUAL SE APROBÓ SU DESIGNACIÓN	ACTA Y FECHA DE POSESIÓN
PRINCIPAL	BAKER TILL Y COLOMBIA LTDA. NIT. 800.249.449-5	BERNARDO RODRÍGUEZ LAVERDE	80.353.347	35189-T	0499 05/08/2022	023 23/08/2022
SUPLENTE	ERNST & YOUNG AUDITORES S.A.S NIT. 860.008.890-5	JOANA KATERIN PARRA BORDA	1.032.368.135	199.627-T	0198 03/03/2023	021 24/04/2023

EL PRESENTE CERTIFICADO CUENTA CON UNA VIGENCIA DE NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO.



GLORIA MARIBEL TORRES RAMÍREZ
SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA
Y LAS MEDIDAS ESPECIALES

Proyectó: Laura Carolina Porras Melgarejo – Profesional del Grupo Interno de Registro y Control

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

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO identificado(a) con Cedula Ciudadania 16860639, se encuentra Activo en el Régimen Subsidiado de Salud, de la EPS Compensar, según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20201129	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
ALEYDA OCAMPO RODRIGUEZ	TR	66761231	CC	20201129	No Registrada	Activo

Se expide el presente certificado a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 25 días del mes de Julio de 2.024

Con destino a: TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: MAURICIO PEREZ

CER-AFI 25543971

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

CERTIFICA

Que revisadas las bases de datos que reposan en nuestro sistema de información de salud en el aplicativo SSAS (Sistema de Autorización de Servicios de Salud), los servicios de salud que se encuentran relacionados a continuación, corresponden a los que se le autorizaron al (la) usuario(a) **GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL**, identificado(a) con Cedula de ciudadanía No. **16.860.639**, desde el día el 23 de Febrero de 2021 hasta el 12 de Julio de 2024.

AUTORIZACION	PRESTADOR	NOMBRE PRESTADOR	PROGRAMA	FECHA AUTORIZACION	FECHA PROGRAMACION	CODIGO SERVICIO	SERVICIO	Punto Atención
210548654402662	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	23/02/2021	23/02/2021	890201	MEDICINA GENERAL 1A VEZ	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
210567536440984	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	25/02/2021	25/02/2021	873333	RADIOGRAFIA DE PIE AP Y LATERAL	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
210567536437920	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	25/02/2021	25/02/2021	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
210567536428201	890307534	LA OPTICA DEL NORTE LTDA	POS SIN COBRO	25/02/2021	25/02/2021	890207	OPTOMETRÍA CONSULTA 1 VEZ	LA OPTICA DEL NORTE LTDA
210567536437920	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	25/02/2021	25/02/2021	902210	HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO ERITROCITOS INDIC PLAQUE	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
210567536437920	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	25/02/2021	25/02/2021	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
210567536437920	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	25/02/2021	25/02/2021	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMI AUTOMATIZADO	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
210567536437920	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	25/02/2021	25/02/2021	903818	COLESTEROL TOTAL	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
210567536437920	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	25/02/2021	25/02/2021	903868	TRIGLICERIDOS +	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE

210718622624987	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	12/03/2021	12/03/2021	MM081044	DICLOXACILI NA CAPSULAS 500 MG	AUDIFARMA
210718622624987	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	12/03/2021	12/03/2021	MM108306	NAPROXENO 250 MG COMPRIMID OS	AUDIFARMA
210718622624987	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	12/03/2021	12/03/2021	MEDICARS	MEDICAMEN TOS REGIMEN SUBSIDIADO	AUDIFARMA
211097533687179	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	19/04/2021	19/04/2021	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	ESE HTAL RAUL OREJUELA BUENO
211196010600041	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	29/04/2021	29/04/2021	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIEN TO POR ESPECIALIST A EN UROLOGÍA	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
211196010596782	890300513	CLINICA DE OCCIDENTE	POS SIN COBRO	29/04/2021	29/04/2021	573201	CISTOSCOPI A TRANSURET RAL	CLINICA DE OCCIDENTE CALI
211196010595051	800065396	INSTITUTO DE DIAGNOSTIC O MEDICO S.A. - IDIME	POS SIN COBRO	29/04/2021	29/04/2021	877871	URETEROGR AFIA RETROGRAD A A TRAVES DE	IDIME CALI
211196010599418	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	29/04/2021	29/04/2021	901235	UROCULTIV O [ANTIBIOGR AMA DE DISCO]+	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
211196010598864	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	29/04/2021	29/04/2021	573201	CISTOSCOPI A TRANSURET RAL	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
212520684107049	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	9/09/2021	9/09/2021	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	ESE HTAL RAUL OREJUELA BUENO
212520684107049	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	12/09/2021	12/09/2021	S11000	HOSPITALIZA CION NO QUIRURGICA	ESE HTAL RAUL OREJUELA BUENO
212640651772200	900741657	ASISTENCIA VITAL INTEGRAL SAS	POS SIN COBRO	21/09/2021	21/09/2021	601T01	TRASLADO TERRESTRE BASICO PACIENTES, PRI	ASISTENCIA VITAL INTEGRAL SAS
212650320362068	890307200	CLINICA IMBANACO SAS	POS SIN COBRO	22/09/2021	22/09/2021	VERHOSPI	VERIFICACIO N PARA HOSPITALIZA CION	URG CLINICA IMABANACO SAS
212650320362068	890307200	CLINICA IMBANACO SAS	POS SIN COBRO	22/09/2021	22/09/2021	S11000	HOSPITALIZA CION NO QUIRURGICA	URG CLINICA IMABANACO SAS

212660275519472	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	23/09/2021	23/09/2021	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENT O POR ESPECIALIST A EN UROLOGÍA	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
212706029547660	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	27/09/2021	27/09/2021	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENT O POR ESPECIALIST A EN UROLOGÍA	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
212742408449853	900285194	FARMACIA INSTITUCION AL SAS	POS SIN COBRO	1/10/2021	1/10/2021	779CATVE	CATETERISM O VESICAL INSUMOS	FARMACIA INSTITUCIONA L
212792408440393	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	6/10/2021	6/10/2021	901235	UROCULTIV O [ANTIBIOGR AMA DE DISCO]+	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
212792408401643	800212422	CHRISTUS SINERGIA SALUD SA	POS SIN COBRO	6/10/2021	6/10/2021	890294	UROLOGÍA 1A VEZ CONSULTA	CHRISTUS SINERGIA SALUD SA
212846730366980	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	11/10/2021	11/10/2021	901235	UROCULTIV O [ANTIBIOGR AMA DE DISCO]+	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
212846730366027	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	11/10/2021	11/10/2021	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENT O POR ESPECIALIST A EN UROLOGÍA	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
212910750363684	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	18/10/2021	18/10/2021	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	ESE HTAL RAUL OREJUELA BUENO
212960273372803	800212422	CHRISTUS SINERGIA SALUD SA	POS SIN COBRO	23/10/2021	23/10/2021	573201	CISTOSCOPI A TRANSURET RAL	CHRISTUS SINERGIA SALUD SA
212960273371613	800212422	CHRISTUS SINERGIA SALUD SA	POS SIN COBRO	23/10/2021	23/10/2021	877871	URETEROGR AFIA RETROGRAD A A TRAVES DE	CHRISTUS SINERGIA SALUD SA
213010784266477	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	28/10/2021	28/10/2021	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	ESE HTAL RAUL OREJUELA BUENO
213026029309247	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	29/10/2021	29/10/2021	877871	URETEROGR AFIA RETROGRAD A A TRAVES DE	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
213026029301809	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	29/10/2021	29/10/2021	573201	CISTOSCOPI A TRANSURET RAL	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM

213020343669007	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	29/10/2021	29/10/2021	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
213020343669007	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	31/10/2021	31/10/2021	S11000	HOSPITALIZACION NO QUIRURGICA	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
213080273358281	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	4/11/2021	4/11/2021	890208	PSICOLOGÍA CONSULTA 1 VEZ	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
213121007432172	890307200	CLINICA IMBANACO SAS	POS SIN COBRO	8/11/2021	8/11/2021	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	URG CLINICA IMABANACO SAS
213146033514868	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	10/11/2021	10/11/2021	890208	PSICOLOGÍA CONSULTA 1 VEZ	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
213146033514373	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	10/11/2021	10/11/2021	890235	CIRUGÍA GENERAL 1A VEZ CONSULTA	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
213146033513237	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	10/11/2021	10/11/2021	901236	UROCULTIVO ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
213150350516566	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	11/11/2021	11/11/2021	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
213163801448765	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	12/11/2021	12/11/2021	10M00214	HOSPITALIZACION MEDICA POR	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
213200273529744	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	16/11/2021	16/11/2021	890294	UROLOGÍA 1A VEZ CONSULTA	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
213200273597244	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	16/11/2021	16/11/2021	890294	UROLOGÍA 1A VEZ CONSULTA	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
213267750387659	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	22/11/2021	22/11/2021	890208	PSICOLOGÍA CONSULTA 1 VEZ	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
213267750387233	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL	POS SIN COBRO	22/11/2021	22/11/2021	890284	PSIQUIATRÍA 1A VEZ CONSULTA	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE

		ORJUELA BUENO						
213392819590224	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	5/12/2021	5/12/2021	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
213431697430213	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	9/12/2021	9/12/2021	10M00211	HOSPITALIZACION MEDICA POR	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
213486262383028	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	14/12/2021	14/12/2021	902210	HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO ERITROCITOS INDIC PLAQUE	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
213486262357186	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	14/12/2021	14/12/2021	890226	ANESTESIOLOGÍA 1A VEZ CONSULTA	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
213486262339439	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	14/12/2021	14/12/2021	573201	CISTOSCOPIA TRANSURETRAL	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
213486262383028	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	14/12/2021	14/12/2021	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
213486262383028	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	14/12/2021	14/12/2021	901236	UROCULTIVO ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
213486262383028	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	14/12/2021	14/12/2021	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
220046035388732	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	4/01/2022	4/01/2022	890226	ANESTESIOLOGÍA 1A VEZ CONSULTA	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
220246030562081	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	24/01/2022	24/01/2022	890294	UROLOGÍA 1A VEZ CONSULTA	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
220380895346909	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	7/02/2022	7/02/2022	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM

220390895563153	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	8/02/2022	8/02/2022	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
220432896106820	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	12/02/2022	12/02/2022	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
220530703678319	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	22/02/2022	22/02/2022	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
220530703678319	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	23/02/2022	23/02/2022	S23000	VERIFICACION CIRUGIA	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
220530703678319	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	23/02/2022	23/02/2022	S11000	HOSPITALIZACION NO QUIRURGICA	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
220643801373123	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	5/03/2022	5/03/2022	512104	COLECISTECTOMÍA POR LAPAROSCOPÍA	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
220643801373123	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	5/03/2022	5/03/2022	10M002	HABITACION COMPARTIDA	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
220690399437773	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	10/03/2022	10/03/2022	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
220702709536940	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	11/03/2022	11/03/2022	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
221343396493323	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	14/05/2022	14/05/2022	MEDICARS	MEDICAMENTOS REGIMEN SUBSIDIADO	AUDIFARMA
221343396493323	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	14/05/2022	14/05/2022	MM010276	OMNICOCAS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACION PROLONGADA	AUDIFARMA
221512408409609	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	31/05/2022	31/05/2022	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIST	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM

							A EN UROLOGÍA	
221512408413811	890303461	HOSPITAL UNIVERSITA RIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA ESE	POS SIN COBRO	31/05/2022	31/05/2022	877862	URETROCIST OGRAFIA MICCIONAL	HOSPITAL UNIVERSITARI O DEL VAL
221512408403714	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	31/05/2022	31/05/2022	890335	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIST A EN CIRUGÍA GENER	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
221580270554482	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	7/06/2022	7/06/2022	902210	HEMOGRAM A IV HEMOGLOBI NA HEMATOCRI TO RECUENTO ERITROCITO S INDIC PLAQUE	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
221810643373120	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	30/06/2022	30/06/2022	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
222201994365091	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	8/08/2022	8/08/2022	584700	MEATOPLAS TIA URETRAL SOD	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
222201994365091	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	8/08/2022	8/08/2022	585010	MEATOTOMI A URETRAL INTERNA	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
222243396716214	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	12/08/2022	12/08/2022	MEDICARS	MEDICAMEN TOS REGIMEN SUBSIDIADO	AUDIFARMA
222243396716214	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	12/08/2022	12/08/2022	MM010276	OMNIC OCAS COMPRIMID OS RECUBIERTO S DE LIBERACION PROLONGAD A	AUDIFARMA
222243396716214	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	12/08/2022	12/08/2022	MM010276	OMNIC OCAS COMPRIMID OS RECUBIERTO S DE LIBERACION PROLONGAD A	AUDIFARMA

222840545729736	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	11/10/2022	11/10/2022	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
222925797553279	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	19/10/2022	19/10/2022	879430	TOMOGRFIA COMPUTAD A DE VIAS URINARIAS (UROTAC)	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
222243396716215	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	10/11/2022	12/08/2022	MEDICARS	MEDICAMENTOS REGIMEN SUBSIDIADO	AUDIFARMA
222243396716215	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	10/11/2022	12/08/2022	MM010276	OMNICOCAS COMPRIMIDOS RECUBIERTOS DE LIBERACION PROLONGADA	AUDIFARMA
230880539776628	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	29/03/2023	29/03/2023	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
231395688561911	890307200	CLINICA IMBANACOSAS	POS SIN COBRO	19/05/2023	19/05/2023	890294	UROLOGÍA 1A VEZ CONSULTA	CLINICA IMBANACOSAS
231563921417012	890303395	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS	POS SIN COBRO	5/06/2023	5/06/2023	890207	OPTOMETRÍA CONSULTA 1 VEZ	INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y
232348603682033	800174851	SOCIEDAD MEDICO QUIRURGICA NUESTRA SEÑORA DE BELEN DE FUSAGASUGA SAS	POS SIN COBRO	22/08/2023	22/08/2023	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	URGENCIAS SOC.MED.NTRA.BELE
232913921425492	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	18/10/2023	18/10/2023	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
233240249421064	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	20/11/2023	20/11/2023	601T01	TRASLADO TERRESTRE BASICO PACIENTES, PRI	ESE HTAL RAUL OREJUELA BUENO
233254806527104	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	21/11/2023	21/11/2023	578101	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO VESICAL CISTORRAFIA	E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA
233254806527104	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	21/11/2023	21/11/2023	540013	DRENAJE DE COLECCIÓN INTRAPERITONEAL VÍA ABIERTA	E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA

233254806527104	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	21/11/2023	21/11/2023	541701	LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTIC O VÍA ABIERTA	E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA
233254806527104	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	21/11/2023	21/11/2023	10M002	HABITACION COMPARTIDA	E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA
233263921443070	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	22/11/2023	22/11/2023	573201	CISTOSCOPIA TRANSURETAL	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
233263921506451	890300513	CLINICA DE OCCIDENTE	POS SIN COBRO	22/11/2023	22/11/2023	573201	CISTOSCOPIA TRANSURETAL	CLINICA DE OCCIDENTE CALI
233263921444418	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	22/11/2023	22/11/2023	892400	UROFLUJOMETRIA (UFM) SOD	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
233263921443757	900699086	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S A S	POS SIN COBRO	22/11/2023	22/11/2023	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALM
233263921442055	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	22/11/2023	22/11/2023	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
233263921442644	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	22/11/2023	22/11/2023	881332	ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RINON)	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
233473921568067	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	13/12/2023	13/12/2023	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
240023044557142	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	2/01/2024	2/01/2024	965201	LAVADO E IRRIGACIÓN DE OÍDOS	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
240092864579819	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	9/01/2024	9/01/2024	MEDICARS	MEDICAMENTOS REGIMEN SUBSIDIADO	AUDIFARMA
240092864579819	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	9/01/2024	9/01/2024	MM108740	DUODART 0.5/0.4 MG CAPSULAS	AUDIFARMA
240168660589486	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	16/01/2024	16/01/2024	MM073272	PROCATEC TABLETAS RECUBIERTAS	AUDIFARMA
240168610591763	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	16/01/2024	16/01/2024	MM081244	OTOGLICAR	AUDIFARMA
240168610591763	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	16/01/2024	16/01/2024	MEDICARS	MEDICAMENTOS	AUDIFARMA

							REGIMEN SUBSIDIADO	
240168660589486	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	16/01/2024	16/01/2024	MEDICARS	MEDICAMENTOS REGIMEN SUBSIDIADO	AUDIFARMA
240092864579820	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	8/02/2024	9/01/2024	MEDICARS	MEDICAMENTOS REGIMEN SUBSIDIADO	AUDIFARMA
240092864579820	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	8/02/2024	9/01/2024	MM108740	DUODART 0.5/0.4 MG CAPSULAS	AUDIFARMA
240092864579821	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	9/03/2024	9/01/2024	MM108740	DUODART 0.5/0.4 MG CAPSULAS	AUDIFARMA
240092864579821	816001182	AUDIFARMA S.A.	POS SIN COBRO	9/03/2024	9/01/2024	MEDICARS	MEDICAMENTOS REGIMEN SUBSIDIADO	AUDIFARMA
240927404424283	890300513	CLINICA DE OCCIDENTE	POS SIN COBRO	1/04/2024	1/04/2024	890294	UROLOGÍA 1A VEZ CONSULTA	CLINICA DE OCCIDENTE CALI
241093125576773	890300513	CLINICA DE OCCIDENTE	POS SIN COBRO	18/04/2024	18/04/2024	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	CLINICA DE OCCIDENTE CALI
241093125577333	890300513	CLINICA DE OCCIDENTE	POS SIN COBRO	18/04/2024	18/04/2024	573201	CISTOSCOPIA TRANSURETRAL	CLINICA DE OCCIDENTE CALI
241133013410844	890300513	CLINICA DE OCCIDENTE	POS SIN COBRO	22/04/2024	22/04/2024	573201	CISTOSCOPIA TRANSURETRAL	CLINICA DE OCCIDENTE CALI
241133013410401	800065396	INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. - IDIME	POS SIN COBRO	22/04/2024	22/04/2024	877871	URETEROGRAMIA RETROGRADA A TRAVES DE	IDIME CALI
241133013409888	800065396	INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. - IDIME	POS SIN COBRO	22/04/2024	22/04/2024	877862	URETEROCISTOGRAMIA MICCIONAL	IDIME CALI
241133013411344	890300513	CLINICA DE OCCIDENTE	POS SIN COBRO	22/04/2024	22/04/2024	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	CLINICA DE OCCIDENTE CALI
241153079523428	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	24/04/2024	24/04/2024	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
241153079523428	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	24/04/2024	24/04/2024	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE

241153079523428	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	24/04/2024	24/04/2024	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOM ATIZADO O AUTOMATIZ ADO	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
241298652381331	900596447	I.P.S ENSALUD COLOMBIA S.A.S	POS SIN COBRO	8/05/2024	8/05/2024	MM077160	VITAMINA C TABLETAS MASTICABLE S	IPS ENSALUD COLOMBIA SAS
241298652381331	900596447	I.P.S ENSALUD COLOMBIA S.A.S	POS SIN COBRO	8/05/2024	8/05/2024	MM058744	DIMENOL TABLETAS	IPS ENSALUD COLOMBIA SAS
241298652381331	900596447	I.P.S ENSALUD COLOMBIA S.A.S	POS SIN COBRO	8/05/2024	8/05/2024	MM073280	PIRIDOXINA TABLETAS X 50 MG	IPS ENSALUD COLOMBIA SAS
241298652381331	900596447	I.P.S ENSALUD COLOMBIA S.A.S	POS SIN COBRO	8/05/2024	8/05/2024	MM042748	TIAMINA ECAR 300 MG TABLETAS	IPS ENSALUD COLOMBIA SAS
241298652381331	900596447	I.P.S ENSALUD COLOMBIA S.A.S	POS SIN COBRO	8/05/2024	8/05/2024	MEDICARS	MEDICAMEN TOS REGIMEN SUBSIDIADO	IPS ENSALUD COLOMBIA SAS
241570548067950	901158187	CLINICA NUEVA DE CALI SAS	POS SIN COBRO	5/06/2024	5/06/2024	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	CLINICA NUEVA DE CALI SAS
241598672418464	900596447	I.P.S ENSALUD COLOMBIA S.A.S	POS SIN COBRO	7/06/2024	7/06/2024	MEDICARS	MEDICAMEN TOS REGIMEN SUBSIDIADO	IPS ENSALUD COLOMBIA SAS
241598672418464	900596447	I.P.S ENSALUD COLOMBIA S.A.S	POS SIN COBRO	7/06/2024	7/06/2024	MM080415	N- BUTILBROM URO DE HIOSCINA10 MG TABLETAS	IPS ENSALUD COLOMBIA SAS
241598672418464	900596447	I.P.S ENSALUD COLOMBIA S.A.S	POS SIN COBRO	7/06/2024	7/06/2024	MM014814	DOXICICLINA 100 MG TABLETAS	IPS ENSALUD COLOMBIA SAS
241843099520308	815000316	E.S.E. HOSPITAL RAUL ORJUELA BUENO	POS SIN COBRO	2/07/2024	2/07/2024	871121	RADIOGRAFÍ A DE TORAX (P.A. O A.P.Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS	ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUE
241870251259492	890300513	CLINICA DE OCCIDENTE	POS SIN COBRO	5/07/2024	5/07/2024	584602	URETROPLA STIA CON OTROS TEJIDOS CON INJERTO LIBRE DE MUCOSA VESICAL	CLINICA DE OCCIDENTE CALI
241948588526239	900596447	I.P.S ENSALUD COLOMBIA S.A.S	POS SIN COBRO	12/07/2024	12/07/2024	MEDICARS	MEDICAMEN TOS REGIMEN SUBSIDIADO	IPS ENSALUD COLOMBIA SAS

241948588526239	900596447	I.P.S ENSALUD COLOMBIA S.A.S	POS SIN COBRO	12/07/2024	12/07/2024	MM109807	TAMSULOSI NA CLORHIDRAT O 0.4 MG CAPSULAS DE LIBERACION MODIF	IPS ENSALUD COLOMBIA SAS

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

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

La presente certificación se expide con destino. ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA – JUZGADO 18 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE CALI, Radicado: 76001333301820230030600, Demandantes: GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL Y OTROS, Demandados: COMPENSAR EPS, a los (25) días del mes de Julio del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,



YESID FERNANDO PATIÑO NARANJO
Coordinador De Centro de Competencias Analíticas
Elaboró: Yesica Fernanda Martínez Walteros,
Profesional II Gestión de Información para la Toma de Decisiones.

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE
COMPENSAR Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL RAUL
OREJUELA BUENO DE PALMIRA.**

CONTRATO No.:	CSS017-2021.
CONTRATISTA:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO DE PALMIRA
CONTRATANTE:	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR.
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, BAJO LA MODALIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN, SEGÚN LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD HABILITADOS POR EL PRESTADOR Y SEDES HABILITADAS SEGÚN LA IPS Y PREVIAMENTE AVALADAS POR LA EPS, CONTENIDOS EN EL ANEXO N° 1 (ACUERDO DE SERVICIOS DE SALUD Y TARIFAS).
VALOR TOTAL:	INDETERMINADO.
PLAZO:	UN (1) AÑO.
INTERVENTORES:	GERENTE DE SERVICIOS DE SALUD Interventor Técnico. PROFESIONAL DE NEGOCIACIÓN. Interventor Administrativo.

Entre los suscritos, por una parte: **SANDRA MILENA CORREA TRUJILLO**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.158.699 de Bogotá D.C., apoderada mediante escritura pública No. 4.705 del 03 de julio de 2019 otorgada ante la Notaría 38 del Círculo de Bogotá D.C., domiciliada en Bogotá D.C., quien actúa en tal calidad a nombre de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**, corporación sin ánimo de lucro, con Personería Jurídica reconocida por Resolución No. 2409 de 1978 expedida por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, domiciliada en Bogotá D. C., quien en adelante se denominará **COMPENSAR** y por la otra, **EMILCE AREVALO GARCIA**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.152.980 de Bogotá, D.C., quien fue nombrada el 24 de abril de 2020 mediante el Decreto No. 701 expedido por la Alcaldía Municipal de Palmira, Valle del Cauca, en calidad de Gerente de la **E.S.E HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO DE PALMIRA**, Empresa Social del Estado legalmente constituida mediante el Acuerdo Municipal No. 037, expedido por el Concejo Municipal de Palmira, Valle del Cauca, identificada tributariamente con el NIT No. 815.000.316-9, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**; quien conjuntamente con **COMPENSAR** se denominarán **"LAS PARTES"** y cada una como **"LA PARTE"**, hemos acordado celebrar el presente contrato de prestación de servicios de salud, el cual se registrará por las normas legales vigentes que rijan la materia y por las siguientes:



CLÁUSULAS

CLÁUSULA 1ª.-OBJETO: La prestación de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios, bajo la modalidad de pago por capitación, según los niveles de complejidad habilitados por EL CONTRATISTA, contenidos en el Anexo No. 1 (Acuerdo de Servicios de Salud y Tarifas), el cual forma parte integral del presente contrato. Para efectos del presente contrato sus instalaciones se encuentran ubicadas en la Carrera 29 No. 39 - 51 del municipio de Palmira (Valle del Cauca), así como en sus demás sedes habilitadas siempre que éstas sean previamente avaladas por COMPENSAR.

PARÁGRAFO PRIMERO. Los destinatarios de los servicios de salud contratados serán los usuarios a quienes COMPENSAR autorice la prestación del servicio y que se encuentren incluidos en el listado mensual que sea remitido al CONTRATISTA.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El CONTRATISTA atenderá la totalidad de las necesidades de la población cubierta por la cápita en lo referente los servicios objeto del presente contrato.

PARÁGRAFO TERCERO. Las partes acuerdan que la inclusión de nuevas sedes del CONTRATISTA se realizará a través del Anexo No. 1 (Acuerdo de Servicios de Salud y Tarifas).

CLÁUSULA 2ª.- DURACIÓN Y PRÓRROGA: La duración del presente contrato es de un (1) año contado a partir de su firma, término este que se prorrogará automáticamente por periodos iguales al del contrato inicial, si ninguna de las partes manifiesta por escrito su deseo de terminarlo con una antelación de treinta (30) días calendario al vencimiento del mismo, previo concepto favorable emitido por el Interventor Técnico en ejercicio de la interventoría de que trata la cláusula 17ª del presente contrato.

CLÁUSULA 3ª.- VALOR Y TARIFAS: Para todos los efectos legales y fiscales el valor del presente contrato es indeterminado, sin embargo éste dependerá de los servicios y tarifas acordadas en el Anexo No. 1 Acuerdo de Servicios de Salud y Tarifas. El valor real será el total de los pagos efectuados por COMPENSAR durante cada vigencia por concepto de la prestación de los servicios objeto del presente contrato.

PARÁGRAFO. La tarifa para el pago por capitación a aplicar en el presente contrato será la convenida entre las partes y consignada en el anexo N° 1 Acuerdo de Servicios de Salud y Tarifas, debidamente suscrito por las partes.

COMPENSAR establecerá un sistema de bonificación – sanción, que buscará estimular en el prestador el cumplimiento de metas establecidas, con el objetivo de impactar las condiciones de salud de la población atendida. EL CONTRATISTA asume y acepta la aplicación de dicho sistema, el cual se encontrará detallado en el Anexo respectivo, bajo la denominación de INDICADORES.

CLÁUSULA 4ª.- RADICACIÓN DE FACTURAS O CUENTAS DE COBRO, REVISIÓN, OBJECIONES, ACLARACIONES Y FORMA DE PAGO:

1. Radicación de facturas o cuentas de cobro: Durante los primeros veinticinco (25) días del mes, incluido el mes de diciembre, EL CONTRATISTA radicará en la Oficina de Radicación de Cuentas de COMPENSAR, ubicadas en la Calle 93B No. 19 – 35 Edificio Basal de Bogotá D.C. o a través del portal transaccional definido, las facturas o cuentas de cobro de los servicios prestados en el mes inmediatamente anterior. Se entiende como fecha de radicación de la factura o cuenta de cobro aquella fecha en que la factura o cuenta de cobro es presentada por EL CONTRATISTA y recibida por COMPENSAR, y para todos los efectos ésta deberá ser la fecha que se tenga en cuenta para los respectivos registros contables que permitan clasificar la edad de la cuenta, y así efectuar los pagos en los plazos

establecidos. La recepción de la factura o cuenta de cobro por parte de COMPENSAR no implica ni presume su aceptación.

2. Pago de anticipos: COMPENSAR pagará a título de anticipo el 100% del valor de la factura o cuenta de cobro presentada por EL CONTRATISTA dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de su radicación, siempre que la factura o cuenta de cobro cumpla con los requisitos establecidos por el Estatuto Tributario y demás normas que lo complementen o adicionen.

3. Revisión de las facturas o de las cuentas de cobro: COMPENSAR tendrá un plazo de treinta (30) días, contados a partir del día siguiente a la fecha de radicación, para revisar integralmente la factura o cuenta de cobro y realizar las objeciones que resulten procedentes.

4. Aclaración o aceptación de objeciones: Dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de recibo de la comunicación de las objeciones, EL CONTRATISTA tendrá la obligación de aceptarlas o aclararlas con las debidas justificaciones. La aceptación o aclaración debe ser radicada en la Oficina de Radicación de Cuentas de COMPENSAR, ubicada en la Calle 93B No. 19 – 35 Edificio Basal de Bogotá D.C. o a través del portal transaccional definido.

5. Factura o cuenta de cobro no objetada: En caso de no objeción, COMPENSAR aplicará el pago al mes correspondiente, conforme al valor pagado al CONTRATISTA a título de anticipo.

6. Factura o cuenta de cobro objetada parcialmente: En caso de objeción parcial de la factura o cuenta de cobro, COMPENSAR aplicará el pago al mes correspondiente de la parte no objetada del valor entregado al CONTRATISTA a título de anticipo.

7. Descuento por valores objetados no aclarados o aceptados. Los valores objetados por COMPENSAR y no aclarados o aceptados por el CONTRATISTA en el término aquí establecido, serán descontados del valor a pagar a título de anticipo del siguiente periodo facturado por el CONTRATISTA. COMPENSAR informará al CONTRATISTA si acepta o no las explicaciones dadas a las objeciones, los valores que acepta y las glosas u objeciones definitivas.

CLÁUSULA 5ª.- LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO Y PAZ Y SALVO: Las partes acuerdan que, independientemente de la fecha de terminación, éste será objeto de liquidaciones parciales de acuerdo con la periodicidad definida por COMPENSAR para este tipo de prestador, con el objeto de liquidar de forma definitiva las facturas causadas en dicho periodo, y a generar el paz y salvo y/o certificación correspondiente, según fecha de prestación de servicios. En todo caso, una vez finalizado el contrato se deberá proceder con su liquidación dentro de los cuatro (4) meses siguientes, conforme a lo establecido en la normatividad vigente aplicable. Dicho término se contará a partir de la radicación del 100 % de facturas y aclaración de glosas por parte del CONTRATISTA. No obstante, si el CONTRATISTA no presenta la totalidad de las facturas dentro del tercer trimestre posterior a la terminación del contrato, dicha liquidación se realizará mediante acta de liquidación enviada por COMPENSAR y se entenderá que el CONTRATISTA no tiene servicios pendientes de facturar ni facturas pendientes por radicar y desde ya renuncia a cualquier reclamación posterior directamente ante COMPENSAR y/o ante las autoridades judiciales o administrativas.

PARÁGRAFO. En la liquidación, las partes tendrán en cuenta los descuentos por radicación extemporánea, ajustes, revisiones, declaraciones de paz y salvo, saldos a favor y demás reconocimientos a que haya lugar, derivados de la ejecución del objeto del contrato en el periodo liquidado, en los términos y condiciones establecidos en el contrato de prestación de servicios suscrito por las partes *CL*



CLÁUSULA 6ª.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: En la ejecución del presente contrato EL CONTRATISTA se obliga a:

1. Prestar durante la vigencia del presente contrato los servicios objeto del mismo, bajo los criterios de calidad y condiciones acorde con las prácticas profesionales de general aceptación, conservando los principios de la ética profesional, teniendo en consideración la dignidad humana, de conformidad con las normas que regulan la materia y demás recomendaciones informadas por COMPENSAR para la atención de los usuarios.
2. Incentivar las actividades de promoción y prevención establecidas en la Resolución 3280 de 2018 así como aquellas normas posteriores que la adicionen, complementen o la sustituyan. Lo anterior con el fin de garantizar servicios integrales que potencialicen la salud de los usuarios.
3. Utilizar la clasificación y terminología de los procedimientos, de conformidad con el manual de procedimientos médico quirúrgicos establecidos en la normatividad legal vigente.
4. Suministrar a COMPENSAR dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la solicitud, la información relacionada con la expedición de la incapacidad médica, con el fin de corroborar la veracidad de la misma.
5. Reportar a la EPS COMPENSAR dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes, las incapacidades expedidas durante el mes anterior, a través de una base de datos que contenga los datos básicos del afiliado y la información de la incapacidad, documento de identificación y nombre completo del médico expide la incapacidad que debe ser remitida al correo electrónico medicinalaboral@compensarsalud.com.
6. Suministrar a COMPENSAR dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes a la solicitud, la información de prestación de servicios y/o suministro de medicamentos, según sea el caso, necesaria para el cálculo de la suficiencia de la UPC, control del gasto, cuenta de alto costo, y toda aquella requerida por la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, Resolución 4505 de 2012 y Resolución 256 de 2016 ambas emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas que las adicionen, modifiquen o sustituyan. De lo anterior se exceptúa las solicitudes de autoridades judiciales y administrativas, las cuales serán de respuesta inmediata. En cualquier caso, la información solicitada debe ser allegada por EL CONTRATISTA en las condiciones de oportunidad, calidad y periodicidad requeridas por las citadas autoridades, así como por COMPENSAR.
7. Informar a COMPENSAR cuando se detecten anomalías por parte de los usuarios tales como suplantaciones, mala utilización de los servicios, y demás que considere necesarios.
8. Atender debidamente todas aquellas solicitudes en las que sea requerida la participación de los profesionales adscritos al CONTRATISTA para el análisis de casos solicitados por los entes de inspección, vigilancia y control y demás autoridades tales como COVES, comités ad hoc, juntas interdisciplinarias, etc., emitiendo su respectivo concepto.
9. Cumplir con las guías de atención, convenidas por las partes y/o por los entes competentes.
10. Garantizar un manejo racional de los recursos y servicios, aplicando la pertinencia en el ordenamiento de exámenes de diagnóstico y remisión a otras especialidades, de acuerdo a racionalidad científica y guías de atención, así como a la utilización de insumos y medicamentos, todo lo anterior sin detrimento de la calidad técnico científica de la atención.

11. Realizar resumen de la Historia Clínica relacionado con el procedimiento y entregar los reportes diagnósticos, según la normatividad vigente.
12. Enviar, en los casos de referencia o contrarreferencia, el resumen de la historia clínica en donde se consignará la atención otorgada al usuario, anotando claramente los antecedentes, el diagnóstico, la terapéutica instaurada y las recomendaciones a seguir para su control, de tal manera que se tenga en todo momento la información completa y actualizada.
13. Reportar los accidentes de trabajo o diagnósticos de enfermedad laboral dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a su ocurrencia, a la EPS COMPENSAR y a la entidad administradora de riesgos laborales a la cual el usuario se encuentre afiliado, reporte que se realizará en cumplimiento a las normas vigentes del Sistema General de Riesgos Laborales.
14. Cumplir con las obligaciones laborales y fiscales frente al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensiones, Riesgos Laborales y Sistema de Subsidio Familiar) y demás que le asistan como empleador.
15. Acreditar con la factura o cuenta de cobro mensual el pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral (Salud, Pensiones y Riesgos Laborales) de todo el personal que emplea para el desarrollo de este contrato, conforme se establezca por la partes.
16. Cumplir y adoptar la normatividad en seguridad industrial, salud en el trabajo, medio ambiente y demás normas reglamentarias.
17. Dar cumplimiento a lo descrito en el programa de seguridad, salud en el trabajo, gestión ambiental y the code emitido por Compensar que se encuentra en el link de la página web de Compensar http://www.compensar.com/compras/soy_proveedor.aspx.
18. Cumplir con los requisitos del Sistema Único de Habilitación, de conformidad con las normas que rijan la materia durante la vigencia del presente contrato e informar inmediatamente a COMPENSAR sobre cualquier evento que afecte los requisitos de habilitación.
19. Prescribir los medicamentos de acuerdo con las coberturas en el Plan de Beneficios, con su nombre genérico y con las indicaciones en cuanto a número y frecuencia de aplicación teniendo en cuenta las contraindicaciones, interacciones y efectos secundarios y que cuente con su registro sanitario expedido por el INVIMA o quien haga sus veces.
20. Garantizar que los insumos y medicamentos con los que se preste el servicio contratado cumplan con los estándares establecidos por el INVIMA y demás autoridades competentes, según sea el caso.
21. Cumplir con la normatividad vigente en materia de regulación y tope de precios de medicamentos y dispositivos médicos.
22. Permitir las visitas, solicitud de información y gestiones de auditoría de los servicios de salud, tales como análisis de los indicadores de gestión, solicitud de controles, solicitud de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, incapacidades, solicitud de procedimientos, seguimiento a las opiniones y sugerencias y demás procedimientos adelantados por COMPENSAR, sin que éstas desvirtúen su independencia técnica, científica y administrativa.
23. Cumplir con las recomendaciones y requerimientos formulados con ocasión de la ejecución del contrato por los interventores y/o auditoría de servicios de salud designada para tal fin.



24. Cumplir con las normas de procedimientos y condiciones de bioseguridad y manejo y clasificación de desechos establecidas en la normatividad vigente.
25. Implementar todos los mecanismos necesarios para que la prestación del servicio contratado, sea en términos de economía, celeridad y simplicidad en los trámites requeridos. Para lo anterior, EL CONTRATISTA deberá fortalecer sus canales y sistemas virtuales y de conectividad para que a través de estos se pueda verificar los derechos de los usuarios; autorizar los servicios que se requieren prestar conforme a la información clínica reportada en tales sistemas, eliminando la exigencia de orden expresa al usuario; y asignar citas médicas en los términos consagrados en el Decreto Ley 019 de 2012 y demás normas que lo aclaren, modifiquen o reglamenten. Para este último punto es necesario que las partes del presente contrato cuenten con agendas sistematizadas que permitan una verificación previa de la disponibilidad de EL CONTRATISTA para la asignación de la cita, por parte de COMPENSAR.
26. Prestar los servicios de salud del Plan de Beneficios en Salud y formular los medicamentos e insumos de conformidad con la normatividad vigente. En caso de ser estrictamente necesario la formulación de medicamentos, insumos o la prestación de servicios no contemplados en el Plan de Beneficios en Salud para el régimen contributivo el CONTRATISTA deberá garantizar que el médico tratante diligencie el respectivo MIPRES, los documentos soportes (Historia Clínica, justificación de solicitud de medicamentos y/o procedimientos no incluidos en el PBS, orden y/o fórmula médica).
27. Disponer de los indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud e implementar sus propios programas de Auditoría de conformidad con el Decreto 1011 de 2006 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o complementen.
28. Consultar la inducción de proveedores de COMPENSAR, que se encuentra en el link de la página web de Compensar – modulo transacciones en línea, con el fin de mantenerse actualizado sobre los procesos y procedimientos que se derivan de la ejecución del presente contrato.
29. Cumplir con los parámetros definidos en el modelo de atención en salud de COMPENSAR para la atención de la población en todos los servicios de salud, el cual se encuentra en el link de la página web de Compensar <https://www.compensar.com/compras/documents/modelodeatencionensalud.pdf>
30. Notificar a COMPENSAR cualquier novedad relacionada con el traslado, cambio o apertura de sedes para la prestación de los servicios objeto del presente contrato, con una antelación mínima de treinta (30) días. COMPENSAR podrá a su arbitrio, aceptar o no dicha novedad.
31. Atender debidamente las reclamaciones, quejas o solicitudes que le presenten directamente los usuarios, relacionadas con la prestación del servicio contratado, emitiendo la respuesta de forma escrita e informando a COMPENSAR dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a su recibo.
32. Dar respuesta completa y de fondo respecto a los casos remitidos por entes de control y medios de comunicación dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la notificación por parte de COMPENSAR.
33. Las demás establecidas en la ley y previstas en este contrato.

PARAGRÁFO: Excepcionalmente EL CONTRATISTA podrá utilizar la figuras de asociación o alianzas estratégicas definidas en las circulares 066 y 067 de 2010 expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud, así como la figura de interdependencia, para los servicios que apliquen, conforme a lo señalado en la Resolución 3100 de 2019, siempre y cuando se cumplan con los requisitos exigidos en las normas citadas, y demás normas que las adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. Por lo anterior, EL CONTRATISTA se obliga a comunicar la constitución, terminación y/o cualquier situación de las figuras aquí relacionadas por escrito a COMPENSAR, adjuntando la documentación soporte establecida por Ley.

CLÁUSULA 7ª.- OBLIGACIONES DE COMPENSAR: COMPENSAR se obliga a:

1. Dar trámite a las facturas o cuentas de cobro presentadas por EL CONTRATISTA conforme a lo estipulado en la cláusula cuarta del presente contrato, siempre que las mismas se presenten de manera completa acorde con las condiciones legales y contractuales del caso.
2. Expedir las autorizaciones de servicios indicando el monto cubierto por COMPENSAR y el monto a asumir por el usuario, cuando a ello hubiere lugar.
3. Informar al CONTRATISTA los cambios que afecten el modelo de prestación de los servicios de salud.
4. Entregar dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes al CONTRATISTA, la información con los datos de los usuarios que accederán a los servicios de salud objeto del presente contrato.
5. Colocar a disposición de EL CONTRATISTA, a través del link que se encuentra en la página web de Compensar <https://www.compensar.com/compras/proveedor-eps.aspx> (módulo de proveedores EPS – sección de códigos y documentos), el manual de referencia y contrarreferencia, modelo de atención en salud, e información general de la población con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico y demás documentos que permitan la adecuada ejecución del presente contrato
6. Las demás establecidas en la Ley.

CLÁUSULA 8ª.- CONDICIONES PARA LA ATENCIÓN: EL CONTRATISTA prestará los servicios objeto del presente contrato a los usuarios de COMPENSAR que presenten documento de identificación y la autorización expresa y vigente de COMPENSAR, la cual podrá ser efectuada en medio físico o virtual, según la herramienta dispuesta por COMPENSAR para tal efecto.

CLÁUSULA 9ª.- COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS: EL CONTRATISTA recaudará para la EPS en los casos a que haya lugar, las cuotas moderadoras y/o copagos de los usuarios de acuerdo con las condiciones establecidas por la EPS. Las partes acuerdan que EL CONTRATISTA descontará del valor a pagar por la EPS, el valor recaudado por concepto de copagos y/o cuotas moderadoras, conforme a lo estipulado en el Artículo 2.5.3.4.15 del Decreto 780 de 2016.

En el evento y ante imposibilidad de pago por parte del usuario, el CONTRATISTA será responsable de reportar a la EPS sobre esta novedad mediante formato de notificación que maneje el CONTRATISTA, el cual debe adjuntarse en cada facturación; el formato de notificación DEBE IR FIRMADO POR EL USUARIO o su representante, como constancia y en señal del conocimiento previamente informado sobre la aplicación de las cuotas moderadoras y/o copagos a que está sujeto por los servicios prestados en la respectiva entidad.

CLÁUSULA 10ª.- NATURALEZA DEL CONTRATO Y EXCLUSIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL: El presente contrato es de naturaleza civil y se regirá por las normas del derecho privado. Las partes dejan expresa constancia que el presente contrato no constituye relación laboral entre ellas ni entre COMPENSAR y los trabajadores dependientes o subcontratistas que ocupe EL CONTRATISTA para ejecutar el objeto del presente contrato.

CLÁUSULA 11ª.- ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD LABORAL: EL CONTRATISTA se compromete a dejar constancia en la historia clínica de los casos que considere sospechosos de accidente o enfermedad laboral y remitirlos a la EPS para iniciar el trámite de calificación de origen de los eventos en salud. Así mismo, deberá dejar constancia en la historia clínica de los casos que se deriven de accidentes de trabajo o enfermedad ya calificados de origen laboral, mencionando los antecedentes relacionados con el diagnóstico y el tratamiento. En todo caso, cuando EL CONTRATISTA atienda a un afiliado que está siendo valorado de forma simultánea por el Sistema General de Riesgos Laborales y COMPENSAR EPS por un accidente o enfermedad de origen laboral, deberá informar dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la atención del afiliado, a la EPS COMPENSAR, a través del correo electrónico medicinalaboral@compensarsalud.com y mediante comunicación escrita dirigida al interventor designado en el presente contrato. De igual forma, EL CONTRATISTA se compromete a prestar los servicios de salud a los afiliados de COMPENSAR EPS y afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales en las condiciones establecidas en las normas vigentes.

CLÁUSULA 12ª.- AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL: Para los efectos del presente contrato EL CONTRATISTA desarrollará con plena autonomía científica, técnica y administrativa la relación con el usuario, teniendo en cuenta los parámetros de eficiencia y calidad correspondientes al nivel de complejidad; por tanto, cualquier responsabilidad derivada de dicha relación será exclusivamente a cargo del CONTRATISTA que presta los servicios. COMPENSAR no se hace responsable por los perjuicios que puedan derivarse de la atención prestada por EL CONTRATISTA, con respecto a los resultados adversos, inmediatos o tardíos producidos por efecto de la atención profesional o tratamiento prescrito. En ningún caso podrá invocarse judicial ni extrajudicialmente la existencia de solidaridad con COMPENSAR pues el CONTRATISTA renuncia expresamente a invocar cualquier norma legal que la establezca o la permita, actualmente vigente o en el futuro. En el evento en que COMPENSAR sea requerido judicial o extrajudicialmente por el usuario atendido o sus representantes legales o familiares responsables o allegados con el fin de exigir indemnización por los perjuicios causados en razón o con ocasión del servicio prestado por EL CONTRATISTA, éste se constituye desde ya en garante para el pago de la misma. Para los efectos EL CONTRATISTA concurrirá al proceso correspondiente en calidad de llamado en garantía; En últimas, EL CONTRATISTA se compromete a responder ante COMPENSAR por el total de los perjuicios que la entidad sea obligada a pagar judicial o extrajudicialmente, para lo cual COMPENSAR repetirá o compensará posteriormente, las sumas de dinero que haya cancelado directamente por daños imputables al CONTRATISTA, incluidos los pagos y costos ocasionados.

CLÁUSULA 13ª: REPORTE DE DISPENSACIÓN DE TECNOLOGÍAS FUERA DEL PLAN DE BENEFICIOS. En cumplimiento con lo establecido en el parágrafo 5 artículo 30 de la Resolución 1885 de 2018, EL CONTRATISTA se obliga a consultar la información cargada por Compensar en la plataforma dispuesta por el Ministerio de Salud y a enviar en forma continua oportuna y sistemática a esta misma plataforma los reportes de suministros entregados a los pacientes de Compensar, tanto para el ámbito ambulatorio como hospitalario. Para los casos que continúen sobre la Resolución 3951 de 2016 se debe continuar efectuando el proceso hasta cerrar el 100% de los casos dispensados. Dicho reportes deberá efectuarse a más tardar dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la entrega o suministro y deberá cumplir tanto con la estructura definida por COMPENSAR como con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, así

como la consistencia entre esta información y la presentada ante el Asegurador para su reconocimiento y pago. El no envío del reporte en los términos y condiciones señaladas en la presente cláusula, constituirá causal de incumplimiento del contrato, con las consecuencias pecuniarias que ello implica, procediendo COMPENSAR a efectuar la notificación respectiva ante el Ministerio de Salud y Protección Social y demás órganos de vigilancia y control, para lo de su competencia.

CLÁUSULA 14ª.- GARANTÍAS: El CONTRATISTA garantizará el cumplimiento de las obligaciones que asume al suscribir el presente contrato mediante la constitución a su costa, de las siguientes garantías a favor o en beneficio de COMPENSAR en una compañía de seguros legalmente establecida en Colombia, cuya póliza matriz esté aprobada por la Superintendencia Financiera, la cual deberá cubrir los siguientes amparos:

- **De responsabilidad civil profesional** la cual corresponde a aquella que EL CONTRATISTA tenga constituida en razón de su profesión a la fecha de firma del contrato y de cada una de sus prórrogas. EL CONTRATISTA garantizará que dicha póliza se encuentre vigente durante la ejecución del presente contrato.
- **De responsabilidad civil extracontractual** que incluya como mínimo el amparo básico de Predios, Labores y Operaciones, la cual corresponde a aquella que EL CONTRATISTA tenga constituida en razón de su objeto a la fecha de firma del contrato y de cada una de sus prórrogas. EL CONTRATISTA garantizará que dicha póliza se encuentre vigente durante la ejecución del presente contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO. Estas garantías deben ser entregadas por el CONTRATISTA dentro de los cinco (5) días calendario siguiente a la firma del contrato, para ser revisadas y aprobadas por parte de COMPENSAR. Si EL CONTRATISTA no entrega las pólizas en el plazo estipulado junto con el recibo de pago de la prima, se entenderá que desiste de iniciar la ejecución del contrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO. EL CONTRATISTA reconstituirá las garantías cuando el valor de las mismas se vea afectado por razón de siniestros. No obstante, en caso presentarse siniestro por un valor superior al cubierto, EL CONTRATISTA responderá en su totalidad por el valor de la reclamación.

PARÁGRAFO TERCERO. Si la compañía de seguros establece en la póliza algún porcentaje como deducible y lo hace efectivo en caso de siniestro, el mismo será asumido por el CONTRATISTA.

CLÁUSULA 15ª.- REALIZACIÓN DE JUNTAS MIPRES Y ENVÍO DE SOPORTES DEL ACTA PARA EL RECOBRO: De acuerdo a lo establecido en el Artículo 24 de la Resolución 1885 de 2018, EL CONTRATISTA como Institución Prestadora de Servicios de Salud deberá garantizar la decisión de la Junta, en los siguientes términos de oportunidad:

1. Si la prescripción se genera como ambulatoria priorizada, urgencias o en internación institucional o domiciliaria. Deberá pronunciarse en un término no mayor a setenta y dos (72) horas siguientes a la solicitud del profesional de la salud.
2. Si la prescripción se genera como ambulatoria no priorizada, deberá pronunciarse dentro de los cinco (5) días calendario siguiente a la solicitud del profesional de salud.

Así mismo EL CONTRATISTA debe garantizar los contenidos mínimos del acta de la junta de acuerdo a lo establecido en el Artículo 25 de la Resolución 1885 de 2018. Las decisiones de las Juntas de Profesionales de la Salud se registrarán en un acta por usuario, el cual debe corresponder al beneficiario del servicio, y deberá contener como mínimo:

1. Fecha de elaboración.



2. Número de acta - El consecutivo de las mismas lo determina la IPS que realiza la Junta.
3. Nombre, tipo y número de Identificación del usuario.
4. Diagnostico principal y relacionado con la Codificación Internacional de Enfermedades- CIE 10.
5. Nombre o descripción del servicio complementario, soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario, prescrita por el profesional de la salud.
6. Si se trata de un servicio complementario o soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, o medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario, indicar si es una prestación única o sucesiva.
7. La justificación médica, técnica y de pertinencia emitida por la Junta acerca del uso del servicio prescrito.
8. La decisión de la Junta, es decir: i) aprobación o ii) negación.
9. Nombre, firma autógrafa y profesión de todos los integrantes de la Junta.
10. Cuando la Junta de Profesionales sesione mediante mecanismos virtuales, electrónicos, informáticos, telefónicos, audiovisuales o cualquier otro medio que permita el intercambio de información entre los miembros, aportará el Acta con la firma del Representante Legal de la IPS y su Secretario Técnico.

Finalmente y de acuerdo a la Exigencia del ADRES para la realización de los recobros por la EPS, EL CONTRATISTA debe garantizar el envío oportuno (máximo a los 3 días hábiles posteriores a la realización) de todos los soportes de las JUNTAS MIPRES realizadas en la IPS con ocasión de la prestación de servicios no plan de beneficios a nuestros usuarios. La plataforma MIPRES permite descargar la proforma de acta de Junta de Profesionales de la Salud NO PBS-UPC a la cual solo se le debe agregar la profesión y firma de los participantes. Este modelo de acta es válido, por lo cual consideramos oportuno aplicar su implementación con el fin de disminuir la tarea operativa de diligenciamiento de formatos externos por parte de la IPS, unificar la información solicitada y posibilitar de manera más eficiente la gestión de revisión de los mismos. El canal dispuesto para la notificación de estos soportes es el buzón: juntascompensar@compensarsalud.com. EL CONTRATISTA se compromete a cumplir lo establecido en la Resolución 1885 de 2018 y demás normas que la adicionen o modifiquen.

CLÁUSULA 16ª.- EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD LABORAL: EL CONTRATISTA se compromete a expedir los certificados de incapacidad laboral que requieran los usuarios que tengan la calidad de afiliados cotizantes para cuyos efectos, deberá observar los procedimientos y requisitos establecidos por COMPENSAR y la normatividad legal vigente. En todo caso, EL CONTRATISTA deberá informarse e indagar acerca del origen de la enfermedad para efectos de clasificar la incapacidad de acuerdo con la causa que la originó. En la expedición del certificado de incapacidad laboral, deberá indicarse claramente si la misma se deriva de enfermedad general, enfermedad laboral, accidente de trabajo, accidente de tránsito, o eventos catastróficos dentro de un marco de racionalidad científica y pertinencia.

PARÁGRAFO PRIMERO. En caso de que COMPENSAR requiera al CONTRATISTA para que confirme la información relativa a incapacidades expedidas en virtud de la atención, este último deberá certificar mediante documento escrito que la información de la incapacidad entregada por el usuario a COMPENSAR y a su empleador, coincide o no, según sea al caso, con la información de la respectiva historia clínica, la cual debe estar debidamente diligenciada por el médico tratante.

PARÁGRAFO SEGUNDO. EL CONTRATISTA se hará responsable por cualquier perjuicio que cause al trabajador, empleador o a COMPENSAR por la información incorrecta que contenga la certificación y que genere desafiliaciones, despidos, sanciones, indemnizaciones, etc., a cualquiera de los mencionados anteriormente, así como por los perjuicios que cause con la entrega inoportuna de la información. ol

CLÁUSULA 17ª.- INTERVENTORÍA DEL CONTRATO. La interventoría y control de la ejecución del presente contrato estará a cargo del GERENTE DE SERVICIOS DE SALUD a través de su delegado el MEDICO AUDITOR o quien haga sus veces, como Interventor Técnico y, del PROFESIONAL DE NEGOCIACIÓN, o quien haga sus veces, como Interventor Administrativo, quienes cumplirán las labores propias del encargo y dentro de estas la de certificar el cumplimiento a satisfacción los servicios dentro de las condiciones exigidas para efectos de los pagos al CONTRATISTA y en el caso del Interventor Técnico, para la prórroga del contrato. EL CONTRATISTA se compromete a cumplir con las recomendaciones y requerimientos formulados con ocasión de la ejecución del contrato por los interventores.

CLÁUSULA 18ª.- CONFIDENCIALIDAD: Las partes se abstendrán de divulgar cualquier información de carácter confidencial que conozcan o intercambien con ocasión del presente contrato. Así mismo, se obligan a utilizar la información suministrada exclusivamente para los fines propios del presente contrato, abstenerse de su divulgación sin autorización de la otra parte, responder por todos los perjuicios directos e indirectos que se llegaren a ocasionar a cualquiera de las partes, derivados del incumplimiento de las obligaciones legales o contractuales, siempre y cuando éstos hayan sido demostrados judicialmente y a respetar la propiedad industrial, intelectual y cualquier otro tipo de derechos que COMPENSAR tiene sobre la información privada que es accedida.

CLÁUSULA 19ª.- CONTROL Y USO DE MARCA, LEMA Y OTROS: COMPENSAR se reserva el derecho al control y uso de su marca, lema, y nombre comercial, así como de sus productos, servicios e imagen institucional; en consecuencia, éstos no podrán ser utilizados por EL CONTRATISTA, salvo que medie autorización previa, expresa y escrita de COMPENSAR. El incumplimiento de esta obligación acarreará para EL CONTRATISTA el pago de la penalidad establecida en la cláusula 23ª, sin perjuicio de la obligación a su cargo de cesar en forma inmediata el uso indebido o no autorizado y la respectiva reparación de los eventuales perjuicios que con ocasión del mismo se causen a COMPENSAR.

CLÁUSULA 20ª.- PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. Las partes se comprometen a cumplir con las obligaciones que les imponen la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y demás normas pertinentes. La información que manipule, gestione o administre EL CONTRATISTA para la operación del servicio contratado, es propiedad de COMPENSAR y de su uso exclusivo, como quiera que ésta se recopila con ocasión de este contrato. El CONTRATISTA tendrá la calidad de ENCARGADO de los datos que recopile por virtud de este contrato. En tal calidad, EL CONTRATISTA deberá adoptar y mantener protocolos y estándares de seguridad y privacidad de la información mientras la información recopilada deba permanecer o procesarse en su infraestructura.

CLÁUSULA 21ª.- PREVENCIÓN LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO: El CONTRATISTA manifiesta que los dineros, activos, bienes y demás recursos involucrados en la ejecución del presente contrato no provienen ni provendrán de actividades ilícitas tales como el narcotráfico, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes, terrorismo, financiación del terrorismo, delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes colombianas. EL CONTRATISTA declara que él, sus accionistas, socios, miembros de sus órganos de gobierno, representantes y quienes hagan sus veces cumplen con todas las obligaciones que bajo la legislación vigente les corresponden para apoyar la prevención de Lavado de Activos y Financiación de Terrorismo, comprometiéndose a mantener indemne a COMPENSAR de cualquier perjuicio que aquella sufra como consecuencia de cualquier incumplimiento respecto de las normas vigentes en la materia.

CLÁUSULA 22ª.- SUSPENSIÓN DEL CONTRATO: Por razones de fuerza mayor o caso fortuito, de común acuerdo entre las partes, se podrá suspender temporalmente la ejecución del contrato hasta por el término máximo de noventa (90) días calendario, previo aviso por



escrito con treinta (30) días de antelación para aquellas causas de origen previsible. De aceptarse la suspensión se suscribirá el acta donde se consignará el término de la suspensión y su causa. En el evento en que la suspensión del contrato supere los noventa (90) días calendario, tal circunstancia dará lugar a la terminación del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO. En caso de no emitirse la autorización por la parte correspondiente se podrá dar por terminado el contrato en forma unilateral previa comunicación escrita y con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación.

PARÁGRAFO SEGUNDO. COMPENSAR podrá suspender en forma unilateral el contrato en el evento en que EL CONTRATISTA no figure en el Registro Especial de Prestadores. El CONTRATISTA a su vez, tendrá el término máximo de noventa (90) días calendario para subsanar la inconsistencia, de lo contrario tendrá lugar la terminación del contrato. EL CONTRATISTA, previa notificación a COMPENSAR, podrá suspender unilateralmente el contrato por incumplimiento de las condiciones de pago establecidas en el presente contrato, y demás obligaciones a cargo de COMPENSAR.

PARÁGRAFO TERCERO. Durante el tiempo de la suspensión no se causarán honorarios y no habrá lugar a demandar perjuicios o indemnizaciones.

CLÁUSULA 23ª.- CLÁUSULA PENAL: En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones legales o contractuales por parte del CONTRATISTA, por el solo hecho del incumplimiento, en virtud del presente contrato, este pagará a COMPENSAR como estimación anticipada y parcial de los perjuicios que le cause, una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor de la póliza de responsabilidad civil médica contenida en el presente contrato. El pago de la pena no extingue para el CONTRATISTA el cumplimiento de la obligación principal. Las partes acuerdan que COMPENSAR podrá compensar el valor de la cláusula penal hasta concurrencia de los valores que se adeuden al CONTRATISTA por cualquier concepto, exigirla al garante o cobrarse por la vía ejecutiva con base en el presente contrato y con la declaración de COMPENSAR sobre el incumplimiento, lo cual acepta el CONTRATISTA. Así mismo, éste renuncia expresamente a todo requerimiento para efectos de la constitución en mora. COMPENSAR se reserva el derecho de reclamar la reparación integral del perjuicio causado.

CLÁUSULA 24ª.- TERMINACIÓN DEL CONTRATO: El presente contrato se dará por terminado en los siguientes eventos:

1. Por vencimiento del término pactado para su duración.
2. Por mutuo acuerdo entre las partes.
3. Unilateralmente, cualquiera de las partes podrá dar por terminado el contrato en cualquier momento, siempre y cuando de aviso por escrito a la otra parte con una antelación no inferior a treinta (30) días calendario, sin que para ello se requiera invocar causal o motivo alguno y sin que se genere ningún tipo de indemnización.
4. Cuando de manera continua la suspensión temporal del contrato, por cualquiera de las partes, supere noventa (90) días calendario.

CLÁUSULA 25ª.- SOLUCIÓN DE CONFLICTOS: Las Partes acuerdan que en el caso del surgimiento de diferencias o controversias de cualquier índole entre las Partes con motivo de la ejecución, interpretación o liquidación de este convenio y/o sus adiciones, se comprometen a que pasados treinta (30) días después de que las mismas intenten arreglar la controversia de manera amistosa, sin llegar a ninguna solución, se obligan acudir a un panel de amigable composición, que funcionará en el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de conformidad con el Reglamento de Amigable Composición de dicho Centro..

Para ello se deberán tener en cuenta las siguientes reglas:

La Parte que considere que se ha producido o se puede producir un incumplimiento o controversia deberá comunicárselo por escrito a la otra Parte a través de los supervisores o designados para el control de la ejecución del convenio con indicación detallada en un informe del incumplimiento o controversia y convocándole a una reunión en el domicilio contractual a celebrar entre los días 5° y 10° hábiles desde la recepción de dicha comunicación.

Recibida la comunicación, la otra Parte deberá remitir a la Parte comunicante y en el plazo de 2 días hábiles, un escrito también detallado sobre su opinión respecto al incumplimiento o la controversia.

Las Partes estarán obligadas a reunirse en el lugar y fecha señalados en la comunicación, en la que tratarán de resolver de buena fe la controversia suscitada.

Si en esa primera reunión las Partes no llegasen a un acuerdo, deberán celebrar durante los 8 días hábiles siguientes, una segunda reunión a la que deberán asistir, en representación de cada Parte, aquellas personas que representen los derechos de cada Parte y además tengan mayor capacidad de decisión y facultad de conciliación.

Desde la celebración de esa segunda reunión, las Partes dispondrán de un plazo de 5 días hábiles para llegar a un acuerdo. El acuerdo al que en su caso se llegase, deberá plasmarse por escrito, pasando a formar parte de este convenio para todos los efectos.

Una vez agotado el procedimiento anterior y sin que se haya solución a la controversia, las "Partes" podrán acudir a la jurisdicción ordinaria.

PARÁGRAFO. En el evento en que COMPENSAR sea requerido judicialmente por el usuario atendido o sus representantes legales o familiares responsables o allegados con el fin de exigir indemnización por los perjuicios causados en razón o con ocasión del servicio prestado por EL CONTRATISTA, no tendrá lugar la aplicación de lo dispuesto en esta cláusula, toda vez que para tal efecto EL CONTRATISTA se constituye desde ya en garante para su pago, concurriendo para tal efecto al proceso correspondiente en calidad de llamado en garantía.

CLÁUSULA 26ª.- CESIÓN: EL CONTRATISTA no podrá ceder total o parcialmente el presente contrato sin autorización previa, expresa y por escrito de COMPENSAR.

CLÁUSULA 27ª.- ANEXOS: Formarán parte integral de este contrato entre otros, los siguientes documentos:

1. Anexo No. 1 Acuerdo de Servicios de Salud y Tarifas.
2. Documento de Habilitación de los servicios contratados, debidamente radicado o certificado por la autoridad competente.
3. Pólizas debidamente aprobadas.
4. Documentos soportes exigidos por el Decreto 780 de 2016 y demás normas que aclaren, adicionen, modifiquen o sustituyan.
5. Los demás que surjan con ocasión del presente contrato.

CLÁUSULA 28ª.- ESTIPULACIONES ANTERIORES Y MODIFICACIONES: Las partes manifiestan que este contrato a partir de su firma, reemplaza en todas sus partes cualquier otro convenio anterior, verbal o escrito; salvo el Acuerdo de Servicios de Salud y Tarifas anterior. Así mismo convienen que cualquier modificación, adición o aclaración al presente contrato deberá constar por escrito y ser firmado por las partes.

CLÁUSULA 29ª.- CONDICIÓN DE MODIFICACIÓN: Teniendo en cuenta que Compensar es una Caja de Compensación Familiar sometida a control y vigilancia del Estado, en el evento en que éste modifique la normatividad que rige el funcionamiento de las

Cajas o las EPS o la Superintendencia del Subsidio Familiar o la Superintendencia Nacional de Salud dicten normas que las afecten o adopte decisiones que incidan en la ejecución del presente contrato, el CONTRATISTA se obliga a sujetarse a las nuevas disposiciones y requisitos que se establezcan, incluyendo la suspensión de la ejecución del objeto contratado e incluso la rescisión del contrato, si a ello hubiere lugar.

CLÁUSULA 30ª.- DOMICILIO CONTRACTUAL: Las partes acuerdan que el domicilio contractual del presente contrato será para todos sus efectos la ciudad de Bogotá D.C.

En constancia de lo anterior, el presente documento se suscribe electrónicamente el 31-mar-2021.

COMPENSAR,

EL CONTRATISTA,



SANDRA MILENA CORREA T.
Apoderada



EMILCE AREVALO GARCIA.
Gerente

INTERVENTORES POR COMPENSAR,

Firma: Flor Alba Merchan Acero
Nombre: Flor Alba Merchan Acero (26 Mar. 2021 10:03 CDT)
Interventor Administrativo.

Firma: Diana Cristina Delgado Gama
Nombre: Diana Cristina Delgado Gama (26 Mar. 2021 10:13 CDT)
Interventor Técnico.

Elaboró: Mayerly Cárdenas
Gestión Jurídica
COMPENSAR EPS



**EL SUSCRITO GERENTE DE CONTRATACIÓN DE RED DE LA CAJA DE
COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
EN SU PROGRAMA DE EPS**

HACE CONSTAR

Que la institución **E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO** Identificada con **NIT 815.000.316-9** se encuentra vinculada, con los siguientes datos:

Contrato actual número:	CSS017-2021
Fecha inicio del contrato:	31 de marzo de 2021
Plazo:	un (1) año con prorrogas automáticas.
Estado del contrato	Vigente
Objeto:	Prestación de servicios hospitalarios y ambulatorios, para el programa Plan de Beneficios en Salud y Planes Complementarios

Se expide la presente certificación a solicitud Gestión Jurídica, a los 26 días del mes de julio de 2024, en la ciudad de Bogotá DC.

Para confirmación de la misma se puede comunicar al correo electrónico bcariass@compensarsalud.com

Atentamente,



HUGO ALEJANDRO GUTIERREZ GOMEZ.
Gerente Contratación de Red
COMPENSAR EPS

Elaboró: Cristina Arias



Outlook

DERECHO DE PETICIÓN - DOCUMENTO PARA PROCESO JUDICIAL

Desde SANDRA MONICA BAUTISTA GUTIERREZ <SMBAUTISTAG@compensarsalud.com>

Fecha Vie 31/01/2025 9:13 PM

Para notificacionesjudicialeshrob@gmail.com <notificacionesjudicialeshrob@gmail.com>;
notificacionesjudiciales@hrob.gov.co <notificacionesjudiciales@hrob.gov.co>

 1 archivo adjunto (1 MB)
DERECHO DE PETICION ESE.pdf;

Señores

E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO

notificacionesjudicialeshrob@gmail.com

notificacionesjudiciales@hrob.gov.co

E. S. D.

Ref.: ****DERECHO DE PETICIÓN****

SOLICITUD CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

SANDRA MÓNICA BAUTISTA GUTIÉRREZ, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía 52.967.033 expedida en Bogotá D.C., titular de la tarjeta profesional 154.370 del C.S. de la J., actuando en calidad de apoderada general de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR** en su programa de Entidad Promotora de Salud, amparada en lo dispuesto por el artículo 23 de la Constitución Política en concordancia con lo señalado en el CPACA, me dirijo a su despacho con el fin de elevar derecho de petición en los términos contenidos en el memorial adjunto.

Con el mayor comedimiento ruego se sirvan acusar recibo,



Sandra Mónica Bautista Gutiérrez

Abogada

smbautistag@compensarsalud.com

Carrera 69 No. 47-34, Ala B, Piso 4

Bogotá - Colombia



Outlook

DERECHO DE PETICIÓN - DOCUMENTO PARA PROCESO JUDICIAL

Desde SANDRA MONICA BAUTISTA GUTIERREZ <SMBAUTISTAG@compensarsalud.com>

Fecha Dom 2/02/2025 10:11 AM

Para ventanillaunica@hrob.gov.co <ventanillaunica@hrob.gov.co>

 1 archivo adjunto (1 MB)

DERECHO DE PETICION ESE.pdf;

Señores

E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO

notificacionesjudicialeshrob@gmail.com

notificacionesjudiciales@hrob.gov.co

E. S. D.

Ref.: ****DERECHO DE PETICIÓN****

SOLICITUD CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

SANDRA MÓNICA BAUTISTA GUTIÉRREZ, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía 52.967.033 expedida en Bogotá D.C., titular de la tarjeta profesional 154.370 del C.S. de la J., actuando en calidad de apoderada general de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR** en su programa de Entidad Promotora de Salud, amparada en lo dispuesto por el artículo 23 de la Constitución Política en concordancia con lo señalado en el CPACA, me dirijo a su despacho con el fin de elevar derecho de petición en los términos contenidos en el memorial adjunto.

Con el mayor comedimiento ruego se sirvan acusar recibo,



Sandra Mónica Bautista Gutiérrez

Abogada

smbautistag@compensarsalud.com

Carrera 69 No. 47-34, Ala B, Piso 4

Bogotá - Colombia

Señores

E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO

notificacionesjudicialeshrob@gmail.com

notificacionesjudiciales@hrob.gov.co

E. S. D.

Ref.:

****DERECHO DE PETICIÓN****

SOLICITUD CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

SANDRA MÓNICA BAUTISTA GUTIÉRREZ, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía 52.967.033 expedida en Bogotá D.C., titular de la tarjeta profesional 154.370 del C.S. de la J., actuando en calidad de apoderada general de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR** en su programa de Entidad Promotora de Salud, amparada en lo dispuesto por el artículo 23 de la Constitución Política en concordancia con lo señalado en el CPACA, me dirijo a su despacho con el fin de elevar la siguiente:

I. PETICIÓN

Solicito respetuosamente me sea expedida y entregada, copia del certificado de existencia y representación legal de la **E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, NIT 815000316-9**.

La anterior solicitud se realiza a efectos de allegarla como probatoria dentro de la demanda de reparación directa promovida por los señores GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL y otros en contra de mi poderdante, la cual cursa ante el Juzgado 18 Administrativo de Cali bajo la radicación 76001333301820230030600.

II. ANEXOS

Me permito acreditar la calidad en la que actúo con la escritura pública número 12913 otorgada ante la Notaría 38 del Círculo de Bogotá D.C., acompañada del certificado de existencia y representación legal de mi representada.

III. NOTIFICACIONES

La suscrita recibirá notificaciones en la Carrera 69 No. 47 – 34 Piso 4 de Bogotá D.C., en el celular 3136010677 y en el correo electrónico smbautistag@compensarsalud.com

Con el mayor comedimiento, suscribo.



SANDRA MÓNICA BAUTISTA GUTIÉRREZ

C.C. 52.967.033 expedida en Bogotá D.C.

T.P. 154.370 del C. S. de la J.



Ca518019551

CERTIFICADO NUMERO: 341/2025

EL NOTARIO TREINTA Y OCHO (38) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ
CONFORME A LOS ARTÍCULOS 89 Y 90 DEL DECRETO 960/70
Y DEMÁS NORMAS CONCORDANTES.

CERTIFICA QUE:

MEDIANTE ESCRITURA PÚBLICA NUMERO: **DOCE MIL NOVECIENTOS TRECE (12913)** DE FECHA **DIEZ (10) DE DICIEMBRE** DEL AÑO **DOS MIL QUINCE (2015)** OTORGADA EN ESTA NOTARIA, COMPARECIÓ EL DOCTOR **LUIS ANDRÉS PENAGOS VILLEGAS**, IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NUMERO **71.724.156** EXPEDIDA EN MEDELLÍN, QUIEN OBRA EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE DE LA **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR "COMPENSAR"** OTORGÓ PODER GENERAL AMPLIO Y SUFICIENTE A LA DOCTORA **SANDRA MONICA BAUTISTA GUTIERREZ**, IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NUMERO **52.967.033** EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C.

CUYAS DISPOSICIONES ESPECÍFICAS SE ENCUENTRAN CONSIGNADAS EN DICHA ESCRITURA, Y QUE A LA FECHA NO APARECE NOTA DE REVOCACIÓN, MODIFICACIÓN O SUSTITUCIÓN ALGUNA.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE A LOS **TRECE (13) DÍAS** DEL MES DE **ENERO** DEL AÑO **DOS MIL VEINTICINCO (2025)** CON DESTINO AL INTERESADO.

**RODOLFO REY BERMÚDEZ**

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



EN BLANCO

EN BLANCO

EN BLANCO

EN BLANCO

de abogado distinguida número 154.370 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, para que en nombre y representación de la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR** ejecute todos y cada uno de los siguientes actos:-----

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

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

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



República de Colombia

Pág. No 3



Ca518019776

Aa029726381

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

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

El ejercicio de este poder no comprende el de vinculaciones de carácter laboral a la

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR.

Se presenta **SANDRA MONICA BAUTISTA GUTIERREZ**, mayor de edad domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., abogada titulada, identificada con cédula de ciudadanía Número 52.967.033 de Bogotá y con tarjeta profesional de abogado distinguida con el Número 154.370 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando en nombre propio y manifestó que acepta el poder que mediante esta escritura se le otorga.

HASTA AQUÍ LA MINUTA PRESENTADA

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

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

SE ADVIERTE igualmente la necesidad de diligenciar los espacios en blanco

NOT. 38
MVP

20/09/2015 13:11:24

NOT. 38
MVP

11/11/2015

Ca518019776



10/11/2015

13-11-24

NOT. 38
MVP

11/11/2015

República de Colombia cadena.

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

correspondientes a la información personal y de trabajo consignados en el espacio destinado para la firma de los suscriptores del instrumento público, con el objeto de confrontar la información solicitada con el contenido de la escritura previo a la autorización de la misma. -----

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

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

ESTA ESCRITURA FUE ELABORADA EN LAS HOJAS DE PAPEL NOTARIAL NÚMEROS: -----

Aa024305651- Aa028726381- Aa028724814-----

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

RETENCIÓN EN LA FUENTE. ARTÍCULOS 20 y 64 LEY 0075 de 1986. ----- \$ Exento-----

DERECHOS NOTARIALES \$ 49.000-----

SUPERINTENDENCIA \$ 4.850-----

FONDO NACIONAL DEL NOTARIADO \$ 4.850-----

IVA \$ 19.248-----

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



República de Colombia

Pág. No 5



Ca518019775

Aa028726381

FOLIO ANTERIOR Aa028726381

ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO:

DOCE MIL NOVECIENTOS TRECE (12913)

FECHA DE OTORGAMIENTO:

DIEZ (10) DE DICIEMBRE DE DOS MIL QUINCE (2015)

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

PODERDANTE

LUIS ANDRÉS PENAGOS VILLEGAS

C.C. 71.724.156 expedida en Medellín

Obra en calidad de Representante Legal suplente de la CAJA DE
COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

DIRECCIÓN OFICINA: Calle 73 N° 10-83 CC. Av. Chile Torre D piso 9

TELÉFONO OFICINA: 4289088 ext. 24569

CELULAR:

APODERADA

SANDRA MONICA BAUTISTA GUTIERREZ

C.C. No. 52.967.033 de Bogotá D.C.

DIRECCIÓN: Calle 73 N° 10-83 Centro Comercial Av. Chile Torre D piso 9 Bogotá D.C.

TELÉFONO: 4285068 Ext. 25637

CORREO ELECTRONICO jmbautistag@segurosujentosalud.com



1030414051202026

28-12-2015

Notario en
cadena, 18 de mayo de 2015

NOT. 38

MV

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


RODOLFO REY BERMUDEZ

JORGE RIVERA





SuperSubsidio

Regimen de la Caja de Compensación Familiar



MINTRABAJO



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

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

HACE CONSTAR QUE:

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

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


JEANNETTE BENÍTEZ DE AREVALO
Superintendente Delegada

Proyectó: María Esther Caicedo Angulo 

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





Cq51601857

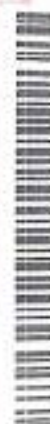
ES LA COPIA (FOTOCOPIA) NUMERO =171= DE LA
ESCRITURA PÚBLICA =12913= DE FECHA =10= DEL
MES DE =DICIEMBRE= DEL AÑO =2015= TOMADA
DE SU ORIGINAL QUE SE EXPIDE CONFORME AL
ARTÍCULO 41 DEL DECRETO 2148 DE 1983, EN
=04= HOJAS CON DESTINO AL: =INTERESADO=

DADO EN BOGOTÁ, D.C., EL 13 DE ENERO 2025



RODOLFO REY BERMUDEZ

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



SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL CAJA DE
COMPENSACIÓN FAMILIAR**

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ, D.C. 07/01/2025

**LA SUSCRITA SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA RESPONSABILIDAD
ADMINISTRATIVA Y LAS MEDIDAS ESPECIALES, DANDO CUMPLIMIENTO A LO
DISPUERTO EN EL NUMERAL 15 DEL ARTÍCULO 16 DEL DECRETO 2595 DE 2012**

C E R T I F I C A

NOMBRE: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT. 860.066.942-7
DIRECCIÓN: AVENIDA 68 No. 49 A - 47
DOMICILIO: BOGOTÁ
TELÉFONOS: 4280666
EMAIL PARA NOTIFICACIONES JUDICIALES: notificacionesjudiciales@compensar.com
EMAIL PARA NOTIFICACIONES JUDICIALES DE LA EPS COMPENSAR:
Compensarepsjuridica@compensarsalud.com

CONSTITUCIÓN Y OBJETO:

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR ES UNA ENTIDAD PRIVADA SIN ÁNIMO DE LUCRO, ORGANIZADA COMO CORPORACIÓN QUE CUMPLE FUNCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y GOZA DE PERSONERÍA JURÍDICA CONFERIDA POR MEDIO DE LA RESOLUCIÓN No. 2409 DEL 30/06/1978, EMITIDA POR EL MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL DE MANERA INDEFINIDA Y SE ENCUENTRA FACULTADA PARA DESARROLLAR LAS FUNCIONES PREVISTAS EN LOS ARTÍCULOS 41 Y 62 DE LA LEY 21 DE 1982, EL ARTICULO 16 DE LA LEY 789 DE 2002, SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS Y LAS DEMÁS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN.

REPRESENTACIÓN LEGAL:

DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 55 DE LA LEY 21 DE 1982 Y EL ARTÍCULO 37 DE LOS ESTATUTOS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, LA REPRESENTACIÓN LEGAL DE LA CORPORACIÓN ESTA A CARGO DEL DIRECTOR

ADMINISTRATIVO, QUIEN SERA ELEGIDO POR EL CONSEJO DIRECTIVO Y SE SOMETERÁ AL ALCANCE QUE ÉSTE DEFINA, OBSERVANDO LOS LÍMITES PARA CONTRATAR DEFINIDOS POR LA ASAMBLEA.

DIRECTORES ADMINISTRATIVOS	NOMBRES	CÉDULA DE CIUDADANÍA	RESOLUCIÓN MEDIANTE LA CUAL SE APROBÓ SU DESIGNACIÓN	FECHA DE POSESIÓN
PRINCIPAL	CARLOS MAURICIO VÁSQUEZ PÁEZ	79.541.640	0556 10/09/2019	04/12/2019
PRIMER SUPLENTE	CARLOS ANDRÉS RODRÍGUEZ CORREDOR	71.758.846	1050 05/12/2023	15/12/2023
SEGUNDO SUPLENTE	ANDRÉS BARRAGÁN TOBAR	19.489.949	0713 09/12/2019	30/12/2019
TERCER SUPLENTE	OSCAR MARIO RUIZ	79.538.820	0053 20/02/2009	03/04/2009

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL:

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

CUMPLIR CON LAS DEMÁS FUNCIONES QUE LE ASIGNEN LA LEY, LOS ESTATUTOS, LA ASAMBLEA GENERAL Y EL CONSEJO DIRECTIVO.

LIMITACIONES PARA CONTRATAR:

MEDIANTE ACTA DE ASAMBLEA No. 053 DEL 14 DE MARZO DE 2024, LA ASAMBLEA APROBÓ MANTENER LA FORMULA DEL 0,5% DE LOS INGRESOS TOTALES DE LA CORPORACIÓN DEL AÑO 2023, SUMA QUE ASCIENDE A \$38.982.356.000, COMO CUANTÍA MÁXIMA PARA QUE EL DIRECTOR PUEDA CONTRATAR SIN CONSULTA PREVIA AL CONSEJO DIRECTIVO.

ESTA DECISIÓN FUE APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR A TRAVÉS DE LA RESOLUCIÓN NO. 0464 DEL 24 DE JULIO DE 2024. DEBIDAMENTE EJECUTORIADA EL 09 DE AGOSTO DE 2024.

**REPRESENTANTES LEGALES ANTE AUTORIDADES JURISDICCIONALES
Y ADMINISTRATIVAS:**

NOMBRE: LUIS ANDRÉS PENAGOS VILLEGAS
C.C. No. 71.724.156 DE MEDELLÍN
T.P. No. 85409 DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

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

CONSEJO DIRECTIVO - PERÍODO 2022-2026

REPRESENTANTES DE LOS EMPLEADORES CON DESIGNACIÓN APROBADA MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 0292 DEL 23 DE MAYO DE 2022, EJECUTORIADA EL 9 DE AGOSTO DE 2022:

EMPLEADORES

PRINCIPAL		
REGLÓN	AFILIADO	DESIGNADO
PRIMER REGLÓN	R&I SEGUROS LTDA NIT. 900.148.606-4	ÁLVARO ANTONIO ROZO PALOU C.C. 438.255 DE BOGOTÁ D.C.

SEGUNDO RENGLÓN	DISTRICARGO OPERATIONS S.A NIT. 830.033.723-1	ÁLVARO JOSÉ RIVERA HERNÁNDEZ C.C. 19.270.606 DE BOGOTÁ
TERCER RENGLÓN	MY PEOPLE CONSULTORES ORGANIZACIONALES SAS NIT. 830.033.522-6	LILIANA ARROYO VARGAS C.C. 66.763.369 DE PALMIRA
CUARTO RENGLÓN	10 AUDIO S.A.S. NIT. 900.537.951-1	CARLOS SAAVEDRA GARCÍA C.C. 19.071.244 DE BOGOTÁ
QUINTO RENGLÓN	SKANDIA PENSIONES Y CESANTÍAS S.A NIT. 800.148.514-2	CLAUDIA LILIANA SOLANO ROA C.C. 39.787.825 DE USAQUÉN
SUPLENTE		
RENGLÓN	AFILIADO	DESIGNADO
PRIMER RENGLÓN	FASECOLDA NIT. 860.049.275-0	MARÍA CLAUDIA CUEVAS MARTÍNEZ C.C. 52.647.393 DE USAQUÉN
SEGUNDO RENGLÓN	CONTINENTAL BUS S.A NIT. 800.227.937	MARÍA DEL PILAR BETANCOURT CONTRERAS C.C. 51.905.743 DE BOGOTÁ
TERCER RENGLÓN	LA BÍFERA S.A NIT. 830.135.186-2	JUAN ANTONIO CABALLERO ARGAEZ C.C. 19.286.431 DE BOGOTÁ
CUARTO RENGLÓN	VACANTE	RENUNCIA ALLEGADA POR LA CCF, RADICADA EN LA SSF BAJO EL NÚMERO 1-2024-4262 DEL 26/02/2024
QUINTO RENGLÓN	SERVICIOS Y MANO DE OBRA SUPLEMENTARIA SERVIMOS S.A.S NIT. 860.051.638-7	RUBÉN DARÍO LÓPEZ CORREA C.C. 16.050.124 DE PACORA

REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES DESIGNADOS POR EL MINISTERIO DE TRABAJO MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 1656 DEL 23 DE MAYO DE 2022 Y AUTORIZADOS PARA EL EJERCICIO DEL CARGO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR MEDIANTE OFICIO DEL 1 DE JUNIO DE 2022:

TRABAJADORES

PRINCIPALES		
REGLÓN	AFILIADO	TRABAJADOR
PRIMER REGLÓN	SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A. NIT. 860.002.180	FABIÁN ONEIVER CONTRERAS LEMUS C.C. 79.952.012 DE BOGOTÁ
SEGUNDO REGLÓN	FEDERACIÓN CGT SECCIONAL BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA NIT. 900.530.873	JORGE ADONAI ESPINOZA PÉREZ C.C. 19.233.530 DE BOGOTÁ
TERCER REGLÓN	AJECOLOMBIA S.A. NIT. 830.081.407	ALBERTO ALFREDO CASTILLO FANDIÑO C.C. 79.749.086 DE BOGOTÁ D.C
CUARTO REGLÓN	SUBRED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE NIT. 900.959.051-7	MARÍA DORIS GONZÁLEZ C.C. 41.713.286 DE BOGOTÁ
QUINTO REGLÓN	INSTITUTO DE DESARROLLO URBANO - IDU NIT. 899.999.081	MIGUEL ENRIQUE MORANTES SABOGAL C.C. 19.430.928 DE BOGOTÁ
SUPLENTE		
REGLÓN	AFILIADO	TRABAJADOR
PRIMER REGLÓN	DELTA SALUD SAS BIC NIT. 800.214.959	ALBERTO LEÓN TORRES C.C. 19.427.035 DE BOGOTÁ
SEGUNDO REGLÓN	CORPORACIÓN DE ABASTOS DE BOGOTÁ SA CORABASTOS NIT. 860.028.093	ADRIÁN CORTES VARGAS C.C. 79.182.723 DE SIBATE

TERCER RENGLÓN	BANCO GNB SUDAMERIS S.A NIT. 860.050.750	MARIO ALEXANDER TORRES SÁNCHEZ C.C. 79.623.726 DE BOGOTÁ
CUARTO RENGLÓN	FONDO EDUCATIVO REGIONAL DE BOGOTÁ NIT. 899.999.061-9	MELVA RINCÓN SUÁREZ C.C. 37.310.464 DE OCAÑA
QUINTO RENGLÓN	FUNDACIÓN CLÍNICA SHAIQ NIT. 860.006.656	CLAUDIA PATRICIA SUAREZ SEGURA C.C. 41.106.900 DE ORITO

REVISOR FISCAL PERÍODO 2022 - 2026

REVISORES FISCALES	PERSONA JURÍDICA	NOMBRES	CÉDULA DE CIUDADANÍA	TARJETA PROFESIONAL	RESOLUCIÓN MEDIANTE LA CUAL SE APROBÓ SU DESIGNACIÓN	ACTA Y FECHA DE POSESIÓN
PRINCIPAL	BAKER TILL Y COLOMBIA LTDA. NIT. 800.249.449-5	BERNARDO RODRÍGUEZ LAVERDE	80.353.347	35189-T	0499 05/08/2022	023 23/08/2022
SUPLENTE	ERNST & YOUNG AUDITORES S.A.S NIT. 860.008.890-5	JOANA KATERIN PARRA BORDA	1.032.368.135	199.627-T	0198 03/03/2023	021 24/04/2023

EL PRESENTE CERTIFICADO CUENTA CON UNA VIGENCIA DE NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO.



GLORIA MARIBEL TORRES RAMÍREZ
SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA
Y LAS MEDIDAS ESPECIALES

Proyectó: Laura Carolina Porras Melgarejo – Profesional del Grupo Interno de Registro y Control



Outlook

DERECHO DE PETICIÓN - DOCUMENTO PARA PROCESO JUDICIAL

Desde SANDRA MONICA BAUTISTA GUTIERREZ <SMBAUTISTAG@compensarsalud.com>

Fecha Dom 2/02/2025 11:14 AM

Para mclesmes@valledelcauca.gov.co <mclesmes@valledelcauca.gov.co>; contactenos@valledelcauca.gov.co <contactenos@valledelcauca.gov.co>; njudiciales@valledelcauca.gov.co <njudiciales@valledelcauca.gov.co>

 1 archivo adjunto (1 MB)

DERECHO DE PETICION SECRETARIA DE SALUD VALLE.pdf;

Señores

SECRETARÍA DE SALUD DEL VALLE

mclesmes@valledelcauca.gov.co

contactenos@valledelcauca.gov.co

njudiciales@valledelcauca.gov.co

E. S. D.

Ref.: ****DERECHO DE PETICIÓN****

SOLICITUD CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

SANDRA MÓNICA BAUTISTA GUTIÉRREZ, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía 52.967.033 expedida en Bogotá D.C., titular de la tarjeta profesional 154.370 del C.S. de la J., actuando en calidad de apoderada general de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR** en su programa de Entidad Promotora de Salud, amparada en lo dispuesto por el artículo 23 de la Constitución Política en concordancia con lo señalado en el CPACA, me dirijo a su despacho con el fin de elevar derecho de petición en los términos contenidos en el memorial adjunto.

Con el mayor comedimiento ruego se sirvan acusar recibo,



Sandra Mónica Bautista Gutiérrez

Abogada

smbautistag@compensarsalud.com

Carrera 69 No. 47-34, Ala B, Piso 4

Bogotá - Colombia



Outlook

RESPUESTA DERECHO DE PETICIÓN - SOLICITUD CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL.

Desde derechosdepeticion@hrob.gov.co <derechosdepeticion@hrob.gov.co>

Fecha Mar 4/02/2025 12:01 PM

Para SANDRA MONICA BAUTISTA GUTIERREZ <SMBAUTISTAG@compensarsalud.com>

 2 archivos adjuntos (2 MB)

OFICIO RESPUESTA DERECHO DE PETICION.pdf; ACUERDOS CREACION HROB (1).zip;

Palmira, 04 de febrero de 2025.

Doctora

SANDRA MÓNICA BAUTISTA GUTIÉRREZ

Apoderada General

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

smbautistag@compensarsalud.com

Referencia. – RESPUESTA DERECHO DE PETICIÓN - SOLICITUD CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL.

En forma atenta, el suscrito Jefe de la Oficina Asesora Jurídica del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E, procede a realizar en término, pronunciamiento frente al asunto de la referencia, así:

Gracias por la atención prestada. Estaré atento a cualquier requerimiento solicitado

Cordialmente,

**JUAN CAMILO ARCILA CORREA**

Abogado Contratista

Oficina Asesora Jurídica

PBX 602 2856161 Ext. 1501

Carrea 29 No. 39-51

www.hrob.gov.co

Tanto la ley 527 1999 como la Corte Constitucional C621 de 1997, T377 de 200 y T487 de 2001, y el Consejo de Estado Sección Cuarta en Sentencia 99-07-9 expediente 9409 establecieron que las comunicaciones recibidas por medio electrónico tiene el mismo valor jurídico que las recibidas en ventanilla de la entidad.

El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., en cumplimiento a lo definido a la ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y la Política Interna de Protección de Datos Personales, informa que los datos personales que usted suministre en virtud de las operaciones que solicite o celebre con el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E, serán tratados mediante el uso y mantenimiento de medidas de seguridad técnicas, físicas y administrativas a fin de impedir que terceros no autorizados accedan a los mismos.

La información contenida en este correo electrónico y en todos sus archivos anexos es confidencial y privilegiada, y no necesariamente transmite el pensamiento o convicciones del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. Si por algún motivo recibe esta comunicación y usted no es el destinatario autorizado, sírvase borrarlo de inmediato, notificarle de su error a la persona quien lo envía y abstenerse de divulgar su contenido y anexos, ya que esta información solo puede ser utilizada por la persona a quien esta dirigida. Esta prohibido cualquier uso inadecuado de esta información, así como la generación de copias de este mensaje.

Palmira, 04 de febrero de 2025.

Doctora

SANDRA MÓNICA BAUTISTA GUTIÉRREZ

Apoderada General

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

smbautistag@compensarsalud.com

**Referencia. – RESPUESTA DERECHO DE PETICIÓN - SOLICITUD
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL.**

En forma atenta, el suscrito Jefe de la Oficina Asesora Jurídica del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E, procede a realizar en término, pronunciamiento frente al asunto de la referencia, así:

1. En atención al derecho de petición por usted interpuesto consistente en expedición de copia del certificado de existencia y representación legal del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., me permito indicar que la Institución es una es una Empresa Social del Estado, con domicilio en el municipio de Palmira, Valle del Cauca, Entidad de categoría especial de carácter pública, Descentralizada del orden Municipal, dotada de Personería Jurídica, Patrimonio Propio y Autonomía Administrativa, creada mediante Acuerdos Municipales: No. 71 del 12 de agosto de 1994, mismo que fue modificado por los también Acuerdos Municipales, No. 37 de 1995 y No. 136 de 1997, del H. Concejo Municipal de Palmira.
2. En razón de lo anterior, me permito manifestar que, el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. no cuenta con certificado de existencia y representación legal, pues el mismo es un documento que da sustento probatorio a una persona jurídica que generalmente es una sociedad commercial (de carácter y/o naturaleza privada), el cual es expedido por las cámaras de comercio.

3. Así las cosas, no es posible acceder a la entrega del documento por usted solicitado, pues el mismo no aplica para la naturaleza jurídica de la Entidad, por lo tanto, es inexistente. En su lugar, se remiten los documentos a través de los cuales se constituyó el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E.

ANEXOS:

- Acuerdo No. 71 del 12 de agosto de 1994.
- Acuerdo No. 37 del 14 de septiembre de 1995.
- Acuerdo No. 136 del 03 de febrero de 1997.

En la forma y términos anteriores, el HROB brinda respuesta oficial al requerimiento objeto de solicitud.



JORGE GERMÁN PUENTE CORAL

Jefe Oficina Asesora Jurídica

Proyectó. – Abogado Contratista - Juan Camilo Arcila Correa

Revisó - Jefe Oficina Asesora Jurídica – Jorge Germán Puente Coral

12 AGO. 1994

POR EL CUAL SE CREAN LOS ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS DESCENTRALIZADOS DEL ORDEN MUNICIPAL, QUE ASUMIRAN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN EL MUNICIPIO DE PALMIRA".

EL HONORABLE CONCEJO DE PALMIRA, en uso de sus atribuciones concedidas por la Constitución Nacional en el Artículo 313 numeral 6 a fin de cumplir por lo ordenado por la Ley 10 de 1990; la Ley 60 de 1993 en el Artículo 2 numeral 2; y la Ley 100 de 1993 en los Artículos 194, 195, 196 y 197.

ACUERDA:

CAPITULO I

NATURALEZA, OBJETO, DENOMINACION Y DOMICILIO

ARTICULO PRIMERO: NATURALEZA. Créanse los CENTROS DE SALUD DE 24 HORAS, de LA EMILIA, SAN PEDRO, JUAN PABLO II, ROZO, ZAMORANO y SESQUICENTENARIO como EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, en forma de establecimientos Públicos Descentralizados, dotados de Personería Jurídica, autonomía administrativa, patrimonio independiente e integración funcional con los organismos de salud de su jurisdicción.

ARTICULO SEGUNDO : OBJETO. Estos organismos tendrán por objeto la prestación de los servicios de Salud en el Primer Nivel de Atención, como servicio público a cargo del Estado y como parte del servicio público de Seguridad Social.

ARTICULO TERCERO: DENOMINACION Y DOMICILIO. Las instituciones en mención se denominarán CENTROS DE SALUD DE 24 HORAS DE LA EMILIA, SAN PEDRO, JUAN PABLO II, ROZO, ZAMORANO y SESQUICENTENARIO, EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO y estarán domiciliadas en el Municipio de Palmira; su campo de acción lo ejercerán conforme a la estructura y organización establecidos por la Ley y las normas concernientes para el Nivel Local.

CAPITULO II

DIRECCION Y ADMINISTRACION

ARTICULO CUARTO : DIRECCION. La Dirección y Administración del organismo del Primer Nivel de Atención, estará a cargo de la Junta Directiva y el Director del Centro de Salud - Empresa Social del Estado, quien será el Representante Legal de la Institución. La Junta Directiva estará conformada así:

- El Alcalde Municipal o su Delegado quien la presidirá.
- El Secretario de Salud Pública Municipal o su Delegado. En caso de que el Jefe Local sea Delegado por el Alcalde, deberá a su vez, delegar su representación en esta Junta, en cualquier persona distinta a cualquier miembro activo de ella.
- Un Representante del Honorable Concejo, no Concejal.
- Un Representante del Comité Científico del Centro de Salud, elegido por y entre sus miembros.
- Un Delegado de los Comités de Participación Comunitaria NAP.
- Un Delegado de las entidades que presten servicios de salud, seguridad social, previsión y compensación social, bienestar familiar y de las empresas de servicios.
- Un Delegado de los estamentos universitarios formadores de recurso humano de salud, que tengan presencia activa en programas de salud del Municipio.
- El Director del Centro de Salud 24 horas empresa social del Estado que asistirá a la Junta con derecho a voz pero sin voto.

PARAGRAFO 1 :

La delegación que efectúen los funcionarios municipales, deberán recaer en personas que también sean funcionarios del mismo Municipio.

PARAGRAFO 2 :

El período de los miembros designados por y entre los participantes del Comité de Participación Comunitaria es el mismo de los representantes del Concejo Municipal, el cual corresponderá al período constitucional de esta Corporación (3 años).

ARTICULO QUINTO : FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA. Son funciones de la Junta Directiva las siguientes:

1. Aprobar los planes y programas del Organismo o entidad de Salud, con base en el diagnóstico realizado con participación de la comunidad.
2. Adoptar los estatutos y todas sus reformas y adiciones que a ellos se introduzcan, conforme a las disposiciones aplicables.
3. Determinar la estructura orgánica interna del organismo o entidad de salud.
4. Aprobar los planes y programas de funcionamiento e inversión y velar por su adecuada ejecución y desarrollo.
5. Presentar al Nivel de Dirección y Control de la Secretaría el Proyecto de Presupuesto de Salud de la entidad y las operaciones presupuestales de crédito.
6. Definir los servicios, tarifas y cuotas de recuperación por servicios prestados de acuerdo con los grupos de población, su clasificación socio-económica y los grados de complejidad.
7. Regular el funcionamiento del Fondo Especial de Medicamentos y Suministros.
8. Crear y suprimir cargos, aprobar la planta de personal y los Manuales de Cargos y Funciones, dando cumplimiento al Régimen de Carrera Administrativa.
9. Informar periódicamente, al Comité de Participación Comunitaria, a la comunidad, a los trabajadores y empleados sobre las decisiones adoptadas y el resultado de la ejecución de los planes y programas.

- 10 Presentar el Plan o Programa de Salud a fin de que sea incluido en el Plan Municipal de Salud y en el de desarrollo económico y social del Municipio.
- 11 Concertar y coordinar con otras dependencias del sector y otros sectores públicos y privados, las actividades de atención a las personas y al ambiente, teniendo en cuenta la integración funcional.
- 12 Fijar los días y horarios de atención según las necesidades de la comunidad, las normas de administración de personal y el nivel o grado de complejidad.
- 13 Hacer cumplir las disposiciones legales que rigen el Sistema de Salud, así como las decisiones de la DIRECCION NACIONAL, SECCIONAL Y LOCAL.
- 14 Las demás que legalmente le correspondan o se le atribuyan en los actos de creación y organización.

ARTICULO SEXTO :

ADMINISTRACION. El Director del Centro de Salud 24 horas, Empresa Social del Estado, quien es agente del Alcalde Municipal, es el representante legal de la empresa, de libre nombramiento y remoción, se elegirá de terna presentada por la Junta Directiva, conforme a lo dispuesto por la Ley 60 de 1993 y a la reglamentación que al efecto expida el Gobierno Nacional, por periodos mínimos de tres (3) años prorrogables. Sólo podrá ser removido cuando se demuestre, ante las autoridades competentes, la comisión de faltas graves conforme al régimen disciplinario del sector oficial, faltas a la ética, según las disposiciones vigentes o ineficiencia definida mediante reglamento del Gobierno Nacional. Los requisitos que debe cumplir el Director son los correspondientes a las profesiones de la salud y de la administración que señale el Ministerio de Salud.

ARTICULO SEPTIMO :

FUNCIONES DEL DIRECTOR DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. Son funciones del Director las determinadas en el Artículo Tercero (3º) del Decreto 1335, reglamentario de la Ley 10 de 1990, bajo el Código 071025; y las normas que para tal fin lo modifiquen o derroguen.

CAPITULO III

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y ADMINISTRATIVA

ARTICULO OCTAVO: Facúltase a la Junta Directiva para adoptar, en un plazo no mayor a ciento ochenta (180) días contados a partir de la promulgación del presente Acuerdo, la estructura organizacional y de manejo administrativo de los recursos y personal que permitan la prestación de servicios de Salud del Primer Nivel de Atención con eficiencia, eficacia y calidad por logros y resultados.

PARAGRAFO 1 : DE LA ESTRUCTURA DE LA EMPRESA SOCIAL. Tendrá la siguiente organización:

1. DIRECCION
2. JUNTA DIRECTIVA
3. SECCION DE FOMENTO A LA SALUD
4. SECCION DE PLANEACION
5. SECCION ADMINISTRATIVA
6. UNIDADES PRIMARIAS DE ATENCION ADSCRITAS

CAPITULO IV

PATRIMONIO DE LA EMPRESA SOCIAL

ARTICULO NOVENO : PATRIMONIO. El patrimonio de la Empresa, estará integrado por:

1. Los bienes inmuebles materiales e inmateriales que actualmente posee, o los que en el futuro adquiera a cualquier título.
2. Los aportes, bienes, rentas, legados, donaciones y recursos provenientes de la Nación, Departamento, el Municipio y las Entidades Públicas o Privadas, Nacionales o Extranjeras que concurren con este fin.
3. Los impuestos, tasas, contribuciones y participaciones asignadas por normas legales o reglamentarias.

4. Las rentas propias, del crédito, recursos por venta de servicios y de más destinados a la salud.

CAPITULO V

REGIMEN JURIDICO

ARTICULO DECIMO : Se regirá por el siguiente régimen jurídico como lo presenta el artículo 195 de la ley 100 de 1993 :

1. Las personas vinculadas a la Empresa tendrán el carácter de empleados públicos conforme a las reglas del CAPITULO 4o. de la Ley 10 de 1990.
2. La contratación se efectuará conforme lo preceptúa la normatividad privada o la contratación administrativa, según la naturaleza del contrato. (Ley 80/93 - Ley 100 de 1993, Artículos 149 y s.s. y demás normas concordantes).
3. El régimen presupuestal será el que se prevea, en función de su especialidad, en la Ley Orgánica de Presupuesto, de forma que se adopte un régimen de presupuestación con base en el sistema de reembolso y contraprestación de servicios, en los términos previstos en la presente Ley.
4. Por tratarse de una Entidad Pública podrá recibir transferencias directas de los presupuestos de la nación o de las Entidades Territoriales.
5. Para efectos de tributos nacionales, se someterán al Régimen para los Establecimientos Públicos.

CAPITULO VI

NORMAS TRANSITORIAS Y VIGENCIAS

ARTICULO UNDECIMO: NORMAS TRANSITORIAS. Facúltase al Alcalde Municipal para completar todo lo concerniente a la organización y funcionamiento de los CENTROS DE SALUD, EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, para la prestación del servicio público de salud; en el término de un año (1) a partir de la vigencia del presente Acuerdo.

PARAGRAFO 1 : Las disposiciones del presente Acuerdo se podrán hacer extensivas para la creación de nuevas Empresas Sociales del Estado, que serán reglamentadas por el Alcalde Municipal.

ARTICULO DECIMO SEGUNDO: VIGENCIA. El presente Acuerdo rige a partir de su sanción y publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Dado en el Salón de Sesiones del Honorable Concejo de Palmira a los cuatro (04) días del mes de agosto de mil novecientos noventa y cuatro (1994).


JOSE FERNELLY DOMINGUEZ
Presidente

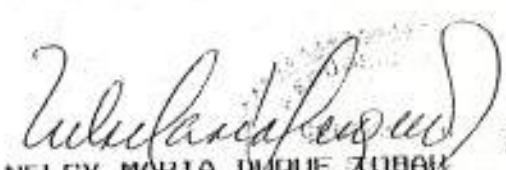



LUZ ANGELA MERA COBO
1er. Vicepresidente




CECILIA RIVEROS LORA
2a. Vicepresidente




NELSY MARIA DUQUE TOBARI
Secretaria General

ACUERDO No. 136

03 FEB. 1997
"POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA PARCIALMENTE EL
ACUERDO 37 DE SEPTIEMBRE 14 DE 1995".

EL HONORABLE CONCEJO MUNICIPAL DE PALMIRA VALLE, en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por los numerales 3o. y 6o. del Artículo 313 de la constitución Política de Colombia,

ACUERDA:

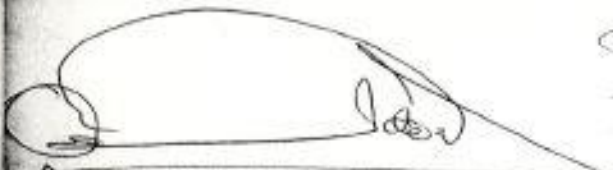
ARTÍCULO 1o.- Modifíquese el Artículo 2o. del Acuerdo 37 de septiembre 14 de 1995; el cual quedará así:

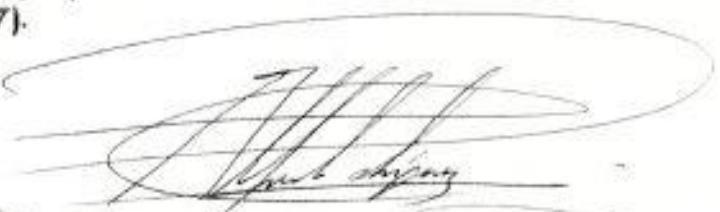
DENOMINACIÓN Y DOMICILIO: El Centro Hospital de 24 horas - La Emilia, Empresa Social del Estado, se denominará:

"HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO"; ubicada en la calle 36 No. 39-75, su campo de acción lo ejercerá conforme a la estructura y organización establecida por la ley y las normas concernientes para el nivel local.

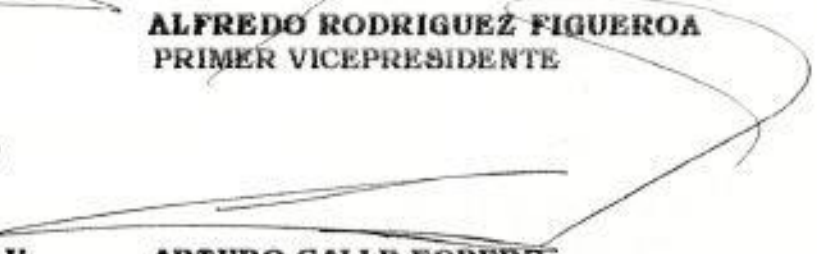
ARTICULO 2o.- El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su sanción y publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Dado en el Salón de Sesiones del Honorable Concejo Municipal de Palmira Valle, a los veinticinco (25) días del mes de enero de mil novecientos noventa y siete (1997).


OSWALDO DIAZ CIFUENTES
PRESIDENTE


ALFREDO RODRIGUEZ FIGUEROA
PRIMER VICEPRESIDENTE


EDUARDO ALFONSO CORREA V.
SEGUNDO VICEPRESIDENTE


ARTURO CALLE FORERO
SECRETARIO GENERAL

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE CONCEJO MUNICIPAL DE PALMIRA,

C E R T I F I C A:

Que el Acuerdo No. 136 "POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA PARCIALMENTE EL ACUERDO No. 37 DE SEPTIEMBRE 14 DE 1995", fue aprobado en el curso de las Sesiones Extraordinarias del Concejo Municipal, durante las siguientes fechas:

PRIMER DEBATE: ENERO VIENTIDOS (22) DE 1997.

SEGUNDO DEBATE: ENERO VEINTICINCO (25) DE 1997.

Para constancia se firma en Palmira (Valle) a los veintisiete (27) días del mes de enero de mil novecientos noventa y siete (1997).

ARTURO CALLE FORERO
Secretario General.

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE CONCEJO MUNICIPAL DE PALMIRA,

H A C E C O N S T A R:

Que el Acuerdo No. 136 "POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA PARCIALMENTE EL ACUERDO No. 37 DE SEPTIEMBRE 14 DE 1995", fue presentado a iniciativa del Señor Alcalde Municipal.

Para constancia se firma en Palmira (Valle), a los veintisiete (27) días del mes de enero de mil novecientos noventa y siete (1997).

ARTURO CALLE FORERO
Secretario General.

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE CONCEJO MUNICIPAL DE PALMIRA,

EXPIDE LA SIGUIENTE REMISION:

En la fecha, veintisiete (27) de enero de mil novecientos noventa y siete (1997), remito un original y siete (7) copias del Acuerdo No. 136 "POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA PARCIALMENTE EL ACUERDO No. 37 DE SEPTIEMBRE 14 DE 1995", al Señor Alcalde Municipal para su sanción y publicación.

ARTURO CALLE FORERO
Secretario General.



Municipio de Palmira

DESPACHO DEL ALCALDE

SECRETARIA: El presente Acuerdo fue recibido hoy 28 de enero de 1997, pasa al Despacho del señor Alcalde para su SANCION.


AMPARO BUITRAGO GIRALDO
Secretaria del Despacho

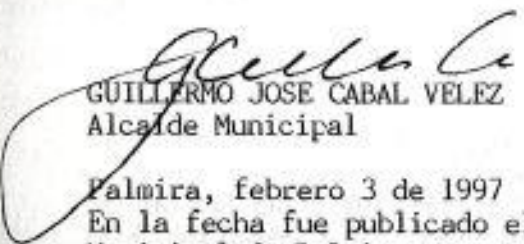
ALCALDIA MUNICIPAL

Palmira, Febrero tres (3) de mil novecientos noventa y siete (1997)

Por considerarse legal el Acuerdo No. 136 de 1997 "PCR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA PARCIALMENTE EL ACUERDO 37 DE SEPTIEMBRE 14 DE 1995", se sanciona (Artículo 76 de la ley 136 de 1994) y se ordena su publicación.

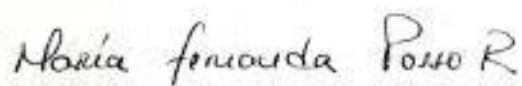
Envíese copia del presente Acuerdo al Señor Gobernador del Departamento del Valle para revisión jurídica, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 82 ibídem.

CUMPLASE.

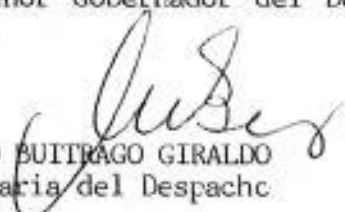

GUILLERMO JOSE CABAL VELEZ
Alcalde Municipal

Palmira, febrero 3 de 1997

En la fecha fue publicado el presente Acuerdo en la Gaceta de la Alcaldía Municipal de Palmira.


MARIA FERNANDA POSSO RAMIREZ
Jefe de Prensa y Protocolo

REMISION: Hoy 3 de febrero de 1997, remito copia del Acuerdo No. 136 de febrero 3 de 1997, al Señor Gobernador del Departamento del Valle, para revisión jurídica.


AMPARO BUITRAGO GIRALDO
Secretaria del Despacho



Departamento Administrativo Jurídico

Gobernación del Valle del Cauca

AJM= 000746

Santiago de Cali, 07 MAR. 1997

Doctor

GUILLERMO JOSE CABAL VELEZ

Alcalde Municipal

PALMIRA - VALLE DEL CAUCA

REFERENCIA

:

Revisión Acuerdo No. 136 de Febrero 3 de 1.997
"Por medio del cual se modifica parcialmente
el Acuerdo No. 37 de Septiembre 14 de 1.995".

Sometido a revisión el acto administrativo de la referencia, en razón de la atribución que le es conferida al Señor Gobernador con fundamento en el artículo 305 numeral 10 de la Constitución Política y Ley 136 de 1994 artículo 82, previo el análisis jurídico y formal del mismo, este Despacho conceptúa:

Que el mencionado acto, está conforme a las disposiciones constitucionales y legales consagradas específicamente en el artículo 313 numeral 6o. de la Constitución Política, Ley 10 de 1.990, artículo 194 y 195 de la Ley 100 de 1.993 y artículo 127 del Decreto 1333 de 1.986.

Por lo anterior no se encontraron motivos de inconstitucionalidad e ilegalidad para remitir el Acuerdo No. 136 de Febrero 3 de 1.997, al Honorable Tribunal Contencioso Administrativo del Valle del Cauca, para que decidiera sobre su validez.

Solicito al Señor Alcalde que por su conducto se remita el presente escrito con sus anexos al Honorable Concejo Municipal de esa localidad.

Atentamente,

Gloria Montaña

GLORIA ISABEL MONTAÑO COBO

Jefe Unidad Asesoría Jurídica Adva.

LMON-ELC-cdc.-

19 MAR. 1997

ALCALDIA MUNICIPAL
PALMIRA

RECIBIDO

[Firma]

ACUERDO NRO. 37

14 SET. 1995

"POR EL CUAL SE MODIFICA LA CREACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS DESCENTRALIZADOS DEL ORDEN MUNICIPAL, QUE ASUMIRAN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION".

EL HONORABLE CONCEJO MUNICIPAL DE PALMIRA (V), en uso de las atribuciones conferidas por la Constitución Política en su Artículo 313 y la Ley 100 de 1993,

ACUERDA:

ARTICULO 1o.- Modificase el Artículo 1o. del Acuerdo 71 de 1994, el cual quedará así:

ARTICULO 1o.- NATURALEZA: Crease el Centro Hospital de 24 horas de la Emilia, como Empresa Social del Estado, en forma de establecimiento público descentralizado, con Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

ARTICULO 2o.- Modificase el Artículo 3o. del Acuerdo 71 de 1994, el cual quedará así:

ARTICULO 3o.- DENOMINACION Y DOMICILIO: La Institución en mención se denominará "CENTRO HOSPITAL DE 24 HORAS DE LA EMILIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO" y estará domiciliada en el Municipio de Palmira, su campo de acción la ejercerá conforme a la estructura y organización establecida por la Ley y las normas concernientes para el nivel local.

ARTICULO 3o. DIRECCION. La Dirección y Administración del organismo del Primer Nivel de Atención, estará a cargo de la Junta Directiva y el Director del Centro Hospital 24 Horas Empresa Social del Estado, quien será el Representante Legal de la Institución. La Junta Directiva estará conformada así:

- El Alcalde Municipal o su Delegado quien la presidirá.

ARTICULO 5o.- El Secretario de Salud Pública Municipal o su Delegado. En caso de que el Jefe Local sea Delegado por el Alcalde, deberá a su vez, delegar su representación en esta Junta, en cualquier persona distinta a cualquier miembro activo de ella.

- Un Representante del Honorable Concejo, no Concejal.

- Un Representante del Comité Científico del Centro Hospital, elegido por y entre sus miembros.

- Un Delegado de los Comités de Participación Comunitaria NAP.

- Un Delegado de las entidades que presten servicios de salud, seguridad social, previsión y compensación social, bienestar familiar y de las empresas de servicios.

- Un Delegado de los estamentos universitarios formadores de recurso humano de salud, que tengan presencia activa en programas de salud del Municipio.

- El Director del Centro Hospital 24 horas Empresa Social del Estado que asistirá a la Junta con derecho a voz pero sin voto.

PARAGRAFO 1 : La delegación que efectúen los funcionarios municipales, deberán recaer en personas que también sean funcionarios del mismo Municipio.

PARAGRAFO 2 : El periodo de los miembros designados por y entre los participantes del Comité de Participación Comunitaria es el mismo de los representantes del Concejo Municipal, el cual corresponderá al periodo constitucional de esta Corporación (3 años).

ARTICULO 4o.- FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA. Son funciones de la Junta Directiva las siguientes:

1. Aprobar los planes y programas del Organismo o entidad de Salud, con base en el diagnóstico realizado con participación de la comunidad.

2. Adoptar los estatutos y todas sus reformas y

legal de la materia de salud, conforme a las disposiciones aplicables.

3. Determinar la estructura orgánica interna del organismo o entidad de salud.

4. Aprobar los planes y programas de funcionamiento e inversión y velar por su adecuada ejecución y desarrollo.

5. Presentar al Nivel de Dirección y Control de la Secretaría el Proyecto de Presupuesto de Salud de la entidad y las operaciones presupuestales de crédito.

ARTICULO 26.- 6. Definir los servicios, tarifas y cuotas de recuperación por servicios prestados de acuerdo con los grupos de población, su clasificación socio-económica y los grados de complejidad.

ARTICULO 27.- 7. Regular el funcionamiento del Fondo Especial de Medicamentos y Suministros.

8. Crear y suprimir cargos, aprobar la planta de personal y los Manuales de Cargos y Funciones, acudiendo cumplimiento al Régimen de Carrera Administrativa.

PARAGRAFO I.- 9. Informar periódicamente, al Comité de Participación Comunitaria, a la comunidad, a los trabajadores y empleados sobre las decisiones adoptadas y el resultado de la ejecución de los planes y programas.

10. Presentar el Plan o Programa de Salud a fin de que sea incluido en el Plan Municipal de Salud y en el de desarrollo económico y social del Municipio.

11. Concertar y coordinar con otras dependencias del sector y otros sectores públicos y privados, las actividades de atención a las personas y al ambiente, teniendo en cuenta la integración funcional.

12. Fijar los días y horarios de atención según las necesidades de la comunidad, las normas de administración de personal y el nivel o grado de complejidad.

13. Hacer cumplir las disposiciones legales que rigen el Sistema de Salud, así como las decisiones de la DIRECCION NACIONAL, SECCIONAL Y LOCAL.

10. 14 Las demás que legalmente le correspondan o se le atribuyan en los actos de creación y organización.

ARTICULO 5o.- ADMINISTRACION. El Director del Centro Hospital 24 Horas, Empresa Social del Estado, quien es agente del Alcalde Municipal, es el representante legal de la empresa, de libre nombramiento y remoción, se elegirá de terna presentada por la Junta Directiva, conforme a lo dispuesto por la Ley 60 de 1993 y a la reglamentación que al efecto expida el Gobierno Nacional, por periodos mínimos de tres (3) años prorrogables. Solo podrá ser removido cuando se demuestre, ante las autoridades competentes, la comisión de faltas graves conforme al régimen disciplinario del sector oficial, faltas a la ética, según las disposiciones vigentes o ineficiencia definida mediante reglamento del Gobierno Nacional. Los requisitos que debe cumplir el Director son los correspondientes a las profesiones de la salud y de la administración que señale el Ministerio de Salud.

ARTICULO 6o.- FUNCIONES DEL DIRECTOR DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. Son funciones del Director las determinadas en el Artículo Tercero (3o) del Decreto 1335, reglamentario de la Ley 10 de 1990, bajo el Código 071025; y las normas que para tal fin lo modifiquen o deroguen.

ARTICULO 7o.- Facúltase a la Junta Directiva para adoptar, en un plazo no mayor a ciento ochenta (180) días contados a partir de la promulgación del presente Acuerdo, la estructura organizacional y de manejo administrativo de los recursos y personal que permitan la prestación de servicios de Salud del Primer Nivel de Atención con eficiencia, eficacia y calidad por logros y resultados.

PARAGRAFO 1 : DE LA ESTRUCTURA DE LA EMPRESA SOCIAL. Tendrá la siguiente organización:

1. DIRECCION
2. JUNTA DIRECTIVA
3. SECCION DE FOMENTO A LA SALUD
4. SECCION DE PLANEACION
5. SECCION ADMINISTRATIVA
6. UNIDADES PRIMARIAS DE ATENCION ADSCRITAS

ARTICULO 8o.- PATRIMONIO. El patrimonio de la Empresa, estará integrado por:

1. Los bienes inmuebles materiales e inmateriales que actualmente posee, o los que en el futuro adquiriera a cualquier título.

2. Los aportes, bienes, rentas, legados, donaciones y recursos provenientes de la Nación, Departamento, el Municipio y las Entidades Públicas o Privadas, Nacionales o Extranjeras que concurren con este fin.

3. Los impuestos, tasas, contribuciones y participaciones asignadas por normas legales o reglamentarias.

4. Las rentas propias, del crédito, recursos por venta de servicios y de más destinados a la salud.

MANUEL L. HERNANDEZ
PRESIDENTE

ARTICULO 9o.- Se regirá por el siguiente régimen jurídico como lo presenta el artículo 195 de la ley 100 de 1993:

1. Las personas vinculadas a la Empresa tendrán el carácter de empleados públicos conforme a las reglas del Capítulo 4o. de la Ley 10 de 1990.

2. La contratación se efectuará conforme lo preceptúa la normatividad privada o la contratación administrativa, según la naturaleza del contrato. (Ley 80/93 - Ley 100 de 1993, Artículos 149 y s.s. y demás normas concordantes).

3. El régimen presupuestal será el que se prevea, en función de su especialidad, en la Ley Orgánica de Presupuesto, de forma que se adopte un régimen de presupuestación con base en el sistema de reembolso y contraprestación de servicios, en los términos previstos en la presente Ley.

4. Por tratarse de una Entidad Pública podrá recibir transferencias directas de los presupuestos de la nación o de las Entidades Territoriales.

5. Para efectos de tributos nacionales, se someterán al Régimen para los Establecimientos Públicos.

MANUEL L. HERNANDEZ
SECRETARIO

ARTICULO 10.- NORMAS TRANSITORIAS. Facúltase al Alcalde Municipal para completar todo lo concerniente a la organización y funcionamiento de los CENTROS HOSPITALES 24 HORAS, EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, para la prestación del servicio público de salud; en el término de un año (1) a partir de la vigencia del presente Acuerdo.

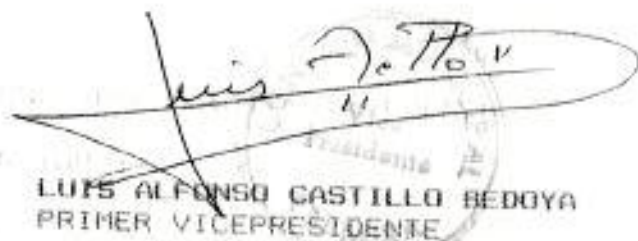
PARAGRAFO 1 : Las disposiciones del presente Acuerdo se podrán hacer extensivas para la creación de nuevas Empresas Sociales del Estado, que serán reglamentadas por el Alcalde Municipal.

ARTICULO 11.- VIGENCIA. El presente Acuerdo rige a partir de su sanción y publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

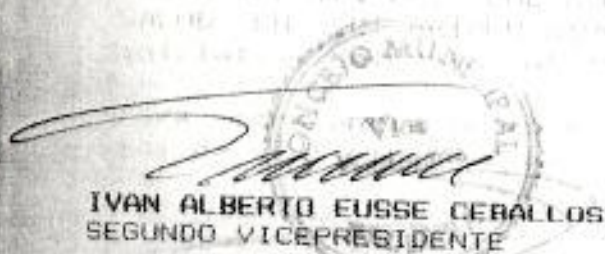
Dado en el Salón de Sesiones del Honorable Concejo Municipal de Palmira Valle, a los dos (02) días del mes de septiembre de mil novecientos noventa y cinco (1995).



RAMIRO ECHEVERRY SANCHEZ
PRESIDENTE



LUIS ALFONSO CASTILLO BEDOYA
PRIMER VICEPRESIDENTE



IVAN ALBERTO EUSSE CEBALLOS
SEGUNDO VICEPRESIDENTE



ARTURO CALLE FORERO
SECRETARIO GENERAL

EL SUSCRITO SECRETARIO DEL HONORABLE CONCEJO MUNICIPAL DE PALMIRA,

CERTIFICA:

QUE EL PRESENTE ACUERDO No. 37 "POR EL CUAL SE MODIFICA LA CREACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS DESCENTRALIZADOS DEL ORDEN MUNICIPAL, QUE ASUMIRAN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION", fue discutido y aprobado en el curso de las Sesiones Extraordinarias del Concejo Municipal durante las siguientes fechas:

PRIMER DEBATE : VEINTISEIS (26) DE AGOSTO DE 1995.

SEGUNDO DEBATE : DOS (02) DE SEPTIEMBRE DE 1995.

Para constancia se firma en Palmira, a los seis (06) días del mes de septiembre de mil novecientos noventa y cinco (1995).

ARTURO CALLE FORERO
Secretario General

LA SECRETARIA GENERAL DEL CONCEJO MUNICIPAL DE PALMIRA,

HACE CONSTAR :

QUE EL PRESENTE ACUERDO No. 37 "POR EL CUAL SE MODIFICA LA CREACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS DESCENTRALIZADOS DEL ORDEN MUNICIPAL, QUE ASUMIRAN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION", fue presentado por iniciativa del señor Alcalde Municipal.

Para constancia se firma en Palmira, a los seis (06) días del mes de septiembre de mil novecientos noventa y cinco (1995).

ARTURO CALLE FORERO
Secretario General

LA SECRETARIA GENERAL DEL CONCEJO MUNICIPAL DE PALMIRA,
EXPIDE LA SIGUIENTE REMISION

En la fecha, seis (06) de septiembre de mil novecientos noventa y cinco (1995), remito el original y siete (7) copias del presente Acuerdo 37 "POR EL CUAL SE MODIFICA LA CREACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS DESCENTRALIZADOS DEL ORDEN MUNICIPAL, QUE ASUMIRAN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION", al señor Alcalde Municipal para su sancion



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 1 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Afiliación a seguridad social - Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. - Nivel: NIVEL1

Número de afiliación: 16860639

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Estado civil: Soltero - Ocupación: SIN OCUPACION

Etnia: Blanco,Residencia: CALLE 17A 28A-16 - Teléfono: 3167319586 - Correo electrónico: cuidadanohrob@gmail.com, Barrio: LA INDEPENDENCIA (Zona Urbana), Comuna: COMUNA 07, Zona: SUR - Municipio: [76520] PALMIRA

En caso de urgencia avisar a: N (NN) - Dirección: N - Teléfono: 2869021

Apertura TRIAGE del 5-Ene-2017 03:20 pm: 43 Años

Id: 640464

MOTIVO DE CONSULTA

PACIENTE QUE INGRESA A EL SERVCIO REFIERE QUE NO A PODIDO ORINAR SIENTE DOLOR EN EL PENE DIFICULTAD PARA CAMINAR PACIENTE REFIERE EEL DOLOR ES INTENSO ANTECEDENTES NIEGA

Clasificación de triage

Urgencia

ANTECEDENTES PERSONALES

NINGUNA

PROFESIONAL: [1070] ENF. MORALES BEDOYA ANGELA LIZETH - NIT:

1114823092 - Registro: 1114823092 - Especialidad: ATENCION DE

ENFERMERIA EN URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

**Evolución del 5-Ene-2017 03:20 pm: 43 Años

Id: 971830

Fecha de grabación: 5-Ene-2017 03:20 pm

NOTAS ACLARATORIAS TRIAGE

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 99, Frec. respiratoria: 19, Temperatura: 36.0°C, Peso: 70.0

Kgs., Talla: 165 cms., IMC: 25.71 Peso normal, Perímetro cintura: --,

Saturación O2: 96.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente,

Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente

embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 149 / 76 (Hipertensión, estadio 1 / TA Media: 100),

Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

OBSERVACIONES

URG 2

Documento de venta asociado

CPS-2778552

Subsidiado: CAFESALUD EPS S.A.

PROFESIONAL: [1070] ENF. MORALES BEDOYA ANGELA LIZETH - NIT:

1114823092 - Registro: 1114823092 - Especialidad: ATENCION DE

ENFERMERIA EN URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura URGENCIAS del 5-Ene-2017 04:10 pm: 43 Años

Id: 640498

MOTIVO DE CONSULTA

PACIENTE QUE INGRESA A EL SERVCIO REFIERE QUE NO A PODIDO ORINAR SIENTE DOLOR EN EL PENE DIFICULTAD PARA CAMINAR PACIENTE REFIERE EEL DOLOR ES INTENSO ANTECEDENTES NIEGA

ENFERMEDAD ACTUAL

paciente que ingresa al servicio dolor intenso al orinar + maniifieta que orina x poquitos + door abdominal globo xloucal consulta

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

NEGATIVO

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMA

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 2 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

**** Comentarios de Apertura ******Comentarios**

Comentario alusivo a la Historia::

PROFESIONAL: [0033] ROCHA OCAMPO GUSTAVO ADOLFO - NIT:
1113621805 - Registro: 765540 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y
DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 5-Ene-2017 04:10 pm: 43 Años**

Id: 971881

Fecha de grabación: 5-Ene-2017 04:10 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: algico

Frec. cardiaca: 85, Frec. respiratoria: 17, Temperatura: 37.0°C, Peso: 70.0
Kgs., Talla: 165 cms., IMC: 25.71 Peso normal, Perímetro cintura: --,
Saturación O2: 96.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente,
Colaborador en la consulta: NO, Usuario hidratado: NO, Aparentemente
embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 80 (Optima / TA Media: 93), Acostado: 0 /
0, De pie: 0 / 0, Cúbito Lat.Izq.: 0 / 0

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

distension abosdmlnal globo vesical

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-2778552

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica
Relacionado a la consulta: [R104] OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS
NO ESPECIFICADOS

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 5-Ene-2017 10:43 pm

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

lev 500cc d esn a0.9

buscapina comaputra 1 ampolev
s-s psa uroanalysis cratina bun }
sonda vesical cisotfolo

****Comentario de Evolucion******Comentario de Evolución**

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Documento de venta asociado

CPS-2778552

Subsidiado: CAFESALUD EPS S.A.

PROFESIONAL: [0033] ROCHA OCAMPO GUSTAVO ADOLFO - NIT:
1113621805 - Registro: 765540 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y
DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 5-Ene-2017 08:59 pm: 43 Años**

Id: 972065

Fecha de grabación: 5-Ene-2017 08:59 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 70, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 36.0°C, Peso: 70.0
Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2:
--, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la
consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 70 (Optima / TA Media: 86), Acostado: --,
De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 3 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-2778552

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Relacionado a la consulta: [R104] OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 5-Ene-2017 10:43 pm

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

1-diclofenaco 75 mg mapolla i.m

2-dexametasona 8 mg mapolla i.m

3-cambio de sonda

paciente al momento hemodinamemente estable normocefalico pupilas isocircas

mucosas semihumedas llegan reporte de exmanes :

creatinina:1.00 normal

2-bun ureico.17.40

3-psa:1.60 normal

seda alata medcica con formula y recomendaciones

1-nitrofurantoina 100 mg tab1 cada 8 horas v.o

2-hioscina 10 mg tab 1 cada 8 horas v.o

3-ibuprofeno 400 mg tab1 cada 8 horas v.o

recomendaciones:

verbales y escritas

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Documento de venta asociado

CPS-2778552

Subsidiado: CAFESALUD EPS S.A.

Apertura TRIAGE del 11-Ago-2017 00:41 am: 44 Años

Id: 758666

MOTIVO DE CONSULTA

MARE NAUCEAS VOMITO

Clasificación de triage

Urgencia

ANTECEDENTES PERSONALES

NINGUNA

PROFESIONAL: [0484] RESTREPO MARTINEZ JOHN ALEXANDER - NIT: 6394652 - Registro: 763680 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 11-Ago-2017 00:41 am: 44 Años**

Id: 1179777

Fecha de grabación: 11-Ago-2017 00:41 am

NOTAS ACLARATORIAS TRIAGE**EXÁMEN FÍSICO**

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 96, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 36.5°C, Peso: 70.0 Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: --,

Filtración glomerular: --, Estado al Llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Apparently embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 129 / 65 (Normal / TA Media: 86), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

OBSERVACIONES

2

Documento de venta asociado

CPS-3009368

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [0484] RESTREPO MARTINEZ JOHN ALEXANDER - NIT: 6394652 - Registro: 763680 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura URGENCIAS del 11-Ago-2017 00:46 am: 44 Años

Id: 758669

PROFESIONAL: [0181] ERAZO ERAZO CARLOS FABIAN - NIT: 94308379 -

Registro: 520751 - Especialidad: CIRUGIA GENERAL

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 4 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

MOTIVO DE CONSULTA

MARE NAUCEAS VOMITO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE REIFER EUCADRO DE 3 DIAS DE EOVLUCO NCSISNTE NE
MAELSTAR GENERAL TOS SECA ALZAS MTIERCAS ITERMITNNT EL DIA D
EHOY MAREO OCN SENSACION D EUQ ELA SOCSAS GIRAN ALRDEDOR

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

NEGATIVO

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMA

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

Comentarios

Comentario alusivo a la Historia::

PROFESIONAL: [0484] RESTREPO MARTINEZ JOHN ALEXANDER - NIT:
6394652 - Registro: 763680 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y
DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 11-Ago-2017 00:46 am: 44 Años**

Id: 1179783

Fecha de grabación: 11-Ago-2017 00:46 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIETNE LUCE AGUDAMENTE ENFERMO
Frec. cardiaca: --, Frec. respiratoria: --, Temperatura: --, Peso: 70.0 Kgs.,
Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: --,
Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la
consulta: NO, Usuario hidratado: NO, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 129 / 65 (Normal / TA Media: 86), Acostado: 0 /
0, De pie: 0 / 0, Cúbito Lat.Izq.: 0 / 0

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

ERITEMA FARINGEO PLACAS ESCASAS OTOSCOPIA TAPON DE CERA
BILATERAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

RSCRS CAMPOS PULMOANRES VNETILADOS NO SOBRE AGREGADOS

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

PARESTESIA N MIEMBROS SUPEIROEES

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

ROMBERG POSITIVO

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3009368

Principal de consulta: [H811] VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO - Impresión
diagnosticaRelacionado a la consulta: [J069] INFECCION AGUDA DE LAS VIAS
RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 11-Ago-2017 03:01 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

SE ORDNEA ANALESICO HIDRATAIOCN REVLAORAIOCNE 2 HORAS

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 5 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Orden médica: 765200302901-OMED-170410, 11-Ago-2017

- MCL (30) METOCLOPRAMIDA 10 MG AMPOLLA/2ML, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, E,V, AHORA

Orden médica: 765200302901-OMED-170410,

Adm.tto: 11-Ago 0:57. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE METOCLOPRAMIDA X 10 MG DILUIDA EN 20CC DE SSN 09% RECIBE Y TOLERA ENDOVENOSO LENTO ARGENSOL DAZA AUXILIAR DE ENFERMERIA

Orden médica: 765200302901-OMED-170410, 11-Ago-2017

- DEXAMETASONA 8 MG 2 ML AMPOLLA LAFRANCOL, SUSPENSIÓN INYECTABL, #1, IM, AHORA

Orden médica: 765200302901-OMED-170410,

Adm.tto: 11-Ago 0:57. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE DEXAMETAX 8 MG INTRAMUSCULAR RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO ARGENSOL DAZA AUXILIAR DE ENFERMERIA

Orden médica: 765200302901-OMED-170410, 11-Ago-2017

- CLARITROMICINA TAB X 500 MG, TABLETA CON O SIN RE, #1, ORAL, AHORA

Orden médica: 765200302901-OMED-170410,

Adm.tto: 11-Ago 0:57. (1) SE SUMINISTRA 1 TABLETA DE CLARITROMICINA X 500MG MG VIA ORAL SE ADMINISTRA SEGÚN ORDEN MEDICA SIN COMPLICACION ARGENSOL DAZA AUXILIAR DFE ENFERMERIA

Orden médica: 765200302901-OMED-170410, 11-Ago-2017

- DIMENHIDRINATO 50 MG TABLETA, TABLETA, #1, ORAL, AHORA

Orden médica: 765200302901-OMED-170410,

Adm.tto: 11-Ago 0:57. (1) SE SUMINISTRA 1 TABLETA DE DIMENDRINATO X 50MG VIA ORAL SE ADMINISTRA SEGÚN ORDEN MEDICA SIN COMPLICACION ARGENSOL DAZA AUXILIAR DFE ENFERMERIA

Orden médica: 765200302901-OMED-170410, 11-Ago-2017

- DIPIRONA 2 ML X 1 GR AMP, AMPOLLA, #1, INYECTABLE, AHORA

Orden médica: 765200302901-OMED-170410,

Adm.tto: 11-Ago 1:02. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE DIPIRONA X 1 GR DILUIDA EN 20 CC DE SOLUCION SALINA 0.9 % ENDOVENOSA LENTA RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO ARGENSOL DAZA AUXILIAR DEENFERMERIA

Orden médica: 765200302901-OMED-170410, 11-Ago-2017

- MCL (800) SODIO CLORURO 0.9% 500 CC (SOLUCION SALINA), BOLSA, #1, INYECTABLE, 500 EN BOLO

Orden médica: 765200302901-OMED-170410,

Adm.tto: 11-Ago 0:58. (1) SE CANALIZA CON YELCO N 18 EN MIEMBRO SUPERIOR SE ADMINISTRA 500 CC DE SOLUCION SALINA 0.9 % ENDOVENOSA BOLO RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO ARGENSOL DAZA AUXILIAR DE ENFERMERIA

Documento de venta asociado

CPS-3009368

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [0484] RESTREPO MARTINEZ JOHN ALEXANDER - NIT: 6394652 - Registro: 763680 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

PROFESIONAL: [0484] RESTREPO MARTINEZ JOHN ALEXANDER - NIT: 6394652 - Registro: 763680 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS

Apertura TRIAGE del 13-Jun-2018 05:21 pm: 45 Años

Id: 923102

MOTIVO DE CONSULTA

DESDE AYER PRESENTA MAREOS, ARDOR EN LOS PIES, CANSANCIO.

Clasificación de triage

Consulta al Día

ANTECEDENTES PERSONALES

NINGUNA

PROFESIONAL: [1118] ENF. JIMENEZ HURTADO ISABEL CRISTINA - NIT: 1114827966 - Registro: 1114827966 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 13-Jun-2018 05:21 pm: 45 Años**

Id: 1475247

Fecha de grabación: 13-Jun-2018 05:21 pm

NOTAS ACLARATORIAS TRIAGE

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 77, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 34.0°C, Peso: 72.0

Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2:

97.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en

la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 107 / 64 (Optima / TA Media: 78), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

OBSERVACIONES

PTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

PROFESIONAL: [1118] ENF. JIMENEZ HURTADO ISABEL CRISTINA - NIT: 1114827966 - Registro: 1114827966 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura TRIAGE del 20-Jun-2018 08:50 am: 45 Años

Id: 926937

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 6 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

MOTIVO DE CONSULTApaciente quein ingresa al serviico de urgcnias por presentar dolor anuria
dolor bajito**Clasificación de triage**

Urgencia

MOTIVO DE NO ATENCION

atendido en urg

ANTECEDENTES PERSONALES

NINGUNA

PROFESIONAL: [1033] ENF. PALACIOS VIRGEN PAOLA ANDREA - NIT:
66802657 - Registro: 66802657 - Especialidad: ENFERMERIA EN CUIDADO AL
NIÑO
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS****Evolución del 20-Jun-2018 08:50 am: 45 Años**

Id: 1482870

Fecha de grabación: 20-Jun-2018 08:50 am

NOTAS ACLARATORIAS TRIAGE**EXÁMEN FÍSICO**

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 85, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 37.0°C, Peso: 68.0
Kgs., Talla: 165 cms., IMC: 24.98 Peso normal, Perímetro cintura: --,
Saturación O2: 99.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente,
Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente
embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 116 / 80 (Optima / TA Media: 92), Acostado: --,
De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --**OBSERVACIONES**

urg

PROFESIONAL: [1033] ENF. PALACIOS VIRGEN PAOLA ANDREA - NIT:
66802657 - Registro: 66802657 - Especialidad: ENFERMERIA EN CUIDADO AL
NIÑO
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS**Apertura URGENCIAS del 20-Jun-2018 09:12 am: 45 Años**

Id: 926973

MOTIVO DE CONSULTA

voy a orinar y no puedo.

ENFERMEDAD ACTUALpcte refiere cuadro clinico de 4 hrs de evolucion consistente en disminucion en
el calibre de chorro posterior a esto refiere retencion urinaria con
requerimiento de pujo y tenesmo sin lograr evacuacion no mas sintomas
asociados. Refiere segundo episodio.**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

Ant urolitis

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extraccion de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMA

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 7 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Comentarios

Comentario alusivo a la Historia::

Steven Calderón P.

PROFESIONAL: [1151] CALDERON PAEZ STEVEN - NIT: 1151940585 -

Registro: 1151940585 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y

DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 20-Jun-2018 09:12 am: 45 Años**

Id: 1482919

Fecha de grabación: 20-Jun-2018 09:12 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: algico.

Frec. cardiaca: 96, Frec. respiratoria: 22, Temperatura: 36.0°C, Peso: --,

Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 97.0%,

Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la

consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 116 / 80 (Optima / TA Media: 92), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

RCRRS sincronicos no soplos

AP con MV presente sin sobreagregados

ABDÓMEN Y LUMBAR

Distendido, se palpa globo vesical doloroso a nivel infraumbilical, hay dolor a la palpacion en ambas fosas iliacas e hipogastrio, PPL negativa.

SISTEMA GENITO-URINARIO

No explorado

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3320845

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 22-Jun-2018 05:56 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

pcte refiere cuadro clinico de 4 hrs de evolucion consistente en disminucion en el calibre de chorro posterior a esto refiere retencion urinaria con requerimiento de pujo y tenesmo sin lograr evacuacion no mas sintomas asociados. Refiere segundo episodio. Al examen fisico presenta globo vesical, pcte muy algico se indica cateterismo vesical para evacuacion de emergencia con sonda nelaton, toma de uroanalisis + gram de orina ademas toma de Bun - Creatinina por sospecha de obstruccion secundaria a litiasis renal por ant de urolitiasis. Manejo de dolor con buscapina compuesta ev dosis unica. Segun reporte de labs y si se logra adecuada toma de ecografia denal y de vias urinarias.

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-364180, 20-Jun-2018

- INSERCIÓN DE CATETER (SONDA) EN URETRA

Orden médica: 765200302901-OMED-364181, 20-Jun-2018

- SONDA NELATON #14, #1, ,

- SONDA NELATON #20, #1, ,

Documento de venta asociado

CPS-3320845

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

Steven Calderón P.

PROFESIONAL: [1151] CALDERON PAEZ STEVEN - NIT: 1151940585 -

Registro: 1151940585 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y

DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución : 45 Años**

Id: 1483002

Fecha de grabación: 20-Jun-2018 10:08 am

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3320845

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 8 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 22-Jun-2018 05:56 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****Comentario Historia Clínica******Detalle el comentario**

Relacione el comentario:: previa asepsia y antisepsia infiltracion con lidocaina solicion inyectable se realiza dilatacion de canal uretral por parte de Dr vargas logrando expansion de meato uretral y posterior insercion de sonda foley con evacuacion de aproximadamente 500 cc de orina clara. Se considera pcte con retencion urinaria secundaria a estrechez uretral se considera pcte debe ser valroado por yrologia para estudios adicionales. Al momento estamos pendientes a reporte de azoados y uroanalisis + gram. Se indica toma de ecografia renal.

Orden médica: 765200302901-OMED-364215, 20-Jun-2018

- ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL) +

Orden médica: 765200302901-OMED-364217, 20-Jun-2018

- COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA *+
- NITROGENO UREICO [BUN] *+
- CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA +

Orden médica: 765200302901-OMED-364218, 20-Jun-2018

- SONDA FOLLEY # 20 DOS VIAS, #1, ,
- GUANTE ESTERIL 6.5 X CAJA, #1, ,
- LIDOCAINA AL 2 % CJA x 50 UNDS x 1.8ML, #1, ,
- LIDOCAINA JALEA 2% TUBO 30ML, JALEA, #1, TOPICO, aplicacion uretral

Documento de venta asociado

CPS-3320845

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [1151] CALDERON PAEZ STEVEN - NIT: 1151940585 -

Registro: 1151940585 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 20-Jun-2018 04:39 pm: 45 Años**

Id: 1483549

Fecha de grabación: 20-Jun-2018 04:39 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 72, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 36.0°C, Peso: --,

Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%,

Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la

consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 120 / 80 (Optima / TA Media: 93), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3320845

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 22-Jun-2018 05:56 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

uroanalisis ph 6,5 densidad 1'012

sangre 300 eritrocitos por ul eritrocitos 8-10 por campo

bun 12 mg or dl

creatinina 1,52 mg por dl

ecigrafiua rebal de y selas vias urinarias prostata levemne aumentada de tamaño

cuadro clinico de posible hiperplasia prostatica con retencion de orina

decido inciar hioscina acetaminofen

se da ordenemn oara mañana de creatinina

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-364509, 20-Jun-2018

- HIOSCINA - BUTIL BROMURO 10 MG GRAGEA, TABLETA, #20, ORAL, 1 cada 8 horas

- ACETAMINOFEN 500 MG TABLETAS, TABLETA, #30, ORAL, 2 cada 6 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-364510, 20-Jun-2018

- CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 9 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Documento de venta asociado

CPS-3320845

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [1150] ARCINIÉGAS HAMAN JUAN CARLOS - NIT: 16272304 -
Registro: 008141 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS****Evolución del 20-Jun-2018 04:47 pm: 45 Años**

Id: 1483552

Fecha de grabación: 20-Jun-2018 04:47 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: --, Frec. respiratoria: --, Temperatura: --, Peso: --, Talla: --,
IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración
glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI,
Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 0 / 0 (Sin determinar), Acostado: --, De pie: --,
Cúbito Lat.Izq.: --**CABEZA Y CUELLO**

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3320845

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 22-Jun-2018 05:56 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLANse da salida con orden para toma de muestra para creatinina mañana 7 am
por favor dejar historia clinica abierta**Comentario de Evolución**

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Documento de venta asociado

CPS-3320845

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [1150] ARCINIÉGAS HAMAN JUAN CARLOS - NIT: 16272304 -
Registro: 008141 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS****Evolución del 21-Jun-2018 10:20 am: 45 Años**

Id: 1484270

Fecha de grabación: 21-Jun-2018 10:20 am

EXÁMEN FÍSICOInspección general: PACIENTE ALGICO, DEAMBULANTE, SIN ACOMPAÑANTE
Frec. cardiaca: 95, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 36.0°C, Peso: --,
Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%,
Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la
consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 80 (Optima / TA Media: 93), Acostado: --,
De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --
Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)**CABEZA Y CUELLO**

CUELLO MOVIL, SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS PALPABLES.

CARA, OJOS, ORL

MUCOSA ORAL HUMEDA

ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS ISOCORICAS, NORMORREACTIVAS A LA
LUZ

CONJUTIVAS ROSADAS

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONARRUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SINCRONICOS CON EL PULSO, MURMULLO
VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO
SOBREAGREGADOS

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 10 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

ABDÓMEN Y LUMBAR

LAXO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO

SISTEMA GENITO-URINARIO

SONDA VASICAL BIEN POSICIONADA, DRENANDO ORINA CLARA A TRAVES DE SONTA, APROX 100 CC NO HEMATURICA

EXTREMIDADES Y PELVISSIMETRICAS, EUTROFICAS, SIN EDEMA
LLENADO CAPILAR < 2 SEG**SISTEMA OSTEOMUSCULAR**

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTALALERTA, CONSCIENTE
GLASGOW 15/15
NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
FUERZA MUSCULAR 5/5**PIEL**

NORMAL

DIAGNÓSTICODocumento de venta: 765200302901-CPS-3320845
Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica
Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS
Fecha y hora de egreso: 22-Jun-2018 05:56 am
Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE**ANÁLISIS Y PLAN**IDX:
1- ESTRECHEZ URETRAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ URETRAL DIAGNOSTICADA DESDE HACE 1 AÑO, SIN EMBARGO SIN VALORACION POR UROLOGIA, REFIERE MANEJO FARMACOLOGICO PARA OSTRUCCION. INGRESA POR CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION DE DISMINUCION DE CALIBRE DEL CHORRO, POSTERIORMENTE RETENCION URINARIA, PUJO Y TENESMO. NIEGA OTROS SINTOMAS.

POR SINTOMAS OBSTRUCTIVOS E IRRITATIVOS URINARIOS SE REALIZA DILATACION DE CANAL URETRAL CON INSERCIÓN DE SONTA FOLEY CON EVACUACION DE 500 CC ORINA CLARA, SS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: CR INICIAL: 1.52 CONTROL:1.21 BUN:12

UROANALISIS: AMARILLO PALIDO, GLUC(NORMAL) PH:6.5 D:1012 SANGRE:300 ERY CETONAS/ NITRITOS/ LEU: NEGATIVOS MICRO: LEU: OCASIONALES CEL EPITELIALES BAJAS: ESCASAS BACT: ESCASAS ERI EU: 8-10 COLORACION GRAM: NEGATIVO PARA BACTERIAS

ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM

VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE TAMAÑO

DE MOMENTO PACIENTE CON SIGNOS VITALES ESTABLES, ALGICO, DEAMBULANTE, CON PRESENCIA DE SONTA VESICIAL BIEN POSICIONADA, DRRENANDO ORINA CLARA 100 CC EN BOLSA DE RECOLECCION, POR PRESENCIA DE DOLOR, SE INDICA MANEJO ANALGESICO.

POR PERSISTENCIA DE DOLOR DE DIFICIL MANEJO Y SINTOMAS URINARIOS OBSTRUCTIVOS E IRRITATIVOS, INIDICO HOSPITALIZACION.

PLAN:

ANÁLISIS Y PLAN

- 1- HOSPITALIZAR
- 2- TAPON HEPARINIZADO
- 3- DIETA COMUN
- 4- CABECERA 30 GRADOS
- 5- RANITIDINA 150 MG CADA DIA
- 6- ENOXAPARINA 40 MG CADA DIA
- 7- TRAMADOL 50 MG SC CADA 6 HORAS
- 8- ACETAMINOFEN 500 MG CADA 8 HORAS
- 9- TRAZODONA 50 MG CADA NOCHE
- 10- CONTINUA SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL
- 11- CONTROL DE SIGNOS VITALES
- 12- AVISAR CAMBIOS.

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-364934, 21-Jun-2018

- DIPIRONA 1 GM AMPOLLA, AMPOLLA, #1, INYECTABLE, DIL EN 100 CC SSN PASAR LENTO

Orden médica: 765200302901-OMED-364934,

Adm.tto: 21-Jun 10:53. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE DIPÍRONA X 1 GRAMOS VIA ENDOVENOSA DILUIDA EN 100 CC DE SOLUCION SLAINA NORMAL 0,9% PASANDO LENTO DURANTE 15 MINUTOS, SIN REACCION ADVERSA. MELINA MEDINA

Orden médica: 765200302901-OMED-364934, 21-Jun-2018

- TRAMADOL 50 MG AMPOLLA VITALIS, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, SC, 1 AMP DU

Orden médica: 765200302901-OMED-364934,

Adm.tto: 21-Jun 10:53. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE TRAMADOL X 50 MG VIA SUBCUTANEA, SIN REACCION ADVERSA. MELINA MEDINA

Orden médica: 765200302901-OMED-364934, 21-Jun-2018

- DEXAMETASONA 8 MG 2 ML AMPOLLA LAFRANCOL, SUSPENSIÓN INYECTABL, #1, INYECTABLE, 1 AMP DU

Orden médica: 765200302901-OMED-364934,

Adm.tto: 21-Jun 10:54. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE DEXAMETASONA X 8 MG VIA INTRAMUSCULAR, SIN REACCION ADVERSA. MELINA MEDINA

Orden médica: 765200302901-OMED-365176, 21-Jun-2018- MCL(8.000) TAPON HEPARINIZADO, #1, ,
Observaciones:

- 1- HOSPITALIZAR
- 2- TAPON HEPARINIZADO
- 3- DIETA COMUN
- 4- CABECERA 30 GRADOS
- 5- RANITIDINA 150 MG CADA DIA
- 6- ENOXAPARINA 40 MG CADA DIA
- 7- TRAMADOL 50 MG SC CADA 6 HORAS
- 8- ACETAMINOFEN 500 MG CADA 8 HORAS
- 9- TRAZODONA 50 MG CADA NOCHE
- 10- CONTINUA SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL
- 11- CONTROL DE SIGNOS VITALES
- 12- AVISAR CAMBIOS.



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 11 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

- TRAMADOL 50 MG AMPOLLA VITALIS, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, SC, CADA 6 H

Orden médica: 765200302901-OMED-365176,

Adm.tto: 21-Jun 15:16. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE TRAMADOL X 50 MG VIA SUBCUTANEA, SIN REACCION ADVERSA. MELINA MEDINA

Adm.tto: 21-Jun 19:35. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-365176, 21-Jun-2018

- TRAZADONA 50MG TABLETAS, TABLETA, #1, ORAL, CADA NOCHE

Orden médica: 765200302901-OMED-365176,

Adm.tto: 21-Jun 15:18. (1) SE ADMINISTRA 1 TABLETA DE TRAZADONA X 50 MG VIA ORAL, SIN REACCION ADVERSA. MELINA MEDINA

Adm.tto: 21-Jun 19:35. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-365176, 21-Jun-2018

- RANITIDINA 150 MG TABLETAS, TABLETA CON O SIN RE, #1, ORAL, CADA 24 H

Orden médica: 765200302901-OMED-365176,

Adm.tto: 21-Jun 15:17. (1) SE ADMINISTRA 1 TABLETA DE RANITIDINA 150 MG VIA ORAL, SIN REACCION ADVERSA. MELINA MEDINA

Adm.tto: 21-Jun 19:35. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-365176, 21-Jun-2018

- ACETAMINOFEN 500 MG TABLETAS, TABLETA, #1, ORAL, CADA 8 H

Orden médica: 765200302901-OMED-365176,

Adm.tto: 21-Jun 15:16. (1) SE ADMINISTRAN 1 TABLETA DE ACETAMINOFEN 500 MG VIA ORAL, SIN REACCION ADVERSA. MELINA MEDINA

Adm.tto: 21-Jun 19:35. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-365176, 21-Jun-2018

- ENOXAPARINA 40MG AMPOLLA PROCLIN, inyectable, #1, SC, CADA 24 H

Orden médica: 765200302901-OMED-365176,

Adm.tto: 21-Jun 15:17. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE ENOXAPARINA X 40 MG VIA SUBCUTANEA, SIN REACCION ADVERSA. MELINA MEDINA

Adm.tto: 21-Jun 19:35. (0) Chequeado

Documento de venta asociado

CPS-3320845

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

Dayana A.

PROFESIONAL: [1127] AGUDELO ARCE DAYANA - SSO - NIT: 1112104021 - Registro: SSO - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura HOSPITALIZACION del 22-Jun-2018 10:10 am: 45 Años

Id: 928408

MOTIVO DE CONSULTA

EVOLUCION

ENFERMEDAD ACTUAL

IDX:

1- ESTRECHEZ URETRAL

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Ant urolitis

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extraccion de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICOS

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

Comentarios

Comentario alusivo a la Historia::

Vargas

PROFESIONAL: [0445] VARGAS FLORES GABRIEL - NIT: 6220025 - Registro: 14743 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 12 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

****Evolución del 22-Jun-2018 10:10 am: 45 Años**

Id: 1485525

Fecha de grabación: 22-Jun-2018 10:10 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL.
Frec. cardiaca: 75, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.7°C, Peso: 70.0 Kgs., Talla: 170 cms., IMC: 24.22 Peso normal, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 0 / 0 (Sin determinar), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

CRANEO NOROMOCEFALICO
CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS

CARA, OJOS, ORL

CONJUNTIVAS ROSADAS
MUCOSAS HUMEDAS

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

MV PRESENTE SIN AGREGADOS
RC RITMICOS SIN SOPLOS

ABDÓMEN Y LUMBAR

BLANDO DEPRESIBLE CON DOLOR A LA PALPACION EN HEMIABDOMEN INFERIOR

SISTEMA GENITO-URINARIO

SE OMITE

EXTREMIDADES Y PELVIS

SÍMETRICAS MOVILES SIN EDEMA

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3322006
Principal de egreso de hospitalización: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA -
Principal de ingreso a hospitalización: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA -
Fecha de ingreso al servicio: 20-Jun-2018 10:24 am
Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA
Fecha y hora de egreso: 22-Jun-2018 10:10 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

IDX:

1- ESTRECHEZ URETRAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ URETRAL DIAGNOSTICADA DESDE HACE 1 AÑO, SIN EMBARGO SIN VALORACION POR UROLOGIA, REFIERE MANEJO FARMACOLOGICO PARA OSTRUCCION. INGRESA POR CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION DE DISMINUCION DE CALIBRE DEL CHORRO, POSTERIORMENTE RETENCION URINARIA, PUJO Y TENESMO. NIEGA OTROS SINTOMAS. POR SINTOMAS OBSTRUCTIVOS E IRRITATIVOS URINARIOS SE REALIZA DILATACION DE CANAL URETRAL CON INSERCCION DE Sonda FOLEY CON EVACUACION DE 500 CC ORINA CLARA. SE TOMAN PARACLINICOS UROANALISIS NO PATOLOGICO, GRAM DE ORINA NEGATIVO, AZOADOS LEVEMENTE ELEVADOS Y DE CONTROL DE AYER CON CR YA EN LIMITES NORMALES (CR 1.21) Y ECOGRAFIA RENAL Y DE VIAS URINARIAS: PROSTATA LIGERAMENTE AUMENTADA DE TAMAÑO SIN OTRAS ALTERACIONES. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, REFIERE MEJORIA DEL DOLOR Y SINTOMATOLOGIA. SE DECIDE DAR SALIDA CON ANALGESIA, CITA PARA VALORACION POR UROLOGIA PRIORITARIA. Y SE DEJA Sonda VESICAL HASTA DICHA VALORACION. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER.

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-365662, 22-Jun-2018

- CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA
Observaciones: PRIORITARIA

Orden médica: 765200302901-OMED-365668, 22-Jun-2018

- ACETAMINOFEN 500 MG TABLETAS, TABLETA, #20, ORAL, TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS

Documento de venta asociado

CPS-3322006

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [0445] VARGAS FLORES GABRIEL - NIT: 6220025 - Registro: 14743 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 22-Jun-2018 12:13 pm: 45 Años**

Id: 1485735

Fecha de grabación: 22-Jun-2018 12:13 pm



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 13 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EVOLUCIÓN

07:00 RECIBO PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACION CONCIENTE ORIENTADO EN TLP CON DX DE ESTRICHES URETRAL , AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA PACIENTE ESTABLE EFEBRIL CON BUENA EVOLUCION MEDICA FUE VALORADO POR EL DR EL CUAL EN SU EVOLUCION MEDICA DA ORDEN DE SALIDA CON RECOMENDACIONES PARA EL HOGAR , SOLICITA VALORACION POR UROLOGIA CONSULTA EXTERNA , SE LE ADMINISTRA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUN EFECTO ADVERSO , PENDIENTE TRAMITE DE SALIDA .

OBSERVACIONES

urg

Documento de venta asociado

CPS-3329794

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [1033] ENF. PALACIOS VIRGEN PAOLA ANDREA - NIT: 66802657 - Registro: 66802657 - Especialidad: ENFERMERIA EN CUIDADO AL NIÑO
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura URGENCIAS del 25-Jun-2018 08:10 am: 45 Años

Id: 929590

PROFESIONAL: [0117] AE.SINISTERRA ALBORNOZ NINI JOHANNA - NIT: 29685372 - Registro: 763146 - Especialidad: ENFERMERIA EN CUIDADO AL NIÑO
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura TRIAGE del 25-Jun-2018 07:35 am: 45 Años

Id: 929558

MOTIVO DE CONSULTA

paciente quein ingres aal servicio de urgencias por presentar dolor bajito disuria pte con sonda vesical

Clasificación de triage

Urgencia

ANTECEDENTES PERSONALES

NINGUNA

PROFESIONAL: [1033] ENF. PALACIOS VIRGEN PAOLA ANDREA - NIT: 66802657 - Registro: 66802657 - Especialidad: ENFERMERIA EN CUIDADO AL NIÑO
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

**Evolución del 25-Jun-2018 07:35 am: 45 Años

Id: 1488046

Fecha de grabación: 25-Jun-2018 07:35 am

NOTAS ACLARATORIAS TRIAGE

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 87, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 37.0°C, Peso: 68.0 Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 80 (Optima / TA Media: 93), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

MOTIVO DE CONSULTA

paciente quein ingres aal servicio de urgencias por presentar dolor bajito disuria pte con sonda vesical

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ URETRAL DIAGNOSTICADA DESDE HACE 1 AÑO, SIN EMBARGO SIN VALORACION POR UROLOGIA, REFIERE MANEJO FARMACOLOGICO PARA OSTRUCCION. REINGRESA POR CUADRO CLINICO DE 2 DIA DE EVOLUCION DE DISMINUCION DE DOLOR AL FINALIZAR LA MICCION, TENESMO, PUJO Y TENESMO. NIEGA OTROS SINTOMAS. TIENE ANTECEDENTE DE INGRESO PREVIO DEL 20 DE JUNIO POR SINTOMAS OBTRUCTIVOS E IRRITATIVOS URINARIOS, TRAS COLOCACION DE Sonda estos sintomas mejoran, SIN EMBARGO POR PERSISTENCIA DE DOLOR SE INDICA HOSPITALIZACION. SE DA EGRESO CON Sonda VESICAL. SIN EMBARGO INGresa NUEVAMENTE POR DOLOR , SALIDA DE COAGULOS Y FILTRACION DE ORINA A TRAVÉS DE LA Sonda. ULTIMOS PARACLINICOS.

CR INICIAL: 1.52 CONTROL:1.21 BUN:12

UROANALISIS: AMARILLO PALIDO, GLUC(NORMAL) PH:6.5 D:1012

SANGRE:300 ERY CETONAS/ NITRITOS/ LEU: NEGATIVOS MICRO: LEU: OCASIONALES CEL EPITELIALES BAJAS: ESCASAS BACT: ESCASAS ERI EU: 8-10 COLORACION GRAM: NEGATIVO PARA BACTERIAS

ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM

VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE TAMAÑO

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 14 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Ant urolitis

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extraccion de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMA

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

Comentarios

Comentario alusivo a la Historia::

PROFESIONAL: [1127] AGUDELO ARCE DAYANA - SSO - NIT: 1112104021 -
Registro: SSO - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE ALGICO, CON LIMITACION PARA LA DEAMBULACION

Frec. cardiaca: 87, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 36.0°C, Peso: 68.0

Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2:

98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en

la consulta: NO, Usuario hidratado: NO, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 125 / 80 (Normal / TA Media: 95), Acostado: 0 /

0, De pie: 0 / 0, Cúbito Lat.Izq.: 0 / 0

Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

MUCOSA ORAL HUMEDA

ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS ISOCORICAS, NORMORREACTIVAS A LA LUZ

CONJUNTIVAS ROSADAS

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SINCRONICOS CON EL PULSO, MURMULLO

VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES

ABDÓMEN Y LUMBAR

LAXO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION EN HIPOGASTRIO, NO

SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

SONDA VESICAL SIN BOLSA DE RECOLECCION, CON TAPON. SE OBSERVA FILTRACION

EXTREMIDADES Y PELVIS

SIMETRICAS, EUTROFICAS, SIN EDEMA

LLENADO CAPILAR < 2 SEG

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

ALERTA, CONSCIENTE

GLASGOW 15/15

NO DEFICIT

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3329794

Principal de consulta: [R309] MICCION DOLOROSA, NO ESPECIFICADA -

Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 30-Jun-2018 02:36 am

****Evolución del 25-Jun-2018 08:10 am: 45 Años**

Id: 1488090

Fecha de grabación: 25-Jun-2018 08:10 am

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 15 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

IDX:

1- ESTRECHEZ URETRAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ URETRAL DIAGNOSTICADA DESDE HACE 1 AÑO, SIN EMBARGO SIN VALORACION POR UROLOGIA, REFIERE MANEJO FARMACOLOGICO PARA OSTRUCCION.

REINGRESA POR CUADRO CLINICO DE 2 DIA DE EVOLUCION DE DISMINUCION DE DOLOR AL FINALIZAR LA MICCION, TENESMO, PUJO Y TENESMO. NIEGA OTROS SINTOMAS.

TIENE ANTECEDENTE DE INGRESO PREVIO DEL 20 DE JUNIO POR SINTOMAS OBSTRUCTIVOS E IRRITATIVOS URINARIOS, TRAS COLOCACION DE SONTA ESTOS SINTOMAS MEJORAN, SIN EMBARGO POR PERSISTENCIA DE DOLOR SE INDICA HOSPITALIZACION. SE DA EGRESO CON SONTA VESICAL. SIN EMBARGO INGRESA NUEVAMENTE POR DOLOR, SALIDA DE COAGULOS Y FILTRACION DE ORINA A TRAVÉS DE LA SONTA. ULTIMOS PARACLINICOS.

CR INICIAL: 1.52 CONTROL:1.21 BUN:12
UROANALISIS: AMARILLO PALIDO, GLUC(NORMAL) PH:6.5 D:1012
SANGRE:300 ERY CETONAS/ NITRITOS/ LEU: NEGATIVOS MICRO: LEU:
OCASIONALES CEL EPITELIALES BAJAS: ESCASAS BACT: ESCASAS ERI EU:
8-10 COLORACION GRAM: NEGATIVO PARA BACTERIAS
ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM
RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM
VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE TAMAÑO

DE MOMENTO PACIENTE CON SIGNOS VITALES ESTABLES, SIN EMBARGO ALGICO, LIMITACION PARA LA MARCHA, CON PRESENCIA DE SONTA VESICAL SIN BOLSA DE RECOLECCION.
SE SOLICITA COLOCACION DE ESTA, NO SE PROCEDE A RETIRAR POR RIESGO QUE EL PACIENTE NO REALICE MICCION Y EN CONSECUENCIA SE DEBA PONER NUEVAMENTE, LO QUE GENERARIA MAS TRAUMA Y RIESGO DE SANGRADO.

SE INDICA MANEJO ANALGESICO, SE SOLICITA PARCIAL DE ORINA, CR, BUN Y HEMOGRAMA, REVALORAR.

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-367368, 25-Jun-2018

- TRAMADOL 50 MG AMPOLLA VITALIS, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, SC, 1 AMP DU

Orden médica: 765200302901-OMED-367368,

Adm.tto: 25-Jun 8:48. (1) SUMINISTRA 1 AMPOLLA DE TRAMADOL POR 50 MG VIA PACIENTE RECIBE Y TOLERA NO PRESENTA COMPLICACION... AUXILIAR DE ENFERMERIA VANESSA CAICEDO

Orden médica: 765200302901-OMED-367368, 25-Jun-2018

- HIOSCINA + DIPIRONA 20MG + 2.5 GM AMPOLLA, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, INYECTABLE, 1 AMP DU

Orden médica: 765200302901-OMED-367368,

Adm.tto: 25-Jun 8:48. (1) SE SUMINISTRA 1 AMPOLLA DE BUSCAPINA COMPUESTA X 20GR DILUIDA EN 20 CC DE SSN 09 % ENDOVENOSA LENTA PACIENTE RECIBE Y TOLERA MEDICAMENTO NO PRESENTA NINGUNA COMPLICACION ...AUXILIAR DE ENFERMERIA VANESSA CAICEDO

Orden médica: 765200302901-OMED-367368, 25-Jun-2018

- SODIO CLORURO 0.9% 500 CC (SOLUCION SALINA), BOLSA, #1, INYECTABLE, BOLO

Orden médica: 765200302901-OMED-367368,

Adm.tto: 25-Jun 8:47. (1) SE CANALIZA PACIENTE EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON YELCO # 18
DEJANDO LIQUIDOS ENDOVENOSOS SSN 09 % 500 CC EN BOLO PACIENTE RECIBE Y TOLERA MEDICSAMENTO NO PRESENTA COMPLICACIONES EN SU SALUD AUXILIAR DE ENFERMERIA VANESSA CAICEDO

Orden médica: 765200302901-OMED-367369, 25-Jun-2018

- EXTRACCION Y/O REEMPLAZO DE SONTA URETRAL SOD
Observaciones: SOLO PONER LA BOLSA DE RECOLECCION

Orden médica: 765200302901-OMED-367370, 25-Jun-2018

- COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA *+
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA REC
- NITROGENO UREICO [BUN] *+
- CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION +
- UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA +

Documento de venta asociado

CPS-3329794

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO



PROFESIONAL: [1127] AGUDELO ARCE DAYANA - SSO - NIT: 1112104021 -
Registro: SSO - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 25-Jun-2018 04:53 pm: 45 Años**

Id: 1488859

Fecha de grabación: 25-Jun-2018 04:53 pm

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 16 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE ALGICO, EN CAMILLA, ACOMPAÑADO, ALGICO
Frec. cardiaca: 100, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 36.0°C, Peso: 68.0
Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2:
95.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en
la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 130 / 80 (Normal alta / TA Media: 96), Acostado:
--, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --
Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3329794
Principal de consulta: [R309] MICCION DOLOROSA, NO ESPECIFICADA -
Impresión diagnóstica
Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS
Fecha y hora de egreso: 30-Jun-2018 02:36 am
Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

IDX:

1- ESTRECHEZ URETRAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ URETRAL DIAGNOSTICADA
DESDE HACE 1 AÑO, SIN EMBARGO SIN VALORACION POR UROLOGIA,
REFIERE MANEJO FARMACOLOGICO PARA OSTRUCCION.
REINGRESA POR CUADRO CLINICO DE 2 DIA DE EVOLUCION DE
DISMINUCION DE DOLOR AL FINALIZAR LA MICCION, TENESMO, PUJO Y
TENESMO. NIEGA OTROS SINTOMAS.
TIENE ANTECEDENTE DE INGRESO PREVIO DEL 20 DE JUNIO POR
SINTOMAS OBSTRUCTIVOS E IRRITATIVOS URINARIOS, TRAS COLOCACION
DE SONTA ESTOS SINTOMAS MEJORAN, SIN EMBARGO POR PERSISTENCIA
DE DOLOR SE INDICA HOSPITALIZACION. SE DA EGRESO CON SONTA
VESICAL. SIN EMBARGO INGRESA NUEVAMENTE POR DOLOR , SALIDA DE
COAGULOS Y FILTRACION DE ORINA A TRAVÉS DE LA SONTA.
ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM
RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM
VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE

ANÁLISIS Y PLAN

TAMAÑO

SE REVALORA PACIENTE TRAS MANEJO ANALGESICO, REFIERE
DISMINUCION DE DOLOR, SIN EMBARGO PERSISTE SINTOMATICO.
UROANALISIS: AMARILLO TURBIO GLUC:NORMAL PROT: 15 MG/DL BB (-)
UROBILINOGENO: NORMAL PH:9 D:1022 SANGRE:300 ERY CETONAS 25
MG/DL NITRITOS (-) LEU:25 LEU MICRO: LEU 8-10 CEL EPITELIALES:
ESCASAS BACTERIAS:+++ ERI EU:20-25 COLORACION GRAM: BACIOS
GRAM NEGATIVOS:++ REACCION LEUCOCITARIA: ESCASA BUN:17.2
CR:1.01 PCR:12 LEU:10.100 %NEU:65.7 %LINF:26.5 HB:15.4
HCTO:47.3 PLAQ:291.000

DE MOMENTO PACIENTE CON SIGNOS VITALES ESTABLES, SIN SIGNOS DE
DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERANDO O2 AMBIENTE, PERSISTE ALGICO,
DRENAJE 100 CC ORINA COLIURICA. PARACLINICOS SIN EVIDENCIA DE
LEUCOCITOSIS O NEUTROFILIA, PCR NEGATIVA, UROANALISIS CON
SEDIMENTO URINARIO ACTIVO, FUNCION RENAL ADECUADA RESPECTO A
LA PREVIA TOMADA.
SE INDICA MANEJO ANALGESICO

CONTINUA EN OBSERVACION
SS UROCULTIVO.

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-367744, 25-Jun-2018

- TRAMADOL 50 MG AMPOLLA VITALIS, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, EV, 1
AMP DU

Orden médica: 765200302901-OMED-367744,

Adm.tto: 25-Jun 19:34. (1) SE SUMINISTRA 1 AM EV SIN NINGUNA
COMPLICACION DILUIDA EN 50 CC EN SOLUCION SALINA AUX DE
ENFERMERIAQ MILLERLANDY RAMIREZ

Orden médica: 765200302901-OMED-367744, 25-Jun-2018

- SODIO CLORURO 0.9% 500 CC (SOLUCION SALINA), BOLSA, #1,
INYECTABLE, 80 CC/H

Orden médica: 765200302901-OMED-367745, 25-Jun-2018

- UROCULTIVO [ANTIIOGRAMA MIC AUTOMATICO]+

Documento de venta asociado

CPS-3329794

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [1127] AGUDELO ARCE DAYANA - SSO - NIT: 1112104021 -
Registro: SSO - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 26-Jun-2018 04:17 am: 45 Años**

Id: 1489334

Fecha de grabación: 26-Jun-2018 04:17 am

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 17 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE EN CAMILLA, ALGICO, CON ADECUADA MECANICA RESPIRATORIA
Frec. cardiaca: --, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.5°C, Peso: 68.0 Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 110 / 80 (Optima / TA Media: 90), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --
Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOR A LA PALPACION EN REGION DE HIPOGASTRIO, NO MASAS NO VISCEROMEGALIAS

SISTEMA GENITO-URINARIO

GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, SE DOCUMENTA SONTA VESICAL NORMOIMPLANTADA, ORINA CLARA

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3329794
Principal de consulta: [R309] MICCION DOLOROSA, NO ESPECIFICADA - Impresión diagnostica
Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS
Fecha y hora de egreso: 30-Jun-2018 02:36 am
Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ URETRAL AL PARECER SOMETIDO A DILATACION POR PARTE DE UROLOGIA INGRESA EN CONTEXTO DE MARCADO DOLOR ASOCIADO A EPISODIO DE RETENCION URINARIA, AL MOMENTO PACIENTE MUY ALGICO, SIGNOS VITALES DENTRO DE NORMALIDAD CONSIDERO OPTIMIZACION DE ANALGESIA

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-368118, 26-Jun-2018

- TRAMADOL 50 MG AMPOLLA BLASKOV, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, SC, SCDU
- HIOSCINA + DIPIRONA 20MG + 2.5 GM AMPOLLA, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, EV, EV. DILUIDO Y LENTO

Documento de venta asociado

CPS-3329794

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

Manuel Caicedo

PROFESIONAL: [1167] CAICEDO CANO MANUEL ALEJANDRO - NIT: 1113639798 - Registro: 1113639798 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 26-Jun-2018 08:33 am: 45 Años**

Id: 1489457

Fecha de grabación: 26-Jun-2018 08:33 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 78, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 37.0°C, Peso: 68.0 Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 100 / 70 (Optima / TA Media: 80), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOR A LA PALPACION EN REGION DE HIPOGASTRIO, NO MASAS NO VISCEROMEGALIAS

SISTEMA GENITO-URINARIO

GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, SE DOCUMENTA SONTA VESICAL NORMOIMPLANTADA, ORINA CLARA

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 18 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3329794

Principal de consulta: [R309] MICCION DOLOROSA, NO ESPECIFICADA -
Impresión diagnóstica

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 30-Jun-2018 02:36 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

IDX:

1- ESTRECHEZ URETRAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ URETRAL DIAGNOSTICADA DESDE HACE 1 AÑO, SIN EMBARGO SIN VALORACION POR UROLOGIA, REFIERE MANEJO FARMACOLOGICO PARA OSTRUCCION. TIENE ANTECEDENTE DE INGRESO PREVIO DEL 20 DE JUNIO POR SINTOMAS OBSTRUCTIVOS E IRRITATIVOS URINARIOS, TRAS COLOCACION DE SONDA ESTOS SINTOMAS MEJORAN, SIN EMBARGO POR PERSISTENCIA DE DOLOR SE INDICA HOSPITALIZACION. SE DA EGRESO CON SONDA VESICAL. SIN EMBARGO INGRESA NUEVAMENTE POR DOLOR, SALIDA DE COAGULOS Y FILTRACION DE ORINA A TRAVÉS DE LA SONDA. ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM, VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE TAMAÑO, SE REVALORA PACIENTE TRAS MANEJO ANALGESICO, REFIERE DISMINUCION DE DOLOR, SIN EMBARGO PERSISTE SINTOMATICO, UROANALISIS: AMARILLO TURBIO GLUC:NORMAL PROT: 15 MG/DL BB (-) UROBILINOGENO: NORMAL PH:9 D:1022 SANGRE:300 ERY CETONAS 25 MG/DL NITRITOS (-) LEU:25 LEU MICRO: LEU 8-10 CEL EPITELIALES: ESCASAS BACTERIAS:+++ ERI EU:20-25 COLORACION GRAM: BACILOS GRAM NEGATIVOS:++ REACCION LEUCOCITARIA: ESCASA BUN:17.2 CR:1.01 PCR:12 LEU:10.100 %NEU:65.7 %LINF:26.5 HB:15.4 HCTO:47.3 PLAQ:291.000.

SE DECIDE HOSPITALIZAR PACIENTE PERSISTE SINTOMATICO, A LA ESPERA PARA VALORACION POR UROLOGIA.

"PLAN.

"HOSPITALIZAR

"TAPON VENOSO

"RANITIDINA AMP 50mg IV CADA 12 HRAS

"CEFTRIAXONA 1g CADA 12 HORAS

"DIPIRONA+ HIOSCINA AMP CADAD 8 HORAS X DOLOR

"P/ UROCULTIVO

» SS ECOGRAFIA DE VIAS URIANRIAS

"P/ VALORACION POR UROLOGIA

"CSV AC

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-368171, 26-Jun-2018

- MCL(8.000) TAPON HEPARINIZADO, #1, ,

- RANITIDINA 50 MG AMPOLLA/2ML VITALIS, SOLUCIÓN INYECTABLE, #2, IV, 50MG CADA 12 HORAS

Orden médica: 765200302901-OMED-368171,

Adm.tto: 26-Jun 8:57. (1)

SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE RANITIDINA X 50 MG DILUIDA EN 20CC DE SSN09% ENDOVENOSO LENTA RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN COMPLICACIONES... AUXILIAR DE ENFERMERIA

Orden médica: 765200302901-OMED-368171, 26-Jun-2018

- HIOSCINA + DIPIRONA 20MG + 2.5 GM AMPOLLA, SOLUCIÓN INYECTABLE, #3, INYECTABLE, 2.5mg CADA 8 HORAS

Orden médica: 765200302901-OMED-368171,

Adm.tto: 26-Jun 8:58. (1) SE SUMINISTRA 1 AMPOLLA DE BUSCAPINA COMPUESTA X 20GR DILUIDA EN 20 CC DE SSN 09 % ENDOVENOSA LENTA PACIENTE RECIBE Y TOLERA MEDICAMENTO NO PRESENTA NINGUNA COMPLICACION ...AUXILIAR DE ENFERMERIA

Orden médica: 765200302901-OMED-368171, 26-Jun-2018

- CEFTRIAXONA 1 GM AMPOLLA, POLVO ESTÉRIL PARA I, #2, IV, 1 gr CADA 12 HORAS

Orden médica: 765200302901-OMED-368171,

Adm.tto: 26-Jun 8:58. (1) SE SUMINISTRA 1 AMPOLLA DE CEFTRIAXONA POR 1 POR BURETROL DILUIDA EN 100 CC DE SSN 09 % ENDOVENOSA PACIENTE RECIBE Y TOLERA MEDICAMENTO NO PRESENTA NINGUNA COMPLICACION... AUXILIAR DE ENFERMERIA

Orden médica: 765200302901-OMED-368176, 26-Jun-2018

- INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA

Orden médica: 765200302901-OMED-368177, 26-Jun-2018

- ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL) +

Documento de venta asociado

CPS-3329794

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [1172] PRENT LUIS ALBERTO - NIT: 1084735310 - Registro: 1084735310 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****INTERCONSULTA ESPECIALISTA del 26-Jun-2018 11:32 am: 45 Años**

Id: 1489770

Fecha de grabación: 26-Jun-2018 11:32 am

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 19 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 37.0°C, Peso: 68.0 Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 80 (Optima / TA Media: 93), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

PIEL

NORMAL

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESTRECHES DE URETRA HACE 6 DIAS
RETENCION URINARIA FUE VALORADO LE REALIZARON DILATACION DE URETRA Y LE PUSIERON SOND VESICAL ALCUALMENTE CON DRENAJE DE ORINA CLARA SE RECOMIENDA
RETIRAR SONDA EN 15 DIAS
CONTRROL CON UROLOGIA CONSULT EXTERNA

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3329793
Principal de egreso de hospitalización: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA -
Principal de ingreso a hospitalización: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA -
Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA -
Impresión diagnostica
Relacionado a la consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA
Fecha de ingreso al servicio: 29-Jun-2018 10:00 am
Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA
Fecha y hora de egreso: 29-Jun-2018 10:00 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

Documento de venta asociado

CPS-3329793

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [0357] ESP. CARDONA GERMAN(UROLOGO) - NIT: 6288274 -
Registro: 9082 - Especialidad: UROLOGIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 26-Jun-2018 12:20 pm: 45 Años**

Id: 1489883

Fecha de grabación: 26-Jun-2018 12:20 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: EN BUENAS CONDICIONES GENERALES
Frec. cardiaca: 74, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.5°C, Peso: 68.0 Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 80 (Optima / TA Media: 93), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

SONDA VESICAL FUNCIONANDO ORINA CLARA

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3329793
Principal de egreso de hospitalización: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA -
Principal de ingreso a hospitalización: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA -
Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA -
Impresión diagnostica
Relacionado a la consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 20 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Fecha de ingreso al servicio: 29-Jun-2018 10:00 am
Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA
Fecha y hora de egreso: 29-Jun-2018 10:00 am
Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE**ANÁLISIS Y PLAN**PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESTRECHES DE URETRA HACE 6 DIAS
RETENCION URINARIA FUE VALORADO LE REALIZARON DILATACION DE
URETRA Y LE PUSIERON SOND VESICAL ALCUALMENTE CON DRENAJE DE
ORINA CLARA YA VALORADO POR UROLOGIA QUIEN INDICA EGRESO CONRETIRO DE SONDA EN 15 DIAS
CONTRROL CON UROLOGIA CONSULT EXTERNA**Comentario de Evolución**

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Documento de venta asociadoCPS-3329793
Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADOPROFESIONAL: [0445] VARGAS FLORES GABRIEL - NIT: 6220025 - Registro:
14743 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS**Apertura URGENCIAS del 1-Jul-2018 02:53 am: 45 Años**

Id: 933285

MOTIVO DE CONSULTA

DOLOR

ENFERMEDAD ACTUALPACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ URETRAL DIAGNOSTICADA
DESDE HACE 1 AÑO, SIN EMBARGO SIN VALORACION POR UROLOGIA,
REFIERE MANEJO FARMACOLOGICO PARA OSTRUCCION.
REINGRESA POR DOLOR SECUNDARIO A CATETERISMO VESICAL.
TIENE ANTECEDENTE DE INGRESO PREVIO DEL 25 DE JUNIO POR MISMO
CUADRO CLINICO, SE DA ORDEN DE EGRESO CON VALORACION POR
UROLOGIA AMBULATORIA Y RETIRO DE SONDA EN 15 DIAS.**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM
RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM
VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE
TAMAÑO**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

Extraccion de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMA

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

Comentarios

Comentario alusivo a la Historia::

PROFESIONAL: [1127] AGUDELO ARCE DAYANA - SSO - NIT: 1112104021 -
Registro: SSO - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS****Evolución del 1-Jul-2018 02:53 am: 45 Años**

Id: 1494905

Fecha de grabación: 1-Jul-2018 02:53 am

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 21 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE ALGICO, DEAMBULANTE, ACOMPAÑADO
Frec. cardiaca: 88, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 36.0°C, Peso: --,
Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%,
Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la
consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 130 / 90 (Hipertensión, estadio 1 / TA Media: 103),
Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --
Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

MUCOSA ORAL HUMEDA
ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS ISOCORICAS, NORMORREACTIVAS A LA
LUZ
CONJUNTIVAS ROSADAS

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SÍNCRONICOS CON EL PULSO, MURMULLO
VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. NO
SOBREAGREGADOS

ABDÓMEN Y LUMBAR

LAXO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION EN HIPOGASTRIO

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

SIMÉTRICAS, EUTROFICAS, SIN EDEMA
LLENADO CAPILAR < 2 SEG

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

ALERTA, CONSCIENTE
GLASGOW 15/15
NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3330022
Principal de consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA -
Impresión diagnóstica
Relacionado a la consulta: [R529] DOLOR, NO ESPECIFICADO
Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS
Fecha y hora de egreso: 1-Jul-2018 04:58 am
Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

IDX:

1- ESTRECHEZ URETRAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ URETRAL DIAGNOSTICADA
DESDE HACE 1 AÑO, SIN EMBARGO SIN VALORACION POR UROLOGIA,
REFIERE MANEJO FARMACOLOGICO PARA OSTRUCCION.
REINGRESA POR DOLOR SECUNDARIO A CATETERISMO VESICAL.
TIENE ANTECEDENTE DE INGRESO PREVIO DEL 25 DE JUNIO POR MISMO
CUADRO CLINICO, SE DA ORDEN DE EGRESO CON VALORACION POR
UROLOGIA AMBULATORIA Y RETIRO DE Sonda EN 15 DIAS.

DE MOMENTO PACIENTE ALGICO, DEAMBULANTE, DREANDNO ORINA
CLARA A TRAVES DE Sonda VESICAL, APROX 10 CC
SE INDICA RETIRO DE Sonda Y ANALGESIA.
SE DA ORDEN DE EGRESO CON RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS
DE ALARMA. PACIENTE PARECE ENTENDER Y ACPETAR.

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-371456, 1-Jul-2018

- TRAMADOL 50 MG AMPOLLA VITALIS, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, EV, 1
AMP DIL EN 20 CC SSN PASAR LENTO

Orden médica: 765200302901-OMED-371456,

Adm.tto: 1-Jul 3:14. (1) SE SUMINISTRA 1 AMPOLLA DE TRAMADOL X
50MG DILUIDA EN 20 CC DE SSN 09 % ENDOVENOSA LENTA PACIENTE
RECIBE Y TOLERA MEDICAMENTO NO PRESENTA NINGUNA COMPLICACION
...AUXILIAR DE ENFERMERIA

Orden médica: 765200302901-OMED-371456, 1-Jul-2018

- HIOSCINA + DIPIRONA 20MG + 2.5 GM AMPOLLA, SOLUCIÓN
INYECTABLE, #1, EV, 1 AMP DU

Orden médica: 765200302901-OMED-371456,

Adm.tto: 1-Jul 3:14. (1) SE SUMINISTRA 1 AMPOLLA DE BUSCAPINA
COMPUESTA X 20GR DILUIDA EN 20 CC DE SSN 09 % ENDOVENOSA
LENTA PACIENTE RECIBE Y TOLERA MEDICAMENTO NO PRESENTA
NINGUNA COMPLICACION ...AUXILIAR DE ENFERMERIA VANESSA CAICEDO

Orden médica: 765200302901-OMED-371456, 1-Jul-2018

- SODIO CLORURO 0.9% 500 CC (SOLUCION SALINA), BOLSA, #1,
INYECTABLE, BOLO

Orden médica: 765200302901-OMED-371456,

Adm.tto: 1-Jul 3:14. (1) SE CANALIZA PACIENTE EN MIEMBRO SUPERIOR
IZQUIERDO CON YELCO # 20
DEJANDO LIQUIDOS ENDOVENOSOS SSN 09 % 500 CC EN BOLO PACIENTE
RECIBE Y TOLERA MEDICSAMENTO NO PRESENTA COMPLICACIONES EN SU
SALUD AUXILIAR DE ENFERMERIA
VANESSA CAICEDO



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 22 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Documento de venta asociado

CPS-3330022

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

Dayana A'

PROFESIONAL: [1127] AGUDELO ARCE DAYANA - SSO - NIT: 1112104021 -
Registro: SSO - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura TRIAGE del 31-Mar-2019 04:43 am: 46 Años

Id: 1069950

MOTIVO DE CONSULTA

REFIERE ARDOR PARA ORINAR,DOLOR DE CINTURA Y DE LAS
PIERNAS , DOLOR Y ARDOR PARA ORINAR , CUADRO DE 15 HORAS
DE EVOLUCION

Clasificación de triage

Urgencia

ANTECEDENTES PERSONALES

NINGUNA

Chumbe Burgos B

PROFESIONAL: [0004] BURGOS BACCA AURA ROSA - NIT: 30724464 -
Registro: 888491 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

**Evolución del 31-Mar-2019 04:43 am: 46 Años

Id: 1801440

Fecha de grabación: 31-Mar-2019 04:43 am

NOTAS ACLARATORIAS TRIAGE

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 96, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.9°C, Peso: 90.0
Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2:
99.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en
la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 110 / 70 (Optima / TA Media: 83), Acostado: --,
De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

OBSERVACIONES

URGENCIA

Chumbe Burgos B

PROFESIONAL: [0004] BURGOS BACCA AURA ROSA - NIT: 30724464 -
Registro: 888491 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura URGENCIAS del 31-Mar-2019 04:59 am: 46 Años

Id: 1069951

MOTIVO DE CONSULTA

REFIERE ARDOR PARA ORINAR,DOLOR DE CINTURA Y DE LAS
PIERNAS , DOLOR Y ARDOR PARA ORINAR , CUADRO DE 15 HORAS
DE EVOLUCION

ENFERMEDAD ACTUAL

CUADRO DE 15 HRAS

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM
RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM
VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE
TAMAÑO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extracción de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 23 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMA

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

Comentarios

Comentario alusivo a la Historia::

PROFESIONAL: [0004] BURGOS BACCA AURA ROSA - NIT: 30724464 -
Registro: 888491 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 31-Mar-2019 04:59 am: 46 Años**

Id: 1801443

Fecha de grabación: 31-Mar-2019 04:59 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE BASTANTE ALGICO

Frec. cardiaca: 96, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.9°C, Peso: 90.0

Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2:

99.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en

la consulta: NO, Usuario hidratado: NO, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 110 / 90 (Hipertensión, estadio 1 / TA Media: 96),

Acostado: 0 / 0, De pie: 0 / 0, Cúbito Lat.Izq.: 0 / 0

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

N DOLOR A LAPALPACION EN HIPOGASTRIO Y FLANCO IZQUIERDO

SISTEMA GENITO-URINARIO

PUÑOPERCUSION POSITIVA

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3566397

Principal de consulta: [R103] DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES
INFERIORES DEL ABDOMEN - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 31-Mar-2019 12:12 pm

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

HARTMAN 1000 EN BOLO

BUSCAPINA COMPUESTA IV

TRAMAL 50MGs SC

SS P DE ORINA , BUN CREATININA

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-559044, 31-Mar-2019

- NITROGENO UREICO [BUN] *+

- CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

- UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA +

Orden médica: 765200302901-OMED-559045, 31-Mar-2019

- BUSCAPINA COMPUESTA X 20 MG AMP, inyectable, #1, , IV

Orden médica: 765200302901-OMED-559045,Adm.tto: 31-Mar 5:11. (0) ADMINISTRO 01 AMPOLLA DE BUSCAPINA
COMPUESTA X 20 MG AMPVIA ENDOVENOSA DILUIDA EN 20CC DE SSN 0.9% SE PASA DIRECTA Y
LENTO, EN JERINGA DE 20 CC ESTERIL SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI
ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA RECIBE Y TOLERA
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION.**Orden médica: 765200302901-OMED-559045, 31-Mar-2019**- TRAMADOL 100 MG AMPOLLA VITALIS, SOLUCION INYECTABLE, #1,
INYECTABLE, SC

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 24 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Orden médica: 765200302901-OMED-559045,

Adm.tto: 31-Mar 5:12. (1) ADMINISTRO 01 AMPOLLA DE TRAMADOL 100 MG AMPOLLA VITALIS SUBCUTANEA EN JERINGA DE 1 CC ESTERIL EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION ADMON: AUXILIAR

Orden médica: 765200302901-OMED-559045, 31-Mar-2019

- SOLUCION HARTMAN 500 CC, BOLSA, #1, INYECTABLE, 1000 CC

Orden médica: 765200302901-OMED-559045,

Adm.tto: 31-Mar 5:11. (1) ADMINISTRO 01 BOLSA * 500CC DE SSN 0.9% ENDOVENOSA, CANALIZADO EN MSD CON CATETER NUMERO # 18 PACIENTE QUE RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUN PROBLEMA ADMON: AUXILIAR DEL AREA DE ENFERMERIA DIANA CAROLINA ROJAS ECHAVARRIA RESOLUCION 767017

Documento de venta asociado

CPS-3566397

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO



PROFESIONAL: [0004] BURGOS BACCA AURA ROSA - NIT: 30724464 -
Registro: 888491 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 31-Mar-2019 05:12 am: 46 Años**

Id: 1801446

Fecha de grabación: 31-Mar-2019 05:12 am

EVOLUCIÓN

INGRESA PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE A LA SALA DE PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS CON ACOMPAÑANTE QUIEN INGRESA INICIALMENTE POR TRIGE, PACIENTE ES ATENDIDO POR EL MEDICO GENERAL DE TURNO DE LA SALA DE URGENCIAS QUIEN LO VALORA Y ENVIA A REALIZAR PROCEDIMIENTOS EN SALA DE PROCEDIMIENTOS, SE LE REALIZA: ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS + TOMA DE PARACLINICOS

QUEDA PENDIENTE: REPORTE DE PARACLINICOS

Documento de venta asociado

CPS-3566397

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO



PROFESIONAL: [0305] AE. OVIEDO JEIMY FERNANDA - NIT: 1113633225 -
Registro: 761314 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 31-Mar-2019 10:48 am: 46 Años**

Id: 1801634

Fecha de grabación: 31-Mar-2019 10:48 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: --, Frec. respiratoria: --, Temperatura: --, Peso: 90.0 Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO Tensión arterial: Sentado: 0 / 0 (Sin determinar), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3566397

Principal de consulta: [R103] DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 31-Mar-2019 12:12 pm

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

RECIBO PARACLINICOS QUE MUESTRAN

PARCIAL DE ORINA AMBAR, TURBIO PROTEINAS 30MGS PH6.5

LEUCOCITOS MAS DE 1000XC ERITROCITOS UNA CRUZ

BUN 22.22 CREATININA1.25

SE ORDENA GENTAMICINA X 160MG Y TOMA DE UROCULTIVO PREVIO

E INICIO TRATAMIENTO AMBULATORIO Y PSA AMBULATORIO Y ECO

RENAL

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 25 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Orden médica: 765200302901-OMED-559193, 31-Mar-2019

- ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA [PSA] +

Orden médica: 765200302901-OMED-559197, 31-Mar-2019

- GENTAMICINA 160 MG AMPOLLA, SOLUCION INYECTABLE, #1, , IV

Orden médica: 765200302901-OMED-559197,

Adm.tto: 31-Mar 11:17. (1)

ADMINISTRO 01 AMPOLLA DE GENTAMICINA 160 MG
AMPOLLA VIA ENDOVENOSA DILUIDA EN20CC DE SSN 0.9% SE PASA DIRECTA Y LENTO, EN JERINGA DE 20 CC
ESTERIL SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN
MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO
FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION.ADMON: AUXILIAR DEL AREA DE ENFERMERIA DIANA CAROLINA ROJAS
ECHAVARRIA RESOLUCION 767017**Orden médica: 765200302901-OMED-559198, 31-Mar-2019**- UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA
MANUAL)**Documento de venta asociado**

CPS-3566397

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [0004] BURGOS BACCA AURA ROSA - NIT: 30724464 -
Registro: 888491 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS****NOTAS DE ENFERMERIA del 31-Mar-2019 11:18 am: 46 Años**

Id: 1801668

Fecha de grabación: 31-Mar-2019 11:18 am

EVOLUCIÓNPACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE A LA SALA DE
PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS CON ACOMPAÑANTE QUIEN INGRESA
INICIALMENTE POR TRIGE, PACIENTE ES ATENDIDO POR EL MEDICO
GENERAL DE TURNO DE LA SALA DE URGENCIAS QUIEN LO VALORA Y
ENVIA A REALIZAR PROCEDIMIENTOS EN SALA DE PROCEDIMIENTOS,
SE LE REALIZA:ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOSPACIENTE EVOLUCIONADO POR MEDICO TRATANTE QUIEN ORDENA SALIDA
CON RECOMENDACIONES MEDICAS PARA EL CUIDADO EN CASA. EGRESA
EN BUENAS CONDICIONESGENERALES, ESTABLE CONSCIENTE Y TRANQUILO,
CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, PACIENTE REFIERE HABER
ENTENDIDO LAS RECOMENDACIONES QUE SE LE DAN EGRESA CON
SIGNOS VITALES DENTRO DEL RANGON NORMAL.**Documento de venta asociado**

CPS-3566397

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [0305] AE. OVIEDO JEIMY FERNANDA - NIT: 1113633225 -
Registro: 761314 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS**Apertura TRIAGE del 14-Ago-2019 10:09 pm: 46 Años**

Id: 1147078

MOTIVO DE CONSULTA

paciente con dolor abdominal irradiado a testiculos

Clasificación de triage

Urgencia

ANTECEDENTES PERSONALES

NINGUNA

PROFESIONAL: [1033] ENF. PALACIOS VIRGEN PAOLA ANDREA - NIT:
66802657 - Registro: 66802657 - Especialidad: ENFERMERIA EN CUIDADO AL
NIÑO
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS****Evolución del 14-Ago-2019 10:09 pm: 46 Años**

Id: 1973223

Fecha de grabación: 14-Ago-2019 10:09 pm

NOTAS ACLARATORIAS TRIAGE**EXÁMEN FÍSICO**

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 107, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 37.0°C, Peso: 79.0
Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2:
97.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en
la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 140 / 90 (Hipertensión, estadio 1 / TA Media: 106),
Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --**OBSERVACIONES**

urg

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 26 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Documento de venta asociado

CPS-3693266

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [1033] ENF. PALACIOS VIRGEN PAOLA ANDREA - NIT:
66802657 - Registro: 66802657 - Especialidad: ENFERMERIA EN CUIDADO AL
NIÑO

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura URGENCIAS del 14-Ago-2019 10:15 pm: 46 Años

Id: 1147079

MOTIVO DE CONSULTA

paciente con dolor abdominal irradiado a testiculos

ENFERMEDAD ACTUALPACIENTE CON CUADO DE 8 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN
DOLOR ABDOMINAL EPIGASTRICO, QUE SE IRRADIA A ZONA LUMBAR Y A
TESTICULOS , NIEGA EMESIS, NIEGA OTROS SINTOMAS , NIEGA AZLAS
TERMICAS**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM
RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM
VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE
TAMAÑO**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

Extraccion de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMA

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

Comentarios

Comentario alusivo a la Historia::

PROFESIONAL: [1258] CARLOS JAVIER AGREDO MOLINA - NIT: 1114831522 -
Registro: 1114831522 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y
DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS****Evolución del 14-Ago-2019 10:15 pm: 46 Años**

Id: 1973228

Fecha de grabación: 14-Ago-2019 10:15 pm

EXÁMEN FÍSICOInspección general: EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA
Frec. cardiaca: --, Frec. respiratoria: --, Temperatura: --, Peso: 79.0 Kgs.,
Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 97.0%,
Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la
consulta: NO, Usuario hidratado: NO, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 0 / 0 (Sin determinar), Acostado: 0 / 0, De pie: 0 /
0, Cúbito Lat.Izq.: 0 / 0**CABEZA Y CUELLO**

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 27 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3693266

Principal de consulta: [R104] OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 14-Ago-2019 11:59 pm

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE CON CUADO DE 8 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL EPIGASTRICO, QUE SE IRRADIA A ZONA LUMBAR Y A TESTICULOS , NIEGA EMESIS, NIEGA OTROS SINTOMAS , NIEGA AZLAS TERMICAS , AL EXAMEN FISICO DOLOR EN EPIGASTRIO, BLOMBERG NEGATIVO, PACIENTE ALGICO, SE DECIDE DAR MANEJO COMO CUADRO DE GASTRITIS, SE DA MANEJO CON LEV 500 CC EN BOLO, RANITIDINA , BUSCAPINA COMPUESTA , TRAMADOL REVALORAR

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-669668, 14-Ago-2019

- RANITIDINA 50 MG AMPOLLA/2ML VITALIS, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, IV, PASAR 1 AMP EN 20 CC

Orden médica: 765200302901-OMED-669668,

Adm.tto: 14-Ago 22:38. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE RANITIDINA X 50MG VIA ENDOVENOSA DILUIDA EN 20CC DE SSN0.9%, LENTO, SE USA JERINGA DE 20 CC SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION AUXILIAR DE ENFERMERIA VANESA CAICEDO

Orden médica: 765200302901-OMED-669668, 14-Ago-2019

- BUTIL HIOSCINA + DIPIRONA 20MG + 2.5 GM AMPOLLA, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, IV, APLICAR DILUIDO LENTO IV

Orden médica: 765200302901-OMED-669668,

Adm.tto: 14-Ago 22:38. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE BUSCAPINA COMPUESTA X 20MG VIA ENDOVENOSA DILUIDA EN 20CC DE SSN0.9%, LENTO, SE USA JERINGA DE 20 CC SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION AUXILIAR DE ENFERMERIA VANESA CAICEDO

Orden médica: 765200302901-OMED-669668, 14-Ago-2019

- TRAMADOL 100 MG AMPOLLA VITALIS, SOLUCION INYECTABLE, #1, INYECTABLE, APLICAR 1 AMP SC

Orden médica: 765200302901-OMED-669668,

Adm.tto: 14-Ago 22:39. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE TRAMADOL X 100MG VIA SUBCUTANEO SE USA JERINGA DE 1 CC SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION AUXILIAR DE ENFERMERIA VANESA CAICEDO

Orden médica: 765200302901-OMED-669668, 14-Ago-2019

- SODIO CLORURO 0.9% 500 CC (SOLUCION SALINA), BOLSA, #1, INYECTABLE, PÁSAR EN BOLO

Orden médica: 765200302901-OMED-669668,

Adm.tto: 14-Ago 22:36. (1) SE ADMINISTRA LIQUIDOS ENDOVENOSOS SSN 0.9 % X 500 CC A 100CC/HORA, POR VIA PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS, PACIENTE QUE RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION AUXILIAR DE ENFERMERIA VANESA CAICEDO

Documento de venta asociado

CPS-3693266

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [1258] CARLOS JAVIER AGREDO MOLINA - NIT: 1114831522 - Registro: 1114831522 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 14-Ago-2019 10:39 pm: 46 Años**

Id: 1973240

Fecha de grabación: 14-Ago-2019 10:39 pm

EVOLUCIÓN

INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS CONSIENTE Y ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR, CONSULTA AL SERVICIO POR MOTIVOS YA DESCRITOS EN LA HISTORIA CLINICA; ES VALORADO POR EL MEDICO GENERAL DE TURNO QUE EMITE ORDENES MEDICAS, SE CUMPLEN SIN COMPLICACIONES. PENDIENTE REVALORAR



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 28 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Documento de venta asociado

CPS-3693266

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [1027] AE. DIAZ HIGUITA LILIBETH - NIT: 1113636471 -
Registro: 762302 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 14-Ago-2019 11:38 pm: 46 Años**

Id: 1973271

Fecha de grabación: 14-Ago-2019 11:38 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: --, Frec. respiratoria: --, Temperatura: --, Peso: 79.0 Kgs.,
Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: --,
Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la
consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 0 / 0 (Sin determinar), Acostado: --, De pie: --,
Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3693266

Principal de consulta: [R104] OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO
ESPECIFICADOS - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 14-Ago-2019 11:59 pm

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE QUE INGRESO CON DOLOR ABDOMINAL EN EPIGASTRIO SE
MANEJA COMO GASTRITIS, AHORA EL PACIENTE REFIERE MEJORIA, NO
LUCE ALGICO, AL EXAMEN FISICO SIN SIGNOS DE IRRITACION
PERITONEAL, SE DEICDE DAR EGRESO CON OMEPRZOL , HIDROXIDO DE
ALUMINO, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA EL
PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-669692, 14-Ago-2019

- HIDROXIDO DE ALUMINIO+ SIMETICONA POR 360 ML, frasco, #1, ORAL,
TOMAR 1 CCHARADA CON EL ALMUERZO
- ESOMEPRAZOL 40 MG TABLETA, TABLETA CON O SIN RE, #30, ORAL,
TOMAR 1 TAB EN AYUNAS X 30 DIAS

Documento de venta asociado

CPS-3693266

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [1258] CARLOS JAVIER AGREDO MOLINA - NIT: 1114831522 -
Registro: 1114831522 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y
DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura TRIAGE del 29-Ago-2019 09:46 am: 46 Años

Id: 1155481

MOTIVO DE CONSULTA

CITA 10:30 PACIENTE QUE CONSULTA POR DEPOSICIONES DIARREICAS Y
COLICO

Clasificación de triage

Consulta con Prelación

ANTECEDENTES PERSONALES

NINGUNA

PROFESIONAL: [1129] ENF. MARMOLEJO OSORIO KATHERINE - NIT:
1097395849 - Registro: 1097395849 - Especialidad: ATENCION DE
ENFERMERIA EN URGENCIAS
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 29-Ago-2019 09:46 am: 46 Años**

Id: 1991476

Fecha de grabación: 29-Ago-2019 09:46 am

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 29 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

NOTAS ACLARATORIAS TRIAGE**EXÁMEN FÍSICO**

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 88, Frec. respiratoria: 19, Temperatura: 35.7°C, Peso: 68.0 Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO Tensión arterial: Sentado: 109 / 67 (Optima / TA Media: 81), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

OBSERVACIONES

PRIORIO

Documento de venta asociado

CPS-3707920

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMA

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

Comentarios

Comentario alusivo a la Historia::

PROFESIONAL: [0993] BENAVIDES DIAZ ROSA YAMILE - NIT: 29683505 - Registro: 763077 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 29-Ago-2019 10:44 am: 46 Años**

Id: 1991610

Fecha de grabación: 29-Ago-2019 10:44 am

PROFESIONAL: [1129] ENF. MARMOLEJO OSORIO KATHERINE - NIT: 1097395849 - Registro: 1097395849 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura URGENCIAS del 29-Ago-2019 10:44 am: 46 Años

Id: 1155549

MOTIVO DE CONSULTA

DOLOR ABDOMINAL Y DIARREA

ENFERMEDAD ACTUAL

CUADRO DE 1 DIA DE DOLOR TIPO COLICO EN HIPOGASTRIO, ASOCIADO A DIARREA LIQUIDA SIN MOCO NI SANGRE 12 EPISODIOS Y EMESIS 3 EPISODIOS.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM

RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM

VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE TAMAÑO

ESTRECHEZ URETRAL.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extraccion de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

Niega ant alergicos.

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 30 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: CONCIENTE ORIENTADO

Frec. cardiaca: 88, Frec. respiratoria: 16, Temperatura: 36.0°C, Peso: 68.0

Kgs., Talla: 170 cms., IMC: 23.53 Peso normal, Perímetro cintura: --,

Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente,

Colaborador en la consulta: NO, Usuario hidratado: NO, Aparentemente

embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 109 / 67 (Optima / TA Media: 81), Acostado: 0 /

0, De pie: 0 / 0, Cúbito Lat.Izq.: 0 / 0

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

ABDOMEN BLANDO DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA EN

EPIGASTRIO E HIPOGASTRIO. NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3707920

Principal de consulta: [A099] GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN NO

ESPECIFICADO - Impresión diagnóstica

Servicio de egreso: 0050 CONSULTA PRIORITARIA URGENCIAS (TRIAGE III)

Fecha y hora de egreso: 29-Ago-2019 11:02 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE CON GASTROENTERITIS

CLINICAMENTE ESTABLE

INDICO MANEJO CON METRONIDAZOL + CIPROFLOXACINA + SRO Y

ESOMEPRAZOL .

SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR

SEGUIMIENTO MEDICO POR CONSULTA EXTERNA

SALIDA

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-681847, 29-Ago-2019

- METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) 10 MG TABLETAS, TABLETA CON O

SIN RE, #10, ORAL, 1 CADA 8 HORAS

- HIOSCINA - BUTIL BROMURO 10 MG GRAGEA, TABLETA, #10, ORAL, 1

CADA 8 HORAS

- CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO) 500 MG TABLETA, TABLETA CON O SIN

RE, #14, ORAL, 1 CADA 12 HORAS POR 7 DIAS

- METRONIDAZOL 500 MG TABLETA LAPROF, TABLETA, #15, ORAL, 1 CADA

8 HORAS POR 5 DIAS

- SALES DE REHIDRATACION ORAL X SOBRES, SOBRE, #3, ORAL, TOMAR

UN VASO DE SUERO CADA HORA

- ESOMEPRAZOL 20 MG TABLETA, TABLETA CON O SIN RE, #30, ORAL, EN

LA MAÑANA

Documento de venta asociado

CPS-3707920

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [0993] BENAVIDES DIAZ ROSA YAMILE - NIT: 29683505 -

Registro: 763077 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura TRIAGE del 18-Sep-2019 09:55 pm: 46 Años

Id: 1168022

MOTIVO DE CONSULTA

" ESTOY ORINANDO CON SANGRE Y BOTANDO PEDAZOS CARNE"

Clasificación de triage

Urgencia

ANTECEDENTES PERSONALES

GASTRTIS

PROFESIONAL: [1228] ENF.DIANA KATHERINE ZUÑIGA BUITRAGO - NIT:

1115086418 - Registro: 1115086418 - Especialidad: ATENCION DE

ENFERMERIA EN URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 18-Sep-2019 09:55 pm: 46 Años**

Id: 2018943

Fecha de grabación: 18-Sep-2019 09:55 pm

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 31 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

NOTAS ACLARATORIAS TRIAGE**EXÁMEN FÍSICO**

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 91, Frec. respiratoria: 19, Temperatura: 35.3°C, Peso: 75.0 Kgs., Talla: 165 cms., IMC: 27.55 Sobre peso, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO Tensión arterial: Sentado: 113 / 72 (Optima / TA Media: 85), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

OBSERVACIONES

URG

Documento de venta asociado

CPS-3739100

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMA

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

Comentarios

Comentario alusivo a la Historia::

PROFESIONAL: [1228] ENF.DIANA KATHERINE ZUÑIGA BUITRAGO - NIT: 1115086418 - Registro: 1115086418 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura URGENCIAS del 18-Sep-2019 10:07 pm: 46 Años

Id: 1168024

MOTIVO DE CONSULTA

" ESTOY ORINANDO CON SANGRE Y BOTANDO PEDAZOS CARNE"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE REFIERE CUADRO DE 24 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DISUREA,ALZAS TERMICAS, HEMATURIA, DOLOR LUMBAR, TENESMO VESICAL,ESCALOFRIO, ALGICO, NIEGA OTROS SINTOMAS , **ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ URETRAL

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE TAMAÑO ESTRECHEZ URETRAL.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extraccion de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

Niega ant alergicos.

PROFESIONAL: [1258] CARLOS JAVIER AGREDO MOLINA - NIT: 1114831522 - Registro: 1114831522 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 18-Sep-2019 10:07 pm: 46 Años**

Id: 2018961

Fecha de grabación: 18-Sep-2019 10:07 pm

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 32 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE ALERTA, ORIENTADO, CONCIENTE
Frec. cardiaca: --, Frec. respiratoria: --, Temperatura: --, Peso: 75.0 Kgs.,
Talla: 165 cms., IMC: 27.55 Sobre peso, Perímetro cintura: --, Saturación O2:
98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en
la consulta: NO, Usuario hidratado: NO, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 0 / 0 (Sin determinar), Acostado: 0 / 0, De pie: 0 /
0, Cúbito Lat.Izq.: 0 / 0

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3739100
Principal de egreso de hospitalización: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO
ESPECIFICADA -
Principal de ingreso a hospitalización: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO
ESPECIFICADA -
Principal de consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA -
Impresión diagnostica
Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2019 10:05 pm
Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA
Fecha y hora de egreso: 29-Sep-2019 01:34 am
Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

DX:
-ESTRECHEZ URETRAL
-IVU?

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ URETRAL, AHORA
CONSULTA POR CUADRO DE DISUREA, HEMATURIA, ALZAS TÉRMICAS,
ESCALOFRIOS, AL EXAMEN FÍSICO PUÑO PERCUSIÓN ++ DERECHA, SE
DECIDE DAR MANEJO ANALGESICO, SE SOLICITA HEMOGRAMA, PCR,
UROANÁLISIS, GRAM PARA DESCARTAR IVU ,

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-699520, 18-Sep-2019

- COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
Observaciones: ORINA
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE
ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA REC
- PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION +
- UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA +

Orden médica: 765200302901-OMED-699521, 18-Sep-2019

- BUTIL HIOSCINA + DIPIRONA 20MG + 2.5 GM AMPOLLA, SOLUCIÓN
INYECTABLE, #1, IV, APLICAR 1 AMP IV DILUIDO LENTO

Orden médica: 765200302901-OMED-699521,

Adm.tto: 18-Sep 22:26. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE BUTIL
HIOSCINA + DIPIRONA 20MG + 2.5 GM VIA ENDOVENOSA
DILUIDA EN 20CC DE SSN0.9%, LENTA, SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI
ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA, RECIBE Y TOLERA
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUN SIGNO DE
COMPLICACION...AUXILIAR DE AUXILIAR DE ENFERMERIA LILIBETH DIAZ

Documento de venta asociado

CPS-3739100

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [1258] CARLOS JAVIER AGREDO MOLINA - NIT: 1114831522 -
Registro: 1114831522 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y
DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 18-Sep-2019 10:26 pm: 46 Años**

Id: 2018972

Fecha de grabación: 18-Sep-2019 10:26 pm

EVOLUCIÓN

INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS CONCIENTE Y
ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CAMINANDO POR SUS
PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR, CONSULTA AL SERVICIO
POR MOTIVOS YA DESCRITOS EN LA HISTORIA CLINICA; ES VALORADO
POR EL MEDICO GENERAL DE TURNO QUE EMITE ORDENES MEDICAS, SE
CUMPLEN SIN COMPLICACIONES.
PENDIENTE REPORTE DE PARACLINICOS

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 33 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Documento de venta asociado

CPS-3739100

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2019 10:05 pm

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 29-Sep-2019 01:34 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

REPORTE DE PARACLINICOS:

CH: LEU 16.8 N 89.8 L 7.1 HB 13.8 PLT 268

PCR: 83

UROANALISIS: PH 6.5 DENSIDAD 1.034, NITRITOS POSITIVOS, LEU 50-60,

BACTERIAS ++++ ERITROCITOS EUMORFOS 40-50

PROFESIONAL: [0262] AE. PEÑA PAULA ANDREA - NIT: 29679536 - Registro:
29679536 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS****Evolución del 19-Sep-2019 03:19 am: 46 Años**

Id: 2019078

Fecha de grabación: 19-Sep-2019 03:19 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA

Frec. cardiaca: 79, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.5°C, Peso: 75.0

Kgs., Talla: 165 cms., IMC: 27.55 Sobre peso, Perímetro cintura: --, Saturación

O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador

en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 115 / 80 (Optima / TA Media: 91), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3739100

Principal de egreso de hospitalización: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO
ESPECIFICADA -Principal de ingreso a hospitalización: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO
ESPECIFICADA -Principal de consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA -
Impresión diagnosticaPACIENTE CON SINTOMATOLOGIA DE ITU, PARACLINICOS CON MARCADA
LEUCOCITOSIS, SE SOSPECHA DE PIELONEFRITIS POR LO QUE SE INDICA

PLAN:

HOSPITALIZAR

CEFTRIAXONA 1 GR C/8 HRS

HIOSCINA AMP 20 MG EV C/8 HRS

ASCORBICO 500 MG C/6 HRS

OMEPRAZOL TAB 20 MG DIA

SS CR, BUN, UROCULTIVO

SS VAL X UROLOGIA

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-699579, 19-Sep-2019

- INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA

Orden médica: 765200302901-OMED-699580, 19-Sep-2019

- UROCULTIVO [ANTIGRAMA MIC AUTOMATICO]+

- NITROGENO UREICO [BUN] *+

- CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

Orden médica: 765200302901-OMED-699581, 19-Sep-2019- ACIDO ASCORBICO 500 MG TABLETAS, TABLETA CON O SIN RE, #4, ORAL,
C/6 HRS**Orden médica: 765200302901-OMED-699581,**Adm.tto: 19-Sep 4:00. (1) SE ADMINISTRA 1 TABLETA DE ACIDO
ASCORBICO 500 MG VIA ORAL SE PLEREGUNTA AL PACIENTE SI ES
ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA RECIBE Y TOLERA
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION.
AUXILIAR DE ENFERMERIA LILIBETH DIAZAdm.tto: 19-Sep 7:35. (1) 12:00
SE ADMINISTRA 1 TABLETA DE ACIDO ASCORBICO X 500MG VIA
ORAL SE PLEREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN
MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO
FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION.
AUXILIAR DE ENFERMERIA18:00SE ADMINISTRA 1 TABLETA DE ACIDO ASCORBICO X 500MG
VIA ORAL SE PLEREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN
MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO
FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION.
AUXILIAR DE ENFERMERIA

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 34 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Orden médica: 765200302901-OMED-699581, 19-Sep-2019

- BUTIL DE HIOSCINA SIMPLE 20 MG AMPOLLA, SOLUCIÓN INYECTABLE, #3, EV, C/8 HRS

Orden médica: 765200302901-OMED-699581,

Adm.tto: 19-Sep 4:00. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE BUTIL DE HIOSCINA SIMPLE 20 MG VIA ENDOVENOSA DILUIDA EN 20CC DE SSN0.9%, LENTA, SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUN SIGNO DE COMPLICACION...AUXILIAR DE AUXILIAR DE ENFERMERIA LILIBETH DIAZ

Adm.tto: 19-Sep 7:35. (1) 12:00 SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE BUSCAPINA SIMPLE X 20MG VIA ENDOVENOSA DILUIDA EN 20CC DE SSN0.9%, LENTA, SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUN SIGNO DE COMPLICACION...AUXILIAR DE AUXILIAR DE ENFERMERIA

Orden médica: 765200302901-OMED-699581, 19-Sep-2019

- CEFTRIAXONA 1 GM AMPOLLA, POLVO ESTÉRIL PARA I, #3, EV, C/8 HRS

Orden médica: 765200302901-OMED-699581,

Adm.tto: 19-Sep 3:59. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE CEFTRIAXONA 1 GM VIA ENDOVENOSA DILUIDA EN 100 CC DE SSN0.9% POR BURETROL, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SIN NINGÚN SIGNO DE COMPLICACIÓN AUXILIAR DE ENFERMERIA LILIBETH DIAZ

Adm.tto: 19-Sep 7:34. (1) 12:00 SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE CEFTRIAXONA X 1MG VIA ENDOVENOSA DILUIDA EN 100 CC DE SSN0.9% POR BURETROL, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SIN NINGÚN SIGNO DE COMPLICACIÓN AUXILIAR DE ENFERMERIA

Orden médica: 765200302901-OMED-699581, 19-Sep-2019

- ESOMEPRAZOL 20 MG TABLETA, TABLETA CON O SIN RE, #1, ORAL, CADA DIA

Orden médica: 765200302901-OMED-699581,

Adm.tto: 19-Sep 4:00. (1) SE ADMINISTRA 1 TABLETA DE ESOMEPRAZOL 20 MG VIA ORAL SE PLEREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION. AUXILIAR DE ENFERMERIA LILIBETH DIAZ

Documento de venta asociado

CPS-3739100

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [1016] RUIZ OSCAR ANDRES - NIT: 1113653478 - Registro: 1113653478 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 19-Sep-2019 09:17 am: 46 Años**

Id: 2019242

Fecha de grabación: 19-Sep-2019 09:17 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: --, Frec. respiratoria: --, Temperatura: --, Peso: 75.0 Kgs., Talla: 165 cms., IMC: 27.55 Sobre peso, Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO Tensión arterial: Sentado: 0 / 0 (Sin determinar), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3739100

Principal de egreso de hospitalización: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA -

Principal de consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA - Impresión diagnostica

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2019 10:05 pm

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 29-Sep-2019 01:34 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

PCTE DE 46 AÑOS CON ITU POR SINTOMAS URINARIOS + REPORTE DE PARACLINICOS POR LO QUE SE DECIDE DAR MANEJO

INTRAHOSPITALARIOS POR LO QUE SE DECIDE CONTINUAR CON IGUAL MANEJO A LA ESPERA DE EVOLUCION CLINICA .

PCTE ESTABLE SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA ALERTA AFEBRIL COLABORA CON AL ENTREVISTA

SE CONTINUA CON IGUAL MANEJO A LA ESPERA DE UROCULTIVO

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 35 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-699646, 19-Sep-2019

- ACIDO ASCORBICO 500 MG TABLETAS, TABLETA CON O SIN RE, #4, ORAL, C/6 HRS

Orden médica: 765200302901-OMED-699646,

Adm.tto: 20-Sep 2:55. (0) Chequeado

Adm.tto: 20-Sep 2:55. (1) 24:00 Y 6:00 SE ADMINISTRA 1 TABLETA DE ACIDO ASCORBICO 500 MG VIA ORAL SE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION. AUXILIAR DE ENFERMERIA DIANA LIBREROS

Orden médica: 765200302901-OMED-699646, 19-Sep-2019

- BUTIL DE HIOSCINA SIMPLE 20 MG AMPOLLA, SOLUCIÓN INYECTABLE, #3, EV, C/8 HRS

Orden médica: 765200302901-OMED-699646,

Adm.tto: 20-Sep 2:51. (0) Chequeado

Adm.tto: 20-Sep 2:51. (1) 20:00 Y 4:00 SE ADMINITRA 1 AMPOLLA DE BUTIL DE HIOSCINA SIMPLE 20 MG VIA ENDOVENOSA DILUIDA EN 20 SSN 0.9% SE PASA LENTO, EN JERINGA DE 20 CC SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION. AUXILIAR DE ENFERMERIA DIANA LIBREROS

Orden médica: 765200302901-OMED-699646, 19-Sep-2019

- CEFTRIAXONA 1 GM AMPOLLA, POLVO ESTÉRIL PARA I, #3, EV, C/8 HRS

Orden médica: 765200302901-OMED-699646,

Adm.tto: 20-Sep 2:50. (0) Chequeado

Adm.tto: 20-Sep 2:50. (1) 20:00 SE ADMINISTRA 01 AMPOLLA DE CEFTRIAXONA 1 GM ENDOVENOSA DILUIDA EN 120 CC DE SSN0.9% POR BURETROL, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SIN NINGÚN SIGNO DE COMPLICACIÓN AUXILIAR DE ENFERMERIA DIANA LIBREROS

Orden médica: 765200302901-OMED-699646, 19-Sep-2019

- ESOMEPRAZOL 20 MG TABLETA, TABLETA CON O SIN RE, #1, ORAL, CADA DIA

Orden médica: 765200302901-OMED-699646,

Adm.tto: 20-Sep 2:54. (0) Chequeado

Adm.tto: 20-Sep 2:54. (1) 6:00 SE ADMINISTRA 1 TABLETA DE ESOMEPRAZOL 20 MG VIA ORAL SE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION. AUXILIAR DE ENFERMERIA DIANA LIBREROS

Documento de venta asociado

CPS-3739100

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [1196] BECERRA GOMEZ ANGELICA MARIA - NIT: 1114455113

- Registro: SSO - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 20-Sep-2019 09:28 am: 46 Años**

Id: 2020631

Fecha de grabación: 20-Sep-2019 09:28 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: paciente en aceptables condiciones hidratado afebril asintomatico

Frec. cardiaca: 78, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.5°C, Peso: 75.0 Kgs., Talla: 165 cms., IMC: 27.55 Sobrepeso, Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO Tensión arterial: Sentado: 120 / 85 (Normal alta / TA Media: 96), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

murmullo vesicular claro sin agregados

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3739100

Principal de egreso de hospitalización: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA -

Principal de consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA - Impresión diagnostica

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2019 10:05 pm

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 29-Sep-2019 01:34 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 36 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE QUIEN TIENE ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ EN URETRA PENEANA HACE 1 AÑO REQUIRIO DILATACION Y COLOCACION DE SONDA DE FOLLEY POR TENER RETENCION URINARIA AHORA CONSULTA POR SINTOMATOLOGIA UURINARIA QUE SE ACOMPAÑA DE DISMINUCION DEL CALIBRE DEL CHORRO SE HACE DIAGNOSTICO DE ITU MAS ESTRECHEZ URETRAL SE INICIO MANEJO DE ITU YSS VALORACION X UROLOGIA PARA DETERMINAR SI REQUIERE CISTOSCOPIA DIAGNOSTICA CONTINUA IGUAL MANEJO

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-700457, 20-Sep-2019

- MCL(8.000) TAPON HEPARINIZADO, #1, ,

Orden médica: 765200302901-OMED-700457,

Adm.tto: 20-Sep 12:21. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-700457, 20-Sep-2019

- ACIDO ASCORBICO 500 MG TABLETAS, TABLETA CON O SIN RE, #4, ORAL, C/6 HRS

Orden médica: 765200302901-OMED-700457,

Adm.tto: 20-Sep 12:21. (0) Chequeado

Adm.tto: 21-Sep 2:22. (1) 24:00PM Y 6:00 AM SE SUMINISTRA SE SUMINISTRA 1 TABLETA DE ACIDO ASCORBICO X 500 MG VIA ORAL PACIENTE RECIBE Y TOLERA MEDICAMENTO NO PRESENTA NINGUNA COMPLICACION... AUXILIAR DE ENFERMERIA GLORIA CAICEDO Y DIANA LIBREROS

Orden médica: 765200302901-OMED-700457, 20-Sep-2019

- BUTIL DE HIOSCINA SIMPLE 20 MG AMPOLLA, SOLUCIÓN INYECTABLE, #3, EV, SUSPENDER

Orden médica: 765200302901-OMED-700457,

Adm.tto: 20-Sep 12:20. (0) Chequeado

Adm.tto: 20-Sep 12:20. (0) Suspendido

Orden médica: 765200302901-OMED-700457, 20-Sep-2019

- CEFTRIAXONA 1 GM AMPOLLA, POLVO ESTÉRIL PARA I, #3, EV, C/8 HRS

Orden médica: 765200302901-OMED-700457,

Adm.tto: 20-Sep 12:21. (0) Chequeado

Adm.tto: 21-Sep 2:21. (1) 20:00PM Y 4:00AMSE SUMINISTRA 1 FRASCO DE CEFTRIAXONA X 1 GR SE DILUYE EN UNA JERINGA DE 10 ML EN SSN 0,9% Y SE PASA POR BURETROL DILUIDA EN 100 CC DE SSN 09 % ENDOVESOSA PACIENTE RECIBE Y TOLERA MEDICAMENTO NO PRESENTA NINGUNA COMPLICACION... AUXILIAR DE ENFERMERIA GLORIA CAICEDO Y DIANA LIBREROS

Orden médica: 765200302901-OMED-700457, 20-Sep-2019

- ESOMEPRAZOL 20 MG TABLETA, TABLETA CON O SIN RE, #1, ORAL, CADA DIA

Orden médica: 765200302901-OMED-700457,

Adm.tto: 20-Sep 12:21. (0) Chequeado

Adm.tto: 21-Sep 2:25. (1) 6:00 AM SE SUMINISTRA SE SUMINISTRA 1 TABLETA DE ESOMEPRAZOL X 20 MG VIA ORAL PACIENTE RECIBE Y TOLERA MEDICAMENTO NO PRESENTA NINGUNA COMPLICACION... AUXILIAR DE ENFERMERIA GLORIA CAICEDO Y DIANA LIBREROS

Documento de venta asociado

CPS-3739100

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO



PROFESIONAL: [0445] VARGAS FLORES GABRIEL - NIT: 6220025 - Registro: 14743 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 21-Sep-2019 02:33 am: 46 Años**

Id: 2021710

Fecha de grabación: 21-Sep-2019 02:33 am

EVOLUCIÓN

19:00PM RECIBO PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACION HOMBRES CONCIENTE , ORIENTADO EN TLP EN CAMILLA CON SUS RESPECTIVAS BARRANDAS ALTA DE PROTECCION EN ALTO TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE SIN COMPAÑIA DE FAMILIAR PACIENTE QUE SE OBSERVA ESTABLE CON VENA CANALIZADO EN MSD ADPTADA A TAPON HEPARINIZADO CON DX ANEXADO EN LA HISTORIA CLINICA PACIENTE QUE SELE ADMINISTRA SUS RESPECTIVOS MEDICAMENTOS SIN COMPLICACION ESTUVO CALMADO TRANQUILO
2:00 AM PACIENTE QUE DURANTE LA MADRUGADA DURMIO INTERVALOS LARGOS NO PRESENTO CAMBIOS SE LE TOMAN SIGNOS VITALES ELIMIN EXPONTANEO NO DEPOSICION
6:55 AM SE DEJA PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACION HOMBRES EN CAMILLA CALMADO TRANQUILO PENDIENTE VX POR UROLOGIA Y REPORTE DE UROCULTIVO



PROFESIONAL: [0478] AE. CAICEDO VELASCO GLORIA AMPARO - NIT: 29663519 - Registro: 760516 - Especialidad: ENFERMERIA EN CUIDADO AL NIÑO [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 21-Sep-2019 06:59 am: 46 Años**

Id: 2021791

Fecha de grabación: 21-Sep-2019 06:59 am



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 37 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 78, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.5°C, Peso: 75.0 Kgs., Talla: 165 cms., IMC: 27.55 Sobre peso, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 96.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO Tensión arterial: Sentado: 120 / 82 (Normal / TA Media: 94), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

MURMULLO VESICULAR CLARO SIN AGREGADOS

ABDÓMEN Y LUMBAR

BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3739100

Principal de egreso de hospitalización: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA -

Principal de consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA - Impresión diagnóstica

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2019 10:05 pm

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 29-Sep-2019 01:34 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

SE COMENTA TELEFONICAMENTE CON MEDICO UROLOGO QUIEN RECOMIENDA APLICAR ANTIBIOTICO MINIMO POR TRES DIAS Y TOMA DE ECO DE RIÑON Y VIAS URINARIAS SE CONTINUA IGUAL MANEJO

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-701189, 21-Sep-2019

- MCL(8.000) TAPON HEPARINIZADO, #1, ,

Orden médica: 765200302901-OMED-701189,

Adm.tto: 21-Sep 11:31. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-701189, 21-Sep-2019

- ACIDO ASCORBICO 500 MG TABLETAS, TABLETA CON O SIN RE, #4, ORAL, C/6 HRS

Orden médica: 765200302901-OMED-701189,

Adm.tto: 21-Sep 11:31. (0) Chequeado

Adm.tto: 21-Sep 18:59. (1) 24.00 Y 06.00

SE ADMINISTRA 1 TABLETA DE ACIDO ASCORBICO X 500 MG VIA ORAL SE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION.

AUXILIAR DE ENFERMERIA DIANA ARAGON

Adm.tto: 21-Sep 7:44. (1) 24.00-06.00SE ADMINISTRA 1 TABLETA DE ACIDO ASCORBICO X 500 MG VIA ORAL PACIENTE NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS Y RECIBE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN REACCION ADVERSA AUXILIAR DE ENFERMERIA GLORIA BANDERAS

Adm.tto: 22-Sep 8:17. (1) 12-18 1 TABLETA DE ACIDO ASCORBICO X 500 MG VIA ORAL

Orden médica: 765200302901-OMED-701189, 21-Sep-2019

- CEFTRIAXONA 1 GM AMPOLLA, POLVO ESTÉRIL PARA I, #3, EV, C/8 HRS

Orden médica: 765200302901-OMED-701189,

Adm.tto: 21-Sep 11:31. (0) Chequeado

Adm.tto: 21-Sep 18:57. (1) 20.00 Y 04.00

SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE CEFTRIAXONA X 1 GM ENDOVENOSA DILUIDA EN 120 CC DE SSN0.9% POR BURETROL, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SIN NINGÚN SIGNO DE COMPLICACIÓN AUXILIAR DE ENFERMERIA DIANA ARAGON

Adm.tto: 21-Sep 7:43. (1) 20.00SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE CEFTRIAXONA X 1 GR DILUIDA EN 150 CC DE SSN 09 % EN BURETROL ENDOVENOSA LENTA PACIENTE NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN REACCION ADVERSA NI FLEBITIS ... AUXILIAR DE ENFERMERIA GLORIA BANDERAS

Adm.tto: 22-Sep 8:16. (1) 12:00 SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE CEFTRIAZONA X 1 GRAMO ENDOVENOSA DILUIDA EN 120 CC DE SSN0.9% POR BURETROL, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SIN NINGÚN SIGNO DE COMPLICACIÓN AUXILIAR LORENA AGUIRRE

Orden médica: 765200302901-OMED-701189, 21-Sep-2019

- ESOMEPRAZOL 20 MG TABLETA, TABLETA CON O SIN RE, #1, ORAL, CADA DIA



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 38 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Orden médica: 765200302901-OMED-701189,

Adm.tto: 21-Sep 11:31. (0) Chequeado

Adm.tto: 21-Sep 19:00. (1) 06.00 SE ADMINISTRA 1 TABLETA DE OMEPRAZOL X 20 MG VIA ORAL SE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION. AUXILIAR DE ENFERMERIA DIANA ARAGON

Orden médica: 765200302901-OMED-701190, 21-Sep-2019

- ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)

Documento de venta asociado

CPS-3739100

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [0445] VARGAS FLORES GABRIEL - NIT: 6220025 - Registro: 14743 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

**NOTAS DE ENFERMERIA del 21-Sep-2019 01:47 pm: 46 Años

Id: 2022147

Fecha de grabación: 21-Sep-2019 01:47 pm

EVOLUCIÓN

RECIBO PACIENTE EN SALA DE URGENCIAS HOMBRE CON DX DESCRITO EN HISTORIA CLINICA, NORMOCEFALICA CABELLO CEJAS Y PESTAÑAS BIEN IMPLANTADAS, OJOS SIN LIMITACIONES AL MOVIMIENTO EN MIEMBROS SUPERIORES EN ENCUENTRA CANALIZADO CON VENOPUNCION PERMEABLE CON TAPON VENOSO, NO SE OBSERVA DIFICULTAD NI LIMITACION AL MOVIMIENTO, SE ENCUENTRA UBICADO EN CAMILLA CON BARANDAS DE SEGURIDAD ELEVADAS Y REFORADAS. TOLERANDO OXIGENO A MEDIO AMBIENTE, DUERME A INTERVALOS LARGOS RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FRMACOLOGICO SIN COMPLICACIONES ELIMINA ESPONTANEO NO DEPOSICION HASTA EL MOMENTO DE LA ENTREGA PACIENTE SE OBSERVA TRANQUILO Y ESTABLE UBICADO EN CAMILLA SE LE DAN A CONOCER LOS SERVICIOS QUE SE LE BRINDARAN DESDE LA ENTREGA DE TRUNO Y PORTERIOR A ESO SE LE BRINDAN LAS RECOMENDACIONES DEL AUTOCUIDADO DENTRO LA DE INSTITUCION PACIENTE COLABORADOR SIGNOS VITALES ESTABLES

PROFESIONAL: [0516] AE. BANDERAS DOMINGUEZ GLORIA PATRICIA - NIT: 1113626140 - Registro: 760865 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

**NOTAS DE ENFERMERIA del 22-Sep-2019 07:32 am: 46 Años

Id: 2022606

Fecha de grabación: 22-Sep-2019 07:32 am

EVOLUCIÓN

7+00 recibo pazeinte en camilla en compañía de familiar con Dx ITU de paciente en compañía de familiar con barandas arriba de la camilla canalizada con vena permeable para el paso de medicamentos pazeinte que durante la mañana se le realiza actividades de bienestar y confort en compañía de los familiares recibe y tolera via oral es valorada por el medico de su especialidad quien ordena su respectivo tratamiento medico pazeinte que durante el dia duermen intervalos cortos pazeinte que durante el dia se le suministra tratamiento farmacologico segun historia clinica .

19+00 Queda pazeinte en cama en compañía de familiar en aparente buenas condiciones generales. queda con signos vitales estables

PROFESIONAL: [0510] AE. AGUIRRE TORO ZOILA LORENA - NIT: 65764785 - Registro: 764217 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura HOSPITALIZACION del 22-Sep-2019 11:04 am: 46 Años

Id: 1169683

MOTIVO DE CONSULTA

HEMATURIA MACROSCOPICA + ESTRECHEZ URETRAL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUE INGRESO POR PRESENTA HEMATURIA MACROSCOPICA + DOLOR + POLAQUEIRIA HOSPITALZAIAN PARA MANEJO ANTIBIOTICO X 3 DIAS + TOMA DE ECOGRAFIA DE VIA URIANRIA + VALROACION X UROLOGIA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE TAMAÑO ESTRECHEZ URETRAL.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extraccion de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICOS

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 39 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

Comentarios

Comentario alusivo a la Historia:

PROFESIONAL: [0033] ROCHA OCAMPO GUSTAVO ADOLFO - NIT:
1113621805 - Registro: 765540 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y
DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 22-Sep-2019 11:04 am: 46 Años**

Id: 2022824

Fecha de grabación: 22-Sep-2019 11:04 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: TRANQUILO

Frec. cardiaca: 85, Frec. respiratoria: 17, Temperatura: 37.0°C, Peso: 50.0

Kgs., Talla: 65 cms., IMC: 118.34 Sin clasificar, Perímetro cintura: --,

Saturación O2: 95.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente,

Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente

embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 110 / 85 (Normal alta / TA Media: 93), Acostado:

--, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3739100

Principal de egreso de hospitalización: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO
ESPECIFICADA -Principal de ingreso a hospitalización: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO
ESPECIFICADA -Principal de consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA -
Impresión diagnostica

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2019 10:05 pm

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 29-Sep-2019 01:34 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLANPACIENTE QUE INGRESO POR PRESENTA HEMATURIA MACROSCOPICA
+ DOLOR + POLAQUEIRIA

HOSPITALZAIAN

PARA MANEJO ANTIBIOTICO X 3 DIAS + TOMA DE ECOGRAFIA DE VIA
URIANRIA + VALROACION X UROLOGIA

DX HEMATURIA MACROSCOPICA

ESTRECHEZ URETRAL

CONTINUA HOPSITALIAZADO

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-701994, 22-Sep-2019- ACIDO ASCORBICO 500 MG TABLETAS, TABLETA CON O SIN RE, #4, ORAL,
C/6 HRS

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 40 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Orden médica: 765200302901-OMED-701994,

Adm.tto: 22-Sep 13:11. (0) Chequeado
Adm.tto: 22-Sep 17:58. (1) 24 AM Y LAS 6 AM SE ADMINISTRA 1
TABLETA DE ACIDO ASCORVICO VIA ORAL SE PREGUNTA AL PACIENTE SI
ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA RECIBE Y TOLERA
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION.
AUXILIAR DE ENFERMERIA

Adm.tto: 23-Sep 7:55. (1) FECHA: SEPTIEMBRE - 23 - 2019.
TURNO: DIA.

HORA: 12+00 / 18+00
SE ADMINISTRA 1 TABLETA DE: ACIDO ASCORBICO X 500 MG VIA ORAL.
RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SIN NINGÚN SIGNO DE
COMPLICACIÓN. AUXILIAR DE ENFERMERIA: GLORIA CAICEDO.

Orden médica: 765200302901-OMED-701994, 22-Sep-2019

- BUTIL DE HIOSCINA SIMPLE 20 MG AMPOLLA, SOLUCIÓN INYECTABLE,
#3, EV, C/8 HRS

Orden médica: 765200302901-OMED-701994,

Adm.tto: 22-Sep 13:11. (0) Chequeado
Adm.tto: 22-Sep 17:55. (1) 24 AM SE ADMINITRA 1 AMPOLLA DE
BUSCAPINA SIMPLE VIA ENDOVENOSA DILUIDA EN 20 SSN
0.9% SE PASA LENTO, EN JERINGA DE 20 CC SE LE PREGUNTA AL
PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA RECIBE Y
TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION.
AUXILIAR DE ENFERMERIA

Adm.tto: 23-Sep 7:56. (1) FECHA: SEPTIEMBRE - 23 - 2019.
TURNO: DIA.

HORA: 08+00 / 16+00
SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE: BUTIL DE HIOSCINA SIMPLE X 20 MG VIA
ENDOVENOSA DILUIDA EN 20 CC DE SSN 0.9% SE UTILIZA JERINGA DE 20
CC. RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SIN NINGÚN SIGNO
DE COMPLICACIÓN. AUXILIAR DE ENFERMERIA: GLORIA CAICEDO.

Orden médica: 765200302901-OMED-701994, 22-Sep-2019

- CEFTRIAXONA 1 GM AMPOLLA, POLVO ESTÉRIL PARA I, #3, EV, C/8 HRS

Orden médica: 765200302901-OMED-701994,

Adm.tto: 22-Sep 13:10. (0) Chequeado
Adm.tto: 22-Sep 17:54. (1) 20 M Y LAS 4 AM SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA
DE CEFTRIAXONA POR 1 GRAMO ENDOVENOSA DILUIDA EN 120 CC DE
SSN 0.9% POR BURETROL, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO SIN NINGÚN SIGNO DE COMPLICACIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA

Adm.tto: 23-Sep 7:53. (1) FECHA: SEPTIEMBRE - 23 - 2019.

TURNO: DIA.

HORA: 12+00
SE ADMINISTRA 1 FRASCO DE: CEFTRIAXONA X 1 MG VIA ENDOVENOSA
DILUIDA EN 100 CC DE SSN 0.9% POR BURETROL, SE UTILIZA JERINGA DE
10 CC. RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SIN NINGÚN
SIGNO DE COMPLICACIÓN. AUXILIAR DE ENFERMERIA: GLORIA CAICEDO.

Orden médica: 765200302901-OMED-701994, 22-Sep-2019

- ESOMEPRAZOL 20 MG TABLETA, TABLETA CON O SIN RE, #1, ORAL, CADA
DIA

Orden médica: 765200302901-OMED-701994,

Adm.tto: 22-Sep 13:11. (0) Chequeado
Adm.tto: 22-Sep 18:00. (1) 6 AM SE ADMINISTRA 1 TABLETA DE
EXOMEPRAZOL POR 20 MG VIA ORAL SE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES
ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA RECIBE Y TOLERA
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION.
AUXILIAR DE ENFERMERIA

Documento de venta asociado

CPS-3739100

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO



PROFESIONAL: [0033] ROCHA OCAMPO GUSTAVO ADOLFO - NIT:
1113621805 - Registro: 765540 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y
DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 23-Sep-2019 08:39 am: 46 Años**

Id: 2023680

Fecha de grabación: 23-Sep-2019 08:39 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES HIDRATADA
AFEBRIL ASINTOMATICO

Frec. cardiaca: 78, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.5°C, Peso: 50.0
Kgs., Talla: 65 cms., IMC: 118.34 Sin clasificar, Perímetro cintura: --,
Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente,
Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente
embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 120 / 80 (Optima / TA Media: 93), Acostado: --,
De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 41 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3739100

Principal de egreso de hospitalización: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA -

Principal de consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA - Impresión diagnostica

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2019 10:05 pm

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 29-Sep-2019 01:34 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLANPACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES HIDRATADO AFEBRIL EN ESPERA DE REPORTE DE ECO RENAL Y VÍAS URINARIAS ADEMAS VALORACION X UROLOGIA CONTINUA IGUAL MANEJO
09:30

PACIENTE VALORADO POR UROLOGIA DR CARDONA QUE CONSIDERA QUE NO PRESENTA OBSTRUCCION URINARIA YA TIENE 5 DIAS DE ANTIBIOTICO SE DEBE CONTINUAR MANEJO AMBULATORIO CON CIPROFLOXACINA ACIDO ASCORBICO

SALIDA

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-702711, 23-Sep-2019

- ACIDO ASCORBICO 500 MG TABLETAS, TABLETA CON O SIN RE, #30, ORAL, TOMAR 1 TAB CASDA 8 HORAS

- CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO) 500 MG TABLETA, TABLETA CON O SIN RE, #15, ORAL, TOMAR 1 TAB CADA 12 HORAS

Documento de venta asociado

CPS-3739100

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [0445] VARGAS FLORES GABRIEL - NIT: 6220025 - Registro: 14743 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS****NOTAS DE ENFERMERIA del 23-Sep-2019 12:46 pm: 46 Años**

Id: 2024197

Fecha de grabación: 23-Sep-2019 12:46 pm

EVOLUCIÓN

07+00 RECIBO PACIENTE MAYOR DE EDAD EN SALA DE OBSERVACION

HOMBRES URGENCIAS CONCIENTE Y ORIENTADO EN SUS 3 ESFERAS MENTALES TIEMPO, LUGAR Y PERSONA. EN CAMILLA CON BARANDAS DE PROTECCION EN ALTO CON VENA CANALIZADA EN MSI CON TH. EN COMPAÑIA DE FAMILIAR.

CON DX: DESCRETO EN LA HISTORIA CLINICA POR EL MEDICO TRATANTE, TOLERANDO OXIGENO A MEDIO AMBIENTE.

PENDIENTE: NUEVA EVOLUCION MEDICA.

SE REALIZA ACTIVIDAD DE BIENESTR Y CONFORT EN COMPAÑIA DE LA AUXILIAR DE TURNO. ELIMINACION URINARIA POSITIVA EN BAÑO.

PACIENTE QUE PERMANECE EN SU RESPECTIVA CAMILLA Y CUBICULO.

RECIBE Y TOLERA ALIMENTACION Y TTO FARMACOLOGICO SIN REACCION ADVERSA.

ES VALORADO POR EL MEDICO DE SU ESPECIALIDAD QUIEN ORDENA SALIDA CON TRATAMIENTO FARMACOLOGICO. PASA LA MAÑANA ESTABLE NO PRESENTA ANORMALIAS.

EGRESA PACIENTE DE SALA DE OBSERVACION HOMBRES CONCIENTE. EN CONDICIONES ESTABLES HASTA EL MOMENTO DEL EGRESO.

SE CUMPLE ORDENES MEDICAS.

PROFESIONAL: [0989] AE. SIMONDS SOMERA LIZ KATHERINE - NIT:

29671554 - Registro: 767689 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura TRIAGE del 3-Oct-2019 04:41 am: 46 Años

Id: 1176447

MOTIVO DE CONSULTA

NO PUEDO ORINAR.

Clasificación de triage

Urgencia

ANTECEDENTES PERSONALES

NINGUNA

PROFESIONAL: [1118] ENF. JIMENEZ HURTADO ISABEL CRISTINA - NIT:

1114827966 - Registro: 1114827966 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 3-Oct-2019 04:41 am: 46 Años**

Id: 2037343

Fecha de grabación: 3-Oct-2019 04:41 am

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 42 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

NOTAS ACLARATORIAS TRIAGE

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 84, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.0°C, Peso: 60.0 Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO Tensión arterial: Sentado: 132 / 81 (Normal alta / TA Media: 98), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

OBSERVACIONES

URG

Documento de venta asociado

CPS-3745918

Subsidiado: EMSSANAR EPS SAS



PROFESIONAL: [1118] ENF. JIMENEZ HURTADO ISABEL CRISTINA - NIT: 1114827966 - Registro: 1114827966 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura URGENCIAS del 3-Oct-2019 04:59 am: 46 Años

Id: 1176449

MOTIVO DE CONSULTA

NO PUEDO ORINAR.

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN INGRESA POR CUADRO DE RETENCION DE ORINA DESDE LAS 3 AM, INDICA DOLOR EN ABDOMEN.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE TAMAÑO ESTRECHEZ URETRAL.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extracción de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

Niega ant alérgicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMA

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

Comentarios

Comentario alusivo a la Historia::



PROFESIONAL: [1016] RUIZ OSCAR ANDRES - NIT: 1113653478 - Registro: 1113653478 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 3-Oct-2019 04:59 am: 46 Años**

Id: 2037348

Fecha de grabación: 3-Oct-2019 04:59 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS

Frec. cardiaca: 78, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.5°C, Peso: 60.0

Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2:

98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en

la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 132 / 81 (Normal alta / TA Media: 98), Acostado:

0 / 0, De pie: 0 / 0, Cúbito Lat.Izq.: 0 / 0

Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 43 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

SE EVIDENCIA Y SE PALPA GLOBO VESICAL, DOLOR LOCAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3743872

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 3-Oct-2019 08:24 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

DX: RETENCION DE ORINA

ESTRECHEZ URETRAL

PLAN:

OBSERVACION

BUSCAPINA COMPUESTA 20 MG

SE INDICA PASO DE Sonda VESICAL

RVLR

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-711197, 3-Oct-2019

- BUTIL HIOSC+DIPIRONA AMP 20MG+2.5 GR, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, EV, AHORA

Orden médica: 765200302901-OMED-711197,

Adm.tto: 3-Oct 5:07. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE BUTIL HIOSC+DIPIRONA AMP 20MG+2.5 GR VIA ENDOVENOSA DILUIDA EN 20 CC DE SOLUCION SALINA NORMAL 0,9% PASANDO LENTO DURANTE 5 MINUTOS, SIN REACCION ADVERSA. SE UTILIZA JERINGA DE 20 CC. ALEJANDRINA BLANDON

Orden médica: 765200302901-OMED-711197, 3-Oct-2019

- INSERCIÓN DE CATETER (SONDA) EN URETRA

Documento de venta asociado

CPS-3743872

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [1016] RUIZ OSCAR ANDRES - NIT: 1113653478 - Registro: 1113653478 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 3-Oct-2019 05:07 am: 46 Años**

Id: 2037349

Fecha de grabación: 3-Oct-2019 05:07 am

EVOLUCIÓN

INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS, CONCIENTE, TRANQUILO, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, TOLERANDO OXIGENO A MEDIO AMBIENTE, POR MOTIVOS DESCRITOS EN LA HISTORIA CLINICA, ES VALORADO POR EL DR RUIZ QUIEN EMITE ORDENES MEDICAS, SE CUMPLEN SIN NINGUNA COMPLICACION PENDIENTE REVALORAR SE REALIZA CATETERISMO VESICAL CON NELATON NUMERO 16 SIN NINGUNA COMPLICACION UTILIZANDO REVIA TECNICA ASEPTICA

Documento de venta asociado

CPS-3743872

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [1048] AE.MEDINA MOLINA MELINA - NIT: 1113673846 - Registro: 768537 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 3-Oct-2019 08:13 am: 46 Años**

Id: 2037421

Fecha de grabación: 3-Oct-2019 08:13 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: --, Frec. respiratoria: --, Temperatura: --, Peso: 60.0 Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO Tensión arterial: Sentado: 0 / 0 (Sin determinar), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 44 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3743872

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 3-Oct-2019 08:24 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE A QUIENS E REALIZA DILATACION UTRETRASL, PROCEDEMITNO SIN COMPLCIACIOENS SE PAS Sonda VESICAL, SE SA DALIDA CONTR ATAMEINTO ANTIBIOTICO RECOEMNACIEOS MEDICAS SIGNOS Y SINTOMAS E AALRMA MEDICA

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-711227, 3-Oct-2019

- IBUPROFENO 400 MG TAB, tableta, #20, ORAL, 1 TAB CADA 8 HROAS POR DOLOR

- CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO) 500 MG TABLETA, TABLETA CON O SIN RE, #14, ORAL, 1 TABC ADA 1 2HORAS POR 7 DIAS

Documento de venta asociado

CPS-3743872

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [0004] BURGOS BACCA AURA ROSA - NIT: 30724464 -

Registro: 888491 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura TRIAGE del 4-Oct-2019 03:22 pm: 46 Años

Id: 1177550

MOTIVO DE CONSULTA

PACIENTE QUE CONSULTA POR DOLOR PELVICO

Clasificación de triage

Urgencia

ANTECEDENTES PERSONALES

NINGUNA

PROFESIONAL: [1129] ENF. MARMOLEJO OSORIO KATHERINE - NIT:

1097395849 - Registro: 1097395849 - Especialidad: ATENCION DE

ENFERMERIA EN URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

**Evolución del 4-Oct-2019 03:22 pm: 46 Años

Id: 2039580

Fecha de grabación: 4-Oct-2019 03:22 pm

NOTAS ACLARATORIAS TRIAGE

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 108, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 34.5°C, Peso: 70.0

Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2:

98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en

la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 116 / 101 (Hipertensión, estadio 2 / TA Media:

106), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

OBSERVACIONES

URG

PROFESIONAL: [1129] ENF. MARMOLEJO OSORIO KATHERINE - NIT:

1097395849 - Registro: 1097395849 - Especialidad: ATENCION DE

ENFERMERIA EN URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura URGENCIAS del 4-Oct-2019 03:43 pm: 46 Años

Id: 1177577

MOTIVO DE CONSULTA

PACIENTE QUE CONSULTA POR DOLOR PELVICO

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 45 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANT DE ESTRECHEZ URETRAL, AYER SE LE REALIZO DILATACION URETRAL Y SE DEJA SONDA X 24 HORAS. PACIENTE REIFERE MICICON SIN DIFICULTAD PERO DOLOR EN MIEMBRO PUNZANTE. NIEGA FIEBRE U OTROS SINTOMAS

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE TAMAÑO ESTRECHEZ URETRAL.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extraccion de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMA

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

Comentarios

Comentario alusivo a la Historia::

PROFESIONAL: [1262] INGRID KATHERINE ALVES ALVAREZ - NIT: 1113659034 - Registro: 1113659034 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 4-Oct-2019 03:43 pm: 46 Años**

Id: 2039629

Fecha de grabación: 4-Oct-2019 03:43 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: ALERTA, ALGICO

Frec. cardiaca: 84, Frec. respiratoria: 16, Temperatura: 36.1°C, Peso: 70.0

Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2:

98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en

la consulta: NO, Usuario hidratado: NO, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 112 / 70 (Optima / TA Media: 84), Acostado: 0 /

0, De pie: 0 / 0, Cúbito Lat.Izq.: 0 / 0

Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

BLANDO DEPREISBLE, NO DOLOROSO

SISTEMA GENITO-URINARIO

SOND VESICAL PERMEABLE CONECTADA A CISTOFLO

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3746021

Principal de consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA -

Impresión diagnostica

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 46 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 4-Oct-2019 04:43 pm

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

Documento de venta asociado

CPS-3746021

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [1027] AE. DIAZ HIGUITA LILIBETH - NIT: 1113636471 - Registro: 762302 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura TRIAGE del 31-May-2020 02:44 am: 47 Años

Id: 1296148

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE CON ESTRECHEZ URETRAL, AYER SE REALIZARON DILATACIONES UTETRALES, CON Sonda VESICAL DESDE PROCESAMIENTO DIURESIS PRESENTE, DOLORPUNZANTE EN URETRA SIN OTROS SINTOMAS. TIENE EPDIENTE QUE AGENDEN VAL POR UROLOGIA, SE ORDENA RETIRO DE Sonda ANALGESIA Y SALIDA.

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-712480, 4-Oct-2019

- INSERCIÓN DE CATETER (SONDA) EN URETRA

Orden médica: 765200302901-OMED-712484, 4-Oct-2019

- BUTIL HIOSCINA + DIPIRONA 20MG + 2.5 GM AMPOLLA, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, EV, LENTO AHORA

Orden médica: 765200302901-OMED-712484,

Adm.tto: 4-Oct 16:15. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE BUTIL HIOSCINA + DIPIRONA 20MG VIA EDOVEOSA SE USA JERINGA DE 20 CC SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION
AUXILIAR DE ENFERMERIA GLORIA BANDERAS

Documento de venta asociado

CPS-3746021

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [1262] INGRID KATHERINE ALVES ALVAREZ - NIT: 1113659034 - Registro: 1113659034 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 4-Oct-2019 04:15 pm: 46 Años**

Id: 2039687

Fecha de grabación: 4-Oct-2019 04:15 pm

EVOLUCIÓN

INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS CONSIENTE Y ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, CONSULTA AL SERVICIO POR MOTIVOS YA DESCRITOS EN LA HISTORIA CLINICA; ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA ES VALORADO POR EL MEDICO GENERAL DE TURNO QUE EMITE ORDENES MEDICAS, SE CUMPLEN SIN COMPLICACIONES.
POSTERIOR SE DA SALIDA CON RECOMENDACIONES Y FORMULA MEDICA

MOTIVO DE CONSULTA

"NO PUEDO ORINAR"

Clasificación de triage

Urgencia

ANTECEDENTES PERSONALES

NINGUNA

PROFESIONAL: [1202] JANASY CAMPO GARCIA - NIT: 1113658796 - Registro: 1113658796 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 31-May-2020 02:44 am: 47 Años**

Id: 2299073

Fecha de grabación: 31-May-2020 02:44 am

NOTAS ACLARATORIAS TRIAGE**EXÁMEN FÍSICO**

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 90, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.5°C, Peso: 70.0

Kgs., Talla: 165 cms., IMC: 25.71 Peso normal, Perímetro cintura: --,

Saturación O2: 99.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente,

Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente

embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 145 / 86 (Hipertensión, estadio 1 / TA Media: 105),

Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

OBSERVACIONES

2

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 47 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Documento de venta asociado

CPS-3922163

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [1202] JANASY CAMPO GARCIA - NIT: 1113658796 - Registro:

1113658796 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura URGENCIAS del 31-May-2020 04:10 am: 47 Años

Id: 1296153

MOTIVO DE CONSULTA

DOLOR Y NO HE ORINADO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 12 HORAS , REFIERE HACE 3 DIAS DISMINUCION DEL CALIBRE DE ORINA, HACE 12 HORAS, OLIGURIA, DOLOR EN HIPOGASTRIO TIPO COLICO DE GRAN INTENSIDAD QUE NO MEJORA CON ACETAMINOFEN , NO SE IRRADIA, AFEBRIL Y DISTENCION LOCALIZADA DEL MISMO, REFIERE NO OTRO SNTO ESTRECHEZ URETRAL. ESTA CON VALORACION POR UROLOGIA PARA REALIZACION DE MEATOTOMIA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM

RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM

VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE TAMAÑO

ESTRECHEZ URETRAL.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extraccion de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMA

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

Comentarios

Comentario alusivo a la Historia::

PROFESIONAL: [1280] ESP. LUIS ARMANDO GARCIA TRUJILLO (CIRUJANO GENERA - NIT: 94331635 - Registro: 75570 - Especialidad: CIRUGIA GENERAL [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 31-May-2020 04:10 am: 47 Años**

Id: 2299097

Fecha de grabación: 31-May-2020 04:10 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 90, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.5°C, Peso: 70.0

Kgs., Talla: 165 cms., IMC: 25.71 Peso normal, Perímetro cintura: --,

Saturación O2: 99.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente,

Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente

embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 145 / 86 (Hipertensión, estadio 1 / TA Media: 105),

Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 48 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

TORAX NORMO-EXPANSIBLE RSCRS NO SOPLOS, ASCSPS BIEN VENTILADOS, MV PRESENTE NO RUIDOS SOBRE AGREGADOS.

ABDÓMEN Y LUMBAR

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO EN HIPOGASTRIO, AUMENTO DE VOLUMEN EN HIPOGASTRIO, PERISTALTISMO POSITIVO NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS, NO VICEROMEGALIAS.

SISTEMA GENITO-URINARIO

MEATO PENIALINO NO SE VISUALIZA

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3922163

Principal de egreso de hospitalización: [R33X] RETENCION DE ORINA -

Principal de ingreso a hospitalización: [R33X] RETENCION DE ORINA -

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Fecha de ingreso al servicio: 4-Jun-2020 02:47 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 5-Jun-2020 09:29 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE QUE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 12 HORAS , REFIERE HACE 3 DIAS DISMINUCION DEL CALIBRE DE ORINA, HACE 12 HORAS, OLIGURIA, DOLOR EN HIPOGASTRIO TIPO COLICO DE GRAN INTENSIDAD QUE NO MEJORA CON ACETAMINOFEN , NO SE IRRADIA, AFEBRIL Y DISTENCION LOCALIZADA DEL MISMO, REFIERE NO OTRO SNTO ESTRECHEZ URETRAL. ESTA CON VALORACION POR UROLOGIA PARA REALIZACION DE MEATOTOMIA

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO EN HIPOGASTRIO, PERISTALTISMO POSITIVO NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS, NO VICEROMEGALIAS.

MEATO PENIALINO NO SE VISUALIZA

DX RETENCION URINARIA AGUDA POR ESTRECHEZ URINARIA SE PROCEDE A REALIZAR LAVADO Y REVISIÓN DE HEMOSTASIA, ASEPSIA Y ANTISEPSIA POR PERSONAL DE ENFERMERÍA.

SE LE INDICA COLOCAR Sonda FOLEY 14, PERO NO SE LOGRA PASAR, SE LE INDICA NELATON 8, PERO NO LE PASA, SE DECIDE COLOCAR CISTOSTOMIA PERCUTANEA

SE ADMINISTRA ANESTESIA LOCAL 3 CC LIDOCAINA SIN EPINEFRINA. SE UBICAN CAMPOS ESTÉRILES Y SE PROCEDE A CISTOSTOMIA CON CETETER 18 , CON VENOCCLIS Y BOLSA DE CISTOFLOW LA CUAL SE LLENA CON 400 CC ORINAS CLARAS

1) DIETA CERO

ANÁLISIS Y PLAN

2) CONTROL DE SIGNOS VITALES

3) CUIDADOS PROPIOS DE ENFERMERIA

4) MEDICAMENTOS

DICLOFENAC AMPOLLA 75 MG IM YA

5) SE SOLICITA HEMOGRAMA UROANALISIS GRAM CREATININA

6) REVALORAR

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-883120, 31-May-2020

- DICLOFENACO SODICO 75 MG AMP, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, IM, 1 Cada 1 horas

Observaciones: Día 1: [7:00AM-]

Orden médica: 765200302901-OMED-883120,

Adm.tto: 31-May 4:17. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE DICLOFENACO SODICO 75 MG VIA INTRAMUSCULAR SE USA JERINGA DE 5 CC SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION AUXILIAR DE ENFERMERIA

Orden médica: 765200302901-OMED-883120, 31-May-2020

- COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA REC
- CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
- UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA +

Documento de venta asociado

CPS-3922163

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [1280] ESP. LUIS ARMANDO GARCIA TRUJILLO (CIRUJANO GENERA - NIT: 94331635 - Registro: 75570 - Especialidad: CIRUGIA GENERAL [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 31-May-2020 04:18 am: 47 Años**

Id: 2299102

Fecha de grabación: 31-May-2020 04:18 am

EVOLUCIÓN

INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS CONSIENTE Y ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR, CONSULTA AL SERVICIO POR MOTIVOS YA DESCRITOS EN LA HISTORIA CLINICA; ES VALORADO POR EL MEDICO GENERAL DE TURNO QUE EMITE ORDENES MEDICAS, SE CUMPLEN SIN COMPLICACIONES PENDIENTE REPORTE DE PARACLINICOS

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 49 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Documento de venta asociado

CPS-3922163

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

Fecha de ingreso al servicio: 4-Jun-2020 02:47 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 5-Jun-2020 09:29 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

pcte drenado orina clara por cistostomia ahora co mucho dolor a nivel de uretra tiene pendiente reporte d paraclinico solicitado se ordena lev100 cc mas dipirona co hioscina para 1 hora .

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-883123, 31-May-2020

- SOLUCION SALINA X 100 ML AL 0.9%, AMPOLLA, #1, INYECTABLE, 1 Cada 24 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-883123,

Adm.tto: 31-May 6:02. (1) SE REALIZA CANALIZACION CON CATETER NUMERO 18 EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SE DEJA CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS SOLUCION SALINA X 100 ML AL 0.9% A GOTEIO SEGUN CRITERIO MEDICO, SE DEJA ROTULADO CON FECHA Y NOMBRE DE QUIEN CANALIZA.

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Orden médica: 765200302901-OMED-883123, 31-May-2020

- BUTIL HIOSCINA + DIPIRONA 20MG + 2.5 GM AMPOLLA, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, EV, en los lev para 1 hora

Orden médica: 765200302901-OMED-883123,

Adm.tto: 31-May 6:04. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE BUTIL HIOSCINA + DIPIRONA 20MG + 2.5 GM VIA ENDOVENOSA DILUIDA EN SSN0.9%, LENTA, SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUN SIGNO DE COMPLICACION AUXILIAR DE ENFERMERIA ALEJANDRINA BLANDON

Documento de venta asociado

CPS-3922163

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [0218] HURTADO SOLIS ANIBAL - NIT: 16619594 - Registro: 0863189 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 31-May-2020 06:24 am: 47 Años**

Id: 2299110

Fecha de grabación: 31-May-2020 06:24 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 90, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.0°C, Peso: 70.0

Kgs., Talla: 165 cms., IMC: 25.71 Peso normal, Perímetro cintura: --,

Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente,

Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente

embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 140 / 80 (Hipertensión, estadio 1 / TA Media: 100),

Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3922163

Principal de egreso de hospitalización: [R33X] RETENCION DE ORINA -

Principal de ingreso a hospitalización: [R33X] RETENCION DE ORINA -

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 50 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 90, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.0°C, Peso: 70.0

Kgs., Talla: 165 cms., IMC: 25.71 Peso normal, Perímetro cintura: --,

Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente,

Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente

embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 140 / 80 (Hipertensión, estadio 1 / TA Media: 100),

Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3922163

Principal de egreso de hospitalización: [R33X] RETENCION DE ORINA -

Principal de ingreso a hospitalización: [R33X] RETENCION DE ORINA -

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Fecha de ingreso al servicio: 4-Jun-2020 02:47 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 5-Jun-2020 09:29 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

SE ORDENA TRAMADOL AMPOLLA SUBCUTANEA . PCTE ALGIDO.

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-883125, 31-May-2020

- TRAMADOL 50 MG AMPOLLA VITALIS, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1,
SUBCUTANEA, DU

Orden médica: 765200302901-OMED-883125,

Adm.tto: 31-May 6:58. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE TRAMADOL 50
MG VIA SUBCUTANEO SE USA JERINGA DE 1 CC SE LE PREGUNTA AL
PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA, RECIBE
Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION
AUXILIAR DE ENFERMERIA

Documento de venta asociado

CPS-3922163

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [0218] HURTADO SOLIS ANIBAL - NIT: 16619594 - Registro:
0863189 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 31-May-2020 11:34 am: 47 Años**

Id: 2299278

Fecha de grabación: 31-May-2020 11:34 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 90, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.0°C, Peso: 70.0

Kgs., Talla: 165 cms., IMC: 25.71 Peso normal, Perímetro cintura: --,

Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente,

Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente

embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 140 / 80 (Hipertensión, estadio 1 / TA Media: 100),

Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 51 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3922163

Principal de egreso de hospitalización: [R33X] RETENCION DE ORINA -

Principal de ingreso a hospitalización: [R33X] RETENCION DE ORINA -

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Fecha de ingreso al servicio: 4-Jun-2020 02:47 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 5-Jun-2020 09:29 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

PCT CON MEJORIA CLINICA SE INTENTO PASAR Sonda POR URETRA DR ROCHA SIENDO IMPOSIBLE PCTE COMPENSADO DRENADO POR PUNCION SUPRAPUBICA, SE DA ORDENA DE VALORACION POR UROLOGIA , SE HOSPITALIZA (ME INFORMA LA ENFERMERA JEFE QUE MAÑANA VIENE UROLOGIA

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Documento de venta asociado

CPS-3922163

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [0218] HURTADO SOLIS ANIBAL - NIT: 16619594 - Registro:

0863189 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 31-May-2020 11:37 am: 47 Años**

Id: 2299281

Fecha de grabación: 31-May-2020 11:37 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: --, Frec. respiratoria: --, Temperatura: --, Peso: 70.0 Kgs.,

Talla: 165 cms., IMC: 25.71 Peso normal, Perímetro cintura: --, Saturación

O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en

la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 0 / 0 (Sin determinar), Acostado: --, De pie: --,

Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3922163

Principal de egreso de hospitalización: [R33X] RETENCION DE ORINA -

Principal de ingreso a hospitalización: [R33X] RETENCION DE ORINA -

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Fecha de ingreso al servicio: 4-Jun-2020 02:47 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 5-Jun-2020 09:29 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

ITERCONSULTA A UROLOGIA

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-883269, 31-May-2020

- INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA

Documento de venta asociado

CPS-3922163

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [0218] HURTADO SOLIS ANIBAL - NIT: 16619594 - Registro:

0863189 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 31-May-2020 12:25 pm: 47 Años**

Id: 2299315

Fecha de grabación: 31-May-2020 12:25 pm



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 52 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EVOLUCIÓN

PACIENTE VALORADO POR EL DR HURTADO QUIEN ORDENA HOPITALIZAR
PENDIENTE VALORACION POR UROLOGIA PARA DEFINIR CONDUCTA A
SEGUIR

Documento de venta asociado

CPS-3922163

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [0637] AE. MONCAYO PAREDES MARINA DEL CARMEN - NIT:
66771423 - Registro: 760451 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN
URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 1-Jun-2020 09:19 am: 47 Años**

Id: 2299820

Fecha de grabación: 1-Jun-2020 09:19 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES HIDRATADO
AFEBRIL REFIERE CONTINUAR CON DOLOR EN HEMIABDOMEN INFERIOR
MAS RETENCION URINARIA

Frec. cardiaca: 78, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.5°C, Peso: 70.0

Kgs., Talla: 165 cms., IMC: 25.71 Peso normal, Perímetro cintura: --,

Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente,

Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente

embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 110 / 70 (Optima / TA Media: 83), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

MURMULLO VESICULAR CLARO SIN AGREGADOS

ABDÓMEN Y LUMBAR

BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO

SISTEMA GENITO-URINARIO

PRESENTA MEATO URINARIO PUNTIFORME

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3922163

Principal de egreso de hospitalización: [R33X] RETENCION DE ORINA -

Principal de ingreso a hospitalización: [R33X] RETENCION DE ORINA -

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Fecha de ingreso al servicio: 4-Jun-2020 02:47 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 5-Jun-2020 09:29 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE ALGICO CON RETENCION URINARIA POR ESTRECHEZ URETRAL

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA BAJO BLOQUEO EN BASE DE PENE CON

XILOCAINA 2% 3 CC SE PROSESE A DILATAR URETRA CON

DILATADORES DE BENIQUE SE INICIA CON N 24 HASTA LOGRAR PASAR

EL N 30 DADA LA DIFICULTAD PARA LAS DILATACIONES SE DECIDE

COLOCAR SONDA DE FOLLEY N 22 SE OBTIENE ORINA CON LEVE TINTE

HEMATURICO SE FIJA SONDA SE ORDENA DIPIRONA 2.5 IV LENTA Y

TOMA DE UROCULTIVO

11:39

SE RECIBE REPORTE DE AZOADOS BUN 16.05 CREATININA 1.13 SE

RESOLVIO RETENSION URINARIA CONSIDERO CONTINUAR MANEJO

AMBULATORIO SE FORMULA BLADURIL GRAJEA 1 CADA 12 HORAS

SALIDA

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-883707, 1-Jun-2020

- OMEPRAZOL 20 MG CAPSULAS, TABLETA CON O SIN RE, #2, ORAL, 1 Cada
12 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-883707,

Adm.tto: 1-Jun 10:05. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-883707, 1-Jun-2020

- SOLUCION SALINA X 100 ML AL 0.9%, AMPOLLA, #6, INYECTABLE,
APLICAR 120 CC HORA

Orden médica: 765200302901-OMED-883707,

Adm.tto: 1-Jun 10:05. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-883707, 1-Jun-2020

- BUTIL HIOSCINA + DIPIRONA 20MG + 2.5 GM AMPOLLA, SOLUCIÓN
INYECTABLE, #3, EV, 1 Cada 8 horas

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 53 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Orden médica: 765200302901-OMED-883707,

Adm.tto: 1-Jun 10:05. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-883707, 1-Jun-2020

- UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)

- NITROGENO UREICO [BUN] *+

- CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

Documento de venta asociado

CPS-3922163

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [0445] VARGAS FLORES GABRIEL - NIT: 6220025 - Registro:

14743 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura TRIAGE del 8-Jun-2020 08:21 am: 47 Años

Id: 1298681

MOTIVO DE CONSULTA

no puedo orinar ant estrechez uretral

Clasificación de triage

Urgencia

ANTECEDENTES PERSONALES

NINGUNA

PROFESIONAL: [1275] YESSICA VIVIANA PUERTA OVIEDO - NIT: 1099709279

- Registro: 1099709279 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN

URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 8-Jun-2020 08:21 am: 47 Años**

Id: 2304665

Fecha de grabación: 8-Jun-2020 08:21 am

NOTAS ACLARATORIAS TRIAGEpaciente que refiere desde horas de la mañana no puede orinar el dia de ayer
consulta para retiro de sonda vesical**EXÁMEN FÍSICO**

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 94, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 36.0°C, Peso: 78.0

Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2:

100.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en

la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 118 / 73 (Optima / TA Media: 88), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

OBSERVACIONES

urg

PROFESIONAL: [1275] YESSICA VIVIANA PUERTA OVIEDO - NIT: 1099709279

- Registro: 1099709279 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN
URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura URGENCIAS del 8-Jun-2020 08:45 am: 47 Años

Id: 1298693

MOTIVO DE CONSULTA

" EL SABADO QUE VINE NO PODIA ORINAR"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO QUE INGRESA POR SUS PROPIOS

MEDIOS,RECONSULTANTE, MANIFIESTA QUE HACE 8 DIAS CONSULTA POR

MISMO CUADRO CLINICO, DONDE COLOCAN SONDA VESICAL PARA

RETIRAR EN 15 DIAS, SIN EMBARGO EL PACIENTE SE LA RETIRA EL DIA

SABADO POR DOLOR, MENCIONA QUE ALREDEDOR DE LAS 6 AM DEL DIA

DE HOY, PRESENTA ANURIA, DISURIA Y DOLOR ABDOMINAL.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM

RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM

VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE

TAMAÑO

ESTRECHEZ URETRAL.

ESTRECHEZ DE MEATO URETRAL

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extraccion de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 54 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMA

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

Comentarios

Comentario alusivo a la Historia::

CABEZA Y CUELLO

NORMOCEFALICO, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS PALPABLES.

CARA, OJOS, ORL

OCULAR NORMAL. NO SX DE INFECCIÓN EN OROFARINGE, OTOSCOPIA NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

TORAX NORMOEXPANSIBLE. NORMOVENTILADO, SE AUSCULTA RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS. AMBOS CAMPOS PULMONARES NORMOVENTILADOS, SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS. NO TIRAJES.

ABDÓMEN Y LUMBAR

BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENSIÓN, NO SX DE DEFENSA NI IRRITACIÓN PERITONEAL, NO EVIDENCIA DE MASAS O MEGALIAS PALPABLES, NO DOLOROSO, PERISTALTISMO PRESENTE NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

SIMÉTRICAS Y MÓVILES SIN EDEMAS EVIDENTES, PULSOS PRESENTES SIN SX DE TVP O DE BAJO GASTO.

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

ORIENTADO EN TRES ESFERAS, PARES CRANEANOS NORMALES, SENSIBILIDAD Y DOLOR PRESENTES, MOVIMIENTOS Y FUERZA 5/5, COORDINACIÓN NORMAL. NO HAY EVIDENCIA AL MOMENTO DE SX MENÍNGEOS

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-3923104

Principal de consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 8-Jun-2020 11:42 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

ANÁLISIS Y PLAN

IDX: ESTRECHEZ DE MEATO URETRAL

PACIENTE MASCULINO QUE INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS, EN AAPRENTES BUENAS CONDICIONES, ALGICO, RECONSULTANTE, AHORA CON OBSTRUCCION URINARIA DE MAS O MENOS 4 HORAS DE EVOLUCION, ASOCIADO A DISURIA Y DOLOR ABDOMINAL, NIEGA CUALQUIER OTRO SINTOMA, REFIERE FUE VALROADO POR UROLOGIA EN EL MES DE DICIEMBRE DONDE SS PARACLINICOS PRE QX, SIN EMBARGO POR PANDEMIA NO TOMAN DICHOS EXAMENES, POR TAL RAZON SE SS PASO DE Sonda VESICAL, ADMINISTRACION DE ANALGESIA PARA EL DOLOR Y SE SS NUEVAMENTE DICHOS APRACLINICOS APRA REALIZAR DE MANERA AMBULATORIA. SEGUN DOLOR SE DA SALIDA CON MANEJO PARA EL DOLOR EN CASA, SE EXPLCIA CONDUCTA A SGUEIR AL APCIETNE QUIEN DICE ENTENDER YA CEPTAR.

** ORDENES MEDICAS

- INSERCIÓN DE Sonda VESICAL

- SS PT, PTT, CREATININA, GLUCOSA CENTRAL, HEMOGRAMA.

PROFESIONAL: [1294] ANDREA ESTEFANÍA LOPEZ RUBIO - NIT: 1144187526
- Registro: 1144187526 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 8-Jun-2020 08:45 am: 47 Años**

Id: 2304681

Fecha de grabación: 8-Jun-2020 08:45 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: ALERTA, INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS, EN APARENTES BUENAS CONDICIONES, ALGICO, SINS IGnos DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

Frec. cardiaca: 94, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 36.0°C, Peso: 78.0 Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 100.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 118 / 73 (Optima / TA Media: 88), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 55 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

ANÁLISIS Y PLAN

- DICLOFENACO AMP DE 75 MG, APLICAR 1 AMP IM AHORA DU
- DIPIRONA AMP DE 1 GR, APLICAR 1 AMP IM AHORA DU
- SALIDA

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-886983, 8-Jun-2020

- INSERCIÓN DE CATETER (SONDA) EN URETRA

Orden médica: 765200302901-OMED-886984, 8-Jun-2020

- TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]
- TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]
- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA REC
- GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

Orden médica: 765200302901-OMED-886986, 8-Jun-2020

- SONDA FOLLEY 24 2 V, #1, ,

Orden médica: 765200302901-OMED-886987, 8-Jun-2020

- DIPIRONA 1 GM AMPOLLA, AMPOLLA, #1, INYECTABLE, 1 Cada 24 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-886987,

Adm.tto: 8-Jun 8:59. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE DIPIRONA 1 GM VIA ENDOVENOSA DILUIDA EN 20CC DE SSN0.9%, LENTA, SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUN SIGNO DE COMPLICACION
AUXILIAR DE ENFERMERIA DIANA LIBREROS

Orden médica: 765200302901-OMED-886987, 8-Jun-2020

- DICLOFENACO 75 MG AMPOLLA VITALIS, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, IM, 1 Cada 24 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-886987,

Adm.tto: 8-Jun 8:58. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE DICLOFENACO 75 MG VIA INTRAMUSCULAR SE USA JERINGA DE 5 CC SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION
AUXILIAR DE ENFERMERIA SANDRA GALVIZ

Orden médica: 765200302901-OMED-887093, 8-Jun-2020

- CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA

Observaciones: ESTRECHEZ URETRAL

Orden médica: 765200302901-OMED-887094, 8-Jun-2020

- NAPROXENO 250 MG CAPSULA, TABLETA CON O SIN RE, #20, ORAL, 1 Cada 12 horas
- ACETAMINOFEN 500 MG TABLETAS, TABLETA, #40, ORAL, 1 Cada 6 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-887101, 8-Jun-2020

- UROCULTIVO [ANTIGRAMA MIC AUTOMATICO]+

Observaciones: TOMAR 48 HORAS PORTERIOR AL TTO ANTIBIOTICO

Orden médica: 765200302901-OMED-887104, 8-Jun-2020

- CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO) 500 MG TABLETA, TABLETA CON O SIN RE, #14, ORAL, 1 Cada 12 horas

Documento de venta asociado

CPS-3923104

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

PROFESIONAL: [1294] ANDREA ESTEFANÍA LOPEZ RUBIO - NIT: 1144187526

- Registro: 1144187526 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y

DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 8-Jun-2020 09:00 am: 47 Años**

Id: 2304698

Fecha de grabación: 8-Jun-2020 09:00 am

EVOLUCIÓN

INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS CONSIENTE Y ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR, CONSULTA AL SERVICIO POR MOTIVOS YA DESCRITOS EN LA HISTORIA CLINICA; ES VALORADO POR EL MEDICO GENERAL DE TURNO QUE EMITE ORDENES MEDICAS, SE CUMPLEN SIN COMPLICACIONES
PENDIENTE REPORTE DE PARACLINICOS PARA DEFINIR CONDUCTA.

Documento de venta asociado

CPS-3923104

Subsidiado: MEDIMAS EPS S.A.S - REGIMEN SUBSIDIADO

Diana Libreros

PROFESIONAL: [0112] AUX. LIBREROS CEBALLOS DIANA PATRICIA - NIT:

66780677 - Registro: 764635 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura TRIAGE del 19-Abr-2021 10:02 am: 48 Años

Id: 1424371

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 56 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

MOTIVO DE CONSULTA

paciente con dolor abdominal irradiado a testiculo derecho

Clasificación de triage

Urgencia

ANTECEDENTES PERSONALES

NINGUNA

PROFESIONAL: [1033] ENF. PALACIOS VIRGEN PAOLA ANDREA - NIT: 66802657 - Registro: 66802657 - Especialidad: ENFERMERIA EN CUIDADO AL NIÑO

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 19-Abr-2021 10:02 am: 48 Años**

Id: 2579655

Fecha de grabación: 19-Abr-2021 10:02 am

NOTAS ACLARATORIAS TRIAGE**EXÁMEN FÍSICO**

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 91, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 37.0°C, Peso: 80.0 Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 115 / 78 (Optima / TA Media: 90), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

OBSERVACIONES

urg

PROFESIONAL: [1033] ENF. PALACIOS VIRGEN PAOLA ANDREA - NIT: 66802657 - Registro: 66802657 - Especialidad: ENFERMERIA EN CUIDADO AL NIÑO

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura URGENCIAS del 19-Abr-2021 11:14 am: 48 Años

Id: 1424453

MOTIVO DE CONSULTA

colicos

ENFERMEDAD ACTUAL

refiere cuadro clínico de 10 horas de evolución de dolor tipo cólico en epigastrio y en hipocondrio derecho refiere que posterior a ingesta de comida grasosa el cuadro clínico se ha acompañado de vómito de contenido biliar
refiere dolor intenso continuo y se irradia en banda a región dorsal ipsilateral

paciente con antecedentes de coledocitis no es calor
niega fiebre niega síntomas respiratorios

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM

RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM

VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE TAMAÑO

ESTRECHEZ URETRAL.

ESTRECHEZ DE MEATO URETRAL

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extracción de cálculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

Niega ant alérgicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMA

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 57 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Comentarios

Comentario alusivo a la Historia::



PROFESIONAL: [1150] ARCINIÉGAS HAMAN JUAN CARLOS - NIT: 16272304 -
Registro: 008141 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 19-Abr-2021 11:14 am: 48 Años**

Id: 2579786

Fecha de grabación: 19-Abr-2021 11:14 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 91, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 37.0°C, Peso: 80.0
Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2:
98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en
la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 115 / 78 (Optima / TA Media: 90), Acostado: --,
De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --
Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

sin retracciones ruidos cardiacos ritmicos sinosplos murmullo vesicular
cosnervado en acp

ABDÓMEN Y LUMBAR

ruidos intestinales ++ dolor a la palpacion del punto cistico con signo de
murphy
signo de rebote negativo

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-70577

Principal de consulta: [K800] CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON
COLECISTITIS AGUDA - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 19-Abr-2021 05:23 pm

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****Direccionamiento a programas****

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?:
NO

ANÁLISIS Y PLAN

refiere cuadro clínicio de 10 horas de evolucion de dolor tipo colico en epigstrio
y en hipocondrio derecho refiere queposterior a ingesta de comida grasosa
el caduro clinico se ha acmpñaaado de vomito de contenido bilioso
refiere dolor intenso continuo y se irradia en banda a region dorsal ipsolateral

paciente con antecedentes de colelitiasis no es calro

niega fiebre niega sintomas repsiratorios

ordneo ssn hioscina + dipriona omeprazol

solcito amililasa bilirrubina fosfatasa alclina transaminasas uroanalisis
creatinina

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-1104433, 19-Abr-2021

- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE
ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA REC

- AMILASA

- BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA

- FOSFATASA ALCALINA

- TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFE-RASA
[TGP-ALT] *+

- TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO
TRANSFERASA [TGO-AST] +

- CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

- UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA +

Orden médica: 765200302901-OMED-1104434, 19-Abr-2021

- OMEPRAZOL X 40 MG POLVO ESTERIL INYECTABLE, POLVO ESTÉRIL PARA
I, #1, IV, 1 Cada 1 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1104434,

Adm.tto: 19-Abr 11:23. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE OMEPRAZOL X
40 MG VIA ENDOVENOSA DILUIDA EN 100 CC DE SSN0.9%, LENTA, SE LE
PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL
NIEGA, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUN
SIGNO DE COMPLICACION

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 58 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Orden médica: 765200302901-OMED-1104434, 19-Abr-2021- CLORURO DE SODIO AL 0.9% X 500ML BOLSA (SOLUCION SALINA),
BOLSA, #4, INYECTABLE, 150 cc por hora**Orden médica: 765200302901-OMED-1104434,**Adm.tto: 19-Abr 11:22. (1) SE ADMINISTRA LIQUIDOS ENDOVENOSOS SSN
0.9 % X 500 CC A 100CC/HORA, POR VIA PERMEABLE SIN SIGNOS DE
FLEBITIS, PACIENTE QUE RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO
FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION**Orden médica: 765200302901-OMED-1104434, 19-Abr-2021**- BUTIL HIOSCINA + DIPIRONA 20MG + 2.5 GM AMPOLLA, SOLUCIÓN
INYECTABLE, #1, IV, 1 Cada 1 horas**Orden médica: 765200302901-OMED-1104434,**Adm.tto: 19-Abr 11:22. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE BUTIL
HIOSCINA + DIPIRONA 20MG + 2.5 GM VIA ENDOVENOSA DILUIDA EN 100
CC DE SSN 0.9%, LENTA, SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO
ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO
FARMACOLOGICO SIN NINGUN SIGNO DE COMPLICACION**Documento de venta asociado**

FVE-70577

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1150] ARCINIÉGAS HAMAN JUAN CARLOS - NIT: 16272304 -
Registro: 008141 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS****NOTAS DE ENFERMERIA del 19-Abr-2021 11:24 am: 48 Años**

Id: 2579800

Fecha de grabación: 19-Abr-2021 11:24 am

EVOLUCIÓNINGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS CONSCIENTE Y
ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CAMINANDO POR SUS
PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR, CONSULTA AL SERVICIO
POR MOTIVOS YA DESCRITOS EN LA HISTORIA CLINICA; COLICOS ES
VALORADO POR EL MEDICO GENERAL DE TURNO QUE EMITE ORDENES
MEDICAS, CON PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD: GORO QX, TAPABOCAS
N95, BATA QUIRURGICA, MONOGAFAS, GUANTES Y CARETA. PACIENTE
QUIEN NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS Y CUMPLEN SIN
COMPLICACIONES. SE TOMAN MUESTRAS DE LABORATORIO PENDIENTE
REPORTE DE PARACLINICOS PARA DEFINIR CONDUCTA A SEGUIR.**Orden médica: 765200302901-OMED-1104440, 19-Abr-2021**- JERINGA 20ML, #1, ,
- CATETER INTRAVENOSO #18, #1, ,
- EQUIPO DE MACROGOTEO, #1, ,**Orden médica: 765200302901-OMED-1104442, 19-Abr-2021**

- RECOLECTOR DE ORINA, #2, ,

Documento de venta asociado

FVE-70577

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1031] AE. DELGADO MARIA YORLADY - NIT: 66781362 -
Registro: 750 - Especialidad: ENFERMERIA EN CUIDADO AL NIÑO
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS****Evolución del 19-Abr-2021 04:45 pm: 48 Años**

Id: 2580279

Fecha de grabación: 19-Abr-2021 04:45 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: --, Frec. respiratoria: --, Temperatura: --, Peso: 80.0 Kgs.,
Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: --,
Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la
consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 0 / 0 (Sin determinar), Acostado: --, De pie: --,
Cúbito Lat.Izq.: --**CABEZA Y CUELLO**

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 59 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-70577

Principal de consulta: [K800] CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 19-Abr-2021 05:23 pm

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

Direccionamiento a programas

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?: NO

ANÁLISIS Y PLAN

CUADOR HEAMTICO LEUCOITOS 10900 NEUTRIFILOS 74.8 LINFOCTOS 19,3

MONOCITOS 4,8 HB 15,1 HTO 45,7 RTO PLAQUETARIO 275000

URONALISIS PH 6,5 DEMSODAD 1025 SANGRE ERYTROCITOS 10 /U

LEUCOITOS OCASIONALES ALT 20 AMILASA 84 AST19 BILIRRUBINA TOTAL

0,55 MG POR DL

BILIRRUBINA DIRECTA 0,09 MG POR DL CREATININA0,798 MG POR DL

FOSFATASA 263 UNIDADES POR LITRO

REFIERE ESTAR ASINTOMATICO SE DA SALIDA CON ACETAMINOFEN

TRAMADOL HIOSCINA

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-1104875, 19-Abr-2021

- TRAMADOL 100 MG 10 ML GOTAS FCO, SOLUCIÓN ORAL, #1, ORAL, 1

Cada 8 horas

- HIOSCINA - BUTIL BROMURO 10 MG GRAGEA, TABLETA, #20, ORAL, 1

Cada 6 horas

- ACETAMINOFEN 500 MG TABLETAS, TABLETA, #30, ORAL, 2 Cada 6 horas

Documento de venta asociado

FVE-70577

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1150] ARCINIÉGAS HAMAN JUAN CARLOS - NIT: 16272304 -

Registro: 008141 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura TRIAGE del 20-Abr-2021 08:11 am: 48 Años

Id: 1424872

MOTIVO DE CONSULTA

ANURIA

Clasificación de triage

Urgencia

ANTECEDENTES PERSONALES

NINGUNA

PROFESIONAL: [1129] ENF. MARMOLEJO OSORIO KATHERINE - NIT:

1097395849 - Registro: 1097395849 - Especialidad: ATENCION DE

ENFERMERIA EN URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

**Evolución del 20-Abr-2021 08:11 am: 48 Años

Id: 2580704

Fecha de grabación: 20-Abr-2021 08:11 am

NOTAS ACLARATORIAS TRIAGE

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 95, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 36.1°C, Peso: 80.0

Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2:

96.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en

la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 109 / 75 (Optima / TA Media: 86), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

OBSERVACIONES

URG

Documento de venta asociado

FVE-71001

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1129] ENF. MARMOLEJO OSORIO KATHERINE - NIT:

1097395849 - Registro: 1097395849 - Especialidad: ATENCION DE

ENFERMERIA EN URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura URGENCIAS del 20-Abr-2021 08:37 am: 48 Años

Id: 1424897

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 60 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

MOTIVO DE CONSULTA

"RECONSULTA"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 48 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ URETRAL, CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 3 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN ANURIA, ASOCIADO A DOLOR EN HIPOGASTRIO, NIEGA FIEBRE U OTRA SINTOMATOLOGIA. PACIENTE CONSULTO EL DIA DE AYER A LA INSTITUCION POR CUADRO CLINICO SUGESTIVO DE COLELITIASIS, SE DIO MANEJO Y POSTERIORMENTE SALIDA CON MANEJO DEL DOLOR. NIEGA NEXO EPIDEMIOLOGICO. SE ATIENDE CON EPP

ETRECHEX URETRAL

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM

RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM

VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE TAMAÑO

ESTRECHEZ URETRAL.

ESTRECHEZ DE MEATO URETRAL

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extraccion de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMA

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

Comentarios

Comentario alusivo a la Historia::

PROFESIONAL: [1335] TORRES LIBREROS LUISA FERNANDA - NIT:

1116444292 - Registro: 2021-83354 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 20-Abr-2021 08:37 am: 48 Años**

Id: 2580743

Fecha de grabación: 20-Abr-2021 08:37 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS, ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL.

Frec. cardiaca: 95, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 36.1°C, Peso: 80.0

Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2:

96.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en

la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 109 / 75 (Optima / TA Media: 86), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

MUCOSAS HIDRATDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUENA

INTENSIDAD, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN ACP, NO

SOBREAGREGADOS



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 61 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

ABDÓMEN Y LUMBAR

BLANDO, DEPREISBLE, DOLOR A LA PALPACION EN HIPOGASTRIO.

SISTEMA GENITO-URINARIO

SE PALPA GLOBO VESICAL.

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-71001

Principal de consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 20-Abr-2021 12:06 pm

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

Direccionamiento a programas

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?: NO

ANÁLISIS Y PLAN

IDX: RETENCION URINARIA

PACIENTE MASCULINO DE 48 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ URETRAL, CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 3 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN ANURIA, ASOCIADO A DOLOR EN HIPOGASTRIO, NIEGA FIEBRE U OTRA SINTOMATOLOGIA. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, AL EXAMEN FISICO ABDOMEN BLANDO, DEPREISBLE, DOLOR A LA PALPACION EN HIPOGASTRIO, SE PALPA GLOBO VESICAL, PACIENTE CURSA CON CUADRO DE RETENCION URINARIA, POR LO CUAL ORDENO MANEJO CON LEV Y FUROSEMIDA, SS PASO DE Sonda VESICAL.

***ÓRDENES MÉDICAS:

- OBSERVACION
- PASO DE Sonda VESICAL #18 DE 2 VIAS
- LEV SSN 0.9% PASAR 500 CC EN 1 HORA
- FUROSEMIDA AMP 20 MG IV AHORA

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-1105277, 20-Abr-2021

- CYSTOFLO, #1, ,

- Sonda FOLLEY # 18 DOS VIAS, #1, ,

- FUROSEMIDA 20 MG AMPOLLA VITALIS, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, IV, 1 Cada 2 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1105277,

Adm.tto: 20-Abr 8:58. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE FUROSEMIDA 20 MG VIA ENDOVENOSA DILUIDA EN 10 CC DE SSN0.9%, LENTA, SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUN SIGNO DE COMPLICACION AUXILIAR DE ENFERMERIA

Orden médica: 765200302901-OMED-1105277, 20-Abr-2021

- SODIO CLORURO 0.9% 500 ML (SOLUCION SALINA), BOLSA, #1, INYECTABLE, 500 CC AHORA

Orden médica: 765200302901-OMED-1105277,

Adm.tto: 20-Abr 8:56. (1) SE REALIZA CANALIZACION CON CATETER NUMERO #18 EN MIEMBRO SUPERIOR SE DEJA CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS SODIO CLORURO 0.9% 500 ML A GOTEIO SEGUN CRITERIO MEDICO SE DEJA ROTULADO CON FECHA Y NOMBRE DE QUIEN CANALIZA. AUXILIAR DE ENFERMERIA

Orden médica: 765200302901-OMED-1105277, 20-Abr-2021

- LIDOCAINA JALEA 2% TUBO 30ML, JALEA, #1, , 1 Cada 2 horas

Documento de venta asociado

FVE-71001

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1335] TORRES LIBREROS LUISA FERNANDA - NIT: 1116444292 - Registro: 2021-83354 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 20-Abr-2021 08:58 am: 48 Años**

Id: 2580774

Fecha de grabación: 20-Abr-2021 08:58 am

EVOLUCIÓN

INGRESA PACIENTE SEXO MASCULINO DE 48 AÑOS AL SERVICIO DE URGENCIAS CONSIENTE Y ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, CONSULTA AL SERVICIO POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 3 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN ANURIA, ASOCIADO A DOLOR EN HIPOGASTRIO; ES VALORADO POR EL MEDICO GENERAL DE TURNO QUE EMITE ORDENES MEDICAS, SE CANALIZA CON ANGIOCAT # 18 EN MIEMBRO SUPERIOR SE DEJA SSN0.9% X 500CC A GOTEIO SEGUN CRITERIO MEDICO, SE ADMINISTRA FUROSEMIDA X 20MG VIA ENDOVENOSA, CON PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD: GORRO QX, TAPABOCAS N95, BATA QUIRURGICA, MONOGAFAS, GUANTES Y CARETA LA JEFE REALIZA PASO DE Sonda VESICAL DEJANDOLO CONECTADO A CYSTOFLOW CON PREVIA TECNICA ASEPTICA. PACIENTE QUIEN NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS Y CUMPLEN SIN COMPLICACIONES. PENDIENTE NUEVA VALORACION PARA DEFINIR CONDUCTA A SEGUIR.

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 62 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Orden médica: 765200302901-OMED-1105296, 20-Abr-2021

- JERINGA 10ML, #2, ,
Observaciones: Día 1: [1:00AM-]
- JERINGA 20ML, #2, ,
Observaciones: Día 1: [1:00AM-]
- CATETER INTRAVENOSO #18, #2, ,
Observaciones: Día 1: [1:00AM-]
- EQUIPO DE MACROGOTEO, #1, ,
Observaciones: Día 1: [1:00AM-]
- AGUA DESTILADA 500 CC, BOLSA, #1, INYECTABLE, 1 Cada 1 horas
Observaciones: Día 1: [1:00AM-]
INFLAR EL BALON

Documento de venta asociado

FVE-71001
Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1183] AE. VALENCIA CERQUERA LILIANA - NIT: 29675590 -
Registro: 760068 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 20-Abr-2021 10:24 am: 48 Años**

Id: 2580963

Fecha de grabación: 20-Abr-2021 10:24 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: --, Frec. respiratoria: --, Temperatura: --, Peso: 80.0 Kgs.,
Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: --,
Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la
consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 0 / 0 (Sin determinar), Acostado: --, De pie: --,
Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-71001
Principal de consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA
Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica
Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS
Fecha y hora de egreso: 20-Abr-2021 12:06 pm
Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE
****Direccionamiento a programas****

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?:
NO

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE QUE INGRESA POR CUADRO DE RETENCION URINARIA, SE
INTENTA PASAR SONDA POR EL DR VARGAS, NO FUE POSIBLE, SE REALIZO
ANESTESIA DEL PENE Y SE DILATÓ LA URETRA CON PINZA DE KELLY Y
FINALMENTE SE LOGRA PASAR SONDA VESICAL. SE COMENTA PACIETNE
CON UROLOGO, QUIEN CONSIDERA QUE SE DEBE SOLICITAR
URETEROGRAFIA MICCIONAL Y POSTERIORMENTE SERÁ REVALORADO POR
ESPECIALISTA (URÓLOGO). SE EXPLICA A PACIENTE, REFIERE ENTENDER Y
ACEPTAR.

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-1105385, 20-Abr-2021

- INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA

Documento de venta asociado

FVE-71001

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1335] TORRES LIBREROS LUISA FERNANDA - NIT:
1116444292 - Registro: 2021-83354 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS
Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****INTERCONSULTA ESPECIALISTA del 20-Abr-2021 11:16 am: 48 Años**

Id: 2581088

Fecha de grabación: 20-Abr-2021 11:16 am

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 63 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 37.0°C, Peso: 80.0

Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2:

--, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la

consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 125 / 75 (Normal / TA Media: 91), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

PIEL

NORMAL

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

ANÁLISIS Y PLAN

SE RECIBE IC POR RETENCION AGUDA DE ORINA

SE TRATA DE PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ DE URETRA

ANTERIOR DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION QUIEN HA REQUERIDO DE

DILATACIONES PERO NOP TRATAMIENTO DEFINITIVO, NO TIENE

CISTOSCOPIA Y TAMPOCO URETROGRAFIA, EL DIA DE HOY INGRESA POR

URGECUAS POR NUEVA RETENCION AGUDA DE ORINA, SE EVIDENCIA

ESTENOSIS DE URTRA ANREIOR LA CUAL SE DILATADA Y SE LOGRA PASO

DE SODA DE 2 VIAS 20 FR, SE DECIDE DAR DE ALTA POR UROLOGIA CON

SONDA VESICAL MININMO POR 8 DIAS, Y LUEGO RETIRAR, SE SOLICITA

URETROGRAFIA MICCIONAL RETROGRADA Y ANTEROGRADA +

CISTOSCOPIAS Y DOY ORDEN DE VALORACION POR UROLOGIA POR

OCNSULTORIOS EXTERNOS. SE DA ANALGESICO POR INCOMODIDAD DE LA SONTA.

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-71001

Principal de consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 20-Abr-2021 12:06 pm

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

Orden médica: 765200302901-OMED-1105440, 20-Abr-2021

- CISTOSCOPIA TRANSURETRAL

- CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN

UROLOGIA

- UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)

Documento de venta asociado

FVE-71001

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1326] ESP. UMAÑA PRETEL HECTOR FABIO(UROLOGO) - NIT:

14467523 - Registro: 004741-20 - Especialidad: UROLOGIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 20-Abr-2021 11:40 am: 48 Años**

Id: 2581131

Fecha de grabación: 20-Abr-2021 11:40 am

EVOLUCIÓN

PACIENTE QUE ES REVALORADA POR EL MEDICO GENERAL DE TURNO

QUIEN DECIDE INTERCONSULTARLO CON UROLOGICA, PACIENTE QUE ES

REVALORADO POR EL UROLOGO QUIEN LO ENCUENTRA; PACIENTE CON

ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ DE URETRA ANTERIOR DE VARIOS AÑOS DE

EVOLUCION QUIEN HA REQUERIDO DE DILATACIONES PERO NOP

TRATAMIENTO DEFINITIVO, NO TIENE CISTOSCOPIA Y TAMPOCO

URETROGRAFIA, EL DIA DE HOY INGRESA POR URGENCIAS POR NUEVA

RETENCION AGUDA DE ORINA, SE EVIDENCIA ESTENOSIS DE URTRA

ANREIOR LA CUAL SE DILATADA Y SE LOGRA PASO DE SODA DE 2 VIAS 20

FR, SE DECIDE DAR DE ALTA POR UROLOGIA CON SONTA VESICAL

MININMO POR 8 DIAS, Y LUEGO RETIRAR, SE SOLICITA URETROGRAFIA

MICCIONAL RETROGRADA Y ANTEROGRADA + CISTOSCOPIAS Y DOY

ORDEN DE VALORACION POR UROLOGIA POR CONSULTA EXTERNA.

Documento de venta asociado

FVE-71001

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1183] AE. VALENCIA CERQUERA LILIANA - NIT: 29675590 -

Registro: 760068 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura TRIAGE del 9-Sep-2021 02:51 am: 48 Años

Id: 1493644

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 64 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

MOTIVO DE CONSULTA

"NO PUEDO ORINAR"

Clasificación de triage

Urgencia

ANTECEDENTES PERSONALES

NINGUNA

PROFESIONAL: [1095] ENF.VILLAMARIN ATIAS JHOSSIMAR - NIT:
1107057482 - Registro: 1107057482 - Especialidad: ATENCION DE
ENFERMERIA EN URGENCIAS
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS****Evolución del 9-Sep-2021 02:51 am: 48 Años**

Id: 2727112

Fecha de grabación: 9-Sep-2021 02:51 am

NOTAS ACLARATORIAS TRIAGE**EXÁMEN FÍSICO**Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 94, Frec. respiratoria: --, Temperatura: --, Peso: 78.0 Kgs.,
Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 99.0%,
Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la
consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 108 / 91 (Hipertensión, estadio 1 / TA Media: 96),
Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --**OBSERVACIONES**

URG

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1095] ENF.VILLAMARIN ATIAS JHOSSIMAR - NIT:
1107057482 - Registro: 1107057482 - Especialidad: ATENCION DE
ENFERMERIA EN URGENCIAS
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS**Apertura URGENCIAS del 9-Sep-2021 03:12 am: 48 Años**

Id: 1493646

MOTIVO DE CONSULTA

"NO PUEDO ORINAR"

ENFERMEDAD ACTUALPACIENTE QUE CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 3
HORAS DE EVOLUCION DE DIFICULTAD URINARIA ASOCIADO A DOLOR
ABDOMINAL DONDE PACIENTE COMENTA QUE HA PRESENTADO ESTO EN
VARIOS OCASIONES POR ESTREZ DE MEATO URETRAL INDICA QUE ESTA
PENDIENTE REALIZACION DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PERO AUN NO
HAN AUTORIZADO, NIEGA OTRO TIPO DE SINTOMATOLOGIA, NIEGA
FIEBRE, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA CERCANIA A NEXOS
EPIDEMIOLOGICOS DE COVID 19. CONSULTA REALIZADA CON EPP**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM
RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM
VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE
TAMAÑO
ESTRECHEZ URETRAL.
ESTRECHEZ DE MEATO URETRAL**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

Extraccion de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMAORL: NORMAL
Respiratorio: NORMAL
Cardiovascular: NORMAL
Digestivo: NORMAL
Genito-urinario: NO SE EXAMINA
Endocrino: NORMAL
Hematopoyético: NORMAL
Osteo-muscular: NORMAL
Nervioso: NORMAL
Psicológico: NORMAL

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 65 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Comentarios

Comentario alusivo a la Historia::

PROFESIONAL: [1381] LOZANO BARBOSA SEBASTIAN - NIT: 1116264996 -

Registro: 1116264996 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y

DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 9-Sep-2021 03:12 am: 48 Años**

Id: 2727118

Fecha de grabación: 9-Sep-2021 03:12 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: ALGICO, ANSIOSO

Frec. cardiaca: 94, Frec. respiratoria: --, Temperatura: --, Peso: 78.0 Kgs.,

Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 99.0%,

Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la

consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 108 / 91 (Hipertensión, estadio 1 / TA Media: 96),

Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMOCEFALO, CABEZA SIN MASAS NI LESIONES, CONJUNTIVAS ROSADAS,

ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS FOTOREACTIVAS, CAVIDAD ORAL SIN

ALTERACIONES. CUELLO SIN ADENOPATIAS, TRAQUEA CENTRAL.

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, NO TIRAJES NI USO DE

MUSCULOS ACCESORIOS, A LA AUSCULTACION PULMONAR MURMULLO

VESICULAR PRESENTE, SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. RUIDOS

CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS.

ABDÓMEN Y LUMBAR

BLANDO, DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, DOLOR A

LA PALPACION DE HIPOGASTRIO CON APARENTE GLOBO VESICAL, NO SE

PALPAN MASAS NI MEGALIAS.

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

PRESENTES, SIMETRICAS, SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR <2 SEG, SIN

ALTERACIONES NI CAMBIOS EN PIEL.

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

GLASGOW 15/15.

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044

Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

-

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA -

Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica

Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****Direccionamiento a programas****

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?: NO

ANÁLISIS Y PLAN

IDX:

1. OLIGOURIA

PACIENTE QUE CONSULTA POR DIFICULTAD PARA REALIZAR DIURESIS CON ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ URETRAL QUE AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA ALGICO CON SIGNOS VITALES ESTABLES SIN SIGNOS DE SIRS O DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, DOLOR A LA PALPACION DE HIPOGASTRIO CON APARENTE GLOBO VESICAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, EN EL MOMENTO TENEINDO EN CUENTA ANTECEDENTE SE CONSIDERA MANEJO ANALGESICO Y PASO DE Sonda PARA EVACUAR SE LE EXPLICA CONDUCTA MEDICA A PACIENTE Y FAMILIAR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

****ORDENES MEDICAS**

- OBSERVACION

- HIOSCINA MAS DIPIRONA AMP 2.5 GR APLIAR 1 AMP EV DU

- PASO DE Sonda

- REVALORAR

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 66 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-1225916, 9-Sep-2021

- BUTIL HIOSCINA + DIPIRONA 20MG + 2.5 GM AMPOLLA, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, EV, 1 Cada 24 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1225916,

Adm.tto: 9-Sep 3:15. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE <BUSCAPINA COMPUESTA VÍA ENDOVENOSA DILUIDA EN JERINGA 20CC DE SSN0.9%, LENTA, SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALÉRGICO ALGÚN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SIN NINGÚN SIGNO DE COMPLICACIÓN AUXILIAR DE ENFERMERÍA lina valencia

Orden médica: 765200302901-OMED-1225917, 9-Sep-2021- CYSTOFLO, #1, ,
- JERINGA 10ML, #1, ,
- Sonda FOLLEY # 16 DOS VIAS, #1, ,
- LIDOCAINA JALEA 2% TUBO 30ML, CREMA, #1, URETRAL, 1 Cada 24 horas**Documento de venta asociado**

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

Orden médica: 765200302901-OMED-1225918, 9-Sep-2021

- JERINGA 10ML, #1, ,

Orden médica: 765200302901-OMED-1225919, 9-Sep-2021

- JERINGA 20ML, #1, ,

Orden médica: 765200302901-OMED-1225925, 9-Sep-2021

- Sonda NELATON # 10, #1, ,

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1183] AE. VALENCIA CERQUERA LILIANA - NIT: 29675590 - Registro: 760068 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 9-Sep-2021 06:11 am: 48 Años**

Id: 2727166

Fecha de grabación: 9-Sep-2021 06:11 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: --, Frec. respiratoria: --, Temperatura: --, Peso: 78.0 Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO Tensión arterial: Sentado: 0 / 0 (Sin determinar), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

PROFESIONAL: [1381] LOZANO BARBOSA SEBASTIAN - NIT: 1116264996 - Registro: 1116264996 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 9-Sep-2021 03:16 am: 48 Años**

Id: 2727121

Fecha de grabación: 9-Sep-2021 03:16 am

EVOLUCIÓN

INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS CONSIENTE Y ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR, CONSULTA AL SERVICIO POR MOTIVOS YA DESCRITOS EN LA HISTORIA CLÍNICA; ES VALORADO POR EL MEDICO GENERAL DE TURNO QUE EMITE ORDENES MEDICAS, ADMINISTRANDO: CON PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD: GORRO QX, TAPABOCAS N95, BATA QUIRÚRGICA, MONOGAFAS, GUANTES Y CARETA SE ATIENDE PACIENTE QUIEN NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS Y CUMPLEN SIN COMPLICACIONES. SE RELAJA PROCEDIMIENTO PARA Sonda VESICAL NO PRESENTA NINGUNA COMPLICACION DURANTE EL PROCEDIMIENTO POSTERIOR SE DA SALIDA CON RECOMENDACIONES Y FORMULA MEDICA. EGRESA PACIENTE DE LA INSTITUCIÓN RAUL OREJUELA BUENO EN MEJORES CONDICIONES GENERALES DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS.

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 67 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044

Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica

Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****Direccionamiento a programas****

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?: NO

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE AQUIEN NO SE LE PUDO PASAR SONDA VESICAL ,PUES NO PASO LA SONDA , POR ANTECENTE DE ESTRECHZ UETRAL DECIDO SS VALORACION POR UROLOGIA

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-1225958, 9-Sep-2021

- INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0004] BURGOS BACCA AURA ROSA - NIT: 30724464 -

Registro: 888491 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 9-Sep-2021 07:41 am: 48 Años**

Id: 2727218

Fecha de grabación: 9-Sep-2021 07:41 am

EVOLUCIÓN

SE ABRE INGRESO PARA CARGAR INSUMOS ..

Orden médica: 765200302901-OMED-1225987, 9-Sep-2021

- JERINGA 10ML, #2, ,

- JERINGA 20ML, #3, ,

- JERINGA 60 ML PUNTA CATETER, #1, ,

- CATETER INTRAVENOSO #18, #2, ,

Orden médica: 765200302901-OMED-1226024, 9-Sep-2021

- JERINGA 20ML, #2, ,

- CATETER INTRAVENOSO No.14, #2, ,

Orden médica: 765200302901-OMED-1226085, 9-Sep-2021

- HOJA DE BISTURI #15, #2, ,

- SONDA EN T # 18, #1, ,

- SONDA NELATON #12, #1, ,

Orden médica: 765200302901-OMED-1226091, 9-Sep-2021

- LIDOCAINA JALEA 2% TUBO 30ML, CREMA, #1, URETRAL, 1 Cada 12 horas

Observaciones: Día 1: [9:00AM-]

Orden médica: 765200302901-OMED-1226103, 9-Sep-2021

- PROLENE 2/0, #1, ,

- SONDA NELATON # 10, #1, ,

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0655] AE. GALVIS RAMIREZ SANDRA LILIANA - NIT:

1113630371 - Registro: 764914 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 9-Sep-2021 01:47 pm: 48 Años**

Id: 2727723

Fecha de grabación: 9-Sep-2021 01:47 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: --, Frec. respiratoria: --, Temperatura: --, Peso: 78.0 Kgs.,

Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: --,

Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la

consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 0 / 0 (Sin determinar), Acostado: --, De pie: --,

Cúbito Lat.Izq.: --

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 68 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044

Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica

Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****Direccionamiento a programas****

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?: NO

ANÁLISIS Y PLAN

DX RETENCION AGUDA DE SU ORINA

A. ESTRECHEZ DE URERA

PACIENTE VALOADO POR UROLOGO DE TURNO QUIEN DA ORDE NDE INICIAR TRAMITE DE REMISION A NIVEL SUPERIOR PARA REALZIR CISTOTOMIA DE MAYOR CALIBRE YA QUE EL HOSPITAL NO CUENTA CON ADECUADO EQUIPO QUIRURGICO.

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.



PROFESIONAL: [0911] SAMUDIO MERCADO JONATHAN - NIT: 14698485 - Registro: 767795 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 9-Sep-2021 08:57 pm: 48 Años**

Id: 2728186

Fecha de grabación: 9-Sep-2021 08:57 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: --, Frec. respiratoria: --, Temperatura: --, Peso: 78.0 Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO Tensión arterial: Sentado: 0 / 0 (Sin determinar), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 69 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044

Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA -

Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica

Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****Direccionamiento a programas****

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?: NO

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE CON CATETER DE PUNCION SUPRAPUBIA OBSTRUIDO. SE ENCUNETRA EN TRAMITE DE REMISION, EL CUAL NO HA SIDO POSIBLE SU CONSECUCION.

SE RECIBE INFORMACION DE ENFERMERIA QIEN COMENTA APIENTE SE ENCUENTR ALGICO.

AL EXAMEN FISICO GLOBO VESICAL, SE EVIDENCIA CATETER DE PUNCION SUPRAPUBICA OBSTRUIDO.

SE SOLCITA VALORACION POR CX ENERAL PARA INTENTO DE FIJACION Y/O COLOCACION DE NUEVO CATETER.

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-1226586, 9-Sep-2021

- INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

EVOLUCIÓN

RECIBO PACIENTE EN URGENCIAS EN SALA DE IRA CONSIENTE EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA RECIBIENDO OXIGENO A MEDIO AMBIENTE SIN FAMILIAR EN CAMILLA CON BARANDAS DE SEGURIDAD ELEVADAS , CON TAPON HEPARINIZADO PERMEABLE EN OPTIMAS CONDICIONES GENERALES PACIENTE REFIERE TENER DOLOR SE LE SUMINSITRA 1 AMPOLLA DE TRAMADOL X 50 MG SUBCUTANEA PACIENTE NIEGA ALERGIAS, PENDIENTE REMISION .

Orden médica: 765200302901-OMED-1226749, 10-Sep-2021

- JERINGA 1ML, #1, ,

- MCL(8.000) TAPON HEPARINIZADO, #1, ,

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1183] AE. VALENCIA CERQUERA LILIANA - NIT: 29675590 - Registro: 760068 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 10-Sep-2021 08:20 pm: 48 Años**

Id: 2729314

Fecha de grabación: 10-Sep-2021 08:20 pm

EVOLUCIÓN

pedir insumos.

Orden médica: 765200302901-OMED-1227376, 10-Sep-2021

- JERINGA 1ML, #10, ,

- CATETER INTRAVENOSO #18, #1, ,

- MCL(8.000) TAPON HEPARINIZADO, #1, ,

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0699] AE. LASSO JOSA SOL CRISTINA - NIT: 66780024 - Registro: 761263 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 11-Sep-2021 08:08 pm: 48 Años**

Id: 2730051

Fecha de grabación: 11-Sep-2021 08:08 pm

PROFESIONAL: [1232] JHON JAIR VIVAS DAZA - NIT: 1113666351 - Registro: 1113666351 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 10-Sep-2021 07:17 am: 48 Años**

Id: 2728403

Fecha de grabación: 10-Sep-2021 07:17 am

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 70 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PTE QUE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, SIN FASCIAS DE DOLOR, SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR
Frec. cardiaca: 78, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 36.0°C, Peso: 78.0 Kgs., Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 70 (Optima / TA Media: 86), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --
Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

PTE CON CATETER SUPRAPUBICO CON SALIDA DE ORINA OSCURA NO TURBIA

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044
Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -
Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -
Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica
Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am
Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA
Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am
Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE
****Direccionamiento a programas****
Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?: NO

ANÁLISIS Y PLAN

PTE QUE CONSULTA EL 10/09/2021 POR RETENCION DE ORINA POR URGENCIAS ES VALORADO POR UROLOGIA QUIEN CONSIDERA ESTRECHEZ URETRAL Y PLANTEA REMISION PARA LA REALIZACION DE CISTOSTOMIA, POSTERIORMENTE ES VALORADO POR CIRUGIA GENERAL
PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA EN OBSERVACION CON CUADRO CLINICO CONSISTENTE EN ANURIA Y RETENCION AGUDA DE ORINA SECUNDARIA A ESTRECHEZ URETRA, CON ANTECEDENTE DE HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA, CONTINUA A LA ESPERA DE REMISION, SE VALORA PACIENTE Y SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALERTA, ORIENTA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, REFIERE MEJORIA DEL DOLOR, SIN NINGUN OTRO SINTOMA ASOCIADO, PACIENTE CON LA PRESENCIA DE CATETER SUPRAPUBICO DRENANDO, CONTINUA CON IGUAL MANEJO ANALGESICO PARA EL DOLOR Y CONTINUA EN TRAMITE DE REMISION. SE SUBE AL PISO 3 PARA CONTINUAR MANEJO DEL DOLOR Y TRAMITE DE REMISION

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-1228066, 11-Sep-2021

- OMEPRAZOL 20 MG CAPSULAS, CAPSULA, #2, ORAL, 1 Cada 12 horas
- TRAMADOL 50 MG AMPOLLA, SOLUCIÓN INYECTABLE, #4, SUBCUTANEO, 1 Cada 6 horas

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0276] MONTEALEGRE LUIS FERNANDO - NIT: 16280496 - Registro: 768854 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 11-Sep-2021 08:08 pm: 48 Años**

Id: 2730049

Fecha de grabación: 11-Sep-2021 08:08 pm

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 71 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EVOLUCIÓN

19+00

RECIBO PÁCIENTE MASCULINO DE 48 AÑOS EN SALA DE URGENCIAS HOMBRES EN CAMA 8 CON BARANDAS EN ALTO, CONSCIENTE Y ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, TIEMPO, LUGAR, Y PERSONA RESPONDIENDO AL LLAMADO DEL MISMO, CON UN DX DESCRITO EN CLASIFICACIÓN HISTORIA CLÍNICA TOLERANDO OXÍGENO A MEDIO AMBIENTE, CANALIZADO CON CATETER 18 CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES, SIN SIGNOS DE FLEBITIS CON MANILLA DE IDENTIFICACION.

PACIENTE EN EXCELENTE CONDICIONES GENERALES EN SU OBSERVACION TOLERANDO TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y VIA ORAL.

PACIENTE EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR, ELIMINANDO EXPONTANEO

PACIENTE QUE DURANTE LA NOCHE PASA CALMADO, DUERME

INTERVALOS LARGOS, NO SE OBSERVA NI FLEBITIS

Orden médica: 765200302901-OMED-1228064, 11-Sep-2021

- JERINGA 10ML, #2, ,

- JERINGA 20ML, #2, ,

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1311] JENIFFER FERNANDEZ VELASQUEZ - NIT: 1113621819

- Registro: 1113621819 - Especialidad: MEDICINA FAMILIAR

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 12-Sep-2021 00:25 am: 48 Años**

Id: 2730173

Fecha de grabación: 12-Sep-2021 00:25 am

EVOLUCIÓN

21 00 INGRESA PÁCIENTE MASCULINO DE 48 AÑOS A SALA DE HOSPITALIZACION 3 PISO A CAMA 11 HOMBRES CON BARANDAS EN ALTO, CONSCIENTE Y ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, TIEMPO, LUGAR, Y PERSONA RESPONDIENDO AL LLAMADO DEL MISMO, CON UN DX DESCRITO EN CLASIFICACIÓN HISTORIA CLÍNICA TOLERANDO OXÍGENO A MEDIO AMBIENTE, CANALIZADO CON CATETER 18 CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES, SIN SIGNOS DE FLEBITIS SE OBSERVA CON CATETER EN REGION SUPRAPUVICA COMO DREN OBSERVANDO SALIDA DE ORINA AMARILLA CLARA CON MANILLA DE IDENTIFICACION. TRAIDO POR EL CAMILLERO EN SILLA DE RUEDAS

PACIENTE QUE DURANTE LA NOCHE PARA ESTABLE CONDICIONES GENERALES ESTABLES EN SU OBSERVACION TOLERANDO TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

PACIENTE EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR, ELIMINANDO EXPONTANEO

PACIENTE QUE DURANTE LA NOCHE PASA CALMADO, DUERME

INTERVALOS LARGOS, NO SE OBSERVA NI FLEBITIS

6 00 AM SE TOMAN SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

7 AM ENTREGO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CON ACCESO VENOSO PERMEABLE.

EVOLUCIÓN

4 AM SE ADMINISTRA TRAMAL 1 AMP SC

ANGIE LOPEZ AUX DE ENF

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1306] AUX - ANGIE MARCELA LOPEZ MELO - NIT:

1113620544 - Registro: 1113620544 - Especialidad: ENFERMERIA

MEDICO-QUIRURGICA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 14-Sep-2021 07:17 pm: 48 Años**

Id: 2733293

Fecha de grabación: 14-Sep-2021 07:17 pm

EVOLUCIÓN

7AM RECIBO PACIENTE EN CX

18PM INGRESA PACIENTE DE CX CONSCIENTE ORIENTADO BAJO EFECTOS DE LA ANESTESIA PALIDO CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES

TRAJE Sonda SUPRABUBICA CON IRRIGACION CONTINUA Sonda VESICAL

A CISTOFLO CON ORINA HEMATURICA SE INSTALA EN LA HABITACION

SE DAN RECOMENDACIONES SE TOMAN SIGNOS VITALES Y SE REGISTRAN

PENDIENTE INICIARLE TRATAMIENTO MEDICO ORDENADO

19PM QUEDA PACIENTE ANSIOSO EN COMPAÑIA DE FAMILIAR SE TOMAN

SIGNOS VITALES 115 /75 FC95 FR 17 TEMPERATURA 36 SATURANDO 96 POR%

Orden médica: 765200302901-OMED-1230472, 14-Sep-2021

- JERINGA 10ML, #3, ,

- JERINGA 20ML, #5, ,

- BURETROL 150, #1, ,

- EQUIPO DE VENOCISIS (MACROGOTEROS), #1, ,

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0864] AE. GIL YEPES MARIA IDALY - NIT: 31169302 -

Registro: 9700765 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 15-Sep-2021 05:50 pm: 48 Años**

Id: 2734399

Fecha de grabación: 15-Sep-2021 05:50 pm

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 72 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EVOLUCIÓN

07:00 RECIBO PACIENTE, EN EL TERCER PISO DE HOSPITALIZACION EN CAMA Nº 11 DE EDAD DE 48 AÑOS CONCIENTE Y ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SE OBSERVA EN POSICION DECUBITO LATERAL REFIERE DOLOR ESTA AFEBRIL EN COMPAÑIA DE FAMILIAR ,CON BARANDAS DE SEGURIDAD ARIBA CON DIAGNOSTICO :ADSCRITO EN LA HISTORIA CLINICA SE OBSERVA TOLERANDO OXIGENO A MEDIO AMBIENTE PACIENTE QUE ESTA CON CANALIZACION EN ANTEBRAZO EN CARA MEDIAL DEL MSI PASANDO SOLUCION HARTMAN 500CC X BOMBA DE INFUSION A 125CC/H PERMEABLE CON Sonda VESICAL FOLEY Nº 18 DE 3 VIAS CONECTADA A CISTOFLOW ELIMINANDO ORINA HEMATURICA CON IRIGACION SE ATIENDE CON TODO EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD: GORO QX, TAPABOCAS N95, BATA QUIRURGICA, MONOGAFAS, GUANTES Y CARETA. SE TOMAN SIGNOS VITALES ESTAN DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES Y SE DEJAN REGISTRADOS EN EL FORMATO INSTITUCIONAL 10:00 ES VALORADO POR EL UROLOGO DE TURNO DOCTOR CARDONA QUIEN DA ORDEN DE RETIRAR LA IRIGACION SE CUMPLEN ORDENES MEDICAS ...10:30 ES VALORADO POR EL CIRUJANO DE TURNO DOCTOR ARBELAEZ SE EDUCA ALA PACIENTE Y A SU FAMILIAR PARA QUE TODO EL TIEMPO TENGA SU TAPABOCAS PUESTO Y BARANDAS DE SEGURIDAD ARIBA SE LE REALIZA CURACION EN HERIDA Y SE OBSERVA LIMPIA Y SECA SE LE IRIGA SOLUCION SALINAS Y GASA ESTERIL Y SE DEJA CUBIERTA CON GASA ESTYEROL+ MICROPORE 16:00 PACIENTE QUE REFIERE DOLOR SE LE AVISA ALA DOCTORA DE TURNO QUIEN DA ORDEN DE ADMINISTRARLE 1 DICLOFENACO X 75 MG X VIA IMTRAMUSCULAR CON JERINGA DE 5CC + 1 AMPOLLA DE TRAMADOL X 50 MG X VIA SUBCUTANEA CON JERINGA DE 1CC RECIBE Y TOLERA VIA ORAL Y SUS MEDICAMENTOS , SIN COMPLICACIONES ELIMINA ORINA EN Sonda VESICAL A LIBRE DRENAJE A CISTOFLOW ELIMINANDO ORINA UN POCO HEMATURICA NO DEPOSICION 17:00 PACIENTE QUE SE LE TOMA LABORATORIOS Y SE ENVIA AL LABORATORIO Y SE LLEVA PACIENTE A SALA DE CIRUGIA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR Y CAMILLERO CON HISTORIA CLINICA 19:00 QUEDA PACIENTE .EN SALA DE CIRUGIA ALEJANDRA.LARRAHONDO....AUXILIAR DE ENFERMERIA

SE ANEXA MEDICAMENTOS EN LA NOTA YA QUE LA CASILLA DE MEDICAMENTO NO ME DEJA CARGAR EL MEDICAMENTO.

08:00 Y 16:00 SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE DIPIRONA X 2.5 GR DILUIDA EN 20CC DE SOLUCION SALINAS CON JERINGA DE 20CC X VIA ENDOVENOSA PACIENTE LO RECIBE Y LO TOLERA SIN COMPLICACIONES...ALEJANDRA LARAHONDO...AUXILIAR DE ENFERMERIA

08:00 SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE DICLOFENACO X 75 MG X VIA IMTRAMUSCULAR CON JERINGA DE 5CC PACIENTE LO RECIBE Y LO TOLERA SIN COMPLICACIONES...ALEJANDRA LARAHONDO...AUXILIAR DE ENFERMERIA

08:00 SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE ACIDO TRANEXAMICO X VIA ENDOVENOSA Y SE DILUYE EN 100CC ZX BURETROL CON SOLUCION SALINAS CON JERINGA DE 10CC PACIENTE LO RECIBE Y LO TOLERA SIN COMPLICACIONES...ALEJANDRA LARAHONDO...AUXILIAR DE ENFERMERIA

08:00 NO SE ADMINISTRA LA AMPOLLA DE OMEPRAZOL X 40 MG POR QUE

EVOLUCIÓN

NO HAY EN FARMACIA ...ALEJANDRA LARAHONDO...AUXILIAR DE ENFERMERIA

08:00 SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE DICLOFENACO X 75 MG X VIA IMTRAMUSCULAR CON JERINGA DE 5CC PACIENTE LO RECIBE Y LO TOLERA SIN COMPLICACIONES...ALEJANDRA LARAHONDO...AUXILIAR DE ENFERMERIA

10:00 Y 18:00 SE ADMINISTRA 1 BOLSA DE SOLUCION HARTMAN X 500MG X VIA ENDOVENOSA Y SE PASA A 125CC X BOMBA DE INFUSION PACIENTE LO RECIBE Y LO TOLERA SIN COMPLICACIONES...ALEJANDRA LARAHONDO...AUXILIAR DE ENFERMERIA

12:00 SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE CEFALOTINA X 1 GR DILUIDA EN 10CC DE SOLUCION SALINAS X VIA ENDOVENOSA CON JERINGA DE 10CC PACIENTE LO RECIBE Y LO TOLERA SIN COMPLICACIONES...ALEJANDRA LARAHONDO...AUXILIAR DE ENFERMERIA

16:00 SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE DICLOFENACO X 75 MG X VIA IMTRAMUSCULAR CON JERINGA DE 5CC PACIENTE LO RECIBE Y LO TOLERA SIN COMPLICACIONES. X ORDEN MEDICA ..ALEJANDRA LARAHONDO...AUXILIAR DE ENFERMERIA

16:00 SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE TRAMADOL X 50 MG X VIA SUBCUTANEA CON JERINGA DE 1CC PACIENTE LO RECIBE Y LO TOLERA SIN COMPLICACIONES...ALEJANDRA LARAHONDO...AUXILIAR DE ENFERMERIA

16:00 SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE DICLOFENACO X 75 MG X VIA IMTRAMUSCULAR CON JERINGA DE 5CC PACIENTE LO RECIBE Y LO TOLERA SIN COMPLICACIONES...ALEJANDRA LARAHONDO...AUXILIAR DE ENFERMERIA

Orden médica: 765200302901-OMED-1231169, 15-Sep-2021

- JERINGA 10ML, #4, ,

Observaciones: Día 1: [7:00AM-]

- JERINGA 20ML, #6, ,

Observaciones: Día 1: [7:00AM-]

- CLORURO DE SODIO 0.9% BOLSA 500ML, BOLSA, #1, INYECTABLE, 1 Cada 24 horas

Observaciones: Día 1: [7:00AM-]

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0370] AE. LARRAHONDO ALEJANDRA - NIT: 66762321 - Registro: 2335 - Especialidad: ENFERMERIA EN CUIDADO AL NIÑO [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 73 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

****NOTA OPERATORIA - URGENCIA Y HOSPITALIZACION del
15-Sep-2021 08:30 pm: 48 Años**

Id: 2734468

Fecha de grabación: 15-Sep-2021 08:30 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 37.0°C, Peso: 78.0
Kgs., Talla: 168 cms., IMC: 27.64 Sobre peso, Perímetro cintura: --, Saturación
O2: 96.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador
en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 80 (Optima / TA Media: 93), Acostado: --,
De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044
Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA
PROSTATA -
Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
-

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA -
Impresión diagnóstica
Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO
ESPECIFICADO - Impresión diagnóstica
Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión
diagnóstica
Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnóstica
Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnóstica
Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA
PROSTATA
Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA
Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am
Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA
Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am
Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

DATOS GENERALES

Servicio::
Sala ó Cuarto::
No. Cama::

DETALLES DE CIRUGIA

Operación practicada / Procedimientos realizados::
Describe la operación en el mismo orden en que se realizó::
Hallazgos importantes::
Tejidos enviados a Patología::

Tipo de Anestesia::

Orden médica: 765200302901-OMED-1231231, 15-Sep-2021

- CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE
A MEDULA OSEA ORINA Y HECES *

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0004] BURGOS BACCA AURA ROSA - NIT: 30724464 -
Registro: 888491 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 16-Sep-2021 10:28 pm: 48 Años**

Id: 2735739

Fecha de grabación: 16-Sep-2021 10:28 pm

EVOLUCIÓN

19:00 RECIBO PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACION 3 PISO CAMA # 11,
ACOSTADO EN CAMILLA CON BARANDAS DE SEGURIDAD ARRIBA,
DESPIERTO Y ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS TIEMPO, LUGAR Y
PERSONA, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, CON DX ASCRITO EN HC,
CANALIZADO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO DORSO DE LA MUÑECA
CON MANEJO DE LEV A 125 CC/H POR BOMBA DE INFUSION, NO SE
EVIDENCIA SIGNOS DE FLEBITIS, EQUIMOSIS, EDEMA, CON MANEJO DE
EQUIPO DE BURETROL Y MACROGOTEO PARA DILUSION DE
MEDICAMENTOS, ELIMINA POR Sonda VESICAL, SE EDUCA SOBRE EL USO
DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOPS Y CUIDADOS EN GENERAL, RECIBE Y
TOELRA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ORDENADO, EN EL TRASCURSO
DEL TURNO SE TOMAN SIGNOS VITALES LOS CUALES SE ENCEUNTRAN EN
PARAMETROS NORMALES Y SE REGISTRAN EN FORMATO MANUAL DE LA
INSTITUCION, PACIENTE REFIERE QUE SE LE SALE LA ORINA TENIENDO
SONDA SE INFORMA AL MEDICO DE TURNO, PACIENTE PASA LA NOCHE
TRANQUILO SIN NINGUNA COMPLICACION, QUEDA EN CAMILLA ACOSTADO
CON BARANDAS DE SEGURIDAD ARRIBA, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR,
PENDIENTE NUEVA VALORACION MEDICA PARA DEFINIR CONDUCTA A
SEGUIR. AUX LUCY CANO.

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1155] AE. CANO GAVIRIA LUCY MARGORY - NIT: 29705500 -
Registro: 763865 - Especialidad: ENFERMERIA EN CUIDADO AL NIÑO
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 17-Sep-2021 01:07 pm: 48 Años**

Id: 2736347

Fecha de grabación: 17-Sep-2021 01:07 pm

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 74 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EVOLUCIÓN

07:00 RECIBO PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA INTERNA ADULTO HOMBRE MAYOR DE EDAD EN COMPAÑIA DE FAMILIAR CON DX DESCRITO EN LA HISTORIA CLINICA , ACOSTADO EN CAMILLA CON BARANDAS DE SEGURIDAD ARRIBA, DESPIERTO Y OREINTEADO EN SUS TRES ESFERAS TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CANALIZADO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO DORSO DE LA MUÑECA CON MANEJO DE LEV A 125 CC/H POR BOMBA DE INFUSION, NO SE EVIDENCIA SIGNOS DE FLEBITIS, EQUIMOSIS, EDEMA, CON MANEJO DE EQUIPO DE BURETROL Y MACROGOTEO PARA DILUSION DE MEDICAMENTOS, ELIMINA POR Sonda VESICAL, SE EDUCA SOBRE EL USO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS Y CUIDADOS EN GENERAL, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ORDENADO, EN EL TRASCURSO DEL TURNO SE TOMAN SIGNOS VITALES LOS CUALES SE ENCEUNTRAN EN PARAMETROS NORMALES Y SE REGISTRAN EN FORMATO MANUAL DE LA INSTITUCION, PACIENTE REFIERE QUE SE LE SALE LA ORINA TENIENDO Sonda SE INFORMA AL MEDICO DE TURNO, SE REALIZA CURACION PACIENTE PASA BUEN DIA APARENTAMENTE SIN NINGUNA COMPLICACION, QUEDA EN CAMA ACOSTADO TRANQUILO CON BARANDAS DE SEGURIDAD ARRIBA, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, PENDIENTE NUEVA VALORACION MEDICA PARA DEFINIR CONDUCTA A SEGUIR. AUX BETTY ACEVEDO SE ADMINISTRA MEDICAMENTOS :

08:00 SE ADMINISTRA DIPIRONA POR 2.5 MG AMPOLLA 1 AMPOLLA VIA EV
16:00 SE ADMINISTRA DIPIRONA POR 2.5 MG AMPOLLA 1 AMPOLLA VIA EV
12:00 SE ADMINISTRA CEFALOTINA POR 1 GM AMPOLLA 1 AMPOLLA VIA EV

18:00 SE ADMINISTRA CEFALOTINA POR 1 GM AMPOLLA 1 AMPOLLA VIA EV

08:00 SE ADMINISTRA DICLOFENACO POR 75 MG AMPOLLA 1 AMPOLLA VIA IM

16:00 SE ADMINISTRA HARTMAN POR 500 CC FRASCO PASAR A 125 CC / H VIA EV

PACIENTE QUE NO PRESENTO NINGUNA COMPLICACION ALOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS : AUX BETTY ACEVEDO

Orden médica: 765200302901-OMED-1232519, 17-Sep-2021

- JERINGA 10ML, #4, ,

Observaciones: JE

Orden médica: 765200302901-OMED-1232519,

Adm.tto: 17-Sep 17:04. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1232519, 17-Sep-2021

- JERINGA 20ML, #4, ,

Orden médica: 765200302901-OMED-1232519,

Adm.tto: 17-Sep 17:04. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1232519, 17-Sep-2021

- MCL (3.000) CATETER INTRAVENOSO #20, #1, ,

Orden médica: 765200302901-OMED-1232519,

Adm.tto: 17-Sep 17:04. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1232519, 17-Sep-2021

- EQUIPO DE MICROGOTEO, #1, ,

Orden médica: 765200302901-OMED-1232519,

Adm.tto: 17-Sep 17:04. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1232519, 17-Sep-2021

- BURETROL 150, #1, ,

Orden médica: 765200302901-OMED-1232519,

Adm.tto: 17-Sep 17:04. (0) Chequeado

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1211] AE. BETTY MARGOTH ACEVEDO VILLA - NIT: 43065989

- Registro: 76-1633 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 18-Sep-2021 01:38 am: 48 Años**

Id: 2736952

Fecha de grabación: 18-Sep-2021 01:38 am

EVOLUCIÓN

19:00 RECIBO PACIENTE, EN EL TERCER PISO DE HOSPITALIZACION EN CAMA Nº 11 DE EDAD DE 48 AÑOS CONCIENTE Y ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SE OBSERVA EN POSICION SEMIFOWLER SE OBSERVA CANALIZADO EN DORSO DE MANO IZQUIERDA PERMEABLE CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS SOLUCION HARTMAN Y SE PASA A 100CC/H SE LE CAMBIA EQUIPO DE MACRO A DIALAFLOW Y SE DEJA PASANDO A 100CC/H ESTA AFEBRIL EN COMPAÑIA DE FAMILIAR ,CON BARANDAS DE SEGURIDAD Ariba CON DIAGNOSTICO :ADSCRITO EN LA HISTORIA CLINICA SE OBSERVA TOLERANDO OXIGENO A MEDIO AMBIENTE CON Sonda VESICAL FOLEY Nº 18 DE 3 VIAS CONECTADA A CISTOFLOW ELIMINANDO ORINA UN POCO HEMATURICA SIN IRIGACION SE ATIENDE CON TODO EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD: GORO QX, TAPABOCAS N95, BATA QUIRURGICA, MONOGAFAS, GUANTES Y CARETA. SE TOMAN SIGNOS VITALES ESTAN DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES Y SE DEJAN REGISTRADOS EN EL FORMATO INSTITUCIONAL SE EDUCA AL PACIENTE Y A SU FAMILIAR PARA QUE TODO EL TIEMPO TENGA SU TAPABOCAS PUESTO Y BARANDAS DE SEGURIDAD Ariba RECIBE Y TOLERA VIA ORAL Y SUS MEDICAMENTOS , SIN COMPLICACIONES ELIMINA ORINA EN Sonda VESICAL A LIBRE DRENAJE A CISTOFLOW ELIMINANDO ORINA UN POCO HEMATURICA NO DEPOSICION 06:00 PACIENTE PASA LA NOCHE CALMADO AFEBRIL CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES

07:00 QUEDA PACIENTE . ESTABLE AFEBRIL CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES ...ALEJANDRA.LARRAHONDO....AUXILIAR DE ENFERMERIA

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 75 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

Orden médica: 765200302901-OMED-1233278, 18-Sep-2021

- JERINGA 10ML, #3, ,
- JERINGA 20ML, #7, ,
- MCL (3.000) CATETER INTRAVENOSO #20, #1, ,
- MCL(8.000) TAPON HEPARINIZADO, #1, ,

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0370] AE. LARRAHONDO ALEJANDRA - NIT: 66762321 -

Registro: 2335 - Especialidad: ENFERMERIA EN CUIDADO AL NIÑO

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 18-Sep-2021 05:04 pm: 48 Años**

Id: 2737308

Fecha de grabación: 18-Sep-2021 05:04 pm

EVOLUCIÓN

07:00 RECIBO PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA INTERNA ADULTO HOMBRE MAYOR DE EDAD EN COMPAÑIA DE FAMILIAR CON DX DESCRITO EN LA HISTORIA CLINICA , ACOSTADO EN CAMILLA CON BARANDAS DE SEGURIDAD ARRIBA, DESPIERTO Y OREINTEADO EN SUS TRES ESFERAS TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CANALIZADO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO DORSO DE LA MUÑECA CON MANEJO DE LEV A 100 CC CON DIALAFLO NO SE EVIDENCIA SIGNOS DE FLEBITIS, EQUIMOSIS, EDEMA,CON MANEJO DE EQUIPO DE BURETROL Y MACROGOTEO PARA DILUSION DE MEDICAMENTOS, ELIMINA POR Sonda VESICAL, SE EDUCA SOBRE EL USO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS Y CUIDADOS EN GENERAL, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ORDENADO, EN EL TRASCURSO DEL TURNO SE TOMAN SIGNOS VITALES LOS CUALES SE ENCEUNTRAN EN PARAMETROS NORMALES Y SE REGISTRAN EN FORMATO MANUAL DE LA INSTITUCION, SE REALIZA CURACION PACIENTE PASA BUEN DIA APARENTEMENTE SIN NINGUNA COMPLICACION, QUEDA EN CAMA ACOSTADO TRANQUILO CON BARANDAS DE SEGURIDAD ARRIBA, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, PENDIENTE NUEVA VALORACION MEDICA PARA DEFINIR CONDUCTA Y TRATAMIENTO FARMACOLOGICO A SEGUIR. AUX BETTY ACEVEDO

SE ADMINISTRA MEDICAMENTOS :

08:00 SE ADMINISTRA DIPIRONA POR 2.5 MG AMPOLLA 1 AMPOLLA VIA EV

16:00 SE ADMINISTRA DIPIRONA POR 2.5 MG AMPOLLA 1 AMPOLLA VIA EV

12:00 SE ADMINISTRA CEFALOTINA POR 1 GM AMPOLLA 1 AMPOLLA VIA EV

18:00 SE ADMINISTRA CEFALOTINA POR 1 GM AMPOLLA 1 AMPOLLA VIA EV

08:00 SE ADMINISTRA DICLOFENACO POR 75 MG AMPOLLA 1 AMPOLLA VIA IM

16:00 SE ADMINISTRA HARTMAN POR 500 CC FRASCO PASAR A 100CC / H DIALAFLO VIA EV

PACIENTE QUE NO PRESENTO NINGUNA COMPLICACION ALOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS : AUX BETTY ACEVEDO

PROFESIONAL: [1211] AE. BETTY MARGOTH ACEVEDO VILLA - NIT: 43065989

- Registro: 76-1633 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 19-Sep-2021 12:11 pm: 48 Años**

Id: 2737829

Fecha de grabación: 19-Sep-2021 12:11 pm

EVOLUCIÓN

07:00 RECIBO PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA INTERNA ADULTO HOMBRE MAYOR DE EDAD EN COMPAÑIA DE FAMILIAR CON DX DESCRITO EN LA HISTORIA CLINICA , ACOSTADO EN CAMILLA CON BARANDAS DE SEGURIDAD ARRIBA, DESPIERTO Y OREINTEADO EN SUS TRES ESFERAS TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CANALIZADO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO DORSO DE LA MUÑECA CON TAPON HEPARINIZADO NO SE EVIDENCIA SIGNOS DE FLEBITIS, EQUIMOSIS, EDEMA,CON MANEJO DE EQUIPO DE BURETROL Y MACROGOTEO PARA DILUSION DE MEDICAMENTOS, ELIMINA POR Sonda VESICAL, SE EDUCA SOBRE EL USO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS Y CUIDADOS EN GENERAL, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ORDENADO, EN EL TRASCURSO DEL TURNO SE TOMAN SIGNOS VITALES LOS CUALES SE ENCEUNTRAN EN PARAMETROS NORMALES Y SE REGISTRAN EN FORMATO MANUAL DE LA INSTITUCION, SE REALIZA CURACION HERIDA LIMPIA PACIENTE PASA BUEN DIA APARENTEMENTE SIN NINGUNA COMPLICACION, QUEDA EN CAMA ACOSTADO TRANQUILO CON BARANDAS DE SEGURIDAD ARRIBA, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, PENDIENTE NUEVA VALORACION MEDICA PARA DEFINIR CONDUCTA Y TRATAMIENTO FARMACOLOGICO A SEGUIR. AUX BETTY ACEVEDO

SE ADMINISTRA MEDICAMENTOS :

08:00 SE ADMINISTRA DIPIRONA POR 2.5 MG AMPOLLA 1 AMPOLLA VIA EV

16:00 SE ADMINISTRA DIPIRONA POR 2.5 MG AMPOLLA 1 AMPOLLA VIA EV

12:00 SE ADMINISTRA CEFALOTINA POR 1 GM AMPOLLA 1 AMPOLLA VIA EV

18:00 SE ADMINISTRA CEFALOTINA POR 1 GM AMPOLLA 1 AMPOLLA VIA EV
PACIENTE QUE NO PRESENTO NINGUNA COMPLICACION ALOS
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS : AUX BETTY ACEVEDO

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 76 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Orden médica: 765200302901-OMED-1233737, 19-Sep-2021

- JERINGA 10ML, #4, ,
- JERINGA 20ML, #4, ,
- EQUIPO DE MICROGOTEO, #1, ,
- BURETOL 150, #1, ,

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0199] AE.BALANTA NACIRA - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 20-Sep-2021 05:52 pm: 48 Años**

Id: 2739250

Fecha de grabación: 20-Sep-2021 05:52 pm

PROFESIONAL: [1211] AE. BETTY MARGOTH ACEVEDO VILLA - NIT: 43065989

- Registro: 76-1633 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN

URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 20-Sep-2021 05:28 am: 48 Años**

Id: 2738279

Fecha de grabación: 20-Sep-2021 05:28 am

EVOLUCIÓN

19:00 RECIBO PACIENTE, EN SALA DE HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA EN CAMA EN POSICION DE CUBITO LATERAL DERECHO DE 48 AÑOS CONCIENTE Y ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SE OBSERVA EN POSICION DECUBITO LATERAL REFIERE DOLOR ESTA AFEBRIL EN COMPAÑIA DE FAMILIAR ,CON BARANDAS DE SEGURIDAD ARIBA CON DIAGNOSTICO :ADSCRITO EN LA HISTORIA CLINICA SE OBSERVA TOLERANDO OXIGENO A MEDIO AMBIENTE PACIENTE QUE ESTA CON CANALIZACION EN ANTEBRAZO EN CARA MEDIAL DEL MSI PASANDO SOLUCION HARTMAN 500CC X BOMBA DE INFUSION A 125CC/H PERMEABLE CON Sonda VESICAL FOLEY Nº 18 DE 3 VIAS CONECTADA A CISTOFLOW ELIMINANDO ORINA HEMATURICA CON IRIGACION SE ATIENDE CON TODO EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD: GORO QX, TAPABOCAS N95, BATA QUIRURGICA, MONOGAFAS, GUANTES Y CARETA.24:00 SE TOMAN SIGNOS VITALES ESTAN DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES Y SE DEJAN REGISTRADOS EN EL FORMATO INSTITUCIONAL DUERME AINTERVALOS LARGOS CON ANTERIOR PENDIENTE 6+50 QUEDA EN CAMA CONCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA AVIZAR CANBIOFORMATO INSTITUCIONCN SE CUMPLEN ORDENES MEDICAS . SE EDUCA EL USO DEL SU TAPABOCAS LAVADO AUTOCUIDADO Y BARANDAS DE SEGURIDAD PACIENTE QUE REFIERE DOLOR SE LE AVISA ALA

EVOLUCIÓN

07:00 RECIBO PACIENTE EN SALA DE HOSPITALIZACION 3 PISO CAMA # 22, ADULTO HOMBRE MAYOR DE EDAD ACOSTADO EN CAMILLA CON BARANDAS DE SEGURIDAD ARRIBA, DESPIERTO Y ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, SIN ACOMPAÑANTE FAMILIAR, CON DX ASCRITO EN HC, CANALIZADO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO BRAZO PARTE MEDIAL CON LEV HARTMANN A 83 CC/H, POR BOMBA DE INFUSION, CON SIGNOS VITALES ESTABLES, ELIMINA EXPONTANEAMENTE, SE EDUCA SOBRE EL USO DEL TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS Y CUIDADOS EN GENERAL, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ORDENADO, EN EL TRASCURSO DEL TURNO SE TOMAN SIGNOS VITALES LOS CUALES SE ENCUENTRAN EN PARAMETROS NORMALES Y SE REGISTRAN EN FORMATO MANUAL DE LA INSTITUCION, SE REALIZA CURACION DE HERIDA EN CUELLO LADO IZQUIERDO, SE LE SUSPENDE LIQUIDOS Y SE DEJA CON TH CON ABCESO VENOSO PERMEABLE, PACIENTE REFIERE QUE QUIERE FIRMAR ACTA VOLUNTARIA PARA SALIR PERO SE LE EXPLICA QUE NO ES CONVENIENTE YA QUE SUS HERIDA SE PUEDE VER COMPROMETIDA CON INFECCION O UNA COMPLICACION MAYOR, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR ESPERAR QUE LE DEN SALIDA, PASA EL DIA TRANQUILO SIN NINGUNA COMPLICACION, QUEDA EN CAMILLA ACOSTADO CON BARANDAS DE SEGURIDAD ARRIBA, SIN ACOMPAÑANTE FAMILIAR, PENDIENTE NUEVA VALORACION MEDICA PARA DEFINIR CONDUCTA A SEGUIR. AUX LUCY CANO.

Orden médica: 765200302901-OMED-1234837, 20-Sep-2021

- JERINGA 10ML, #5, ,
- JERINGA 20ML, #5, ,
- CLORURO DE SODIO 0.9% BOLSA 500ML, BOLSA, #2, INYECTABLE, 1 Cada 12 horas

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1155] AE. CANO GAVIRIA LUCY MARGORY - NIT: 29705500 -

Registro: 763865 - Especialidad: ENFERMERIA EN CUIDADO AL NIÑO

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 77 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturacion con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Apertura HC. ESPECIALISTA (URGENCIAS - HOSPITALIZACION) del 9-Sep-2021 11:49 am: 48 Años

Id: 1493911

MOTIVO DE CONSULTA

TENGO MUCHO DOLOR EN LA VESIGA - CONTESTO INTERCONSULTA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE LARGA DATA DE ESTRECHEZ URETRAL SIN TRATAMIENTO, CON DILATACIONES NO PERIODICAS, CONSULTA POR RETENCION AGUDA DE ORINA ACOMPAÑADO DE DOLOR INTENSO EN HIPOGASTRIO Y ANURIA.

LE REALIZARON COLOCACION DE CATETER YELCO #16 CON POSTERIOR TAPONAMIENTO DE ESTE Y NUEVAMENTE DOLOR Y ANURIA.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM

RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM

VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE TAMAÑO

ESTRECHEZ URETRAL.

ESTRECHEZ DE MEATO URETRAL

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extraccion de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICOS

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

OTRAS

NINGUNA

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

PROFESIONAL: [1332] ESP. CABEZAS AGUDELO EDUARD (UROLOGO) - NIT: 16378023 - Registro: 509747 - Especialidad: UROLOGIA [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 9-Sep-2021 11:49 am: 48 Años**

Id: 2727587

Fecha de grabación: 9-Sep-2021 11:49 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 94, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 36.0°C, Peso: 78.0

Kgs., Talla: 169 cms., IMC: 27.31 Sobrepeso, Perímetro cintura: --, Saturación

O2: 99.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador

en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 108 / 91 (Hipertensión, estadio 1 / TA Media: 96),

Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS Y ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

SE INTENTA PASAR SONTA NELATON 12 Y 10 FR SIN OBTENER EXITO POR ESTRECHEZ EN FOSA NAVICULAR. SE RETIRA CATETER YELCO EN HIPOGASTRIO Y SE INTENTA COLOCAR CATETER YELCO 14 A NIVEL DE 2 CM POR ENCIMA DE LA SINIFISIS PUBICA CON PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS. SE EXTRAEN 800 CC DE ORINA LEVEMENTE HEMATURICA HASTA EL FINAL, SE FIJA CATETER CON PROLENE 3-0 Y SE CONECTA A VIA DE VENOCLOSIS.

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 78 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

PIEL

NORMAL

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE CON ANURA Y RETENCION AGUDA D EORINA SECUNADARIA A ESTRECHEZ DE URETRA. INDICO REMIISON A OTRA INSTITUCION PARA REALIZACION DE CISTOSTOMIA DE MAYOR CALIBRE YA QUE EN ESTA INSTITUCION NO CONTAMOS CON SET DE CISTOSTOMIA SUPRAPUBICA NI DILATADORES URETRALES. SE EXPLICA AL PACIENTE EL CUAL ACEPTA Y ENTIENDE

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044

Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica

Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****Direccionamiento a programas****

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?: NO

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1332] ESP. CABEZAS AGUDELO EDUARDO (UROLOGO) - NIT:

16378023 - Registro: 509747 - Especialidad: UROLOGIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****INTERCONSULTA ESPECIALISTA del 9-Sep-2021 09:08 pm: 48****Años**

Id: 2728200

Fecha de grabación: 9-Sep-2021 09:08 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE ALGICO, UBICADO EN SUS TRES ESFERAS, CONSCIENTE, AFEBRIL

Frec. cardiaca: 75, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 37.0°C, Peso: 78.0 Kgs., Talla: 169 cms., IMC: 27.31 Sobrepeso, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 97.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO Tensión arterial: Sentado: 115 / 75 (Optima / TA Media: 88), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

PRESION SUPRAPUBICA OBSTRUIDA Y GLOBO VESICAL, SE REALIZA TECNICA DE SELDINGER CON CATETER SUPRAPUBICO A NIVEL DE 2 CM POR ENCIMA DE LA SINIFISIS PUBICA CON PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, EN EL MOMENTO DEL PROCEDIMIENTO SE EXTRAE APROXIMADAMENTE 200 CC DE ORINA HEMATURICA, POSTERIORMENTE SE FIJA CATETER CENTRAL 2 VIAS CON PROLENE 2-0 Y SE CONECTA A VIA DE VENOCCLISIS.

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

PIEL

NORMAL

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD CON ANURIA Y RETENCION AGUDA DE ORINA SECUNDARIA A ESTRECHEZ URETRAL, EN HORAS DE LA MAÑANA SE LE REALIZO COLOCACION DE CATETER YELCO 14 EL CUAL DURANTE EL DIA DEJO DE DRENAR, PRESENTABA PRESION SUPRAPUBICA OBSTRUIDA Y GLOBO VESICAL, SE DECIDE PASAR 10 CC DE SOLUCION SALINA POR Sonda para evaluar permeabilidad sin obtener exito por lo cual se decide retirar y practicar tecnica de SELDINGER con CATETER SUPRAPUBICO A NIVEL DE 2 CM POR ENCIMA DE LA SINIFISIS PUBICA CON PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, EN EL MOMENTO DEL PROCEDIMIENTO SE EXTRAE APROXIMADAMENTE 200 CC DE ORINA HEMATURICA, POSTERIORMENTE SE FIJA CATETER CENTRAL 2 VIAS CON PROLENE 2-0 Y SE CONECTA A VIA DE VENOCCLISIS.

ORDENES POR CIRUGIA GENERAL:

1. PENDIENTE REMISION POR UROLOGIA

2. SS COLOCAR AMPOLLA TRAMADOL 50MG SC 1 CADA 6 HORAS

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 79 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044
Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -
Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -
Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica
Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA
Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am
Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA
Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am
Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

Orden médica: 765200302901-OMED-1226594, 9-Sep-2021

- JERINGA 10ML, #3, ,
- PROLENE 2/0, #1, ,
- CATETER CENTRAL BILUMEN, #1, ,

Orden médica: 765200302901-OMED-1226601, 9-Sep-2021

- HOJA DE BISTURI #15, #1, ,

Orden médica: 765200302901-OMED-1226612, 9-Sep-2021

- TRAMADOL 50 MG AMPOLLA, SOLUCIÓN INYECTABLE, #4, SUBCUTANEO, 1 Cada 6 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1226612,

Adm.tto: 9-Sep 23:51. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE TRAMADOL X 50 MG VÍA SUBCUTÁNEO SE USA JERINGA DE 1 CC SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALÉRGICO ALGÚN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SIN NINGUNA COMPLICACIÓN AUXILIAR DE ENFERMERÍA.
MARINA MONCAYO

Documento de venta asociado

FVE-146044
Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.



PROFESIONAL: [0326] ESP. MOORE LUIS EDUARDO (CIRUJANO GENERAL) -
NIT: 10521924 - Registro: 11744 - Especialidad: CIRUGIA GENERAL
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****INTERCONSULTA ESPECIALISTA del 10-Sep-2021 05:06 pm: 48 Años**

Id: 2729195

Fecha de grabación: 10-Sep-2021 05:06 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE MASCULINO ALERTA, ORIENTADO EN SUS 3 ESFERAS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL, COLABORADOR
Frec. cardiaca: 80, Frec. respiratoria: 17, Temperatura: 37.0°C, Peso: 78.0 Kgs., Talla: 169 cms., IMC: 27.31 Sobrepeso, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 115 / 80 (Optima / TA Media: 91), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS

ABDÓMEN Y LUMBAR

ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA

SISTEMA GENITO-URINARIO

PRESENCIA DE CATETER SUPRAPUBICO 2 CM POR ENCIMA DE LA SINFISIS PUBICA

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

PIEL

NORMAL

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD EN OBSERVACION CON ANURIA Y RETENCION AGUDA DE ORINA SECUNDARIA A ESTRECHEZ URETRA, CON ANTECEDENTE DE HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA QUIEN SE ENCUENTRA A LA ESPERA DE REMISION, SE VALORA PACIENTE Y SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON MEJORIA DEL DOLOR, NINGUN OTRO SINTOMA ASOCIADO, Y CON LA PRESENCIA DE CATETER SUPRAPUBICO DRENANDO, SE DECIDE CONTINUAR IGUAL MANEJO ANALGESICO PARA EL DOLOR Y CONTINUA EN TRAMITE DE REMISION.

ORDENES MEDICAS POR CIRUGIA GENERAL

1. PENDIENTE REMISION POR UROLOGIA
2. TRAMADOL 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA SUBCUTANEO CADA 6 HORAS

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 80 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044
Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -
Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -
Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica
Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA
Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am
Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA
Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am
Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

Orden médica: 765200302901-OMED-1227264, 10-Sep-2021

- TRAMADOL 50 MG AMPOLLA, SOLUCIÓN INYECTABLE, #4, SUBCUTANEO, 1 Cada 6 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1227264,

Adm.tto: 10-Sep 18:00. (0) Chequeado

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.



PROFESIONAL: [0322] ESP. ROMERO ORTIZ JUSTY (CIRUJANO GENERAL) -
NIT: 8633520 - Registro: 18530 - Especialidad: CIRUGIA GENERAL
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****INTERCONSULTA ESPECIALISTA del 11-Sep-2021 11:37 am: 48 Años**

Id: 2729701

Fecha de grabación: 11-Sep-2021 11:37 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ESTABLE.
Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 37.0°C, Peso: 78.0 Kgs., Talla: 169 cms., IMC: 27.31 Sobre peso, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 95.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 70 (Optima / TA Media: 86), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO

PRESENCIA DE CATETER SUPRAPUBICO 2 CM POR ENCIMA DE LA SINIFISIS PUBICA

PIEL

NORMAL

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA EN OBSERVACION CON CUADRO CLINICO CONSISTENTE EN ANURIA Y RETENCION AGUDA DE ORINA SECUNDARIA A ESTRECHEZ URETRA, CON ANTECEDENTE DE HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA, CONTINUA A LA ESPERA DE REMISION, SE VALORA PACIENTE Y SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALERTA, ORIENTA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, REFIERE MEJORIA DEL DOLOR, SIN NINGUN OTRO SINTOMA ASOCIADO, PACIENTE CON LA PRESENCIA DE CATETER SUPRAPUBICO DRENANDO, CONTINUA CON IGUAL MANEJO ANALGESICO PARA EL DOLOR Y CONTINUA EN TRAMITE DE REMISION.

ORDENES MÉDICAS POR CIRUGIA GENERAL

1. PENDIENTE REMISION POR UROLOGIA
2. TRAMADOL 50 MG APLICAR 1 AMPOLLA SUBCUTANEO CADA 6 HORAS

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044

Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica

Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 81 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

Orden médica: 765200302901-OMED-1227685, 11-Sep-2021- TRAMADOL 50 MG AMPOLLA, SOLUCIÓN INYECTABLE, #4, SUBCUTANEO,
1 Cada 6 horas**Orden médica: 765200302901-OMED-1227685,**

Adm.tto: 11-Sep 13:43. (0) Chequeado

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1280] ESP. LUIS ARMANDO GARCIA TRUJILLO (CIRUJANO
GENERA - NIT: 94331635 - Registro: 75570 - Especialidad: CIRUGIA GENERAL
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS****INTERCONSULTA ESPECIALISTA del 12-Sep-2021 10:25 am: 48****Años**

Id: 2730442

Fecha de grabación: 12-Sep-2021 10:25 am

EXÁMEN FÍSICOInspección general: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES,
ALERTA, ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, SIN SIGNOS DE
DIFICULTAD RESPIRATORIAFrec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 37.0°C, Peso: 78.0
Kgs., Talla: 169 cms., IMC: 27.31 Sobrepeso, Perímetro cintura: --, Saturación
O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en
la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 128 / 70 (Normal / TA Media: 89), Acostado: --,
De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --**TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN**NORMOEXPANSIBLE, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS
PULMONARES, SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. LATIDOS CARDIACOS
RITMICOS DE BUENA INTENSIDAD, NO SE AUSCULTAN SOPLOS.**ABDÓMEN Y LUMBAR**PACIENTE CON CATETER SUPRAPUBICO PERMEABLE, DRENANDO 25 CC. A
NIVEL ABDOMINAL SE ENCUENTRA ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN
SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO DOLOROSO A LA PALPACION
SUPERFICIAL NI PROFUNDA**SISTEMA GENITO-URINARIO**

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

PIEL

NORMAL

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

ANÁLISIS Y PLAN

IDX: HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA

PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESÒ EL 9 DE SEPTIEMBRE DEL 2021 POR PRESENTAR UN CUADRO CLINICO DE ANURIA SECUNDARIA A ESTRECHEZ URETRAL Y DOLOR EN HIPOGASTRIO DE ALTA INTENSIDAD SIN IRRADIACION APARENTE. FUE VALORADO POR EL CIRUJANO DE TURNO QUIEN DECIDIO HACER TECNICA DE SELDINGER CON COLOCACION DE CATETER SUPRAPUBICO A NIVEL DE 2 CM POR ENCIMA DE LA SINFISIS PUBICA CON PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, POR EL CUAL SE EXTRAE APROXIMADAMENTE 200 CC DE ORINA HEMATURICA. AL DIA DE HOY EL PACIENTE REFIERE ENCONTRARSE EN MEJOR CONDICION GENERAL, REFIERE QUE NO HA PRESENTADO DOLOR, PERO REFIERE IMPOSIBILIDAD DE DIURESIS ESPONTANEA. AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA PACIENTE CON CATETER SUPRAPUBICO PERMEABLE, DRENANDO 25 CC. A NIVEL ABDOMINAL SE ENCUENTRA ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA. ES VALORADO POR EL CIRUJANO DE TURNO QUIEN DECIDE INTERCONSULTARLO POR UROLOGIA, MIENTRAS SE ESPERA LA RESPUESTA DE REMISION Y CONTINUAR CON MANEJO ANALGESICO.

***ORDENES POR CIRUGIA GENERAL ***

1. PENDIENTE REMISION POR UROLOGIA
 2. SS COLOCAR AMPOLLA TRAMADOL 50MG SC 1 CADA 6 HORAS
 3. SS. VALORACION POR EL SERVICIO DE UROLOGIA
 4. CONTROL DE LIQUIDOS ELIMINADOS A TRAVEZ DE CATETER SUPRAPUBICO
 5. CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS
- GRACIAS

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044

Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

-

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA -

Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 82 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

DIAGNÓSTICO

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica

Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

Orden médica: 765200302901-OMED-1228404, 12-Sep-2021

- INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA

Orden médica: 765200302901-OMED-1228406, 12-Sep-2021

- TRAMADOL 50 MG AMPOLLA, SOLUCIÓN INYECTABLE, #4, SUBCUTANEO, 1 Cada 6 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1228406,

Adm.tto: 13-Sep 20:11. (1) 22:00 Y A LAS 4:00AM SE ADMINISTRA UNA AMPOLLA DE TRAMADOL X50MG POR VIA SC PACIENTE EL CUAL MANIFIESTA NO SER ALERGICO NO PRESENTA NINGUNA NOVEDAD

Adm.tto: 13-Sep 4:01. (1) 22:00 SE LE ADMINISTRA AMPOLLA DE 50MG SC 04:00 SE LE ADMINISTRA AMPOLLA DE 50MG SC

Adm.tto: 13-Sep 9:57. (1) 10AM NO SE LE ADMINISTRA TRAMADOL POR 50MG VIA SC EL CUAL NO RECIBE POR QUE REFIERE NO TENER DOLOR AUX DE ENFERMERIA IDALY GIL

16PM SE LE ADMINISTRA TRAMADOL POR 50MG VIA SC EL CUAL AUX DE ENFERMERIA IDALY GIL

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0326] ESP. MOORE LUIS EDUARDO (CIRUJANO GENERAL) -

NIT: 10521924 - Registro: 11744 - Especialidad: CIRUGIA GENERAL

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 12-Sep-2021 02:47 pm: 48 Años**

Id: 2730603

Fecha de grabación: 12-Sep-2021 02:47 pm

EVOLUCIÓN

7+00 RECIBO PACIENTE EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION TERCER PISO, CONCIENTE, ORIENTADO, TRANQUILO, EN CAMA , SIN ACOMPAÑANTE, SE OBSERVAN LAS BARANDAS DE LA CAMA ARRIBA, VENAS CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO ADAPTADO A TAPON HEPARINIZADO SE OBSERVA CON CATETER SUPRAPUBICO.

10:00

13+00 PACIENTE QUE DURANTE EL DIA PERMANECE ESTABLE,

TRANQUILO, EN CAMA, SIN ACOMPAÑANTE, RECIBE Y TOLERA

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y VIA ORAL, NO DE AMBULA,

16:00 SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE TRAMDOL X 50 MG VIA SC

EVOLUCIÓN

SE TOMAN SIGNOS VITALES QUEDAN REGISTRADOS EN FORMATO MANUAL 19+00 QUEDA PACIENTE EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION TERCER PISO, CONCIENTE, TRANQUILO, EN CAMA, SIN ACOMPAÑANTE, SE OBSERVAN LAS BARANDAS DE LA CAMA ARRIBA, VENA CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO ADAPTADO A TAPON HEPARINIZADO CON CATETER SUPRAPUBICO.

PENDIENTE NUEVA VALORACION PARA DEFINIR CONDUCTA.

Orden médica: 765200302901-OMED-1228616, 12-Sep-2021

- JERINGA 10ML, #4, ,

- JERINGA 1ML, #3, ,

- CATETER INTRAVENOSO #18, #1, ,

- MCL (3.000) CATETER INTRAVENOSO #20, #1, ,

- MCL(8.000) TAPON HEPARINIZADO, #1, ,

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1295] AE. DIANA FERNANDA ALEGRIA FONTAL - NIT: 29676450 - Registro: 76-3154 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 13-Sep-2021 03:51 am: 48 Años**

Id: 2730929

Fecha de grabación: 13-Sep-2021 03:51 am

EVOLUCIÓN

19:00 RECIBO PACIENTE MASCULINO ADULTO, CONCIENTE Y ORIENTADO EN TLP, ACOSTADO EN CAMA 11 DE 3ER PISO, CON ACCESO VENOSO Y TAPON HEPARINIZADO EN DORSO DE MANO DERECHA, CON CATETER VENOSO CENTRAL CONECTADO A VEJIGA Y CISTOFLO, CON POCA MOVILIDAD, CON ACOMPAÑANTE, A INSPECCION FISICA EN BUEN ESTADO GERENAL

DURANTE EL TURNO SE LE DAMINISTRA MEDICACION ORDENADA, LA CUAL RECIBE Y TOLERA , SE LE TOMAN SIGNOS VITALES, SE LE IRRIGA ACCESO A VEJIGA, SE LE ORIENTA A PACIENTE Y ACOMPAÑANTE EL USO DEL TAPABOCAS QUIRURGICO EN EL HOSPITAL Y SU CORRECTO Y PERMANENTE USO, DUERME INTERVALOS LARGOS

QUEDA PACIENTE ALERTA A LA ESPERA DE NUEVA EVOLUCION MEDICA

AUXILIAR YOHANA GIRALDO

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 83 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

Yohana Fernanda Giraldo V.

PROFESIONAL: [1396] YOHANA FERNANDA GIRALDO VALENCIA - NIT: 66772501 - Registro: 66772501 - Especialidad: ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 13-Sep-2021 09:51 am: 48 Años**

Id: 2731249

Fecha de grabación: 13-Sep-2021 09:51 am

EVOLUCIÓN

7+00 RECIBO PACIENTE EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION TERCER PISO, CONCIENTE, ORIENTADO, TRANQUILO, EN CAMA, CON ACOMPAÑANTE, SE OBSERVAN LAS BARANDAS DE LA CAMA ARRIBA, VENAS CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO ADAPTADO A TAPON HEPARINIZADO SE OBSERVA CON CATETER SUPRAPUBICO.

10:00 NO SE LE ADMINISTRA TRAMADOL POR 50MG VIA SC ELCUAL REFIERE NO TENER DOLOR

13+00 PACIENTE QUE DURANTE EL DIA PERMANECE ESTABLE, TRANQUILO, EN CAMA, SIN ACOMPAÑANTE, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y VIA ORAL, NO DE AMBULA, DURANTE EL DIA FUE VALORADO POR SU MEDICO DE TURNO QUIEN DEJA ORDENES EN EL SISTEMA

16:00 SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE TRAMADOL X 50 MG VIA SC SE TOMAN SIGNOS VITALES QUEDAN REGISTRADOS EN FORMATO MANUAL, ELIMINA POR Sonda SUPRAPUBICA LA CUAL ESTA CONECTADO A CISTOFLO CON ORINA LEVEMENTE COLURICA

19+00 QUEDA PACIENTE EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION TERCER PISO, CONCIENTE, TRANQUILO, EN CAMA, SIN ACOMPAÑANTE, SE OBSERVAN LAS BARANDAS DE LA CAMA ARRIBA, VENA CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO ADAPTADO A TAPON HEPARINIZADO CON CATETER SUPRAPUBICO.

PENDIENTE NUEVA VALORACION PARA DEFINIR CONDUCTA. TIENE PENDIENTE REMISION A NIVEL TRES PARA VALORACION UROLOGIA

Orden médica: 765200302901-OMED-1229056, 13-Sep-2021

- JERINGA 1ML, #4, ,
- CATETER INTRAVENOSO #18, #1, ,
- MCL(8.000) TAPON HEPARINIZADO, #1, ,

Maria Idaly Gil Yeres

PROFESIONAL: [0864] AE. GIL YEPES MARIA IDALY - NIT: 31169302 - Registro: 9700765 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 13-Sep-2021 11:08 am: 48 Años**

Id: 2731400

Fecha de grabación: 13-Sep-2021 11:08 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE ALERTA ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS

Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 37.0°C, Peso: 78.0 Kgs., Talla: 169 cms., IMC: 27.31 Sobre peso, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO Tensión arterial: Sentado: 118 / 78 (Optima / TA Media: 91), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS Y ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

TORAX SIMETRICO NORMO EXPANSIBLE, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPÓS PULMONARES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS

ABDÓMEN Y LUMBAR

ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA NI SUPERFICIAL, SIN SIGNO DE IRRITACION PERITONEAL, CATETER VESICAL INSERTADO EN REGION SUPRAPUBICA

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 84 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

PIEL

NORMAL

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE MASCULO DE 48 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO EN CONTEXTO DE RETENSION URINARIA POR HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA Y ESTRECHEZ URETRAL, HOY EN SU 4 DIA DE HOSPITALIZACION, AL DIA DE HOY PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIGNOS VITALES EN RANGO DE ANORMALIDAD, ABDOMEN SI SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NI DOLOR A LA PALPACION, POR LO CUAL SE DECIDE DAR SALIDA POR SERVICION DE RIGUGIA GENERAL E INTERCONSULTAR POR EL SERVICIO DE UROLOGIA, SE COMENTO PACIENTE AL SERVICIO DE UROLOGIA (DOCOTR CARDONA)EL CUAL LO VA VALORAR EL DIA 14-09-2021, POR LOS TANTO SE SOLICITA CISTOSCOPIA MAS DILATACION URETRAL, VALORACION POR ANESTESIOLOGIA Y PARACLINICOS POR EXTENSION.

ORDENES MEDICAS POR CIRUGIA GENERAL

- .-DAR SALIDA POR SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
- .-SUSPENDER VIA ORAL A PARTIR DE LAS 8 DE LA NOCHE
- .-SE SOLICITA INTERCONSULTA POR SERVICIO UROLOGIA (DOCTOR CARDONA)
- .-SE SOLICITA INTERCONSULTA POR ANESTESIOLOGIA
- .-SE SOLICITA ECG
- .-SE SOLICITA UROANALISIS CON GRAM, HEMOGRAMA, PSA
- .- SE SOLICITA CISTOSCOPIA MAS DILATACION URETRAL
- .-GRACIAS

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044

Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica

Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****Direccionamiento a programas****

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?: NO

Orden médica: 765200302901-OMED-1229146, 13-Sep-2021

- COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
- HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECU
- ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA [PSA] +
- UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA +

Observaciones: MAS GRAM

Orden médica: 765200302901-OMED-1229147, 13-Sep-2021

- INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA

Orden médica: 765200302901-OMED-1229150, 13-Sep-2021

- INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA

Orden médica: 765200302901-OMED-1229152, 13-Sep-2021

- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD +

Orden médica: 765200302901-OMED-1229158, 13-Sep-2021

- CISTOSCOPIA TRANSURETRAL

Observaciones: MAS DILATACION URETRAL

Orden médica: 765200302901-OMED-1229371, 13-Sep-2021

- INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL

Orden médica: 765200302901-OMED-1229372, 13-Sep-2021

- INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0763] ESP. LINARES JORGE ALEXANDER (CIRUJANO GENERAL) - NIT: 14234280 - Registro: 16468 - Especialidad: CIRUGIA GENERAL

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 13-Sep-2021 07:48 pm: 48 Años**

Id: 2732046

Fecha de grabación: 13-Sep-2021 07:48 pm

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 85 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EVOLUCIÓN

19:00PM RECIBO PACIENTE EN CAMA 11, CONCIENTE Y ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, TOLERANDO OXIGENO A MEDIO AMBIENTE, CON BARANDALES DE PROTECCION EN ALTO, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, CANALIZADO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, CON TAPON HEPARILIZADO, PARA EL PASO DE MEDICAMENTOS, SIN NINGUNA NOVEDAD.

24:00 SE REALIZA CONTROL DE SIGNOS VITALES, LOS CUALES SE ENCUENTRAN DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, QUEDA REGISTRADO EN SU RESPECTIVO FORMATO
T/A112/78 F/C 88 F/R 20 T° 35.7 SAT 95

2:00AM PACIENTE EL CUAL PASA UNA BUENA NOCHE, RECIBE Y TOLERA MEDICAMENTO ORDENADA, DUERME INTERVALOS LARGOS, SIN NINGUNA NOVEDAD

6:00AM SE REALIZA CONTROL DE SIGNOS VITALES, LOS CUALES SE ENCUENTRAN DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, QUEDA REGISTRADO EN SU RESPECTIVO FORMATO

7:00AM QUEDA PACIENTE EN CAMA, CONCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, SIN NINGUNA NOVEDAD ESPERANDO NUEVA EVOLUCION MEDICA

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1323] NATALIA RAMIREZ TRUJILLO - NIT: 1113688993 -
Registro: 1113688993 - Especialidad: ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 14-Sep-2021 08:30 am: 48 Años**

Id: 2732432

Fecha de grabación: 14-Sep-2021 08:30 am

EVOLUCIÓN

8:05 AM RECIBO PACIENTE EN SALA DE RECUPERACION, QUIEN SALE DE QUIROFANO #1 TRAIDO EN CAMILLA POR CIRCULANTE DE TURNO, POST QUIRURGICO DE CITOSCOPIA +DILATACION URETRAL, BAJO ANESTESIA RAQUIDEA, SIN COMPLICACIONES, PACIENTE QUE SE OBSERVA CONSCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, CON ACCESO VENOSO PERMEABLE PASANDO LEV SSN 0,9 % 500 , SE MONITORIZA SIGNOS VITALES T/A: 112/68 FC:69 SPO2:99 T: 36 , CON HERIDA QUIRURGICA, SUTURADA , CUBIERTA CON GASA Y MICROPORE,,ELIMINANDO POR Sonda VESICAL CONECTADO CISTOFLO CON ORINA SE LE CUMPLEN ORDENES MEDICAS SIN COMPLICACIONES, PENDIENTE RECUPERACION Y TRASLADO A AUX STEPHANIA MARTINEZ Y JENNY CALDERON

SE DA ORDEN DE SALIDA POR EL DR CARDONA CON FORMULA MEDICA Y RECOMENDACIONES POS QX

EVOLUCIÓN

PACINTE REFIERE DOLOR INTENSO SE LE INFORMA LA ANESTSEIOLOGO DE TURNO DR MEJIA QUIEN ORDENA MONITORIZAR , Y LLMAAR AL DR CARDONA PARA VALORACION , PACINTE CON SV ESTABLES 131/76 FC : 93 SAT02 98% CON GLUCOMETRIA DE 116 MG/DL
PACINTE QUE ES VALORADO POR EL DR CARDONA QUIEN ORDENA VALORACION POR CX , PACINTE VALORADO POR EL DR GARCIA QUIEN ORDEN PASAR A QUIROFANO PARA REALIZAR LAPARTOMIA EXPLORATORIA CON EL DR CARDONA

PACINTE QUE SE TRASLADA A QUIROFANO

15.00PM RECIBO PACIENTE EN SALA DE RECUPERACION, QUIEN SALE DE QUIROFANO 1 TRAIDO EN CAMILLA POR CIRCULANTE DE TURNO, POST QUIRURGICO DE, BAJO ANESTESIA GENERAL , SIN COMPLICACIONES, PACIENTE QUE SE COLOCA OPXIGENO A MASCVARA SIMPLE A 5 LITOS X MINUTO , CON ACCESO VENOSO PERMEABLE PASANDO LEV SSN 0,9 % 500 , SE MONITORIZA SIGNOS VITALES T/A:138/71 FC:90 SPO2:100% T:36.0 , CON HERIDA QUIRURGICA, SUTURADA , CUBIERTA CON GASA Y MICROPORE, CON Sonda SUPRAPUBICA CONECTADA A IRRIGACION DE GLICINA ,ELIMINANDO POR Sonda VESICAL CONECTADO CISTOFLO CON ORINA HEMATURICA SE LE CUMPLEN ORDENES MEDICAS SIN COMPLICACIONES, PENDIENTE RECUPERACION Y TRASLADO A SALA. AUX ENFERMERIA. STEPHANIA MARTINEZ JENI CALDERON

1730PM SE TRASLATRASLADA PACIENTE EN CAMILLA, CONCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PESRSONA TOLERANDO OXIGENO A MEDIO AMBIENTE PASANDO LEV SSN 0,9% 500, ELIMINANDO POR Sonda VESICAL CONETADO A CISTOFLO CON ORINA HEMATURICA , CON Sonda SUPRAPUBICA CON IRRIGACION DE GLICINA , , ES TRASLADADA POR CAMILLERO DE TURNO, CON ORDENES MEDICAS CUMPLIDAS SIN COMPLICACIONES, CON REGISTRO DE ANESTESIA DILIGENCIADA, HOJA DE SIGNOS VITALES, SIGNOS VITALES ESTABLES AFEBRIL, PENDIENTE NUEVA EVOLUCION. AUX. ENFERMERIA. STEPHANIA MARTINEZ JENI CALDERON

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1392] AE. CALDERON MORALES JENNY CAROLINA - NIT: 29665658 - Registro: 29665658 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura APOYO INTERDISCIPLINARIO del 13-Sep-2021 04:19 pm: 48 Años

Id: 1495873

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 86 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

ENFERMEDAD ACTUAL**ANTECEDENTES FAMILIARES**

NEGATIVO

OTRAS

Dir : cra 33ª# 24-30

B/ barrio nuevo

Tel: 3167319586

****APOYO INTERDISCIPLINARIO / Datos Generales Apoyo****Interdisciplinario:****

1- Personal Profesional que interviene

**** APOYO INTERDISCIPLINARIO ******Datos Generales Apoyo Interdisciplinario:**

Psicología

Evolución: Paciente de 48 años quien se encuentra en el servicio de hospitalización por contexto de hiperplasia de la próstata. En conversación con la paciente refiere esta asustado y nervioso debido a que le han hecho procedimiento sin anestesia y eso le ha generado dolor y temor, comenta que también se encuentra nervios debido a que el día de mañana le realizaran una cirugía para darle solución a lo que le esta sucediendo, menciona que de igual manera está muy positivo ante su diagnóstico, refiere estar emocionalmente estable, agrega que trabaja como independiente, menciona que su familia estado muy pendiente de su evolución. Paciente niega pensamiento e ideas de muerte, niega alucinaciones auditivas y visuales, niega alteraciones en el patrón del sueño y la alimentación, niega consumo de spa, niega antecedentes psicopatológicos. En valoración paciente ubicada en sus tres esferas, discurso coherente y estructurado, responde intervalo pregunta respuesta, buena presentación personal, afecto conservado. Se sensibiliza al paciente acerca del manejo de sus emociones y de la regulación de sus nervios. Paciente refiere entender y aceptar.

Análisis y Plan: Se realiza acompañamiento psicológico

PROFESIONAL: [1317] PS - STEPHANY ALEJANDRA MARULANDA CERQUERA
(PSICOL - NIT: 1113682281 - Registro: 204096 - Especialidad: SALUD MENTAL
Y FARMACODEPENDENCIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 13-Sep-2021 04:19 pm: 48 Años**

Id: 2731832

Fecha de grabación: 13-Sep-2021 04:19 pm

ESTADO MENTAL

Paciente niega pensamiento e ideas de muerte, niega alucinaciones auditivas y visuales, niega alteraciones en el patrón del sueño y la alimentación, niega consumo de spa, niega antecedentes psicopatológicos. En valoración paciente ubicada en sus tres esferas, discurso coherente y estructurado, responde intervalo pregunta respuesta, buena presentación personal, afecto conservado

EVOLUCIÓN**DIAGNÓSTICO**

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044

Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica

Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1317] PS - STEPHANY ALEJANDRA MARULANDA CERQUERA
(PSICOL - NIT: 1113682281 - Registro: 204096 - Especialidad: SALUD MENTAL
Y FARMACODEPENDENCIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 14-Sep-2021 05:00 am: 48 Años**

Id: 2732318

Fecha de grabación: 14-Sep-2021 05:00 am

EVOLUCIÓN

06:40. INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE CIRUGIA, SE OBSERVA CONCIENTE ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, TRAI DO PARA CISTOSCOPIA + DILATACION DE URETRA, EN SILLA DE RUEDAS, POR EL CAMILLERO DE TURNO DEL SERVICIO DE QUIRURGICAS, CON ACCESO VENOSO PERMEABLE PASANDO LEV SSN 0,9% 500CC, CON KIT PARA CIRUGIA, SIN OBJETOS METALICOS, CON ZONA OPERATORIA RASURADA, SE LE TOMAN SIGNOS VITALES T/A:128/78 FC:80 SOP2:99 T:36 AUX ENFERMERIA. LILIANA PINZON



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 87 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

Tipo de Anestesia:: REGIONAL

****NOTA OPERATORIA - CIRUGIA PROGRAMADA / Datos de Cirugía****

1- Clasificación de Cirugía:

Datos de Cirugía

Unilateral

Clase de Cirugía:: Limpia Contaminada

Códigos CUPS que intervienen dentro del procedimiento

Registro de CUPS:: CISTOSCOPIA 573201

MEATOPLASTIA 584700

DILATACION DE URETRA 586300

****NOTA OPERATORIA - CIRUGIA PROGRAMADA / Datos Generales****

1- Detalle el servicio:

Datos Generales

Urologia

PROFESIONAL: [0194] AE.PALACIO BALLESTEROS ANA LUCIA - NIT: 66771209 - Registro: 760526 - Especialidad: ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura NOTA OPERATORIA - CIRUGIA PROGRAMADA del 14-Sep-2021 08:53 am: 48 Años

Id: 1496144

**** NOTA OPERATORIA - CIRUGIA PROGRAMADA ****

Datos Generales

Sala ó Cuarto:: QUIRURGICA

No. Cama:: QUIRURGICAS

Detalles de la Cirugía

Operación practicada / procedimientos realizados:: MEATOPALSTIA

DILATACION DE URETRA

CISTOSCOPIA

Describa la operación en el mismo orden en que se realizo:: ASEPSIA

ANTISEPSIA ESTRECHEZ SEVERA DE MEATO SE REALIZA MEATOPLASTIA ,

DILATACION DE URETRA CISTOSCOPIA NO SE EVALUA VEJIGA X SANGRADO

SE PASA Sonda FOLI 20 FR CON CONDUCTOE DRENAJE DE ORINA CLARA

, SE RETIRA PUNCION SUPRAPUBICA

ANESTESIOLOGO DR MEJIA

INSTRUMENTADORA CARMEN

Hallazgos importantes:: LO DESCRITO

Tejidos enviados a Patología:: NO

****NOTA OPERATORIA - CIRUGIA PROGRAMADA / Detalles de la Cirugía****

1- Personal de Apoyo:

Detalles de la Cirugía

Médico Ayudante Quirúrgico

Instrumentador (a)

Médico Especialista Anestesiólogo

Recuperador (a)

Circulante

PROFESIONAL: [0357] ESP. CARDONA GERMAN(UROLOGO) - NIT: 6288274 - Registro: 9082 - Especialidad: UROLOGIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 14-Sep-2021 08:53 am: 48 Años**

Id: 2732443

Fecha de grabación: 14-Sep-2021 08:53 am

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044

Principal de ingreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica

Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 88 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 37.0°C, Peso: --,

Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%,

Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la

consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 120 / 80 (Optima / TA Media: 93), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

ANÁLISIS Y PLANPOST CISTOSCOPIA DIALTACION DE URETRA MEATOPLASTIA SE SEJA
CON SONDA ACISTOFLO

PLAN: 1 SALIA X UROLOGIA

2. CIPROFLOXACINA X 500 MG CDA 12 HRAS X 7 DIAS

3. ACETAMINOFEN X 500 MG CDA 6 HRA S/ DOLOR

4. SE INCAPACITA X 10 DIAS

5 RETIRO DE SONDA EN 10 DIAS

6. CONSULTA CON UROLOGIA EN 15 DIAS

Orden médica: 765200302901-OMED-1229911, 14-Sep-2021- CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO) 500 MG TABLETA, TABLETA CON O SIN
RE, #14, VIA ORAL, 1 Cada 12 horas

- ACETAMINOFEN 500 MG TABLETAS, TABLETA, #15, ORAL, 1 Cada 6 horas

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0357] ESP. CARDONA GERMAN(UROLOGO) - NIT: 6288274 -

Registro: 9082 - Especialidad: UROLOGIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

**Apertura HC. ESPECIALISTA (URGENCIAS - HOSPITALIZACION) del
14-Sep-2021 01:01 pm: 48 Años**

Id: 1496387

MOTIVO DE CONSULTA

control

ENFERMEDAD ACTUALPOST MEATOMIA Y COLOCACION SONDA VESICAL, PRESENTA DOLOR
ABDOMINAL SEVERO DRENAGE DE ORINA CALRA 400 CC SE VALORA
CON QX. DR GARCIA PRESENTA DOLOR ABDOMINAL SEVERO DIFUSO
AL EXAM FISICO DOLOR A LA PALPACION SUPRFICIAL Y PROFUNDA CON
SOPECHE DE IRRITACION PERITONELA CON INDICACION DE LAPAROTOMIA**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM

RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM

VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE
TAMAÑO

ESTRECHEZ URETRAL.

ESTRECHEZ DE MEATO URETRAL

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extraccion de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICOS

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

OTRAS

NINGUNA

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

PROFESIONAL: [0357] ESP. CARDONA GERMAN(UROLOGO) - NIT: 6288274 -

Registro: 9082 - Especialidad: UROLOGIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 89 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

**Evolución del 14-Sep-2021 01:01 pm: 48 Años

Id: 2732833

Fecha de grabación: 14-Sep-2021 01:01 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL
Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 37.0°C, Peso: 68.0 Kgs., Talla: 168 cms., IMC: 24.09 Peso normal, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 80 (Optima / TA Media: 93), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS Y ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

DOLOR ABDOMINAL A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA CON SOPECHA DE IRRITACION PERITONAEAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

SONDA VESICAL A CISTOFLO CON DRENAGE DE ORINA CLARA 400 CCC

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

PIEL

NORMAL

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

ANÁLISIS Y PLAN

DOLOR ABDOMINAL SEVERO CON SOPECHA DE IRRITACION PERITONEAL VALORADO CON CIRIJAN DE TURNO QUIE INDICA LAPAROTOMIA

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044
Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -
Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -
Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica
Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

DIAGNÓSTICO

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA
Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am
Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA
Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am
Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE
****Direccionamiento a programas****
Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?: NO
Documento de venta asociado
FVE-146044
Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0357] ESP. CARDONA GERMAN(UROLOGO) - NIT: 6288274 - Registro: 9082 - Especialidad: UROLOGIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

**NOTA OPERATORIA - URGENCIA Y HOSPITALIZACION del 14-Sep-2021 02:10 pm: 48 Años

Id: 2732942

Fecha de grabación: 14-Sep-2021 02:10 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: ALERTA CONCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA REINTERVENCION QUIRURGICA PACIENTE CON SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SE INGresa CON CIRUGIA GENERAL DR GARCIA
Frec. cardiaca: 98, Frec. respiratoria: 22, Temperatura: 37.0°C, Peso: 68.0 Kgs., Talla: 168 cms., IMC: 24.09 Peso normal, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 120 / 70 (Optima / TA Media: 86), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044
Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -
Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -
Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica
Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 90 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****NOTA OPERATORIA - HOSPITALIZACION****

DATOS GENERALES

Servicio:: CIRUGIA REALIZADA EN QUIROFANO

Sala ó Cuarto:: CIRUGIA REALIZADA EN QUIROFANO

No. Cama:: CIRUGIA REALIZADA EN QUIROFANO

DETALLES DE CIRUGIA

Operación practicada / Procedimientos realizados:: 541200 LAPAROTOMIA EXPLORATORIA

541401 LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO SOD +

578100 SUTURA DE LACERACION O DESGARRO VESICAL (CISTORRAFIA) SOD

Describa la operación en el mismo orden en que se realizó:: ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS

CAMPOS ESTERILES

INSICION INFRAUMBILICAL

DISECCION POR PLANOS HASTA LA FASCIA

LLEGANDO A CAVIDAD ABDOMINAL, EVIDENCIANDOSE 10 CC DE ORINA EN CAVIDAD, LACERACION DE VEJIGA POR DONDE SE EXTRABASA ORINA SE REALIZA ASPIRACION DE ORINA, SE REALIZA RRAFIA DE VEJIGA CON CROMICO 2 0, CON COLOCACION DE SONDA VESICAL PARA CISTOSTOMIA ABDOMINAL

SE VERIFICA IMPERMEABILIDAD DE CONTENIDO VESICAL, VERIFICACION DE HEMOSTASIA

LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO CON 1000 CC SOLUCION SALINA

REVISION POR CIRUGIA GENERAL DE RESTO DE ORGANOS

CONTEO DE COMPRESAS ESTERILES COMPLETO

RRAFIA DE PERITONEO CON CROMICO

RRAFIA DE APONEUROSIS CON VICRYL 1

LAVADO DE HERIDA CON SOLUCION SALINA

CIERRA DE HERIDA QUIRURGICA CON PROLENE 3-0

UROLOGO DR CARDONA

CIRUJANO DR ARMANDO GARCIA T

ANESTESIOLOGO DR LOPEZ

AYUDANTE DR TAFUR

INSTRUMENTADORA CARMEN

Hallazgos importantes:: 10 CC DE ORINA

LACERACION DE VEJIGA

Tejidos enviados a Patología:: NINGUNO

****NOTA OPERATORIA - HOSPITALIZACION / DETALLES DE CIRUGIA****

5- Personal de apoyo:

DETALLES DE CIRUGIA

Médico Ayudante Quirúrgico

****NOTA OPERATORIA - HOSPITALIZACION / DETALLES DE CIRUGIA****

5- Personal de apoyo:

DETALLES DE CIRUGIA

Instrumentador (a)

****NOTA OPERATORIA - HOSPITALIZACION / DETALLES DE CIRUGIA****

5- Personal de apoyo:

DETALLES DE CIRUGIA

Médico Especialista Anestesiólogo

****NOTA OPERATORIA - HOSPITALIZACION / DETALLES DE CIRUGIA****

5- Personal de apoyo:

DETALLES DE CIRUGIA

Recuperador (a)

****NOTA OPERATORIA - HOSPITALIZACION / DETALLES DE CIRUGIA****

5- Personal de apoyo:

DETALLES DE CIRUGIA

Circulante

Tipo de Anestesia:: GENERAL

****NOTA OPERATORIA - HOSPITALIZACION / DATOS DE LA CIRUGÍA****

1- Clasificación de Cirugía:

DATOS DE LA CIRUGÍA

Unilateral

Clase de Cirugía:: Limpia

Orden médica: 765200302901-OMED-1230229, 14-Sep-2021

- OMEPRAZOL AMP. X 40 MG POLVO ESTERIL INYECTABLE, POLVO ESTÉRIL PARA I, #2, EV, 1 Cada 12 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1230229,

Adm.tto: 14-Sep 18:10. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1230229, 14-Sep-2021

- DICLOFENACO SODICO 75 MG AMP, SOLUCIÓN INYECTABLE, #2, EV, 1 Cada 12 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1230229,

Adm.tto: 14-Sep 18:09. (0) Chequeado

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 91 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Orden médica: 765200302901-OMED-1230229, 14-Sep-2021

- DIPIRONA 2.5 X 5 ML GR AMP, AMPOLLA, #3, INYECTABLE, 1 Cada 8 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1230229,

Adm.tto: 14-Sep 18:08. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1230229, 14-Sep-2021

- CEFALOTINA 1 GM AMP, POLVO ESTÉRIL PARA I, #4, EV, 1 Cada 6 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1230229,

Adm.tto: 14-Sep 18:04. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1230229, 14-Sep-2021

- SOLUCION HARTMAN 500 CC, BOLSA, #6, INYECTABLE, 1 Cada 4 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1230229,

Adm.tto: 14-Sep 18:04. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1230229, 14-Sep-2021

- ACIDO TRANEXAMICO (TRANEXAN) AMPOLLA, AMPOLLA, #3, INYECTABLE, 1 Cada 8 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1230229,

Adm.tto: 14-Sep 18:04. (0) Chequeado

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0357] ESP. CARDONA GERMAN(UROLOGO) - NIT: 6288274 -

Registro: 9082 - Especialidad: UROLOGIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTA OPERATORIA - URGENCIA Y HOSPITALIZACION del 14-Sep-2021 10:43 pm: 48 Años**

Id: 2733418

Fecha de grabación: 14-Sep-2021 10:43 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: SE ABRE FOLIO PARA CARGAR INSUMO

Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 37.0°C, Peso: 68.0

Kgs., Talla: 168 cms., IMC: 24.09 Peso normal, Perímetro cintura: --,

Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente

embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 110 / 70 (Optima / TA Media: 83), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044

Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

-

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica

DIAGNÓSTICO

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica

Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

DATOS GENERALES

Servicio::

Sala ó Cuarto::

No. Cama::

DETALLES DE CIRUGIA

Operación practicada / Procedimientos realizados::

Describa la operación en el mismo orden en que se realizó::

Hallazgos importantes::

Tejidos enviados a Patología::

Tipo de Anestesia::

Orden médica: 765200302901-OMED-1230577, 14-Sep-2021

- CYSTOFLO, #1, ,

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0276] MONTEALEGRE LUIS FERNANDO - NIT: 16280496 -

Registro: 768854 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 15-Sep-2021 09:15 am: 48 Años**

Id: 2733709

Fecha de grabación: 15-Sep-2021 09:15 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE MASCULINO DE 48 AÑOS CON ANTECEDENTE QUIRURGICO POR MEATOPLASTIA Y DILATACION DE LA URETRA CISTOSCOPIA, SE ENCUENTRA CON Sonda ACISTOFLO PERMEABLE CON CONTENIDO DE HEMATURIA DE APROX. 100 CC

Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 37.0°C, Peso: 68.0

Kgs., Talla: 168 cms., IMC: 24.09 Peso normal, Perímetro cintura: --,

Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente

embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 120 / 80 (Optima / TA Media: 93), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 92 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS Y ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

ABDOMEN CON PRESENCIA DE HERIDA QUIRURGICA LIMPIA, SIN SIGNOS DE INFECCION NI INFLAMACION; ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, MANIFIESTA DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA Y SUPERFICIAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

PIEL

NORMAL

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE MASCULINO DE 48 AÑOS CON ANTECEDENTE QUIRURGICO POR MEATOPLASTIA Y DILATACION DE LA URETRA CISTOSCOPIA, SE ENCUENTRA CON Sonda ACISTOFLO PERMEABLE CON CONTENIDO DE HEMATURIA DE APROX. 100 CC. PACIENTE AL DIA DE HOY SE ENCUENTRA ALERTA, CONCIENTE Y ORIENTADO EN TODAS SUS ESFERAS, AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA SITIO DE HERIDA QUIRURGICA LIMPIO, SIN SIGNOS DE INFECCION NI INFLAMACION, A LA PALPACION ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, MANIFIESTA DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA Y SUPERFICIAL Y SIGNOS DE IRRITACION PERITONAL. SE DECIDE DEJAR IGUAL MANEJO INSTAURADO POR UROLOGIA Y EVALUAR EVOLUCION CLINICA HASTA EL DIA DE MAÑANA PARA EVALUAR CONDUCTA.

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044

Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica

Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

Direccionamiento a programas

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?: NO

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0762] ESP. ARBELAEZ PEDRO LEON (CIRUJANO GENERAL) -

NIT: 14870588 - Registro: 08366 - Especialidad: CIRUGIA GENERAL

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTA OPERATORIA - URGENCIA Y HOSPITALIZACION del 15-Sep-2021 06:54 pm: 48 Años**

Id: 2734417

Fecha de grabación: 15-Sep-2021 06:54 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: alerta algico con dolor abdominal
Frec. cardiaca: 100, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 37.0°C, Peso: 68.0 Kgs., Talla: 168 cms., IMC: 24.09 Peso normal, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 95.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 100 / 60 (Optima / TA Media: 73), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044

Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica

Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 93 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

DATOS GENERALES

Servicio:: CIRUGIA REALIZADA EN QUIROFANO

Sala ó Cuarto:: CIRUGIA REALIZADA EN QUIROFANO

No. Cama:: CIRUGIA REALIZADA EN QUIROFANO

DETALLES DE CIRUGIA

Operación practicada / Procedimientos realizados:: 541200 LAPAROTOMIA EXPLORATORIA

541401 LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO SOD

541301 DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL (EPIPLOICO OMENTAL PERIESPLENICO PERIGASTRICO SUBHEPATICO SUBFRENICO DE LA FOSA ILIACA O PLASTRON APENDICULAR)

Describe la operación en el mismo orden en que se realizó:: ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS

CAMPOS ESTERILES

INSICION EN LINEA MEDIA SUPRA E INFRA UMBILICAL

EVIDENCIANDOSE , COLECCION PURULENTA INTRAABDOMINAL, SE TOMA MUESTRA PARA CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA

DRENAJE DE COLECCION PURULENTA

LAVADO PERITONEAL CON SOLUCION SALINA 2000 CC , REVISION ORGANOLECTICA GENERALIZADA, NO EVIDENCIO NINGUNA LESION

DESAPERSIVIDA

REVISION FINAL DE HEMOSTASIA SATISFACTORIA

CONTEO DE COMPRESAS COMPLETO

RAFIA DE PLANO MUSCULO-APONEUROTICO MEDIANO CON SUTURA

CONTINUA DE ACIDO POLIGLICOLICO NUMERO

LAVADO DE HERIDA QUIRURGICA CON SUERO FISOLOGICO.

SANGRADO MINIMO O AUSENTE.

NO COMPLICACIONES

RAFIA DE PIEL CON SUTURA SUBCUTICULAR CONTINUA DE POLIPROPILENO 3-0

SE CUBRE LA HERIDA QUIRURGICA CON GASA ESTERIL Y MICROPOR

Hallazgos importantes:: COLECCION PURULENTA INTRAABDOMINAL PERITONITIS

Tejidos enviados a Patología:: NINGUNO

NOTA OPERATORIA - HOSPITALIZACION / DETALLES DE CIRUGIA

5- Personal de apoyo:

DETALLES DE CIRUGIA

Médico Ayudante Quirúrgico

NOTA OPERATORIA - HOSPITALIZACION / DETALLES DE CIRUGIA

5- Personal de apoyo:

DETALLES DE CIRUGIA

Instrumentador (a)

NOTA OPERATORIA - HOSPITALIZACION / DETALLES DE CIRUGIA

5- Personal de apoyo:

DETALLES DE CIRUGIA

Médico Especialista Anestesiólogo

NOTA OPERATORIA - HOSPITALIZACION / DETALLES DE CIRUGIA

5- Personal de apoyo:

DETALLES DE CIRUGIA

Recuperador (a)

NOTA OPERATORIA - HOSPITALIZACION / DETALLES DE CIRUGIA

5- Personal de apoyo:

DETALLES DE CIRUGIA

Circulante

Tipo de Anestesia:: RAQUIDEA mas general

NOTA OPERATORIA - HOSPITALIZACION / DATOS DE LA CIRUGIA

1- Clasificación de Cirugía:

DATOS DE LA CIRUGIA

Unilateral

Clase de Cirugía:: Limpia Contaminada

Orden médica: 765200302901-OMED-1231180, 15-Sep-2021

- CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES BILIS LCR PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORIN

Orden médica: 765200302901-OMED-1231181, 15-Sep-2021

- OMEPRAZOL AMP. X 40 MG POLVO ESTERIL INYECTABLE, POLVO ESTÉRIL PARA I, #2, EV, 1 Cada 12 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1231181,

Adm.tto: 15-Sep 22:30. (0) Chequeado

CIRUJANO DR pedro arbelaez mas DR CARDONA UROLOGO

ANESTESIOLOGO DR E MONTENEGRO

AYUDANTE DR JHONATAN JIMENEZ

INSTRUMENTADORA DANNA

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 94 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Orden médica: 765200302901-OMED-1231181, 15-Sep-2021

- DICLOFENACO SODICO 75 MG AMP, SOLUCIÓN INYECTABLE, #2, EV, 1
Cada 12 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1231181,

Adm.tto: 15-Sep 22:29. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1231181, 15-Sep-2021

- DIPIRONA 2.5 X 5 ML GR AMP, AMPOLLA, #3, INYECTABLE, 1 Cada 8 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1231181,

Adm.tto: 15-Sep 22:29. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1231181, 15-Sep-2021

- CEFALOTINA 1 GM AMP, POLVO ESTÉRIL PARA I, #4, EV, 1 Cada 6 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1231181,

Adm.tto: 15-Sep 22:29. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1231181, 15-Sep-2021

- SOLUCION HARTMAN 500 CC, BOLSA, #6, INYECTABLE, 1 Cada 4 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1231181,

Adm.tto: 15-Sep 22:29. (0) Chequeado

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0762] ESP. ARBELAEZ PEDRO LEON (CIRUJANO GENERAL) -
NIT: 14870588 - Registro: 08366 - Especialidad: CIRUGIA GENERAL
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 16-Sep-2021 00:53 am: 48 Años**

Id: 2734616

Fecha de grabación: 16-Sep-2021 00:53 am

EVOLUCIÓN

19:20PM

RECIBO PACIENTE EN SALA DE RECUPERACION, QUIEN SALE DE QUIROFANO 1 TRAI DO EN CAMILLA POR CIRCULANTE DE TURNO, POST QUIRURGICO DE LAVADO PERITONEAL, BAJO ANESTESIA RAQUIDEA, SIN COMPLICACIONES, PACIENTE QUE SE OBSERVA CONSCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, CON ACCESO VENOSO PERMEABLE PASANDO LEV SSN 0,9 % 500 , SE MONITORIZA SIGNOS VITALES T/A: 126/70mmHg FC: 79LXMINT SPO2: 98% T: , CON HERIDA QUIRURGICA, SUTURADA , CUBIERTA CON GASA Y MICROPORE,,ELIMINANDO POR SONDA VESICAL CONECTADO CISTOFLO CON ORINA HEMATURICA MAS IRRIGACION,SE LE CUMPLEN ORDENES MEDICAS SIN COMPLICACIONES, PENDIENTE RECUPERACION Y TRASLADO A SALA. AUX ENFERMERIA. ANGELICA RODRIGUEZ

22:00PM

SE TRASLATRASLADA PACIENTE EN CAMILLA, CONCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PESRSONA TOLERANDO OXIGENO A MEDIO AMBIENTE PASANDO LEV SSN 0,9% 500, ELIMINANDO POR SONDA VESICAL CONETADO A CISTOFLO CON ORINA CLARA, ES TRASLADADA POR CAMILLERO DE TURNO, CON ORDENES MEDICAS CUMPLIDAS SIN COMPLICACIONES, CON REGISTRO DE ANESTESIA DILIGENCIADA, HOJA DE

EVOLUCIÓN

SIGNOS VITALES, SIGNOS VITALES ESTABLES, AFEBRIL, PENDIENTE NUEVA EVOLUCION. AUX. ENFERMERIA. ANGELICA RODRIGUEZ

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1054] AE. RODRIGUEZ ESCOBAR MARIA ANGELICA - NIT: 1113643991 - Registro: 763373 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 16-Sep-2021 08:47 am: 48 Años**

Id: 2734840

Fecha de grabación: 16-Sep-2021 08:47 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ORIENTADO EN SUS TRES ESTFERAS.

Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 37.0°C, Peso: 68.0

Kgs., Talla: 168 cms., IMC: 24.09 Peso normal, Perímetro cintura: --,

Saturación O2: 96.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente,

Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente

embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 100 / 60 (Optima / TA Media: 73), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS Y ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

ABDOMEN CON DOLOR A LA PALPACION SUEPERFICIAL, HERIDA

QUIRURGICA LIMPICA SIN SIGNOS DE INFLAMACION.

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 95 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

PIEL

NORMAL

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE QUIRURGICO DE HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA, INGRESO EL 9 DE SEPTIEMBRE POR CAUADRO CLINICO CONSISTENTE EN ANURIA SECUNDARIA A ESTRECHEZ URETERAL Y DOLOR EN HIPOGASTRIO DE ALTA INTENSIDAD SIN APARENTE IRRADIACION. EN EL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ABDOMEN DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA, HERIADA QUIRURGICA LIMPIA SIN SIGNOS DE INFECCION NI INFLAMACION, Sonda a CISTOFLO PERMEABLE CON CONTENIDO DE HEAMATURIA DE APROXIMADAMENTE 400 CC. EL DIA DE AYER FUE INTERVENIDO POR EL CIRUJANO DE TURNO PARA LAPAROTOMIA EXPLORATORIA DONDE NO SE EVIDENCIO NINGUNA LESION, REALIZARON LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO. TIENE REPORTE DE PARACLINICOS: 15-09-21 HEMOGRAMA: LEUCOS DE 21.1, NEUTROS 86.1, HB 12.4, HTC 36.2, PLAQUETAS 269. EL DIA DE HOY FUE VALORADO POR CIRUJANO DE TURNO QUIEN DECIDE CONTINUAR CON IGUAL MANEJO INSTAURADO.

*****ORDENES POR CIRUGIA GENERAL*****

1. CONTINUA HOSPITALIZADO
 2. SOLUCION HARTMAN 500CC CADA 4 HORAS
 3. CEFALOTAIINA 1 GR AMP UNA CADA 6 HORAS
 4. DIPIRONA 2.5 GR UNA CADA 8 HORAS
 5. DICLOFENACO 75 MG AMP UNA CADA 12 HORAS
 6. OMEPRAZOL AMP 40 MG UNA CADA 12 HORAS
 7. TOMA DE SIGNOS VITALES
- AVISAR CAMBIOS GRACIAS.

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044
Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -
Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -
Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica
Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am
Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA
Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am
Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE
****Direccionamiento a programas****
Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?: NO
Orden médica: 765200302901-OMED-1231466, 16-Sep-2021
- OMEPRAZOL AMP. X 40 MG POLVO ESTERIL INYECTABLE, POLVO ESTÉRIL PARA I, #2, EV, 1 Cada 12 horas
Orden médica: 765200302901-OMED-1231466,
Adm.tto: 16-Sep 11:58. (0) Chequeado
Adm.tto: 16-Sep 22:46. (1) 06:00 OMEPRAZOL X 40 MG 1 AMPOLLA VIA EV, NO SE ADMINISTRA PORQUE NO HAY EN EL SERVICIO.

NOTA: SE ADMINISTRA OMEPRAZOL CAPSULA X 20 MG VIA ORAL, PACIENTE NO PRESENTA NINGUNA COMPLICACION CON EL MEDICAMENTO ADMINISTRADO. AUX LUCY CANO.

Orden médica: 765200302901-OMED-1231466, 16-Sep-2021
- DICLOFENACO SODICO 75 MG AMP, SOLUCIÓN INYECTABLE, #2, EV, 1 Cada 12 horas
Orden médica: 765200302901-OMED-1231466,
Adm.tto: 16-Sep 11:58. (0) Chequeado
Adm.tto: 16-Sep 22:45. (1) 20:00 DICLOFENACO X 75 MG 1 AMPOLLA VIA IM, PACIENTE NO PRESENTA NINGUNA COMPLICACION CON EL MEDICAMENTO ADMINISTRADO. AUX LUCY CANO.
Orden médica: 765200302901-OMED-1231466, 16-Sep-2021
- DIPIRONA 2.5 X 5 ML GR AMP, AMPOLLA, #3, INYECTABLE, 1 Cada 8 horas
Orden médica: 765200302901-OMED-1231466,
Adm.tto: 16-Sep 11:58. (0) Chequeado
Adm.tto: 16-Sep 22:44. (1) 24:00 DIPIRONA 2.5 X 5 ML 1 AMPOLLA VIA EV, PACIENTE NO PRESENTA NINGUNA COMPLICACION CON EL MEDICAMENTO ADMINISTRADO. AUX LUCY CANO.
Orden médica: 765200302901-OMED-1231466, 16-Sep-2021
- CEFALOTINA 1 GM AMP, POLVO ESTÉRIL PARA I, #4, EV, 1 Cada 6 horas
Orden médica: 765200302901-OMED-1231466,
Adm.tto: 16-Sep 11:58. (0) Chequeado
Adm.tto: 16-Sep 22:43. (1) 24:00 CEFALOTINA X 1 GR 1 AMPOLLA VIA EV, PACIENTE NO PRESENTA NINGUNA COMPLICACION CON EL MEDICAMENTO ADMINISTRADO. AUX LUCY CANO.
Orden médica: 765200302901-OMED-1231466, 16-Sep-2021
- SOLUCION HARTMAN 500 CC, BOLSA, #6, INYECTABLE, 1 Cada 4 horas
Orden médica: 765200302901-OMED-1231466,
Adm.tto: 16-Sep 11:58. (0) Chequeado

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 96 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Adm.tto: 16-Sep 22:41. (1) 23:00 SOLUCION HARTMAN X 500 CC, PASAR 125 CC/H, VIA EV POR BOMBA DE INFUSION, PACIENTE NO PRESENTA NINGUNAS COMPLICACION CON LEV ADMINISTRADOS. AUX LUCY CANO.

- EQUIPO DIAL FLOW REGULAR, #1, ,

- SOLUCION HARTMAN 500 CC, BOLSA, #4, INYECTABLE, 1 Cada 6 horas

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0326] ESP. MOORE LUIS EDUARDO (CIRUJANO GENERAL) - NIT: 10521924 - Registro: 11744 - Especialidad: CIRUGIA GENERAL [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

PROFESIONAL: [1295] AE. DIANA FERNANDA ALEGRIA FONTAL - NIT: 29676450 - Registro: 76-3154 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 16-Sep-2021 10:35 am: 48 Años**

Id: 2734962

Fecha de grabación: 16-Sep-2021 10:35 am

****Evolución del 17-Sep-2021 12:17 pm: 48 Años**

Id: 2736295

Fecha de grabación: 17-Sep-2021 12:17 pm

EVOLUCIÓN

7+00 RECIBO PACIENTE EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION TERCER PISO, CONCIENTE, ORIENTADO, TRANQUILO, EN CAMA , CON ACOMPAÑANTE, SE OBSERVAN LAS BARANDAS DE LA CAMA ARRIBA, VENAS CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO ADAPTADO A LEV PASANDO HARTMAN A 125 CC /HC POR BOMBA DE INFUSION ELIMINANDO POR Sonda VESICAL CON IRRIGACION DE GLICINA.

8:00 SE ADMINISTRA 2 AMPOLLA DE DIPIRONA X 1 GR VIA EV
8:00 SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE DICLOFENACO X 75 MG VIA IM
12:00 SE ADMINISTRA 1 FRASCO DE CEFALOTINA VIA EV
SE CANALIZA NUEVAMENTE POR PROTOCOLO DE INSTITUCION CON CATETER NUMERO 20 ADAPATADO A MACROGOTERO.

.13+00 PACIENTE QUE DURANTE EL DIA PERMANECE ESTABLE, TRANQUILO, EN CAMA, CON ACOMPAÑANTE, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y VIA ORAL, ELIMINA POR Sonda VESICAL , NO DEAMBULA, DUERME INTERVALOS CORTOS.

16:00 SE ADMINISTRA 2 AMPOLLA DE DIPIRONA X 1 GR VIA EV
18:00 SE ADMINISTRA 1 FRASCO DE CEFALOTINA VIA EV
19+00 QUEDA PACIENTE EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION TERCER PISO, CONCIENTE, TRANQUILO, EN CAMA, CON ACOMPAÑANTE, SE OBSERVAN LAS BARANDAS DE LA CAMA ARRIBA, VENA CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO ADAPTADO A MACROGOTERO. PENDIENTE NUEVA VALORACION Y DEFINIR CONDUCTA.

Orden médica: 765200302901-OMED-1231527, 16-Sep-2021

- JERINGA 10ML, #6, ,
- JERINGA 20ML, #6, ,

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE MASCULINO DE 48 AÑOS DE EDAD, SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE SIRS

Frec. cardiaca: 70, Frec. respiratoria: 16, Temperatura: 37.0°C, Peso: 68.0 Kgs., Talla: 168 cms., IMC: 24.09 Peso normal, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 118 / 70 (Optima / TA Media: 86), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMOCEFALICO, CON BUENA IMPLANTACION DE CABELLO, SIN LACERACIONES, CUELLO SIN MASAS NI ADENOPATIAS PALPABLES, NO SE OBSERVAN PULSACIONES CAROTIDEAS NI INJURGITACION YUGULAR NI LIMITACIONES AL MOVIMIENTO, TRAQUEA CENTRADA Y MOVIL

CARA, OJOS Y ORL

CONJUNTIVA ROSADA, LENGUA ROSADA Y HUMEDA, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, CON MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN PRESENCIA DE SOBREGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, REGULARES DE BUEN TONO E INTENSIDAD

ABDÓMEN Y LUMBAR

ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN EVIDENCIA DE INFECCION LOCAL, PRESENTA DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA ALREDEDOR DE LA HERIDA QUIRURGICA, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 97 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

SISTEMA GENITO-URINARIO

PRESENCIA DE Sonda VESICAL.

EXTREMIDADES Y PELVIS

SIMÉTRICAS, SIN PRESENCIA DE EDEMA, SIN DIFICULTAD A LA MOVILIZACIÓN, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES Y LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS

SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

PIEL

NORMAL

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE MASCULINO DE 48 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA AL SERVICIO EL DÍA NUEVE DE SEPTIEMBRE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO CONSISTENTE EN ANURIA, RETENCIÓN AGUDA DE ORINA SECUNDARIA A ESTRECHEZ URETRAL Y DOLOR RN HIPOGASTRIO DE ALTA INTENSIDAD SIN APARENTE IRRADIACIÓN.

SE ENCUENTRA EN SU SEGUNDO DÍA DE POSTOPERATORIO DE UNA LAPAROTOMIA EXPLORATORIA, SE REALIZÓ LAVADO PERITONEAL TERAPEÚTICO EVIDENCIANDO SEGUN NOTA OPERATORIA UNA LACERACIÓN DE LA VEJIGA POR DONDE SE EXTRABASA ORINA, SE REALIZÓ ASPIRACIÓN DE ORINA, RAFIA DE VEJIGA CON COLOCACIÓN DE Sonda VESICAL PARA CISTOSTOMIA ABDOMINAL.

REFIERE QUE PERSISTE CON DOLOR ABDOMINAL APROXIMADAMENTE 7/10, AL EXAMEN FÍSICO SE ENCONTRO AL PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AL EXPLORAR ABDOMEN SE ENCUENTRA DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA ALREDEDOR DE LA HERIDA QUIRÚRGICA. TIENE REPORTE DE PARACLÍNICOS DEL DÍA 15 DE SEPTIEMBRE, HEMOGRAMA: LEUCOS DE 21.1, NEUTROS 86.1, HB 12.4, HTC 36.2, PLAQUETAS 269. EL DÍA DE HOY FUE VALORADO POR CIRUJANO DE TURNO QUIEN DECIDE CONTINUAR CON IGUAL MANEJO INSTAURADO MULTIDISCIPLINARIO.

ORDENES MÉDICAS POR CIRUGÍA GENERAL

- CONTINUA HOSPITALIZADO

- DIETA BLANDA A TOLERANCIA

- SOLUCIÓN HARTMAN 100CC POR HORA

- CEFALOTINA AMPOLLA DE 1 GRAMOS APLICAR 1 AMPOLLA CADA 6 HORAS

- DIPIRONA 2.5 GRAMOS 1 AMPOLLA ENDOVENOSO CADA 8 HORAS

- DICLOFENACO 75 MILIGRAMOS INTRAMUSCULAR 1 AMPOLLA CADA 12 HORAS

- OMEPRAZOL AMPOLLA 40 MILIGRAMOS 1 AMPOLLA CADA 24 HORAS

- CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS PATOLÓGICOS

GRACIAS

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044

Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMÁTICA - Impresión diagnóstica

Principal de consulta: [N390] INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnóstica

Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnóstica

Principal de consulta: [R33X] RETENCIÓN DE ORINA - Impresión diagnóstica

Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnóstica

Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACIÓN MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****Direccionamiento a programas****

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promoción y prevención?: NO

Orden médica: 765200302901-OMED-1232441, 17-Sep-2021

- OMEPRAZOL AMP. X 40 MG POLVO ESTÉRIL INYECTABLE, POLVO ESTÉRIL PARA I, #1, INYECTABLE, 1 Cada 24 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1232441,

Adm.tto: 17-Sep 17:03. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1232441, 17-Sep-2021

- DICLOFENACO SODICO 75 MG AMP, SOLUCIÓN INYECTABLE, #2, INTRAMUSCULAR, 1 Cada 12 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1232441,

Adm.tto: 17-Sep 17:03. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1232441, 17-Sep-2021

- DIPIRONA 2.5 X 5 ML GR AMP, AMPOLLA, #3, INYECTABLE, 1 Cada 8 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1232441,

Adm.tto: 17-Sep 17:03. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1232441, 17-Sep-2021

- CEFALOTINA 1 GM AMP, POLVO ESTÉRIL PARA I, #4, INYECTABLE, 1 Cada 6 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1232441,

Adm.tto: 17-Sep 17:03. (0) Chequeado

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 98 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Orden médica: 765200302901-OMED-1232441, 17-Sep-2021

- SOLUCION HARTMAN 500 CC, BOLSA, #5, INYECTABLE, 1 Cada 24 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1232441,

Adm.tto: 17-Sep 17:03. (0) Chequeado

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0322] ESP. ROMERO ORTIZ JUSTY (CIRUJANO GENERAL) -

NIT: 8633520 - Registro: 18530 - Especialidad: CIRUGIA GENERAL

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 18-Sep-2021 10:20 am: 48 Años**

Id: 2737111

Fecha de grabación: 18-Sep-2021 10:20 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SRIS, CON Sonda Vesical, Afebril, y deposiciones presente. Alerta y orientado en tiempo, lugar y persona

Frec. cardiaca: 76, Frec. respiratoria: 19, Temperatura: 36.6°C, Peso: 68.0

Kgs., Talla: 168 cms., IMC: 24.09 Peso normal, Perímetro cintura: --,

Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 130 / 80 (Normal alta / TA Media: 96), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS Y ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

TORAX NORMOEXPANSIBLE, CON MURMULO VESICULAR SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS DE BUENA TONALIDAD, SIN EVIDENCIA DE SOPLOS.

ABDÓMEN Y LUMBAR

ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, EVIDENCIA DE HERIDA QUIRURGICA NO SUPURATIVA, LIMPIA, A NIVEL DE LA LINEA MEDIA SUPRA E INFRA UMBILICAL. NO SE PALPAN MASAS Y LEVE DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA.

SISTEMA GENITO-URINARIO

SONDA VESICAL, DRENANDO DURANTE LA MAÑANA 900CC CON HEMATURIA

EXTREMIDADES Y PELVIS

PARESTESIAS EN MIEMBROS INFERIORES. CON PRESENCIA DE PULSOS PEDIAL, TIBIAL Y POPLITEO.

CON LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS

SISTEMA NEUROLÓGICO

ALERTA, SIN SIGNOS DE FOCALIZACION MENINGEA

PIEL

NORMAL

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE MASCULINO DE 48 AÑOS QUIEN INGRESO EL 9 DE SEPTIEMBRE 2021 POR UN CUADRO CLINICO DE UNA SEMANA DE EVOLUCION CON ANURIA, RETENSION URINARIA POR DIAGNOSTICO CONOCIDO DE ESTRECHES DEL MEATO URINARIO (DESDE HACE 4 AÑOS APROXIMADAMENTE), PRESENTADO DOLOR EN HIPOGASTRIO, SIN NINGUN OTRO SINTOMA ASOCIADO. FUE INTERVENIDO EN VARIAS OCASIONES POR DIFICULTAD PARA LA COLOCACION DE LA Sonda. HOY CUMPLE SU TERCER DIA DEL POSOPERATORIO DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA, DONDE LE REALIZARON UN LAVADO PERITONEAL POR LACERACION DE LA VEJIGA CON EXTRAVAZACION DE ORINA. LE REALIZARON ASPIRACION, RRAFA DE VEJIGA Y COLOCACION DE Sonda Vesical para CISTITOMIA. DENTRO DEL HALLAZGO OPERATORIO SE ENCONTRO COLECCION PURULENTA INTRABDOMINAL. PACIENTE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SIN SRIS, AFEBRIL, DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS. Y CON Sonda Vesical que HA DRENADO APROXIMANAMENTE 900CC (EN LA MAÑANA) PERSISTIENDO CON HEMATURIA. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DE HERIDA QUIRURGICA NO SUPURATIVA, LIMPIA, A NIVEL DE LA LINEA MEDIA SUPRA E INFRA UMBILICAL. NO SE PALPAN MASAS Y LEVE DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA. SE DECIDE CONTINUAR CON IGUAL MANEJO INSTAURADO, SUSPENDER DICLOFENACO Y ADMINISTRAR ONDASETRON 8MG Y TOMA DE PARACLINICOS.

ORDENES MEDICAS POR CIRUGIA GENERAL:

- CONTINUA HOSPIATALIZADO
 - DIETA BLANDA A TOLERANCIA
 - SUSPENDER SOLUCION HARTMAN 100CC POR HORA
 - ONDASETRON 8MG, PASAR 100CC DILUIDOS EN SSN AL 09%, CADA 12 HORAS
 - CEFALOTINA AMPOLLA DE 1 GRAMO, APLICAR 1 AMPOLLA CADA 6 HORAS
 - DIPIRONA 2.5 GRAMOS 1 AMPOLLA ENDOVENOSO CADA 8 HAORAS
 - SUSPENDER EL DICLOFENACO
 - OMEPRAZOL AMPOLLA 40 MILIGRAMOS 1 AMPOLLA CADA 24 HORAS
 - SE SOLICITA TOMA DE HEMOGRAMA, BUN, CREATININA.
 - SE SOLICITA TOMA DE GLUCOMETRIA
 - CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS PATOLOGICOS
- GRACIAS

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 99 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044
Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -
Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -
Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica
Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA
Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am
Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA
Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am
Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****Direccionamiento a programas****

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?: NO

Orden médica: 765200302901-OMED-1233063, 18-Sep-2021

- HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECU -
- NITROGENO UREICO [BUN] *+
- CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

Orden médica: 765200302901-OMED-1233064, 18-Sep-2021

- GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]

Orden médica: 765200302901-OMED-1233067, 18-Sep-2021

- OMEPRAZOL AMP. X 40 MG POLVO ESTERIL INYECTABLE, POLVO ESTÉRIL PARA I, #1, INYECTABLE, 1 Cada 24 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1233067,

Adm.tto: 18-Sep 16:10. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1233067, 18-Sep-2021

- DICLOFENACO SODICO 75 MG AMP, SOLUCIÓN INYECTABLE, #2, INTRAMUSCULAR, 1 Cada 12 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1233067,

Adm.tto: 18-Sep 16:10. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1233067, 18-Sep-2021

- DIPIRONA 2.5 X 5 ML GR AMP, AMPOLLA, #3, INYECTABLE, 1 Cada 8 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1233067,

Adm.tto: 18-Sep 16:10. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1233067, 18-Sep-2021

- CEFALOTINA 1 GM AMP, POLVO ESTÉRIL PARA I, #4, INYECTABLE, 1 Cada 6 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1233067,

Adm.tto: 18-Sep 16:10. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1233067, 18-Sep-2021

- BRITERON ONDASETRON 8 MG AMPOLLA, AMPOLLA, #2, INYECTABLE, 1 Cada 12 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1233067,

Adm.tto: 18-Sep 16:10. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1233068, 18-Sep-2021

- OMEPRAZOL AMP. X 40 MG POLVO ESTERIL INYECTABLE, POLVO ESTÉRIL PARA I, #1, INYECTABLE, 1 Cada 24 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1233068,

Adm.tto: 18-Sep 16:09. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1233068, 18-Sep-2021

- DIPIRONA 2.5 X 5 ML GR AMP, AMPOLLA, #3, INYECTABLE, 1 Cada 8 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1233068,

Adm.tto: 18-Sep 16:09. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1233068, 18-Sep-2021

- CEFALOTINA 1 GM AMP, POLVO ESTÉRIL PARA I, #4, INYECTABLE, 1 Cada 6 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1233068,

Adm.tto: 18-Sep 16:09. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1233068, 18-Sep-2021

- BRITERON ONDASETRON 8 MG AMPOLLA, AMPOLLA, #2, INYECTABLE, 1 Cada 12 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1233068,

Adm.tto: 18-Sep 16:09. (0) Chequeado

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1280] ESP. LUIS ARMANDO GARCIA TRUJILLO (CIRUJANO GENERA - NIT: 94331635 - Registro: 75570 - Especialidad: CIRUGIA GENERAL [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 19-Sep-2021 11:21 am: 48 Años**

Id: 2737781

Fecha de grabación: 19-Sep-2021 11:21 am

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 100 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SI SIGNOS DE SIRS.

Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 37.0°C, Peso: 68.0 Kgs., Talla: 168 cms., IMC: 24.09 Peso normal, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 115 / 75 (Optima / TA Media: 88), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMOCEFALO, CUELLO SIN MASAS NI LINFOADENOPATIAS PALPABLES. NO SE OBSERVAN PULSACIONES CAROTÍDEAS, INGURGITACIÓN YUGULAR NI LIMITACIONES AL MOVIMIENTO.TRAQUEA CENTRADA Y MÓVIL.

CARA, OJOS Y ORL

CONJUNTIVA ROSADA, LENGUA ROSADA Y HUMEDA. PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS.

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

SIMETRÍA EN AMBOS HEMITÓRAX, TÓRAX NORMOEXPANSIBLE, MURUMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS. RUIDOS CARDÍACOS RTÍMICOS DE BUEN TONO E INTENSIDAD.

ABDÓMEN Y LUMBAR

ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON LEVE DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. CON HERIDA QUIRURGICA NO SUPURATIVA, LIMPIA, A NIVEL DE LA LINEA MEDIA SUPRA E INFRA UMBILICAL.

SISTEMA GENITO-URINARIO

SONDA VESICAL CON DRENAJE DE 600CC CON HEMATURIA

EXTREMIDADES Y PELVIS

EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, SIN PRESENCIA DE EDEMA, SIN DIFIULTAD A LA MOVILIZACIÓN, LLENADO CAPILAR <2 SEG.

SISTEMA NEUROLÓGICO

SIN ALTERACIONES.

PIEL

NORMAL.

ESTADO MENTAL

SIN DEFICIT APARENTE

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMOTONICO

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE MASCULINO DE 48 AÑOS QUIEN INGRESO EL 9/09/2021 POR UN CUADRO CLINICO DE UNA SEMANA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN ANURIA Y DOLOR EN HIPOGASTRIO DE ALTA INTENSIDAD , SIN NINGUN OTRO SINTOMA ASOCIADO, SEGUNDARIO A ESTRECHEZ URETRAL POR LO CUAL SE LE REALIZA CISTOTOMIA ADEMAS DE DILATACION URETRAL CISTOSCOPIA Y MEATOPLASTIA, DONDE POSTERIORMENTE CONTINUA CON DOLOR ABDOMINAL DE ALTA INTENSIDAD Y DEFENSA VOLUNTARIA POR LO CUAL SE LE REALIZA LAPAROTOMIA INFRAUMBILICAL EVIDENCIANDO 10 CC ORINA EN CAVIDAD POR LACERACION DE LA VIJIGA POR LO CUAL SE REALIZA ASPIRACION DE ORINA Y RAFIA DE VEJIGA AL DIA 1 POP PRESENTO DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL EN HIPOGASTRIO DE ALTA INTENSIDAD CON PARACLINICOS CON PRESENCIA DE LEUCOCITOSIS

ANÁLISIS Y PLAN

CON NEUTROFILIA POR LO CUAL SE LLEVA DE NUEVO A CIRUGIA REALIZANDO LAPAROTOMIA EXPLORATORIA ENCONTRANDO COLECCION PURULENTA INTRAABDOMINAL PERITONITIS DONDE SE REALIZA DRENAJE Y LAVADO PERITONEAL Y SE DEJA AL PACIENTE CON ANTIBIOTERAPIA AL DIA DE HOY EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SIN SRIS, AFEBRIL, DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS. Y CON Sonda VESICAL QUE HA DRENADO APROXIMANAMENTE 600CC (EN LA MAÑANA) PERSISTIENDO CON HEMATURIA. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DE HERIDA QUIRURGICA NO SUPURATIVA, LIMPIA, A NIVEL DE LA LINEA MEDIA SUPRA E INFRA UMBILICAL. NO SE PALPAN MASAS Y LEVE DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA. CON PARACLINICOS DE CONTROL: HEMOGRAMA LEUCOS: 6.8 NEUTROS:60.3 HB: 10.6 PLAQ: 368 CREATININA:0.86 SE DECIDE CONTINUAR CON IGUAL MANEJO INSTAURADO

ORDENES MEDICAS POR CIRUGIA GENERAL:

- CONTINUA HOSPIATALIZADO
 - DIETA BLANDA A TOLERANCIA
 - ONDASETRON 8MG, PASAR 100CC DILUIDOS EN SSN AL 09%, CADA 12 HORAS
 - CEFALOTINA AMPOLLA DE 1 GRAMO, APLICAR 1 AMPOLLA CADA 6 HORAS
 - DIPIRONA 2.5 GRAMOS 1 AMPOLLA ENDOVENOSO CADA 8 HAORAS
 - OMEPRAZOL AMPOLLA 40 MILIGRAMOS 1 AMPOLLA CADA 24 HORAS
 - CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS PATOLOGICOS
- GRACIAS

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044

Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica

Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 101 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****Direccionamiento a programas****Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?:
NO**Orden médica: 765200302901-OMED-1233667, 19-Sep-2021**

- OMEPRAZOL AMP. X 40 MG POLVO ESTERIL INYECTABLE, POLVO ESTÉRIL PARA I, #1, INYECTABLE, 1 Cada 24 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1233667,

Adm.tto: 19-Sep 14:54. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1233667, 19-Sep-2021

- DIPIRONA 2.5 X 5 ML GR AMP, AMPOLLA, #3, INYECTABLE, 1 Cada 8 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1233667,

Adm.tto: 19-Sep 14:54. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1233667, 19-Sep-2021

- CEFALOTINA 1 GM AMP, POLVO ESTÉRIL PARA I, #4, INYECTABLE, 1 Cada 6 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1233667,

Adm.tto: 19-Sep 14:54. (0) Chequeado

Orden médica: 765200302901-OMED-1233667, 19-Sep-2021

- BRITERON ONDASETRON 8 MG AMPOLLA, AMPOLLA, #2, INYECTABLE, 1 Cada 12 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1233667,

Adm.tto: 19-Sep 14:54. (0) Chequeado

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS Y ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

PIEL

NORMAL

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE QUIEN PRESENTA OBSTRUCCION DE SONDA URETRAL, DURANTE LA INTERCONSULTA SE REALIZA DESOBSTRUCCION Y SALE ORINA CLARA. CONTINUA IGUAL MANEJO Y ORDENES CON CIRUGIA GENERAL.

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044

Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica

Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am

PROFESIONAL: [0325] ESP. ARANGO GERMAN (CIRUJANO GENERAL) - NIT:

10254391 - Registro: 16993 - Especialidad: CIRUGIA GENERAL

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 20-Sep-2021 10:59 am: 48 Años**

Id: 2738624

Fecha de grabación: 20-Sep-2021 10:59 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE EN APARENTE BUENAS CONDICIONES GENERALES.

Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 37.0°C, Peso: 68.0

Kgs., Talla: 168 cms., IMC: 24.09 Peso normal, Perímetro cintura: --,

Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente,

Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente

embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 126 / 65 (Normal / TA Media: 85), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA****R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL**

Pág. 102 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****Direccionamiento a programas****Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?:
NO**Orden médica: 765200302901-OMED-1234387, 20-Sep-2021**- CYSTOFLO, #1, ,
- SONDA FOLLEY # 20 TRES VIAS, #1, ,**Documento de venta asociado**

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0357] ESP. CARDONA GERMAN(UROLOGO) - NIT: 6288274 -

Registro: 9082 - Especialidad: UROLOGIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 20-Sep-2021 01:33 pm: 48 Años**

Id: 2738863

Fecha de grabación: 20-Sep-2021 01:33 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 37.0°C, Peso: 68.0 Kgs., Talla: 168 cms., IMC: 24.09 Peso normal, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 128 / 70 (Normal / TA Media: 89), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --**CABEZA Y CUELLO**

NORMAL

CARA, OJOS Y ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMOEXPANSIBLE, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOR PULMONARES, SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. LATIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, DE BUENA INTENSIDAD, NO SE AUSCULTAN SOPLOS.

ABDÓMEN Y LUMBAR

CON HERIDA QUIRURGICA INFRA Y SUPRA UMBILICAL DE LAPAROTOMIA, LIMPIA, NO SE EVIDENCIA SALIDA DE SECRECION, NI TAMPOCO HAY PRESENCIA DE CAMBIOS INFLAMATORIOS. HAY LEVE DOLOR A LA PALPACION DE ABDOMEN, ALREDEDOR DE HERIDA QUIRURGICA. PRESENTA SONTA DE CISTOSTOMIA ABDOMINAL DRENANDO APROXIMADAMENTE 600 CC CON HEMATURIA. RUIDOS HIDROAEREOS +

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

PIEL

NORMAL

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE MASCULINO DE 48 AÑOS QUIEN INGRESO EL 9/09/2021 POR UN CUADRO CLINICO DE UNA SEMANA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN ANURIA Y DOLOR EN HIPOGASTRIO DE ALTA INTENSIDAD SEGUNDARIO A ESTRECHEZ URETRAL , SIN NINGUN OTRO SINTOMA ASOCIADO. ES VALORADO POR EL UROLOGO DE TURNO QUIEN DECIDE REALIZAR CISTOTOMIA ADEMAS DE DILATACION URETRAL CISTOSCOPIA Y MEATOTOMIA, POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO, PACIENTE REFIERE PERSISTIR CON DOLOR ABDOMINAL DE ALTA INTENSIDAD Y AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA DEFENSA INVOLUNTARIA A LA PALPACION POR LO CUAL ES VALORADO EL DIA 14 DE SEPTIEMBRE POR CIRUJANO DE TURNO (DR ARMANDO GARCIA) EN CONJUNTO CON EL UROLOGO DE TURNO (DR GERMAN CARDONA) QUIENES DECIDEN REALIZAR LAPAROTOMIA EXPLORATORIA INFRAUMBILICAL, CON HALLAZGO IMPORTANTE DE 10 CC DE ORINA EN CAVIDAD PERITONEAL SECUNDARIO LACERACION DE LA VEJIGA. SE REALIZÓ ASPIRACION DE ORINA, RAFIA DE VEJIGA + COLOCACION DE CISTOSTOMIA ABDOMINAL Y LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO. EL DIA 15 DE SEPTIEMBRE PACIENTE REFIRIÓ PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL DE ALTA INTENSIDAD, DIAFORESIS, SIN OTRO SINTOMA ASOCIADO. ES VALORADO POR CIRUJANO DE TURNO (DR ARBELAEZ) QUIEN ENCUENTRA ABDOMEN DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA ADEMAS DE QUE PRESENTÓ REPORTE DE PARACLINICOS ALTERADOS (LEUCOCITOSIS CON NEUTROFILIA) POR LO QUE DECIDE REALIZAR UNA SEGUNDA LAPAROTOMIA EXPLORATORIA EN CONJUNTO CON EL UROLOGO (GERMAN CARDONA), QUIENES ENCUENTRAN COMO HALLAZGO IMPORTANTE COLECCION PURULENTE INTRAPERITONEAL (EPILOICO OMENTAL PERIESPLECNICO, PERIGASTRICO SUBHEPATICO, DUBFRENICO DE LA FOSA ILIACA O PLASTRON APENDICULAR. SE LE REALIZÓ DRENAJE DE COLECCION PURULENTE Y LAVADO PERITONEAL CON SOLUCION SALINA (2000 CC). SE REALIZÓ ADEMAS MUESTRA PARA CULTIVO DE SECRECION, CON RESULTADO QUE RESULTA POSITIVO PARA KLEBSIELLA PNEUMONIAE. LOS PARACLINICOS (HEMOGRAMA) TOMADOS EL DIA DE AYER 19 /097 2021 SE ENCUENTRAN DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES. AL DIA DE HOY PACIENTE REFIERE ENCONTRARSE EN MEJORES CONDICIONES GENERALES, REFIERE MEJORIA DEL DOLOR, FLATOS PRESENTES, NIEGA FIEBRE U ALGUN OTRO SINTOMA ASOCIADO. AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA A PACIENTE CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, CON HERIDA QUIRURGICA INFRA Y SUPRA UMBILICAL DE LAPAROTOMIA, LIMPIA, NO SE EVIDENCIA SALIDA DE SECRECION, NI TAMPOCO HAY PRESENCIA DE CAMBIOS INFLAMATORIOS. HAY LEVE DOLOR A LA PALPACION DE ABDOMEN, ALREDEDOR DE HERIDA QUIRURGICA. PRESENTA SONTA DE CISTOSTOMIA

IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 103 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

ANÁLISIS Y PLAN

ABDOMINAL DRENANDO APROXIMADAMENTE 600 CC CON HEMATURIA.
RUIDOS HIDROAEREOS +. ES VALORADO POR CIRUJANO DE TURNO, QUIEN
DECIDE QUE DEBIDO A LA BUENA EVOLUCION DEL PACIENTE, DA SALIDA
POR CIRUGÍA GENERAL, SIN EMBARGO EL PACIENTE CONTINUARÁ
HOSPITALIZADO A CARGO DEL SERVICIO DE UROLOGIA

ORDENES MEDICAS POR CIRUGIA GENERAL

- SE CIERRA INTERCONSULTA POR CIRUGIA GENERAL
 - CONTINUAR MANEJO INSTAURADO POR UROLOGIA
- GRACIAS

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044
Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA
PROSTATA -
Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
-
Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA -
Impresión diagnostica
Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO
ESPECIFICADO - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión
diagnostica
Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica
Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA
PROSTATA
Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA
Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am
Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA
Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am
Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****Direccionamiento a programas****

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?:
NO

Orden médica: 765200302901-OMED-1234600, 20-Sep-2021

- OMEPRAZOL AMP. X 40 MG POLVO ESTERIL INYECTABLE, POLVO ESTÉRIL
PARA I, #1, INYECTABLE, 1 Cada 24 horas
- DIPIRONA 2.5 X 5 ML GR AMP, AMPOLLA, #3, INYECTABLE, 1 Cada 8 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1234600,

Adm.tto: 20-Sep 18:32. (1) 08:00 DIPIRONA X 2.5 GR, 1 AMPOLLA VIA EV.
16:00 DIPIRONA X 2.5 GR, 1 AMPOLLA VIA EV, PACIENTE NO PRESENTA
NINGUNA COMPLICACION CON EL MEDICAMENTO ADMINISTRADO. AUX
LUCY CANO.

Adm.tto: 21-Sep 3:05. (1) 00:00 SE LE ADMINISTRA AMPOLLA DE 2.5 GM
DILUIDO POR BURETROL EN 50CC DE SSN 0.9%

Orden médica: 765200302901-OMED-1234600, 20-Sep-2021

- CEFALOTINA 1 GM AMP, POLVO ESTÉRIL PARA I, #4, INYECTABLE, 1 Cada
6 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1234600,

Adm.tto: 20-Sep 18:30. (1) 08:00 CEFALOTINA X 1 GR, 1 AMPOLLA VIA EV.
16:00 CEFALOTINA X 1 GR, 1 AMPOLLA VIA EV, PACIENTE NO PRESENTA
NINGUNA COMPLICACION CON EL MEDICAMENTO ADMINISTRADO. AUX
LUCY CANO.

Adm.tto: 21-Sep 3:04. (1) 00:00 SE LE ADMINISTRA FRASCO DE 1 GM
DILUIDO POR BURETROL IV

06:00 SE LE ADMINISTRA FRASCO DE 1 GM DILUIDO POR BURETROL IV

Orden médica: 765200302901-OMED-1234600, 20-Sep-2021

- BRITERON ONDASETRON 8 MG AMPOLLA, AMPOLLA, #2, INYECTABLE, 1
Cada 12 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1234600,

Adm.tto: 21-Sep 3:07. (1) 21:00 NO SE LE ADMINISTRA PACIENTE NO
ACEPTA REFIERE NO TENER NAUSEAS

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.



PROFESIONAL: [0763] ESP. LINARES JORGE ALEXANDER (CIRUJANO
GENERAL) - NIT: 14234280 - Registro: 16468 - Especialidad: CIRUGIA
GENERAL

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 20-Sep-2021 03:36 pm: 48 Años**

Id: 2739110

Fecha de grabación: 20-Sep-2021 03:36 pm

EVOLUCIÓN

7+00RECIBO PACIENTE EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION TERCER
PISO, CONCIENTE, ORIENTADO, TRANQUILO, EN CAMA , CON
ACOMPAÑANTE, SE OBSERVAN LAS BARANDAS DE LA CAMA ARRIBA, SE
OBSERVA CON VENA CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR ADAPTADA A
TAPON HEPARINIZADO, SIN SIGNOS DE FLEBITIS NI EDEMA,

8:00 SE ADMINISTRA 2 AMPOLLA DE DIPIRONA X 2.5GR SE DILUIYE EN
EN 40CC DE SSN Y SE PASA LENTO, ENDOVENOSO. SIN PRESENTAR
REACCION ADVERSA.

12+00 PACIENTE QUE DURANTE ELO DIA SE OBSERAV EATBLE, SE TOMAN
SIGNOS VITALES LOS CUALES SE ENCUENTREN EN SUS VALORAS NORMAL

12+00+ 00 SE ADMNISTRA 1 AMPOLLA DE DE CEFALOTINA X 1GR SE
SILUYE EN 150 CC DE SSN AL 0.9% Y SE PASA LENTO POR BURETROL.

18+ 00 SE ADMNISTRA 1 AMPOLLA DE DE CEFALOTINA X 1GR SE SILUYE
EN 150 CC DE SSN AL 0.9% Y SE PASA LENTO POR BURETROL.

18+ 00 SE ADMNISTRA 1 AMPOLLA DE DE CEFALOTINA X 1GR SE SILUYE
EN 150 CC DE SSN AL 0.9% Y SE PASA LENTO POR BURETROL.

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 104 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EVOLUCIÓN

19+00 QUEDAN PACIENTE, ESTABLE, AFEBRIL Y SIN NINGUNA COMPLICACION. EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR.

Orden médica: 765200302901-OMED-1234700, 20-Sep-2021

- JERINGA 10ML, #7, ,
- JERINGA 20ML, #7, ,
- MCL (3.000) CATETER INTRAVENOSO #20, #2, ,

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

*Yohana Fernanda Giraldo V.*PROFESIONAL: [1396] YOHANA FERNANDA GIRALDO VALENCIA - NIT: 66772501 - Registro: 66772501 - Especialidad: ENFERMERIA EN SALUD FAMILIAR
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS****INTERCONSULTA ESPECIALISTA del 21-Sep-2021 12:20 pm: 48 Años**

Id: 2739911

Fecha de grabación: 21-Sep-2021 12:20 pm

PROFESIONAL: [1205] AE. YIBI MARCELA HURTADO - NIT: 1113667199 - Registro: 763269 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS****NOTAS DE ENFERMERIA del 21-Sep-2021 02:51 am: 48 Años**

Id: 2739494

Fecha de grabación: 21-Sep-2021 02:51 am

EVOLUCIÓN

19:00 RECIBO PACIENTE MASCULINO ADULTO, CONCIENTE Y ORIENTADO EN TLP, ACOSTADO EN CAMA 11 DE 3ER PISO, CON ACCESO VENOSO Y TAPON HEPARINIZADO EN CARA POSTERIOR, ZONA MEDIA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO, CON EQUIPO DE BURETROL Y MACROGOTERO PARA SDMINISTRAR MEDICACION, CON HERIDA VERTICAL EN ABDOMEN, IRRIGACION POR Sonda Y Sonda conectada a dren SUPRACUBICO Y CISTOFLO, USANDO PAÑAL, CON MOVILIDAD LIMITADA Y CON ACOMPAÑANTE

DURANTE EL TURNO SE LE ADMINISTRA MEDICACION ORDENADA , LA CUAL RECIBE Y TOLERA, SE LE TOMAN Y REGISTRAN SIGNOS VITALES, ELIMINA POR PENE REFIERE PACIENTE CON COAGULOS DE SANGRE Y POSTERIORMENTE ORINA SIN ELLOS, PERMANECE TRANQUILO Y DUERME INTERVALOS LARGOS, PERMANECE ACOMPAÑADO

QUEDA PACIENTE ALERTA ACOSTADO EN CAMA 11 DE 3ER PISO, A LA ESPERA DE NUEVA EVOLUCION

AUXILIAR YOHANA GIRALDO

Orden médica: 765200302901-OMED-1235024, 21-Sep-2021

- CLORURO DE SODIO 0.9% BOLSA 500ML, BOLSA, #2, INYECTABLE, 1 Cada 12 horas

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE POSTOPERATORIO DE LAPOROTOMIA EXPLORATORIA . ACTUALMENTE SE ENCUENTRA AFEBRIL, CON DOLOR EN EL HIPOGASTRIO.

Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 36.9°C, Peso: 68.0 Kgs., Talla: 168 cms., IMC: 24.09 Peso normal, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 96.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 120 / 80 (Optima / TA Media: 93), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

PACIENTE CON CITOSTOMIA DE DILATACION URETRAL, CITOSCOPIA Y MEATOPLASTIA. SE OBSERVA HEMATURIA MACROSCOPICA.

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

PIEL

NORMAL

ESTADO MENTAL

NORMAL

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 105 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE LESION VESICAL POST A CATETERISMO CON CONDUCTOR DE Sonda, QUIEN FUE INTERVENIDO EN 2 OPORTUNIDADES CON CIERRE DE LESION VESICAL Y LAPAROTOMIA EXPLORATORIA, ACTUALMENTE RECIBO INTERCONSULTA POR PACIENTE QUIEN PRESENTA RETENCION DE ORINA. SE EVALUA PACIENTE, SE PERMEABILIZA Sonda VESICAL Y QUEDA CON IRRIGACION UA QUE PRESENTA HEMATURIA.

EN EL MOMENTO CONTINUAR IGUAL MANEJO ACTUAL.

DEBE SER VALORADO POR EL DOCTOR CARDONA

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044

Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica

Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

EVOLUCIÓN

7+00 RECIBO PACIENTE EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION TERCER PISO, CONCIENTE, ORIENTADO, TRANQUILO, EN CAMA, CON ACOMPAÑANTE, SE OBSERVAN LAS BARANDAS DE LA CAMA ARRIBA, SE OBSERVA CON VENA CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR ADAPTADA A TAPON HEPARINIZADO, SIN SIGNOS DE FLEBITIS NI EDEMA,

8:00 SE ADMINISTRA 2 AMPOLLA DE DIPIRONA X 2.5GR SE DILUYE EN EN 40CC DE SSN Y SE PASA LENTO, ENDOVENOSO. SIN PRESENTAR REACCION ADVERSA.

12+00 PACIENTE QUE DURANTE EL DIA SE OBSERVA EATBLE, SE TOMAN SIGNOS VITALES LOS CUALES SE ENCUENTRAN EN SUS VALORES NORMAL 4:00 SE LE REALIZA NUAVA CANALIZACION EN MIEBRO SUPERIOR IZQUIERDO, SE CAMBIA ABCESO VENOSO POR PROTOCOLO.

PACIENTE SE ENCUENTRA ALTERADO, MANIFESTANDO MUCHO DOLOR Y NO PODER ORINAR SE LE INFORMA ALA JEFE DE TURNO QUIEN LLAMA AL UROLOGO PARA VALORARLO

12+00+ 00 SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE DE CEFALOTINA X 1GR SE SILUYE EN 150 CC DE SSN AL 0.9% Y SE PASA LENTO POR BURETROL.

18+ 00 SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE DE CEFALOTINA X 1GR SE SILUYE EN 150 CC DE SSN AL 0.9% Y SE PASA LENTO POR BURETROL.

18+ 00 SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE DE CEFALOTINA X 1GR SE SILUYE EN 150 CC DE SSN AL 0.9% Y SE PASA LENTO POR BURETROL.

19+00 QUEDAN PACIENTE, ESTABLE, AFEBRIL Y SIN NINGUNA COMPLICACION. EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR.

Orden médica: 765200302901-OMED-1235467, 21-Sep-2021

- JERINGA 10ML, #6, ,

- JERINGA 20ML, #6, ,

- MCL(8.000) TAPON HEPARINIZADO, #2, ,

- BURETROL 150, #1, ,

- EQUIPO DE VENOCCLISIS (MACROGOTEROS), #2, ,

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1326] ESP. UMAÑA PRETEL HECTOR FABIO(UROLOGO) - NIT: 14467523 - Registro: 004741-20 - Especialidad: UROLOGIA [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 21-Sep-2021 04:34 pm: 48 Años**

Id: 2740155

PROFESIONAL: [1272] BETTY ESMEDY ANDRADE ALDANA - NIT: 1075215752 - Registro: 764290 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura HOSPITALIZACION del 15-Sep-2021 09:53 am: 48 Años

Id: 1496843

Fecha de grabación: 21-Sep-2021 04:34 pm

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 106 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

MOTIVO DE CONSULTA

Continuacion de historia clinica

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente ingresa el 10/09/2021 por retencion de orina, por cx general se coloca cateter suprapubico, valorado por urologia quien considera estrechez uretral y plantea remision para la realizacion de cistostomia, sin embargo el 13/09/2021 urologia decide llevar a quirófano para realizar cistostomia + dilatacion uretral, con posterior reintervencion quirurgica para sutura de desgarró vesical. Paciente en POP con evolucion lenta hacia la mejoría, hoy valorado por urologia quien indica retirar irrigacion, continuar con cistostomia + sonda uretral y realizar seguimiento, continua hospitalizado con tto ATB.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM

RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM

VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE TAMAÑO

ESTRECHEZ URETRAL.

ESTRECHEZ DE MEATO URETRAL

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extraccion de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICOS

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

Comentarios

Comentario alusivo a la Historia::

PROFESIONAL: [1262] INGRID KATHERINE ALVES ALVAREZ - NIT:

1113659034 - Registro: 1113659034 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 15-Sep-2021 09:53 am: 48 Años**

Id: 2733717

Fecha de grabación: 15-Sep-2021 09:53 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: Alerta

Frec. cardiaca: 76, Frec. respiratoria: 16, Temperatura: 35.9°C, Peso: 78.0

Kgs., Talla: 165 cms., IMC: 28.65 Sobre peso, Perímetro cintura: --, Saturación

O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador

en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 118 / 74 (Optima / TA Media: 88), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044

Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 107 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

DIAGNÓSTICO

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica

Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****Direccionamiento a programas****

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?: NO

ANÁLISIS Y PLAN

Diagnosticos:

1. POP cistostomia + meatotomia (14/09/2021) // Laparotomia exploratoria + Sutura de desgarr vesical (14/09/2021)

1.1 Antecedente de estrechez uretral

1.2 HPB

Paraclinicos

13/09/2021 Uroanálisis PH: 6.5, nitrt positivos, leuc 70 - 80xc, eritroc 40 - 50 xc. Gram de orina bacilos gram negativos +++, reaccion leucocitaria moderada; PSA: 10.5; Hemograma Leuc: 7800, N#: 5450, Linf#: 1390, Hb:14.1, Hto: 40.5, Pla: 357.000

Tratamiento

Cefalotina amp x 1gr EV c 6 horas (FI: 14/09/2021)

Paciente ingresa el 10/09/2021 por retencion de orina, por cx general se coloca cateter suprapubico, valorado por urologia quien considera estrechez uretral y plantea remision para la realizacion de cistostomia, sim ebargo el 13/09/2021 urologia decide llevar a quirofano para realizar cistostomia + dilatacion uretral, con posterior reintervencion quirurgica para sutura de desgarr vesical. Paciente en POP con evolucion lenta hacia la mejoría, hoy valorado por urologia quien indica retirar irrigacion, continuar con cistostomia + sonda uretral y realizar seguimiento, continua hospitalizado con tto ATB en su dia 1, se cancela orden de remision ya que la intervencion quirurgica se realiza en nuestra institucion.

Ordenes medicas hospitalizacion

Dieta clara

Tapon heparinado

Omeprazol cpa x 20mg x 1 VO dia

Cefalotina amp x 1gr EV c 6 horas D:1

Acido tranexamico **suspender**

Dipirona amp x 2.5gr x 1 EV c 8 horas

Diclofenaco **suspender**

Irrigacion **suspender**

ss seguimiento por urologia

ss hemograma de control

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-1230746, 15-Sep-2021

- HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA REC

Orden médica: 765200302901-OMED-1230748, 15-Sep-2021

- INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

Orden médica: 765200302901-OMED-1230843, 15-Sep-2021

- DIPIRONA 2.5 X 5 ML GR AMP, AMPOLLA, #3, INYECTABLE, 1 Cada 8 horas

- CEFALOTINA 1 GM POLVO VITALIS, POLVO ESTÉRIL PARA I, #4, EV, 1

Cada 6 horas

Orden médica: 765200302901-OMED-1230848, 15-Sep-2021

- OMEPRAZOL 20 MG CAPSULAS, CAPSULA, #1, ORAL, 1 Cada 24 horas

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1262] INGRID KATHERINE ALVES ALVAREZ - NIT:

1113659034 - Registro: 1113659034 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 15-Sep-2021 04:38 pm: 48 Años**

Id: 2734308

Fecha de grabación: 15-Sep-2021 04:38 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: Alerta

Frec. cardiaca: 92, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 35.6°C, Peso: 78.0

Kgs., Talla: 165 cms., IMC: 28.65 Sobre peso, Perímetro cintura: --, Saturación

O2: 97.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador

en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 100 / 68 (Optima / TA Media: 78), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMAL

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 108 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044

Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica

Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am

Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA

Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****Direccionamiento a programas****

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?: NO

ANÁLISIS Y PLAN

Diagnosticos:

1. POP cistostomia + meatotomia (14/09/2021) // Laparotomia exploratoria + Sutura de desgarr vesical (14/09/2021)

1.1 Antecedente de estrechez uretral

1.2 HPB

Paraclínicos

13/09/2021 Uroanálisis PH: 6.5, nitrt positivos, leuc 70 - 80xc, eritroc 40 - 50 xc. Gram de orina bacilos gram negativos +++, reaccion leucocitaria moderada; PSA: 10.5; Hemograma Leuc: 7800, N#: 5450, Linf#: 1390, Hb:14.1, Hto: 40.5, Plaq: 357.000

Tratamiento

Cefalotina amp x 1gr EV c 6 horas (FI: 14/09/2021)

Paciente ingresa el 10/09/2021 por retencion de orina, por cx general se coloca cateter suprapubico, valorado por urologia quien considera estrechez

ANÁLISIS Y PLAN

uretral y plantea remision para la realizacion de cistostomia, sim ebargo el 13/09/2021 urologia decide llevar a quirofano para realizar cistostomia + dilatacion uretral, con posterior reintervencion quirurgica para sutura de desgarr vesical. Paciente en POP con evolucion torpida, ahora con dolor abdominal intenso, defendido, se comenta con cirujano de turno dr Arbelaez y Urologo Dr Cardona quien refiere solicitar turno quirurgico para laparotomia exploratoria, se carga analgesia, ss reserva de 2 UI de globulos rojos y toma de hemograma ahora.

Ordnees medicos

Turno quirurgico

Diclofenacom amp x 75 x 1 im ahora

Tramal x50 x 1 SC ahora

se reservan 2 UI GR

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-1231098, 15-Sep-2021

- HEMOCLASIFICACION FACTOR RH [FACTOR D] EN LAMINA O TUBO +

- PRUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR EN TUBO +

- PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS LEUCORREDUCIDOS O DELEUCOCITADOS +

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1262] INGRID KATHERINE ALVES ALVAREZ - NIT: 1113659034 - Registro: 1113659034 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 15-Sep-2021 06:27 pm: 48 Años**

Id: 2734395

Fecha de grabación: 15-Sep-2021 06:27 pm

EVOLUCIÓN

17.45PM INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE CIRUGIA, SE OBSERVA CONCIENTE ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, TRAIDO EN POR EL CAMILLERO DE TURNO DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION 3 PISO CON ACCESO VENOSO PERMEABLE PASANDO LEV SSN 0,9% 500CC, CON KIT PARA CIRUGIA, SIN OBJETOS METALICOS, CON ZONA OPERATORIA RASURADA, PACINTE NIEGA PATOLOGIAS DE BASE , NIEGA ALERGIAS , PACINTE CON Sonda VESIAL CONECTADO A CISTOFLO CON ORINA HEMATURICA CON DREN EN IRRIGACION CON GLICINA ,SE LE TOMAN SIGNOS VITALES T/A: 128/77 FC:108 SOP2: 96% T:36.0 PENDIENTE PASAR A QUIROFANO AUX ENFERMERIA.STEPHANIA MAERTINEZ

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 109 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

Documento de venta asociado

FVE-146044

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1308] ANYI YULIETH ARBOLEDA HURTADO - NIT:
1113670154 - Registro: 1113670154 - Especialidad: ENFERMERIA
MEDICO-QUIRURGICA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 15-Sep-2021 10:55 pm: 48 Años**

Id: 2734573

Fecha de grabación: 15-Sep-2021 10:55 pm

EVOLUCIÓN

20 20INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE HSDOPITALIZACION 3 PISO A
CAMA 11 TRAI DO POR EL CAMILLERO EN CAMILLA CON LEV PERMEBALES
MS POST QUIRURGICO LAPARATOMIA EXPLORATORIA POR COLECCION
INTRAABDOMINAL, SE OBSERVA CON LEV PERMEABLES EN MS PERMEABLES
CON HERIDA QUIRURGICA A NIVEL ABDOMINAL CUBIERTA CON GASA MAS
MICROPORE CON IRRIGACION CON GLICINA SONTA SUPRAPUVICA Y
SONDA VESICAL PERMEBALE.

PACIENTE ALGICO SE ADMINISTRA SU ANALEGESICO .
DURANTE LA NOCHE PASA ESTABLE AFEBRIL RECIBE Y TOLERA SU TTO
FARAMCOLOGICO DUERME INTERVALOS CORTOS PASA EN COMPAÑIA DE
FAMILIAR
CON SUS BARANDAS EN ALTO Y US MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

24 00 Y 6 00 AM SE TOMAN SIGNOS VITALES ESTABLES

7 00 AM QUEDA PACIENTE EN SALA DE HSOPOTALIZACION DESPIERTO
CONCIENTE ORIENTADO EN COMPAÑIA DE FAMILIAR CON LEV
PERMEABLES Y SU IRRIGACION CON GLICINA EN BUENAS CONDICIONES
APARENTES

SE ADMINISTRO :

24 00 DIPIRONA POR 2.5 GR 1 AMP EV DILUIDA
24 00 CEFALOTINA GR 1 FCO EV DILUIDO
6 00 CEFALOTINA POR 1 GR 1 AMP EV DILUIDA
6 00 AM OMEPRAZOL 1 TAB VIA ORAL

ANGIE LOPEZ AUX DE ENF

PROFESIONAL: [1306] AUX - ANGIE MARCELA LOPEZ MELO - NIT:
1113620544 - Registro: 1113620544 - Especialidad: ENFERMERIA
MEDICO-QUIRURGICA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 21-Sep-2021 07:30 pm: 48 Años**

Id: 2740277

Fecha de grabación: 21-Sep-2021 07:30 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: pte en aceptables condiciones generales, no fiebre, no
dificultad para respirar
Frec. cardiaca: 78, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 36.0°C, Peso: 78.0
Kgs., Talla: 165 cms., IMC: 28.65 Sobre peso, Perímetro cintura: --, Saturación
O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador
en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 110 / 70 (Optima / TA Media: 83), Acostado: --,
De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --
Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 110 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-146044
Principal de egreso de hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -
Principal de ingreso a hospitalización: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA -
Principal de procedimiento quirúrgico: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [N390] INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [N40X] HIPERPLASIA DE LA PROSTATA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [R33X] RETENCION DE ORINA - Impresión diagnostica
Principal de consulta: [R34X] ANURIA Y OLIGURIA - Impresión diagnostica
Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA
Fecha de ingreso al servicio: 24-Sep-2021 03:30 am
Servicio de egreso: 0032 HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA
Fecha y hora de egreso: 7-Oct-2021 02:17 am
Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****Direccionamiento a programas****

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?: NO

ANÁLISIS Y PLAN

PTE ACEPTADO EN LA CLINICA IMBANACO CON CODIGO 29971 POR LA ENFERMERA MARICELA GUERRA INGRESA POR URGENCIAS

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Documento de venta asociado

FVE-146044
Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0276] MONTEALEGRE LUIS FERNANDO - NIT: 16280496 -
Registro: 768854 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura HC. ESPECIALISTA (AMBULATORIO) del 5-Oct-2021 11:56 am: 48 Años

Id: 1507035

MOTIVO DE CONSULTA

POR ESTENOSIS DE URETRA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESTENOSIS DE URETRA. QUIEN REQUERIA DILATACION ES PERIDICAS DE URETRA. EN LA ULTIMA VISTA POR URGENCIAS POR RAO, INTENTARON COLOCAR SONTA LA CUAL SE FUE DE VIA (PERFORACION VESICAL) POSTERIOR A ESTO REQUIRIO LAPAROTOMIA PARA CORRECCION DE LESION DE VEJIGA, ACTUALMENTE CON CISTOSTOMIA

ANT PAT: NIEGA

MED_: NIEGA

ALERG: NIEGA

QX: CALCULO DE RIÑON IZQ (ABIERTA)

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM

RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM

VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE TAMAÑO

ESTRECHEZ URETRAL.

ESTRECHEZ DE MEATO URETRAL

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extraccion de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICOS

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

OTRAS

NINGUNA

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 111 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

PROFESIONAL: [1326] ESP. UMAÑA PRETEL HECTOR FABIO(UROLOGO) - NIT: 14467523 - Registro: 004741-20 - Especialidad: UROLOGIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 5-Oct-2021 11:56 am: 48 Años**

Id: 2754938

Fecha de grabación: 5-Oct-2021 11:56 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 37.0°C, Peso: 65.0 Kgs., Talla: 165 cms., IMC: 23.88 Peso normal, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 99.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 125 / 75 (Normal / TA Media: 91), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS Y ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

PIEL

NORMAL

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-145172

Principal de consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 0073 CONSULTA EXTERNA-UROLOGIA

En internación

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****Direccionamiento a programas****

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?: NO

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ DE URETRA, QUIEN HA REQUERIDO DILATACIONES DILATACIONES PERIODICAS, NO HA SIDO ESTUDIADO POR ESTA PATOLOGIA POR LO QUE INDICO PRIORITARIAMENTE CISTOSCOPIA TRASURETRAL + DILATACION DE UERTRA BAJO ANESTESIA DE IGUAL MANERA SOLICITO UERTROGRAFI MICCIONAL RETROGRADA Y ANTEROGRADA Y REVALORAR CON ESTOS RESULTADOS, PARA ASI BRINDARLE LA MEJOR OPCION DE TRATAMIENTO. DOY MEDICACION DEXAMETASONA AMP 8 MG 1 AMP IM, CIPROFLOXACINA 500 MG 1 CADA 12 HORAS POR 10 DIAS.

Documento de venta asociado

FVE-145172

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1326] ESP. UMAÑA PRETEL HECTOR FABIO(UROLOGO) - NIT: 14467523 - Registro: 004741-20 - Especialidad: UROLOGIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura TRIAGE del 17-Oct-2021 02:48 pm: 48 Años

Id: 1513123

MOTIVO DE CONSULTA

"DOLOR EN LA HERIDA"

Clasificación de triage

Urgencia

ANTECEDENTES PERSONALES

NINGUNA

PROFESIONAL: [1095] ENF.VILLAMARIN ATIAS JHOSSIMAR - NIT: 1107057482 - Registro: 1107057482 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 17-Oct-2021 02:48 pm: 48 Años**

Id: 2767612

Fecha de grabación: 17-Oct-2021 02:48 pm

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 112 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

NOTAS ACLARATORIAS TRIAGE**EXÁMEN FÍSICO**

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 88, Frec. respiratoria: --, Temperatura: --, Peso: 80.0 Kgs.,
Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 96.0%,
Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la
consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 87 / 72 (Optima / TA Media: 77), Acostado: --, De
pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --**OBSERVACIONES**

URG

PROFESIONAL: [1095] ENF.VILLAMARIN ATIAS JHOSSIMAR - NIT:
1107057482 - Registro: 1107057482 - Especialidad: ATENCION DE
ENFERMERIA EN URGENCIAS
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS**Apertura URGENCIAS del 17-Oct-2021 03:20 pm: 48 Años**

Id: 1513131

MOTIVO DE CONSULTA

TENGO DOLOR ABDOMINAL.

ENFERMEDAD ACTUALPACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ URETRAL, QUIEN FUE
INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE EN HROB RECIENTEMENTE, INGRESA A
URGENCIAS MANIFIESTANDO DOLOR ABDOMINAL EN MEOSGASTRIO E
HIPOGASTRIO. COMENTA QUE EL CIRUJANO DR ARBELAEZ, LE DICE QUE
ACUDA A URGENCIAS PARA UNA VALORACION POR PARTE SUYA. PACIENTE
COMENTA NO SE LE HA RETIRADO LOS PUNTOS NI LA Sonda DESDE EL
DIA DLE RPOCEDIMIENTO.**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM
RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM
VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE
TAMAÑO
ESTRECHEZ URETRAL.
ESTRECHEZ DE MEATO URETRAL**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

Extraccion de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMA

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

Comentarios

Comentario alusivo a la Historia::

PROFESIONAL: [1232] JHON JAIRO VIVAS DAZA - NIT: 1113666351 -
Registro: 1113666351 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y
DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS****Evolución del 17-Oct-2021 03:20 pm: 48 Años**

Id: 2767632

Fecha de grabación: 17-Oct-2021 03:20 pm

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 113 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 73, Frec. respiratoria: 20, Temperatura: 37.0°C, Peso: --,

Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%,

Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la

consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 114 / 80 (Optima / TA Media: 91), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

SE OBSERVA HRIDA QUIRURGICA E LAPAROTOMIA SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, SE OBSERVA SONTA DESDE REGION HIPOGASTRICA, PERMEABLE.

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE CON DOLOR A LA PALPACION EN MEOSGASTRIO E HIPOGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-150051

Principal de consulta: [R104] OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 17-Oct-2021 06:24 pm

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****Direccionamiento a programas****

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?: NO

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ URETRAL, QUIEN FUE INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE EN HROB RECIENTEMENTE, INGRESA A URGENCIAS MANIFIESTANDO DOLOR ABDOMINAL EN MEOSGASTRIO E HIPOGASTRIO. COMENTA QUE EL CIRUJANO DR ARBELAEZ, LE DICE QUE ACUDA A URGENCIAS PARA UNA VALORACION POR PARTE SUYA. PACIENTE COMENTA NO SE LE HA RETIRADO LOS PUNTOS NI LA SONTA DESDE EL DIA DLE RPROCEDIMIENTO.

AL EXAMEN FISICO HERIDA QX SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL. SE DECIDE SOLCITAR VALORACION POR CX GENERAL. SE DA MANEJO ANALGESICO.

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-1256066, 17-Oct-2021

- INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

Orden médica: 765200302901-OMED-1256067, 17-Oct-2021

- BUTIL HIOSC+DIPIRONA AMP 20MG+2.5 GR, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, EV, 1 AMP EV

Orden médica: 765200302901-OMED-1256067,

Adm.tto: 17-Oct 15:26. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE BUTIL HIOSC+DIPIRONA AMP 20MG+2.5 GR VÍA ENDOVENOSA DILUIDA EN SSN0.9%, LENTA, SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALÉRGICO ALGÚN MEDICAMENTO QUIEN REFIERE QUE NO, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SIN NINGÚN SIGNO DE COMPLICACIÓN AUXILIAR DE ENFERMERIA

Documento de venta asociado

FVE-150051

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1232] JHON JAIRO VIVAS DAZA - NIT: 1113666351 -

Registro: 1113666351 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 17-Oct-2021 03:27 pm: 48 Años**

Id: 2767638

Fecha de grabación: 17-Oct-2021 03:27 pm

EVOLUCIÓN

H.15+20

INGRESA PACIENTE SEXO MASCULINO DE 48 AÑOS AL SERVICIO DE INYECTOLOGIA URGENCIAS DESPERTO CONCIENTE Y ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA DEAMBULANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR SE OBSERVA TOLERANDO OXIGENO A MEDIO AMBIENTE SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CONSULTA POR:DOLOR ABDOMINAL EN MEOSGASTRIO E HIPOGASTRIO, COMENTA QUE EL CIRUJANO DR ARBELAEZ, LE DICE QUE ACUDA A URGENCIAS PARA UNA VALORACION POR PARTE SUYA, PACIENTE COMENTA NO SE LE HA RETIRADO LOS PUNTOS NI LA SONTA DESDE EL DIA LE PROCEDIMIENTO, ES VALORADO POR EL MEDICO DE TURNO QUIEN EMITE ORDENES MEDICAS SE ATIENDE PACIENTE CON EPP INSTITUCIONAL BRINDANDO BIENESTAR Y APOYO DE ENFERMERIA, QUIEN NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTO, SE ADMINISTRA BUSCAPINA COMPUESTA VIA ENDOVENOSA, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUN SIGNO DE COMPLICACION NI REACCION ADVERSA, SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE OBSERVACION, CON EL ACOMPAÑANTE. PENDIENTE:VALORACION POR CIRUGIA GENERAL QUIEN DEFINIRA CONDUCTA A SEGUIR.

AUXILIAR DE ENFERMERIA SISTEMA: JEIMY OVIEDO

AUXILAIR DE ENFERMERIA PROCEDIMIENTOS: GINA OCORO

H.17+50

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 114 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EVOLUCIÓN

PACIENTE QUE ES RVALORADO POR EL CIRUJANO DE TURNO QUIEN LE REALIZA RETIRO DE PUNTOS CON PREVIA TECNICA Y POSTERIOR DECIDE DAR SALIDA CON RECOMENDACIONES Y FORMULA MEDICA.

Orden médica: 765200302901-OMED-1256072, 17-Oct-2021

- JERINGA 20ML, #1, ,

Documento de venta asociado

FVE-150051

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1037] AE. OCORO GINA MARCELA - NIT: 1113637607 -
Registro: 763703 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****INTERCONSULTA ESPECIALISTA del 17-Oct-2021 05:50 pm: 48 Años**

Id: 2767714

Fecha de grabación: 17-Oct-2021 05:50 pm

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ANICTERICO, SIN SIGNOS DE INFLAMACION, ALERTA, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 36.5°C, Peso: --, Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 125 / 85 (Normal alta / TA Media: 98), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS, CON PRESENCIA DE HERIDA A NIVEL DE LA LIANEA ALBA, SIN SIGNOS DE INFLAMACIOMN, RUBOR, CALOR.

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

SIN EDEMA, SIMETRICAS

SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

PIEL

NORMAL

ESTADO MENTAL

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE DE 48 AÑOS QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIA POR PRESENTAR DOLOR EN LA ZONA OPERATORIO, EN LA ESCALA DE EVA 2/10, POR UN POSOPERATORIA DE HACE 1 MES POR CISTOSCOPIA, NIEGA FIEBRE, MAREO, NAUSEAS, EMESIS, CEFALEA, REFIERE COMO FACTOR ALIVIANTE LA INGESTA DE ACETAMINOFEN, NO REFIERE FACTORES EXACERBANTES, QUE SE REVISAS POR SERVICIO DE CIRUGIA Y SE REALIZA RETIRO DE PUNTOS, DONDE SE ENCUENTRA UNA HERIDA, LIMPIA, SIN SIGNOS DE INFLAMACION, RUBOR.

ORDENES MEDICAS

- 1.SALIDA POR INTERCONSULTA DE CIRUGIA
 - 2.ACETAMINOFEN DE 500 MG POR VIA ORAL CADA 6 HORAS
 - 3.ASEPSIA DE LA HERIDA
- GRACIAS

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-150051

Principal de consulta: [R104] OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 17-Oct-2021 06:24 pm

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

Orden médica: 765200302901-OMED-1256143, 17-Oct-2021

- ACETAMINOFEN 500 MG TABLETAS, TABLETA, #40, ORAL, 1 Cada 6 horas

Observaciones: EN CASO DE DOLOR

Documento de venta asociado

FVE-150051

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0762] ESP. ARBELAEZ PEDRO LEON (CIRUJANO GENERAL) -
NIT: 14870588 - Registro: 08366 - Especialidad: CIRUGIA GENERAL
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura TRIAGE del 28-Oct-2021 01:57 am: 48 Años

Id: 1518567

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 115 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

MOTIVO DE CONSULTA

DOLOR EN EL ABDOMEN"

Clasificación de triage

Urgencia

ANTECEDENTES PERSONALES

NINGUNA

MOTIVO DE CONSULTA

" DOLOR ESTOMAGO"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESTRECHEZ URETRAL QUIEN HA REQUERIDO DILATACIONES PERIODICAS QUIEN REFIERE CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 3 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR TIPO URGENTE EN HIPOGASTRIO EN ZONA DE INSERCIÓN DE ZONDA VESICAL ASOCIADO A SALIDA DE SECRECIÓN PURULENTO, NIEGA FIEBRE U OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA.

PROFESIONAL: [1184] ENF. ARBOLEDA HURTADO HILDA LILIANA - NIT: 66762782 - Registro: 66762782 - Especialidad: ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 28-Oct-2021 01:57 am: 48 Años**

Id: 2778700

Fecha de grabación: 28-Oct-2021 01:57 am

NOTAS ACLARATORIAS TRIAGE

PCTE QUE CONSULTA POR DOLOR ABDOMINAL A EN MESOGASTRICO, PORTADOR DE Sonda SUPARTAPUBICA, SE OBSERVA PALIDO, ADINAMICO, QUEJAMBROSO, CON EVOLUCION DE 3 HORAS

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 75, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.7°C, Peso: 65.0

Kgs., Talla: 170 cms., IMC: 22.49 Peso normal, Perímetro cintura: --,

Saturación O2: 99.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente

embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 122 / 72 (Normal / TA Media: 88), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

OBSERVACIONES

T2

Documento de venta asociado

FVE-154333

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1184] ENF. ARBOLEDA HURTADO HILDA LILIANA - NIT: 66762782 - Registro: 66762782 - Especialidad: ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura URGENCIAS del 28-Oct-2021 03:12 am: 48 Años

Id: 1518572

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM

RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM

VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE TAMAÑO

ESTRECHEZ URETRAL.

ESTRECHEZ DE MEATO URETRAL

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extracción de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMA

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 116 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Comentarios

Comentario alusivo a la Historia::

PROFESIONAL: [1407] BEDOYA RENGIFO LAURA LUCIA - NIT: 1113684730 -
Registro: 1113684730 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y
DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 28-Oct-2021 03:12 am: 48 Años**

Id: 2778719

Fecha de grabación: 28-Oct-2021 03:12 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: PACIENTE ALGICO, CONSIGNETE, ALEERTA, SIN SIGNOS DE SIRS

Frec. cardiaca: 75, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.7°C, Peso: 65.0 Kgs., Talla: 170 cms., IMC: 22.49 Peso normal, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 99.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 122 / 72 (Normal / TA Media: 88), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

Escala Glasgow: 15/15 (Ocular:4. Verbal:5. Motora:6)

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS, ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

SE OBSERVA HRIDA QUIRURGICA E LAPAROTOMIA SIN CALOR, EDEMA , ERITMEA LOCAL , SIN EMABRGO CON SECRECION PURULENTE LOCAL, SE OBSERVA Sonda desde region HIPOGASTRICA, PERMEABLE.
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE CON DOLOR A LA PALPACION EN MEOSGASTRIO E HIPOGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO Y ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-154333

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA -
Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R104] OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO
ESPECIFICADOS - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 28-Oct-2021 10:53 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****Direccionamiento a programas****

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?:
NO

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESTERECHEZ URETRAL QUIEN HA REQUERIDO DILATAciones PERIODICAS QUIEN REFIERE CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 3 HORAS DE EVOLUCION CONSISTGENTE EN DOLOR TIPO URTENTE EN HIPOGASTRIO EN ZONA DE INSERCIÓN DE ZONDA VESICAL ASOCIADO A SALIDA DE SECRECION PURULENTE, NIEGA FIEBRE U OTRA SINTOAMTOLOGIA ASOCAIDA.

DE ACUERDO A LO ANTERIOR, PACIENTE CON CUADRO CLINICO DOLRO ABBODMINAL RELACIONADO A ANTECEDENTE ESTGRECHEZ UTERAL E INFECCION DE SITIOO INSERSCION DE Sonda , PACIENTE REFIERE DR UMÑANA SOLICITO CAMBIO DE Sonda QUE REFIERE ESTA DE TURNO EL DIA DE HOY POR LKO QUE SS IC POR UROLOGIA, SE EXPLICA A PCTE Y FAMILAIR QUINES REFIEREN ENTIENDE Y ACEPTA-

ORDENES MEDICAS

- OBSERVACION
- HIOSCINA SIMPLE + DIPIRNA 1 AMP EV DILUIDA LENTA DU
- SS HEMOGRAMA, UROANASLISI + GRAM , PCR
- SS IC POR UROLOGIA - DR UMAÑA
- REVALOAR

Comentario de Evolución

Comentario de Evolucion sobre la Historia:

Orden médica: 765200302901-OMED-1264161, 28-Oct-2021

- COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
Observaciones: ORINA



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 117 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

- HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECU
- PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION +
- UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA +

Orden médica: 765200302901-OMED-1264162, 28-Oct-2021

- BUTIL HIOSCINA + DIPIRONA 20MG + 2.5 GM AMPOLLA, SOLUCIÓN INYECTABLE, #1, , 1 Cada 1 horas

Observaciones: Día 1: [7:00AM-]

Orden médica: 765200302901-OMED-1264162,

Adm.tto: 28-Oct 3:44. (1) SE ADMINISTRA 1 AMPOLLA DE BUSCAPINA COMPUESTA A EN JERINGA 20CC DE SSN0.9%, LENTA, SE LE PREGUNTA AL PACIENTE SI ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO EL CUAL NIEGA, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUN SIGNO DE COMPLICACION AUXILIAR DE ENFERMERIA lina valencia

Orden médica: 765200302901-OMED-1264164, 28-Oct-2021

- INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA

Documento de venta asociado

FVE-154333

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

Orden médica: 765200302901-OMED-1264166, 28-Oct-2021

- FRASCO RECOLECTOR ORINA, #1, ,

- JERINGA 20ML, #3, ,

- CATETER INTRAVENOSO #18, #2, ,

Documento de venta asociado

FVE-154333

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1183] AE. VALENCIA CERQUERA LILIANA - NIT: 29675590 - Registro: 760068 - Especialidad: ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****INTERCONSULTA ESPECIALISTA del 28-Oct-2021 09:41 am: 48 Años**

Id: 2778951

Fecha de grabación: 28-Oct-2021 09:41 am

PROFESIONAL: [1407] BEDOYA RENGIFO LAURA LUCIA - NIT: 1113684730 - Registro: 1113684730 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****NOTAS DE ENFERMERIA del 28-Oct-2021 03:44 am: 48 Años**

Id: 2778721

Fecha de grabación: 28-Oct-2021 03:44 am

EVOLUCIÓN

INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS CONSCIENTE Y ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR, CONSULTA AL SERVICIO POR MOTIVOS YA DESCRITOS EN LA HISTORIA CLINICA; ES VALORADO POR EL MEDICO GENERAL DE TURNO QUE EMITE ORDENES MEDICAS; CON PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD: GORO QX, TAPABOCAS N95, BATA QUIRURGICA, MONOGAFAS, GUANTES Y CARETA. SE ATIENDE PACIENTEEN CAMILLA DE PROCEDIMIENTOS QUIEN NIEGA ALERGIA Y CUMPLEN SIN COMPLICACIONES.SE TOMAN MUESTRAS DE LABORATORIO PENDIENTE REPORTE DE PARACLINICOS Y VALORACION POR UROLOGIA PARA DEFINIR CONDUCTA A SEGUIR.

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 37.0°C, Peso: 65.0

Kgs., Talla: 170 cms., IMC: 22.49 Peso normal, Perímetro cintura: --,

Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente,

Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente

embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 120 / 70 (Optima / TA Media: 86), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

PIEL

NORMAL

ESTADO MENTAL

NORMAL

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 118 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

ANÁLISIS Y PLAN

INTERCONSULTA UROLOGIA DOCTOR UMAÑA

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE LESION URETRAL Y RUPTURA VESICAL, QUIEN REQUIRIO INTERVENCION QUIRURGICA PARA CIERRE DE LA MISMA, ACTUALMENTE CON CISTOTOCMIA, CONSULTA POR CUADRO DE DOLOR Y SALIDA DE SECRECION PERISONDA.

SE EVALUA PACIENTE CLINICA PACIENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE SIRS, ACTUALMENTE CON ORINA CLARA POR CISTOTOCMIA, TIENE SECRECION PERISONDA NO PURULENTA, ESTO SECUNDARIO A CUERPO EXTRAÑO, LABORATORIOS: HEMOGRAMA: SIN LEUCOCITOSIS, NO HAY REPORTE DE UROANALISIS, NI UROCULTIVO.

AP: SE DECIDE DAR DE ALTA CON RECOMENDACIONES GENERALES MAS SIGNOS DE ALARMA.

CIPROFLOXACINA 500 CADA 12 HORAS POR 5 DIAS

ACETAMINOFEM 500 CADA 6 HORAS POR 5 DIAS

CITA CONTROL CON DOCTOR UMAÑA PROXIMO MARTES 02 DE NOVIEMBRE 2021 PARA COLOCAR SONDA VESICAL.

SE INSISTE AL PACIENTE QUE DEBE REALIZAR CISTOSCOPIA Y URETROGRAFIA PRIORITARIAMENTE. (YA LAS ORDENES SE DIERON EN CONSULTA PASADA)

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-154333

Principal de consulta: [N350] ESTRECHEZ URETRAL POSTRAUMATICA - Impresión diagnostica

Principal de consulta: [R104] OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 0001 URGENCIAS

Fecha y hora de egreso: 28-Oct-2021 10:53 am

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

Documento de venta asociado

FVE-154333

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1326] ESP. UMAÑA PRETEL HECTOR FABIO(UROLOGO) - NIT: 14467523 - Registro: 004741-20 - Especialidad: UROLOGIA [765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura MEDICA GENERAL del 9-Nov-2021 10:11 am: 48 Años

Id: 1524875

MOTIVO DE CONSULTA

ORDEN DE UROCULTIVO Y ATB Y ...

ENFERMEDAD ACTUAL

USUARIO CON CUADRO DE ESTRECHEZ URETRAL. REFIERE CIRUGIA POR PERITONITIS POR ESTALLIDO DE VEJIGA EN SEPTIEMBRE DE 2021, USAURIO REFIERE QUE HA PRESENTADO DOLOR ABDOMINAL EN AREA QUIRURGICA , SIENTE DISTENCION ABDOMINAL, ADINAMIA. REFIERE QUE REQUIERE ESTUDIO POR UROLOGIA PARA EL CUAL LE HAN SOLICITADO UROCULTIVO Y ATB. SOLICITA ADEMAS ORDEN PARA CAMBIO DE SONDA VESICAL CADA 15 DIAS SOLICITA VALORACION POR PSICOLOGIA POR DEPRESION.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM

RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM

VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE TAMAÑO

ESTRECHEZ URETRAL.

ESTRECHEZ DE MEATO URETRAL

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extracción de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICO

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

ANTECEDENTES PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

OTRAS

NINGUNA



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 119 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL
Respiratorio: NORMAL
Cardiovascular: NORMAL
Digestivo: NORMAL
Genito-urinario: NO SE EXAMINA
Endocrino: NORMAL
Hematopoyético: NORMAL
Osteo-muscular: NORMAL
Nervioso: NORMAL
Psicológico: NORMAL

Comentarios

Comentario alusivo a la Historia::

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVI

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULA

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-4138974

Principal de consulta: [R104] OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS - Impresión diagnostica

Relacionado a la consulta: [F329] EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

Servicio de egreso: 0003 CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL

En internación

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

Direccionamiento a programas

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?: NO

ANÁLISIS Y PLAN

USUARIO DE 48 AÑOS DE EDA CON CIRUGIA ABDOMINAL EN SEPTIEMBRE DE 2021 POR PERITONITIS, PRESENTA EN ULTIMO MES DOLRO ABDOMINAL EN AREA QUIRURGICA, DISTENCION ABDOMINAL, SE REMITE A VALORACION PRIORITARIA POR CIRUGIA POR PERSISTENCIA DE DOLOR ABDOMINAL.

USUARIO EN VALORACION PR UROLOGIA POR ESTRECHEZ URETRAL , PENDIENTE REALIZACION DE ESTUDIO PARA EL CUAL SE SOLIICTA UROCULTIVO Y ATB, SE DA ORDEN DE PARACLINICO Y SE DA ORDEN PARACAMBIO DE Sonda VESICAL CADA 15 DIAS #2U

USUARIO CON DEPRESION ASOCIADA A SU CONDICION DE SALUD, SE REMITE A VALORACION PRIORITARIO POR PSICOLOGIA, DEFINIR CONDUCTA A SEGUIR.

Documento de venta asociado

CPS-4138974

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0009] MD.DELGADO MENA AYDEE ALCINARIS - NIT: 66761997 - Registro: 172248 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[765200302901] ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO

****Evolución del 9-Nov-2021 10:11 am: 48 Años**

Id: 2792297

Fecha de grabación: 9-Nov-2021 10:11 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL
ACUDE ACOMPAÑADO- USAN TAPABOCAS
Frec. cardiaca: 78, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 37.0°C, Peso: 65.0 Kgs., Talla: 170 cms., IMC: 22.49 Peso normal, Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 110 / 70 (Optima / TA Media: 83), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS Y ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

BLANDO DEPRESIBLE , LEVE DISTENCION ABDOMINAL. DOLOR EN AREA QUIRURGICA, CICATRIZ SANA

PROFESIONAL: [0009] MD.DELGADO MENA AYDEE ALCINARIS - NIT: 66761997 - Registro: 172248 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[765200302901] ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO

****Evolución del 9-Nov-2021 10:17 am: 48 Años**

Id: 2792314

Fecha de grabación: 9-Nov-2021 10:17 am

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 120 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: ACUDE ACOMPAÑADO - USA TAPABOCAS
Frec. cardiaca: 78, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 37.0°C, Peso: 65.0
Kgs., Talla: 170 cms., IMC: 22.49 Peso normal, Perímetro cintura: --,
Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente,
Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente
embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 110 / 70 (Optima / TA Media: 83), Acostado: --,
De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS Y ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMONAR

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVI

NORMAL

SISTEMA OSTEOMUSCULA

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

ESTADO MENTAL

NORMAL

PIEL

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-4138974
Principal de consulta: [R104] OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO
ESPECIFICADOS - Impresión diagnostica
Relacionado a la consulta: [F329] EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO
Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA
Servicio de egreso: 0003 CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL
En internación
Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****Direccionamiento a programas****

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promocion y prevencion?:
NO

ANÁLISIS Y PLAN

ORDEN MEDICA DE ESPECIALISTA : CAMBIO DE SONDA DE CISTOSTOMIA
CADA 14 DIAS AMBULATORIO
dx z395 CISTOSTOMIA

Documento de venta asociado

CPS-4138974

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [0009] MD.DELGADO MENA AYDEE ALCINARIS - NIT:
66761997 - Registro: 172248 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y
DOMICILIARIA
[765200302901] ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO

Apertura PSICOLOGIA del 17-Nov-2021 09:05 am: 48 Años

Id: 1529270

MOTIVO DE CONSULTA

AFECTACION EMOCIONAL DEBIDO A ENFERMEDAD ACTUAL, QUE AFECTA
SU VIDA DIARIA

ENFERMEDAD ACTUAL

DX ESTRECHES URETRAL

**** Historia Clínica Psicología ******Composición Familiar:**

Detalle la composición familiar (convivencia):: VIVE CON ESPOSA

Número de Hermanos:: 8.00

Lugar que ocupa:: 4.00

Nombre del Conyuge:: ALEIDA OCAMPO

Ocupación:: T INDEPENDIENTE

Número de Hijos:: 1.00

Familiograma:

Descripción: BUENA RELACION CON SU FAMILIA

Infancia:

Descripción:: ABUELOS PRESENTES, BUENA RELACION CON LA FAMILIA

Adolescencia:

Descripción:: MADRE PRESENTES, BUENA RELACION CON SU FAMILIA

Adulthood:

Descripción:: BUENA RELACION CON LA FAMILIA

PROFESIONAL: [1317] PS - STEPHANY ALEJANDRA MARULANDA CERQUERA
(PSICOL - NIT: 1113682281 - Registro: 204096 - Especialidad: SALUD MENTAL
Y FARMACODEPENDENCIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 17-Nov-2021 09:05 am: 48 Años**

Id: 2801781

Fecha de grabación: 17-Nov-2021 09:05 am

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 121 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

ESTADO MENTAL

PACIENTE UBCIADO EN SUS TRES ESFERAS, DISCURSO COHERENTE Y ESTRUCTURA, REPONDE INTERVALO PREGUNTA REPSUESTA, AFCETO TRISTE, BUENA PRESENTACION PERSONAL

CONDUCTA A SEGUIR

VALORACION POR PSIQUIATRIA
CONTROL POR PSICOLOGIA

EVOLUCIÓN

PACIENTE DE 48 AÑOS ACUDE A CONSULTA EXTERNA POR CONTEXTO DE AFECTACIÓN EMOCIONAL DEBIDO A ENFERMEDAD ACTUAL, QUE AFECTA SU VIDA DIARIA, EN COMPAÑÍA DE SU ESPOSA. EN CONVERSACIÓN CON EL PACIENTE REFIERE QUE SU ESTILO DE VIDA SE HA VISTO DETERIORADO DEBIDO A EL DX DADO ESTRECHES DE URETRA, POR TAL MOTIVO YA NO PUEDE TRABAJAR Y ESTO AGREGA LO HA AFECTADO EMOCIONALMENTE, PRESENTA LLANTO FÁCIL Y MUCHA DESMOTIVACION Y PREOCUPACIÓN, SÍNTOMAS QUE SE VIENE PRESENTANDO DESDE HACE 4 MESES. PACIENTE UBICADO EN SUS TRES ESFERAS, DISCURSO COHERENTE Y ESTRUCTURADO, RESPONDE INTERVALO PREGUNTA REPUESTA, LLANTO FÁCIL, AFECTO TRISTE, BUENA PRESENTACIÓN PERSONAL. EN VALORACIÓN PACIENTE NIEGA PENSAMIENTO E IDEACION SUICIDA, NIEGA ALUCINACIONES AUDITIVAS Y VISUALES, REFIERE ALTERACIONES EN EL PATRÓN DEL SUEÑO MAS NO DE LA ALIMENTACIÓN, NIEGA CONSUMO DE SPA. SE SENSIBILIZA A LA PATINETE ACERCA DE LA IMPORTANCIA DE SER VALORADA POR EL PSIQUIATRA PARA DESCARTAR UN TRASTORNO DEPRESIVO O UN EPISODIO DEPRESIVO, POSTERIOR A ESO TENER CITA DE CONTROL POR PSICOLOGÍA. PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. ANEXO 3.

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-161156
Principal de consulta: [F329] EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica
Servicio de egreso: 0010 CONSULTA EXTERNA-PSICOLOGIA
En internación
Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

Documento de venta asociado

FVE-161156
Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1317] PS - STEPHANY ALEJANDRA MARULANDA CERQUERA
(PSICOL - NIT: 1113682281 - Registro: 204096 - Especialidad: SALUD MENTAL Y FARMACODEPENDENCIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

Apertura HC. ESPECIALISTA (AMBULATORIO) del 9-Dic-2021 09:45**am: 48 Años****Id: 1541944**

MOTIVO DE CONSULTA

O/P Palmira
Escolaridad: Bachiller
Comerciante

MC: " Me remitió psicología"

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con diagnostico de estrechez uretral desde septiembre de 2021, refiere que en dilatación uretral sufrió ruptura de vejiga con peritonitis por lo que le realizaron laparoscopia, actualmente con sonda de cistostomia, refiere sentirse frustrado porque a pesar de todo lo que le ha sucedido no ha resuelto la causa primaria de su consulta inicial pues tiene pendiente reconstrucción de uretra y no tiene certeza de su pronta mejoría, ante estas circunstancias presenta deterioro de su funcionalidad laboral y detrimento economico, requiere ayuda par su autocuidado y debe dormir siempre en la misma posición, siente estado de animo depresivo, llanto facil, ideas de frustración, preocupación e impotencia, niega ideas suicidas o de heteroagresión, con ideas referenciales contra el urologo que le realizó el procedimiento inicial, insomnio de mantenimiento, refiere tenesmo vesical de predominio nocturno, en el momento recibe tramadol 8 gotas en la noche y cefalexina capsulas.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM
RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM
VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE TAMAÑO
ESTRECHEZ URETRAL.
ESTRECHEZ DE MEATO URETRAL

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extraccion de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICOS

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

OTRAS

NINGUNA

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 122 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO

PROFESIONAL: [1324] ESP. MORA LADINO MAURICIO (PSIQUIATRIA) - NIT:

94461510 - Registro: 763918 - Especialidad: PSIQUIATRIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 9-Dic-2021 09:45 am: 48 Años**

Id: 2828301

Fecha de grabación: 9-Dic-2021 09:45 am

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 37.0°C, Peso: 63.0

Kgs., Talla: 165 cms., IMC: 23.14 Peso normal, Perímetro cintura: --,

Saturación O2: 98.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente,

Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente

embriagado: NO

Tensión arterial: Sentado: 120 / 80 (Optima / TA Media: 93), Acostado: --,

De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS Y ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PULMÓN

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

SISTEMA GENITO-URINARIO

NORMAL

EXTREMIDADES Y PELVIS

NORMAL

SISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

PIEL

NORMAL

ESTADO MENTAL

Ingresa por sus propios medios al consultorio, aparenta edad cronológica, talla y textura media, tez blanca, con lentes, viste de acuerdo al contexto colabora con la entrevista, establece y sostiene contacto visual.

Euquetico

Afecto eutímico

Pensamiento: Coherente, relevante, intervalo pregunta respuesta normal, producción ideológica verbal normal, volumen de voz normal, ideas de frustración, minusvalía, futilidad, ideas referenciales contra urologo que le realizó procedimiento, no verbaliza delirios, niega ideas de auto o heteroagresión, forma lógica.

Sensorio: Niega alucinaciones o ilusiones.

Sensorio: Alerta, orientado, cálculo, memoria y abstracción conservados

Juicio de la realidad: No comprometido.

SISTEMA OSTEOMUSCULAR

NORMAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-FVE-169264

Principal de consulta: [F432] TRASTORNOS DE ADAPTACION - Confirmado nuevo

Relacionado a la consulta: [F321] EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

Relacionado a la consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA

Servicio de egreso: 0116 CONSULTA EXTERNA-PSIQUIATRICA

En internación

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

****Direccionamiento a programas****

Paciente requiere direccionamiento a Programas de Promoción y prevención?: SI

****Direccionamiento a programas / Direccionamiento a programas****

06- ¿A que programas desea direccionar al paciente?

****Direccionamiento a programas****

Salud mental

ANÁLISIS Y PLAN

Paciente con síntomas depresivos posteriores a complicación quirúrgica derivada de intento de dilatación uretral, con ideas de minusvalía, futilidad, frustración, deterioro laboral y económico por su estado de salud, no hay ideas suicidas ni homicidas, ni síntomas psicóticos, considero cursa con un trastorno de adaptación, que se resolverá una vez se resuelva su cuadro clínico de base, indico manejo con trazodona 50 mg en la noche como hipnótico, psicoterapia por psicología, control en un mes.

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 123 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO**Identificación: CC 16860639****ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO****Mas, 50 Años (23-Mar-1973)**

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

Documento de venta asociado

FVE-169264

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.

PROFESIONAL: [1324] ESP. MORA LADINO MAURICIO (PSIQUIATRIA) - NIT:

94461510 - Registro: 763918 - Especialidad: PSIQUIATRIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

**Apertura MD GENERAL TELE TRABAJO del 19-May-2023 08:38 am:
50 Años**

Id: 1983969

**** CUESTIONARIO BREVE PARA TAMIZAJE DE EPOC ******CUESTIONARIO "COULD IT BE COPD"**

¿Tose muchas veces la mayoría de los días?: No

¿Tiene flemas o mocos la mayoría de los días?: No

¿Se queda sin aire mas facilmente que otras personas de su edad?: No

¿Es mayor de 40 años?: Si

¿Actualmente fuma o es un exfumador?: No

: 1.00

MOTIVO DE CONSULTA

"ATENCIÓN BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA"POR EL PENE"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SE ATIENDE VIA TELEFONICA EN MODALIDAD DE TELECONSULTA POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA DE COVID 19, SE EXPLICA QUE ESTA CONSULTA TELEFONICA SE ESTA REALIZANDO PARA QUE EL PACIENTE PUEDA SER ATENDIDO SIN PERDER LA CITA, PERO AL MISMO TIEMPO LO PROTEGEMOS PARA QUE NO SE EXPONGA SALIENDO DE SU CASA, ASI EVITAMOS QUE EL PACIENTE TENGA RIESGO DE CONTAGIARSE POR EL CORONAVIRUS, PACIENTE QUIEN CONSULTA POR QUE PRESENTA LESION EN EL PENE EN EL PREPUICIO QUE LE IMPIDE ORINAR BIEN, YA HA TENIDO ANTECEDENTE DE DILATACIONES, REFIERE QUE TUVO ANTECEDENTE DE PERFORACION DE VJIGA EN PROCEDIMIENTO QUE LE REALIZARON CIRUGIA PARA ESTO

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DEL RIESGO DE CONTAGIO COVID-19

1. ¿ES TRABAJADOR DE LA SALUD O TRABAJA EN UN AMBITO HOSPITALARIO O EN UN AEROPUERTO? NO

A. ¿HA PRESENTADO USTED CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS?

B. FIEBRE: NO

C. ODINOFAGIA: NO

D. TOS: NO

E. FATIGA/CANSANCIO: NO

F. DISNEA: NO

2. ¿HA ESTADO EN CONTACTO CERCANO CON UNA PERSONA QUE HAYA LEGADO AL PAIS EN LOS ULTIMOS 19 DIAS? NO

3. ¿LLEGO DEL EXTERIOR EN LOS ULTIMOS 19 DIAS? NO

4. ¿HA ESTADO EN CONTACTO CERCANO CON UNA PERSONA QUE PRESENTE FIEBRE, TOS, DISNEA, ODINOFAGIA, FATIGA/CANSANCIO? NO

ENFERMEDAD ACTUAL

5. ¿HA ESTADO EN CONTACTO CERCANO CON UNA PERSONA A QUIEN LE HAYAN TOMADO LA MUESTRA PARA CORONAVIRUS? NO

6. ¿USTED FUMA O TIENE HISTORIA CLINICA DE IAM, ECV, DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, ASMA, EPOC, ENF AUTOINMUNES, TRANSPLANTADO, ONCOLOGICO, VIH, DIALIZADO, MALNUTRICION, OBESIDAD O DESNUTRICION? NO

7. ¿USTED RECIBE MEDICAMENTOS COMO CORTICOIDES O INMUNOSUPRESORES? NO

8. ¿USTED HA ESTADO EN CONTACTO CERCANO CON UNA PERSONA DEL AREA ASISTENCIAL HOSPITALARIO, ASISTENCIAL AEROPUESTO O TRANSPORTE PASAJEROS? NO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM

RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM

VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE TAMAÑO

ESTRECHEZ URETRAL.

ESTRECHEZ DE MEATO URETRAL

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extraccion de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICOS

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

OTRAS

NINGUNA

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Digestivo: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Endocrino: NORMAL

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 124 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

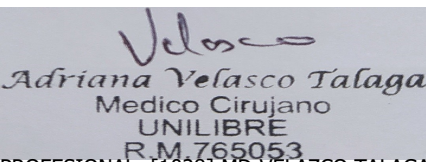
ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO



PROFESIONAL: [1028] MD-VELAZCO TALAGA ADRIANA - NIT: 66779397 -
Registro: 765053 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 19-May-2023 08:38 am: 50 Años**

Id: 3654754

Fecha de grabación: 19-May-2023 08:43 am

****Tamizaje clinico para TB / Tamizaje clinico para TB****

01- ¿Ha presentado alguno o varios de los siguientes sintomas?

****Tamizaje clinico para TB****

No Aplica

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE ATENDIDO VIA TELEFONICA EN MODALIDAD DE TELECONSULTA
POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA DE COVID 19, NO SE REALIZA
EXAMEN FISICO NI SIGNOS VITALES
SS VLX POR UROLOGIA

ESTADO MENTAL

NORMAL

CONDUCTA A SEGUIR

SS VLX POR UROLOGIA
RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCION DEL COVID 19:
SE LE EXPLICA AL PACIENTE QUE SE REALIZA TELECONSULTA POR
CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA DEL COVID 19, SE DAN
RECOMENDACIONES Estrictas PARA LA PREVENCIÓN DE COVID 19,
EVITAR CONTACTO CERCANO CON PERSONAS QUE ESTEN ENFERMAS,
BUENA HIGIENE DE MANOS: LAVARSE LAS MANOS CON ABUNDANTE AGUA
Y JABON DURANTE 20 SG EN REPETIDAS OCASIONES, EVITAR TOCARSE
OJOS, NARIZ O BOCA, AL ESTORNUDAR O TOSER CUBRIRSE CON LA PARTE
INTERNA DEL CODO O CON UN PAÑUELO DESECHABLE, LIMPIAR Y
DESINFECTAR LOS OBJETOS Y LAS SUPERFICIES QUE SE TOCAN
FRECUENTEMENTE, VENTILAR LA CASA, SI TIENES SINTOMAS
RESPIRATORIOS QUEDATE EN CASA Y USA TAPABOCAS, ESTAR ATENTO A
LA APARICION DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS COMO: FIEBRE, TOS,
MOCOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, MALESTAR GENERAL, SOBRE TODO
SI ESTUVO FUERA DEL PAIS O CONTACTO CON PERSONAS EXTRANJERAS E
INMEDIATAMENTE COMUNICARSE CON LAS SIGUIENTES LÍNEAS
TELÉFONICAS: 6022834063 EXTENSIÓN 1, ADEMÁS SI LLEGO DE OTRO
PAIS DEBE TOMAR LA MEDIDA DE AUTOAISLAMIENTO E INTERNACIÓN EN
SU RESIDENCIA O EN UN HOSPEDAJE TRANSITORIO DURANTE 14 DIAS
CON TODOS LOS CUIDADOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE.

EVOLUCIÓN

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-4528362

Principal de consulta: [N359] ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA -
Impresión diagnostica

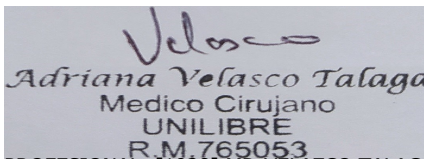
Relacionado a la consulta: [Z768] PERSONA EN CONTACTO CON LOS
SERVICIOS DE SALUD EN OTRAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIFICADAS
Servicio de egreso: 0003 CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL
En internación

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

Documento de venta asociado

CPS-4528362

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.



PROFESIONAL: [1028] MD-VELAZCO TALAGA ADRIANA - NIT: 66779397 -
Registro: 765053 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

**Apertura MD GENERAL TELE TRABAJO del 24-May-2023 08:22 am:
50 Años**

Id: 1987830

CUESTIONARIO "COULD IT BE COPD"

¿Tose muchas veces la mayoría de los días?: No

¿Tiene flemas o mocos la mayoría de los días?: No

¿Se queda sin aire mas facilmente que otras personas de su edad?: No

¿Es mayor de 40 años?: Si

¿Actualmente fuma o es un exfumador?: No

: 1.00

MOTIVO DE CONSULTA

"ATENCIÓN BAJO MODALIDAD DE TELECONSULTA"POR LOS OJOS

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SE ATIENDE VIA TELEFONICA EN MODALIDAD DE
TELECONSULTA POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA DE COVID 19, SE
EXPLICA QUE ESTA CONSULTA TELEFONICA SE ESTA REALIZANDO PARA
QUE EL PACIENTE PUEDA SER ATENDIDO SIN PERDER LA CITA, PERO AL
MISMO TIEMPO LO PROTEGEMOS PARA QUE NO SE EXPONGA SALIENDO DE
SU CASA, ASI EVITAMOS QUE EL PACIENTE TENGA RIESGO DE
CONTAGIARSE POR EL CORONAVIRUS, PACIENTE QUIEN CONSULTA POR
QUE PRESENTA TRASTORNO REFRACTIVO SIN CAMBIO DE GAFAS HACE
MAS DE 2 AÑOS, AHORA CON CANSANCIO VISUAL Y ALTERACION DE LA
VISION

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DEL RIESGO DE CONTAGIO
COVID-19

1. ¿ES TRABAJADOR DE LA SALUD O TRABAJA EN UN AMBITO
HOSPITALARIO O EN UN AEROPUERTO? NO

A. ¿HA PRESENTADO USTED CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES
SINTOMAS?

B. FIEBRE: NO

**IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 125 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

ENFERMEDAD ACTUAL

- C. ODINOFAGIA: NO
D. TOS: NO
E. FATIGA/CANSANCIO: NO
F. DISNEA: NO
2. ¿HA ESTADO EN CONTACTO CERCANO CON UNA PERSONA QUE HAYA LEGADO AL PAIS EN LOS ULTIMOS 19 DIAS? NO
3. ¿LLEGO DEL EXTERIOR EN LOS ULTIMOS 19 DIAS? NO
4. ¿HA ESTADO EN CONTACTO CERCANO CON UNA PERSONA QUE PRESENTE FIEBRE, TOS, DISNEA, ODINOFAGIA, FATIGA/CANSANCIO? NO
5. ¿HA ESTADO EN CONTACTO CERCANO CON UNA PERSONA A QUIEN LE HAYAN TOMADO LA MUESTRA PARA CORONAVIRUS? NO
6. ¿USTED FUMA O TIENE HISTORIA CLINICA DE IAM, ECV, DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL, ASMA, EPOC, ENF AUTOINMUNES, TRANSPLANTADO, ONCOLOGICO, VIH, DIALIZADO, MALNUTRICION, OBESIDAD O DESNUTRICION? NO
7. ¿USTED RECIBE MEDICAMENTOS COMO CORTICOIDES O INMUNOSUPRESORES? NO
8. ¿USTED HA ESTADO EN CONTACTO CERCANO CON UNA PERSONA DEL AREA ASISTENCIAL HOSPITALARIO, ASISTENCIAL AEROPUESTO O TRANSPORTE PASAJEROS? NO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ECO RENAL Y DE VIASURINARIAS: RD: 10.2*2.9*3.1 CM CORTICAL:1 CM
RI: 10.4*3.9*3.4 CM CORTICAL 1.2 CM
VEJIGA SIN DISTENDER PROSTATA VOL 25.9 CC LIG AUMENTADA DE TAMAÑO
ESTRECHEZ URETRAL.
ESTRECHEZ DE MEATO URETRAL

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Extraccion de calculo renal

ANTECEDENTES TOXICO-ALÉRGICOS

Niega ant alergicos.

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES

NEGATIVO

OTRAS

NINGUNA

PLANIFICACIÓN

NEGATIVO

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

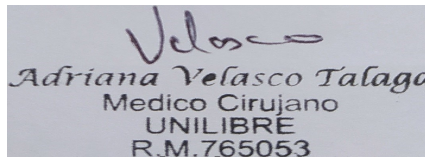
NEGATIVO

REVISIÓN POR SISTEMAS

ORL: NORMAL
Respiratorio: NORMAL
Cardiovascular: NORMAL
Digestivo: NORMAL
Genito-urinario: NO SE EXAMINA
Endocrino: NORMAL
Hematopoyético: NORMAL
Osteo-muscular: NORMAL
Nervioso: NORMAL
Psicológico: NORMAL

ANTECEDENTES LABORALES

NEGATIVO



PROFESIONAL: [1028] MD-VELAZCO TALAGA ADRIANA - NIT: 66779397 -
Registro: 765053 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

****Evolución del 24-May-2023 08:22 am: 50 Años**

Id: 3662307

Fecha de grabación: 24-May-2023 08:26 am

****Tamizaje clinico para TB / Tamizaje clinico para TB****

01- ¿Ha presentado alguno o varios de los siguientes sintomas?

****Tamizaje clinico para TB****

No Aplica

ANÁLISIS Y PLAN

PACIENTE ATENDIDO VIA TELEFONICA EN MODALIDAD DE TELECONSULTA
POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA DE COVID 19, NO SE REALIZA
EXAMEN FISICO NI SIGNOS VITALES, SS VLX POR OPTOMETRIA



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Pág. 126 de 126

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Identificación: CC 16860639

ACHIPIZ MURIEL GUSTAVO ADOLFO

Mas, 50 Años (23-Mar-1973)

Facturación con cargo a: Regimen: Subsidiado Empresa: CAFESALUD EPS S.A. Nivel: NIVEL1

ESTADO MENTAL

NORMAL

CONDUCTA A SEGUIR

SS VLX POR OPTOMETRIA

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCION DEL COVID 19:

SE LE EXPLICA AL PACIENTE QUE SE REALIZA TELECONSULTA POR CONTINGENCIA DE LA PANDEMIA DEL COVID 19, SE DAN RECOMENDACIONES Estrictas PARA LA PREVENCIÓN DE COVID 19, EVITAR CONTACTO CERCANO CON PERSONAS QUE ESTEN ENFERMAS, BUENA HIGIENE DE MANOS: LAVARSE LAS MANOS CON ABUNDANTE AGUA Y JABON DURANTE 20 SG EN REPETIDAS OCASIONES, EVITAR TOCARSE OJOS, NARIZ O BOCA, AL ESTORNUDAR O TOSER CUBRIRSE CON LA PARTE INTERNA DEL CODO O CON UN PAÑUELO DESECHABLE, LIMPIAR Y DESINFECTAR LOS OBJETOS Y LAS SUPERFICIES QUE SE TOCAN FRECUENTEMENTE, VENTILAR LA CASA, SI TIENES SINTOMAS RESPIRATORIOS QUEDATE EN CASA Y USA TAPABOCAS, ESTAR ATENTO A LA APARICION DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS COMO: FIEBRE, TOS, MOCOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, MALESTAR GENERAL, SOBRE TODO SI ESTUVO FUERA DEL PAIS O CONTACTO CON PERSONAS EXTRANJERAS E INMEDIATAMENTE COMUNICARSE CON LAS SIGUIENTES LÍNEAS TELEFÓNICAS: 6022834063 EXTENSIÓN 1, ADEMÁS SI LLEGO DE OTRO PAIS DEBE TOMAR LA MEDIDA DE AUTOAISLAMIENTO E INTERNACIÓN EN SU RESIDENCIA O EN UN HOSPEDAJE TRANSITORIO DURANTE 14 DÍAS CON TODOS LOS CUIDADOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE.

EVOLUCIÓN

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 765200302901-CPS-4531607

Principal de consulta: [H527] TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO - Impresión diagnostica

Relacionado a la consulta: [Z768] PERSONA EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD EN OTRAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIFICADAS

Servicio de egreso: 0003 CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL

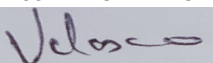
En internación

Remitido a: URGENCIAS / E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE

Documento de venta asociado

CPS-4531607

Subsidiado: COMPENSAR E.P.S.


Adriana Velasco Talaga
Medico Cirujano
UNILIBRE
R.M.765053

PROFESIONAL: [1028] MD-VELAZCO TALAGA ADRIANA - NIT: 66779397 -

Registro: 765053 - Especialidad: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

[765200302949] HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

CONCEPTO TÉCNICO RESPECTO A LA ATENCIÓN DEL PACIENTE GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL.

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL.
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	CÉDULA DE CIUDADANÍA 16860639.
EDAD A LA ATENCIÓN:	48 AÑOS.

II. METODOLOGÍA

Posterior a la revisión de la historia clínica relacionada con los servicios asistenciales prestados a GUSTAVO ADOLFO ACHIPIZ MURIEL, en lo relacionado a la atención médica, en el año 2021 en E.S.E. Hospital Raúl Orejuela Bueno y en Clínica Imbanaco; la suscrita procede a emitir el siguiente concepto; para cuya emisión fueron consideradas además la literatura científica, guías y protocolos del caso.

III. CONCEPTOS Y EVIDENCIA CIENTÍFICA.

- **ESTRECHEZ URETRAL.**

La estrechez uretral, o estenosis uretral, es una condición en la que la uretra, el tubo que transporta la orina desde la vejiga hacia el exterior del cuerpo, se estrecha. Esta reducción en el diámetro de la uretra puede dificultar el flujo normal de la orina y causar síntomas como dificultad para orinar, flujo urinario débil, dolor al orinar y retención urinaria.

Las causas de la estrechez uretral pueden incluir infecciones, traumatismos, cirugía previa, o enfermedades inflamatorias.

Entre los exámenes complementarios se incluyen el uroanálisis, la función renal y la evaluación de la glicemia. Además se recomienda la realización del PSA (Antígeno prostático) en hombres mayores de 40 años y se deberá realizar una ecografía de vías urinarias, para medición del volumen prostático, evaluación de complicaciones en el tracto urinario superior, y la medición del residuo postmiccional (RPM).

La cistoscopia está indicada en el estudio de los pacientes con hematuria micro o macroscópica, estrechez uretral o cáncer de vejiga concomitantes con SOUB (Síntomas obstructivos del tracto urinario Bajo).

El tratamiento suele depender de la causa y la severidad de la estenosis y puede incluir desde dilataciones uretrales hasta cirugía reconstructiva.

El manejo de la estrechez uretral varía según la causa, la localización y la gravedad de la estenosis. Aquí detallo algunas estrategias comunes:

1. Tratamientos no quirúrgicos:
 - Dilatación uretral: Consiste en usar instrumentos especiales para estirar la uretra. Este procedimiento puede ser temporal y se puede necesitar repetirlo.
 - Uretroplastia con balón: Se utiliza un balón para ampliar la uretra. Esta técnica es menos invasiva que la cirugía y puede ser efectiva en algunos casos.

- Tratamiento con esteroides: En algunos casos, se pueden usar esteroides para reducir la inflamación y la cicatrización que contribuyen a la estenosis.
- 2. Tratamientos quirúrgicos:
 - Uretroplastia: Es una cirugía que implica la resección de la sección estenosada de la uretra y la reconstrucción de esta. Puede ser de diferentes tipos, como la uretroplastia con injerto o la uretroplastia con colgajo.
 - Uretrotomía interna: Consiste en la incisión de la estenosis a través de la uretra con un endoscopio. Es menos invasiva que la uretroplastia pero puede ser menos duradera.
- 3. Manejo de complicaciones:
 - Cateterización: En casos de obstrucción severa, puede ser necesario usar un catéter para drenar la orina y aliviar la presión sobre el sistema urinario.
 - Tratamiento de infecciones: Es importante tratar cualquier infección del tracto urinario que pueda estar contribuyendo a la estenosis.
- 4. Seguimiento y rehabilitación:
 - Monitoreo regular: Después del tratamiento, es crucial realizar seguimientos regulares para asegurar que la estenosis no vuelva a ocurrir.
 - Terapia y cuidados postoperatorios: Incluir la educación del paciente sobre cuidados postoperatorios y posibles signos de complicaciones.

- **RETENCIÓN URINARIA.**

La retención urinaria es una condición en la que una persona no puede vaciar completamente su vejiga, ya sea de manera temporal o crónica. Esto puede provocar molestias, dolor y otros problemas de salud. La retención urinaria puede ser aguda o crónica:

1. Retención urinaria aguda: Se manifiesta de forma repentina y suele ser muy dolorosa. Puede ocurrir por obstrucción completa del flujo urinario, infecciones, o efectos secundarios de ciertos medicamentos. Es una emergencia médica que requiere tratamiento inmediato.
2. Retención urinaria crónica: Se desarrolla de manera gradual y puede ser menos dolorosa. A menudo se debe a problemas como el agrandamiento de la próstata en hombres, estrechez uretral, o daño a los nervios que controlan la vejiga.

Síntomas comunes incluyen:

- Dificultad para iniciar o mantener el flujo de orina.
- Sensación de presión o dolor en la parte inferior del abdomen.
- Micción frecuente pero en pequeñas cantidades.
- Sensación de vaciamiento incompleto de la vejiga.

Causas posibles:

- Obstrucción: Como la estenosis uretral o agrandamiento prostático.
- Problemas neuromusculares: Como daño en los nervios que controlan la vejiga.
- Infecciones: Que pueden causar inflamación y obstrucción temporal.
- Medicamentos: Algunos fármacos pueden interferir con la función normal de la vejiga.

Tratamiento:

- Cateterización: Para drenar la orina y aliviar la presión sobre la vejiga.
- Medicamentos: Para tratar la causa subyacente, como medicamentos para reducir la próstata.
- Procedimientos quirúrgicos: En casos donde hay obstrucción o daño estructural que requiere intervención.

- **HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB).**

La Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) se caracteriza por un crecimiento histológico de la glándula prostática, que produce obstrucción al flujo de salida urinario y se manifiesta clínicamente por los denominados Síntomas del Tracto Urinario Inferior (STUI). HPB es una condición íntimamente relacionada con la edad.

Aunque es una condición que por sí misma, no pone en riesgo la vida del paciente, sus manifestaciones clínicas disminuyen de forma importante la calidad de vida.

Etiología de la HPB.

Puede decirse que la edad es el factor de riesgo más importante, siendo más frecuente en pacientes mayores de 50 años.

Se ha comprobado que la funcionalidad de los testículos, con producción de andrógenos (específicamente, testosterona) es una condición indispensable para el apareamiento y desarrollo de la patología prostática, así como de la presencia de la enzima 5 alfa reductasa, dicha enzima transforma la testosterona en dihidrotestosterona en metabolito activo.

Por tanto, Los factores relacionados al desarrollo de este trastorno son la edad y el estado hormonal.

Estudio indican que la etiología de HPB es multifactorial; es decir condiciones crónicas como diabetes e hipertensión, han sido relacionadas a HPB, pero dada la alta frecuencia de estos trastornos en hombres de edad avanzada es difícil lograr comprobar una asociación válida.

También se han estudiado otros factores como:

- o Factores genéticos: HPB aparece más frecuentemente en familiares de primer grado.
- o Factores dietéticos: El consumo de vegetales ricos en carotenos y fitoestrógenos produce una acción protectora.
- o Raza: Es más frecuente en negros que en blancos americanos.
- o Hiperinsulinismo: se ha encontrado asociación con síndrome metabólico.
- o Se han encontrado factores de crecimiento de tejido epidérmico y de fibroblastos asociados al apareamiento de HPB.

Diagnóstico.

-Clínico.

La Historia clínica: La anamnesis reflejará una tendencia en varones mayores de 50 años, que aumenta en frecuencia conforme la edad, de manera progresiva.

Manifestaciones clínicas.

Síntomas sugestivos de HPB:

Clasificación de los síntomas prostáticos

SINTOMAS IRRITATIVOS	SINTOMAS OBSTRUCTIVOS
Poliaquiuria Nicturia Urgencia miccional Incontinencia	Chorro Miccional disminuido Dificultad para iniciar la micción Chorro intermitente Sensación de vaciado incompleto Goteo posmiccional Retención de orina

Fuente: Brenes Bermúdez F.J. et al. Hiperplasia benigna de próstata. Abordaje por el médico de Atención Primaria. Modificado IGS 2014

Son antecedentes importantes los siguientes:

- o Antecedentes familiares de enfermedad prostática.
- o Enfermedades neurológicas como neuropatía periférica (diabética), enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, ACV, lesiones de la médula espinal, entre otras.
- o Procedimientos quirúrgicos pélvicos, especialmente instrumentaciones de las vías urinarias.
- o El uso de algunos medicamentos como, diuréticos, antagonistas del calcio, antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos de 1ª. Generación, entre otros.

Examen físico.

Deberá efectuarse un examen físico general considerando con atención los siguientes aspectos:

Examen del abdomen: Observar y descartar la posibilidad de masas abdominales, así como la presencia de globo vesical secundario a la retención urinaria.

Tacto rectal: (TR) El tacto rectal es un examen clínico manual que nos permite, mediante el tacto de la glándula a través del recto, obtener información acerca de la forma de la glándula, su consistencia y movilidad, la regularidad de su superficie y sus límites, su sensibilidad y descartar la presencia de nódulos. Ante la presencia de HPB, la próstata se encontrará aumentada de tamaño, de forma y superficie uniforme, consistencia firme pero elástica y no hay dolor a la palpación de esta.

Imágenes diagnósticas.

La próstata puede ser estudiada por diferentes métodos de diagnóstico por imágenes como lo son:

- o Ultrasonido transabdominal.
- o Ultrasonido transrectal.
- o Tomografía axial computarizada (TAC).
- o Resonancia magnética nuclear (RMN).

Los estudios de imágenes de la próstata sirven para determinar: Tamaño Prostático, forma de la próstata, Carcinoma oculto, caracterización del tejido.

Ultrasonido (ecografía) (USG): Se recomienda el uso de ultrasonido abdominal para valorar complicaciones ante la sospecha de litiasis, hematuria, insuficiencia renal o infección urinaria, resulta valioso en el estudio de la obstrucción uretral que pueda ocasionar aumento del residuo miccional,

con valores mayores > 150 ml se consideran sugestivos de obstrucción urinaria. El ultrasonido transrectal podrá determinar el volumen prostático y evaluar la glándula prostática con mayor exactitud, cuando el TR es patológico, ante la presencia de nódulos, próstata agrandada, consistencia pétrea y/o datos de laboratorio que demuestran elevación del Antígeno Prostático Específico (PSA) (PSA>10ng/ml o PSA >4ng/ml y PSA libre < 0,20).

TAC y RMN: No se recomiendan para diagnóstico de HPB.

Otros paraclínicos.

Antígeno Prostático Específico: Existen dudas razonables en cuanto a la solicitud de PSA de manera rutinaria, La Asociación Americana de Urología no la recomienda de manera rutinaria, a diferencia de OMS quienes opinan que si están indicadas las pruebas rutinarias. Considere como “anormal” una medición de PSA de 4 ng/mL a partir de los 60 años.

Tratamiento.

Manejo Conservador: Los hombres con SOUB (Síntomas urinarios Obstructivos Bajos) no complicados, leves o moderados, podrán ser candidatos a manejo expectante. La evaluación periódica de los pacientes en protocolo de vigilancia activa incluye la medición del RPM (Residuo Postmiccional), la evaluación de la severidad de los síntomas, con una educación sobre la condición al paciente, descartando causa oncológica y brindando asesoría sobre los hábitos de vida saludable, cada 3, 6 y 12 meses y posteriormente de forma anual si no hay cambios. Se deberá asesorar en hábitos de estilo de vida saludable. La tasa de fracaso del tratamiento durante un período de cinco años fue del 21%.¹¹ Nivel de evidencia 1b.

Tratamiento farmacológico.

1. Antagonistas de los alfa-1-adrenorreceptores.
2. Inhibidores de la 5 α -reductasa.
3. Antimuscarínicos.
4. Inhibidores de Fosfodiesterasa 5.
5. Fitoterapia.

Combinación de Terapias.

1. Bloqueadores α 1 $\pm$ Inhibidores de la 5 α -reductasa.
2. Bloqueadores α 1 $\pm$ antagonistas del receptor muscarínico.

Indicaciones de tratamiento quirúrgico.

La indicación más frecuente para cirugía son los síntomas urinarios bajos refractarios a tratamiento médico.

Los siguientes se consideran indicaciones para tratamiento quirúrgico:

- Retención urinaria refractaria
- Retención urinaria recurrente
- Hematuria recurrente refractaria a tratamiento médico con inhibidores de 5-alfa reductasa
- Insuficiencia renal

-Litos vesicales.

Manejo quirúrgico.

1. la resección transuretral de próstata (RTUP) monopolar ha sido la piedra angular del tratamiento quirúrgico para los SOUB por más de nueve décadas.
2. Resección transuretral monopolar de la próstata e incisión transuretral de la próstata.
3. Prostatectomía Abierta.
4. Tratamientos con láser.

- **DILATACIONES URETRALES.**

La dilatación uretral es un procedimiento médico utilizado para tratar la estenosis uretral, una condición en la que la uretra se estrecha, dificultando el flujo normal de la orina. Este estrechamiento puede deberse a cicatrices resultantes de infecciones, traumatismos, cirugías previas, o inflamaciones.

El propósito de la dilatación uretral es ensanchar la uretra para restaurar el flujo normal de orina y aliviar los síntomas asociados, como la dificultad para orinar, el flujo urinario débil, y la necesidad frecuente de orinar.

El médico inserta una cánula pequeña a través de la uretra que va hacia la vejiga. Se pasan dilatadores cada vez más grandes sobre la cánula para aumentar gradualmente el tamaño de la abertura de la uretra. Este procedimiento ambulatorio puede ser una opción para las estenosis uretrales recurrentes.

- **CATETERISMO SUPRAPÚBICO.**

El cateterismo suprapúbico es un procedimiento indicado para el drenaje de la orina en casos donde la evacuación a través de la uretra resulta dificultosa o imposible, como en la retención urinaria severa o crónica. Consiste en la inserción de un catéter a través de la pared abdominal, justo por encima del pubis, permitiendo el acceso directo a la vejiga. Su principal objetivo es lograr el vaciamiento vesical, representando una opción terapéutica esencial en estos pacientes.

El cateterismo suprapúbico está indicado en casos de retención urinaria que no pueden ser manejados mediante cateterización uretral o cuando esta presenta complicaciones. También se emplea en situaciones de obstrucción uretral, como en estenosis, hiperplasia prostática benigna severa o lesiones que impidan el paso del catéter a través de la uretra. Además, en algunos pacientes con infecciones urinarias recurrentes, se prefiere esta técnica para reducir el riesgo de infecciones asociadas al uso prolongado de catéteres uretrales.

Siempre que no existan contraindicaciones, la cateterización uretral se considera la primera alternativa para el drenaje de la vejiga. Sin embargo, en situaciones donde esta no es viable, el cateterismo suprapúbico se convierte en una alternativa efectiva y segura.

Entre las contraindicaciones para la realización de un cateterismo suprapúbico se incluyen:

1. Trastornos de la coagulación: Pacientes con trastornos hematológicos no controlados o anticoagulados, ya que el procedimiento implica la punción de la pared abdominal y vesical, lo que puede ocasionar hemorragias.
2. Anatomía o estructuras anatómicas alteradas: Si el paciente presenta una anatomía abdominal o pélvica modificada, que dificulte el acceso a la vejiga o que aumente el riesgo de daño a órganos cercanos (como los intestinos).
3. Vejiga vacía o no distendida: La técnica requiere que la vejiga esté distendida para asegurar un acceso adecuado y seguro. Si la vejiga está vacía o no distendida, el procedimiento puede no ser factible o seguro.
4. Presencia de un tumor en la vejiga o próstata: En algunos casos, especialmente si el tumor está en el sitio de la punción, el procedimiento puede ser riesgoso debido a la posibilidad de dañar el tumor o propagarlo.
5. Fístulas vesicocutáneas: La existencia de una fístula entre la vejiga y la piel podría hacer que el cateterismo suprapúbico sea ineficaz o que cause complicaciones adicionales.
6. Obesidad severa: En pacientes con obesidad mórbida, la punción puede ser técnicamente difícil debido a la mayor cantidad de tejido subcutáneo y la dificultad para localizar la vejiga de manera precisa.

Procedimiento:

1. Preparación: El paciente se coloca en posición supina (acostado sobre su espalda) y se realiza una limpieza y desinfección del área abdominal inferior.
2. Anestesia local: Se administra anestesia local en el sitio de inserción para minimizar el dolor y la incomodidad.
3. Inserción del catéter: Se realiza una pequeña incisión en la piel justo encima del hueso púbico, y se inserta una aguja o un tubo hacia la vejiga bajo guía ultrasonográfica o de otro tipo. Luego se coloca un catéter y se fija en su lugar.
4. Fijación y cuidados: El catéter se fija en su lugar y se conecta a una bolsa de drenaje para recoger la orina.

• CISTOSTOMIA.

Es un procedimiento quirúrgico en el que se crea una apertura en la pared de la vejiga urinaria (cistotomía) para permitir el drenaje de orina, generalmente mediante la colocación de un catéter suprapúbico.

Indicaciones.

Se realiza en casos donde no es posible el drenaje urinario a través de la uretra, como en:

- Obstrucción uretral severa (por hiperplasia prostática benigna, estenosis uretral, tumores, etc.).
- Retención urinaria crónica o aguda cuando el sondaje uretral es inviable.
- Fístulas o traumatismos uretrales.
- Pacientes con disfunción neurogénica vesical.

Técnicas.

-Cistostomía percutánea: Se realiza mediante técnica de Seldinger, introduciendo un catéter suprapúbico sin necesidad de una incisión quirúrgica amplia.

-Cistostomía abierta: Se hace una incisión suprapúbica y se expone la vejiga para realizar la apertura y fijación del catéter.

Complicaciones.

- Infección urinaria o de la herida quirúrgica.
- Extravasación de orina o fuga pericatóter.
- Formación de cálculos en la vejiga alrededor del catéter.

- **CISTOSCOPIA-CISTOURETROGRAFÍA.**

La cistoscopia es un procedimiento mediante el cual se visualiza el interior de la uretra y la vejiga a través de un instrumento óptico llamado cistoscopio. La cistoscopía, también llamada cistouretriscopía o uretrocistoscopía, es un método endoscópico que permite realizar un examen completo del estado del sistema urinario bajo.

Indicaciones.

- Sangre en la orina, conocido también como hematuria.
- Frecuencia, urgencia o incontinencia urinaria.
- Retención urinaria.
- Dolor o ardor antes, durante o después de orinar.
- Problemas para comenzar a orinar, completar la micción o ambos.
- Células anormales, como células cancerosas, encontradas en una muestra de orina.

Procedimiento.

Debe realizarse un examen de orina previo al procedimiento para descartar alguna infección, que es una contraindicación absoluta debido al gran riesgo de septicemia.

Objetivos de la cistoscopia

- Diagnóstico:** Identificar causas de síntomas urinarios como sangre en la orina (hematuria), infecciones urinarias recurrentes, dolor al orinar, incontinencia urinaria o dificultad para orinar.
- Evaluación de condiciones:** Como estenosis uretral, hiperplasia prostática benigna, tumores en la vejiga, cálculos urinarios, divertículos vesicales y anomalías congénitas del tracto urinario.
- Tratamiento:** Realizar procedimientos como la extracción de cuerpos extraños, biopsias de lesiones sospechosas, resección de tumores de vejiga, o tratamiento de cálculos urinarios.

Riesgos de la cistoscopia y la ureteroscopia.

Los riesgos de la cistoscopia y la ureteroscopia incluyen:

- Infección en las vías urinarias.
- Sangrado anormal.
- Dolor abdominal o sensación de ardor o dolor al orinar.
- Incapacidad de orinar.
- Inflamación.
- Lesión en la uretra, la vejiga o los uréteres.
- Estrechamiento de la uretra debido a la formación de tejido cicatricial.
- Complicaciones de la anestesia.

- **MEATOPLASTIA.**

La meatoplastia es un procedimiento quirúrgico que se realiza para ensanchar la abertura del meato urinario, que es la abertura externa de la uretra por donde se expulsa la orina del cuerpo. Este procedimiento es comúnmente necesario cuando el meato urinario está estrechado o bloqueado, una condición conocida como estenosis del meato urinario o meato estenótico.

Se realiza una pequeña incisión para abrir y ensanchar el meato urinario. El objetivo es hacer que el orificio sea más amplio para permitir un flujo urinario normal.

- **RUPTURA VESICAL.**

Es una lesión en la cual la vejiga urinaria se rompe o desgarra, permitiendo que la orina se filtre al abdomen u otras áreas circundantes. Esta condición es una emergencia médica que requiere intervención inmediata para prevenir complicaciones graves, como infecciones y sepsis.

Entre los factores de riesgo que se han descrito para su presentación y que se mencionan en algunos casos reportados están los tumores vesicales, los procesos inflamatorios crónicos en la pared vesical, la distensión extrema de la vejiga, la obstrucción del tracto urinario bajo o retención urinaria severa que genera distensión excesiva de la vejiga puede provocar una ruptura espontánea, asimismo la vejiga con pérdida de la contractilidad y el antecedente de laparotomía previa.

Los factores de riesgo que predisponen a esta patología son: la diabetes mellitus, las infecciones de vías urinarias de repetición, las obstrucciones del tracto urinario, la vejiga neurógena y los estados de inmunosupresión.

Causas de la ruptura vesical

- **Traumatismo:** Lesiones por accidentes automovilísticos, caídas severas, agresiones, o lesiones penetrantes, como heridas de bala o cuchillo.
- **Procedimientos médicos:** Complicaciones de procedimientos quirúrgicos, como una cistoscopia o una cirugía pélvica.
- **Obstrucción o retención urinaria severa:** La distensión excesiva de la vejiga puede provocar una ruptura espontánea.
- **Radioterapia:** La radiación en el área pélvica puede debilitar las paredes de la vejiga y aumentar el riesgo de ruptura.

Síntomas de la ruptura vesical

- Dolor abdominal o pélvico: Dolor severo en la parte baja del abdomen o pelvis.
- Hematuria: Presencia de sangre en la orina.
- Dificultad o incapacidad para orinar.
- Distensión abdominal: Abdomen hinchado debido a la acumulación de orina y/o sangre en la cavidad abdominal.
- Signos de peritonitis: Dolor abdominal difuso, sensibilidad, fiebre, y distensión en casos de ruptura intraperitoneal.
- Shock: En casos graves, especialmente si hay sangrado significativo o sepsis.

Diagnóstico de la ruptura vesical

El diagnóstico de la ruptura vesical generalmente se realiza mediante una combinación de historial médico, examen físico y estudios de imagen:

1. **Examen físico:** Evaluación de signos de trauma, distensión abdominal, y dolor a la palpación.
2. **Análisis de orina:** Presencia de sangre en la orina (hematuria) puede indicar daño a la vejiga.
3. **Estudios de imagen:**
 - **Cistografía:** Se inyecta un medio de contraste en la vejiga y se realizan radiografías o tomografía computarizada (TC) para visualizar la fuga de contraste, lo que confirma la ubicación y extensión de la ruptura.
 - **Ultrasonido:** Puede ser útil para identificar la acumulación de líquidos en el abdomen.

Tratamiento de la ruptura vesical.

El tratamiento depende del tipo y gravedad de la ruptura:

- **Conservador:** En algunos casos, especialmente cuando la lesión es pequeña y está contenida, se puede manejar con cateterización urinaria para drenar la orina y permitir que la vejiga se cure.
- **Quirúrgico:** Generalmente requiere intervención quirúrgica inmediata para reparar la rotura y limpiar la cavidad abdominal de cualquier orina o contenido contaminante para prevenir la peritonitis.

• PERITONITIS POR PERFORACIÓN VESICAL.

La vejiga urinaria es un órgano muscular hueco ubicado en la profundidad de la pelvis ósea, que la protege de un trauma externo. La probabilidad de la lesión de la vejiga varía según el grado de distensión de la vejiga; pues una vejiga llena es más susceptible a las lesiones que una vacía.

La peritonitis por perforación vesical es una inflamación del peritoneo, la membrana que recubre la cavidad abdominal y cubre los órganos dentro de ella, causada por la fuga de orina hacia la cavidad abdominal debido a una perforación o ruptura de la vejiga.

Los signos clínicos de lesión de la vejiga son relativamente inespecíficos. Los pacientes a menudo presentan la tríada de hematuria macroscópica, dolor suprapúbico o sensibilidad, y dificultad para orinar o incapacidad para orinar.

Causas de la perforación vesical

Una perforación vesical puede ocurrir debido a:

1. **Obstrucción urinaria:** Una retención urinaria severa o una vejiga sobredistendida puede llevar a una ruptura espontánea.
2. **Infecciones o inflamaciones crónicas:** Condiciones como la cistitis intersticial o infecciones urinarias crónicas pueden debilitar la pared vesical.

Cuando la vejiga se perfora, la orina, que normalmente es estéril, se filtra hacia la cavidad peritoneal. La presencia de orina en la cavidad abdominal irrita el peritoneo y puede llevar a una respuesta inflamatoria severa. Además, si hay bacterias en la orina, como puede ocurrir en casos de infecciones urinarias, se puede desarrollar una infección generalizada dentro del abdomen, agravando la inflamación y el daño peritoneal.

Un examen abdominal puede revelar la distensión, defensa, y/o dolor de rebote, ausencia de ruidos intestinales y signos de irritación peritoneal indican una posible rotura vesical intraperitoneal.

En general, la ruptura intraperitoneal de la vejiga urinaria requiere tratamiento quirúrgico inmediato además de la administración de antibióticos.

IV. CONCLUSIONES.

Se trata de un paciente que el 09 de septiembre de 2021, acudió al servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital Raúl Orejuela Bueno debido a un cuadro clínico caracterizado por dificultad para orinar y dolor abdominal.

Durante la atención, se documentó en la historia clínica que el paciente había presentado múltiples episodios similares en el pasado, relacionados con un diagnóstico de Estrechez Uretral. Además, se destacó un antecedente de Infecciones Recurrentes del Tracto Urinario y Litiasis Renal, esta última previamente manejada mediante intervención quirúrgica.

En este contexto, se realizó una Ecografía renal y de vías urinarias, la cual evidenció una próstata aumentada de tamaño (Hiperplasia Prostática) y una consecuente Estrechez del Meato Uretral, lo que contribuyó a la dificultad en la micción del paciente.

En la exploración física inicial, el paciente presentó signos vitales dentro de los rangos normales, acompañado de un globo vesical y dolor en la región hipogástrica, sin evidencia de signos de irritación peritoneal.

Ante estos hallazgos, se instauró manejo analgésico y se intentó el paso de una sonda vesical como medida inicial. Sin embargo, debido a la estrechez uretral, el procedimiento no pudo llevarse a cabo con éxito, lo que llevó a la decisión de solicitar valoración por parte del servicio de Urología para definir la conducta a seguir.

En este caso, es esencial evaluar la evolución clínica del paciente y los síntomas que presentó a lo largo del tiempo. Inicialmente, el paciente acudió a consulta por un cuadro de estenosis uretral, una condición caracterizada por un estrechamiento anormal de la luz uretral, generalmente asociado a fibrosis de los tejidos circundantes. Clínicamente, la estenosis uretral se manifiesta con síntomas del tracto urinario inferior, y en algunos casos, con signos de infección.

Esta patología puede tener diversas etiologías, tales como traumatismos, procesos inflamatorios, infecciones o causas secundarias. En el caso del paciente, es importante destacar que la estrechez uretral era secundaria a fibrosis, probablemente asociada a infecciones urinarias recurrentes, antecedentes de procedimientos quirúrgicos urológicos previos y la presencia de hiperplasia prostática, la cual fue documentada en la ecografía renal realizada.

La hiperplasia prostática benigna se caracteriza por un crecimiento anormal del tejido prostático, lo que puede obstruir el flujo urinario. Esta condición es frecuente en hombres mayores y está estrechamente relacionada con factores hormonales y la edad.

En este punto, es importante destacar que la hiperplasia prostática contribuyó significativamente al cuadro de retención urinaria del paciente, lo que complicó aún más su manejo clínico y subrayó la necesidad de intervenciones adecuadas para aliviar la obstrucción y prevenir posibles complicaciones graves.

Las condiciones propias del paciente antes mencionadas, documentadas al momento de su ingreso al servicio de urgencias de la ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno el 9 de septiembre de 2021, fueron las responsables de la retención urinaria. Esta situación facilitó la aparición de infecciones urinarias recurrentes, lo que a su vez causó una inflamación crónica y desencadenó un ciclo vicioso de retención urinaria, infecciones y estrechez uretral. Este proceso empeoró gradualmente su condición, generando un patrón recurrente de complicaciones.

Además de la evolución clínica del paciente, es fundamental considerar los antecedentes paraclínicos previos a su hospitalización, los cuales reflejan un seguimiento exhaustivo de su condición y permiten evaluar la progresión de su enfermedad. Tras revisar la historia clínica, se identificaron estudios realizados en los años previos que evidencian alteraciones en la función renal, así como signos de infecciones urinarias recurrentes. Sin embargo, los distintos controles realizados reflejan un seguimiento médico continuo y apropiado a lo largo del tiempo.

En 2018, los análisis reportaron un nitrógeno ureico (BUN) de 12 mg/dL y una creatinina en suero con un valor inicial de 1.52 mg/dL, reduciéndose a 1.21 mg/dL en el control posterior, lo que sugiere una vigilancia constante de la función renal. El uroanálisis mostró orina de color amarillo pálido, pH 6.5, densidad 1012, 300 eritrocitos/ μ L y ausencia de nitritos y leucocitos, con microscopía evidenciando leucocitos ocasionales, células epiteliales escasas y bacterias escasas. La ecografía renal y de vías urinarias reveló riñones de tamaño y corteza conservados, una vejiga sin distender y una próstata con volumen de 25.9 cc.

Para 2019, los controles continuaron, reflejando cambios en los parámetros inflamatorios del parcial de orina, con nitritos positivos, leucocitos entre 50-60 por campo, bacterias ++++ y eritrocitos eumorfos entre 40-50 por campo. Se registró un aumento en los valores de BUN (22.22 mg/dL) y creatinina (1.25 mg/dL), con hallazgos ecográficos similares a los del año anterior. Además, el hemograma evidenció leucocitos en $16.8 \times 10^3/\mu$ L, neutrofilia marcada (89.8%) y una PCR elevada (83 mg/L), indicando la persistencia de un proceso infeccioso activo que fue objeto de seguimiento y tratamiento.

En 2020, los valores de azoados registraron un BUN de 16.05 mg/dL y creatinina de 1.13 mg/dL, manteniendo un monitoreo continuo de la función renal. Finalmente, en 2021, los exámenes reflejaron leucocitos en 10,900/ μ L con predominio de neutrófilos (74.8%), hemoglobina de 15.1 g/dL y plaquetas en 275,000/ μ L. El uroanálisis mostró un pH de 6.5, densidad de 1025, eritrocitos 10/ μ L y leucocitos ocasionales, mientras que los estudios bioquímicos reflejaron parámetros hepáticos y renales dentro de límites normales.

Estos hallazgos de laboratorio y de imagen no solo respaldan la evolución de la patología del paciente, sino que también reflejan la realización de controles y seguimientos para evaluar su condición clínica. La vigilancia médica periódica permitió detectar y tratar oportunamente las alteraciones en la función renal y las infecciones urinarias recurrentes, lo que justifica el enfoque terapéutico instaurado conforme a la lex artis.

En cuanto al diagnóstico de retención urinaria secundaria a estrechez uretral, es crucial señalar que esta condición se caracteriza por la incapacidad de vaciar completamente la vejiga, incluso cuando se encuentra llena. La retención urinaria es una complicación grave que, si no se maneja adecuadamente, puede dar lugar a consecuencias serias, como insuficiencia renal aguda o ruptura vesical.

En este caso, se indicó el vaciamiento inmediato de la vejiga, una intervención crucial para prevenir complicaciones adicionales tanto renales como vesicales. Este procedimiento formó parte de un enfoque integral de tratamiento, cuyo objetivo principal era garantizar la estabilidad del paciente y evitar efectos adversos mayores.

El manejo de la obstrucción de las vías urinarias bajas comienza con la revisión de los antecedentes médicos del paciente. Posteriormente, se realiza una exploración inicial mediante la inserción de una sonda. Si se encuentra dificultad para el paso de la sonda, el siguiente paso indicado es derivar al paciente a urología para una evaluación más exhaustiva. Esta evaluación puede incluir procedimientos como la cistoscopia y la cistouretrografía, que son exámenes utilizados para diagnosticar la causa de infecciones urinarias, dificultades en el vaciamiento de la vejiga y posibles anomalías en la vejiga o uretra. En el caso del paciente, esta evaluación era fundamental para confirmar el diagnóstico de estenosis uretral y guiar el tratamiento adecuado.

Es fundamental destacar que tanto la estrechez uretral como la retención urinaria son condiciones que dificultan significativamente el drenaje de la orina a través de la uretra, lo que provoca la acumulación de orina en la vejiga. Esta situación aumenta considerablemente el riesgo de infecciones urinarias, daño renal e incluso ruptura vesical si no se aborda adecuadamente.

En este contexto, el cateterismo suprapúbico se presenta como la opción de drenaje de la vejiga más adecuada para estos pacientes, debido a varias razones:

1. Obstrucción uretral: La estrechez uretral impide el paso adecuado de un catéter a través de la uretra, lo que hace que el cateterismo uretral sea inviable o ineficaz para el manejo de la retención urinaria. En estos casos, el cateterismo suprapúbico ofrece una alternativa, ya que permite el drenaje directo de orina desde la vejiga sin necesidad de atravesar la uretra obstruida.
2. Retención urinaria: El drenaje inmediato de la vejiga es crucial para prevenir complicaciones graves, tales como insuficiencia renal aguda, infecciones del tracto urinario y distensión vesical. La colocación de un catéter suprapúbico asegura un drenaje continuo y efectivo, aliviando rápidamente la retención urinaria y evitando el daño renal asociado.
3. Menor riesgo de complicaciones: En pacientes con estrechez uretral severa, el cateterismo suprapúbico es menos invasivo que el cateterismo uretral, ya que evita el riesgo de lesiones adicionales en la uretra y reduce la posibilidad de infecciones relacionadas con el uso prolongado de catéteres uretrales.

Por lo tanto, en pacientes con estrechez uretral y retención urinaria, el cateterismo suprapúbico se considera una opción más adecuada y segura para el drenaje urinario, en comparación con el cateterismo uretral, que puede estar contraindicado o ser difícil de realizar debido a la obstrucción uretral. Este tipo de drenaje permite aliviar la retención urinaria, proteger la función renal y prevenir complicaciones graves.

Retomando el caso, el servicio de Urología, una vez valoró al paciente, procedió a realizar una punción suprapúbica seguida de la colocación de un catéter para manejar la retención urinaria. Sin embargo, dicho catéter colapsó posteriormente, lo que provocó la reaparición del dolor abdominal y la falta de drenaje de orina, sin que esta complicación fuera atribuible al actuar médico, ya que se originó por las condiciones propias del paciente. A pesar de esta dificultad, finalmente se logró pasar una sonda

y fijar un nuevo catéter, permitiendo la extracción de orina con hematuria. Ante esta situación, se indicó la remisión del paciente a una IPS de mayor complejidad para la realización de una cistostomía, procedimiento quirúrgico en el que se realiza una abertura en la vejiga a través de la pared abdominal para permitir el drenaje de la orina.

Es crucial destacar que, aunque se solicitó la remisión del paciente, en ningún momento fue desatendido. Durante todo el proceso, se continuó brindando los servicios necesarios para su condición, garantizando atención continua. Ahora bien, el proceso de referencia y contrarreferencia está sujeto a la disponibilidad de camas en el servicio requerido. Sin embargo, mientras se gestionaba dicha remisión, no se interrumpió la atención del paciente, ni se realizaron procedimientos no pertinentes. El manejo y tratamiento adecuado fueron proporcionados conforme a la situación clínica del paciente en ese momento, y su condición fue atendida de manera continua por los servicios de urología y cirugía, con el objetivo de darle el tratamiento necesario.

Posteriormente y durante evolución clínica nuevamente el catéter dejó de drenar, lo que provocó la reaparición del dolor abdominal y la presencia de globo vesical; debido a esta situación, se solicitó valoración por parte del servicio de Cirugía General para la colocación y fijación de un nuevo catéter; una vez el paciente es valorado por el servicio de Cirugía se logró la colocación y fijación del catéter, permitiendo la extracción de aproximadamente 200 cc de orina hematúrica. Es decir, que el drenaje de orina fue vigilado y su continuidad garantizada por el equipo médico tratante de este paciente.

En cuanto a los procedimientos realizados, es importante mencionar que la cateterización suprapúbica ofrece varias ventajas, como la reducción del riesgo de estenosis uretral, la disminución de la necesidad de re-cateterizaciones y un mayor confort para el paciente.

De acuerdo con la historia clínica, durante los días 10, 11, y 12 de septiembre, el paciente mostró una evolución satisfactoria. Por esta razón, el 13 de septiembre, el servicio de Cirugía General dio el alta por su servicio, dejando al paciente bajo el manejo de la especialidad de Urología.

Posteriormente, urología ordenó la realización de una cistoscopia (Procedimiento endoscópico que permite la visualización directa del interior de la uretra y la vejiga utilizando un instrumento llamado cistoscopio) con dilatación uretral, previa realización de exámenes paraclínicos y valoración por anestesia.

Por tanto, la solicitud de remisión fue cancelada por la ESE, quien indicó como motivo que “la intervención quirúrgica se realiza en nuestra institución”. Es importante señalar que la remisión fue finalmente cancelada por la misma ESE tratante, dado que en dicha institución se brindaría el manejo y tratamiento adecuado para la condición clínica del paciente.

El día 14 de septiembre se llevó a cabo el procedimiento de meatoplastia (procedimiento quirúrgico utilizado para corregir la estenosis o estrechez del meato urinario, que es la abertura por donde la orina sale del cuerpo a través de la uretra) con dilatación uretral y cistostomía. La meatoplastia es un procedimiento quirúrgico utilizado para corregir la estenosis del meato urinario. Consiste en realizar una incisión en el meato para aumentar su diámetro y mejorar su permeabilidad, lo que ayuda a reducir los episodios de retención urinaria y sus posibles complicaciones.

Durante los hallazgos intraoperatorios, se evidenció un abundante sangrado en la vejiga que impidió su adecuada visualización. Tras el procedimiento, se logró pasar una sonda y se retiró la punción suprapúbica, lo que permitió la visualización de orina clara.

En este punto, es relevante señalar que la observación de orina clara indica la ausencia de sangrado activo, lo que sugiere que no hubo evidencia de lesiones ni complicaciones durante el acto quirúrgico. Por lo tanto, se concluyó que el procedimiento se había finalizado sin complicaciones.

Según lo establecido en la literatura sobre el manejo médico de la estenosis uretral, cuando la estenosis es de menor tamaño, se recomienda realizar una dilatación uretral. Si tras este tratamiento se observa mejoría, se debe llevar a cabo un seguimiento regular. En el caso de estenosis más extensa, se indica la realización de una uretroplastia y/o meatoplastia, enfoques que fueron recomendados para el paciente en cuestión.

Importante indicar en este punto que dentro de las complicaciones documentadas en la literatura asociadas con la realización de una meatoplastia, una dilatación uretral, la cistouretrografía y una cistostomía se encuentran la lesión vesical, las infecciones del tracto urinario, el sangrado, la lesión vesical, la perforación uretral, el sangrado abundante y el Dolor abdominal.

Dichas complicaciones son más probables en pacientes con factores de riesgo como infecciones urinarias recurrentes, cistolitiasis, procesos inflamatorios crónicos en la pared vesical, distensión extrema de la vejiga y obstrucción del tracto urinario inferior; que pueden aumentar la retención urinaria y favorecer nuevas infecciones, debilitando aún más la estructura de la vejiga y facilitando su lesión, tal como sucedió en el caso del paciente en mención.

Posteriormente, durante su evolución en hospitalización, el paciente desarrolló un cuadro de dolor abdominal severo, lo que llevó a la decisión de realizar una evaluación conjunta con el servicio de Cirugía General. Al examen físico, se evidenció dolor abdominal intenso acompañado de signos sugestivos de irritación peritoneal. Ante la sospecha de una complicación intraabdominal, se optó por realizar una laparotomía exploratoria.

En el transcurso de la intervención quirúrgica, se identificó una laceración en la vejiga, por lo que se procedió a realizar una reparación de la misma y a colocar una sonda. Asimismo, se llevó a cabo un lavado exhaustivo de la cavidad peritoneal y se realizó una revisión completa de los órganos circundantes. Al finalizar, se procedió a cerrar el peritoneo y a cerrar la cavidad abdominal. Posteriormente, se inició un tratamiento antibiótico con cefalosporina de primera generación.

Posteriormente, los exámenes de laboratorio reportaron una infección de vías urinarias, confirmada por un Gram de orina que mostró bacilos gramnegativos, así como un antígeno prostático elevado; el reporte del hemograma no mostró leucocitosis ni neutrofilia.

Durante evolución, el paciente volvió a presentar dolor abdominal severo acompañado de defensa muscular, lo que motivó su traslado a quirófano para una nueva laparotomía exploratoria. Durante la intervención, se encontró una colección purulenta intraabdominal, por lo que se realizó un lavado exhaustivo de la cavidad con abundante solución salina; se revisaron los demás órganos sin encontrar lesiones adicionales, además, se tomó una muestra del líquido purulento para cultivo y antibiograma, y se procedió a cerrar la cavidad abdominal.

El día 16 de septiembre, el hemograma mostró leucocitosis y neutrofilia y el cultivo reportó crecimiento de Klebsiella, por lo que se decidió continuar con el tratamiento antibiótico previamente establecido.

En los días siguientes, el paciente evolucionó satisfactoriamente, y el último control del hemograma se mantuvo dentro de los límites normales, lo que permitió considerar alta por cirugía general.

El día 21 de septiembre, mientras el paciente continuaba en seguimiento con el servicio de urología de la E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, presentó nuevamente retención urinaria. Se procedió a permeabilizar la sonda con mejoría de los síntomas.

De acuerdo con lo anterior, es posible que el paciente haya desarrollado una lesión en la pared vesical que condujo a una peritonitis, como resultado de la debilitación de las paredes de la vejiga debido a la inflamación crónica. Esta inflamación crónica fue provocada por infecciones urinarias recurrentes y obstrucciones del tracto urinario, las cuales, a su vez, ocasionaban mayor retención urinaria y dilatación de la vejiga, incrementando el riesgo de ruptura. Además, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados, que eran necesarios para el manejo de su condición, implicaban el riesgo inherente de complicaciones.

Ahora bien, cuando el paciente presentó signos de irritación peritoneal, se procedió de inmediato a una laparotomía exploratoria en sala de cirugía. Durante este procedimiento se manejó adecuadamente la situación mediante la realización de una rafia de la vejiga, un lavado peritoneal, la toma de cultivos y el inicio de un tratamiento antibiótico. Ante la persistencia de los síntomas, se realizó una segunda intervención quirúrgica. Este enfoque permitió una evolución satisfactoria del paciente y la resolución de su cuadro agudo.

En relación con los resultados del cultivo, es importante mencionar como se indicó anteriormente que el paciente recibió tratamiento antibiótico intrahospitalario con cefalosporina de primera generación, con una adecuada respuesta a dicho tratamiento. Asimismo, el paciente recibió manejo extrahospitalario con ciprofloxacina, con adecuada respuesta y evolución satisfactoria hasta la resolución de su cuadro clínico.

Posteriormente, el paciente fue remitido a la Clínica Imbanaco, donde fue valorado de nuevo por urología. Se reportó una evolución favorable, teniendo en cuenta su antecedente quirúrgico reciente, se decidió esperar el proceso de cicatrización y realizar estudios paraclínicos de extensión para definir la conducta a seguir. Se consideró el alta médica en ese momento.

El 17 de octubre, el paciente volvió a consultar y se realizó el retiro de los puntos quirúrgicos. En la consulta del 28 de octubre, se insistió en la necesidad de realizar una cistoscopia; se documentó que el paciente ya contaba con las órdenes correspondientes.

Es importante destacar que, al revisar las atenciones previas al evento de 2021, se observa que la primera consulta por síntomas urinarios tuvo lugar el 05 de enero de 2017. Desde entonces, el paciente ha acudido en múltiples ocasiones al servicio de urgencias, abandonando el seguimiento en consulta externa. A pesar de las indicaciones y órdenes médicas para continuar con su tratamiento y seguimiento ambulatorio, con el fin de recibir un tratamiento definitivo para su patología, el paciente incumplió dicho plan, limitándose a acudir a urgencias solo cuando los síntomas se agudizaban.

De acuerdo con lo anterior, es crucial señalar que el manejo en urgencias está enfocado en tratar emergencias y estabilizar condiciones agudas. No obstante, para un manejo integral de su patología, es fundamental la adherencia del paciente al manejo ambulatorio, que incluye el seguimiento y control de su salud, así como la programación segura de tratamientos y procedimientos.

Se evidenció que el paciente tenía órdenes médicas para la realización de procedimientos y estudios complementarios, que debían ser gestionados por él a través de consulta externa (Cistoscopia y Uretrografía). Asimismo, entre estos manejos se incluyen el retiro de puntos y la solicitud de urocultivos necesarios para el seguimiento de su evolución. Por tanto, es vital el compromiso del paciente y el cumplimiento por su parte de las indicaciones suministradas para la atención por consultas externas para asegurar una atención adecuada y continua.

Sin embargo, en la consulta por urgencias del 28 de octubre de 2021, en E.S.E. HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO, se documentó que el paciente no ha realizado los paraclínicos ordenados para instaurar tratamiento y definir conducta, y se insistió en la necesidad de una cistoscopia y una uretrografía, ya ordenadas en consultas previas. Esto indica una baja adherencia al tratamiento por parte del paciente, circunstancia que incide en la progresión de su enfermedad y la aparición de complicaciones. Ello puede conducir a una progresión de la obstrucción urinaria, lo que aumenta el riesgo de infecciones urinarias recurrentes, sepsis, insuficiencia renal aguda debido a la retención urinaria prolongada y la formación de cálculos renales o vesicales por la acumulación de orina. Además, el daño en los tejidos urinarios o la aparición de fístulas puede complicar aún más el cuadro clínico, exigiendo intervenciones quirúrgicas adicionales.

Tras la revisión de la historia clínica del paciente, se puede concluir que la praxis clínica fue adecuada, siguiendo los protocolos vigentes y aprobados por la comunidad científica médica, pertinentes a la patología, historia y evolución natural de la enfermedad que presenta el paciente. Con base en lo expuesto, se considera que el paciente recibió un manejo oportuno, pertinente y ajustado a los protocolos establecidos.

Los procedimientos ordenados fueron los indicados para el tratamiento de su patología, y las complicaciones sufridas forman parte de las asociadas al cuadro clínico, la condición, los antecedentes y los procedimientos realizados que fueron necesarios para el tratamiento del paciente.

Por lo tanto, el cuadro clínico y las condiciones del paciente no fueron generadas o atribuibles a una falta de acción del equipo en salud o por negligencia médica, debido a que en el momento de evidenciarse las alteraciones se actuó de manera pertinente, oportuna y rápida con el fin de preservar la vida y salud. En cuanto a la evolución del paciente, se considera que el manejo implementado se ajustó a la Lex Artis y estuvo en consonancia con la historia y evolución natural de la enfermedad.

VI. BIBLIOGRAFÍA.

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Guía de Práctica Clínica GPC. Abordaje y Manejo Inicial en el Servicio de Urgencias del Paciente Adulto con Retención Aguda de Orina*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012. Páginas 1-43. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/gpc.htm>.
2. Lozano, José Antonio. *Farmacoterapia: Diagnóstico y Tratamiento de la Hiperplasia Benigna de Próstata*. Vol. 22, Núm. 5, Mayo 2003, pp. 90-98.

3. Rosas, María Rafaela. *Hiperplasia benigna de próstata: Síntomas, diagnóstico y estrategia terapéutica*. Ámbito Farmacéutico, Vol. 25, Núm. 8, septiembre 2006, pp. 102-108.
4. López-Ramos, H., Latorre, C., Patiño, G., & Arenas, J. (2021). *Guía de manejo Hiperplasia Prostática Benigna (SCU 2021) / Benign Prostatic Hyperplasia Guideline (SCU 2021)*. *Urología Colombiana*, 30, 145–152.
5. Blasco Valle, M., Timón García, A., & Lázaro Muñoz, V. (2003). Abordaje de la hiperplasia benigna de próstata. Actuación Atención Primaria-Especializada. *MEDIFAM*, 13(3), 133-142. Zaragoza: Centro de Salud Delicias Sur.
6. López-Ramos H, Gómez Cusnir P, Moreno M, Patiño G, Rasch-Isla A, Dallos A, Fernández N, Jaramillo A, Vega J. *Guía de manejo de la hiperplasia prostática benigna*. *Urol Colomb*. 2015;24(3):187.e1-187.e32. Sociedad Colombiana de Urología, 2014.
7. Cisneros-Chávez, R., Aragón-Castro, M. A., & Morales-Ordaz, O. (2013). Estenosis uretral: etiología y tratamiento. Experiencia en el Centro Médico ISSEMYM. *Revista Mexicana de Urología*, 73(5), 229-236.
8. Torres Salazar JJ, Ricardez Espinosa AA. *Cistostomía suprapúbica: indicaciones, contraindicaciones y consideraciones para su realización*. *Rev Mex Urol*. 2008; 68(3):170-173.

VII. CONSIDERACIONES

La suscrita informa que ha actuado leal y fielmente al desempeño de su labor. En el presente concepto no se han utilizado métodos, experimentos o investigaciones diferentes a las usadas habitualmente en el desarrollo del ejercicio profesional para conceptos rendidos.



CINDY CATALINA HERRERA ROMERO.
CC. 1072642460 DE CHÍA.
REGISTRO MÉDICO NO. 25 4532/2012.



CINDY CATALINA HERRERA ROMERO.

Cédula: 1072642460 Chía.

Fecha de nacimiento: 16 de mayo de 1986.

Estrato: 4.

Dirección de residencia: Calle 7 N°1ª-01.

Celular: 3164725226.

Mail: Catalina88733@gmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Profesional con capacidad de liderazgo, con formación en el área de la salud de manera asistencial y administrativa, con conocimiento del marco jurídico del Sistema de Salud en Colombia (Acciones constitucionales) y alta disposición para el trabajo en equipo. Mi objetivo profesional es poner en práctica los conocimientos adquiridos durante mi formación universitaria y mi experiencia profesional, con el fin de establecer y crear grupos de trabajo que cumplan la misión y la visión de las empresas o instituciones en el área de la salud, buscando el perfeccionamiento profesional, personal y empresarial.

INFORMACION ACADEMICA

✓ **Primaria:** Colegio Eucarístico Campestre 1996.

✓ **Secundaria:** Colegio Eucarístico Campestre 2002.

✓ **Universitarios:**

Medicina: Fundación Universitaria San Martín 2011.

Maestría en salud ocupacional y ambiental: Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora Del Rosario. (2018).

Auditoria en Salud: Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora Del Rosario.(2021).

EXPERIENCIA LABORAL

- 1. Hospital San Rafael de Fusagasugá:** Medico general consulta externa.
Desde: 05 de julio de 2011 a 04 de julio de 2012.
- 2. IPS CAFAM-FAMISANAR (Madrid):** Medico general consulta externa.
Desde 05 febrero 2013.
- 3. Subred Norte-Hospital Simón Bolívar ESE:** Médico General Hospitalario en Urgencias
Pediatría.
Desde: 01 de marzo de 2014 hasta julio 2020.
- 4. Dirección General de Sanidad Militar:** Medico General Consulta externa Hospital
Militar Central.
Desde agosto de 2019 hasta julio de 2020.
- 5. Dirección de Sanidad Ejercito:** Asesor Médico-área Jurídica DISAN ejército.
Desde 01 de agosto de 2022.

CURSOS REALIZADOS:

- ✓ Soporte Vital Básico BLS y Avanzado Acls, abril 2011-actualización 2017.
- ✓ Congreso Nacional de Pediatría 2016.
- ✓ Curso de violencia Sexual 2017.
- ✓ Seminario de filosofía y teología. Universidad Santo Thomas.
- ✓ Diplomado DIH Universidad Militar Nueva Granada.

REFERENCIA FAMILIAR

✓ MAURICIO HERRERA O

Médico pediatra

Teléfono Celular: 3202966257

REFERENCIAS PERSONALES:

✓ YERALDIN HUERFANO HUERTAS

Abogada

Personera Carmen de Carupa.

Teléfono: 3132336411.

✓ VIVIAN QUIROGA.

Médico Pediatra y Auditora.

Teléfono: 3164701723.

✓ ANA MARIA LAMPREA N.

Capitán-Médico Ejercito.

Teléfono: 3208453355.

A handwritten signature in black ink, reading "Catalina Herrera". The signature is written in a cursive style and is underlined with a long, wavy horizontal line.

CINDY CATALINA HERRERA

ROMERO1072642460 chía.

ANEXOS

Diploma y Acta de Pregrado en Medicina.



ACTA DE GRADO No. 1376

En la ciudad de Bogotá, D.C., siendo las 11:00 a.m., del día diecisiete (17) de Junio del año dos mil once (2011), se reunieron en el Auditorio "Mariano Alberto Alvear Orozco" de la Fundación Universitaria San Martín los doctores: Jaime Villamizar Lamus, Rector; José Ricardo Caballero Calderón, Secretario General; Camilo Delgado Arjona, Decano de la Facultad de Medicina; Víctor Hugo Pacheco Rojas, Vicedecano de la Facultad de Medicina y Orlando Rodríguez García, Secretario Académico de la Facultad de Medicina; con el objeto de realizar la ceremonia de graduación de Médicos y Médicas, debidamente autorizados por el Consejo Académico de la Facultad de Medicina según acta de graduación No. 149 del 30 de Mayo del año dos mil once (2011), al graduando que se relaciona a continuación, quien acreditó el cumplimiento del programa aprobado por el Plenum de la Fundación, mediante Acuerdo No. 022 del diecinueve (19) de Octubre de mil novecientos noventa y tres (1993).

Cindy Catalina Herrera Romero CC 1072642460 Chía

El graduando cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por la Facultad y le otorga, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, el título de: **MÉDICA**.

Luego se tomó a los graduandos el juramento de rigor, concebido en los siguientes términos: JURAS ANTE DIOS Y LA PATRIA OBEDECER LA CONSTITUCIÓN Y LAS LEYES DE LA REPÚBLICA, PROMOVER AMOR, RESPETO Y ÉTICA A LA PRÁCTICA DE VUESTRA PROFESIÓN, ENALTECIENDO POR SIEMPRE SU NOMBRE Y EL DE TODOS VUESTROS COLEGAS PARA SER EJEMPLO DE HONESTIDAD, LEALTAD Y VOLUNTAD DE SERVICIO A LA SOCIEDAD COLOMBIANA. Los graduandos contestaron afirmativamente. SI ASÍ LO HICIERÉIS, DIOS Y LA PATRIA OS LO PREMIE, SI NO, EL Y ELLA OS LO DEMANDE.

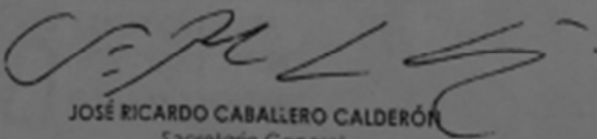
Acto seguido, se procedió a la nominación de graduandos y a la entrega de los diplomas y actas de grado correspondientes. A continuación se efectuó la entrega de premios y la exaltación de algunos graduandos que fueron objeto de distinciones especiales. Estuvieron presentes en la ceremonia de grado las personalidades del Alma Mater, los Señores Decanos y Profesores del Claustro Sanmartiniano de la Sede de Bogotá, D.C.

Finalmente el Secretario General leyó el Acta de Graduación correspondiente, dándose por terminada la ceremonia. Para constancia se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá, D.C., a los diecisiete (17) días del mes de Junio del año dos mil once (2011).

JAIME VILLAMIZAR LAMUS (Fdo.)
Rector

JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN (Fdo.)
Secretario General

Es fiel copia tomada del original en lo pertinente. Se deja constancia que el diploma se encuentra registrado bajo el número 17381 anotado al folio número 014 del libro número 05 de fecha diecisiete (17) de Junio del año dos mil once (2011). Se expide en la ciudad de Bogotá, D.C., a los diecisiete (17) días del mes de Junio del año dos mil once (2011).


JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN
Secretario General

- Diploma y Acta de especialización.





UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

UNIVERSIDAD CES

ACTA DE GRADUACIÓN N° 21568

Viernes, 12 de noviembre de 2021

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el viernes 12 de noviembre de 2021, a las 15:30 horas, en el Aula Máxima del Claustro de la Universidad del Rosario, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual, en virtud del convenio de extensión con la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, la Universidad CES confirió el título de **Especialista en Auditoría en Salud**

A

Cindy Catalina Herrera Romero

Documento de identidad 1.072.642.460

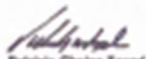
El graduando realizó los estudios correspondientes al programa de Especialización en Auditoría en Salud, código SNES 5512 y cumplió a satisfacción con los requisitos contemplados en la ley y en las normas internas del CES.

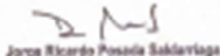
El acto estuvo presidido por el doctor Jorge Julián Osorio Gómez, Rector de la Universidad CES y Presidente Delegado de la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, quien previa toma del juramento reglamentario, procedió a la entrega del diploma y acta de grado.

El título se expidió de conformidad con las normas legales vigentes y de acuerdo a la autorización legal, conferida a la Universidad por Resolución 1371 de marzo 22 de 2007 y Resolución Rectoral 1620 del martes, 02 de noviembre de 2021 y el convenio suscrito entre la Universidad CES y la Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario en el año 1995.

En constancia se firma la presente acta en la ciudad de Medellín por los suscritos Rector de la Universidad CES, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad CES, Secretaria General de la Universidad CES.


Jorge Julián Osorio Gómez
Rector
Universidad CES


Patricia Chejne Fajal
Secretaria General
Universidad CES


Jorge Ricardo Posada Saklatvala
Decano Facultad de Medicina
Universidad CES



El diploma fue registrado en Libro 150, Folio 754, Número 21484, Acta 21568, Viernes 12 de noviembre de 2021.

Benigno G. J.

- Diploma y Acta de Maestría.

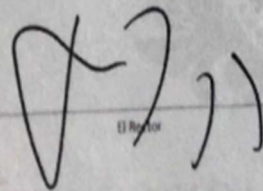

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

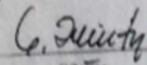
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

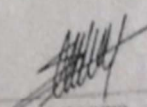
Por cuanto Cindy Catalina Herrera Romero C.C. Nº 1072642460
ha cumplido con todos los requisitos exigidos por este Colegio Mayor, cursando y aprobando el correspondiente programa académico, le confiere el
título de:

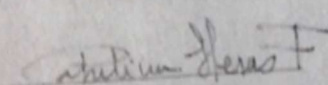
Magíster en Salud Ocupacional y Ambiental

Registrado bajo el N° 56615 Folio 330 Libro 41 y refrendado por la Secretaría General del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, en
la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintisiete (27) días del mes de abril de dos mil dieciocho (2018).


El Rector


El Decano


La Vicerectoría


La Secretaría General



Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895

1782



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Decreto Jurídico No. 58 del 16 de Septiembre de 1993, expedido por el Ministerio de Gobierno

ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Programa de MAESTRÍA EN SALUD OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

Acta individual de Grado No. 22010 - 56615

En la ciudad de Bogotá D.C., el día veintisiete (27) de abril de dos mil dieciocho (2018) siendo las 11:00h, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario confirió el título de:

MAGÍSTER EN SALUD OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

a

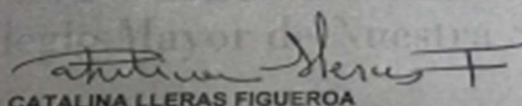
CINDY CATALINA HERRERA ROMERO

Identificada con Cédula de Ciudadanía, No. 1072642460, quien cumplió con los requisitos académicos y reglamentarios y las normas legales y recibió el diploma No. 17822, registrado bajo el No. 56615 del libro No. 41 folio 330.

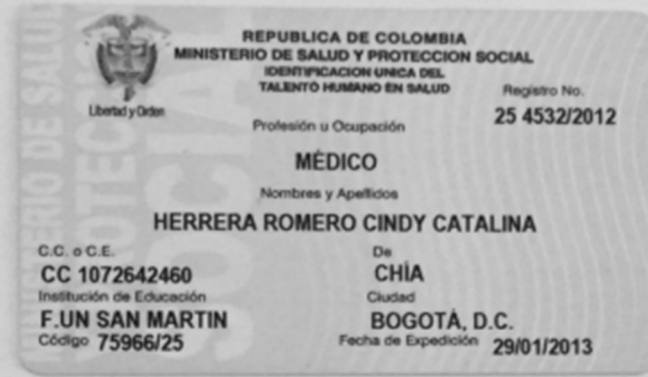
Esta acta se encuentra contenida en el Acta General de Grado No. 22010 firmada por:

GUSTAVO ADOLFO QUINTERO DECANO
HERNÁNDEZ
SANDRA PATRICIA SANTOYO PRADA SECRETARIA ACADÉMICA

Para constancia se firma en Bogotá D.C. República de Colombia, a los veintisiete (27) días del mes de abril de dos mil dieciocho (2018).


CATALINA LLERAS FIGUEROA
SECRETARIA GENERAL

- Tarjeta Profesional.



- Certificaciones laborales.



MINISTERIO DE DEFENSA
NACIONAL



DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

EL GRUPO DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA:

Que, conforme a los documentos que obran en el Archivo de la entidad, el (la) señor(a) **CINDY CATALINA HERRERA ROMERO**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.072.642.460**, suscribió con la Dirección General de Sanidad Militar el/los siguiente(s) contrato(s) de Prestación de Servicios profesionales y/o de Apoyo a la Gestión:

No. Contrato	018-DIGSA-2019
Fecha de suscripción	01/06/2019
Fecha de terminación	27/12/2019
Objeto contractual	El objeto del presente contrato es la Prestación de Servicios como Médico General para el Grupo de RED
Contrato adición o modificatorio	N/A
Valor del contrato	POR LA SUMA DE: DIECISIETE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CINCUENTA Y DOS PESOS CON SETENTA Y TRES CENTAVOS M.C.TE (\$17.598.052,73).
Reposan sanciones (multas-penal-pecuniaria)	SI: ☐ No. _____ fecha: _____ NO: ☒ A LA FECHA DE LA CERTIFICACION NO REPOSA SANCIONES
Obligaciones contractuales	CLÁUSULA SEGUNDA ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y/O ENTREGABLES: • Coordinar en conjunto con el personal contratado por la Dirección General las actividades relacionadas para la prestación de servicios en salud de los usuarios adscritos al Hospital Militar Central pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares acorde a los tiempos definidos en la Resolución No. 1955 del 27-DIC/2017 y la Directiva Permanente No. 09 del 1-DIC/2017. • Brindar una integral atención en salud a los usuarios adscritos al Hospital Militar Central pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, con calidad en las diferentes actividades a realizar y la interrelación de los procesos. • Llevar un adecuado registro de los diferentes formatos establecidos en la atención en salud (historia clínica, formulación, reportes). • Entregar planillas diarias de la consulta realizada para ser digitado por la persona que se asigne para esta función • Entregar informe trimestral de suficiencia a la red del subsistema de salud de las fuerzas militares 30 días después del trimestre vencido iniciando trimestre



Dirección General de Sanidad Militar "Un equipo humano al servicio de la salud"
Avenida Calle 26 No 49 - 76 Centro Empresarial Horizonte Torre Tierra Piso 4 PBX. 3298555 Ext 1112
seccs.sanidad@guao.mil.co, seccs.sanidad@guao.mil.co, seccs.sanidad@guao.mil.co. Sonora un régimen de excepción
que administra los recursos del subsistema de salud de las FFMM, conforme a la Ley 152 de 1997



desde diciembre del mes anterior, de acuerdo a los criterios establecidos por la coordinación del grupo.

- Participar semanalmente en los Comités Técnicos Científicos (CTC) y definir en conjunto con los otros miembros de estos CTC los diferentes conceptos para la prestación de servicios de Salud.

- Apoyar el enlace de los procesos en la prestación de servicios de salud (administrativos y asistenciales) y la inclusión de herramientas tecnológicas.

- Dar cumplimiento a lo definido en el procedimiento de suficiencia de red, referencia y contrareferencia, y comités técnicos científicos.

- No divulgar la información que maneje y que tenga conocimiento en cumplimiento del objeto del contrato, siendo responsable de su contenido manejo y custodia.

- Apoyar la elaboración de guías, políticas y directrices relacionadas con la atención en salud de los usuarios del SSFM, y que es aplicable a los usuarios adscritos al Hospital Militar Central pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

- Participar en los comités estructuradores y evaluadores, de los contratos de la Dirección General de Sanidad Militar, cuando se considere dentro de su competencia.

- Apoyar la respuesta a derechos de petición quejas, solicitudes de usuarios adscritos al Hospital Militar Central pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de los entes que lo requieran.

- Dar cumplimiento a la Ley 594 de 2000 Ley General de Archivos, o normas que lo modifiquen o adicionen, entrega de los documentos y archivos a su cargo debidamente inventariados, conforme a las normas y procedimientos que establezca el Archivo General de la Nación.

- Entregar la documentación generada durante su tiempo de gestión de acuerdo a la Ley 594 de 2000 "por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones". Al gestor documental de su área con todos los procesos archivísticos conforme a la normatividad vigente.

- Las demás actividades, inherentes al objeto del contrato y acordes a la formación del contratista, asignadas por el contratante.

Realizar un diagnóstico integral de las necesidades en la familia y establecer planes de intervención en conjunto con el resto del EBA.

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:

En desarrollo del contrato, el CONTRATISTA se obliga para con la Dirección General de Sanidad Militar a:

En desarrollo del contrato, el CONTRATISTA se obliga para con la Dirección General de Sanidad Militar a: a) Cumplir con el objeto del contrato en la forma y condiciones establecidas tanto en la cláusula segunda y demás del presente contrato. b) Suministrar al supervisor del contrato la información requerida por éstos, en las condiciones y plazos señalados. c) Presentar mensualmente con el informe de actividades y/o entregables, las planillas y soportes de pago de la





MINISTERIO DE DEFENSA
NACIONAL



DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

EL GRUPO DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA:

Que, conforme a los documentos que obran en el Archivo de la entidad, el (la) señor(a) **CINDY CATALINA HERRERA ROMERO**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.872.642.460**, suscribió con la Dirección General de Sanidad Militar el(los) siguiente(s) contrato(s) de Prestación de Servicios profesionales y/o de Apoyo a la Gestión:

No. Contrato	082-DIGSA-2020
Fecha de suscripción	10/01/2020
Fecha de terminación	30/06/2020
Objeto contractual	El objeto del presente contrato es la Prestación de Servicios como profesional de medicina para el Grupo de RED.
Contrato adición o modificatorio	N/A
Valor del contrato	POR LA SUMA DE: VEINTISIETE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CUATRO PESOS CON OCHENTA CENTAVOS M.CTE (\$ 27.254.064,80).
Reposan sanciones (multas-penal-peounaria)	SI ☐ No. _____ fecha: _____ NO ☒ A LA FECHA DE LA CERTIFICACION NO REPOSA SANCIONES
Obligaciones contractuales	CLÁUSULA SEGUNDA ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y/O ENTREGABLES: 1. Con base en la normatividad legal vigente aplicable para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, realizar los respectivos aportes profesionales sobre actualización, acompañamiento, asesoría y ajustes en los documentos, procesos con su correspondiente seguimiento a la implementación, así como la elaboración de guías, políticas y directrices relacionadas con la atención en salud de los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, según cronograma establecido por la Coordinación del Grupo Red establecidos al interior de la Dirección General de Sanidad Militar y de aplicabilidad en las Direcciones de Sanidad y Establecimientos de Sanidad Militar. 2. Coordinar en conjunto con el personal contratado por la Dirección General las actividades relacionadas para la prestación de servicios en salud de los usuarios adscritos al Hospital Militar Central pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares acorde a los tiempos definidos en la Resolución No. 1955 del 27-DIC/2017 y la Directiva Permanente No. 09 del 1-DIC/2017.



Dirección General de Sanidad Militar "Un equipo humano al servicio de la salud"
Avenida Calle 26 No 68 - 75 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 4 PBX: 3238555 Ext 1112
www.saluddefuerzasmilitares.mil.co, sonda.com@guarad.mil.co Sonos un régimen de excepción
que administra los recursos del subsistema de salud de las FPMIL, conforme a la Ley 312 de 1997



3. Brindar una íntegra atención en salud a los usuarios adscritos al Hospital Militar Central pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, con calidad en las diferentes actividades a realizar y la interrelación de los procesos conforme al modelo del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
4. Entregar planillas diarias de la consulta realizada para ser digitado por la persona que se asigne para esta función.
5. Realizar atención domiciliar de medicina general a los usuarios adscritos al Hospital Militar Central pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
6. Entregar informe bimensual de las visitas domiciliarias realizadas durante ese periodo.
7. Llevar un adecuado registro de los diferentes formatos establecidos en la atención en salud (historia clínica, formulación, reportes).
8. Apoyar el enlace de los procesos en la prestación de servicios de salud (administrativos y asistenciales) y la inclusión de herramientas tecnológicas.
9. Dar cumplimiento a lo definido en el procedimiento de suficiencia de red, referencia y contrareferencia, y comités técnicos científicos.
10. No divulgar la información que maneje y que tenga conocimiento en cumplimiento del objeto del contrato, siendo responsable de su contenido manejo y custodia.
11. Apoyar la elaboración de guías, políticas y directrices relacionadas con la atención en salud de los usuarios del SSFM, y que es aplicable a los usuarios adscritos al Hospital Militar Central pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
12. Participar en los comités estructuradores y evaluadores, de los contratos de la Dirección General de Sanidad Militar, cuando se considere dentro de su competencia.
13. Apoyar la respuesta a derechos de petición quejas, solicitudes de usuarios adscritos al Hospital Militar Central pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de los entes que lo requieran.
14. Dar cumplimiento a la Ley 594 de 2000 Ley General de Archivos, o normas que lo modifiquen o adicionen, entrega de los documentos y archivos a su cargo debidamente inventariados, conforme a las normas y procedimientos que establezca el Archivo General de la Nación.
15. Entregar la documentación generada durante su tiempo de gestión de acuerdo a la Ley 594 de 2000 "por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones". Al gestor documental de su área con todos los procesos archivísticos conforme a la normatividad vigente.
16. Las demás actividades, inherentes al objeto del contrato y acordes a la formación del contratista, asignadas por el contratante.

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:

En desarrollo del contrato, el CONTRATISTA se obliga para con la Dirección General de Sanidad Militar a:

En desarrollo del contrato, el CONTRATISTA se obliga para con la Dirección General de Sanidad Militar a: a) Cumplir con el objeto del contrato en la forma y





Página 3 de 3

	condiciones establecidas tanto en la cláusula segunda y demás del presente contrato. b) Suministrar al supervisor del contrato la información requerida por éstos, en las condiciones y plazos señalados. c) Presentar mensualmente con el informe de actividades y/o entregables, las planillas y soportes de pago de la seguridad social en los términos de ley (salud, pensión y ARL). d) Informar oportunamente al Supervisor del Contrato, por escrito, cuando surja alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo. e) Suscribir el Contrato dentro de los Tres (3) días hábiles siguientes a la entrega del mismo. f) Constituir las garantías establecidas en el presente contrato dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al perfeccionamiento. g) Responder por el correcto uso, manejo y conservación de los bienes muebles entregados al CONTRATISTA en virtud del presente contrato. h) Guardar la confidencialidad y debida reserva de la información que le sea suministrada con ocasión del presente contrato, en consecuencia ante cualquier solicitud de información sobre la ejecución del contrato requerida por personal no autorizado por el CONTRATANTE, será remitida para su respuesta al CONTRATANTE. i) Custodiar y a la terminación del presente contrato devolver los insumos, suministros, herramientas, implementación, inventarios y/o materiales que sean puestos a su disposición para la prestación del servicio objeto de este contrato j) Las demás inherentes a la naturaleza del contrato.

Se expide en Bogotá D.C., a los diecisiete (17) días del mes de julio de dos mil veintitrés (2023), a solicitud del INTERESADO con destino a EFECTOS PERSONALES.


Capitán de Navío. CARLOS ARTURO AMAYA MONTEALEGRE
Subdirector Administrativo y Financiero


Elaboró: P.S. Vivian Corral
Abogada Grupo de Contratación


Revisó: MYRIAM RODRÍGUEZ
Coordinadora General de Contratación





MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD



Al contestar, cite este número

Radicado No. 2022322021596673 MDN-COGFM-CCEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-2.21

Bogotá, D.C., 29 de noviembre de 2022

Señora
CINDY CATALINA HERRERA ROMERO
Calle 7 N° 1A – 61, Chia, Cundinamarca.
Celular: 3164725226
Bogotá D.C.

Asunto: Certificación Contrato de Prestación de Servicios

EL SUSCRITO OFICIAL DE GESTIÓN DE CONTRATACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD
EJÉRCITO.

HACE CONSTAR:

Que la señora **CINDY CATALINA HERRERA ROMERO** identificada con cédula de ciudadanía N.º 1.072.642.460 de Chia, Cundinamarca, presta sus servicios en la Dirección de Sanidad del Ejército mediante contratos de prestación de servicios, así:

CONTRATO	OBJETO	INICIO	TERMINACIÓN	VALOR ESTIMADO AL PAGO MENSUAL	HONORARIOS TOTAL
894-EJC-DISAN-2022	La prestación de servicios profesionales como médico general en la Dirección de Sanidad Ejército – Sección Jurídica.	03/08/2022	En ejecución hasta el 31/12/2022	\$ 3.959.155,00	\$ 19.531.831,33

El contrato por ser de prestación de servicios no genera relación laboral ni prestaciones sociales y su celebración es por el término estrictamente indispensable para la institución conforme lo señalado en el inciso 3, numeral 3 del artículo 32 de la ley 80 de 1993.

EJÉRCITO NACIONAL
PATRIA, HONOR, LEALTAD
Entrada Principal Carrera 7 No 52 – 45 DISAN
4281434
Dirección página web: www.dizanejército.mil.co





Al contrastar, cite este número

Pág 2 de 2

Radicado No. 2022322021595673 MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMGF-COPER-DISAN-2.21

Las actividades realizadas por el prestador de servicios están suscritas en los respectivos contratos.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los veintinueve (29) días del mes de Noviembre de dos mil veintidós (2022).

MY. CAMILO ANDRÉS PARIAS AVELLA
Oficial de Tecnología de la Información DISAN-EJC

Proyecto: PS. DAVID CELY HERNÁNDEZ
Tecnólogo Jurídico Sección Contratos - DISAN.

EJÉRCITO NACIONAL
PATRIA, HONOR, LEALTAD
Externa Principal Carrera 7 No 52 - 48 DISAN
4251426
Dirección página web: www.direcciongeneralnacional.org.co





Empresa Social del Estado
HOSPITAL SAN RAFAEL
Fusagasugá
NIT. 900.525-1

Fusagasugá, 25 de Julio de 2012

EL GERENTE

HACE CONSTAR:

Que el(a) doctor(a) **HERRERA ROMERO CINDY CATALINA**, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía número 1.072.642.460 de Chia, prestó sus servicios como profesional del servicio social obligatorio (médico) a esta institución, con desplazamiento al puesto de salud de Chinautá y puestos de salud del municipio de Fusagasugá.

Que trabajó en cumplimiento del **SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO (Médico)** exigido por la Ley 52 de 1994, en el Centro de Salud de Chinautá y puestos de salud del municipio de Fusagasugá durante el tiempo comprendido entre el 5 de Julio de 2011 y 4 de Julio de 2012 (12 meses), cumpliendo con los programas y requisitos que le fueron encomendados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

Que los Cargos y Localidades antes anotados son válidos para el cumplimiento del **SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO (Médico)** de acuerdo al libro número 01 y N° de Orden 315 del 15 de Junio de 2010 de la secretaría de salud de Cundinamarca y de acuerdo a lo establecido en las ordenes de prestación de servicios números 10-295-2011 y 10-08-2012.


JOSE MAURICIO ALVAREZ TORRES
C. C. 79.442.689 de Bogotá

Interventor
Talento Humano

EL SUSCRITO JEFE DE SECCION ADMINISTRACION DE PERSONAL
DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM
HACE CONSTAR :

1. QUE HERRERA ROMERO CINDY CATALINA
IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1.073.642.460
EXPEDIDA EN CHIA ESTÁ PRESTANDO SUS SERVICIOS
A LA CAJA CON CONTRATO TERMINO FIJO
DESDE FEBRERO 5 DE 2013 HASTA ENERO 31 DE 2014
2. QUE EN LA ACTUALIDAD OCUPA EL CARGO DE MEDICO GENERAL
EN MEDICINA GENERAL MADRID CON UN HORARIO DE 210 HORAS MES.
3. QUE DEVENGA UNA ASIGNACION MENSUAL DE \$2,564,800

SE EXPIDE LA PRESENTE CONSTANCIA A SOLICITUD DEL EMPLEADO(A)
EN BOGOTÁ D.C. A LOS 17 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2013



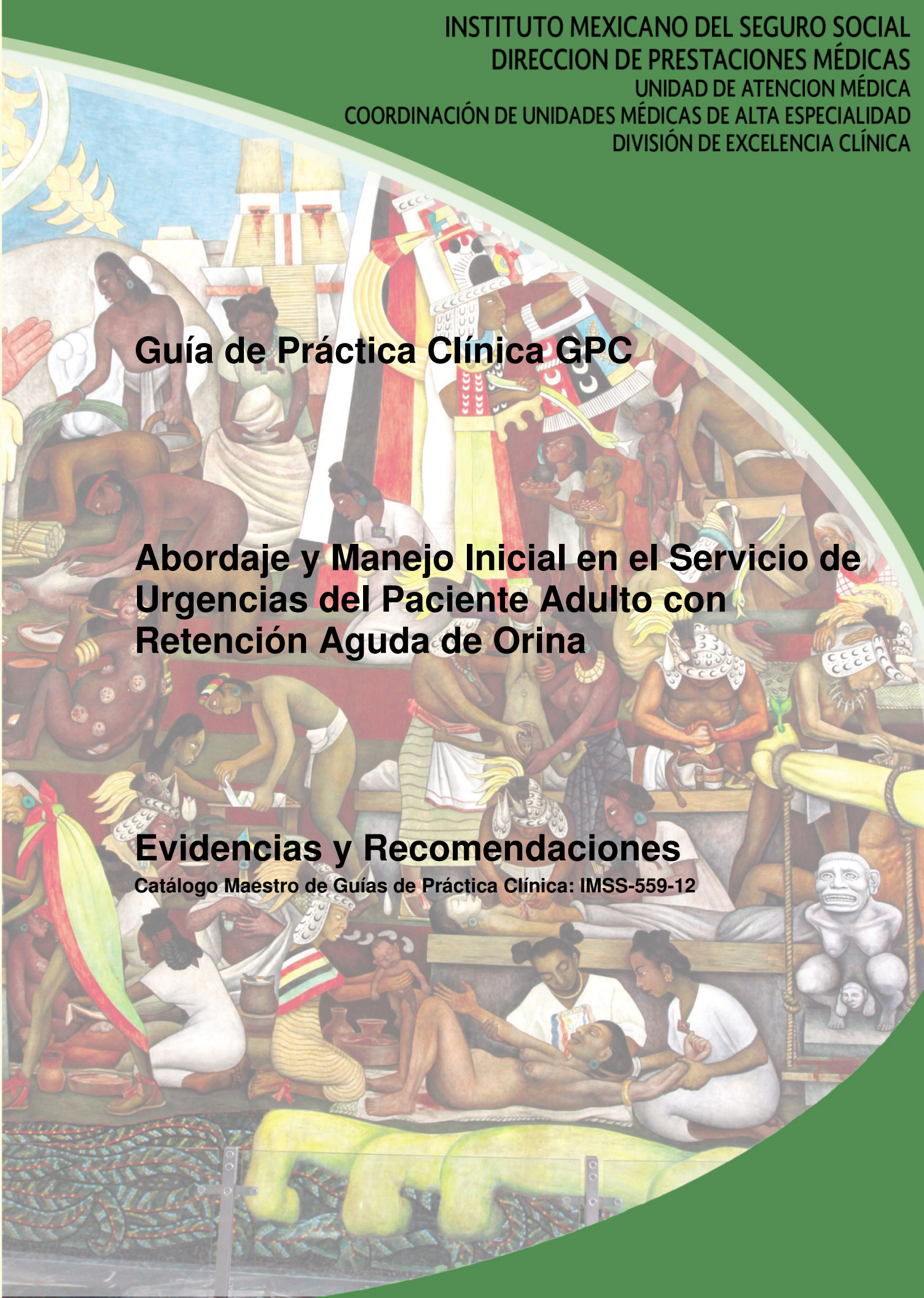
JOSE ARMANDO CUABAN PASOS
JEFE SECCION ADMINISTRACION DE PERSONAL

Guía de Práctica Clínica GPC

Abordaje y Manejo Inicial en el Servicio de Urgencias del Paciente Adulto con Retención Aguda de Orina

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-559-12





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECTOR GENERAL

MTRO. DANIEL KARAM TOUMEH

DIRECTOR DE PRESTACIONES MÉDICAS

DR. SANTIAGO ECHEVARRÍA ZUNO

TITULAR DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

DR. FERNANDO JOSÉ SANDOVAL CASTELLANOS

COORDINADOR DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ IZQUIERDO

COORDINADORA DE ÁREAS MÉDICAS

DRA. LETICIA AGUILAR SÁNCHEZ

COORDINADOR DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

DR. SERGIO ALEJANDRO MORALES ROJAS

TITULAR DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

DR. ALBERTO LIFSHITZ GUINZBERG

COORDINADOR DE POLÍTICAS DE SALUD

DR. JAVIER DAVILA TORRES

COORDINADOR DE EDUCACIÓN

DR. SALVADOR CASARES QUERALT

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ

COORDINADOR DE PLANEACIÓN EN SALUD

LIC. MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ DÍAZ PONCE

TITULAR DE LA UNIDAD DE SALUD PÚBLICA

DR. ÁLVARO JULIÁN MAR OBESO

COORDINADORA DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

DRA. IRMA HORTENSIA FERNÁNDEZ GÁRATE

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y APOYO EN CONTINGENCIAS

DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO

COORDINADOR DE SALUD EN EL TRABAJO

DR. RAFAEL RODRIGUEZ CABRERA

COORDINADOR DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

DR. RODOLFO A. DE MUCHA MACÍAS

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por IMSS
© Copyright IMSS "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
División de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos, deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Deberá ser citado como: **Abordaje y Manejo Inicial en el Servicio de Urgencias del Paciente Adulto con Retención Aguda de Orina.**
México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/gpc.htm>

CIE-10: R33X Retención de Orina

GPC: Abordaje y Manejo Inicial en el Servicio de Urgencias del Paciente Adulto
con Retención Aguda de Orina

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Pediatría	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de Área de Innovación de Procesos Clínicos/ División de Excelencia Clínica, CUMAE

Autores :

Dr. Behudy José Aubry Ortigón	Urgencias Medico Quirúrgicas	Instituto Mexicano del Seguro Social	Medico adscrito al Servicio de Urgencias/HGZ No 1, Campeche Campeche
Dr. Víctor Camacho Trejo	Urología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Medico adscrito a la UMAE HE No 25 Monterrey Nuevo León
Dr. Luis Roberto Orobio Santiago	Urgencias Medico Quirúrgicas	Instituto Mexicano del Seguro Social	Medico adscrito al Servicio de Urgencias/ HGZ No 2, Fresnillo Zacatecas

Validación interna:

Dra. Lizbeth Hernández Hernández	Urgencias Medico Quirúrgicas	Instituto Mexicano del Seguro Social	Medico adscrito al Servicio de Urgencias/ HGZ No. 8, México DF
Dr. Othon Martin Moreno Alcazar	Urología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de Servicio de Urología/HGR No 1, México DF

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES	4
1. CLASIFICACIÓN.	6
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA.....	7
3. ASPECTOS GENERALES.....	8
3.1 ANTECEDENTES	8
3.2 JUSTIFICACIÓN	9
3.4 OBJETIVO DE ESTA GUÍA	9
3.5 DEFINICIÓN.....	10
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	11
4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA	12
4.1.1 ABORDAJE CLÍNICO INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	12
4.1.2. DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	17
4.1.3 ESTUDIOS PARA CLÍNICOS	18
4.1.4 TRATAMIENTO INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	19
4.1.5 INDICACIONES DE HOSPITALIZACIÓN Y EVALUACIÓN UROLÓGICA	24
5. ANEXOS	27
5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA	27
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN	30
5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD.....	33
5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO.....	37
7. BIBLIOGRAFÍA.	39
8. AGRADECIMIENTOS.....	42
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	43

1. CLASIFICACIÓN.

Catálogo maestro: IMSS-559-12	
Profesionales de la salud.	Urgenciólogo, Urólogo, Pediatra
Clasificación de la enfermedad.	CIE-10: R33X Retención de orina
Categoría de GPC.	Primer y segundo nivel de atención
Usuarios potenciales.	Personal médico en formación, Médico General, Médico Familiar, Médico Urgenciólogo, Urólogo, Cirujano General
Tipo de organización desarrolladora.	Instituto Mexicano del Seguro Social División de Excelencia Clínica/CUMAE UMAE Hospital de Especialidades No 25, Monterrey Nuevo León HGZ 1 Dr. Abraham Azar Farah, Campeche Campeche HGZ 2, Fresnillo Zacatecas
Población blanco.	Mujeres y hombres mayores de 16 años, excepto mujeres gestantes y en puerperio
Fuente de financiamiento / patrocinador.	Instituto Mexicano del Seguro Social División de Excelencia Clínica/CUMAE UMAE Hospital de Especialidades No 25, Monterrey Nuevo León HGZ 1 Dr. Abraham Azar Farah, Campeche Campeche HGZ 2, Fresnillo Zacatecas
Intervenciones y actividades consideradas.	Interrogatorio y exploración física Estudios de laboratorio: biometría hemática, examen general de orina, creatinina, urea, sodio y potasio Estudios de imagen: ultrasonido vesical Procedimientos: cateterización vesical uretral o supra púlica
Impacto esperado en salud.	Disminución de morbilidad Actualización médica Optimización de recursos
Metodología^a.	Adopción de guías de práctica clínica y elaboración de guía de nueva creación: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor, de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.
Método de validación y adecuación.	Enfoque de la GPC: enfoque a responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. <especificar cuáles se utilizaron, de las siguientes: Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas mediante bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o ó compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas Número de fuentes documentales revisadas: 34 Guías seleccionadas: 5 Revisiones sistemáticas: 0 Ensayos controlados aleatorizados: 0 Estudios descriptivos: 5 Revisiones clínicas: 17 Consensos: 7
Método de validación	Validación del protocolo de búsqueda: <institución que validó el protocolo de búsqueda>. Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: Instituto Mexicano del Seguro Social Revisión institucional: Instituto Mexicano del Seguro Social Validación externa: <institución que realizó la validación externa> Verificación final: <institución que realizó la verificación>
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro	IMSS-559-12
Actualización	Fecha de publicación: 01/10/2012. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA, PUEDE DIRIGIR SU CORRESPONDENCIA A LA DIVISIÓN DE EXCELENCIA CLÍNICA, CON DOMICILIO EN DURANGO No. 289 Piso 1^a, COL. ROMA, MÉXICO, D.F., C.P. 06700, TELÉFONO 55533589.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cómo se debe realizar el abordaje clínico en el servicio de urgencias del paciente adulto con retención aguda de orina?
2. ¿Cómo se establece el diagnóstico clínico de retención aguda de orina?
3. ¿Qué estudios paraclínicos se deben realizar en el servicio de urgencias, en el paciente adulto con retención aguda de orina?
4. ¿En qué consiste el manejo inicial en el servicio de urgencias del paciente con retención aguda de orina?
5. ¿Cuáles son las indicaciones para hospitalizar al paciente con retención aguda de orina?
6. ¿Se encuentra indicado el tratamiento profiláctico antimicrobiano en el servicio de urgencias del paciente con cateterismo vesical por retención aguda de orina?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

Los médicos de atención primaria juegan un papel clave en el diagnóstico y tratamiento inicial de las urgencias urológicas. (Rosenstein 2004).

La retención aguda de orina (RAO) es una patología muy frecuente en urgencias y es la interconsulta urológica más vista en este tipo de servicios. Como RAO se entiende la imposibilidad repentina e imprevista de realizar el vaciamiento vesical. Las manifestaciones clínicas cursan con dolor en hipogastrio, agitación, ansiedad y sensación imperiosa de orinar. El problema es vivido por el paciente como una urgencia vital debido al dolor intenso, al tenesmo y el malestar agudo que genera (Fernández 2011).

Se puede presentar en cualquier etapa de la vida, pero la mayor frecuencia ocurrirá a partir de la quinta década, observando un aumento significativo en su aparición conforme va aumentando la edad. Este cuadro se presenta en la mayoría de las ocasiones en varones adultos. (Pérez 2002)

La incidencia anual de RAO primaria varia de 2.2 a 6.8 por 1 000 hombres, dependiendo de las series consultadas. En algunos casos, la RAO es consecutiva a eventos desencadenantes, situación que se conoce como RAO precipitada. Los eventos desencadenantes mas comunes incluyen procedimientos quirúrgicos con anestesia general o loco regional, ingesta excesiva de alcohol y/o de líquidos que provoca una sobre distensión de la vejiga urinaria, infecciones del tracto urinario, etc. Sin embargo, en la mayoría de los casos, no se identifica ningún evento desencadenante y la RAO se atribuye a la historia natural de hiperplasia prostática benigna (Verhame 2005, Emberton 2008, Fitzpatrick 2006).

En el caso de las mujeres existe una situación contrastante resultado de una mayor diversidad de condiciones que la ocasionan. Acorde a ello, la investigación epidemiológica es difícil y la historia natural de diversas condiciones subyacentes es mínimamente entendida. La incidencia de RAO en mujeres no está bien documentada. Un estudio escandinavo reveló una incidencia de 7 por 100 000 habitantes por año con una proporción de hombres a mujeres de 13:1. En general, la RAO en las mujeres se describe más frecuentemente en pequeñas series de casos o en casos reportados con causas inusuales. La diversidad etiológica y escasos de consenso sobre el manejo, implican que los resultados del tratamiento sean más difíciles de predecir que en el de los hombres (Mevcha 2010).

Se ha demostrado que la RAO tiene un impacto medible en la calidad de vida de los pacientes que persiste más allá del momento de la presentación inicial del cuadro. Muchos de estos efectos se presentan cuando los pacientes son egresados a sus domicilios, razón por la cual pueden pasar desapercibidos por el equipo urológico que le proporciona atención posterior al paciente que presentó retención urinaria (Thomas 2005).

Armitaje encontró que la mortalidad en los hombres con RAO que fueron admitidos al hospital es alta (uno en 7 hombres con RAO espontánea y 1 en 4 hombres con RAO precipitada mueren en el primer año posterior a su presentación), riesgo que se incrementa con la edad y con la comorbilidad. El mismo autor señala que en el primer año después de la admisión al hospital, el 16% de los hombres con RAO precipitada

y sin comorbilidad fallecieron, comparados con el 38% de los hombres que no presentaban comorbilidad (Armitaje 2007).

3.2 JUSTIFICACIÓN

La retención aguda de orina constituye una de las causas más frecuentes de solicitud de atención en los servicios de urgencias, sin embargo, en la práctica médica diaria existe una amplia variabilidad en la conducta que se sigue al atenderlos. Por lo anterior y debido también a que esta patología se asocia con reducción en la calidad de vida y una alta probabilidad de presentar complicaciones, se consideró necesario realizar un documento para guiar al clínico en el abordaje sistematizado del paciente adulto con retención aguda de orina en el servicio de urgencias, orientado a identificar la causa de la retención urinaria con la finalidad de llevar a cabo un tratamiento específico y oportuno.

3.4 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: **Abordaje y Manejo Inicial en el Servicio de Urgencias del Paciente Adulto con Retención Aguda de Orina**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Establecer el abordaje que se debe llevar a cabo en el servicio de urgencias, en el paciente adulto con retención aguda de orina
2. Señalar como se realiza el diagnóstico de retención aguda de orina en el servicio de urgencias
3. Referir los estudios para clínicos indicados en el servicio de urgencias del paciente con retención aguda de orina
4. Establecer en qué consiste el tratamiento inicial en el servicio de urgencias del paciente con retención aguda de orina
5. Referir las indicaciones para hospitalizar al paciente con retención aguda de orina
6. Establecer si el paciente con cateterismo vesical por retención aguda de orina requiere tratamiento profiláctico antimicrobiano

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.5 DEFINICIÓN

La retención urinaria es la incapacidad para miccionar voluntariamente. La retención aguda de orina es la incapacidad súbita para el vaciamiento urinario a pesar de tener una vejiga llena (Sellius 2008).

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de éstos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

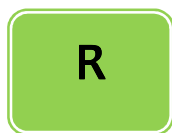
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	la [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 5.2.

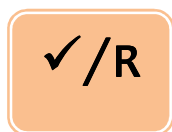
Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.1.1 ABORDAJE CLÍNICO INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E La incidencia de la retención aguda de orina (RAO) varía significativamente entre hombres y mujeres, es más común en el sexo masculino, de tal manera que se estima que el 10% de los hombres mayores de 70 años y el 30 % de los mayores de 80, presentarán RAO en los siguientes 5 años.	IV [E: Shekelle] Aning 2007
E Tanto en hombres como en mujeres, las causas de RAO pueden categorizarse como: • Obstructivas • Inflamatorias • Infecciosas • Farmacológicas • Neurogénicas • Otras	III [E: Shekelle] Selius, 2008
E Los mecanismos fisiopatológicos causantes de RAO, pueden dividirse en tres grandes grupos: 1. Obstrucción de la salida 2. Vejiga neurogénica 3. Baja actividad del músculo detrusor	III [E: Shekelle] Thorne, 2009

E

El examen físico es esencial para valorar a un paciente con RAO, en el sentido de estimar la severidad del problema e identificar la causa. Los componentes esenciales del examen físico incluyen: examen general, inspección abdominal, examen genital externo, examen rectal y examen neurológico (particularmente si se sospecha causa neurogénica).

IV
[E: Shekelle]
Newman, 2011

Como parte del abordaje clínico del paciente que se presenta en el servicio de urgencias con RAO es importante determinar la causa, para ello se recomienda:

1. Realizar historia clínica urológica que incluya:
 - Padecimientos urológicos: cálculos, reflujo vesicoureteral, infecciones urinarias recurrentes
 - Antecedente de cateterización vesical
 - Comorbilidades: diabetes, enfermedad de Parkinson, lesión de médula espinal, padecimientos psiquiátricos, trastornos gastrointestinales (constipación, diarrea, incontinencia fecal)
 - Ingestión de alcohol, café o medicamentos que pueden afectar la función vesical (anexo 5.3, cuadro I).
2. Exploración física dirigida:
 - a) Examen general en busca de:
 - Deshidratación
 - Edema pedal o datos de falla cardíaca congestiva (indican problemas con la redistribución de líquidos que pueden ocasionar nicturia o enuresis)
 - b) En la inspección abdominal:
 - Identificar distensión o plenitud
 - Buscar masas
 - Palpar y percutir el área supra púbica
 - No realizar palpación profunda de la vejiga, debido a que puede producir malestar significativo y reflejo vagal evocado por el dolor
 - c) Examen de genitales externos y rectal evaluando:
 - Reflejo bulbocavernoso
 - Tamaño de la próstata
 - Tono de esfínter anal en ambos sexos
 - Examen neurológico local (evaluación de sensación perineal, atrofia de tejidos) como parte del examen pélvico de mujeres
 - d) Examen neurológico

R

C
[E: Shekelle]
Fitzpatrick, 2006
D
[E: Shekelle]
Newman, 2011

Los pacientes con sospecha de vejiga neurogénica deben someterse a revisión neurológica que comprenda:

- Reflejo bulbocavernoso (contracción muscular del bulbocavernosoposterior a la presión del glande)
- Reflejo anal (contracción del esfínter anal cuando la piel perineal es apretada)
- Contracciones voluntarias de la pelvis
- Tono del esfínter anal
- Sensación de los dermatomos S2 y S5

R

C

**[E: Shekelle]
Seliu, 2008**

La RAO es una de las complicaciones a largo plazo más significativas de la hiperplasia prostática benigna. En series antiguas de casos, se reporta que entre el 25% y 30% de los hombres que se sometieron a resección transuretral de próstata presentaron RAO. Un estudio de 1376 hombres con hiperplasia prostática y síntomas moderados que tuvieron un seguimiento de 4 años, señaló que 99 experimentaron un episodio de RAO, para una incidencia calculada de 18 por 1000 personas/año.

E

III

**[E: Shekelle]
Roehrborn, 2005**

En un estudio de 310 pacientes, realizado en un período de 2 a 3 años, la causa de la RAO en el 53% de los casos fue hiperplasia prostática, otros procesos obstructivos fueron menos comunes

E

III

**[E: Shekelle]
Vilke, 2008**

En los Estados Unidos de Norte América la incidencia de RAO es de 4.5 a 6.8/1000 hombres/año, el rango de edad en que se presenta varía entre los 40 y 83 años.

E

III

**[E: Shekelle]
Seliu, 2008**

En los varones mayores de 50 años, se debe sospechar obstrucción mecánica por hiperplasia prostática benigna como principal causa de RAO, la cual se acompaña de síntomas de tracto urinario bajo como disminución del chorro a la micción, goteo terminal, nicturia y sensación de vaciado incompleto.

R

D

**[E: Shekelle]
Newman, 2011**

En los pacientes con RAO e hiperplasia prostática benigna, se recomienda realizar tacto rectal para explorar la próstata. Los hallazgos del examen, serán de utilidad también para definir si el cateterismo vesical a través de la uretra puede ser exitoso o no, lo cual brinda la posibilidad de decidir un abordaje apropiado y evitar el traumatismo uretral.

R

D

**[E: Shekelle]
Newman, 2011**

E	La causa infecciosa más común de RAO es la prostatitis aguda, la cual es ocasionada habitualmente por organismos gram negativos como <i>Escherichia Coli</i> y <i>Proteus species</i> que producen edema de la glándula agudamente inflamada. La uretritis por infección del tracto urinario o infecciones de transmisión sexual, pueden ocasionar RAO debido a inflamación local y afección del nervio sacro. En las mujeres, las lesiones vulvovaginales dolorosas y la vulvovaginitis, producen edema y micción dolorosa lo cual puede desencadenar RAO.	III [E: Shekelle] Selius, 2008
E	La impactación fecal y las masas gastrointestinales o retroperitoneales, pueden comprimir extrínsecamente el cuello vesical lo que resulta en RAO.	III [E: Shekelle] Selius, 2008
E	En la obstrucción de la salida, se produce interrupción al libre flujo urinario a nivel del cuello de la vejiga o distal a este, puede ser ocasionada por compresión intrínseca (crecimiento prostático, litiasis vesical, constricción uretral) o extrínseca (compresión por tumoración uterina o abdominal).	III [E: Shekelle] Selius, 2008
E	La causa más frecuente de RAO en mujeres es el estado postquirúrgico, se observa en el 5%-25% de las pacientes, principalmente en las que son sometidas a cirugía pélvica.	IV [E: Shekelle] Newman, 2011
E	En la hipoactividad del detrusor, el músculo debilitado predispone a la sobre distensión vesical, fenómeno que se observa en la RAO que se presenta después de producir un gran volumen de diuresis como ocurre cuando se utilizan diuréticos o tras la ingestión de bebidas alcohólicas.	III [E: Shekelle] Kalejaiye, 2009 III [E: Shekelle] Thorne, 2009
E	En la RAO neurogénica, ocurre interrupción de la innervación sensorial o motora a la vejiga, lo que resulta en disminución de la contracción del músculo detrusor, impedimento de la relajación del esfínter urinario o ambos.	III [E: Shekelle] Selius, 2008 IV [E: Shekelle] Newman, 2011

Las causas neurogénicas de RAO pueden categorizarse en 3 grandes grupos:



- Lesiones de neurona motora superior: enfermedad cerebro vascular, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson
- Lesiones de nervio periférico: neuropatía diabética, herniación de disco intervertebral, cirugía pélvica
- Lesiones de neurona motora inferior: trauma de médula espinal por debajo de S1, compresión de médula espinal

III
[E: Shekelle]
Rosenstein, 2004



Los agentes farmacológicos pueden contribuir a la RAO. El grupo más comúnmente involucrado es el de los anticolinérgicos, estos medicamentos bloquean los impulsos postganglionares hacia el músculo detrusor e inhiben la contracción vesical. Los fármacos de uso psiquiátrico como fenotiazinas, antipsicóticos e inhibidores de la monoamino oxidasa pueden tener efectos anticolinérgicos.

III
[E: Shekelle]
Thorne, 2009
IV
[E: Shekelle]
Newman, 2011



Los fármacos simpaticomiméticos incrementan el tono del músculo liso en la próstata y cuello vesical causando obstrucción intrínseca por efecto alfa adrenérgico.

III
[E: Shekelle]
Selius, 2008



Los anti inflamatorios no esteroideos, pueden producir RAO por inhibición de la contractilidad del músculo detrusor mediada por prostaglandinas.

III
[E: Shekelle]
Verhamme, 2005

En los pacientes con RAO sin sintomatología de tracto urinario bajo, se debe pensar en causas como:



- Infecciones
- Constipación
- Estenosis uretral
- Consumo excesivo de líquidos (principalmente alcohol)
- Ingestión de medicamentos
- Neurogénicas

D
[E: Shekelle]
Newman, 2011



Con la finalidad de identificar la causa que la desencadena, es recomendable abordar de manera sistemática a los pacientes que acuden al servicio de urgencias con RAO, se debe tener en cuenta las diferentes posibilidades de acuerdo al género y a la historia clínica, para decidir el tratamiento apropiado así como, en caso necesario, la necesidad de hospitalización (anexo 5.3, cuadros II, III y IV).

C
[E: Shekelle]
Selius, 2008



Los pacientes que se encuentran bajo tratamiento con fármacos de acción psicotrópica, pueden presentar RAO y no manifestar la sintomatología típica, por lo que se debe interrogar en forma intencional a los familiares sobre el uso de estos medicamentos.

C
[E: Shekelle]
Seliu, 2008

4.1.2. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



El cuadro clínico de la RAO es la expresión de la acumulación exagerada y patológica de orina en la vejiga. Este acúmulo, cuando es agudo, resulta intolerable. El paciente, después de intentos repetidos, no consigue miccionar, refiere dolor y deseos imperiosos de orinar tanto más agudos cuando más rápida haya sido la instauración del proceso.

IV
[E: Shekelle]
Medina, 2002



El diagnóstico de RAO se obtiene típicamente con los datos recabados durante la historia clínica, con reporte de disminución o ausencia de diuresis durante un período significativo de tiempo, acompañado de aumento de tamaño suprapúbico o plenitud del abdomen inferior.

III
[E: Shekelle]
Vilke, 2008



La sensación de vaciamiento incompleto de la vejiga, un chorro débil y la necesidad de orinar en menos de dos horas, se han señalado como los mejores síntomas predictores de RAO.

III
[E: Shekelle]
Hassouna, 2005



Se recomienda considerar el diagnóstico de RAO ante la siguiente sintomatología:

- Incapacidad para orinar (o solo pequeñas cantidades) de inicio repentino
- Ansiedad intensa o agitación
- Incomodidad
- Diaforesis
- Dolor abdominal agudo
- Aumento de volumen abdominal con dolor que se intensifica a la palpación
- Ocasionalmente hematuria

C
[E: Shekelle]
Lepor, 2005
D
[E: Shekelle]
Emberton, 2008
C
[E: Shekelle]
Macdonald, 2008
C
[E: Shekelle]
Perez, 2002

Ante el cuadro clínico sugestivo de RAO se debe realizar examen físico que incluya:

- Examen abdominal de la vejiga: característicamente se presenta masa pélvica que puede ser visible, con percusión mate (si contiene 150 ml o más de orina), palpable (cuando hay más de 200 ml de orina) y con dolor que se intensifica a la palpación. Se debe considerar que en personas obesas la palpación de la masa pélvica puede ser difícil debido a la grasa abdominal
- Tacto rectal: evaluar tono del esfínter anal y la presencia de impactación fecal
- Examen prostático: valorar tamaño, textura y presencia de nódulos

R

C
[E: Shekelle]
Yoshimura, 2004

E

La RAO sin dolor es poco frecuente, cuando se presenta a menudo está asociada con alteraciones del sistema nervioso central.

III
[E: Shekelle]
Kalejaiye , 2009

E

Los pacientes que padecen diabetes mellitus con neuropatía asociada, los que presentan lesiones neurológicas y los que tienen un estado de conciencia alterado, no manifiestan el cuadro clínico clásico en la RAO.

III
[E: Shekelle]
Selius, 2008

R

Se debe tener un alto índice de sospecha de RAO en los casos en los no se presentan manifestaciones clínicas características, esto sucede en pacientes con neuropatía asociada a diabetes mellitus o en quienes no se pueden expresar verbalmente (evento vascular cerebral, enfermedad de Parkinson, demencia senil, alteraciones psiquiátricas graves). En estas situaciones los datos de mayor relevancia para el diagnóstico son la ausencia de micción (o en pequeñas cantidades por rebosamiento) y la detección de masa pélvica.

C
[E: Shekelle]
Vilke, 2008

4.1.3 ESTUDIOS PARA CLÍNICOS

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El papel de la investigación paraclínica en el paciente con RAO, es identificar la etiología subyacente así como evaluar el riesgo de complicaciones secundarias a la retención urinaria.

IV
[E: Shekelle]
Aning, 2007

E

Si después de haber realizado una historia clínica completa aún queda duda de que exista retención urinaria, el diagnóstico puede confirmarse mediante ultrasonido, particularmente si existe dificultad o contraindicación para instalar un catéter urinario

En el paciente con RAO se recomienda realizar:

- Biometría hemática, examen general de orina, sedimento urinario y urocultivo para evaluar la presencia de infección
- Determinación de nitrógeno ureico en sangre, creatinina, sodio y potasio para detectar insuficiencia renal
- Ultrasonido vesical en aquellos casos en que exista duda clínica del diagnóstico (si se cuenta con el recurso)
- La solicitud de otros estudios dependerá de la causa probable específica y se deberán individualizar en cada caso

R**III**

[E: Shekelle]
Vilke, 2008

D

[E: Shekelle]
Aning, 2007

C

[E: Shekelle]
Vilke, 2008

C

[E: Shekelle]
Selius, 2008

4.1.4 TRATAMIENTO INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

4.1.4.1 VACIAMIENTO VESICAL

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La RAO debe considerarse como una urgencia médica, el paciente necesita cateterización vesical para aliviar el dolor ocasionado por la retención tan pronto como sea posible.

III

[E: Shekelle]
Macdonald, 2008

E

En estudios realizados en pacientes con RAO en donde el tiempo promedio de retención fue de 31 horas, se detectó albuminuria en el 100% de los casos, elevación de creatinina en el 28% y elevación de urea en 36%. Se concluyó que la RAO tiene un efecto negativo en la función tubular y glomerular del riñón. Posterior a la resolución del cuadro de retención se incrementó la permeabilidad glomerular y el daño tubular persistió en la mayoría de los pacientes, sin embargo, los estudios séricos de función renal no pueden predecir la posible disfunción renal.

III

[E: Shekelle]
Ala-Houhala, 2001

E

En los pacientes con RAO la vejiga debe vaciarse inmediatamente, de lo contrario se puede propiciar falla renal aguda o ruptura vesical, por ende esta entidad debe abordarse como una urgencia médica.

III

[E: Shekelle]
Newman, 2011

E	No existe un consenso a nivel mundial que señale cual es el tipo o la vía ideal para la cateterización vesical, de tal manera que la elección dependerá del caso en cuestión y de la unidad médica que brinde la atención.	IV [E: Shekelle] Emberton, 2008
E	En la práctica la mayoría de los urólogos eligen la cateterización vesical transuretral, lo cual se observó en una encuesta realizada en el Reino Unido en donde se consultaron 410 urólogos, el 98% refirió que preferían la vía uretral y que la vía supra púbica la utilizaban únicamente en caso de falla transuretral.	III [E: Shekelle] Fitzpatrick, 2006
E	La cateterización supra púbica tiene las siguientes ventajas demostrables: 1. Menor riesgo de desarrollar estenosis de uretra 2. Evita recateterizaciones ya que la sonda se puede cerrar para valorar la permeabilidad uretral 3. En los cuestionarios los pacientes mencionan mayor confort 4. Es posible continuar con la actividad sexual	III [E: Shekelle] Kalejaiye, 2005
E	Existe un mayor porcentaje de complicaciones como perforación intestinal, peritonitis o hematuria, cuando la cateterización vesical se realiza por vía supra púbica que cuando se lleva a cabo de forma transuretral.	III [E: Shekelle] Kalejaiye, 2005
E	Una desventaja de la cateterización suprapúbica, es que se trata de un procedimiento complejo y no todos los profesionales de la salud están capacitados para llevarla a cabo.	III [E: Shekelle] Kalejaiye, 2005
R	El tratamiento inicial del paciente con RAO consiste en el vaciamiento vesical. La cateterización uretral es la primera opción para el drenaje de la vejiga, siempre y cuando no exista contraindicación para ello.	C [E: Shekelle] Fitzpatrick, 2006
R	Para cateterizar la uretra es recomendable utilizar sondas tipo Foley de 2 vías de látex, silicón o cloruro de polivinilo (Nelaton), de acuerdo al caso específico se pueden utilizar calibres 14,16 o 18 french.	D [E: Shekelle] Emberton, 2008
R	La lubricación uretral deberá realizarse con jalea aséptica hidrosoluble, algunos lubricantes incluyen soluciones anestésicas, en caso de contar con ellos es recomendable utilizarlas.	D [E: Shekelle] Newman, 2011 Pérez D et al, 2002
R		D [E: Shekelle] Newman, 2011

R	Para llevar a cabo el procedimiento de cateterización uretral se recomienda seguir los pasos señalados en el cuadro V (anexo 5.3).	D [E: Shekelle] Newman, 2011
E	La contraindicación absoluta para realizar cateterismo uretral es la lesión de la uretra, la cual típicamente se asocia con traumatismo pélvico. La presencia de sangre en el meato uretral, anuria posterior al traumatismo o hematuria macroscópica, indican la necesidad de realizar uretrograma para evaluar integridad de la uretra; dicho estudio deberá ser evaluado por el urólogo.	C [E: Shekelle] Pérez, 2002
E	Las contraindicaciones relativas para el cateterismo uretral son: • Antecedente de estenosis de uretra • Cirugía reciente de las vías urinarias bajas • Presencia de esfínter uretral artificial	III [E: Shekelle] Schaeffer, 2010 III [E: Shekelle] Thomsen, 2006
E	Aunque el paciente se encuentre en RAO, la presencia de uretritis o prostatitis aguda son contraindicaciones para el cateterismo uretral.	III [E: Shekelle] Pérez, 2002
E	En general, las causas más frecuentes en las que está contraindicado el uso de cualquier tipo de sondaje vesical a través de la uretra, se pueden agrupar en dos categorías: • Alteraciones anatómicas del tracto urinario • Sospecha de lesión uretral	III [E: Shekelle] Jiménez, 2010
R	La cateterización uretral está contraindicada en los siguientes casos: • Lesión uretral • Traumatismo vesical • Presencia de material purulento en el meato uretral En estos casos, el vaciamiento vesical deberá realizarse por vía supra púbica.	C [E: Shekelle] Pérez, 2002 D [E: Shekelle] NHS, 2011

R	El vaciamiento vesical mediante cateterización uretral o punción supra púbica está contraindicado en las siguientes situaciones: 1. Cuando no se identifica la vejiga 2. Si se tiene conocimiento de la presencia de un tumor vesical 3. Presencia de heridas, celulitis o cicatrices en el área supra púbica a puncionar	C [E: Shekelle] Pérez, 2002 D [E: Shekelle] NHS, 2011
R	En estos casos se deberá solicitar evaluación por el urólogo para decidir la conducta a seguir La cateterización uretral o suprapúbica es un procedimiento invasivo que potencialmente puede causar incidencias o complicaciones, por lo tanto, antes de realizarlo se deberá firmar una carta de consentimiento bajo información.	D [E: Shekelle] Newman, 2011
✓/R	Idealmente el vaciamiento vesical por vía suprapúbica deberá realizarlo el urólogo o el cirujano general, en caso de no contar con ninguno de estos especialistas, el procedimiento podrá llevarlo a cabo el médico de urgencias médico quirúrgicas.	Punto de Buena Práctica
E	No hay evidencia que sustente la forma y el tiempo en que deba vaciarse la vejiga por completo. Las incidencias clínicas del vaciamiento rápido como el sangrado del tracto urinario, hipotensión y diuresis excesiva son bajas.	IV [E: Shekelle] NHS, 2011 III [E: Shekelle] Kalejaiye, 2009 III [E: Shekelle] Pérez, 2002
E	La hematuria post vaciamiento rápido se conoce como hemorragia "ex vacuo", se presenta la mayoría de las veces en vejigas retencionistas y puede ser una complicación grave.	III [E: Shekelle] Pérez, 2002
E	La hematuria, la hipotensión y la diuresis post obstructiva, son complicaciones potenciales de la descompresión rápida de la vejiga, sin embargo, no existe una evidencia de que el vaciamiento vesical gradual pueda disminuir estas complicaciones.	III [E: Shekelle] Seliu, 2008
R	Se recomienda que el vaciamiento vesical (uretral o supra púbico) sea intermitente para evitar posibles complicaciones. Después de evacuar 400 ml de orina se debe interrumpir el vaciamiento durante 15 minutos, posterior a este período de tiempo continuar con el procedimiento.	C [E: Shekelle] Pérez, 2002

R

En caso de hematuria macroscópica y coágulos que obstruyan la sonda, se deberá valorar cambiarla por una de mayor calibre o con una tercera vía para irrigación.

C
[E: Shekelle]
Pérez, 2002

4.1.4.2 ANTIMICROBIANOS PROFILÁCTICOS

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El factor de riesgo de mayor importancia para el desarrollo de bacteriuria asociada a cateterización urinaria, es el tiempo de permanencia de la sonda en la vejiga. Por otra parte, la mayoría de los episodios de bacteriuria asociada a cateterización urinaria a corto plazo, son ocasionados por un solo germen, múltiples microorganismos tienden a adquirirse cuando los pacientes están cateterizados por más de 30 días.

Za
Grabe, 2012

E

Un estudio en donde se revisó la literatura publicada entre 1980 y 2006, con la finalidad de determinar la utilidad de los antimicrobianos como medida profiláctica, para reducir la frecuencia de infecciones del tracto urinario secundarias a la colocación de catéter urinario en pacientes con RAO, concluyó que no hay pruebas suficientes para recomendar su uso rutinario como parte del tratamiento de pacientes con RAO que ingresan a la sala de urgencias.

III
[E: Shekelle]
Garnham, 2006

E

A menos que existan indicaciones clínicas (ejemplo infección urinaria), los antimicrobianos sistémicos no deben utilizarse de forma rutinaria para prevenir la infección urinaria en pacientes que requieren cateterismo urinario ya sea a corto o a largo plazo.

IB
Gould, 2006

E

Los antimicrobianos sistémicos no deben utilizarse de forma rutinaria como profilaxis de infecciones del tracto urinario.

A-II
Lo, 2008

E

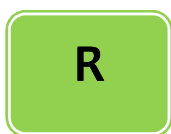
Los antibióticos sistémicos no deben formar parte de las estrategias para prevenir infecciones del tracto urinario secundarias a la inserción de catéter vesical.

A-II
Massachusetts
Department of Public
Health, 2008



La profilaxis antibiótica sistémica, no debe indicarse rutinariamente en pacientes con cateterización a corto (≤ 4 días) o a largo plazo (> 4 días) para reducir la bacteriuria o las infecciones del tracto urinario.

A-II
A-III
Hooton, 2010



Independientemente de la vía de acceso (tran suretral o supra púbica), no se recomienda indicar antibióticos como profilaxis de infección de vías urinarias en los pacientes que requieren cateterización vesical por RAO.

A-II
A-III
Hooton, 2010
A-II
Lo, 2008
A-II
Massachusetts
Department of Public
Health, 2008
IB
Gould, 2006
B
Grabe, 2012
C
[E: Shekelle]
Garnham, 2006
D
[E: Shekelle]
Newman, 2011



Se debe cumplir con el protocolo de higiene de manos en todos los pacientes que requieran colocación de sonda urinaria.

A
Grabe, 2012



La colocación de cualquier catéter urinario debe realizarse bajo estrictas medidas de antisepsia para prevenir la posibilidad de infección urinaria.

B
Grabe, 2012

4.1.5 INDICACIONES DE HOSPITALIZACIÓN Y EVALUACIÓN UROLÓGICA



Evidencia / Recomendación

No hay lineamientos establecidos para hospitalizar a los pacientes con RAO, la decisión va a depender de los recursos que se tengan en la unidad hospitalaria y de la valoración médica individual. La conducta en este sentido es muy variable, por ejemplo, en Francia se internan aproximadamente el 69% de los casos, en Rusia el 80% y en México el 22%.

Nivel / Grado
IV
[E: Shekelle]
Emberton, 2008
IV
[E: Shekelle]
Fitzpatrick, 2008

Un estudio que investigó la mortalidad en pacientes con un primer episodio de RAO reportó:

E

- En 100 067 hombres con RAO espontánea, la mortalidad al año fue 4.1% en hombres de 45 a 54 años de edad y 32.8% en mayores de 85 años; en 75 979 hombres con RAO precipitada, la mortalidad fue de 9.5% y 45.4% respectivamente
- En hombres de 75 a 84 años con RAO espontánea, la mortalidad al año fue de 12.5% en quienes no tenían comorbilidad y 29% en los que sí la presentaban

III
[E: Shekelle]
Armitaje, 2007

E

Existe evidencia que señala que prolongar la cateterización por más de 3 días, incrementa comorbilidades como infección del tracto urinario y la estancia hospitalaria.

IV
[E: Shekelle]
Emberton, 2008

Después de haber realizado el vaciamiento vesical de un paciente con RAO, se recomienda hospitalización en los siguientes casos:

R

1. Alteración de la función renal
2. Hematuria persistente
3. Sepsis
4. Complicaciones inherentes a la cateterización
5. Comorbilidades que per se requieran manejo hospitalario
6. Paciente sin capacidad para cuidarse a sí mismo y ausencia de familiares que se hagan cargo de él

D
[E: Shekelle]
Emberton, 2008
D
[E: Shekelle]
Fitzpatrick, 2008
D
[E: Shekelle]
NHS, 2011

E

En pacientes con RAO secundaria a hiperplasia prostática benigna, los alfa bloqueadores han demostrado que aumentan el éxito de la micción espontánea posterior al retiro de sonda y evitan un nuevo evento de RAO. Deben administrarse de preferencia en las primeras 72 hs después de haber presentado la RAO.

IV
[E: Shekelle]
Emberton, 2008
IV
[E: Shekelle]
Fitzpatrick, 2008

E

Un estudio que evaluó el manejo de 2 618 pacientes con RAO secundaria a hiperplasia prostática benigna en Francia, concluyó que, el ensayo sin catéter urinario después de una media de 3 días de cateterización vesical es una práctica estandarizada en ese país.

III
[E: Shekelle]
Desgrandchamps, 2006

E

Un estudio realizado con 6 074 hombres cateterizados por RAO, concluyó que : 1) El ensayo sin catéter ha llegado a ser el estándar de manejo a nivel mundial para el tratamiento de la RAO en hombres con hiperplasia prostática benigna, 2) En la mayoría de los casos, la prescripción de alfa bloqueadores antes del ensayo sin catéter, incrementa las posibilidades de éxito y 3) La cateterización prolongada se asocia con incremento en la morbilidad.

III
[E: Shekelle]
Fitzpatrick, 2012

E

La mayoría de los pacientes con RAO requieren seguimiento urológico, el manejo definitivo dependerá de la causa subyacente ya puede requerir tratamiento médico o quirúrgico.

III
[E: Shekelle]
Selius, 2008

III
[E: Shekelle]
Aning, 2007

R

Todos los pacientes (ambulatorios u hospitalizados) que presentaron un evento de RAO deben ser evaluados en las primeras 72 horas por el urólogo, con la finalidad de tomar decisiones respecto al tiempo de permanencia de la sonda y tratamiento de la causa.

D
[E: Shekelle]
Emberton, 2008
D
[E: Shekelle]
Fitzpatrick, 2008

5. ANEXOS

5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica, la base de datos de la biblioteca Cochrane y PubMed.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.

Publicados durante los últimos 11 años.

Documentos enfocados a diagnóstico o tratamiento.

Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica relacionadas con el tema:

Retención aguda de orina

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 11 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica, ensayos controlados aleatorizados, ensayos clínicos, meta análisis y revisiones clínicas, se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término MeSh: Urinary Retention. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): diagnosis, drug therapy, etiology, surgery y therapy, se limitó a la población de adultos. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 216 resultados, de los cuales se utilizaron 2 guías por considerarlas pertinentes y de utilidad en la elaboración de la presente guía.

Protocolo de búsqueda de GPC

Search ("Urinary Retention/diagnosis"[Mesh] OR "Urinary Retention/drug therapy"[Mesh] OR "Urinary Retention/etiology"[Mesh] OR "Urinary Retention/surgery"[Mesh] OR "Urinary Retention/therapy"[Mesh]) Limits: Humans, Clinical Trial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, English, Spanish, All Adult: 19+ years, published in the last 10 years

Algoritmo de búsqueda

1. Urinary Retention [Mesh]
- 2.-Diagnosis [Subheading]
3. Drug therapy [Subheading]
4. Etiology [Subheading]
5. Surgery [Subheading]
6. Therapy [Subheading]
7. #2 OR #3 OR #4 OR # 5 OR # 6
8. #1 And #7
9. 2001[PDAT]: 2012[PDAT]
10. Humans [MeSH]
11. #9 OR # 10
12. # 8 AND # 11
13. English [lang]
14. Spanish [lang]
15. # 13 OR # 14
16. #12 AND # 15
17. Clinical Trial [ptyp]
18. Meta-Analysis[ptyp]
19. Practice Guideline[ptyp]
20. Randomized Controlled Tria[ptyp]
21. Review [ptyp]
22. # 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21
23. #16 AND #22
24. All Adult: 19+ years[MesSH]
25. # 23 AND # 24
26. # 1 AND ((# 2 OR # 3 OR #4 OR #5 OR #6) AND (# 9 OR # 10) AND (#13 OR # 14) AND (# 17 OR # 18 OR # 19 OR # 20 OR # 21) AND # 24

Segunda etapa

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en PubMed y al haberse encontrado pocos documentos de utilidad, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados.

En esta etapa se realizó la búsqueda en 17 sitios de Internet en los que se buscaron guías de práctica clínica, en 1 de estos sitios se obtuvieron 5 documentos, de los cuales se utilizaron 3 para la elaboración de la guía.

No.	Sitio	Obtenidos	Utilizados
1	NGC	5	3
2	Trip Database	0	0
3	NICE	0	0
4	Singapore Moh Guidelines	0	0
5	AHRQ	0	0
6	SIGN	0	0
7	NZ GG	0	0
8	NHS	0	0
9	Fisterra	0	0
10	Medscape. Primary Care Practice Guidelines	0	0
11	ICSI	0	0
12	Royal College of Physicians	0	0
13	Alberta Medical Association Guidelines	0	0
14	Excelencia clínica	0	0
15	American College of Physicians. ACP. Clinical Practice Guidelines	0	0
16	Gobierno de Chile. Ministerio de Salud	0	0
17	GIN. Guidelines International Network	0	0
Totales		5	3

Tercera etapa

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con el tema de retención urinaria aguda. No se obtuvieron revisiones sistemáticas.

5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Criterios para Gradar la Evidencia

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006) .

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

CATEGORIZACIÓN DEL ESQUEMA DE EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES DE GOULD 2009,

EVIDENCIAS	
Tipo de evidencia	Grado de calidad
Ensayo controlado aleatorizado	Alto
	Moderado
Estudio observacional	Bajo
	Muy bajo
Cualquier otra evidencia (ejemplo consenso de expertos)	Muy bajo
RECOMENDACIONES	
Categoría	Fuerza de la recomendación
IA	Recomendación fuerte, sustentada por evidencia de calidad alta o moderada que sugiere beneficio o perjuicio clínico neto
IB	Recomendación fuerte, sustentada por evidencia de calidad baja que sugiere beneficio o perjuicio clínico neto o una práctica aceptada, sustentada por evidencia de baja o muy baja calidad
IC	Recomendación fuerte requerida para regulación estatal o federal
II	Recomendación débil sustentada en evidencia de cualquier calidad que sugiere un cambio entre el beneficio y perjuicio clínicos
No recomendada/ tema sin resolver	Tema sin resolver por el cual existe evidencia de baja o muy baja calidad con cambios inciertos entre el beneficio y perjuicio clínico

Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2009. 67 p. [281 references]

FUERZA DE RECOMENDACIONES Y CALIDAD DE EVIDENCIAS UTILIZADAS EN HOOTON 2010, Lo 2008 Y MASSACHUSETTS DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH 2008

Categoría/grado	Definición
Fuerza de la recomendación	
A	Buena evidencia para soportar la recomendación a favor o en contra
B	Moderada evidencia para soportar la recomendación a favor o en contra
C	Mala evidencia para soportar la recomendación a favor o en contra
Calidad de la evidencia	
I	Evidencia de > de 1 ensayo controlado aleatorizado adecuadamente realizado
II	Evidencia de > de 1 ensayo controlado no aleatorizado; estudios de cohorte o casos control; series de casos seguidos en el tiempo; resultados dramáticos de ensayos no controlados
III	Evidencia de opinión de autoridades respetadas, basadas sobre la experiencia clínica, estudios descriptivos o comités de expertos

Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings SE, Rice JC, et al. Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases* 2010; 50:625–663.

Massachusetts Department of Public Health. Prevention of catheter-associated urinary tract infections. In: Betsy Lehman Center for Patient Safety and Medical Error Reduction, JSI Research and Training Institute, Inc. Prevention and control of healthcare-associated infections in Massachusetts. Part 1: final recommendations of the Expert Panel. Boston (MA) 2008; 31: 83-9.

Lo E, Nicolle L, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Anderson DJ, Burstin H, Calfee DP, Coffin SE, Dubberke ER, Fraser V, Gerding DN, Griffin FA, Gross P, Kaye KS, Klompas M, Marshall J, Mermel LA, Pegues DA, Perl TM, Saint S, Salgado CD, Weinstein RA, Wise R, Yokoe DS. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008 Oct;29 Suppl 1:S41-50.

GRADACION DEL SISTEMA DE EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES UTILIZADO POR EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY 2012

Nivel	Tipo de evidencia
1a	Meta analisis o ensayos aleatorizados
1b	Al menos un ensayo controlado aleatorizado
2a	Al menos un ensayo controlado no aleatorizado de buen diseño
2b	Al menos un estudio cuasi experimental bien diseñado
3	Estudios no experimentales bien diseñados como estudios comparativos, estudios de correlación y reporte de casos
4	Reportes de comité de expertos u opinion de la experiencia clínica de autoridades respetadas
Grado	Naturaleza de la recomendación
A	Basada en estudios clinicos de buena calidad y consistencia que señalan recomendaciones específicas e incluyen al menos un ensayo controlado aleatorizado
B	Basada en estudios clinicos bien realizados, pero sin ensayos clinicos aleatorizados
C	Realizadas aun en ausencia de estudios clinicos de buena calidad aplicables directamente

European Association of Urology. Guidelines on Urological Infections. [En línea]. 2012 [citado 2012 abril 25]; Disponible en <http://www.guideline.gov/about/inclusion-criteria.aspx>

5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

CUADRO I. AGENTES FARMACOLOGICOS ASOCIADOS A RETENCION AGUDA DE ORINA

Clase	Medicamentos
Antiarrítmicos	Disopiramida, procainamida, quinidina
Analgésicos	Tramadol, anti inflamatorios no esteroideos, tramadol
Anticomiciales	Carbamazepina, gabapentina, lamotrigina
Anticolinérgicos	Atropina, dicyclomina, flavoxate, oxibutina, escopolamina
Antidepresivos	Amitriptilina, doxepin, imipramina, citalopram, nortriptilina
Antihistamínicos	Clorfeniramina, ciproheptadina, difenhidramina, hidroxicina, bromfeniramina
Antihipertensivos	Hidralazina, nifedipina
Ansiolíticos hipnóticos	Clonazepam, diazepam, zolpidem
Agentes antiparkinson	Levodopa, bromocriptina, amantadina, trihexifenidil, benztropina
Antipsicóticos	Clorpromazina, flufenazina, haloperidol, tioridazina, tiotixena
Hormonas	Estrogenos, progestágenos, testosterona
Relajantes musculares	Diazepam, baclofen, ciclobenzaprina,
Agentes urológicos	Darifenacina, oxibutina, tolterodina
Simpaticomiméticos (alfa adrenérgicos)	Fenilefrina, efedrina, fenilpropanolamina
Simpaticomiméticos (beta adrenérgicos)	Terbutalina, isoproterenol, metaproterenol
Misceláneos	Indometacina, analgésicos opioides, anfetaminas, carbamazepina, dopamina, diuréticos mercuriales,

Selius BA, Subedi R. Urinary retention in adults: diagnosis and initial management. Am Fam Physician. 2008;77:643-650.

CUADRO II. POSIBLE ETIOLOGÍA DE LA RETENCIÓN URINARIA BASÁNDOSE EN LOS DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA Y HALLAZGOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA

Genero	Historia	Examen físico	Posible etiología
Hombre	Historia previa de RAO	Próstata crecida, firme, no sensible y sin nódulos ; el examen de próstata puede ser normal	Hiperplasia prostática benigna
	Fiebre, disuria, dolor lumbar, perineal o rectal	Próstata sensible y caliente, posible descarga peneana	Prostatitis aguda
	Pérdida de peso, síntomas y signos generales	Crecimiento nodular de próstata; el examen de próstata puede ser normal	Cáncer prostático
	Dolor, edema de piel peneana	Edema peneano con piel no retraible; dispositivo peneano externo	Fimosis, para fimosis o edema ocasionado por dispositivo peneano externo
Mujer	Presión pélvica; protrusión de órganos pélvicos a través de la vagina	Prolapsos de vejiga, recto o útero en el examen pélvico	Cistocele, rectocele o prolapso uterino
	Dolor pélvico, dismenorrea, discomfort abdominal bajo; edema	Crecimiento uterino, ovárico o de anexos en el examen pélvico	Masa pélvica; neoplasia ginecológica
	Descarga vaginal; disuria; prurito vaginal	Inflamación vulvar y vaginal; secreción vaginal	Vulvovaginitis
Hombre o mujer	Disuria; hematuria; fiebre; dolor lumbar, descarga uretral; rash genital, actividad sexual reciente	Sensibilidad supra púbica; sensibilidad de ángulo costo vertebral; descarga uretral; vesículas genitales	Cistitis; uretritis; infección de tracto urinario; infección transmitida sexualmente; herpes
	Hematuria dolorosa	Hematuria macroscópica con coágulos	Tumor vesical
	Constipación	Distensión abdominal; recto dilatado; retención de heces en ámpula	Impactación fecal
	Síntomas generales; dolor o distensión abdominal; sangrado rectal	Masa abdominal palpable; sangre oculta en heces; masa rectal	Tumor gastrointestinal
	Enfermedad neurológica previa o recién diagnosticada; esclerosis múltiple; enfermedad de Parkinson; neuropatía diabética; enfermedad cerebro vascular	Déficit neurológico localizado o generalizado	Vejiga neurogénica

Selius BA, Subedi R. Urinary retention in adults: diagnosis and initial management. Am Fam Physician. 2008;77:643-650.

CUADRO III. CAUSAS DE RETENCIÓN AGUDA DE ORINA

Causa	Hombres	Mujeres	Ambos
Obstructiva	• Hiperplasia prostática benigna • Estenosis de meato • Parafimosis • Bandas constrictivas de pene • Fimosis • Cáncer de próstata	• Prolapso de órganos • Tumoraciones pélvicas • Retroversion del utero gravido	• Dilatación aneurismal • Litiasis vesical • Neoplasia vesical • Impactación fecal • Tumoración gastrointestinal o retroperitoneal • Estenosis uretral • Cuerpos extraños • Cálculos • Edema
Infeciosas e inflamatorias	• Balanitis • Abscesos prostáticos • Prostatitis	• Vulvovaginitis aguda • Liquen plano vaginal • Liquen vaginal esclerosa • Pénfigo vaginal	• Esquistosomiasis • Cistitis • Equinococcosis • Síndrome Guillain-Barré • Herpes simple • Enfermedad de Lyme • Absceso periuretral • Mielitis transversa • Cistitis tuberculosa • Uretritis • Virus varicella-zoster
Otras causas	• Trauma peneano • Fractura de pene • Laceración de pene	• Complicaciones postparto • Disfunción del esfínter uretral (síndrome de Fowler)	• Trauma pélvico con lesión de uretra posterior y cuello vesical • Complicaciones postoperatorias • Psicogénico

Selius BA, Subedi R. Urinary retention in adults: diagnosis and initial management. Am Fam Physician. 2008;77:643-650.

CUADRO IV. CAUSAS NEUROLÓGICAS DE RETENCIÓN AGUDA DE ORINA

Tipo de lesión	Causas
Nervio autonómico o periférico	Diabetes mellitus; neuropatía autonómica; síndrome de Guillain Barre; infección por herpes zoster; enfermedad de Lyme; anemia perniciosa; poliomielitis; cirugía pélvica radical; agenesia sacra; trauma de médula espinal; tabes dorsalis
cerebro	Enfermedad cerebro vascular; enfermedad de Parkinson; concusión; esclerosis múltiple; neoplasia o tumores
Médula espinal	Lesiones disráficas; enfermedad interdiscal; mielomeningocele; esclerosis múltiple; hematoma o absceso de médula espinal; trauma de médula espinal; mielitis transversa

Selius BA, Subedi R. Urinary retention in adults: diagnosis and initial management. Am Fam Physician. 2008;77:643-650.

CUADRO V. PASOS A REALIZAR EN LA CATETERIZACIÓN URETRAL**Hombres:**

1. Colocar al paciente en decúbito supino con las piernas separadas.
2. Realizar las técnicas de asepsia y antisepsia recomendadas para cateterismo vesical.
3. Aplicar aproximadamente 10 a 15 cc de jalea lubricante a través del meato uretral con jeringa, hasta lograr la adecuada y completa lubricación de toda la uretra.
4. En caso de tener anestésico esperar de 5 a 10 minutos (siempre y cuando la urgencia lo permita) para lograr el efecto
5. Sujetar el pene con una mano a nivel del surco balano-prepucial y colocarlo en posición vertical respecto al cuerpo.
6. Introducir gentilmente la sonda (no debe existir resistencia al paso de la misma).
7. La zona del esfínter externo ofrecerá cierta resistencia por lo cual deberá hacerse con una presión sostenida y suave, pidiendo al paciente que se relaje y modificando la posición del pene, que de encontrarse vertical pasara a estar horizontal. Nunca deberá forzarse o introducir de forma brusca la sonda.
8. La sonda deberá entrar casi en su totalidad.
9. Para verificar que nos encontremos en vejiga deberá salir orina espontáneamente, en caso de que no se presente la salida espontanea de orina, se realizara una pequeña aspiración con jeringa a través de la sonda.
10. Una vez verificada la salida de orina proceder a inflar el globo con agua estéril. (Ver capacidad del globo en la sonda 5,10 o 30 cc).
11. Por último colocar un sistema cerrado de drenaje con bolsa colectora.
12. Fijar la sonda a la cara interna de la pierna para evitar tracción de la misma.

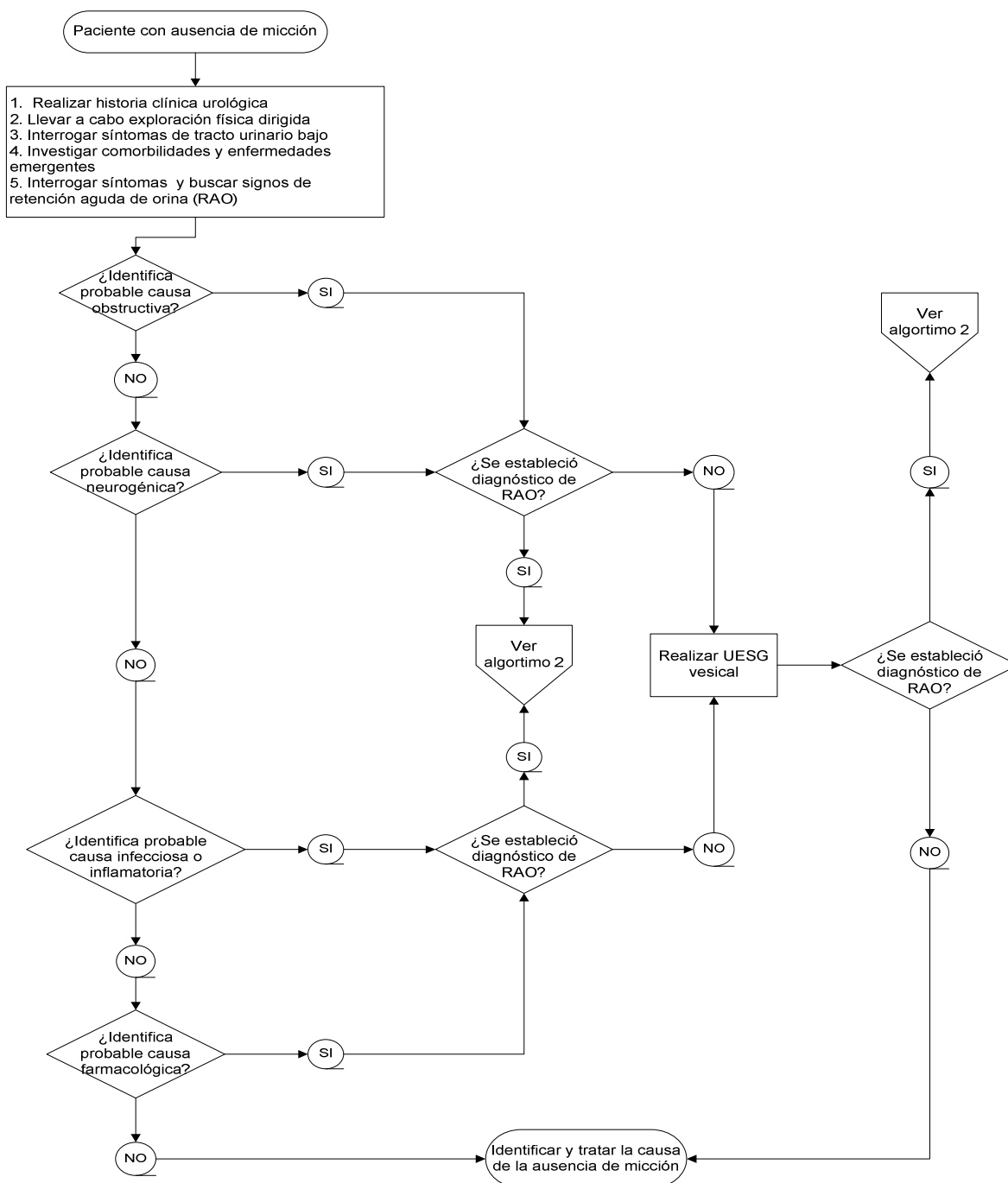
Mujeres:

1. Colocar a la paciente en decúbito supino.
2. Realizar las técnicas de asepsia y antisepsia recomendadas para cateterismo vesical.
3. Aplicar aproximadamente 3 a 5 cc de jalea lubricante a través del meato uretral o directamente sobre la sonda, logrando lubricar aproximadamente 5 cm de la misma desde la punta.
4. Introducir gentilmente hasta obtener orina, en caso de no presentarse la salida espontanea de orina por la sonda, realizar una aspiración con jeringa a través de ella.
5. Inflar el globo de la sonda con agua estéril (ver capacidad del globo).
6. Colocar el sistema de drenaje cerrado con bolsa colectora.
7. Fijar la sonda a la cara interna del muslo para evitar tracción de la misma.

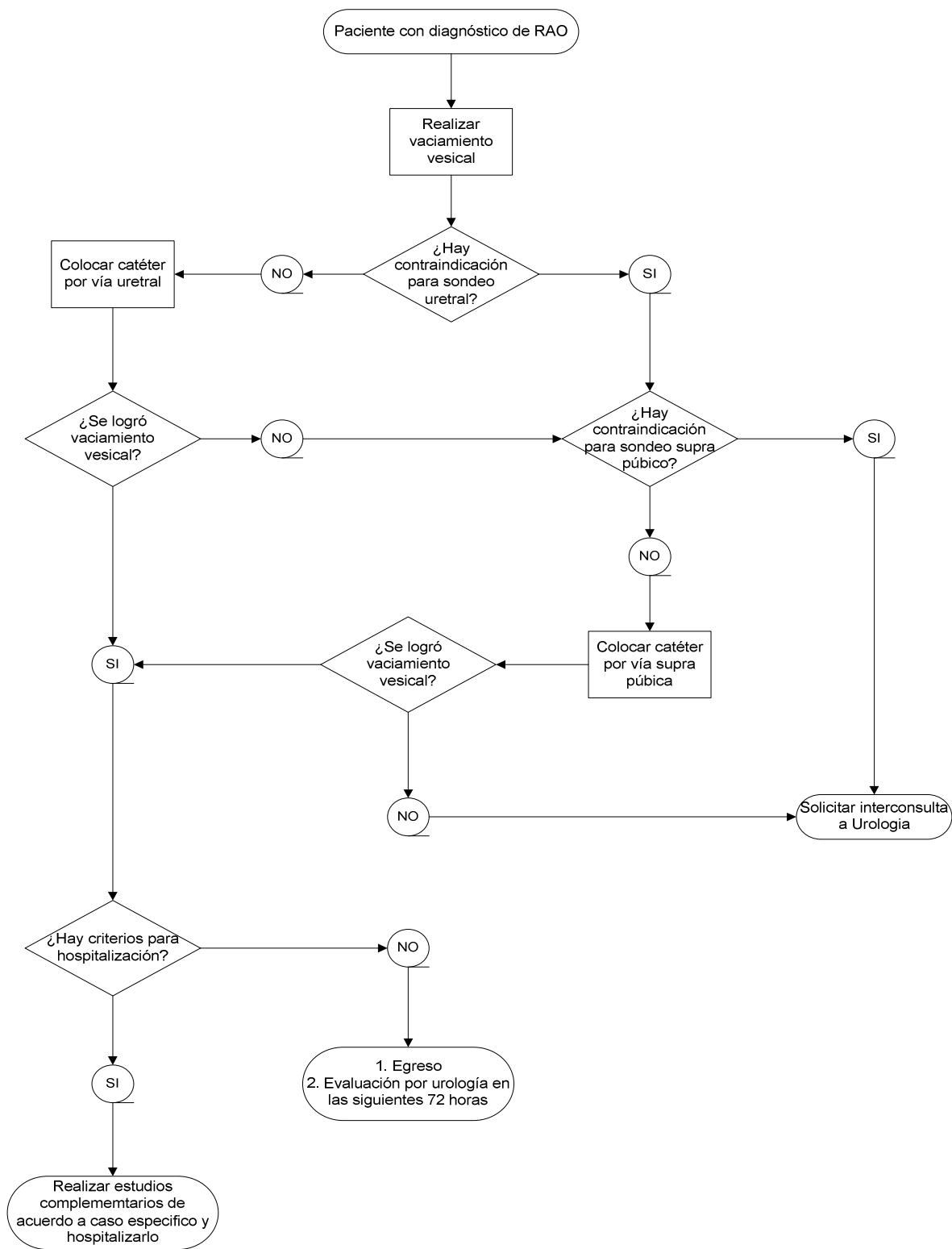
Datos obtenidos de: Newman D. Managing urinary retention in the acute care setting. [En línea]. 2011[citado 2012 abril 25]; Disponible en: URL: http://www.verathon.com/Portals/0/uploads/ProductMaterials/_bsc/0900-0447-08-86.pdf
 Perez RD, Carnero BJ, Julve BE, Noblejas AM. Retención urinaria. [En línea]. 2002 [citado 2012 abril 25]; Disponible en: URL: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/returi.pdf>

5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO

ALGORITMO 1. ABORDAJE CLÍNICO INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL PACIENTE ADULTO CON RETENCIÓN AGUDA DE ORINA.



ALGORITMO 2. MANEJO INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL PACIENTE ADULTO CON RETENCIÓN AGUDA DE ORINA.



7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Ala-Houhala. Effect of acute urinary retention on renal function. [En línea]. 2001 [citado 2012 abril 25]; Disponible en: URL: <http://granum.uta.fi>
2. Aning JJ, Horsnell J, Gilbert HW, Gilbert HW, Kinder RB. Management of acute urinary retention. Br J Hosp Med 2007;68(8):408-411.
3. Armitaje JM, Sibanda N, Catchcart PJ, Emberton M, van der Meulen JH. Mortality in men admitted to hospital with acute urinary retention: database analysis. BMJ on line 2007; 1-5.
4. Desgrandchamps F, de la Taille A, Doublet JD. The management of acute urinary retention in France: a cross-sectional survey in 2618 men with benign prostatic hyperplasia. BJU Internat 2006; 97:727-733
5. Emberton M, Fitzpatrick JM. The Reten-World survey of the management of acute urinary retention: preliminary results. BJU Internat 2008; Suppl 3: 27- 32
6. European Association of Urology. Guidelines on Urological Infections. [En línea]. 2012 [citado 2012 abril 25]; Disponible en <http://www.guideline.gov/about/inclusion-criteria.aspx>
7. Fernández RP, Mora As, Araya CF, Molina JA. Perfil del usuario con retención aguda de orina en un hospital comarcal. Revista electrónica trimestral de enfermería 2011; 1-6
8. Fitzpatrick JM, Kirby R. Management of acute urinary retention. BJU Internat 2008; Suppl 2: 16-20
9. Fitzpatrick JM, Desgrandchamps F, Adjali K, Gomez GL, Hong SJ, El Khalid S, et al. Management of acute urinary retention: a worldwide survey of 6074 men with benign prostatic hyperplasia. BJUI 2012;109:88-95
10. Garnham F, Smith C, Williams S. Prophylactic antibiotics in urinary catheterisation to prevent infection. Emerg Med J 2006;23:649 doi:10.1136/emj.2006.039123
11. Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2009. 67 p. [281 references]
12. Hassouna M, Nader E, Abdelhady A. Acute Urinary Retention in the Elderly. US Kidney & Urological disease 2005; 1-5
13. Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings SE, Rice JC, et al. Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Diseases 2010; 50:625-663.

14. Kalejaiye O, Speakman MJ. Management of Acute and Chronic Retention in Men. *Euro urol* 2009; Suppl 8 : 523–529.
15. Jiménez MI, Soto SM, Vergara CL, Cordero MJ, Rubio HL, Coll CR, et al. Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.php>
16. Lepor H. Managing and Preventing Acute Urinary Retention. *Review Urol* 2005;7(8) : S26-S33.
17. Lo E, Nicolle L, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Anderson DJ, Burstin H, Calfee DP, Coffin SE, Dubberke ER, Fraser V, Gerding DN, Griffin FA, Gross P, Kaye KS, Klompas M, Marschall J, Mermel LA, Pegues DA, Perl TM, Saint S, Salgado CD, Weinstein RA, Wise R, Yokoe DS. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008 Oct; 29 Suppl 1:S41-50.
18. Macdonald V. How to deal with acute urinary retention. *Continence Essentials* 2008; 1: 66-69.
19. Massachusetts Department of Public Health. Prevention of catheter-associated urinary tract infections. In: Betsy Lehman Center for Patient Safety and Medical Error Reduction, JSI Research and Training Institute, Inc. Prevention and control of healthcare-associated infections in Massachusetts. Part 1: final recommendations of the Expert Panel. Boston (MA) 2008; 31: 83-9.
20. Medina LR, Fernández SE, Torrubia R. Retención aguda de orina: tratamiento de urgencias. *Semergen* 2002; 24 (3): 198-202.
21. Mevcha A, Drake JM. Etiology and management of urinary retention in women. *Indian J Urol* 2010; 26(2): 230–235.
22. Newman D. Managing urinary retention in the acute care setting. [En línea]. 2011[citado 2012 abril 25]; Disponible en: URL: http://www.verathon.com/Portals/0/uploads/ProductMaterials/_bsc/0900-0447-08-86.pdf
23. NHS. Acute urinary retention (AUR) in adult males. [En línea]. 2002 [citado 2012 abril 25]; Disponible en:URL:<http://www.htmc.co.uk/resource/data/htmc1/docs/Acute%20Urinary%20Retention%20in%20Adult%20Males.pdf>
24. Perez RD, Carnero BJ, Julve BE, Noblejas AM. Retención urinaria. [En línea]. 2002 [citado 2012 abril 25]; Disponible en: URL: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/returi.pdf>
25. Roehrborn CG. Acute Urinary Retention: Risks and Management. *Rev Urol* 2005;7(suppl 4):S31–S41.
26. Rosenstein D, FRCSC (Urol), McAninch JW. Urologic emergencies. *Med Clin N Am* 88 2004; 495–518.
27. Selius BA, Subedi R. Urinary retention in adults: diagnosis and initial management. *Am Fam Physician*. 2008;77:643-650.

28. Schaeffer AJ. Placement and management of urinary bladder catheters. UpToDate 2010. [En línea]. 2010[citado 2012 abril 25]; Disponible en: URL: <http://www.uptodate.com/index>
29. Thomas K, Oades G, Taylor-Hay C, Kirby RS. Acute urinary retention: what is the impact on patients' quality of life?. BJU Internat 2008; 95: 72-76 .
30. Thorne MB, Geraci SA. Acute Urinary Retention in Elderly Men. Am J Med 2009; 122:815-819.
31. Thomsen TW, Setnik GS. Male Urethral Catheterization. N Engl J Med 2006;354:e22.
32. Verhamme KM, Dieleman JP, Van Wijk MA, et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and increased risk of acute urinary retention. Arch InternMed 2005; 165(13): 1547-1551.
33. Vilke GM, Ufger JW, Harrigan RA, Chan TC. Evaluation and treatment of acute urinary retention. The Journal of Emergency Medicine 2008 ;35 (2): 193–198.
34. Yoshimura N, Chancellor MB. Differential diagnosis and treatment of impaired bladder emptying. Rev Urol 2004; 6: S24-S31.

8. AGRADECIMIENTOS.

Se agradece a las autoridades de Instituto Mexicano del Seguro Social las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Dr. Jose de Jesus Lomeli Ramirez	Delegación Estatal Campeche Titular de la Delegación
Dr. Santiago Rico Aguilar	Delegación Estatal Campeche Jefe de Servicio de Prestaciones Médicas
Dr. José Luis Kantún Jiménez	HGZ No 1, Campeche Campeche Director
Dr. Pablo Moreno Guevara	UMAE HE No 25 Monterrey Nuevo León Director
Lic. Jaime Carbajal Aceves	Delegación Estatal Zacatecas Titular de la Delegación
Dr. Ramón López Pérez	Delegación Estatal Zacatecas Jefe de Servicio de Prestaciones Médicas
Dr. Francisco Javier Novoa Martínez	HGZ No 2, Fresnillo Zacatecas Director Secretaria
Srita. Luz María Manzanares Cruz	División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO.

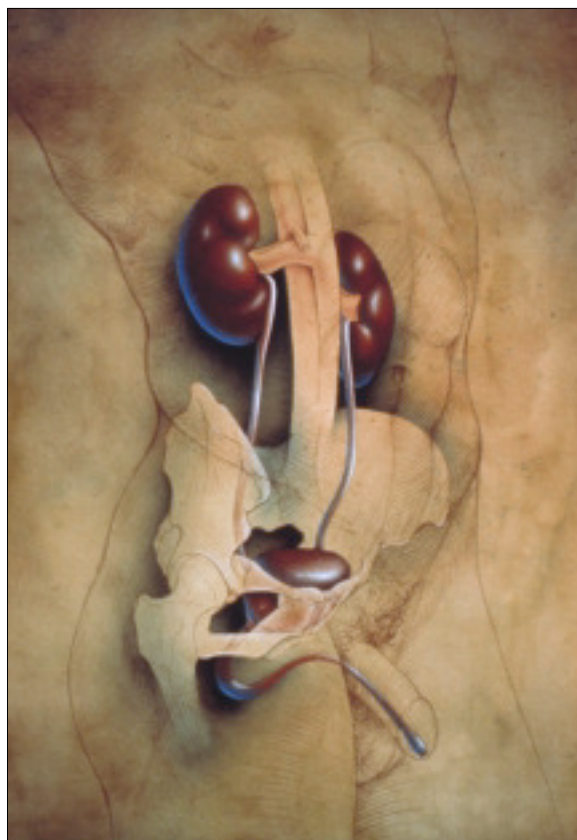
Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de la División de Excelencia Clínica
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefe de Área Médica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

Diagnóstico y tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata

JOSÉ ANTONIO LOZANO

Farmacéutico comunitario. Máster en Información y Consejo Sanitario en la Oficina de Farmacia.



El concepto de hiperplasia benigna de próstata (HBP) ha sido introducido en nuestro medio recientemente, dejando apartados otros términos como el ampliamente utilizado adenoma de próstata. No se trata sólo de un cambio de nomenclatura, sino que esconde un concepto integrador de las tres vertientes desde las que puede ser contemplada la enfermedad prostática más común (40% de los varones mayores de 50 años). El autor aborda el diagnóstico y tratamiento de la HBP, por ser los dos aspectos que pueden interesar más al farmacéutico comunitario.

La próstata es un órgano impar y extraperitoneal localizado en el espacio pélvico. Su nombre deriva del griego y significa «el que está colocado debajo», ya que se sitúa justo por debajo del cuello vesical abrazando la uretra. Fue bautizada

con este nombre por Herófilo en el año 300 a.C. Se desarrolla con la edad y alcanza la maduración en la pubertad. Su función es básicamente sexual, participando en la formación de líquido seminal y la contracción en el momento de la eyaculación.

La próstata normal es un órgano musculoglandular: el 30% es masa muscular, situada en la parte anterior, y el resto es glándula, localizada en la parte posterior y lateral.

La HBP es el resultado del crecimiento no canceroso del tejido que

forma la próstata. No se conocen sus causas, pero parece estar relacionado con los cambios hormonales que se producen con el envejecimiento. A la edad de 60 años, la mitad de la población masculina tiene ya signos microscópicos de HBP y a la edad de 70 años, más del 40% tiene un aumento del tamaño de la próstata que se puede detectar con la exploración. El tamaño normal de la próstata es similar al de una castaña. Hacia los 40 años puede tener el tamaño de un albaricoque, y hacia los 60 años, el de un limón.

El aumento del tamaño prostático va unido al concepto histológico de la enfermedad, sin embargo, existen próstatas muy aumentadas de tamaño que cursan sin obstrucción y sin síntomas (y viceversa). Los síntomas de esta enfermedad son inespecíficos y pueden producirse en otras muchas afecciones urológicas. De todo esto se deduce que puede haber pacientes con síntomas y con agrandamiento prostático o con agrandamiento prostático sin síntomas o también, en los que coincidan ambas circunstancias y en cada caso puede existir, o no, obstrucción al flujo urinario (fig. 1).

La HBP es una de las enfermedades más frecuentes que presenta el varón de edad avanzada. Normalmente no afecta a la función sexual, pero el aumento de tamaño de la glándula produce presión sobre la vejiga urinaria y la uretra que dificulta el flujo de orina. La micción se inicia con dificultad, en forma de pequeñas gotas. También suele ser necesario orinar más frecuentemente y puede haber una necesidad imperiosa y urgente de orinar. Muchos varones necesitan levantarse varias veces durante la noche para orinar, otros tienen una sensación molesta producida porque la vejiga nunca se vacía completamente. Forzar el vaciado de la vejiga puede empeorar más las cosas: la vejiga se contrae, las paredes de la vejiga se engrosan y pierden elasticidad y sus músculos se vuelven menos eficientes. La acumulación de orina en la vejiga puede predisponer a las infecciones del tracto urinario e intentar forzar el chorro de orina sólo producirá presión hacia arriba, que puede acabar lesionando los riñones.

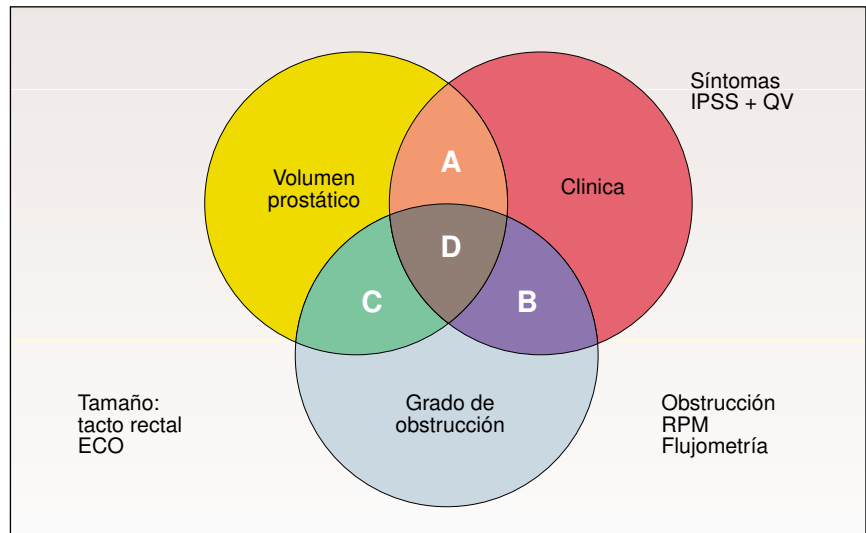


Fig. 1. Modelo de Hald: a) aumento de tamaño y síntomas sin obstrucción; b) síntomas y obstrucción sin aumento de tamaño; c) aumento de tamaño y obstrucción sin síntomas; d) aumento de tamaño, síntomas y obstrucción.

El bloqueo completo de la uretra es una emergencia médica que requiere la inmediata cateterización. Otras posibles complicaciones de la HBP son los cálculos y la hemorragia vesical.

Diagnóstico

A pesar del desconocimiento de la historia natural y la patogenia de la HBP, está claro que cada vez son más numerosas las consultas médicas referidas a problemas derivados del crecimiento tumoral de la próstata.

En los últimos años han aparecido nuevas modalidades terapéuticas, hecho que ha determinado un cambio en el tratamiento estándar de la HBP sintomática, relegando a la cirugía a un segundo término. Por consiguiente, es muy importante el diagnóstico de esta patología y el es-

tablecimiento de unos parámetros que permitirán realizar una correcta valoración del paciente para, posteriormente, establecer las indicaciones terapéuticas de la HBP.

Tradicionalmente, la sintomatología de la HBP se ha dividido en dos clases, síntomas obstructivos y síntomas irritativos (tabla 1). Los primeros derivan de la presencia de obstrucción infravesical y los segundos se producen en la mayoría de casos por la inestabilidad del detrusor. Casi tres cuartas partes de los varones con HBP presentan síntomas mixtos.

La aparición de sintomatología en las encuestas de población general está relacionada con la edad y la antigüedad de los síntomas en el momento de la primera visita que varía según los estudios. En cambio, la importancia de la clínica no parece estar relacionada con el tamaño real de la próstata. Los pa-

Tabla 1. Sintomatología de la HBP

Síntomas obstructivos	Síntomas irritativos
– Disminución del calibre y de la fuerza del chorro miccional – Interrupción o intermitencia del chorro – Disuria – Prolongación del tiempo de vaciado vesical – Micción incompleta o por rebosamiento – Goteo terminal – Retención de orina	– Polaquiuria – Nicturia – Imperiosidad o urgencia – Sensación de vaciado incompleto – Incontinencia

Tabla 2. Escala Internacional de Síntomas Prostáticos I-PSS (cuestionario)

	Ninguna	Menos de una de cada 5 veces	Menos de la mitad de las veces	Alrededor de la mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
1. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar su vejiga completamente después de orinar?	0	1	2	4	4	5
2. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido que orinar antes de las dos horas de haber orinado por última vez?	0	1	2	4	4	5
3. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha parado de orinar y empezado de nuevo durante la micción?	0	1	2	4	4	5
4. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	4	4	5
5. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha observado presentar un chorro de orina débil?	0	1	2	4	4	5
6. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido que «esforzarse» o «apretar» para empezar a orinar?	0	1	2	4	4	5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 veces o más
7. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido que orinar desde el momento de irse a la cama por la noche hasta el momento de levantarse por la mañana?	0	1	2	4	4	5
Puntuación total del I-PSS, S =						
Calidad de vida						
	Encantado	Aceptable	Bastante satisfecho	Igual de satisfecho que insatisfecho	Bastante insatisfecho	Desgraciado Terrible
Si tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo hace ahora, ¿cómo se sentiría?	0	1	2	3	4	5 6
Índice de calidad de vida, L =						

cientes con síntomas graves de obstrucción vesical pueden tener próstatas pequeñas y otros individuos sin clínica pueden tener próstatas grandes. Por ello, y dado que es difícil cuantificar la clínica miccional del prostatismo, es necesario utilizar una serie de sistemas de puntuación que permitan evaluar

la gravedad de los síntomas. Existen diferentes cuestionarios, pero el más comúnmente aceptado es la escala de valoración de síntomas con 7 preguntas, denominado por el comité de consenso sobre la HBP y patrocinado por la OMS (París, 1991) con el nombre de Valoración Internacional de Sínto-

mas Prostáticos (IPSS). A este cuestionario se le ha añadido una pregunta que concierne a la calidad de vida (tabla 2).

Como en cualquier patología, la anamnesis es básica para establecer el diagnóstico de sospecha. A partir de los datos obtenidos con la anamnesis se pueden descartar

otras patologías con clínica semejante a la HBP (tabla 3). A continuación se realizará una exploración física general y local para evaluar la próstata y la existencia de posibles complicaciones. Es fundamental que se realice una palpación abdominal para detectar importantes volúmenes residuales de orina y, como no, un tacto rectal. Mediante el tacto rectal se valora la morfología y consistencia de la próstata y a la vez se evalúa el tono del esfínter anal, para apreciar alteraciones neurológicas, siendo necesario por el mismo motivo observar el reflejo bulbocavernoso. Ahora bien, el tacto de forma exclusiva no permite una valoración exacta del tamaño, peso ni grado de obstrucción causado por la próstata. Por ello, se proseguirá el estudio mediante la práctica de una serie de exploraciones complementarias que incluyen un análisis de orina (mediante tira reactiva o cultivo) para descartar una posible infección urinaria, la determinación del PSA, la valoración de la función renal y un estudio ecográfico (transrectal y abdominal). La realización de una ecografía renovesical permitirá descartar posibles complicaciones (litiasis urinaria, divertículos vesicales, dilatación de vías urinarias, tumores renales o vesicales) y cuantificar el residuo posmiccional. La ecografía suprapúbica es un método sencillo que no tiene contraindicaciones ni riesgos y que permite estimar el volumen y la morfología prostática con bastante precisión. No obstante, la ecografía transrectal es mucho más exacta, por lo que se recomienda para este fin.

El PSA es una glucoproteína con peso molecular entre 33.000-34.000 Da producida en el epitelio de las células prostáticas. Se halla a elevadas concentraciones en el plasma seminal, donde interviene en la licuefacción del coágulo seminal producido tras la eyaculación. La concentración sérica normal de PSA en el varón sano joven es muy baja y se incrementa con la edad. Tradicionalmente, se aceptan como normales los valores de PSA entre 0 y 4 ng/ml. Su presencia en el suero a valores superiores a los normales pone de manifiesto la existencia de patología prostática.

Tabla 3. Diagnóstico diferencial de la HBP

Hipertrofia del cuello vesical
Estenosis uretral
Detrusor hipocontráctil
Hiperreflexia del detrusor
Infección urinaria
Litiasis vesical
Cáncer vesical
Cáncer de próstata
Neuropatía diabética
Alteración neurológica
Cirugía o trauma pelviano
Fármacos que alteran la función miccional

Sin embargo, el PSA está lejos de ser el marcador tumoral «perfecto», ya que también se ha detectado (aunque a concentraciones bajas) en otros tejidos no prostáticos. Además, tampoco se puede considerar un marcador específico de cáncer, dado que también aumenta en la HBP. En estos pacientes se ha visto que los valores son superiores cuando mayor es el volumen de la próstata o en presencia de complicaciones secundarias a la HBP. Se ha propuesto como dintel para diferenciar la HBP del cáncer de próstata los 10 ng/ml, pero un 10% de los individuos con HBP presentan valores de PSA superiores. Por ello, se han llevado a cabo diferentes estudios con el fin de detectar formas de PSA que permitan aumentar la especificidad de esta prueba.

Actualmente, la American Cancer Society y la American Urological Association recomiendan la realización anual de determinación del PSA y la práctica del tacto rectal en varones mayores de 50 años como métodos de cribado del cáncer prostático. Algunos autores consideran que en menores de 50 años sólo es aconsejable el cribado en individuos con elevado riesgo de presentarlo por la existencia de antecedentes familiares de cáncer. En este caso, inician el estudio a partir de los 40 años. Tampoco consideran justificable el cribado en varones de más de 70 años, exceptuando a aquellos en los que se prevé una expectativa de vida superior a los 10 años.

Con todos los datos obtenidos en las distintas pruebas (tabla 4), podemos establecer un diagnóstico correcto y determinar el tratamiento más adecuado para cada caso.

Terapéutica

El principal objetivo terapéutico, como en todo tratamiento, es aquel que obtiene una relación beneficio/efectos secundarios favorable. Para ello se divide a los enfermos con HBP en tres grupos: leve, moderado y grave.

En el grupo leve se engloba a aquellos pacientes con sintomatología cuantificada por el cuestionario IPSS inferior a 8, con poca repercu-

Tabla 4. Pruebas diagnósticas

Pruebas muy recomendadas durante la evaluación inicial

- Historia clínica
- Cuantificación de los síntomas. Cuestionario I-PSS y valoración de la calidad de vida
- Exploración física y tacto rectal
- Análisis de orina (tira reactiva)

Pruebas recomendadas

- Valoración de la función renal
- Antígeno prostático específico (PSA)
- Registro del índice de flujo
- Residuo posmiccional
- Diario miccional (gráfica frecuencia/volumen)

Pruebas opcionales

- Estudios de presión/flujo
- Estudios de imagen de la próstata mediante ecografía transabdominal o transrectal
- Estudios de imagen de la vía urinaria superior mediante ecografía o urografía intravenosa
- Endoscopia del tramo urinario inferior

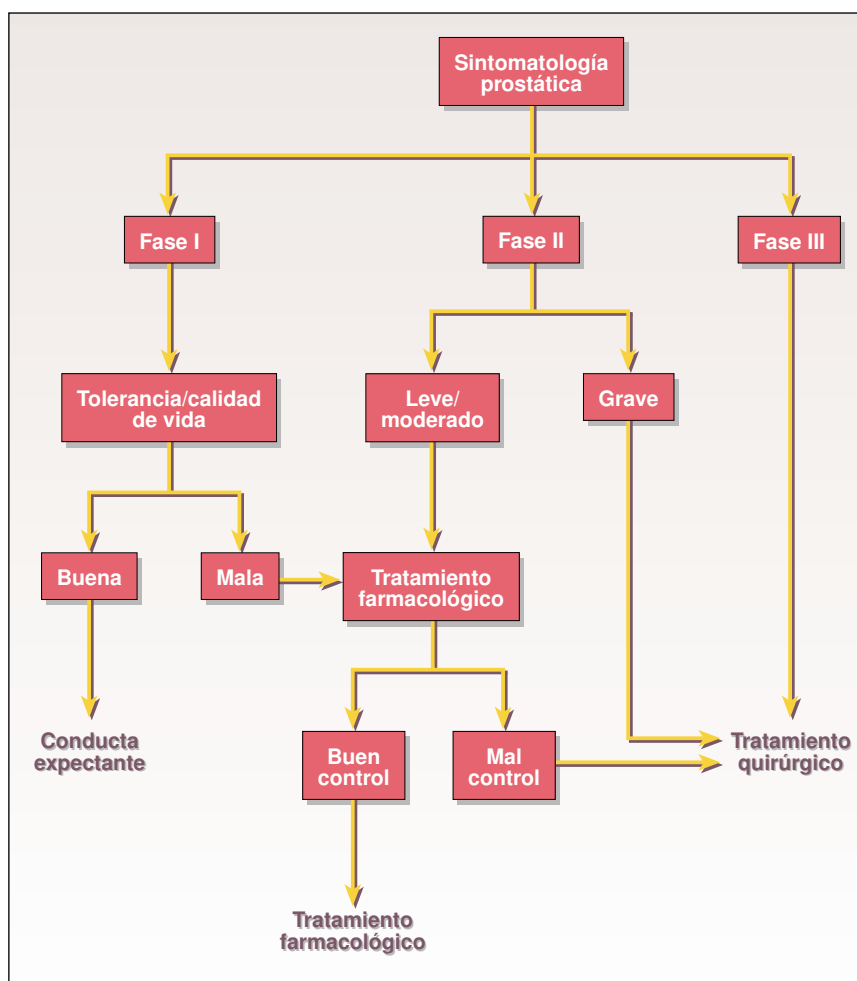


Fig. 2. Estrategia de tratamiento en la HBP (Fuente: Bobé F, et al. Tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata).

sión sobre la calidad de vida y sin signos obstructivos; el subgrupo de HBP moderada corresponde a los pacientes con IPSS 8-10, acompañado o no de un cierto grado de obstrucción, pudiendo tener repercusión sobre la calidad de vida. El grupo de HBP grave es aquel que presenta un IPSS superior a 19 y/o signos de obstrucción, con gran repercusión en la calidad de vida.

La estrategia de tratamiento, pues, dependerá de la gravedad de la sintomatología y del grado de obstrucción. Así, los pacientes con síntomas graves (IPSS > 20) y/o complicaciones derivadas de la obstrucción (insuficiencia renal, retención urinaria, litiasis vesical, infecciones urinarias recurrentes, hematuria, residuo posmiccional superior a 300 ml o divertículos vesicales) serán tributarios de tratamiento quirúrgico. Los pacientes que tengan una sintomatología leve y escasas molestias asociadas

pueden seguir una conducta expectante, mientras que los pacientes que presenten síntomas moderados o toleran mal una sintomatología leve serán tributarios de tratamiento médico.

En la figura 2 se muestra un esquema de la estrategia de tratamiento de la HBP.

Tratamiento farmacológico

Actualmente se dispone de tres grupos de fármacos para el tratamiento de la HBP: los bloqueadores alfa (doxazosina, terazosina, alfuzosina, tamsulosina), inhibidores de la 5-alfa-reductasa (finasteride) y fitoterapia (tabla 5).

Bloqueadores alfa

Actúan bloqueando los receptores alfa-1 en las fibras musculares del cuello vesical y el tejido prostático

con su consiguiente relajación, lo que lleva a un descenso de la resistencia al flujo urinario sin afectar negativamente a la contractilidad del detrusor. Su función se basa, pues, en disminuir el componente dinámico de la obstrucción prostática. Los bloqueadores alfa reducen el tono simpático de la musculatura del cuello vesical y de la próstata, mejoran la sintomatología y el flujo urinario máximo sin modificar el tamaño prostático.

Los bloqueadores alfa selectivos son capaces de conseguir un incremento del flujo urinario y mejorar la sintomatología en 2-3 semanas, por lo que constituyen un tratamiento de primera elección. Entre ellos están los bloqueadores selectivos de los receptores alfa-1, siendo menores los efectos indeseables que provocan al no bloquear los receptores del músculo liso en otras localizaciones. En este grupo figuran la prazosina, alfuzosina, terazosina y doxazosina. Un bloqueador alfa más reciente es la tamsulosina que presenta menos cantidad de efectos secundarios.

Los principales bloqueadores alfa utilizados para el tratamiento de la HBP son:

- *Prazosina*. Inicialmente utilizado para el tratamiento de la hipertensión arterial, en la actualidad no se usa en el tratamiento de la HBP por tener mayores efectos secundarios que los otros fármacos dentro de este grupo.

- *Terazosina*. Es uno de los bloqueadores con más estudios realizados. La dosis recomendada es de 5 mg/día y requiere ser instaurado en dosis progresiva desde 1 mg/día durante 4 semanas para minimizar el riesgo de hipotensión ortostática. Con respecto a la presión arterial produce cambios clínicamente insignificantes en pacientes normotensos y efectos hipotensores en hipertensos, siendo una buena opción terapéutica en pacientes con ambas enfermedades.

- *Doxazosina*. También utilizado en pacientes hipertensos. Inicialmente debía ser instaurado de forma progresiva, pero actualmente existe una nueva fórmula de 4 mg de liberación sostenida con el principio activo en un comprimido no absorbible gástricamente. Esto permite la

dosificación única diaria de 4 mg desde la primera toma. Estudios con dosis de 8 mg/día han logrado objetivar una mejoría sintomática significativamente adicional.

– *Tamsulosina*. Es un bloqueador selectivo alfa-1 y constituye, por tanto, el primer preparado «uroselectivo» dentro de su grupo. La menor afinidad por los receptores alfa-1B, situados en los vasos sanguíneos, le confiere una mayor seguridad cardiovascular. La posología es fija, 0,4 mg/día sin necesidad de incrementos progresivos, y parece que la mejoría de la sintomatología se puede alcanzar antes.

Aunque la respuesta terapéutica de los bloqueadores alfa como grupo es rápida y dependiente de la dosis, no hay estudios que demuestren la prevención de la progresión de la enfermedad, el desarrollo de complicaciones derivadas ni que reduzcan la necesidad de tratamiento quirúrgico definitivo.

Los efectos secundarios que presenta este grupo farmacológico son cefaleas, astenia, somnolencia, náuseas, congestión nasal, sensación vertiginosa e hipotensión ortostática, que constituye el peor tolerado, aunque se puede disminuir la percepción indeseable iniciando la posología en toma crepuscular.

Inhibidores de la 5-alfa-reductasa

Es el caso de finasteride, que induce una regresión del aumento del tamaño prostático y aumenta la velocidad del flujo urinario máximo, mejorando así la sintomatología del paciente. Como efectos secundarios, finasteride tienen una repercusión a largo plazo (mínimo 6 meses), provocando trastornos de la función sexual (disminución de la libido, disfunción eyaculatoria e impotencia y otros como ginecomastia, aumento de la sensibilidad mamaria y erupciones cutáneas) y disminuyendo los valores séricos de PSA (50%) sin modificar el porcentaje de PSA libre.

Los resultados de ensayos clínicos demuestran, a los 2 años, una mejoría clínica con diferencias significativas respecto a placebo y una menor incidencia de retenciones urinarias y cirugía prostática en el

Tabla 5. Tratamiento farmacológico de la HBP

Bloqueadores alfa

- Alfuzosina
- Doxazosina
- Tamsulosina
- Terazosina

Extractos de plantas

- *Serenoa repens*
- *Pygeum africanum*
- Otros

Inhibidores de la 5-alfa-reductasa

- Finasteride

grupo tratado con finasteride. Los resultados obtenidos en otro estudio permiten afirmar que la respuesta se mantiene en el tiempo. Así, a los 4 años no sólo hay una disminución de los índices sintomáticos y del volumen prostático y un aumento del flujo máximo (con diferencias estadísticamente significativas en todos los casos), sino también un menor porcentaje de cirugía prostática (el 10 frente al 5%) y retenciones urinarias (el 7 frente al 3%), lo que supone una reducción del riesgo de cirugía con finasteride del 55 y el 57%, respectivamente (estudio PLESS). Globalmente, un 13% de los pacientes con placebo y un 7% de los tratados con finasteride precisará cirugía o sondaje vesical por retención aguda de orina, con un beneficio real en el 6% de los pacientes.

Las próstatas de mayor tamaño responden de forma más favorable a un tratamiento dirigido a reducir su tamaño, tal como confirman los resultados de un metaanálisis de 6 estudios clínicos. El volumen prostático inicial, por consiguiente, es un factor predictivo en la respuesta al tratamiento, siendo finasteride particularmente eficaz en próstatas grandes (mayores de 40 ml). Por el

Tabla 6. Cirugía mínimamente invasiva

- Dilatación con balón
- Prótesis endoprostática
- Ablación por láser
- Termoterapia e hipertermia
- Ablación prostática con aguja (TUNA)
- Cervicoprostatotomía



COMPOSICIÓN POR COMPRIMIDO:

Ácido acetil salicílico.....	500 mg.
Cafeína anhidra.....	50 mg.
Vitamina B1 (Clorhidrato de Vitamina B1).....	2 mg.
Almidón de trigo exento de gluten.....	65.

ACCIÓN

El ácido acetil salicílico, es eficaz como antiinflamatorio y analgésico. La cafeína es un estimulante del Sistema Nervioso Central, frecuentemente asociada al ácido acetil salicílico, potenciando el efecto analgésico de éste. La incorporación de vitamina B1, previene su deficiencia en el organismo.

INDICACIONES

Procesos que cursan con dolor leve o moderado: dolores de cabeza, dentales y menstruales. Estados febriles.

POSOLOGÍA

Dosis media recomendada:

Adultos: 500 mg. (1 comprimido) cada 4-6 horas.

Niños: Seguir el criterio médico.

La administración del preparado está sujeta a la aparición de los síntomas dolorosos o febriles. A medida que estos desaparezcan, debe suspenderse esta medicación.

CONTRINDICACIONES

Úlcera gástrica duodenal o molestias gástricas de repetición. Alergia a salicílicos.

Hemorria o problemas de coagulación sanguínea.

Terapia conjunta con anticoagulantes orales.

Inestabilidad renal y/o hepática.

PRECAUCIONES

La ingestión de ácido acetil salicílico, entre otras cosas, se ha relacionado con el síndrome de Reye, enfermedad muy poco frecuente, pero grave. Por eso, se recomienda consultar al médico antes de administrarlo a niños y adolescentes en caso de procesos febriles, gripe o varicela. Si se presentaran vómitos o letargo debe interrumpirse el tratamiento y consultar inmediatamente al médico.

"IMPORTANTE PARA LA MUJER"

Si está usted embarazada o cree que pudiera estarlo, consulte a su médico antes de tomar este medicamento. El consumo de medicamentos durante el embarazo puede ser peligroso para el embrión o el feto y debe ser riguroso por su médico.

En caso de administración continuada póngala su médico u odontólogo, ante posibles interacciones químicas.

Aumentar la barrera placentaria. No administrar las dos últimas semanas de embarazo.

Tratamientos prolongados y con dosis altas, pueden retrasar el parto. Se excreta en la leche materna.

No administrar sistemáticamente como preventivo de las posibles molestias originadas por vacunaciones.

INTERACCIONES

Puede potenciar el efecto de los anticoagulantes orales y antiagregantes orales. No administrar con fármacos potencialmente ulcerogénicos (alcohol, corticoides).

EFFECTOS SECUNDARIOS

Irritación gastrointestinal.

Erupciones cutáneas, dificultad respiratoria.

Somnolencia, vértigo.

La Cafeína puede ocasionar insomnio, excitación, temblores, náuseas y vómitos.

INTOXICACIÓN Y TRATAMIENTO

La sintomatología de sobredosificación incluye cefaleas, mareos, zumbido de oídos, visión borrosa, somnolencia, sudoración, náuseas, vómitos y ocasionalmente diarrea.

El tratamiento es sintomático, incluyendo vómitos, lavado gástrico, administración de carbón activado.

En casos graves administración de cantidades adecuadas de líquidos intravenosos.

Hemodilisis en adultos y mayores y diálisis peritoneal en lactantes. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica, teléfono: 31 5620420.

PRESENTACIÓN

Blister de 20 comprimidos y sobres de 4 comprimidos

0041-0

SIN RECETA MÉDICA

LOS MEDICAMENTOS DEBEN MANTENERSE FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS

LABORATORIOS PÉREZ GIMÉNEZ

Glorieta Farmacéutica Pérez Giménez, 114007 - CÓRDOBA



contrario, se tiene que considerar malos candidatos inicialmente al tratamiento con este fármaco a los pacientes con próstatas pequeñas. La variación de la respuesta al tratamiento con finasteride no se puede justificar exclusivamente por el tamaño prostático y tal vez sea el fiel reflejo de la naturaleza heterogénea de la enfermedad. Por otro lado, y de manera independiente, el clínico recomienda el tratamiento con finasteride como el de elección en pacientes con hematuria macroscópica recidivante secundaria a HBP.

Fitoterapia

El tratamiento fitoterapéutico consiste en la aplicación de extractos de plantas (*Pygeum africanum*, *Sere-noa repens*). No se conoce su mecanismo de acción, pero algunos estudios postulan que tienen efecto superior al placebo e incluso obtienen mejoras urodinámicas. *S. repens* parece actuar sobre el metabolismo de las prostaglandinas en cultivos de células prostáticas, y además modula la 5-alfa-reductasa humana, por lo que ha sido valorada en un estudio aleatorizado frente a finasteride en 1.098 pacientes, presentando una eficacia similar y una falta de correlación entre la intensidad de los síntomas y el tamaño de la próstata.

Tienen pocos efectos secundarios y representan un coste económico bajo.

Tratamiento quirúrgico

La resección transuretral de la próstata es el tratamiento quirúrgico más común de la HBP. Es un tratamiento eficaz, pero no perfecto. Aproximadamente un 20% de los pacientes intervenidos no se encuentran satisfechos con el resultado a largo plazo de la intervención. Las complicaciones incluyen un 70% de eyaculantes retrógrados, impotencia en un 5%, infecciones urinarias postoperatorias en un 5% y un grado variable de incontinencia en un 3% de los pacientes, así como persistencia de la sintomatología en un porcentaje variable de enfermos según los criterios de selección.

Por todo ello, es preciso que se establezca la indicación quirúrgica

en aquellos enfermos en los que realmente se va a mejorar la sintomatología. No se deben realizar intervenciones prematuras, pero por otra parte, no se deben retrasar en enfermos con una obstrucción grave en los cuales la progresión del deterioro del detrusor va a condicionar la persistencia de la sintomatología irritativa a pesar de haber solucionado la obstrucción prostática.

Existen una serie de indicaciones quirúrgicas absolutas como la retención urinaria recurrente, la presencia de infecciones urinarias de repetición, el desarrollo de uropatía obstructiva del tracto urinario superior y la hematuria grave.

Las terapias mínimamente invasivas (tabla 6) consiguen mejorar el flujo urinario hasta valores de desobstrucción, aunque siempre por debajo de la obtenida mediante resección transuretral o adenomectomía abierta. No obstante, constituyen una opción válida de tratamiento en aquellos pacientes con grave deterioro de su estado general, a los que se intenta ofrecer una alternativa al sondaje permanente y en los que la cirugía convencional supondría un importante riesgo quirúrgico. □

Bibliografía general

- Baile A, Asua J, Albisu A. Hiperplasia benigna de próstata. Variabilidad de práctica y guía de actuación basada en la evidencia científica. *Atención Primaria* 1999;23(3):142-50.
- Berkow R, Fletcher AJ, et al. El manual Merck. Barcelona: Doyma, 1989;1808-9.
- Bobé F, et al. Tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata. *FMC* 2002;9(4):290-9.
- Giménez Serrano S. Patologías de la próstata. *Farmacia Profesional* 2003;17(1):39-43.
- Orejas V. Aspectos actuales en el diagnóstico de la hiperplasia benigna de próstata. *Jano* 2001;60(1375):78-82.
- Ribal MJ, Alcaraz A. Consulta diaria. ¿Qué haría usted ante una hiperplasia benigna de próstata? *Medicina Integral* 2000;35(07):302-7.
- Sebastián L. Adenoma de próstata. Situación actual. *Jano* 1999;56(1305):57-63.
- Vela R. Hiperplasia benigna de la próstata, ¿una patología médico-quirúrgica? *Jano* 2001;61(1395):38-41.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Hidroxil B12 - B6 - B1. Las vitaminas a altas dosis no sólo constituyen una terapéutica sustitutiva sino que también adquieren una acción farmacológica peculiar de efectos terapéuticos inusitados. Ello exige la administración conjunta de otras vitaminas con conexión funcional metabólica, por cuanto el empleo aislado de una de ellas puede ocasionar déficits parciales de las demás. Todos estos nuevos conceptos tienen su traducción práctica en el Hidroxil B12 - B6 - B1. Efectivamente, esta asociación triple proporciona beneficios terapéuticos superiores a los obtenidos por sumación de los efectos parciales de cada una de ellas. Ello se explica por la intervención simultánea y conjunta en numerosos sistemas enzimáticos (cerebrales, antitoxicos, anabólicos, etc.) lo que unido a las altas dosis utilizadas de cada una de ellas garantiza la eficacia terapéutica en sus múltiples aplicaciones. **COMPOSICIÓN POR COMPRIMIDO:** Hidroxocobalamina (DCQ) clorhidrato 500 mcg, Piridoxina (DCQ) clorhidrato 250 mg, Tiamina (DCQ) clorhidrato 250 mg. **Excipientes:** Copolímero polivinilpirrolidona-polivinil acetato 60M0, carboximetilcelulósido, estearil fumarato sódico, hipromelosa, dióxido de titanio (E-171), glicerol (E-422), talco, etilcelulosa, oleato de sorbitano, lacaraja, cerotol, eritrosina (E-127) y laca aluminica naranja (E-173). **INDICACIONES:** Dadas las múltiples intervenciones en los distintos metabolismos y su actividad poliestérica, Hidroxil B12 - B6 - B1 está indicado en: procesos reumáticos del tipo de las artrosis, lumbalgias, reumatismos musculares, polineuritis, ciáticas, radiculitis, síndromes post-encefálicos, post-hemipléjicos, etc. Independientemente de estas indicaciones neurológicas, también es de gran utilidad en otros campos patológicos de la medicina interna y especialidades: anorexia, astenia, miocardosis, arterioesclerosis, hepatopatías, anemias, convalecencias, afecciones dermatológicas (eczema), etc. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** A las dosis recomendadas es excepcional la presentación de efectos secundarios. Raramente pueden presentarse náuseas, vómitos y erupción cutánea que ceden con la suspensión del preparado. En personas alérgicas a la vitamina B1, pueden aparecer fenómenos de hipersensibilidad. **CONTRAINDICACIONES:** No se debe administrar en personas hipersensibles a la vitamina B1. **ADVERTENCIAS: IMPORTANTE PARA LA MUJER:** Si está usted embarazada o cree que pudiera estarlo, consulte a su médico antes de tomar este medicamento. El consumo de medicamentos durante el embarazo puede ser peligroso para el embrión o feto y debe ser vigilado por su médico. **Advertencias sobre excipientes:** Este medicamento por contener glicerol como excipiente puede ser perjudicial a dosis elevadas. Puede provocar dolor de cabeza, molestias de estómago y diarrea. **INTERACCIONES:** No se han descrito. **INCOMPATIBILIDADES:** No se han descrito. **DOSIS:** Como dosis promedio de 1 a 3 comprimidos al día. Es preferible que los comprimidos se traguen enteros. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** La administración repetida de vitamina B1 puede provocar en casos raros, la aparición de hipersensibilidad tardía que se combatirá con adrenalina o noradrenalina (en casos graves), o glucocorticoides inyectables, antihistamínicos, etc. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 915 620 420. **Nombre o razón social y domicilio permanente o sede social del titular de la autorización de comercialización:** ALMRALL PRODESARMA, S.A. General Mitre, 151 08022-Barcelona (España). Presentación y P.V.P (IVA M.R.): HIDROXIL® B12-B6-B1, envase de 30 comprimidos: 5,89€. Sin receta médica. Especialidad no reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Fecha de revisión: Enero 2003.

BIBLIOGRAFIA: 1. Stracke H, y col. A Benfotiamine-vitamin B combination in treatment of diabetic polyneuropathy. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 104 (1996) 311-316. 2. Fujii A, y col. Effect of vitamin B complex on neurotransmission and neurite outgrowth. *Gen Pharmacol*. 1996 Sep;27(5):995-1000.

Almrall
Almrall Prodesarma

Medicina OFC

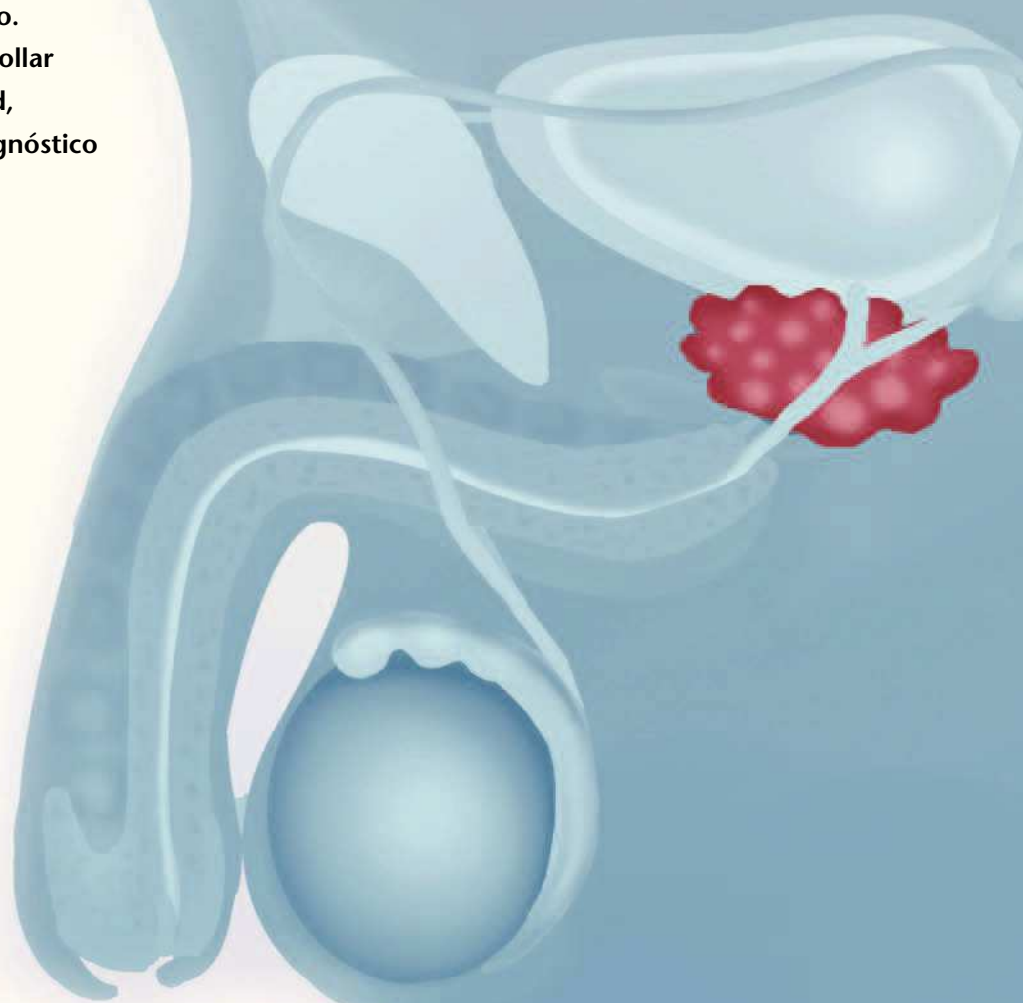
ASUNJAMOS CON LA FARMACIA

Hiperplasia benigna de próstata

Síntomas, diagnóstico y estrategia terapéutica

La hiperplasia benigna de próstata es el tumor benigno más habitual en los varones. Con una prevalencia histológica que va del 8% con 40 años al 90% a partir de los 80, causa la muerte de 30 de cada 100.000 varones en los países desarrollados y es una de las enfermedades que origina un mayor gasto sanitario. El presente artículo pretende desarrollar el conocimiento de esta enfermedad, principalmente en el campo del diagnóstico y el tratamiento.

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) se define histológicamente como un aumento de la glándula prostática. El tamaño de la glándula prostática aumenta y determina una obstrucción al flujo urinario que origina unos síntomas en el tracto urinario inferior.



MARÍA RAFAELA ROSAS

LICENCIADA EN FARMACIA Y EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA DE LOS ALIMENTOS.



Etiología

La causa de esta hipertrofia no está bien definida. Diversos estudios la relacionan a una proliferación de las células prostáticas que deriva de una disminución, con la edad, de la proporción testosterona/estrógenos. Se produce un aumento en la tasa de conversión de testosterona a dihidrotestosterona por la 5- α -reductasa y la acumulación de dihidrotestosterona produce la proliferación de las células y, por último, la hipertrofia de la glándula.

El aumento de la próstata puede ocupar total o parcialmente la luz de la uretra y obstruir el cuello vesical, con lo que se originan los síntomas obstructivos mecánicos. Por otro lado, el estímulo de los neurorreceptores alfa, de concentración elevada en el tejido prostático, provoca un incremento de la presión en el interior de la uretra y origina los síntomas funcionales.

Según los diferentes estudios, no hay una relación clara entre el tamaño de la próstata y la frecuencia o gravedad de los síntomas.

Los factores de riesgo más importantes son la edad y la presencia de testículos funcionantes. Otros factores de riesgo son la raza (más frecuentes en negros americanos y menos en razas orientales), historia familiar de HBP y factores dietéticos (determinados vegetales tienen función protectora frente a la HBP por su contenido en fitoestrógenos, que tienen efectos antiandrogénicos en la próstata).

Sintomatología

La HBP se caracteriza clínicamente por un aumento de las ganas de orinar, principalmente de noche. El paciente refiere grandes esfuerzos a la hora de iniciar la micción y salida de orina con poca fuerza.

Los síntomas se clasifican en obstructivos e irritativos.

Síntomas obstructivos

- Retraso en el inicio de la micción.
- Disminución del calibre y fuerza del chorro.
- Micción intermitente o prolongada.
- Goteo posmiccional.
- Retención urinaria.
- Incontinencia por rebosamiento.

Síntomas irritativos

- Polaquiuria.
- Nicturia.
- Micción imperiosa.
- Incontinencia por urgencia.
- Dolor suprapúbico.

La falta de tratamiento puede originar complicaciones, como la retención aguda de orina, infecciones urinarias, litiasis vesical o nefropatía obstructiva con insuficiencia renal.

Diagnóstico

La definición de cualquier enfermedad es determinante en su reconocimiento. La HBP no ha podido definirse hasta ahora de una manera concreta. Los pacientes refieren una gran diversidad de síntomas, que suelen englobarse con el término prostatismo. La solicitud de tratamiento se produce cuando las molestias afectan a la calidad de vida y es por esto que el enfoque diagnóstico del paciente debe hacerse desde un planteamiento de coste y eficacia que obvie pruebas innecesarias y ahorre gastos sanitarios.

Según las recomendaciones aceptadas internacionalmente, la evaluación de todos los pacientes con HPB debe incluir las pruebas (tabla 1) que nos llevarán a un diagnóstico más seguro.

A continuación se desarrollan con más detenimiento las pautas diagnósticas más relevantes.

Historia clínica y cuantificación de los síntomas

La historia clínica en esta, como en cualquier enfermedad, es fundamental. Es básico establecer el diagnóstico diferencial con otras enfermedades urinarias o extraurinarias, que nos va a permitir descartarlas. Una detallada anamnesis es determinante y para ello es necesaria una cuantificación de los síntomas del tracto urinario inferior. Con el objetivo de unificar criterios en la evaluación, se ha elaborado una serie de cuestionarios, de los que el más utilizado y recomendado por la OMS es el International Prostate Symptoms Score (IPSS) (tabla 2). Se utiliza tanto en la visita inicial como para evaluar posteriormente la respuesta al tratamiento.

Tabla 1. Pruebas diagnósticas en la HBP

Pruebas recomendadas en la evaluación inicial	• Historia clínica • Cuantificación de los síntomas prostáticos (I-PSS) y valoración de la calidad de vida • Exploración física y tacto rectal • Análisis de orina
Pruebas recomendadas posteriores	• Valoración de la función renal • Antígeno prostático específico (APE) • Registro del índice de flujo • Residuo posmiccional • Diario miccional (gráfica frecuencia-volumen)
Pruebas opcionales	• Estudios presión-flujo • Valoración de la imagen de la próstata mediante ecografía transabdominal o transrectal • Estudios de imagen de la vía urinaria superior por ecografía o urografía intravenosa • Endoscopia del tramo urinario inferior

Se trata de un cuestionario que incluye 7 preguntas sobre las dificultades miccionales, cuantificadas desde 0 (ninguna) hasta 5 (casi siempre). La puntuación final va de 0 puntos (asintomático) a 35 (con muchos síntomas). Esto permite clasificar a los pacientes en tres grupos: levemente sintomáticos (0-7), moderadamente sintomáticos (8-19) y gravemente sintomáticos (20-35).

La octava pregunta del cuestionario valora el impacto general de la enfermedad sobre la calidad de vida (en una escala del 0 al 6), que nos puede informar sobre cómo vive el paciente sus molestias y cómo valora sus mejorías.

Es importante, en el cuestionario, conocer si hay antecedentes de otras enfermedades que pudieran tener relación con los síntomas urinarios de las vías bajas, co-

Tabla 2. International Prostate Symptoms Score (IPSS)

A. SÍNTOMAS URINARIOS (CRITERIOS PARA CLASIFICACIÓN DE SÍNTOMAS)	NUNCA	MENOS DE 1 POR CADA CINCO VECES	MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES	ALREDEDOR DE LA MITAD DE LAS VECES	MÁS DE LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE	
1. Vaciamiento incompleto Durante el mes pasado, ¿cuántas veces tuvo la sensación de no poder vaciar la vejiga por completo después de terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5	
2. Frecuencia Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido que orinar de nuevo en menos de 2 horas después de la micción anterior?	0	1	2	3	4	5	
3. Intermitencia Durante el último mes, ¿cuántas veces le pareció que acababa la micción y volvía a empezar varias veces?	0	1	2	3	4	5	
4. Urgencia Durante el último mes, ¿cuántas veces le ha sido difícil posponer la micción?	0	1	2	3	4	5	
5. Chorro débil Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido disminución en el chorro de la orina?	0	1	2	3	4	5	
6. Esfuerzo Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido que esforzarse o empujar para iniciar la micción?	0	1	2	3	4	5	
	Para nada	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces	
7. Nicturia Durante el último mes, ¿cuántas veces va habitualmente al baño entre que se acuesta y se levanta?	0	1	2	3	4	5	
Puntuación total del I-PSS,S.							
Estimación de la calidad de vida producida por los síntomas urinarios							
	AGRADABLE	PLACENTERO	ACEPTABLE	ENTRE ACEPTABLE E INACEPTABLE	INACEPTABLE	DESGRACIADO	TERRIBLE
Si tuviera que pasar el resto de su vida con los problemas urinarios que ahora tiene, ¿cómo se sentiría?	0	1	2	3	4	5	6
Índice de calidad de vida,L.							



mo la diabetes mellitus, accidentes cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, insuficiencia cardíaca congestiva, antecedentes de cirugía del tracto urinario, sondeo previo o uretritis.

Hay que tener en cuenta la posibilidad de ingesta de fármacos que pudieran determinar estos síntomas urinarios, como son los anticolinérgicos y antagonistas del calcio, que disminuyen la contracción vesical, los agonistas adrenérgicos y los antidepresivos tricíclicos, que aumentan el tono uretral y el cuello vesical.

Exploración física y tacto rectal

El tacto rectal es una exploración básica en todo paciente del que se sospeche una HBP. El urólogo comienza analizando el tono del esfínter para descartar una posible enfermedad neurológica y prosigue con una palpación de las paredes rectales para detectar posible lesión ocupante del espacio. Por último, se valorara la glándula prostática con un análisis del tamaño, la forma, la sensibilidad, consistencia y superficie. Esto nos puede servir para descartar otras enfermedades, fundamentalmente el cáncer de próstata o procesos infecciosos.

También es interesante una exploración del abdomen inferior y de los genitales externos.

En un nivel sistémico, se debe realizar una exploración neurológica básica que incluya reflejos cremastéricos, anal superficial y bulbocavernosos para descartar enfermedad neurológica.

Pruebas analíticas

- La prueba básica analítica recomendada por la OMS es la analítica de orina con examen del sedimento y urocultivo, que permitiría descartar infecciones, piuria, hematuria y proteinuria.
- Otra prueba aconsejable sería la valoración de la función renal mediante la determinación de la concen-

tración sérica de creatinina. La creatinemia es uno de los indicativos elementales que puede denotar una insuficiencia renal presente en más del 10% de los casos avanzados.

- La determinación del antígeno prostático específico (APE) se recomienda en la mayoría de las pautas internacionales.

El APE es el marcador tumoral más útil para el diagnóstico del cáncer de próstata, y sobre todo para el seguimiento posquirúrgico. El valor determinante de esta glucoproteína es que se encuentra exclusivamente en el tejido prostático, bien sea normal, hiperplásico o maligno.

Los valores de APE están aumentados en el cáncer prostático, en la HBP y en la prostatitis, entre otros. La tabla 3 muestra la interpretación diagnóstica de los diferentes tramos de valores del antígeno.

Estudios urodinámicos

Se recomienda incluir en la evaluación de los pacientes estudios urodinámicos, como la flujometría aislada y la medición del residuo vesical posmiccional. Estos dos elementos nos permiten certificar la presencia de obstrucción o sólo de síntomas irritativos. Los flujos menores a los 15 cm³/s indican la presencia de problemas. Flujos menores de 10 cm³/s indican la presencia de obstrucción en el 90% de los casos. La presencia de residuos mayores a los 60-70 cm³ hacen pensar en obstrucción si no hay otras causas.

Estrategia terapéutica

La Asociación Española de Urología predice un cambio en el abordaje de esta enfermedad. Se prevé un incremento en la demanda de tratamiento médico debido al aumento de esperanza de vida y también al incremento de expectativas de éxito que proporcionan los

Tabla 3. Determinación de APE

VALORES DE APE	DIAGNÓSTICO	COCIENTE PSAL/PSAT	VELOCIDAD DE APE (INCREMENTO EN RELACIÓN AL TIEMPO)	DIAGNÓSTICO
0-4 ng/ml	• Valor normal • No hay enfermedad			
> 10 ng/ml	• Hay enfermedad • Es indicativo en un 50% de cáncer de próstata			
4-10 ng/ml	• Gran solapamiento entre pacientes con HBP y cáncer prostático • Diferenciación mediante el cociente APEL/APET y la velocidad del APE	< 0,15-0,25	> 0,75 ng/ml en un año	Sospecha de cáncer de próstata

APE: antígeno prostático específico; APEL: antígeno prostático libre; APET: antígeno prostático total.

Tabla 4. Estrategias terapéuticas

SÍNTOMAS LEVES (0-7 PUNTOS), TACTO RECTAL Y APE NORMAL Y AUSENCIA DE COMPLICACIONES		SÍNTOMAS MODERADOS (8-19 PUNTOS), TACTO RECTAL Y APE NORMAL Y AUSENCIA DE COMPLICACIONES	SÍNTOMAS GRAVES (20-35 PUNTOS)
Con molestias bien toleradas	Conducta expectante	• Bloqueadores alfa • Inhibidores de la 5-alfarreductasa	• Derivación al urólogo (posible intervención quirúrgica)
Con molestias mal toleradas	Iniciar con fitoterapia: • <i>Serenoa repens</i> • <i>Pigeum africanum</i> • <i>Pigeum equinacea</i>		

APE: antígeno prostático específico.

nuevos avances. Se reducirá la cirugía tradicional para dar paso a los tratamientos farmacológicos y otras técnicas.

El primer consejo para un paciente con HBP es la adopción de una serie de medidas higiénicas que disminuirán la congestión pelviana, como evitar el sedentarismo, regular el tránsito intestinal, evitar comidas copiosas, el consumo de alcohol, estimulantes, los anticolinérgicos o neurolépticos.

Las estrategias terapéuticas dependerán de la gravedad de síntomas del paciente (tabla 4).

Tratamiento quirúrgico

La intervención quirúrgica era la forma de tratamiento más extendida y aceptada, sobre todo en los noventa, previa a la aparición del tratamiento farmacológico. El objetivo era la extirpación completa del tejido hiperplásico, para alivio de los síntomas y reversión de las posibles complicaciones.

Actualmente se recomienda la intervención quirúrgica, sobre todo en casos de numerosas recidivas en infección, retención urinaria recurrente, desarrollo de uropatía obstructiva del tracto urinario superior y en hematuria grave.

Dependiendo del volumen de la glándula hiperplásica se han empleado y se emplean técnicas abiertas (en la actualidad con menos frecuencia) o endoscópicas.

Cirugía abierta

Las intervenciones abiertas son las más antiguas para este proceso y se emplean, principalmente, cuando nos encontramos con glándulas superiores a los 60–80 g. La vía de abordaje más empleada es la abdominal, con una laparotomía media infraumbilical, y las técnicas de escisión pueden ser suprapúbicas (a través de la vejiga) o retropúbicas (a través de la cápsula prostática).

Cirugía endoscópica

La intervención más empleada es la resección transuretral de próstata, que consiste en la sección en fragmentos y posterior extracción de la glándula hiperplásica

desde la luz uretral. Suele emplearse en próstatas de menos de 60 g y es una de las intervenciones quirúrgicas más utilizadas en el sexo masculino.

Para glándulas de escaso volumen y mucho componente obstructivo, se puede realizar la incisión transuretral de próstata o miocapsulotomía, que consiste en efectuar un corte en profundidad de la glándula con el fin de aumentar el espacio en la uretra prostática y mejorar la dinámica.

CONSEJOS DESDE LA FARMACIA

Pautas en el tratamiento

Ante un paciente de sexo masculino que manifiesta necesidad constante de orinar, grandes esfuerzos al inicio de la micción y salida de orina con poca fuerza, recomendar visita médica ante la posibilidad de afección del tracto urinario inferior.

Según las pautas terapéuticas establecidas, el tratamiento de la HBP dependerá de la gravedad de la sintomatología. La pauta inicial y paralela a otros tratamientos incluirá una serie de consejos:

- Beber líquido de forma regular durante todo el día sin ingerir grandes cantidades en poco tiempo.
- Orinar siempre que se tenga necesidad y no retener innecesariamente.
- Si no se puede iniciar la micción, tener paciencia. Hacer una presión progresiva de los músculos abdominales, pero se ha de evitar hacer presión de forma brusca o excesiva.
- Evitar el alcohol, ya que produce un efecto irritante en la próstata y empeora los síntomas.
- Evitar el sedentarismo y hacer paseos. Esto permitirá descongestionar el área pélvica y aligerará las molestias.
- Procurar mantener un ritmo intestinal diario y evitar el estreñimiento. ■



Las técnicas quirúrgicas descritas no están privadas de complicaciones, e incluso de mortalidad, y es por ello se han investigado distintas alternativas terapéuticas que pretenden, manteniendo la eficacia de la cirugía clásica, minimizar los riesgos, ahorrar en estancias hospitalarias y permitir al paciente prescindir de los tratamientos farmacológicos a largo plazo. Algunas de estas intervenciones más comunes son: prótesis expandible, termoterapia, ablación con láser y utilización de otras energías (radiofrecuencia y ultrasonidos).

Conclusión

Aunque internacionalmente se ha intentando establecer una serie de pautas básicas para el diagnóstico y tratamiento, no hay hasta ahora un consejo para instaurar una definición de la enfermedad. Los síntomas e índices de calidad de vida son valores muy subjetivos y, por lo tanto, variables. Diversos estudios apoyan la identificación de los pacientes teniendo en cuenta factores de riesgo como edad, raza, volumen prostático y determinación de APE. Sin embargo, la naturaleza heterogénea de la glándula dificulta la seguridad diagnóstica y es necesario la implementación de los parámetros para lograr un conocimiento superior de la fisiopatología prostática y lograr así un enfoque terapéutico más específico y correcto.



Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico es sólo sintomático. Se tiene que instaurar cuando los síntomas obstructivos alteran la calidad de vida del paciente de manera relevante. Tal y como indicamos previamente, se aconseja en los casos leves o cuando no es posible la intervención quirúrgica. Cuando los síntomas son graves o aparecen complicaciones se requiere un tratamiento quirúrgico.

Fitoterapia

La utilización de sustancias derivadas de extractos de plantas es una práctica ampliamente extendida en los pacientes de HBP. Se desconoce exactamente el mecanismo de acción de estos productos (efecto antiinflamatorio, alteraciones del metabolismo del colesterol, inhibición directa del crecimiento de la próstata, efecto antian-drogénico o antiestrógenos). Los estudios dan resultados contradictorios, pero coinciden en la ventaja de la ausencia de efectos adversos y bajo coste.

Se emplean básicamente tres tipos de extractos: *Serenoa repens*, *Pigeum africanum* y *Pigeum equinacea* y en las posologías que se señalan en la tabla 5.

En el caso de *Serenoa repens*, parece ser que actúa inhibiendo la 5-alfarreductasa

Tabla 5. Posología de la fitoterapia

EXTRACTO	POSOLOGÍA	ESPECIALIDAD FARMACÉUTICA
<i>Serenoa repens</i>	160 mg/12 h (preferentemente con las comidas)	<i>Permixon, Sereprostat</i>
<i>Pigeum africanum</i>	• 50 mg/ 12 h (1 h antes o 2 h después de las comidas durante 6 semanas) • Ciclo terapéutico repetible cada 6 semanas	<i>Acubiron, Bidrolar, Pronitol, Tuzanil</i>
<i>Pigeum equinacea</i>	4 grageas/día (1-1-2)	

ductasa (como la finasterida) y los receptores de estrógenos y andrógenos. Los otros extractos son ricos en fitoesteros y teóricamente tienen un efecto antiinflamatorio e inhiben la proliferación del tejido prostático.

Inhibidores de la 5-alfarreductasa

Estos fármacos inhiben la enzima que causa la transformación de testosterona a dihidrotestosterona. En España, se comercializa la finasterida, que se utiliza con una posología de 5 mg/día. Actúan disminuyendo de forma baja y lenta el volumen prostático y son menos efectivos que el siguiente grupo (bloqueadores alfa-1-adrenérgicos). Se recomiendan en

casos de próstatas de tamaño aumentado. Pueden tardar unos 6 meses en ser efectivos y se recomienda, antes de empezar el tratamiento, descartar la existencia de cáncer de próstata porque posteriormente se pueden dar falsos negativos por enmascarar la prueba del APE.

El tratamiento con finasterida tiene como efectos adversos la disminución de la libido (6%), impotencia (5%), trastornos de eyaculación (5%) y ginecomastia (porcentaje muy bajo).

Bloqueadores alfa-1-adrenérgicos

En general reducen los síntomas urinarios bajos. Actúan sobre los receptores alfa situados en el cuello



de la vejiga y la próstata, que causan la obstrucción por efecto funcional o dinámico. Disminuyen el tono muscular prostático y producen la relajación del músculo y la disminución de la resistencia uretral intraprostática. No reducen el tejido prostático. Se puede decir que actúan principalmente frente a los síntomas irritativos. Se ha demostrado que tienen un efecto hipotensor y mejoran el perfil lipídico.

Su eficacia se ha probado superior al placebo y los inhibidores de la 5-alfa-reductasa y no se han demostrado ventajas en la asociación de fármacos.

Las diferencias entre los principales fármacos radican en la diferente selectividad de acción (urinaria y/o antihipertensiva) y en la pauta de administración. El efecto farmacológico se produce a las 4-6 semanas.

Las últimas investigaciones apuntan a lograr descubrir subtipos de receptores alfa exclusivos de la próstata y fármacos que realicen su bloqueo selectivo con la finalidad de reducir al máximo los efectos secundarios.

Actualmente se dispone del siguiente abanico de fármacos en este grupo para el tratamiento de la HBP:

Prazosina

Se utiliza muy poco en urología, ya que tiene efectos hipotensores superiores a otros fármacos.

Terazosina

Tiene efecto hipotensor y además puede mejorar el perfil lipídico. Podría ser un fármaco de elección en pacientes con HBP y alteraciones metabólicas como las dislipemias.

Tabla 6. Bloqueadores alfa-1-adrenérgicos

BLOQUEADOR	PAUTA DE MANTENIMIENTO	ESPECIALIDAD FARMACÉUTICA
Prazosina	2 mg/12 h	Minipres
Doxazosina	4 mg/24 h (neo) 2-4 mg/24 h	Carduran Neo, Propandol Neo, Propandol, Doxazosina EFG
Terazosina	5 mg/24 h	Deflox, Magnurol, Sutif, Tazusin, Zayasel, Terazosina EFG
Tamsulosina	0,4 mg/24h	Omnice y Urolosin, además de las presentaciones ocas
Alfuzosina	2,5 mg/8 h	Alfetim

La posología es de 1 mg/noche (inicialmente), incrementándose la dosis en 1 mg cada 3-7 días según la respuesta. La dosis de mantenimiento habitual es de 5 mg/24 h, con un máximo de 10 mg/24 h.

Doxazosina

Se utiliza también en pacientes hipertensos, ya que reduce de forma gradual la presión arterial. Tiene menor efecto de primera dosis que la prazosina o la terazosina.

La posología es de 0,5 mg/12 h durante 3-7 días, y después una dosis de mantenimiento de 4 mg cada noche.

Tamsulosina

Se trata del fármaco de elección. Tiene un efecto muy débil sobre la presión arterial. Se obtiene una mejoría de los síntomas en menos tiempo porque el tratamiento no requiere incrementos de la dosis progresivos.

La posología es de 0,4 mg/24 h después del desayuno.

Se podría decir que la prazosina, terazosina y doxazosina, al ser poco selectivas, producen adicional-

mente un descenso de la tensión arterial e, incluso, en el caso de la terazosina, modificación del perfil lipídico.

La investigación ha llevado a obtener derivados más selectivos, como la alfuzosina y, sobre todo, la tamsulosina, que tienen menos efectos en el sistema cardiovascular.

Los efectos adversos más frecuentes de este grupo de fármacos son la hipotensión ortostática, lipotimia, síncope (primera dosis), taquicardia, astenia, cefaleas y mareos. Es por esto que, en general, las pautas de administración comienzan con dosis bajas por la noche y recomiendan evitar movimientos bruscos que favorezcan la sensación de inestabilidad.

Estos fármacos, pese a que producen una mejoría de los síntomas, no reducen el volumen de la próstata y no modifican la evolución natural. Es por eso que la necesidad del tratamiento quirúrgico será manifiesta cuando los estados sean más graves.

En la tabla 6 se relacionan los principales bloqueadores alfa-1-adrenérgicos comercializados en España. ■

Bibliografía general

- De la Rosette J, Alivizatos G, Madresbacher S, Rioja C, Nordling J, Emberton M. Guidelines on benign prostatic hyperplasia [consultado en febrero de 2004]. Disponible en: <http://www.uroweb.org>
- Kirby RS. Hiperplasia benigna de próstata. 2.ª ed. Barcelona: J & C Ediciones médicas; 1998.
- Lee M, Sharifi R. Benign prostatic hyperplasia: diagnosis and treatment guideline. The annals of pharmacotherapy. 1997;31:481-6.

- Orejas V. Aspectos actuales en el diagnóstico de la hiperplasia benigna de próstata. Barcelona: Ediciones Doyma; 2001.
- Taguchi Y. La próstata: todo lo que necesita saber de la glándula masculina. Barcelona: Amat; 2003.
- Urologychannel (portal en internet). Healthcommunities.com; 1998-2006 (actualizado el 10 de junio de 2005; citado el 20 de abril de 2006). Disponible en: <http://www.urologychannel.com/prostate/bph/index.shtml>



Guía de manejo Hiperplasia Prostática Benigna (SCU 2021)

Benign Prostatic Hyperplasia Guideline (SCU 2021)

Hugo López-Ramos¹ Carlos Latorre² Germán Patiño³ Juliana Arenas⁴

¹ Profesor y Jefe del Programa de Urología. Pontificia Universidad Javeriana. Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia

² Urólogo. Clínica del Country. Bogotá, Colombia

³ Urólogo. Unidad de Urología Reconstructiva. Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia

⁴ Departamento de Urología. Pontificia Universidad Javeriana. Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia

Dirección de correspondencia Hugo López-Ramos, Carrera 7 # 40-62, Bogotá, Colombia (e-mail: lopez.he@javeriana.edu.co).

Urol Colomb 2021;30:145–152.

1. INTRODUCCIÓN

La Sociedad Colombiana de Urología (SCU) decidió realizar la adaptación de la guía de manejo de HPB.^{1,2} Las recomendaciones finales de esta guía se basan en una revisión sistemática de la literatura hasta 2020. Esta guía ofrece evidencia práctica en la evaluación y el tratamiento de hombres mayores de 40 años que se presentan con síntomas del tracto urinario inferior (SUOB).

2. EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

Los SUOB son muy prevalentes, ocasionan molestias y alteran la calidad de vida de los pacientes.^{3–9} Están asociados con un número de factores de riesgo modificables que sugieren objetivos potenciales en la prevención.¹⁰ Existe un número creciente de estudios han demostrado que los SUOB pueden estar causados por otras fisiopatologías entre estas hiperactividad o hipoactividad vesical.

3. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

La evaluación clínica de pacientes con SUOB tiene como objetivo; identificar los diagnósticos diferenciales, ya que el origen de los SUOB en los hombres es multifactorial y definir el perfil clínico (incluido el riesgo de progresión de la enfermedad) de los hombres con SUOB para proporcionar la

atención adecuada. Dicha evaluación incluye historia clínica completa y un examen físico enfocado.

Enfatizamos que la correlación del tacto rectal con el volumen es pobre y existe la posibilidad de subestimar el volumen prostático cuando la próstata es > 30cc.

Entre los exámenes complementarios se incluyen el uroanálisis, función renal, evaluación de la glicemia, diario miccional. Se recomienda la realización del PSA en hombres mayores de 40 años con una expectativa de vida mayor a 10 años. Se deberá realizar una ecografía de vías urinarias, para medición del volumen prostático, evaluación de complicaciones en el tracto urinario superior, y la medición del residuo postmiccional (RPM). Aunque no es mandatoria en la evaluación diagnóstica, el panel de la guía la recomienda como opcional. Se recomienda una uroflujometría, para evaluar la respuesta al tratamiento médico o quirúrgico y en la determinación de la correlación de los síntomas con hallazgos objetivos. La cistoscopia está indicada en el estudio de los pacientes con hematuria micro o macroscópica, estrechez uretral o cáncer de vejiga concomitantes con SUOB.

Los estudios de flujo-presión están indicados en pacientes en quienes los síntomas generen duda en el diagnóstico, en pacientes con enfermedad neurológica, quienes hayan tenido cirugía pélvica radical previa, radioterapia pélvica, diabetes no controlada y pacientes con RPM > 300 mL, así como aquellos que hayan tenido procedimientos quirúrgicos previos fallidos.

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0041-1731669>.
ISSN 0120-789X.
e ISSN 2027-0119.

© 2021. Sociedad Colombiana de Urología. All rights reserved.
This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)
Thieme Revinter Publicações Ltda., Rua do Matoso 170, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20270-135, Brazil

No está indicado el uso de ecografía transrectal de forma rutinaria en la evaluación de los SOUB secundarios a crecimiento prostático benigno.

4. MANEJO DE LA ENFERMEDAD

4.1 Manejo Conservador

Los hombres con SOUB no complicados, leves o moderados, podrán ser candidatos a manejo expectante. La evaluación periódica de los pacientes en protocolo de vigilancia activa incluye la medición del RPM, la evaluación de la severidad de los síntomas, con una educación sobre la condición al paciente, descartando causa oncológica y brindando asesoría sobre los hábitos de vida saludable, cada 3, 6 y 12 meses y posteriormente de forma anual si no hay cambios.¹⁰ Se deberá asesorar en hábitos de estilo de vida saludable. La tasa de fracaso del tratamiento durante un período de cinco años fue del 21%.¹¹ Nivel de evidencia 1b.

4.2 Tratamiento farmacológico

4.2.1 Antagonistas de los alfa-1-adrenorreceptores

Los bloqueadores $\alpha 1$ generalmente se consideran el tratamiento farmacológico de primera línea para los SUOB moderados debido a su inicio de acción rápida, buena eficacia y baja prevalencia y gravedad de los eventos adversos. Las comparaciones indirectas y directas entre los bloqueadores $\alpha 1$ demuestran que todos los bloqueadores $\alpha 1$ tienen una eficacia similar en dosis apropiadas¹² con disminución del IPSS en un 30 a 40% e incrementan el $Q_{\text{máx}}$ aproximadamente en un 20-25%. Hasta la fecha, se han realizado al menos 15 revisiones sistemáticas de los bloqueadores α en la literatura, todas demostrando que son superiores al placebo en la mejoría de los síntomas.^{13,14} Los efectos vasodilatadores son más pronunciados con doxazosina y terazosina, y son menos comunes con alfuzosina y son tamsulosina.¹⁵ Un metaanálisis reciente demostró que la disfunción eyaculatoria fue significativamente más común con los bloqueadores $\alpha 1$ que con el placebo (OR 5.88) y se relacionó significativamente con el uso de tamsulosina o silodosina (OR: 8.57 y 32.5).¹⁵

4.2.2 Inhibidores de la 5 α -reductasa

Los efectos clínicos relativos al placebo se observan después de un tratamiento de al menos seis meses. Después de dos o cuatro años de tratamiento, mejoran el IPSS en aproximadamente un 15-30%, disminuyen el volumen de la próstata en un 18-28% y aumentan el $Q_{\text{máx}}$ en 1.5-2.0 mL/s en pacientes con SOUB causados por el crecimiento de la próstata.¹⁶ Los inhibidores de la 5 α -reductasa, pero no los bloqueadores $\alpha 1$, reducen el riesgo a largo plazo (más de 1 año) de RUA así como la necesidad de cirugía.¹⁷ Un análisis agrupado de tres ensayos aleatorizados con datos de seguimiento de dos años, mostró que el tratamiento con finasteride disminuyó el riesgo relativo de RUA en un 57%, y la intervención quirúrgica en un 34% en pacientes con SUOB moderados (17). El tratamiento con inhibidores de la 5 α -reductasa debe considerarse en hombres con SUOB mode-

rados a severos y una próstata agrandada (> 40 ml) y/o una concentración elevada de PSA (> 1.4-1.6 ng/ml). Pueden prevenir el riesgo de RUA y la necesidad de cirugía. Debido al lento inicio de acción, no son adecuados para uso a corto plazo. Su efecto sobre el PSA debe considerarse en relación con la detección de CaP.

4.2.3 Antimuscarínicos

No todos los antimuscarínicos han sido probados en hombres de edad avanzada, los estudios a largo plazo sobre la eficacia de los antagonistas de los receptores muscarínicos en hombres de cualquier edad con SOUB aún no están disponibles. Se recomienda a su uso una reevaluación periódica del IPSS y el RPM.¹⁸

4.2.4 Inhibidores de Fosfodiesterasa 5

Hasta la fecha, solo el tadalafil a dosis de 5 mg una vez al día ha sido autorizado oficialmente para el tratamiento de los SOUB con o sin DE. La experiencia a largo plazo con tadalafil en hombres con SOUB se limita a un ensayo con un seguimiento de un año, por lo tanto, no es posible establecer conclusiones sobre su eficacia o tolerabilidad durante más de un año.¹⁹

4.2.5 Fitoterapia

Sólo se ha recomendado *Serenoa repens* extraído con hexano (no con etanol) para un uso bien establecido.²⁰

4.2.7 Combinación de Terapias

4.2.7.1 Bloqueadores $\alpha 1$ + Inhibidores de la 5 α -reductasa

En comparación con los bloqueadores $\alpha 1$ o la monoterapia con un inhibidor de la 5 α -reductasa, la terapia combinada da como resultado una mejoría más marcada en los SOUB y en el $Q_{\text{máx}}$ y es superior en la prevención de la progresión de la enfermedad. Sin embargo, la terapia combinada también se asocia con una mayor tasa de eventos adversos.²¹⁻²³ La terapia combinada debe prescribirse principalmente en hombres que tienen SOUB moderados a severos y están en riesgo de progresión de la enfermedad (mayor volumen de próstata, mayor valor de PSA, edad avanzada, mayor RPM, menor $Q_{\text{máx}}$). La terapia combinada solo debe usarse cuando se pretende un tratamiento a largo plazo (más de doce meses) y los pacientes deben ser informados al respecto.

4.2.7.2 Bloqueadores $\alpha 1$ + antagonistas del receptor muscarínico

Los estudios con esta combinación utilizaron principalmente puntos finales de síntomas de almacenamiento, fueron de corta duración e incluyeron solo hombres con bajos volúmenes de RPM al inicio del estudio. Por lo tanto, se recomienda medir el RPM durante el tratamiento combinado.

4.3. Manejo quirúrgico

A pesar del advenimiento de las nuevas tecnologías, la resección transuretral de próstata (RTUP) monopolar ha sido la piedra angular del tratamiento quirúrgico para los SOUB por más de nueve décadas. Una amplia investigación clínica buscando una alternativa más efectiva y segura a menudo se ve obstaculizada por limitaciones metodológicas,

incluyendo un seguimiento inadecuado. Basado en el consenso del Panel, los plazos que definen el seguimiento a corto, mediano y largo plazo de los pacientes sometidos a tratamientos quirúrgicos son 12, 36 y más de 36 meses, respectivamente. Los médicos deben informar a los pacientes que faltan estudios ECAs quirúrgicos a largo plazo.

4.3.1 Resección transuretral monopolar de la próstata e incisión transuretral de la próstata.

En un metanálisis que incluía 20 ECAs, con un seguimiento máximo de cinco años, la RTUP-M resultó en una mejoría significativa del $Q_{\text{máx}}$ (+ 162%), una reducción significativa en los SOUB (-70%), una mejoría en el puntaje de la calidad de vida (-69%) y del RPM (-77%).

La RTUP-M y la ITUP son tratamientos efectivos para los SOUB moderados a severos secundarios a la obstrucción del tracto urinario inferior. La elección debe basarse principalmente en el volumen de la próstata (<30 ml y 30-80 ml adecuados para ITUP y RTUP-M, respectivamente). El límite superior para RTUP-M sugerido es de 80 ml (según la opinión del panel de expertos, bajo el supuesto de que este límite depende de la experiencia del cirujano, la elección del tamaño del resectoscopio y la velocidad de resección), a medida que aumenta la duración quirúrgica, hay un aumento significativo en la tasa de complicaciones y el procedimiento es más seguro cuando se realiza en menos de 90 minutos.^{24,25}

5.3.1.1 Modificaciones de RTUP-M: RTUP bipolar

La RTUP bipolar en pacientes con SOUB moderados a severos secundarios a obstrucción del tracto inferior, tiene eficacia similar a la RTUP-M, pero con menor morbilidad perioperatoria. La duración de las mejoras con RTUP-B se documentó en varios ECAs con seguimiento a mediano plazo. Los resultados a largo plazo (hasta cinco años) para la RTUP-B han mostrado que la seguridad y la eficacia son comparables con la RTUP-M. La elección de RTUP-B debe basarse sobre la disponibilidad del equipo, la experiencia del cirujano y la preferencia del paciente.²⁶⁻³⁰

5.3.1.1.1 Modificaciones de la RTUP-B: vaporización transuretral bipolar de la próstata

La VTUP-B y la RTUP tienen una eficacia similar a corto plazo. La VTUP-B plasmakinética tiene un perfil perioperatorio favorable, una seguridad similar a mediano plazo pero una eficacia inferior a mediano plazo en comparación con la RTUP. La VTUP-B plasma tiene una morbilidad menor a corto plazo en comparación con la RTUP.^{31,32}

4.3.2 Prostatectomía Abierta

La prostatectomía abierta es el método quirúrgico más invasivo, pero es un procedimiento efectivo y duradero para el tratamiento de los SOUB. En ausencia de un arsenal endourológico que incluya el láser de holmium o un sistema bipolar, la PA es el tratamiento quirúrgico de elección para los hombres con próstata > 80 ml.

4.3.3 Tratamientos con láser

4.3.3.1 Enucleación y resección prostática con laser de Holmium

La técnica de HoLEP requiere experiencia y habilidades endoscópicas relevantes. La experiencia de la el cirujano fue el factor más importante que afectó la aparición general de complicaciones.^{33,34} Se recomienda una tutoría y asistencia a programas de enseñanza que mejoren el rendimiento de la curva de aprendizaje quirúrgica.³⁴ Con la llegada de HoLEP y el hecho de que no hay publicaciones relevantes sobre resección de próstata con láser de Holmium (HoLRP) publicadas desde 2004, la HoLRP de la próstata no juega un papel en el tratamiento contemporáneo de laHPB.

4.3.3.2 Vaporización de la próstata con láser de luz verde (Greenlight) de 532 nm

El láser XPS de 180 W no es inferior a la RTUP en términos de IPSS, $Q_{\text{máx}}$, volumen de RPM, reducción en el volumen prostático, disminución del PSA y en los cuestionarios de calidad de vida. El único ECA disponible para el láser de 180 W mostró resultados de eficacia y seguridad similares a la RTUP con resultados estables a los 24 meses de seguimiento; sin embargo, hubo una tasa de retratamiento más alta después de 24 meses en el brazo de PVP.³⁵ De acuerdo al estudio Goliath, la prostatectomía con láser Greenlight de 180 W no es inferior a la RTUP en términos de complicaciones perioperatorias. La supervivencia libre de reoperación durante 24 meses de seguimiento fue comparable entre el brazo de TURP y el brazo láser XPS 180 W.³⁵ El láser XPS de 180 W representa el estándar actual de los generadores para PVP; sin embargo, el número y la calidad de las publicaciones de soporte son bajos, especialmente para las próstatas grandes (> 100 ml), sin un adecuado seguimiento a largo plazo (evidencia 1b). Se recomienda fuertemente la vaporización de la próstata con láser de potasio-titanil-fosfato (KTP) de 80 W a 532 nm a hombres con SOUB moderados a severos con un volumen prostático de 30-80 ml como alternativa a la resección transuretral de la próstata (RTUP). La vaporización de próstata con láser de 120 W, 532 nm y triborato de litio (LBO) a hombres con SOUB moderados a severos con un volumen de próstata de 30-80 ml como alternativa a la RTUP. Se recomienda débilmente la vaporización con láser de la próstata utilizando láser KTP de 80 W, 120 o 180 W LBO para el tratamiento de pacientes que reciben terapia antiplaquetaria o anticoagulante con un volumen prostático menor a 80 ml.

4.3.3.3 Tratamiento de la próstata con láser diodo

La vaporización con láser de diodo conlleva mejoras similares en los parámetros clínicos y sintomáticos durante el seguimiento a corto plazo y proporciona buenas propiedades hemostáticas. La enucleación con láser de diodo (DiLEP) parece ofrecer una eficacia y seguridad similares en comparación con la RTUP o la enucleación bipolar. Recomendación débil, Nivel de evidencia 1b.

4.3.3.4 Manejo con láser de Thulium:yttrio-aluminio-granate (Tm: YAG)

Como un número limitado de ECAs y solo pocos estudios con seguimiento a largo plazo apoyan la eficacia de la prostatectomía con láser de tulio, es necesario mantener la investigación continua de la técnica. La enucleación con láser de la próstata mediante vapoenucleación (ThuVEP) o con la técnica (ThuLEP) demostró una alta seguridad intraoperatoria con respecto a las propiedades hemostáticas en comparación con la RTUP. Los resultados a corto plazo son comparables a la RTUP. Evidencia 1b. Se recomienda débilmente la enucleación con láser de la próstata usando la vapoenucleación Tm: YAG (ThuVEP) y Tm: enucleación anatómica asistida por láser YAG (ThuLEP) a hombres con SOUB moderados a severos como alternativas a la RTUP y a la enucleación con láser de Holmium (HoLEP).^{36,37}

5.3.4 Elevación de la uretra prostática EUP.

Un lóbulo medio que protruye y genera obstrucción no puede ser tratado de manera efectiva con la elevación prostática, y en próstatas de gran tamaño la efectividad aún no se ha

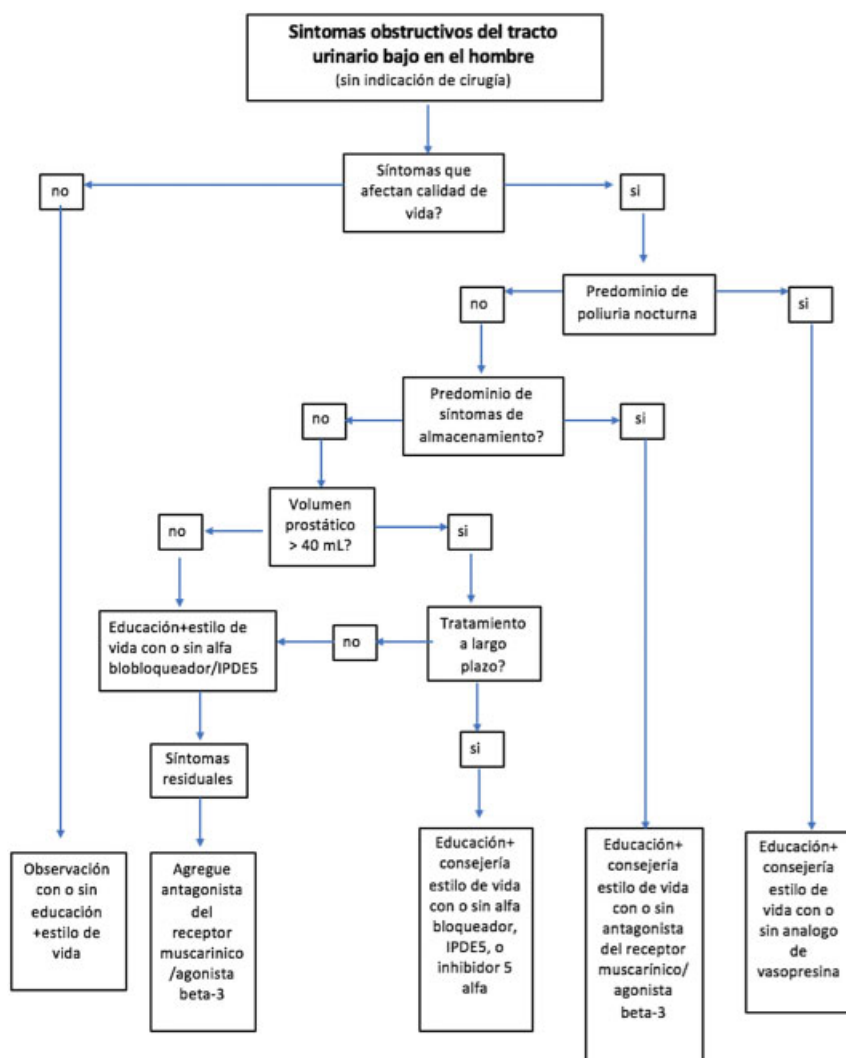
demostrado. Se necesitan estudios a largo plazo para evaluar la duración del efecto de este tipo de tratamiento comparado con otras técnicas. EUP mejora el IPSS, el Q_{máx}, y la calidad de vida; sin embargo, estas mejorías son inferiores a la RTUP a los 24 meses con evidencia 1b.^{38,39}

5.3.5 Inyecciones intra prostáticas

A pesar de que la evidencia experimental para los componentes como la BoNT-A y el PRX302 han sido prometedores para su transición al uso clínico, los resultados positivos de estudios fase II, no se han confirmado en estudios fase III. Se necesitan estudios aleatorizados controlados comparados con tratamientos de referencia para confirmar los resultados prometedores del NX-1207. Se desaconseja el uso de inyección de toxina botulínica-A para el tratamiento de pacientes con SOUB, recomendación fuerte.

5.3.6 Técnicas en investigación

La prostatectomía simple mínimamente invasiva es comparable con la PA en términos de eficacia y seguridad, mostrando



Flujograma 1 Algoritmo del tratamiento del hombre con SOUB empleando opciones de tratamiento médico y/o conservador. Las decisiones sobre el tratamiento dependen de los resultados encontrados durante las evaluaciones realizadas en la primera valoración. Note que las preferencias del paciente pueden modificar diferentes decisiones de tratamiento.

mejoría similar en el Q_{máx} y el IPSS, justificado en estudios son de naturaleza retrospectiva. El Dispositivo Implantable Temporal en Nitinol (DITN) es otra tecnología en investigación. Se están desarrollando estudios aleatorizados controlados comparando el DITN con un tratamiento de referencia. La ablación con agua guiada por imágenes con robot: AquaBeam en los estudios existentes no presentó resultados funcionales inferiores comparada con la RTUP en pacientes con SOUB y próstatas de 30-80 mL. Es necesario el seguimiento a largo plazo para poder tener una evaluación clínica más asertiva de la Aqua-ablación. La ablación por energía de vapor de agua convectiva* (WAVE): El sistema Rezum requiere de estudios aleatorizados controlados contra una técnica de tratamiento de referencia para confirmar los resultados clínicos y para evaluar la eficacia y la seguridad a corto y mediano plazo del tratamiento con energía de vapor.

En cuanto a la embolización de arterias prostática, es mandatorio un estudio multidisciplinario que involucre urólogos y radiólogos, además de una adecuada selección de pacientes, que debe ser realizada por el urólogo y el radiólogo intervencionista. Los pacientes con próstatas de gran tamaño (> 80 mL) son los que más se pueden beneficiar de la EAP. La

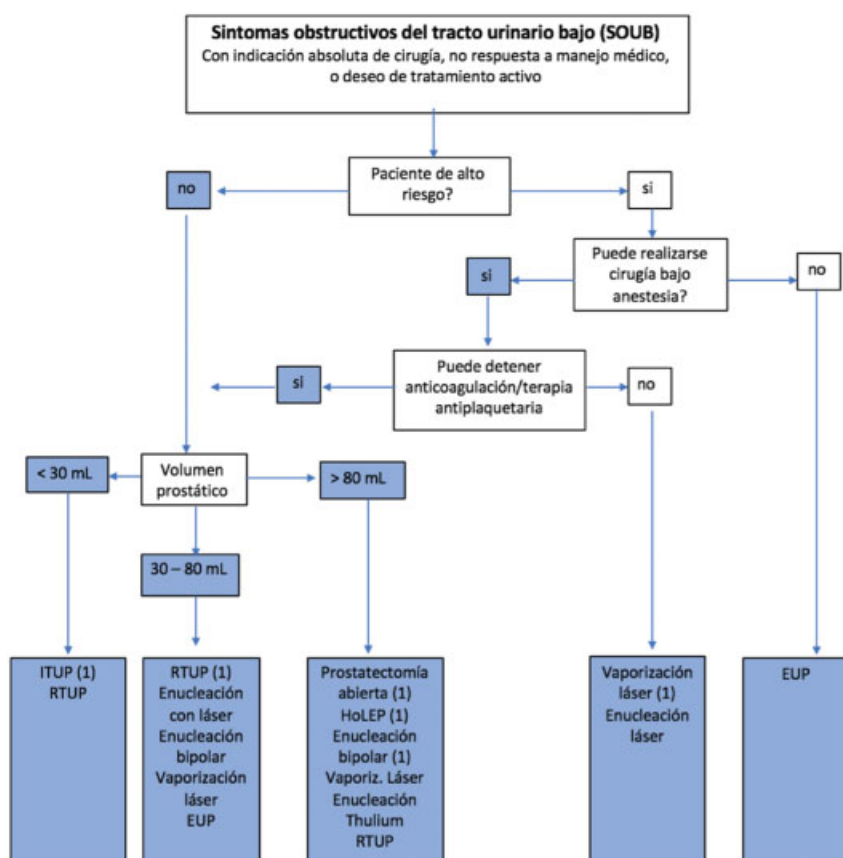
escogencia de pacientes con SOUB que se benefician de la EAP aún debe ser bien definida.

5.4 Selección del paciente

Los flujogramas presentados en el texto completo de la guía ilustran la selección del tratamiento de acuerdo al perfil del paciente y a la medicina basada en la evidencia.

Nocturia

Se deberá hacer una evaluación detallada de la historia clínica de los pacientes con nocturia. No se ha realizado ningún estudio clínico de terapias dirigidas a la fisiopatología. La terapia antidiurética disminuye la frecuencia urinaria nocturna en hombres que tienen de base una severidad de síntomas mayor de dos episodios miccionales/noche, se ha asociado con sueño reparador. Nivel de evidencia 1b. Los medicamentos anticolinérgicos pueden disminuir la severidad de la urgencia urinaria nocturna, pero la reducción de la frecuencia es muy baja o no significativa. Las recomendaciones para ofrecer desmopresina a bajas dosis son débiles.



Flujograma 2 Algoritmo del tratamiento de los SOUB que afectan la calidad de vida y son refractarios al tratamiento conservador/médico o en los casos de indicación absoluta de cirugía. El diagrama de flujo está estratificado según el estado funcional del paciente para tolerar la anestesia, el riesgo cardiovascular y el tamaño de la próstata.

(1) Estándar actual/primer elección. Los tratamientos alternativos están listados en orden alfabético. La vaporización con láser incluye Greenlight, Thulium, y vaporización con láser de Diodo. La enucleación con láser incluye Holmium y Thulium.

HoLEP = Enucleación con láser holmium. ITUP = incisión transuretral de la próstata. RTUP = prostatectomía transuretral y EUP = elevación de uretra prostática (Urolift).

Referencias

- 1 NZGG. Handbook for the Preparation of Explicit Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. New Zealand Guidelines Group; 2001:67–76
- 2 National Institute for Clinical Excellence (February 2004, updated 2005) Guideline Development Methods: Information for National Collaborating Centers and Guideline Developers. London: National Institute for Clinical Excellence <http://www.nice.org.uk>
- 3 Martin SA, Haren MT, Marshall VR, Lange K, Wittert GAMembers of the Florey Adelaide Male Ageing Study. Prevalence and factors associated with uncomplicated storage and voiding lower urinary tract symptoms in community-dwelling Australian men. *World J Urol* 2011;29(02):179–184 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20963421>
- 4 d'Urologie SI(SIU), Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS): An International Consultation on Male LUTS., C. Chapple & P. Abrams, Editors. 2013 [https://www.siuurology.org/themes/web/assets/files/ICUD/pdf/Male%20Lower%20Urinary%20Tract%20Symptoms%20\(LUTS\).pdf](https://www.siuurology.org/themes/web/assets/files/ICUD/pdf/Male%20Lower%20Urinary%20Tract%20Symptoms%20(LUTS).pdf)
- 5 Kupelian V, Wei JT, O'Leary MP, et al; BACH Survey Investigators. Prevalence of lower urinary tract symptoms and effect on quality of life in a racially and ethnically diverse random sample: the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Arch Intern Med* 2006;166(21):2381–2387 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17130393>
- 6 Agarwal A, Eryuzlu LN, Cartwright R, et al. What is the most bothersome lower urinary tract symptom? Individual- and population-level perspectives for both men and women. *Eur Urol* 2014;65(06):1211–1217 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24486308>
- 7 De Ridder D, Roumeguère T, Kaufman L. Urgency and other lower urinary tract symptoms in men aged ≥ 40 years: a Belgian epidemiological survey using the ICIQ-MLUTS questionnaire. *Int J Clin Pract* 2015;69(03):358–365 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25648652>
- 8 Kogan MI, Zachoval R, Ozyurt C, Schäfer T, Christensen N. Epidemiology and impact of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms: results of the EPIC survey in Russia, Czech Republic, and Turkey. *Curr Med Res Opin* 2014;30(10):2119–2130 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24932562>
- 9 Chapple CR, Wein AJ, Abrams P, et al. Lower urinary tract symptoms revisited: a broader clinical perspective. *Eur Urol* 2008;54(03):563–569 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18423969>
- 10 Yang DY, Lee WK. A current perspective on post-micturition dribble in males. *Investig Clin Urol* 2019;60(03):142–147. Doi: 10.4111/icu.2019.60.3.142
- 11 Martin S, Lange K, Haren MT, Taylor AW, Wittert GMembers of the Florey Adelaide Male Ageing Study. Risk factors for progression or improvement of lower urinary tract symptoms in a prospective cohort of men. *J Urol* 2014;191(01):130–137
- 12 Chapple CR, Al-Shukri SH, Gattegno B, et al. Tamsulosin oral controlled absorption system (OCAS) in patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia (LUTS/BPH): Efficacy and tolerability in a placebo and active comparator controlled phase 3a study. *European Urology Supplements* (ISSN 1569-9056) 2005;4:33–44
- 13 Karavitakis M, Kyriazis I, Omar MI, et al. Management of Urinary Retention in Patients with Benign Prostatic Obstruction: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol* 2019;75(05):788–798. Doi: 10.1016/j.eururo.2019.01.046
- 14 Yuan J, Liu Y, Yang Z, Qin X, Yang K, Mao C. The efficacy and safety of alpha-1 blockers for benign prostatic hyperplasia: an overview of 15 systematic reviews. *Curr Med Res Opin* 2013;29(03):279–287
- 15 van Dijk MM, de la Rosette JJ, Michel MC. Effects of alpha(1)-adrenoceptor antagonists on male sexual function. *Drugs* 2006;66(03):287–301 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16526818>
- 16 Nickel JC, Gilling P, Tammela TL, Morrill B, Wilson TH, Rittmaster RS. Comparison of dutasteride and finasteride for treating benign prostatic hyperplasia: the Enlarged Prostate International Comparator Study (EPICS). *BJU Int* 2011;108(03):388–394 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21631695>
- 17 Roehrborn CG. BPH progression: concept and key learning from MTOPS, ALTESS, COMBAT, and ALF-ONE. *BJU Int* 2008;101(Suppl 3):17–21 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18307681>
- 18 Roehrborn CG, Abrams P, Rovner ES, Kaplan SA, Herschorn S, Guan Z. Efficacy and tolerability of tolterodine extended-release in men with overactive bladder and urgency urinary incontinence. *BJU Int* 2006;97(05):1003–1006 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16643482>
- 19 Pattanaik S, Mavuduru RS, Panda A, et al. Phosphodiesterase inhibitors for lower urinary tract symptoms consistent with benign prostatic hyperplasia. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;11:CD010060 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30480763>
- 20 Buck AC. Is there a scientific basis for the therapeutic effects of serenoa repens in benign prostatic hyperplasia? Mechanisms of action. *J Urol* 2004;172(5 Pt 1):1792–1799 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15540722>
- 21 Roehrborn CG, Oyarzabal Perez I, Roos EP, et al. Efficacy and safety of a fixed-dose combination of dutasteride and tamsulosin treatment (Duodart®) compared with watchful waiting with initiation of tamsulosin therapy if symptoms do not improve, both provided with lifestyle advice, in the management of treatment-naïve men with moderately symptomatic benign prostatic hyperplasia: 2-year CONDUCT study results. *BJU Int* 2015;116(03):450–459 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25565364>
- 22 Kaplan SA, Lee JY, Meehan AG, Kusek JW. Time Course of Incident Adverse Experiences Associated with Doxazosin, Finasteride and Combination Therapy in Men with Benign Prostatic Hyperplasia: The MTOPS Trial. *J Urol* 2016;195(06):1825–1829 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26678956>
- 23 Drake MJ, Chapple C, Sokol R, et al; NEPTUNE Study Group. Long-term safety and efficacy of single-tablet combinations of solifenacin and tamsulosin oral controlled absorption system in men with storage and voiding lower urinary tract symptoms: results from the NEPTUNE Study and NEPTUNE II open-label extension. *Eur Urol* 2015;67(02):262–270 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25070148>
- 24 Rassweiler J, Teber D, Kuntz R, Hofmann R. Complications of transurethral resection of the prostate (TURP)—incidence, management, and prevention. *Eur Urol* 2006;50(05):969–979, discussion 980 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16469429>
- 25 Riedinger CB, Fantus RJ, Matulewicz RS, Werntz RP, Rodriguez JF, Smith ND. The impact of surgical duration on complications after transurethral resection of the prostate: an analysis of NSQIP data. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2019;22(02):303–308 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30385836>
- 26 Mamoulakis C, Ubbink DT, de la Rosette JJ. Bipolar versus monopolar transurethral resection of the prostate: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Urol* 2009;56(05):798–809 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19595501>
- 27 Omar MI, Lam TB, Alexander CE, et al. Systematic review and meta-analysis of the clinical effectiveness of bipolar compared with monopolar transurethral resection of the prostate (TURP). *BJU Int* 2014;113(01):24–35 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24053602>
- 28 Inzunza G, et al. Bipolar or monopolar transurethral resection for benign prostatic hyperplasia? Resection transurethral bipolar o

- monopolar para hiperplasia prostatica benigna?. 2018;18:e7134<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29351269>
- 29 Treharne C, et al. Economic Value of the Transurethral Resection in Saline System for Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia in England and Wales: Systematic Review, Meta-analysis, and Cost-Consequence Model. *Eur Urol focus* 2016<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28753756>
- 30 Autorino R, Damiano R, Di Lorenzo G, et al. Four-year outcome of a prospective randomised trial comparing bipolar plasmakinetic and monopolar transurethral resection of the prostate. *Eur Urol* 2009;55(04):922–929<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19185975>
- 31 Poulakis V, Dahm P, Witzsch U, Sutton AJ, Becht E. Transurethral electrovaporization vs transurethral resection for symptomatic prostatic obstruction: a meta-analysis. *BJU Int* 2004;94(01):89–95<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15217438>
- 32 Kaya C, Ilktac A, Gokmen E, Ozturk M, Karaman IM. The long-term results of transurethral vaporization of the prostate using plasmakinetic energy. *BJU Int* 2007;99(04):845–848<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17378844>
- 33 Sun J, et al. Safety and feasibility study of holmium laser enucleation of the prostate (HOLEP) on patients receiving dual antiplatelet therapy (DAPT). *World J Urol* 2018;36:271<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29138929>
- 34 Briganti A, Naspro R, Gallina A, et al. Impact on sexual function of holmium laser enucleation versus transurethral resection of the prostate: results of a prospective, 2-center, randomized trial. *J Urol* 2006;175(05):1817–1821<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16600770>
- 35 Thangasamy IA, Chalasani V, Bachmann A, Woo HH. Photoselective vaporisation of the prostate using 80-W and 120-W laser versus transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia: a systematic review with meta-analysis from 2002 to 2012. *Eur Urol* 2012;62(02):315–323<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22575913>
- 36 Świniarski PP, Stępień S, Dudzic W, Kęsy S, Blewniewski M, Różański W. Thulium laser enucleation of the prostate (TmLEP) vs. transurethral resection of the prostate (TURP): evaluation of early results. *Cent European J Urol* 2012;65(03):130–134<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24578948>
- 37 Becker B, Herrmann TRW, Gross AJ, Netsch C. Thulium vapoe- nucleation of the prostate versus holmium laser enucleation of the prostate for the treatment of large volume prostates: preliminary 6-month safety and efficacy results of a prospective randomized trial. *World J Urol* 2018;36(10): 1663–1671
- 38 Roehrborn CG, Barkin J, Gange SN, et al. Five year results of the prospective randomized controlled prostatic urethral L.I.F.T. study. *Can J Urol* 2017;24(03):8802–8813<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28646935>
- 39 Sønksen J, Barber NJ, Speakman MJ, et al. Prospective, randomi- zed, multinational study of prostatic urethral lift versus trans- urethral resection of the prostate: 12-month results from the BPH6 study. *Eur Urol* 2015;68(04):643–652<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25937539>

Abordaje de la hiperplasia benigna de próstata. Actuación Atención Primaria-Especializada

M. BLASCO VALLE, A. TIMÓN GARCÍA¹, V. LÁZARO MUÑOZ²

Doctor en Medicina. Médico Especialista en MFyC. Centro de Salud Delicias Sur.

¹Médico Especialista en Urología. ²Médico Residente de MFyC.
Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza

Benign prostatic hyperplasia approaching Primary Health Care-Especialized Care

RESUMEN

Las manifestaciones clínicas de la hiperplasia benigna de próstata (HBP) se presentan preferentemente a partir de los 50 años. Diferenciar la sintomatología según sean sus características “irritativas” (componente dinámico) u “obstruivas” (componente estático) dirigirá la instauración individualizada hacia uno u otro tratamiento farmacológico (alfabloqueantes-hormonoterapia). La valoración de la clínica y de la calidad de vida, mediante el cuestionario (I-PSS-L), la realización de tacto rectal y la cuantificación de los niveles del antígeno prostático específico (PSA) son elementos necesarios para que el médico de Atención Primaria (AP) decida qué paciente es tributario de atención en ese medio o debe ser derivado. Se propone un esquema de actuación consensuado como guía ante este tipo de patología.

Palabras clave: Hiperplasia prostática. Enfermedades de la próstata.

ABSTRACT

The benign prostatic hyperplasia's clinic manifestations appear preferentially since 50 years of age.

Differentiate symptomatology according to its characteristics are “irritation” (dynamic component) or “obstruction” (static component) will direct the individual establishment to one or other pharmacological treatment (alphablockers-hormone therapy).

The clinic valuation and the quality of life, by the IPSS-L inquiry, the realization of the rectal touch and the quantifying of the PSA levels are necessary elements for the Primary Health Care doctor to decide if patient need to be treated in that place or should be derived.

It's proposed a consensuated action scheme as guide in this kind of pathologies.

Key words: Prostatic hyperplasia. Prostatic diseases.

INTRODUCCIÓN

La próstata cumple durante la vida sexual activa del varón unas funciones definidas, pero con la edad, su tamaño aumenta y con él la prevalencia de los síntomas. La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es el tumor benigno más frecuente en el varón mayor de 50 años. Supone la segunda causa

de ingreso para intervención quirúrgica y la primera causa de consulta en los servicios de urología. Aunque en España se han publicado algunos estudios de su prevalencia¹ existen dudas sobre su fiabilidad, al carecerse de criterios definidos y parámetros objetivos, para definir qué casos se pueden incluir en el diagnóstico de hiperplasia benigna de próstata (HBP).



A pesar de ello, y dado que hay más de 6.500.000 españoles mayores de 65 años, se estima que más de 1.500.000 precisan atención médica anual debido a procesos prostáticos².

Por otro lado, el coste de estos tratamientos en España, ha aumentado desde los 2.920 millones de pesetas (17,5 millones de euros) para el año 1992 a 5.663 millones de pesetas (34,04 millones de euros) en 1995 llegando hasta los 9.000 millones (55 millones de euros) en 1998. En Estados Unidos supone una cifra de 4.000 millones de dólares anuales³.

El desarrollo de la HBP comienza alrededor de la cuarta década de la vida con un fenómeno focal de origen estromal⁴. A partir de la quinta década se produce un aumento global y rápido del volumen debido a un incremento de las células del tejido fibromuscular y glandular, tanto, de la zona periuretral como transicional⁵. No se conoce claramente la causa pero parecen ser necesarios, por lo menos, dos factores; la edad y la presencia de hormonas androgénicas producidas por los testículos⁶. Actualmente se asume que, con los años, varía el índice estrógenos / testosterona, aumentando los primeros y descendiendo la segunda lo que predispondría a estos cambios. La teoría de la "célula primordial" explica la HBP como una alteración del balance del crecimiento de células nuevas y la maduración y muerte de las más viejas⁷.

SINTOMATOLOGÍA

Aunque el concepto de HBP engloba el agrandamiento de la próstata y el obstáculo mecánico al flujo miccional, no hay siempre relación directa entre el volumen de la hiperplasia y la intensidad de los síntomas⁸. Próstatas mayores de 40 cm³/40 g pueden no originar síntomas y otras menores son fuente de intensas molestias. Los síntomas prostáticos se agrupan según sus características, en obstructivos o irritativos (Tabla I). Aunque no siempre es fácil diferenciar una situación de otra es importante para individualizar los tratamientos adoptando una elección farmacológica adecuada entre alfabloqueantes o inhibidores de la 5-alfa-reductasa⁹.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No toda la sintomatología del tracto urinario inferior es debida a HBP. Una correcta historia clínica conteniendo antecedentes personales y familiares (enfermedades como el Parkinson, diabetes, ingesta de fármacos anticolinérgicos o antidepresivos) delimitará el diagnóstico así como el de otros procesos similares (Tabla II).

EXPLORACIÓN

Debe incluir, al menos, una exploración abdominogenital para descartar la existencia de globo vesical

Tabla I

AGrupación de los síntomas en la hiperplasia benigna de próstata (HBP)

Obstructivos: (componente estático)

Disuria (dificultad-retraso en el inicio de la micción)
Estranguria (disminución del calibre y de la fuerza del chorro miccional)
Micción intermitente
Sensación de micción o vaciado incompleto
Goteo posmiccional

Irritativos: (componente dinámico. Respuesta del músculo detrusor al componente obstructivo)

Polaquiuria (aumento de la frecuencia miccional)
Nicturia
Micción imperiosa (urgencia miccional e incontinencia)
Dolor suprapúbico

Secundarios a:

Infección urinaria, cistitis, pielonefritis.
Retención aguda (en ocasiones desencadenada por fármacos)
Litiasis vesical (en un 5-10% de los casos y se debe sospechar porque mantiene la infección urinaria y empeora la sintomatología miccional ocasionando hematuria)
Uropatía obstructiva secundaria con hidronefrosis y atrofia renal parenquimatosa e insuficiencia renal

Ninguno de los síntomas de estos tres grupos es privativo de HBP

Fuente: Elaboración propia a partir de Bedós, F y Cibert, J. Adenoma de próstata. En: Urología. La terapéutica y sus bases. Barcelona. Espaxs; 1989. p. 997-1048.

así como anomalías peneanas (fimosi, estenosis del meato) y un tacto rectal. El tacto rectal es imprescindible e irá encaminado a descartar la presencia de lesiones sospechosas de malignidad. Debe incluir la valoración de la Sensibilidad, el Tamaño, la Consistencia, los Límites y la Movilidad de la próstata. Una regla nemotécnica útil para no olvidar estos aspectos es la de Se-Ta-Con-Li-Mo. La palpación de la próstata debe ser indolora. Su tamaño aproximado es de 3 cm de diámetro, la consistencia similar a la de la eminencia tenar cuando el pulgar se opone al meñique y los límites deben estar conservados y bien definidos, así como el del surco medio que sólo desaparece en grandes adenomas⁷. Una superficie irregular, el aumento de la consistencia, la existencia de nódulos o unos límites mal definidos sugieren patología de carácter maligno y obligan a la derivación del paciente.

EXPLORACIONES INSTRUMENTALES

La realización de ecografía no es necesaria si el paciente presenta una clínica leve o moderada, si el

Tabla II

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA (HBP)**Infección urinaria**

En la primera visita es recomendable solicitar un cultivo de orina

Estenosis de uretra

Especialmente cuando existen antecedentes de uretritis o traumatismo uretral en <40 años (confirmación con técnicas radiológicas -cistouretrografía-). Derivar ante sospecha

Disfunciones miccionales neurogénicas. Vejiga neurógena

Por alteraciones del sistema nervioso central (neuropatía diabética, Parkinson, esclerosis múltiple,...)

Cáncer de próstata

Tacto rectal sospechoso y/o título de PSA sérico >4 ng/l. La confirmación se realiza por punción-biopsia prostática. Si PSA >4 ng/l derivar

Prostatitis aguda

Predomina el dolor y la fiebre aunque pueda presentarse también disuria. La evolución es rápida (días) a diferencia de la HBP (instauración lenta)

Procesos inflamatorios perivesicales y procesos intravesicales: (cistitis intersticial, neoplasias *in situ*,...)

Suelen presentar clínica diferente (hematurias, dolor hipogástrico relacionado con la micción,...) que motivan por sí mismos consulta con el especialista

Disfunciones vesicales yatrógenas: (fármacos, cirugía,...) o traumatismos previos

Anamnesis. Evitar fármacos desencadenantes

Litiasis urinaria yuxtavesical y patología del uréter en esta localización

PSA: Antígeno prostático específico.

Fuente: Elaboración propia a partir de Walsh, Patrick C. *Hiperplasia Benigna de próstata*. En: Campbell. *Urología*. 6ª Edición en español. Buenos Aires: Ed. Panamericana, 1994. p. 1005-23.

tacto rectal no es sospechoso y si los niveles de antígeno prostático específico (PSA) y creatinina se encuentran en los límites de la normalidad¹⁰.

La urografía, la uretrografía retrógrada, la ureterocistoscopia y el estudio urodinámico son técnicas que el especialista aplicará en casos definidos con criterios que, para el médico de AP, significan la necesidad de derivación (hematuria, infecciones urinarias

de repetición, insuficiencia renal, litiasis vesical, elección de cirugía). Si no se dan estas circunstancias, no se recomiendan estudios de imagen porque el 75% de los mismos es normal¹⁰.

—*Análítica*: además de una analítica general se deberá solicitar creatinina sérica (valorar posible insuficiencia renal secundaria a obstrucción) y sedimento urinario con cultivo si procede (valorar la existencia de piuria, cristaluria y hematuria).

El PSA, una glicoproteína con actividad serinproteasa, sintetizada por las células epiteliales, no es un marcador específico de carcinoma sino de tejido prostático. Su determinación está sujeta a variaciones pero en general se admite que en la HBP rara vez se eleva por encima de 4 ng/ml (elevaciones superiores deben ser consultadas con el especialista)¹¹. El efecto del tacto rectal sobre los niveles de PSA es origen de controversia. Para algunos autores¹² no sería necesario un plazo entre éste y su determinación, pero otros establecen quince días de intervalo para evitar falsos positivos¹³ (similares precauciones se tienen con el sondaje vesical).

La determinación del PSA es útil en el control y seguimiento del paciente con HBP pero insuficientemente específico para distinguir la hiperplasia del carcinoma¹⁴. Si consideramos un rango de normalidad de 0-4 ng/ml, un valor alterado, tiene una sensibilidad de un 70-80% y una especificidad del 48-90%.

Se ha intentado mejorar la utilidad clínica del PSA realizando estudios en relación con la densidad prostática (cifra de PSA/gramos de tejido prostático estimado por ecografía), así como valorando la velocidad de su elevación en el tiempo, pero en ambos casos no se han llegado a establecer criterios unánimemente aceptados para su aplicación clínica¹⁴.

Las conclusiones de la última reunión de expertos de la OMS¹⁵ sobre el PSA se limitan a afirmar que:

—La medida del PSA sérico sumado al tacto rectal aumenta la capacidad de detección del cáncer de próstata respecto a cada una de estas exploraciones por separado.

—Se recomienda la determinación del PSA sérico en la evaluación de los pacientes con expectativas de vida superiores a 10 años y en aquéllos en los que un posible diagnóstico positivo de cáncer implique un cambio de actitud terapéutica.

—Debe informarse al paciente de los beneficios y los riesgos que va a implicar determinar el PSA incluyendo la posibilidad de falsos positivos con las posibles complicaciones de una eventual biopsia indicada, sin necesidad, por estos resultados analíticos (también se deben comentar la existencia de falsos negativos).

Siendo la principal función del médico de Atención Primaria descartar la existencia de un carcinoma de próstata, el tacto rectal (con una especificidad del 84-98% y una sensibilidad del 69-89% pero con un valor predictivo positivo bajo -22-34%-); si se une a



la determinación del PSA se acepta como útil (por encima de los 50 años) para dirigir sospechas de patología maligna hacia el especialista¹².

TEST DE AUTOVALORACIÓN

Existen cuestionarios autoadministrados que facilitan la evaluación inicial de los síntomas, así como la respuesta al tratamiento y la progresión de la enfermedad en el periodo de seguimiento. El más utilizado es el I-PSS-L (*International Prostate Symptom Score-Quality of Life*)¹⁶ (Tabla III) el cual consta de 8 preguntas que deben ser completadas por el paciente. Las 7 primeras hacen referencia a los síntomas. Cada pregunta tiene 6 posibles respuestas (según la severidad) valoradas entre 0 y 5, pudiendo estar la puntuación total entre 0 y 35. La última se relaciona con la calidad de vida del paciente y su valor está entre 0 y 6.

Según los resultados el paciente puede ser clasificado como portador de sintomatología leve (0-7) moderada (8-19) o grave (20-35).

Con un I-PSS menor o igual a 7 se puede proponer control anual sin terapia activa. Con un I-PSS de 8-19 se podrá optar, según casos, por esperar, instaurar un tratamiento farmacológico o indicar la posibilidad de consulta especializada. Con un I-PSS de 20-35 se deberá optar por tratamiento médico o quirúrgico individualizando su indicación y siempre en colaboración con el especialista. La escala de puntuación no sólo sirve para considerar el inicio del tratamiento, sino también para constatar su efectividad ya que si ésta es real deberán darse descensos en la escala de puntuación de síntomas del 25% (o más) y disminuciones de 3 puntos (al menos) en la mejoría subjetiva del paciente.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Como se ha apuntado, en la HBP la decisión de optar por un tratamiento activo (farmacológico o quirúrgico) frente a una conducta expectante dependerá de la intensidad de los síntomas y del grado de calidad de vida del paciente¹⁷. El tratamiento farmacológico se basa en diversos agentes clasificados como: fitoterápicos, alfabloqueantes y hormonoterápicos (Tabla IV).

Fitoterapia

Los preparados fitoterápicos son extractos de plantas (*Pygeum Africanum*, *Serenoa repens*,...) que contienen fitosteroles y citoesteroles. Se sugiere que actúan por diversos mecanismos como son la interferencia con la síntesis y metabolismo de prostaglandinas (efecto antiinflamatorio), acción antiestrogénica y antiandrogénica (disminución de la globulina transportadora de testosterona) e incluso una inhibición de los factores de crecimiento, pero no existe unanimidad en cuanto a sus acciones y efectos beneficiosos¹⁸⁻²⁰.

Algunas conferencias de la OMS^{21,22} recomiendan que se prosigan los estudios con este grupo farmacéutico para poderse pronunciar en el sentido de la recomendación de su uso.

Bloqueantes de los receptores alfa:

Pueden ser no selectivos alfa₁-alfa₂ (fenoxibenzamina, fentolamina).

Alfa₁ selectivos de vida media corta (nicergolina, prazosina, alfuzosina).

Alfa₁ selectivos de acción prolongada (terazosina, doxazosina).

Alfa_{1A} supraselectivos (tamsulosina).

Actualmente se consideran para el tratamiento de la HBP los uroselectivos de acción prolongada (doxazosina, terazosina y tamsulosina).

Los alfabloqueantes bloquean los receptores adrenérgicos alfa, abundantes en las fibras musculares del cuello vesical y en el estroma de la hiperplasia de próstata, reduciendo la resistencia a la salida de la orina. Actúan pues sobre el componente dinámico de la obstrucción vesical mediante relajación del músculo liso prostático y reducción de la resistencia uretral intraprostática²³. Se consideran más eficaces cuando en la clínica predominan los síntomas irritativos (poliquiuria, nicturia, urgencia). El alivio de los síntomas se produce rápidamente, en los primeros días, pero desaparece pronto tras suspender el tratamiento. No son curativos pero minimizan los síntomas en pacientes no candidatos todavía a cirugía. Pueden modificar la tensión arterial y se enumeran entre sus efectos secundarios vértigos, cefalea, mareos, astenia, congestión nasal y palpitaciones. Se debe comenzar con dosis bajas y elevarlas progresivamente. Terazosina y doxazosina, de larga duración, sólo precisan una toma y pueden ingerirse por la noche (al acostarse). Ambos modifican los parámetros lipídicos disminuyendo el colesterol total y el colesterol LDL^{24,25}.

Tamsulosina bloquearía selectivamente los receptores alfa_{1A} que constituyen el 70% de los existentes en la próstata originando menos efectos secundarios²⁶.

En general son fármacos bien tolerados que no modifican las cifras de PSA. Su contraindicación absoluta es la hipotensión ortostática y como relativas se valoran la historia de síncope y/o existencia de un proceso cerebrovascular reciente²³ (Tabla IV).

Hormonoterapia

Esta terapéutica incluye también los análogos de la LH-RH, los antiandrógenos, los estrógenos y los inhibidores de la aromatasa pero su utilización pertenece al campo especializado. Sin embargo, Finasteride®, aun siendo un fármaco de prescripción con visado, está presente en la clínica asistencial primaria. Actúa inhibiendo selectivamente la enzima 5-alfa-reductasa a nivel prostático impidiendo así la conversión de testosterona en dihidrotestosterona (DHT), necesaria para el crecimiento prostático. Tras meses de uso reduce un 20% el volumen prostático, actuando sobre el componente estático (anatómico)

Tabla III

BAREMO INTERNACIONAL DE SINTOMATOLOGÍA PROSTÁTICA (I-PSS)							
Síntomas	Nunca	Una vez de cada cinco	Una vez de cada tres	Una vez de cada dos	Dos veces de cada tres	Casi siempre	
1. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha tenido la sensación, al terminar de orinar, de que no había vaciado la vejiga al completo?	0	1	2	3	4	5	
2. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha tenido que orinar más de una vez en menos de dos horas?	0	1	2	3	4	5	
3. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces le ha sucedido que se le interrumpiera o cortara el chorro de la orina?	0	1	2	3	4	5	
4. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces le ha resultado difícil aguantar las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5	
5. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha tenido un chorro de orina flojo?	0	1	2	3	4	5	
6. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para empezar a orinar?	0	1	2	3	4	5	
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 veces o más	
7. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces se ha levantado para orinar por la noche, desde que se acuesta hasta que se levanta por la mañana?	0	1	2	3	4	5	
TOTAL I-PSS =.....							
Calidad de vida	Encantado	Contento	Sólo satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	Mal	Muy mal
1. Si tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo hace ahora, ¿cómo se sentiría?	0	1	2	3	4	5	6
TOTAL CALIDAD DE VIDA=.....							
Ante síntomas leves (puntuación de 0 a 7) o moderados (8-19): Se debe seguir pauta expectante o tratamiento médico según afecte a la calidad de vida del paciente. Síntomas graves (puntuación de 20 a 35): debe remitirse al especialista. (Fuente: Modificado de Bosch R, Donovan J, Okada K. Symptoms evaluation, quality of life and sexuality. I-PSS. En: Cockett AT, Aso Y, Chatelain C, eds. The 2nd international consultation on benign prostatic hyperplasia proceedings. SCI. 1993. p. 131-43).							

de la obstrucción vesical. Se considera más eficaz sobre próstatas grandes (>40 g) con predominio de síntomas obstructivos (disuria, micción débil, sensación de vaciado incompleto, interrupciones involuntarias de la micción, necesidad de ayudarse con la musculatura abdominal)²⁷. Su acción tarda en apre-

ciarse más tiempo que la de los alfabloqueantes, (valorar en seis meses) pero también persisten más tras su supresión. Sus efectos secundarios están relacionados con la esfera sexual. Se describe la reducción de la libido, disfunción eréctil (afecta a menos de un 5% de los tratados a largo plazo siendo rever-



Tabla IV

FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HBP

	Fármaco	N. Comercial	Presentación
FITOTERAPIA	<i>Pigeum</i> (<i>Pronus africanus</i>)	Acubiron® Bridolar® Pronitol® Tuzanil®	cáps. 30 mg env. 60 cáps. 25 mg env. 60 cáps. 50 mg env. 60 cáps. 25 mg env. 60
	<i>Sabal Serrulata</i> o <i>Palma enana</i>	Permixon® Sereprostat®	cáps. 160 mg env. 30-60 cáps. 80 mg env. 60 cáps. 80 mg env. 60
	Asociaciones <i>Equinacea Angustifolia</i> y <i>Serenoa Repens</i> :	Urgenin®	gotas 75 ml
	<i>Equinacea Angustifolia</i> , <i>Pygeum Africanum</i> y <i>Serenoa Repens</i> :	Neo-Urgenin®	grag. env. 60
ALFA-BLOQUEANTE NO SELECTIVOS bloqueo alfa1-alfa2	Fenoxibenzamina		No indicado
SELECTIVOS alfa-1 de acción corta	Prazosin (*)	Miniprés®	60 tab. de 1 y 2 mg 30 tab. de 5 mg Uso si asocia HTA
	Alfuzosina	Alfetim retard® Benestan retard®	5 mg 60 comp. 2,5 mg env. 60-90. Dosis diaria 5 mg /12 h o 2,5 mg /8 horas
SELECTIVOS alfa-1 de acción larga	Doxazosina (**)	Cardurán y Progandol® Doxatensa®	28 comp. 2-4 mg Dosis diaria 4 mg
	Terazosina (***)	Deflox. Magnuroi® Sutif. Zayasel® Tazusin®	30 comp. de 5 mg y 15 cáps. de 2 mg. Dosis diaria 5 mg. Uso si HTA asociada
SELECTIVO alfa 1-A	Tamsulosina (****)	Omnice y Urolosin®	30 cáps. de 0,4 mg Dosis diaria 0,4 mg
Inhibidores de la ALFA-5-REDUCTASA	Finasteride	Proscar®	28 cáps. de 5 mg Dosis diaria 5 mg Valorar el efecto en 6 meses

HBP: Hiperplasia Benigna de Próstata. cáps.=cápsulas. comp.=comprimidos. tab.=tabletas. grag.=grageas. HTA=Hipertensión arterial. Fuente elaboración propia a partir de Villa LF, et al. Medimecum. 6ª ed. Madrid: Adis, ed., 2001. (*) Se comienza con dosis de 1 mg (1/2 tab de 1 mg cada 12 h) durante unos días (3 a 7 días). Posteriormente se continúa con 2 mg diarios durante otros 3-7 días antes de instaurar la dosis de 4 mg diarios. (**) Se comienza con dosis de 1 mg (1/2 comp. de 2 mg) durante unos días (7 a 15 días). Posteriormente se continúa con 2 mg diarios durante otros 7-14 días antes de instaurar la dosis de 4 mg (1 comp. diario). Uso si hipertensión arterial asociada. Existen genéricos. (***) Se comienza con dosis de 1 mg (1/2 comp. de 2 mg) durante unos días (3 a 4 días). Posteriormente se continúa con 2 mg diarios hasta terminar el envase de 2 mg antes de comenzar con la dosis de 5 mg (1 comp. diario). Existen genéricos (****). No precisa escalonamiento de dosis. Escaso efecto hipotensor.

sible al abandonar el tratamiento) menor volumen de eyaculado y reducción en un 50% de los niveles de PSA (para controles adecuados doblar valores séricos si se lleva un tratamiento de al menos 6 meses y tenerlo también en cuenta cuando se use como antiandrogénico en algunos varones).

Es el único fármaco que ha demostrado mejoría a los siete años de tratamiento y una posible alteración de la evolución natural de la enfermedad reduciendo el tamaño prostático en un 30% y el riesgo de pade-

cer retención urinaria en un 57% así como en un 52% el de ser sometido a tratamiento quirúrgico^{26,28} (Tabla IV).

Tratamiento combinado

El tratamiento médico combinado es fisiopatológicamente aceptable al pensar que el uso de alfabloqueantes y Finasteride® podría arrojar mejores resul-

tados al actuar sobre el componente estático y dinámico de la HBP pero, actualmente, existen escasas referencias en la bibliografía por lo que su elección dependerá de una aplicación individualizada.

Tratamiento quirúrgico

La indicación del mismo y la técnica más apropiada será decidida por el especialista dependiendo del tamaño y morfología prostática, pero el médico de AP debe conocer sus indicaciones así como las incisiones que pueden suceder tras el mismo con objeto de informar al paciente. Conviene recordar que, en ocasiones, la mejora sintomática no se produce hasta pasadas unas semanas tras la intervención y que la cirugía de la HBP se extirpa el adenoma y no la cápsula. Siendo ésta el origen de la mayoría de los carcinomas de próstata, el paciente intervenido no está totalmente protegido de padecerlo, debiéndose someter a las mismas normas de control que los no intervenidos¹⁰.

En 1997, la 4ª Reunión patrocinada por la OMS sobre HBP (15) recoge las recomendaciones del Comité Científico Internacional que indica el tratamiento quirúrgico cuando aparecen complicaciones secundarias a la obstrucción como retención de orina, deterioro de los parámetros de la función renal, residuo postmiccional elevado, incontinencia paradójica ("por rebosamiento"), formación de litiasis vesicales, infecciones urinarias frecuentes, hematurias y divertículos vesicales (Tabla V).

El tratamiento quirúrgico de la hiperplasia de próstata y concretamente el tratamiento endoscópico transuretral (fundamentalmente la resección transuretral -RTU-) es considerado como el tratamiento estándar definitivo y el patrón con el que se comparan los demás tratamientos, médicos y quirúrgicos^{29,30}.

La mejoría, tanto clínica como urodinámica tras la RTU supera el 80% cuando se trata de sintomatología leve/moderada³¹ y es mayor del 90% tras el tratamiento de casos severos³². El incremento medio del flujo en estudios randomizados³³ es del 125% (prácticamente 10 ml/sg) y el residuo postmiccional se reduce un 60% cuando el previo a la cirugía es superior a 100 cc. La hemorragia es una de las complicaciones de la técnica, se estima en 7-20 ml por gramo reseca-do y 0,4-4,5 ml por minuto de cirugía³⁴ variando estas cifras en función de la experiencia del equipo quirúrgico y el tamaño prostático principalmente³⁵. La mortalidad de la técnica es muy baja, prácticamente nula, en seguimientos de más de 1.000 pacientes³⁶.

Otras técnicas

—La cervicotomía endoscópica, uretrocervicotomía, prostatotomía, miocapsulotomía o incisión transuretral de la próstata se realiza normalmente bajo anestesia raquídea aunque hay publicaciones con

Tabla V

INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA

HBP grave (síntomas graves)
Episodios repetidos de retención urinaria debidos a HBP
Infecciones recurrentes de la próstata y vía urinaria debidos a HBP
Litiasis vesical
Insuficiencia renal por obstrucción infravesical de vía urinaria (ureterohidronefrosis)
Hematuria macroscópica recidivante
Otras indicaciones:
Puntuación I-PSS/calidad de vida que no mejora suficientemente con tratamiento médico
Valores crecientes de residuo postmiccional
Tasa baja de flujo (flujometría)

Fuente: Gimeno F, Piñango I, Ortín M, Gomiz JJ. *Patología pros-tática*. Madrid: Martgraf ed., 1994.

local^{37,38}. Consisten en realizar una incisión con cuchillete eléctrico (o fotocoagulaciones y vaporizaciones con láser) desde la proximidad del meato ureteral hasta la hendidura prostática lateral al verumontanum. El objetivo quirúrgico consiste en la sección de la zona fibroestromal del cuello vesical. Las opiniones varían en cuanto al número de cortes, localización de los mismos, asociación o no de resección (al menos en parte) del adenoma prostático manteniéndose el consenso de que puede ser útil en próstatas de pequeño tamaño (20-30 g) y en ausencia de un lóbulo medio cuando se intenta evitar la eyacuación retrógrada (jóvenes). La escasa hemorragia quirúrgica³⁹ es una de las ventajas que se le atribuyen sobre la RTU, precisando transfusión excepcionalmente^{40,41}.

—El láser (*Ligh Amplification by Stimulated Emission of Radiation*) es una energía lumínica que se transforma en energía térmica en los tejidos produciendo cambios histológicos. La lesión depende de la temperatura. Por encima de 50 °C se desnaturalizan las proteínas produciendo necrosis tisular. Entre 60 y 100 °C se produce fotocoagulación proteica sin vaporización ni carbonización. Cuando el aumento de temperatura es brusco, se ocasiona una necrosis inmediata pudiendo llegar a la vaporización tisular. Sus indicaciones son superponibles a las de la RTU con la ventaja de que, en principio, pueden tratarse pacientes susceptibles de mayor hemorragia (anticoagulados). Sus limitaciones se establecen en próstatas superiores a 40-60 gramos. La importante disuria postoperatoria que aparece supone una desventaja.

—La *transurethral ultrasound-guided laser induced prostatectomy* (TULIP) es una técnica de haz de láser móvil. Consiste en una sonda que dispone de



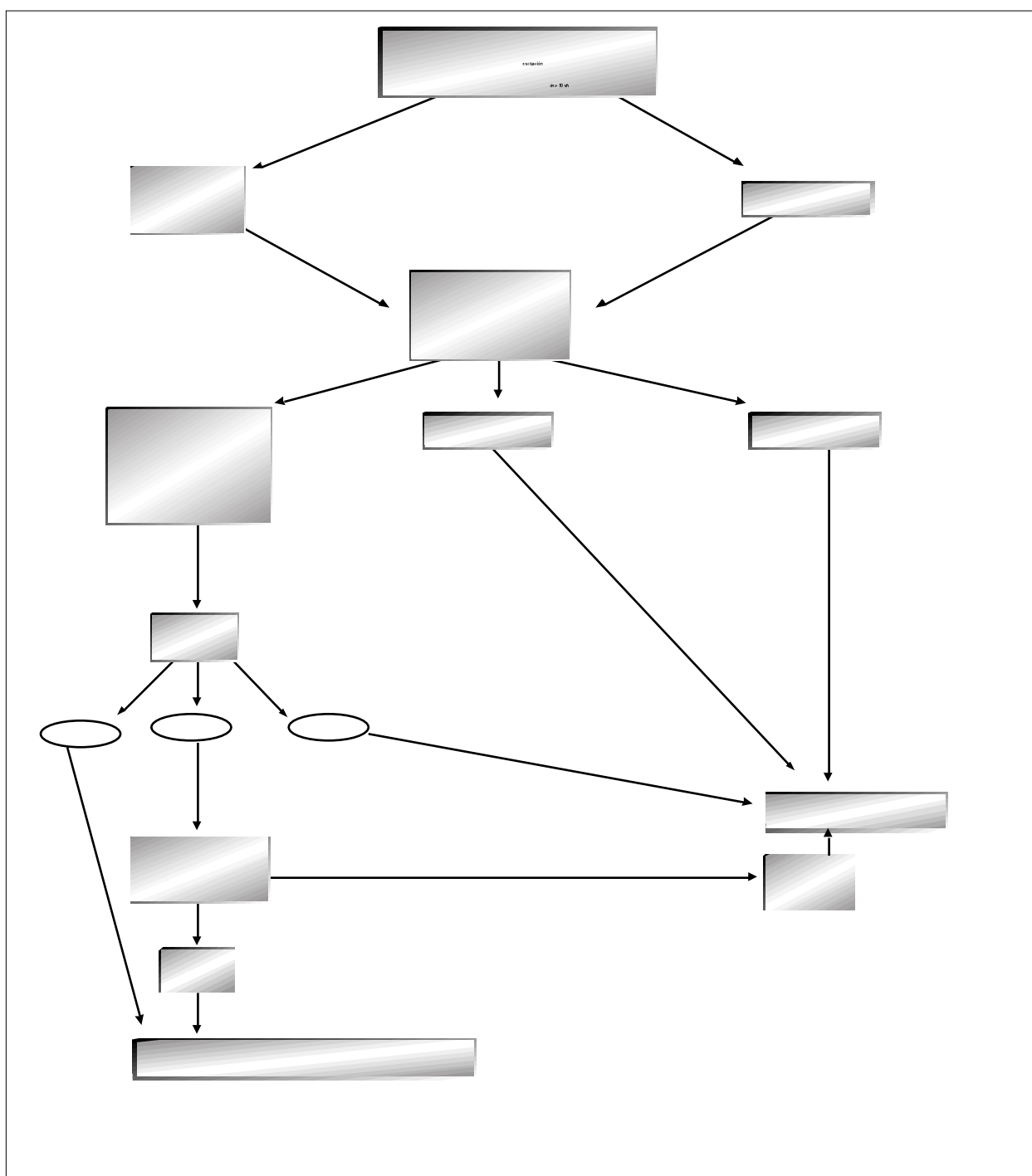


Figura 1

una fibra láser con terminación en un prisma de zafiro de emisión lateral y transductores ecográficos uretrales con un efecto de coagulación uniforme del tejido prostático.

—La termoterapia transuretral de la próstata se realiza con un generador de micro-ondas (Prostatron®) que transmite energía a una antena (sonda uretral refrigerada) focalizando un aumento de tempera-

tura en la profundidad de la glándula prostática donde se alcanzan 45-55 °C, lo que produce una necrosis suburetral en una profundidad de unos 17 mm. El tratamiento se realiza en una hora sin anestesia ni hospitalización y se obtienen buenos resultados entre el 33 y el 56% de los tratamientos.

—La hipertermia de la próstata: se realiza mediante generadores transrectales y transuretrales que ori-

Tabla VI

CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA (HBP)

Pacientes menores de 50 años con clínica
 Con sintomatología grave (I-PSS > 20) o que no mejora con tratamiento médico
 Cuando el tacto rectal sea sospechoso de neoplasia
 Síntomas de HPB con creatininemia aumentada sin otra causa
 Cuando el PSA sea mayor de 4 ng/ml
 Cuando exista limitación importante de la calidad de vida
 Con antecedentes de traumatismo o cirugía pélvica previa

PSA: Antígeno prostático específico. Fuente: Elaboración propia a partir de Castro Díaz, Postius Robert J. Urología en atención primaria. Barcelona: Pulso ed., 2001.

ginan temperaturas inferiores a 45 °C sin producir necrosis tisular. Los cambios histológicos consisten en infiltrado inflamatorio intersticial y edema. Generalmente se aplica en ciclos de 5 sesiones de unos 90 minutos sin anestesia ni hospitalización. Se publican tasas muy dispares de buenos resultados, entre un 7 y un 65%^{42,43}.

—Los ultrasonidos: en 1987 se presentó un instrumento endoscópico^{44,45} capaz de aspirar la próstata, tumores vesicales y cálculos. Con esta técnica se evita mejor la eyaculación anterógrada que con la RTU. Los ultrasonidos focalizados de alta intensidad (HIFU) no se consideran una opción de tratamiento en la última reunión de expertos patrocinada por la OMS.

—El TUNA (*transurethral needle ablation*) utiliza radiofrecuencia a través de unas agujas que se introducen en el tejido prostático mediante visión endoscópica. Produce necrosis focales por coagulación. El procedimiento es bien tolerado, se puede realizar con anestesia tópica o sedación y dura aproximadamente media hora (10-15 minutos cada punción). Produce un aumento del flujo miccional en más del 50% de pacientes junto a una mejoría de síntomas, pero no está indicado en próstatas grandes.

—Prótesis endouretrales: el uso de prótesis metálicas autoexpansibles en patología vascular⁴⁶ supuso el precedente de las primeras aplicaciones en urolo-

gía^{47,48}. Las prótesis pueden ser metálicas (*Uroespiral*, *Prostacath*, *Urocoil*) o de poliuretano (Nissenkorn). Están fabricadas de material con buena tolerancia biológica y repelente de depósitos calcáreos a pesar de lo cual son mal toleradas por un 12-14% de pacientes produciéndose un 2-4% de depósitos calcáreos y un 6-12% de desplazamientos.

Se utilizan como alternativa a la cirugía y al sondaje permanente consiguiendo superar la obstrucción a largo plazo en el 60-80% de casos⁴⁹.

—Dilatación con balón de alta presión. La dilatación uretral con catéter balón se propuso en 1980⁵⁰. Puede tener utilidad en caso de que no se pueda realizar cirugía. La anestesia puede ser raquídea o local. En ocasiones es suficiente la sedación e incluso algunos autores han defendido que las dilataciones se las puede realizar el propio paciente de forma ambulatoria⁵¹.

Los resultados publicados a los 12 meses son relativamente satisfactorios pero los fracasos aumentan a medida que se repite el procedimiento⁵².

—Cirugía a cielo abierto. La cirugía a cielo abierto está indicada principalmente en próstatas sintomáticas de gran volumen (de forma orientativa superiores a 60 gramos) y cuando se pueden abordar otros problemas asociados por esta técnica en el mismo tiempo quirúrgico (existencia de voluminosas litiasis vesicales, indicación de resolver grandes divertículos vesicales). Las técnicas más habituales son la adenomectomía prostática suprapúbica o transvesical (técnica de Freyer) y la retropúbica (técnica de Millin).

Tras este comentario de los métodos quirúrgicos, cuyo conocimiento puede solventar las dudas que propongan nuestros pacientes, se propone como guía de actuación para el médico de AP la contenida en la figura 1 (aunque pueda variar según las características del medio asistencial) y se fijan como criterios de derivación los contenidos en la tabla VI.

CORRESPONDENCIA:

Mariano Blasco Valle
 Paseo María Agustín nº 72, 3º B
 50003- Zaragoza.
 Tfnos. 976-442809
 630-339-336
 e-mail: mblascoval@meditex.es

Bibliografía

- Hunter DJW, Berra-Unamuno A, Martín-Gordo A. Prevalence of urinary symptoms and other urological conditions in Spanish men 50 years old or older. *J Urol* 1996; 155: 1965-8.
- Jiménez Cruz F. Presentación. En: Vicente R, J. HBP 2001. Hiperplasia Benigna de Próstata. Madrid: Ed. Acción Médica, 2002. p. 5.
- Holtgrewe HL. Transurethral prostatectomy. *Urol Clin North Am* 1995; 22: 357-68.



4. Burgos Rodríguez R, Chicharro Molero JA. Hiperplasia Benigna de Próstata. En: Jiménez Cruz JF, Rioja Sanz LA. Tratado de Urología. Barcelona: Ed. J.R. Prous, 1993. p. 1035-50.
5. Resel L, Vela R, Conejero J, Jiménez Cruz, Vicente J, Rioja LA. Hiperplasia benigna de próstata. Bases diagnósticas y terapéuticas. Madrid: Ed. Enar, 1993.
6. Lepor, Lawson. Enfermedades de la próstata. Buenos Aires: Ed. Panamericana, 1994.
7. Hernández C, Moncada I. Hiperplasia benigna de próstata. Madrid: Ed. Luzán, 1999.
8. Carballido JA, Rodríguez J, Llano J. Hiperplasia prostática benigna y medicina basada en la evidencia. Med Clin (Barc) 2000; 114 (Supl. 2): 96-104S.
9. Barry MJ, Williford WO, Fowler FJ. American Urological Association Symptom index: The value of their distinction in a Veterans Affairs randomised trial of medical therapy in men with a clinical diagnosis of benign prostatic hyperplasia. J Urol 2000; 164: 1559-64.
10. Castro Díaz D, Postius Robert J. Urología en AP. Barcelona: Ed. Pulso, 2001.
11. Bedós F, Cibert J. Adenoma de próstata. En: Urología. La terapéutica y sus bases. Barcelona: Espaxs ed., 1989. p. 997-1048.
12. Morote J, Ruibal A, Pont A. Valor del antígeno prostático específico en la predicción del cáncer prostático. Actas Urol Esp 1988; 12: 10-4.
13. Jiménez Cruz JF, Rodríguez Vallejo JM, López Solsona A, Frías Jimeno S. Los médicos de Atención Primaria y la patología prostática. Encuesta nacional. Actas Urológicas Españolas 1996. p. 624-9.
14. Laguna P, Alivizatos G. Antígeno prostático específico e hiperplasia prostática benigna. Curr Opin Urol 2000; 10: 3-8.
15. Denis L, McConnell J, Yoshida O, Khoury S, Abrams P, Barry M, et al. Recommendations of the International Scientific Committee: The Evaluation and Treatment of Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) suggestive of Benign Prostatic Obstruction. En: Denis L, Griffiths K, Khoury S, Cockett ATK, McConnell J, Chatelain C, Murphy G, Yoshida O. 4th International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia (BPH). París: Ed. SCI, 1998. p. 674.
16. Bosch R, Donovan J, Okada K. Symptoms evaluation, quality of life and sexuality. I-PSS. The 2nd international consultation on benign prostatic hyperplasia proceedings. En: Cockett AT, Aso Y, Chatelain C (eds). SCI. 1993. p. 131-143.
17. Postius J, Castro D. Tratamiento farmacológico de la HBP basado en la evidencia. Rev Clin Esp 1999; 199 (2): 58-61.
18. Vergeles-Blanca JM, Pozuelos G, Buitrago F. Controversias en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata. FMC- Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1996: 215.
19. Berges RR, Windeler J, Trampisch HJ, Senge T. Randomised, placebo-controlled, double blind clinical trial of beta-sitosterol in patients with benign prostatic hyperplasia. Beta-sitosterol Study Group. Lancet 1995; 1529-32.
20. Wilt TJ, Ishani A, Stark G, MacDonald R, Mulrow C, Sau J. Serenoa repens for benign prostatic hyperplasia. Cochrane Database Syst Rev 2000; 2: CD001423.
21. Cockett ATK. The 3rd International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia (BHP). World Health Organization. Mónaco 1995.
22. World Health Organization Fourth International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia. Proceedingss. París 1997.
23. Lepor H. The treatment of benign prostatic hyperplasia with alpha-1-blockers. Curr Opin Urol 1994; 4: 16-21.
24. Pool JL. Effects of doxazosin on serum lipids. A review of the clinical data and molecular basis for altered lipid metabolism. Am Heart J 1991; 121: 251.
25. Christensen M, Bendix Holme J, Rassmunsen PC. Doxazosin treatment in patients with prostate obstruction. Scand J Urol 1993; 27: 39.
26. Abrams P, Schulman CC, Vaage S. European Tamsulosin Study Group. Tamsulosin a selective alpha-1c adrenoreceptor antagonist. Br J Urol 1995; 76: 325.
27. Finasteride Study Group. Finasteride in the treatment of benign prostatic hyperplasia. Prostate 1993; 22: 91.
28. Mc Connell JD, Bruskwitz R, Walsh P, Adriole G, Lieber M, Holtgrewe L, et al. The effect of finasteride on the risk of acute urinary retention and the need for surgical treatment among men with benign prostatic hyperplasia. N Eng J Med 1998; 338: 557-63.
29. Mebust WK. Selection of the surgical procedure for management of benign prostatic hyperplasia. Prog Clin Biol Res 1994; 386: 369-84.
30. Errando C, Laguna P, Salvador J, Vicente J. Litotricia endoscópica mediante Lithoclast. Arch Esp Urol 1995; 48: 621-4.
31. Lepor H, Rigaud G. The efficacy of transurethral resection of the prostate in men with moderate symptoms of prostatism. J Urol 1990; 143: 533-7.
32. Fowler FJ. Patient reports of symptoms and quality of life following prostate surgery. Eur Urol 1991; 20 (Supl. 1): 44-9S.
33. Madersbacher S, Marberger M. Is transurethral resection of the prostate still justified? BJU Int 1999; 83: 227-37.
34. Perkins JB, Miller HC. Blood loss during transurethral prostatectomy. J Urol 1969; 101: 93-7.
35. Uchida T, Ohori M, Soh S. Factors influencing morbidity in patients undergoing transurethral resection of the prostate. J Urol 1999; 53: 98-195.
36. Horninger W, Unterlechner H, Strasser H, Bartsch G. Transurethral prostatic resection: mortality and morbidity. Prostate 1996; 28: 195-200.
37. Orandi A. Urological endoscopic surgery under local anesthesia: a cost-reducing idea. J Urol 1984; 132: 1142-6.
38. Loughlin KR, Yalla SU, Belldegaunt GT. Transurethral incision and resection under local anesthesia. J Urol 1987; 60: 185-7.
39. Soler Roselló A, Vila J, Conejero J, Sarrias F, Ahmad A, Reig C. Trigonocervicoprostatotomías. Arch Esp Urol 1991; 44: 601-9.
40. Soonawalla PF, Pardanani DS. Transurethral incision versus transurethral resection of the prostate. A subjective and objective analysis. Br J Urol 1992; 70: 174-7.
41. Vicente J, Sánchez-Martín F, Palou J. Resección versus incisión transuretral en la HBP. Valoración crítica. Arch Esp Urol 1994; 47: 915-24.
42. Stromaier B, Bichler K, Fluchter S. Local microwave hypertermia of benign prostatic hyperplasia. J Urol 1990; 144: 913-7.
43. Linder A, Braf F, Lev A. Local hypertermia of the prostate gland for the treatment of benign prostatic hypertrophy and urinary retention. Br J Urol 1990; 65: 201-3.
44. Krawitz DR, Addonizio JC. Ultrasonic aspiration of prostate, bladder tumors and stones. Urology 1987; 30: 579-80.
45. Malloy T, Carpinello V, Wein A. Bladder outlet treated with transurethral ultrasonic aspiration. Urology 1991; 37: 412-515.
46. Sigwart U, Puel, Mirkovitch V. Intravascular stents prevent occlusion and restenosis after transluminal angioplasty. N Engl Med 1987; 316: 701-6.
47. Milroy EJ, Cooper JE, Wallsten H. A new treatment for urethral strictures. Lancet 1988; 25: 1424-7.
48. Milroy EJ, Chapple CR, Eldin A. A new stent for the treatment of urethral strictures. Preliminary report. Brit J Urol 1989; 63: 392-6.
49. Parra R, Boullier J, Cummings J. Endoluminal Urethra Stent: a review. J Endourol 1993; 7: 117-23.
50. Russinovich NA, Lloyd LR, Griggs WP. Balloon dilatation of urethral strictures Urol Radiol 1980; 2: 33-37.
51. Fishman IJ. Experience with hydraulic balloon urethral dilator for office on self-dilatation. J Urol 1992; 147: 287-90.
52. Nielsen T, Moore RG, Alfert HJ. Alternative endoscopic management in the treatment of urethral strictures. J Endourol 1995; 9: 31-9.



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Guía de manejo de la hiperplasia prostática benigna. Sociedad Colombiana de Urología 2014



Hugo López-Ramos^{a,*}, Pablo Gómez Cusnir^{b,c,d}, Mauricio Moreno^{e,f},
Germán Patiño^{e,f,g}, Alfonso Rasch-Isla^{e,f}, Alejandro Dallos^{e,f},
Nicolás Fernández^{e,g,h}, Alejandro Jaramillo^{f,i} y Johanna Vega^{j,k}

^a Urólogo-Epidemiólogo Clínico, Director Sección Guías Clínicas e Investigación, Sociedad Colombiana de Urología

^b Profesor de Urología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

^c Departamento de Urología, Clínica Marly, Bogotá, Colombia

^d Miembro emérito Sociedad Colombiana de Urología

^e Urólogo, Clínica Colsubsidio, Bogotá, Colombia

^f Miembro de número Sociedad Colombiana de Urología

^g Urólogo, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^h Miembro afiliado Sociedad Colombiana de Urología

ⁱ Urólogo, Clínica La Colina, Bogotá, Colombia

^j Uróloga, Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá, Colombia

^k Miembro correspondiente Sociedad Colombiana de Urología

Introducción

La hiperplasia prostática benigna (HPB) es una condición de muy alta prevalencia en los hombres mayores, siendo del 40% en la quinta década de la vida y llegando hasta el 90% en la novena década¹, por lo que se constituye como una de las principales causas de los síntomas obstructivos del tracto urinario bajo (SOUB).

La Sociedad Colombiana de Urología (SCU) decidió realizar la adaptación de la guía de manejo de HPB, de acuerdo con las recomendaciones del grupo de guías de New Zealand^{2,3}, utilizando la herramienta AGREE II, evaluadas por un par externo y socializadas en el XLIX Congreso Colombiano de Urología que tuvo lugar en la ciudad de Cartagena de Indias en agosto de 2014.

De acuerdo con la evaluación de las guías existentes, la guía con mejor puntuación fue la emitida por la Asociación

Europea de Urología (EAU), por lo que se solicitó permiso de adaptación, que fue otorgado por el comité editorial de la guía para su adaptación en Colombia.

Las recomendaciones finales de esta guía se basan en una revisión sistemática de la literatura hasta mayo de 2014. Se emplearon los niveles de evidencia (NE) y los grados de recomendación (GR) de acuerdo con el Centro de medicina basada en la evidencia de Oxford⁴.

El grupo de trabajo estuvo constituido por un grupo de urólogos de la ciudad de Bogotá que trabajó en la elaboración de la misma durante un período aproximado de 18 meses. La guía está principalmente escrita para urólogos, pero puede ser usada por médicos generales y otros tomadores.

Bibliografía

1. Berry SJ, Coffey DS, Walsh PC, et al. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. *J Urol*. 1984;132:474–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6206240>

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hugolopez88@yahoo.es (H. López-Ramos).

2. New Zealand Guidelines Group. Handbook for the Preparation of Explicit Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. New Zealand Guidelines Group (NZGG); 2001. p. 67–76.
3. National Institute for Clinical Excellence (February 2004, updated 2005). Guideline Development Methods: Information for National Collaborating Centres and Guideline Developers. London: National Institute for Clinical Excellence.
4. Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (May 2001). Produced by Bob Phillips, Chris Ball, Dave Sackett, Doug Badenoch, Sharon Straus, Brian Haynes, Martin Dawes since November 1998.

Evaluación

Todos los hombres con SOUB deben ser evaluados formalmente antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento con el fin de identificar a aquellos con potenciales complicaciones que se beneficiarían de una intervención temprana.

Dentro de la evaluación inicial se recomienda:

Anamnesis

Antecedentes familiares de patología prostática.

Antecedentes personales de:

Enfermedades neurológicas: neuropatía periférica (diabetes), enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, AVC, lesiones medulares.

Intervenciones quirúrgicas pélvicas e instrumentaciones uretrales.

Fármacos:

Diuréticos por aumento de la frecuencia miccional.
Calcioantagonistas que disminuyen la contractilidad vesical.

Antidepresivos tricíclicos por aumento del tono prostático.
Antihistamínicos de primera generación que disminuyen la contractilidad vesical.

Cuestionario de valoración sintomatológica y calidad de vida (puntaje internacional de síntomas de la próstata, IPSS).

Clasifica la sintomatología del paciente en leve, moderada o severa con fines de orientación diagnóstica, terapéutica y de seguimiento, mediante un cuestionario autoadministrado de 7 preguntas. Además, una octava pregunta clarifica como la presencia de estos síntomas afecta a la calidad de vida del paciente, siendo esta última tomada cada vez más en cuenta a la hora de definir el manejo terapéutico.

Examen físico

Palpación abdominal hipogástrica para descartar la presencia de globo vesical.

Exploración de los genitales externos para descubrir posibles obstrucciones al flujo (estenosis, hipospadias).

Exploración del área perineal para cribado de lesiones neurológicas. Debe evaluarse la sensibilidad de la zona y

los reflejos bulbocavernoso (contracción anal al presionar el glande) y anal superficial (contracción anal al rozar la piel perianal).

Tacto rectal: debe valorarse el tamaño, la definición de los límites, la consistencia, la movilidad, la presencia de nódulos y si existe dolor a la palpación.

Exámenes complementarios

Uroanálisis y urocultivo: útiles para evaluar la presencia de infección urinaria y/o hematuria como posibles complicaciones de la HPB.

Función renal: la creatinina plasmática debe ser solicitada para evaluar la función renal. Si está elevada, debería efectuarse una ecografía renal para descartar alteraciones asociadas.

Glucemia: la hiperglucemia aumenta los SOUB debido a la poliuria asociada. Además, los pacientes diabéticos tienen una mayor probabilidad de presentar complicaciones asociadas a la HPB.

Antígeno prostático específico (PSA): aunque no es objetivo de esta guía valorar la situación actual de las recomendaciones sobre el cribado del cáncer de próstata, la guía de la SCU recomienda la realización del PSA en hombres mayores de 40 años con una expectativa de vida mayor a 10 años.

Exámenes opcionales

Uroflujometría: mide varios parámetros de la micción, de los que el más significativo es el flujo máximo (Q_{max}).

Volumen de residuo posmiccional (RPM): determinado por sondaje vesical posmiccional (durante la uroflujometría) o ecografía transabdominal.

Diario miccional (3 días): en casos de poliuria y nicturia.

Ecografía de vías urinarias: ofrece datos valiosos en la HPB, como tamaño prostático, RPM, evaluación de las vías altas en caso de complicaciones (hematuria, litiasis, infección de vías urinarias (IVU), insuficiencia renal), así como medición de RPM.

Medición ecográfica del grosor de la pared del detrusor (DWT) y el índice de protrusión prostática (IPP): han demostrado mejores curvas operativas que la uroflujometría y el IPSS.

No está indicado el uso de ecografía transrectal de forma rutinaria en la evaluación de los SOUB secundarios a crecimiento prostático benigno.

Tratamiento conservador

Manejo expectante: tratamiento conductual

Los hombres con SOUB no complicados leves o moderados (que no provocan un problema de salud grave), a los que no les molestan demasiado los síntomas, son adecuados para someterse a ME.

Un estudio extenso en el que se comparó ME y resección transuretral de próstata (RTUP) en hombres con síntomas moderados evidenció que en los que se habían sometido a cirugía mejoró la función vesical con respecto al grupo de

ME ($Q_{\max}$ y volumen de RPM), encontrando los mejores resultados en aquellos con mayor grado de molestia. En el 36% de los pacientes se realizó cirugía en un plazo de 5 años, lo que dejó un 64% con buena evolución en el grupo de ME¹.

Aproximadamente el 85% de los pacientes se mantendrán estables con ME durante el primer año, cifra que disminuye de forma progresiva hasta el 65% a los 5 años^{2,3}.

Selección de los pacientes

Un gran porcentaje de hombres con SOUB no refieren un grado elevado de molestias y, por lo tanto, son idóneos para recibir un manejo expectante. Es habitual que este tipo de tratamiento incluya los siguientes componentes: educación, vigilancia periódica y asesoría sobre los hábitos de vida. El ME es una opción viable para muchos hombres, ya que tan solo unos pocos, si no se les trata, evolucionarán a una retención urinaria aguda y a complicaciones tales como insuficiencia renal y cálculos^{4,5}. Así mismo, los síntomas de algunos hombres pueden mejorar espontáneamente, mientras que los de otros permanecen estables durante muchos años⁶.

Educación y vigilancia periódica

El autocuidado, como parte del ME, reduce los síntomas y la progresión clínica^{7,8}. En este estudio, los varones aleatorizados a recibir 3 sesiones de autocuidado además de la asistencia habitual presentaron una mayor mejoría sintomática y una mejor calidad de vida al cabo de 3 y 6 meses que los tratados únicamente con la asistencia habitual. Estas diferencias se mantuvieron al cabo de 12 meses.

Los elementos más importantes del autocuidado son⁹:

- Información sobre la enfermedad al paciente.
- Aclararle que el cáncer no es la causa de los síntomas urinarios.
- Estructura de la vigilancia periódica.

Asesoría en los hábitos de vida

Algunas modificaciones menores en los hábitos de vida y el comportamiento pueden ejercer un efecto beneficioso sobre los síntomas, así como evitar un deterioro clínico que requiera tratamiento médico o quirúrgico. La asesoría incluye todo lo siguiente:

- Reducción de la ingesta de líquidos a horas concretas con el objetivo de disminuir la frecuencia urinaria cuando resulta más incómoda; por ejemplo, por la noche o al salir en público. No debe disminuirse el consumo diario total recomendado de líquidos de 1.500 ml.
- Evitar o moderar el consumo de cafeína y alcohol, que pueden ejercer un efecto diurético e irritante, aumentando la producción de líquido e incrementando la polaquiuria, el tenesmo vesical y la nicturia.
- Uso de técnicas de relajamiento y de doble micción.
- Expresión uretral para evitar el goteo posmiccional.
- Técnicas de distracción, como compresión del pene, ejercicios respiratorios, presión perineal y ejercicios mentales

para olvidarse de la vejiga y el baño, con el fin de ayudar a controlar los síntomas irritativos.

- Reentrenamiento vesical, mediante el cual se anima a los hombres a «aguantar» cuando tienen deseo sensitivo con el fin de aumentar la capacidad de la vejiga (hasta aproximadamente 400 ml) y el tiempo transcurrido entre las micciones.
- Revisión de la medicación y optimización de la hora de la administración o sustitución de medicamentos por otros con menos efectos urinarios.
- Manejo del estreñimiento.

Recomendaciones

	NE	GR
Los hombres con síntomas leves a moderados son candidatos a manejo expectante (ME)	1b	A
Se deben ofrecer medidas de autocuidado y cambios en el estilo de vida antes y concomitantemente con el tratamiento a los hombres con síntomas obstructivos del tracto urinario bajo (SOUB)	1b	A

Bibliografía

1. Flanigan RC, Reda DJ, Wasson JH, et al. 5-year outcome of surgical resection and watchful waiting for men with moderately symptomatic BPH: A department of Veterans Affairs cooperative study. *J Urol*. 1998;160:12–6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9628595>
2. Wasson JH, Reda DJ, Bruskewitz RC, et al. A comparison of transurethral surgery with watchful waiting for moderate symptoms of benign prostatic hyperplasia. The Veterans Affairs Cooperative Study Group on Transurethral Resection of the Prostate. *New Engl J Med*. 1995;332:75–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7527493>
3. Netto NR, de Lima ML, Netto MR, et al. Evaluation of patients with bladder outlet obstruction and mild international prostate symptom score followed up by watchful waiting. *Urol*. 1999;53:314–6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9933046>
4. Ball AJ, Feneley RC, Abrams PH. The natural history of untreated 'prostatism'. *Br J Urol*. 1981;53:613–6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6172172>
5. Kirby RS. The natural history of benign prostatic hyperplasia: what have we learned in the last decade? *Urology*. 2000;56 Suppl 1:3–6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11074195>
6. Madersbacher S, Alivizatos G, Nordling J, Sanz CR, Emberton M, de la Rosette JJ. EAU 2004 guidelines on assessment, therapy and follow-up of men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction (BPH guidelines). *Eur Urol*. 2004;46:547–54. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15474261>
7. Brown CT, Yap T, Cromwell DA, et al. Self-management for men with lower urinary tract symptoms — a randomised controlled trial. *BMJ*. 2007;334:25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17118949>
8. Yap TL, Brown C, Cromwell DA, et al. The impact of self-management of lower urinary tract symptoms on frequency-volume chart measures. *BJU Int*. 2009;104:1104–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19485993>
9. Brown CT, van der Meulen J, Mundy AR, et al. Defining the components of self-management programme in men with lower urinary tract symptoms: a consensus approach. *Eur*

Tabla 1 Propiedades farmacocinéticas clave y dosis estándar de α 1-bloqueadores en el tratamiento de los síntomas de HPB

	T _{max} (horas)	t1/2 (horas)	Dosis diaria recomendada
Alfuzosina IR	1,5	4-6	3 × 2,5 mg
Alfuzosina SR	3	8	2 × 5 mg
Alfuzosina XL	9	11	1 × 10 mg
Doxazosina IR	2-3	20	1 × 2-8 mg
Doxazosina GITS	8-12	20	1 × 4-8 mg
Tamsulosina MR	6	10-13	1 × 0,4 mg
Tamsulosina OCAS	4-6	14-15	1 × 0,4 mg
Terazosina	1-2	8-14	1 × 5-10 mg

GITS: sistema gastrointestinal terapéutico; IR: liberación inmediata; MR: liberación modificada; OCAS: sistema de absorción oral controlado; SR: liberación sostenida; t_{max} : tiempo para la concentración plasmática máxima; t1/2: vida media de eliminación.

Urol. 2004;46:254-63. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15245822>

Tratamiento farmacológico

Antagonistas de los alfa-1-adrenorreceptores (α 1-bloqueadores)

Mecanismo de acción

El tono de la próstata está mediado predominantemente, si no exclusivamente, por adrenorreceptores α 1A¹. Sin embargo, se ha demostrado que los α 1-bloqueadores tienen poco efecto sobre la resistencia del tracto de salida de la vejiga determinado urodinámicamente² y la mejoría de los SOUB asociada al tratamiento está correlacionada solo de forma pobre con la obstrucción³. Por lo tanto, ha habido una amplia discusión acerca del papel de los α 1-adrenorreceptores localizados fuera de la próstata (p. ej., en la vejiga y/o la médula espinal) y otros subtipos de α -adrenorreceptores (α 1B o α 1D) como mediadores de los efectos benéficos de los α 1-bloqueadores. Los α 1-adrenorreceptores en los vasos sanguíneos, otras células musculares lisas no prostáticas y el sistema nervioso central son considerados como los mediadores de los efectos colaterales durante el tratamiento con alfabloqueadores, y los 3 subtipos de receptor parecen estar involucrados. Este concepto ha favorecido el uso de antagonistas selectivos de los adrenorreceptores α 1A. No obstante, aún queda por determinar si la selectividad α 1A es el único y el principal factor que determina una buena tolerabilidad.

Medicamentos disponibles

Existen 4 α 1-bloqueadores actualmente:

- Alfuzosina HCl (alfuzosina).
- Mesilato de doxazosina (doxazosina).
- Tamsulosina HCl (tamsulosina).
- Terazosina HCl (terazosina).

En nuestro país existen licencias del INVIMA para comercializar alfuzosina × 2,5 mg, 5 mg y 10 mg, doxazosina × 2 mg, 4 mg y 8 mg, tamsulosina × 0,4 mg y terazosina × 2 mg, 5 mg y 10 mg. Ninguno de los anteriores está incluido en el plan obligatorio de salud, con la indicación del tratamiento de los SOUB. Además, existe licencia para

uso de prazosina × 1 y 2 mg con esta indicación. Sin embargo, la guía adaptada no la menciona entre sus opciones actuales (ver [tabla 1](#)). No han licenciado medicamentos nuevos en el período de actualización de la guía correspondientes al grupo de alfabloqueadores. La terapia combinada será revisada en la sección correspondiente.

Eficacia

Comparaciones indirectas entre α 1-bloqueadores y comparaciones directas limitadas demuestran que todos los α 1-bloqueadores tienen una eficacia similar en dosis apropiadas⁴. Estudios controlados han mostrado que los α 1-bloqueadores reducen el puntaje internacional de síntomas de la próstata (IPSS), después de un período de pre-inclusión, aproximadamente en un 35-40% e incrementan la tasa de flujo urinario máxima (Q_{max}) aproximadamente en un 20-25% ([tabla 2](#)). Sin embargo, mejorías considerables también ocurrieron en los correspondientes brazos placebo^{4,5}. En estudios abiertos (*open-label studies*) (sin un período de preinclusión) fueron documentados un aumento del Q_{max} de hasta un 40% y una mejoría de hasta un 50% del valor del IPSS^{4,6}.

Aunque estas mejorías toman unas pocas semanas para desarrollarse por completo, se demostró eficacia estadísticamente significativa sobre placebo en el término de unas horas a días. Los α 1-bloqueadores parecen tener eficacia similar, expresada como un porcentaje de mejoría en IPSS, en pacientes con síntomas leves, moderados y severos⁶. El tamaño de la próstata no afecta la eficacia de los α 1-bloqueadores en estudios con períodos de seguimiento iguales o menores a un año, pero pacientes con próstatas más pequeñas (<40 ml) parecen tener mejor eficacia comparada con aquellos con próstatas más grandes a mayor plazo, y es similar entre diversos grupos etarios⁶. Los α 1-bloqueadores no reducen el tamaño de la próstata y no previenen la retención urinaria aguda en estudios a largo plazo⁷, de tal manera que eventualmente algunos pacientes tendrán que ser tratados quirúrgicamente. Sin embargo, la eficacia de los α 1-bloqueadores parece mantenerse al menos por 4 años. Parecen tener utilidad para reducir el riesgo de una nueva retención urinaria a corto plazo en pacientes que los comienzan a recibir durante el episodio inicial²⁵.

Tolerabilidad y seguridad

Aunque alfuzosina, doxazosina y terazosina son similares en términos de estructura molecular y falta de selectividad con

Tabla 2 Ensayos aleatorizados controlados con placebo con alfabloqueadores en hombres con SOUB. (Orden cronológico; selección de ensayos)

Ensayo	Duración (semanas)	Tratamiento (dosis diaria)	Pacientes (n)	Cambio en síntomas (%)	Cambio en Q _{max} (ml/s)	Cambio en PVR (%)	LE
Jardin et al. (1991) ¹³	24	Placebo,	267	−32 ^a	+1,3 ^a	−9	1b
		Alfuzosina 3 × 2,5 mg	251	−42 ^{a,b}	+1,4 ^a	−39 ^{a,b}	
Buzelin et al. (1997) ¹⁴	12	Placebo,	196	−18	+1,1	0	1b
		Alfuzosina 2 × 5 mg	194	−31 ^{a,b}	+2,4 ^{a,b}	−17 ^{a,b}	
Van Kerrebroeck et al. (2000) ¹⁵	12	Placebo,	154	−27,7	+1,4	—	1b
		Alfuzosina 3 × 2,5 mg,	150	−38,1 ^{a,b}	+3,2 ^{a,b}	—	
		Alfuzosina 1 × 10 mg	143	9,9 ^{a,b}	+2,3 ^{a,b}	—	
MacDonald and Wilt (2005) ¹⁶	4-26	Placebo,	1.039	−0,9 ^b (Boyarski) ^c	+1,2 ^b	—	1a
		Alfuzosina: todas las formulaciones	1.928	1,8 ^b (IPSS) ^c	—	—	
Kirby et al. (2001) ¹⁷	13	Placebo,	155	−34 ^a	+1,1 ^a	—	1b
		Doxazosina 1 × 1-8 mg,	640	−45 ^{a,b}	+2,6 ^{a,b}	—	
		IRDoxazosina 1 × 4-8 mg GITS	651	−45 ^{a,b}	+2,8 ^{a,b}	—	
McConnell et al. (2003) ⁷	234	Placebo,	737	−29	+1,4	—	1b
		Doxazosina 1 × 4-8 mg	756	−39 ^b	+2,5 ^{a,b}	—	
Chapple et al. (1996) ¹⁸	12	Placebo,	185	−25,5	+0,6	−13,4	1b
		Tamsulosina MR 1 × 0,4 mg	364	−35,1 ^{a,b}	+1,6 ^{a,b}	−22,4 ^a	
Lepor (1998) ¹⁹	13	Placebo,	253	−28,1	+0,5	—	1b
		Tamsulosina MR 1 × 0,4 mg,	254	−41,9 ^{a,b}	+1,8 ^{a,b}	—	
		Tamsulosina MR 1 × 0,8 mg	247	−48,2 ^{a,b}	+1,8 ^{a,b}	—	
Chapple et al. (2005) ²⁰	12	Placebo,	350	−32	—	—	1b
		Tamsulosina MR 1 × 0,4 mg,	700	−43,2 ^b	—	—	
		Tamsulosina OCAS 1 × 0,4 mg,	354	−41,7 ^b	—	—	
		Tamsulosina OCAS 1 × 0,8 mg	707	−42,4 ^b	—	—	
Wilt et al. (2002) ²¹	4-26	Placebo,	4.122	−12 ^b (−1,1 Boyarski) ^c	+1,1 ^b	—	1a
		Tamsulosina 1 × 0,4-0,8 mg	—	−11 ^b (−2,1 IPSS) ^c	—	—	
Brawer et al. (1993) ²²	24	Placebo,	72	−11	+1,2	—	1b
		Terazosina 1 × 1-10 mg	69	−42 ^{a,b}	+2,6 ^{a,b}	—	
Roehrborn et al. (1996) ²³	52	Placebo,	973	−18,4	+0,8 ^a	—	1b
		Terazosina 1 × 1-10 mg	976	−37,8 ^{a,b}	+2,2 ^{a,b}	—	
Wilt et al. (2000) ²⁴	4-52	Placebo,	5.151	−37 ^b (−2.9 Boyarski) ^c	+1,7 ^b	—	1a
		Terazosina	—	−38 ^b (IPSS) ^c	—	—	

LE: nivel de evidencia; PVR: residuo postmiccional; Q_{max}: tasa de flujo urinario (uroflujometría libre).

^a Significativo comparado con la línea de base (indicado donde fue evaluado).

^b Significativo comparado con placebo.

^c Valor absoluto.

el subtipo $\alpha 1$ -adrenorreceptor, el perfil de efectos colaterales de alfuzosina es más parecido al de tamsulosina que al de doxazosina y terazosina. Los mecanismos que expliquen tal tolerabilidad diferencial no son completamente entendidos, pero pueden involucrar una mejor distribución en los tejidos del tracto urinario bajo por alfuzosina y tamsulosina. Otros factores, tales como la selectividad de subtipo y los perfiles farmacocinéticos de ciertas formulaciones, pueden contribuir también al perfil de tolerabilidad de drogas específicas.

Los efectos colaterales más frecuentes de los $\alpha 1$ -bloqueadores son astenia, mareo e hipotensión (ortostática). Los efectos vasodilatadores son más pronunciados con doxazosina y terazosina, y son mucho menos comunes para alfuzosina y tamsulosina⁵. En particular, los pacientes con comorbilidad cardiovascular y/o comedición vasoactiva pueden ser susceptibles a la vasodilatación inducida por alfabloqueadores⁸. Estos incluyen drogas antihipertensivas, tales como antagonistas α -adrenorreceptores, diuréticos, bloqueadores de los canales Ca^{2+} , inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y antagonistas del receptor de angiotensina, pero también inhibidores de fosfodiesterasa prescritos para la disfunción eréctil (DE).

Pese al uso extenso y de varios años atrás de $\alpha 1$ -bloqueadores, un evento adverso ocular, llamado el síndrome de iris flácido intraoperatorio (SIFI), ha sido descubierto solo recientemente en el contexto de cirugía de cataratas⁹. Aunque el SIFI ha sido observado con todos los $\alpha 1$ -bloqueadores, la mayoría de reportes han estado relacionados con tamsulosina. No está claro si esto refleja un riesgo mayor con tamsulosina que con otros $\alpha 1$ -bloqueadores, o en lugar de eso un mayor uso de este medicamento, particularmente dado que la relación entre las dosis que producen efectos oculares y aquellas que actúan en el tracto urinario inferior son similares para todos los $\alpha 1$ -bloqueadores¹⁰. Por tal motivo es prudente no iniciar tratamiento con $\alpha 1$ -bloqueadores previo a una cirugía de cataratas, mientras que el tratamiento en curso con estos medicamentos debe ser interrumpido, aunque no es claro por cuánto tiempo antes de la cirugía. Debe tenerse en cuenta que la ocurrencia de SIFI complica la cirugía de cataratas y la hace más demandante técnicamente; sin embargo, no hay reportes acerca del aumento de los riesgos para la salud de estos pacientes.

Dado que los SOUB y la DE frecuentemente coexisten, el tratamiento médico de la HPB no debe afectar la función sexual. Una revisión sistemática concluyó que los $\alpha 1$ -bloqueadores no afectan adversamente la libido, tienen un efecto beneficioso pequeño en la función eréctil, pero algunas veces causan eyaculación anormal¹¹. Originalmente, la eyaculación anormal fue considerada como retrógrada, pero datos más recientes demuestran que se debe a aneyaculación (relativa), siendo la edad joven un factor de riesgo aparente. Aunque la eyaculación anormal ha sido observada más frecuentemente con tamsulosina que con otros $\alpha 1$ -bloqueadores, esta diferencia no alcanzó significación estadística en estudios comparativos directos con alfuzosina y no está asociada con una reducción global de la función sexual global¹¹. El riesgo aparentemente mayor de eyaculación anormal con tamsulosina es intrigante dado que drogas más selectivas de los receptores $\alpha 1_A$, tales como silodosina, traen consigo un riesgo mayor¹²; sin embargo,

todos los $\alpha 1$ -bloqueadores son dosificados para bloquear $\alpha 1$ -adrenorreceptores efectivamente. Por lo tanto, el mecanismo subyacente a la eyaculación anormal sigue por ser elucidado.

Consideraciones prácticas

Los $\alpha 1$ -bloqueadores son frecuentemente considerados la primera línea de tratamiento farmacológico de los SOUB moderados a severos en hombres. Todos los $\alpha 1$ -bloqueadores están disponibles en formulaciones que son susceptibles de administración una vez al día. Para minimizar los eventos adversos se recomienda que se use titulación de la dosis para iniciar tratamiento con doxazosina y terazosina; sin embargo, esto no es necesario con alfuzosina y tamsulosina. Debido a su rápido inicio de acción, los $\alpha 1$ -bloqueadores pueden ser considerados para uso intermitente en pacientes con intensidad fluctuante de los síntomas que no necesitan tratamiento médico a largo plazo.

Recomendación

	NE	GR
Los alfa bloqueadores deben ser ofrecidos a hombres con síntomas obstructivos del tracto urinario bajo moderados a severos secundarios a crecimiento prostático	1aa	A

Bibliografía

1. Michel MC, Vrydag W. $\alpha 1$ -, $\alpha 2$ - and b-adrenoceptors in the urinary bladder, urethra and prostate. *Br J Pharmacol*. 2006;147 Suppl 2:S88–119. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16465187>
2. Kortmann BBM, Floratos DL, Kiemeny LA, et al. Urodynamic effects of alpha-adrenoceptor blockers: A review of clinical trials. *Urology*. 2003;62:1–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12837408>
3. Barendrecht MM, Abrams P, Schumacher H, et al. Do $\alpha 1$ -adrenoceptor antagonists improve lower urinary tract symptoms by reducing bladder outlet resistance? *Neurourol Urodyn*. 2008;27:226–30. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17638312>
4. Djavan B, Chapple C, Milani S, et al. State of the art on the efficacy and tolerability of alpha1-adrenoceptor antagonists in patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia. *Urology*. 2004;64:1081–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15596173>
5. Nickel JC, Sander S, Moon TD. A meta-analysis of the vascular-related safety profile and efficacy of α -adrenergic blockers for symptoms related to benign prostatic hyperplasia. *Int J Clin Pract*. 2008;62:1547–59. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18822025>
6. Michel MC, Mehlburger L, Bressel HU, et al. Comparison of tamsulosin efficacy in subgroups of patients with lower urinary tract symptoms. *Prostate Cancer Prost Dis*. 1998;1:332–5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12496876>
7. McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista O, et al. The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med*. 2003;349:2387–98. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14681504>
8. Barendrecht MM, Koopmans RP, de la Rosette JJ, et al. Treatment for lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia: the cardiovascular system. *BJU*

- Int. 2005;95 Suppl 4:19–28. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15871732>
9. Chang DF, Campbell JR. Intraoperative floppy iris syndrome associated with tamsulosin. *J Cataract Refract Surg.* 2005;31:664–73. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15899440>
 10. Michel MC, Okutsu H, Noguchi Y, et al. In vivo studies on the effects of α 1-adrenoceptor antagonists on pupil diameter and urethral tone in rabbits. *Naunyn-Schmiedeberg's Arch Pharmacol.* 2006;372:346–53. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16489448>
 11. Van Dijk MM, de la Rosette JJ, Michel MC. Effects of α 1-adrenoceptor antagonists on male sexual function. *Drugs.* 2006;66:287–301. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16526818>
 12. Kawabe K, Yoshida M, Homma Y, Silodosin Clinical Study Group. Silodosin, a new α 1A-adrenoceptorselective antagonist for treating benign prostatic hyperplasia: A results of a phase III randomised, placebo-controlled, double-blind study in Japanese men. *BJU Int.* 2006;98:1019–24. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16945121>
 13. Jardin A, Bensadoun H, Delauche-Cavallier MC, et al. Alfuzosin for treatment of benign prostatic hypertrophy. The BPH-ALF Group. *Lancet.* 1991;337:1457–61. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1710750>
 14. Buzelin JM, Roth S, Geffriaud-Ricouard C, et al., ALGEBI Study Group. Efficacy and safety of sustained-release alfuzosin 5 mg in patients with benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol.* 1997;31:190–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9076465>
 15. Van Kerrebroeck P, Jardin A, Laval KU, et al., ALFORTI Study Group. Efficacy and safety of a new prolonged release formulation of alfuzosin 10 mg once daily versus afluzosin 2.5 mg thrice daily and placebo in patients with symptomatic benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol.* 2000;37:306–13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10720857>
 16. MacDonald R, Wilt TJ. Alfuzosin for treatment of lower urinary tract symptoms compatible with benign prostatic hyperplasia: A systematic review of efficacy and adverse effects. *Urology.* 2005;66:7808. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16230138>
 17. Kirby RS, Andersen M, Gratzke P, et al. A combined analysis of double-blind trials of the efficacy and tolerability of doxazosin-gastrointestinal therapeutic system, doxazosin standard and placebo in patients with benign prostatic hyperplasia. *BJU Int.* 2001;87:192–200. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11167641>
 18. Chapple CR, Wyndaele JJ, Nordling J, et al., European Tamsulosin Study Group. Tamsulosin, the first prostate-selective α 1A-adrenoceptor antagonist. A meta-analysis of two randomised, placebo-controlled, multicentre studies in patients with benign prostatic obstruction (symptomatic BPH). *Eur Urol.* 1996;29:155–67. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8647141>
 19. Lepor H, Tamsulosin Investigator Group. Phase III multicenter placebo-controlled study of tamsulosin in benign prostatic hyperplasia. *Urology.* 1998;51:892–900. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9609623>
 20. Chapple CR, Al-Shukri SH, Gattegno B, et al. Tamsulosin oral controlled absorption system (OCAS) in patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia (LUTS/BPH): Efficacy and tolerability in a placebo and active comparator controlled phase 3a study. *Eur Urol Suppl.* 2005;4:33–44.
 21. Wilt TJ, Mac Donald R, Rutks I. Tamsulosin for benign prostatic hyperplasia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;1:CD002081. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12535426>
 22. Brawer MK, Adams G, Epstein H, Benign Prostatic Hyperplasia Study Group. Terazosin in the treatment of benign prostatic hyperplasia. *Terazosin. Arch Fam Med.* 1993;2:929–35. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7509243>
 23. Roehrborn CG, Oesterling JE, Auerbach S, et al., HYCAT Investigator Group. The Hytrin Community Assessment Trial study: A one-year study of terazosin versus placebo in the treatment of men with symptomatic benign prostatic hyperplasia. *Urology.* 1996;47:159–68. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8607227>
 24. Wilt TJ, Howe RW, Rutks I, et al. Terazosin for benign prostatic hyperplasia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;4:CD003851. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12519611>
 25. Fitzpatrick JM, Desgrandchamps F, Adjali K, Gomez Guerra L, Hong SJ, el Khalid S, et al., Reten-World Study Group. Management of acute urinary retention: a worldwide survey of 6074 men with benign prostatic hyperplasia. *BJU Int.* 2012;109:88–95, doi: 10.1111/j.1464-410X.2011.10430.x.

Inhibidores de 5 alfa reductasa

Mecanismo de acción

Los efectos androgénicos sobre la próstata se encuentran mediados por la dihidrotestosterona (DHT), que se transforma principalmente en las células del estroma prostático a partir de su precursor testosterona por acción de la 5 α -reductasa, una enzima esteroidea unida al núcleo¹. Existen 2 isoformas de esta enzima:

- 5 α -reductasa de tipo 1, con una expresión y actividad menores en la próstata y con actividad predominante en tejidos extraprostáticos, como la piel y el hígado.
- 5 α -reductasa de tipo 2, con una expresión y actividad predominantes en la próstata.

Finasterida solo inhibe la 5 α -reductasa de tipo 2, mientras que dutasterida inhibe la 5 α -reductasa de tipos 1 y 2 con una potencia parecida (inhibidor doble de la 5 α -reductasa). Los inhibidores de la 5 α -reductasa actúan induciendo la apoptosis de las células epiteliales de la próstata², lo que provoca una reducción del tamaño de la próstata en un 15-25% y una concentración circulante de PSA de aproximadamente un 50% después de 6 meses de tratamiento³. La reducción media del volumen prostático puede ser incluso más pronunciada después del tratamiento a largo plazo.

Medicamentos disponibles

Hay 2 inhibidores de la 5 α -reductasa disponibles para uso clínico: dutasterida y finasterida. La vida media de eliminación de dutasterida es más prolongada (3-5 semanas). Ambos inhibidores de la 5 α -reductasa son metabolizados por el hígado y se excretan por las heces. El tratamiento continuo reduce la concentración sérica de DHT en aproximadamente un 70% con finasterida y un 95% con dutasterida. Sin embargo, la concentración de DHT en la próstata disminuye a un valor similar (85-90%) con ambos inhibidores de la 5 α -reductasa.

Eficacia

En comparación con placebo, los efectos clínicos se observan tras una duración mínima del tratamiento de 6 a 12 meses.

Al cabo de entre 2 y 4 años de tratamiento, los inhibidores de la 5 α -reductasa reducen los SOUB (IPSS) en un 15 a 30%, disminuyen el volumen prostático en un 18 a 28% y aumentan el $Q_{\max}$ en 1,5-2,0 ml/s en pacientes con SOUB secundarios a crecimiento benigno de la próstata⁴⁻¹³. La reducción de los síntomas por finasterida depende del tamaño inicial de la próstata y es posible que no sea más eficaz que placebo en los pacientes con próstatas menores de 40 ml¹⁴.

Sin embargo, dutasterida reduce el IPSS, el volumen prostático y el riesgo de retención urinaria aguda. También aumenta el $Q_{\max}$ incluso en los pacientes con volúmenes prostáticos de entre 30 y 40 ml en el periodo basal^{15,16}. Una comparación indirecta entre estudios individuales y un ensayo comparativo directo indica que dutasterida y finasterida son igual de eficaces en el tratamiento de los SOUB³. En estudios comparativos con alfabloqueadores se ha demostrado que los inhibidores de la 5 α -reductasa reducen los síntomas más lentamente y, en el caso de finasterida, con menos eficacia^{5,10,17,18}. Un estudio a largo plazo con dutasterida en hombres sintomáticos con un volumen prostático superior a 30 ml (el volumen prostático medio en el estudio CombAT fue de 55 ml) reveló que el inhibidor de la 5 α -reductasa redujo los SOUB en estos pacientes al menos tan o incluso más eficazmente que tamsulosina^{11,12}. Cuanto mayor sea el volumen prostático basal, más rápido y pronunciado es el efecto sintomático beneficioso de dutasterida¹⁹; la reducción en el IPSS en los hombres con un volumen prostático de 58 ml o más a los 15 meses de tratamiento o con posterioridad fue significativamente mayor que en aquellos con un volumen prostático basal más bajo.

Los inhibidores de la 5 α -reductasa, a diferencia de los alfabloqueadores, reducen el riesgo a largo plazo (> 1 año) de retención urinaria aguda, así como la necesidad de cirugía^{8,10,19,20}. La prevención de la progresión de la enfermedad con los inhibidores de la 5 α -reductasa ya se detecta con un tamaño de la próstata considerablemente menor de 40 ml^{12,13,20}. Aun ha de determinarse el mecanismo de acción exacto de los inhibidores de la 5 α -reductasa para reducir la progresión de la enfermedad, si bien con toda probabilidad es atribuible a una disminución de la resistencia en la salida de la vejiga. En estudios abiertos se han demostrado reducciones importantes de los parámetros miccionales después de una reevaluación urodinámica en hombres que habían recibido tratamiento con finasterida durante al menos 3 años^{21,22}.

Tolerabilidad y seguridad

Los efectos adversos más importantes de los inhibidores de la 5 α -reductasa están relacionados con la función sexual y consisten en disminución de la libido, disfunción eréctil (DE) y, con menos frecuencia, trastornos de la eyaculación, como eyaculación retrógrada, falta de eyaculación o disminución del volumen seminal^{3,10,13}. La incidencia de disfunción sexual y otros acontecimientos adversos es baja, e incluso disminuyó con la duración del ensayo. Aparece ginecomastia (aumento del tamaño mamario con sensibilidad en las mamas o los pezones) en el 1-2% de los pacientes.

Consideraciones prácticas

El tratamiento con inhibidores de la 5 α -reductasa solo debe contemplarse en los hombres con SOUB y una próstata

aumentada de tamaño. Dada su acción de inicio lento, los inhibidores de la 5 α -reductasa son adecuados para el tratamiento a largo plazo. Su efecto sobre la concentración sérica de PSA debe tenerse en cuenta en el cribado del cáncer de próstata. Cabe destacar que los inhibidores de la 5 α -reductasa podrían disminuir la hemorragia durante la cirugía transuretral de próstata, probablemente a causa de sus efectos sobre la vascularización prostática²³.

Recomendaciones

	NE	GR
La terapia con inhibidores de 5 alfa reductasa se debe ofrecer a pacientes con síntomas moderados a severos del tracto urinario bajo y próstata de gran tamaño (> 40 ml). Los inhibidores de 5 alfa reductasa previenen la progresión de la enfermedad en términos de retención urinaria y necesidad de cirugía	1b	A

Bibliografía

- Andriole G, Bruchovsky N, Chung LW, et al. Dihydrotestosterone and the prostate: The scientific rationale for 5 α -reductase inhibitors in the treatment of benign prostatic hyperplasia. *J Urol*. 2004;172:1399-403. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15371854>
- Rittmaster RS, Norman RW, Thomas LN, et al. Evidence for atrophy and apoptosis in the prostates of men given finasteride. *J Clin Endocrinol Metab*. 1996;81:814-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8636309>
- Naslund MJ, Miner M. A review of the clinical efficacy and safety of 5 α -reductase inhibitors for the enlarged prostate. *Clin Ther*. 2007;29:17-25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17379044>
- Lepor H, Williford WO, Barry MJ, et al. The efficacy of terazosin, finasteride, or both in benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med*. 1996;335:533-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8684407>
- Kirby R, Roehrborn CG, Boyle P, et al., Prospective European Doxazosin and Combination Therapy Study Investigators. Efficacy and tolerability of doxazosin and finasteride, alone or in combination, in treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia: The Prospective European Doxazosin and Combination Therapy (PREDICT) trial. *Urology*. 2003;61:119-26. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12559281>
- Andersen JT, Ekman P, Wolf H, et al., The Scandinavian BPH Study Group. Can finasteride reverse the progress of benign prostatic hyperplasia? A two-year placebo-controlled study. *Urology*. 1995;46:631-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7495111>
- Nickel JC, Fradet Y, Boake RC, et al. Efficacy and safety of finasteride therapy for benign prostatic hyperplasia: results of a 2-year randomised controlled trial (the PROSPECT study). *PROscar Safety Plus Efficacy Canadian Two year Study*. *CMAJ*. 1996;155:1251-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8911291>
- McConnell JD, Bruskewitz R, Walsh P, et al. The effect of finasteride on the risk of acute urinary retention and the need for surgical treatment among men with benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med*. 1998;338:557-63. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9475762>
- Marberger MJ, on behalf of the PROWESS Study Group. Long-term effects of finasteride in patients with benign prostatic hyperplasia: A double-blind, placebo-controlled,

- multicenter study. *Urology*. 1998;51:677-86. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9610579>
10. McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista O, et al., Medical Therapy of Prostatic Symptoms (MTOPS) Research Group. The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med*. 2003;349:2387-98. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14681504>
 11. Roehrborn CG, Boyle P, Nickel JC, et al., ARIA3001 ARIA3002 and ARIA3003 Study Investigators. Efficacy and safety of a dual inhibitor of 5-alpha-reductase types 1 and 2 (dutasteride) in men with benign prostatic hyperplasia. *Urology*. 2002;60:434-41. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12350480>
 12. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, et al., CombAT Study Group. The effects of dutasteride, tamsulosin and combination therapy on lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia and prostatic enlargement: 2-year results from the CombAT study. *J Urol*. 2008;179:616-21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18082216>
 13. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, et al., CombAT Study Group. The effects of combination therapy with dutasteride and tamsulosin on clinical outcomes in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia: 4-year results from the CombAT study. *Eur Urol*. 2010;57:123-31. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19825505>
 14. Boyle P, Gould AL, Roehrborn CG. Prostate volume predicts outcome of treatment of benign prostatic hyperplasia with finasteride: Meta-analysis of randomised clinical trials. *Urology*. 1996;48:398-405. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8804493>
 15. Roehrborn CG, Lukkarinen O, Mark S, et al. Long-term sustained improvement in symptoms of benign prostatic hyperplasia with the dual 5a-reductase inhibitor dutasteride: Results of 4-year studies. *BJU Int*. 2005;96:572-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16104912>
 16. Gittelman M, Ramsdell J, Young J, et al. Dutasteride improves objective and subjective disease measures in men with benign prostatic hyperplasia and modest or severe prostate enlargement. *J Urol*. 2006;176:1045-50. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16890688>
 17. Lepor H, Williford WO, Barry MJ, et al. The efficacy of terazosin, finasteride, or both in benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med*. 1996;335:533-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8684407>
 18. Debruyne FM, Jardin A, Colloï D, et al., on behalf of the European ALFIN Study Group. Sustained-release alfuzosin, finasteride and the combination of both in the treatment of benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol*. 1998;34:169-75. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9732187>
 19. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, et al., CombAT Study Group. The influence of baseline parameters on changes in International Prostate Symptom Score with dutasteride, tamsulosin, and combination therapy among men with symptomatic benign prostatic hyperplasia and enlarged prostate: 2-year data from the CombAT Study. *Eur Urol*. 2009;55:461-71. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19013011>
 20. Roehrborn CG. BPH progression: Concept and key learning from MTOPS, ALTESS, COMBAT, and ALF-ONE. *BJU Int*. 2008;101 Suppl 3:17-21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18307681>
 21. Kirby RS, Vale J, Bryan J, et al. Long-term urodynamic effects of finasteride in benign prostatic hyperplasia: a pilot study. *Eur Urol*. 1993;24:20-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7689971>
 22. Tammela TLJ, Kontturi MJ. Long-term effects of finasteride on invasive urodynamics and symptoms in the treatment of patients with bladder outflow obstruction due to benign prostatic hyperplasia. *J Urol*. 1995;154:1466-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7544845>

23. Donohue JF, Sharma H, Abraham R, et al. Transurethral prostate resection and bleeding: A randomised, placebo controlled trial of the role of finasteride for decreasing operative blood loss. *J Urol*. 2002;168:2024-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12394700>

Antagonistas del receptor muscarínico

Mecanismo de acción

El neurotransmisor predominante en la vejiga urinaria es la acetilcolina, que estimula los receptores muscarínicos (receptores colinérgicos-m) en la superficie de las células musculares lisas del detrusor.

Sin embargo, los receptores muscarínicos no solo se expresan densamente en las células musculares lisas, sino también en otros tipos celulares, como las células epiteliales de las glándulas salivales, las células uroteliales de la vejiga o las células nerviosas del sistema nervioso central o periférico. En los seres humanos se han descrito 5 subtipos de receptores muscarínicos (M1-M5), de los que los subtipos M2 y M3 se expresan de manera predominante en el músculo detrusor. Aunque alrededor del 80% de estos receptores muscarínicos son del subtipo M2 y el 20% del M3, parece que tan solo los M3 intervienen en las contracciones vesicales en los seres humanos sanos^{1,2}. La función de los subtipos M2 sigue sin estar clara. Sin embargo, en hombres con disfunción vesical neurogénica y en animales de laboratorio con vejiga neurogénica u obstrucción de la salida de la vejiga parece que los receptores M2 también participan en las contracciones del músculo liso³.

El músculo detrusor está inervado por nervios parasimpáticos que tienen su origen en las columnas laterales de la médula espinal sacra a la altura de S2-S4 que, a su vez, se encuentran regulados por los centros supramedulares de la micción. El centro sacro de la micción está conectado con la vejiga urinaria por los nervios pélvicos que liberan acetilcolina después de la despolarización. La acetilcolina estimula los receptores muscarínicos postsinápticos, lo que da lugar a una liberación de calcio mediada por proteína G en el retículo sarcoplásmico y una apertura de los canales de calcio de la membrana celular y, por último, una contracción del músculo liso. La inhibición de los receptores muscarínicos por los antagonistas de los receptores muscarínicos inhibe o disminuye la estimulación de estos receptores y, por tanto, reduce las contracciones de las células musculares lisas de la vejiga. Los efectos antimuscarínicos también podrían ser inducidos o estar regulados por el urotelio vesical o por el sistema nervioso central^{4,5}.

Medicamentos disponibles

Los siguientes antagonistas de los receptores muscarínicos se encuentran autorizados para tratar la vejiga hiperactiva en ambos sexos:

- Bromhidrato de darifenacina (darifenacina).
- Oxibutinina HCl (oxibutinina).
- Tartrato de tolterodina (tolterodina).
- Cloruro de trospio.

Esta clase de medicamentos sigue estando oficialmente contraindicada en los hombres con crecimiento prostático y

obstrucción de la salida de la vejiga dada la posibilidad de vaciamiento incompleto de la vejiga o aparición de retención urinaria.

Eficacia

En el pasado, los antagonistas de los receptores muscarínicos se han evaluado principalmente en mujeres, porque se creía que los SOUB en ellas eran causados por la vejiga y, por tanto, tenían que ser tratados con medicamentos específicos de la vejiga. Por el contrario, se pensaba que los SOUB en hombres eran causados por la próstata y tenían que ser tratados con medicamentos específicos de la próstata. Sin embargo, no existen datos científicos que respalden esta suposición⁶. En un subanálisis de un ensayo abierto de 2.250 pacientes de ambos sexos con síntomas de vejiga hiperactiva tratados con tolterodina se comprobó que la edad, pero no el sexo, influye significativamente en el tenesmo vesical, la polaquiuria o la incontinencia de urgencia⁷.

La eficacia del anticolinérgico tolterodina se ha evaluado en monoterapia en hombres adultos con síntomas de almacenamiento (síntomas de vejiga hiperactiva), pero sin obstrucción del tracto urinario de salida. La duración máxima de los estudios fue de 25 semanas, aunque la mayoría duraron tan solo 12 semanas. En ensayos abiertos con tolterodina también se redujo significativamente la polaquiuria diurna, la nicturia y la incontinencia de urgencia y el puntaje del IPSS con respecto a los valores basales después de 12-25 semanas^{8,9}. En un estudio abierto realizado en pacientes sin respuesta a alfabloqueadores, todas las respuestas del cuestionario IPSS mejoraron durante el tratamiento con tolterodina⁸. En ensayos aleatorizados y controlados con placebo se demostró que la tolterodina puede reducir significativamente la incontinencia de urgencia y la frecuencia diurna o durante 24 h en comparación con placebo. También se constató que el tenesmo vesical relacionado con la micción disminuye de forma significativa con tolterodina¹⁰⁻¹².

Aunque la nicturia, el tenesmo vesical o el puntaje del IPSS se redujeron en la mayoría de los casos, estos parámetros no alcanzaron significación estadística en la mayor parte de los ensayos. Sin embargo, cuando el resultado del tratamiento se estratificó en función de la concentración de PSA (volumen prostático), la tolterodina redujo significativamente la frecuencia diurna, la frecuencia miccional durante 24 h y los síntomas de almacenamiento en hombres con una concentración de PSA inferior a 1,3 ng/ml, pero no fue así en aquellos con una concentración de 1,3 ng/ml o más, lo que indica que los varones con próstatas más pequeñas podrían beneficiarse en mayor grado de los medicamentos antimuscarínicos¹³.

Tolerabilidad y seguridad

Los antagonistas de los receptores muscarínicos son bien tolerados en general¹⁴; se asocian a un 3-10% de retiradas de los estudios, lo que, en la mayoría de ellos, no fue significativamente diferente en comparación con placebo. Con respecto a placebo, los acontecimientos adversos relacionados con el medicamento aparecen con mayor frecuencia en el caso de sequedad de boca (hasta el 16%), estreñimiento (hasta el 4%), dificultades miccionales (hasta el 2%), infección de las vías respiratorias superiores (hasta el 3%) y mareo (hasta el 5%).

El aumento del volumen del RPM en hombres sin obstrucción del tracto urinario de salida es mínimo y sin diferencias significativas en comparación con el placebo (0 a 5 ml frente a -3,6 a 0 ml).

En los hombres con obstrucción del tracto urinario de salida no se recomiendan los medicamentos antimuscarínicos debido a la reducción teórica de la fuerza vesical que podría asociarse a retención urinaria. Un estudio de seguridad controlado con placebo de 12 semanas en hombres con obstrucción leve o moderada del tracto urinario de salida reveló que tolterodina aumentó de forma significativa la cantidad de orina residual posmiccional (49 frente a 16 ml) pero no se asoció a un mayor número de episodios de retención urinaria aguda (3% en ambos grupos del estudio)¹⁵. Los efectos urodinámicos de tolterodina consistieron en volúmenes vesicales significativamente mayores hasta la primera contracción del detrusor, mayor capacidad vesical cistométrica máxima y disminución del índice de contractilidad vesical. El Q_{max} se mantuvo inalterado en los grupos de tolterodina y placebo. Este ensayo aislado¹⁶ mostró que el tratamiento a corto plazo con medicamentos antimuscarínicos en hombres con obstrucción del tracto urinario de salida es seguro.

Consideraciones prácticas

Aunque los estudios efectuados en hombres de edad avanzada con SOUB y síntomas de vejiga hiperactiva se llevaron a cabo exclusivamente con tolterodina, es probable que con otros medicamentos antimuscarínicos también aparezca una eficacia y unos acontecimientos adversos similares. Siguen faltando estudios a largo plazo sobre la eficacia de los antagonistas de los receptores muscarínicos en hombres con SOUB; por lo tanto, estos medicamentos deben recetarse con precaución y se recomienda una re-evaluación del puntaje de IPSS y el volumen de RPM.

Recomendaciones

	NE	GR
Los antagonistas de los receptores muscarínicos pueden ser considerados en hombres con síntomas moderados a severos del tracto urinario bajo, que sean predominantemente de almacenamiento	1b	B
Se recomienda precaución en hombres con obstrucción del tracto urinario de salida	4	C

Bibliografía

1. Chess-Williams R, Chapple CR, Yamanishi T, et al. The minor population of M3-receptors mediate contraction of human detrusor muscle in vitro. *J Auton Pharmacol*. 2001;21:243-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12123469>
2. Matsui M, Motomura D, Karasawa H, et al. Multiple functional defects in peripheral autonomic organs in mice lacking muscarinic acetylcholine receptor gene for the M3 subtype. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2000;97:9579-84. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10944224>
3. Braverman AS, Doumanian LR, Ruggieri MR Sr. M2 and M3 muscarinic receptor activation of urinary bladder contractile signal transduction. II. Denervated rat bladder. *J Pharmacol*

- Exp Ther. 2006;316:875–80. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16243962>
4. Wuest M, Kaden S, Hakenberg OW, et al. Effect of rilimakalim on detrusor contraction in the presence and absence of urothelium. *Naunyn-Schiedeberg's Arch Pharmacol*. 2005;372:203–12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16283254>
 5. Kono M, Nakamura Y, Ishiura Y, et al. Central muscarinic receptor subtypes regulating voiding in rats. *J Urol*. 2006;175:353–7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16406941>
 6. Witte LP, Mulder WM, de la Rosette JJ, et al. Muscarinic receptor antagonists for overactive bladder treatment: Does one fit all? *Curr Opin Urol*. 2009;19:13–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19057211>
 7. Michel MC. A benefit-risk assessment of extended-release oxybutynin. *Drug Safety*. 2002;25:867–76. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12241127>
 8. Chapple CR, Roehrborn CG. A shifted paradigm for the further understanding, evaluation, and treatment of lower urinary tract symptoms in men: Focus on the bladder. *Eur Urol*. 2006;49:651–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16530611>
 9. Michel MC, Schneider T, Kregge S, et al. Does gender or age affect the efficacy and safety of tolterodine? *J Urol*. 2002;168:1027–31. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12187215>
 10. Kaplan SA, Walmsley K, Te AE. Tolterodine extended release attenuates lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia. *J Urol*. 2005;174:2273–5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16280803>
 11. Höfner K, Burkart M, Jacob G, et al. Safety and efficacy of tolterodine extended release in men with overactive bladder symptoms and presumed non-obstructive benign prostatic hyperplasia. *World J Urol*. 2007;25:627–33. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17906864>
 12. Kaplan SA, Roehrborn CG, Chancellor M, et al. Extended-release tolterodine with or without tamsulosin in men with lower urinary tract symptoms and overactive bladder: Effects on urinary symptoms assessed by the International Prostate Symptom Score. *BJU Int*. 2008;102:1133–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18510659>
 13. Kaplan SA, Roehrborn CG, Dmochowski R, et al. Tolterodine extended release improves overactive bladder symptoms in men with overactive bladder and nocturia. *Urology*. 2006;68:328–32. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16904446>
 14. Dmochowski R, Abrams P, Marshall-Kehrel D, et al. Efficacy and tolerability of tolterodine extended release in male and female patients with overactive bladder. *Eur Urol*. 2007;51:1054–64. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17097217>
 15. Roehrborn CG, Kaplan SA, Kraus SR, et al. Effects of serum PSA on efficacy of tolterodine extended release with or without tamsulosin in men with LUTS, including OAB. *Urology*. 2008;72:1061–7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18817961>
 16. Herschorn S, Jones JS, Oelke M, et al. Efficacy and tolerability of fesoterodine in men with overactive bladder: A pooled analysis of 2 phase III studies. *Urology*. 2010;75:1149–55. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19914702>

Terapias combinadas

Bloqueadores alfa + inhibidores de 5 alfa reductasa

Mecanismo de acción. La terapia combinada de alfabloqueadores e inhibidores de 5 alfa reductasa tiene como objetivo combinar los diferentes efectos de ambos medicamentos para crear una sinergia eficaz en el mejoramiento de los síntomas y la prevención de la progresión de la enfermedad.

Medicamentos disponibles. La terapia combinada consiste en un bloqueador alfa (alfuzosina, doxazosina, tamsulosina o terazosina) unido a un inhibidor de 5 alfa reductasa (dutasterida o finasterida). El bloqueador alfa demuestra un efecto en horas o días, mientras que el inhibidor de 5 alfa reductasa necesita varios meses para desarrollar una eficacia clínica. De todas las combinaciones posibles hasta ahora, finasterida junto con alfuzosina, doxazosina o terazosina, y dutasterida junto con tamsulosina, han sido probados en estudios clínicos. Ambos compuestos muestran efectos de clase, considerando la eficacia y los efectos adversos. No se han reportado diferencias relacionadas con la farmacocinética y la farmacodinamia con el uso combinado de ambos medicamentos, comparados con el uso de los medicamentos por sí solos.

Eficacia. Muchos estudios han investigado la eficacia de la terapia combinada contra la eficacia de un alfa bloqueador, inhibidor de 5 alfa reductasa o placebo por sí solos. Estudios iniciales con periodos de seguimiento entre 6 y 12 meses han utilizado los cambios en el IPSS como su objetivo final^{1–3}. Estos estudios han demostrado consistentemente que la eficacia del alfa bloqueador ha sido superior a finasterida en cuanto a la reducción de síntomas, mientras que la terapia combinada no fue superior al bloqueador alfa por sí solo. En estudios en los que se incluye un brazo con placebo, el bloqueador alfa fue consistentemente más efectivo que el placebo, mientras que finasterida consistentemente no fue más efectiva que el placebo. Información del primer año del estudio MTOPS (sigla para Terapia Médica para Síntomas Prostáticos), que ha sido publicado pero no específicamente analizado a este punto, mostró resultados similares⁴.

Más recientemente se han reportado los análisis de los estudios de 4 años del MTOPS y los resultados del 2.º y 4.º año del CombAT (Combinación de Avodart y Tamsulosina)^{4–6}. El último estudio incluyó hombres mayores con próstatas de gran tamaño y niveles elevados de PSA, y por lo tanto aparentemente representan hombres con mayor riesgo de progresión de la enfermedad. En contraste con estudios más antiguos con seguimiento solo de 6 a 12 meses, datos a largo plazo han demostrado que el tratamiento combinado es superior a cualquier monoterapia considerando la reducción de síntomas y la mejoría del Q_{max} , y es superior a los alfa bloqueadores en la reducción del riesgo de una retención urinaria aguda y la necesidad de manejo quirúrgico. El estudio CombAT demostró que el tratamiento combinado es superior a cualquier monoterapia, considerando mejoría de síntomas y Q_{max} desde el mes 9, y superior a los alfa bloqueadores, considerando la reducción del riesgo de retención urinaria aguda y la necesidad de cirugía después del mes 8.⁶ Los diferentes resultados entre el CombAT y el MTOPS se originan en los diferentes criterios de inclusión y exclusión más que en el tipo de bloqueador alfa o de inhibidor de la 5 alfa reductasa. Dutasterida o finasterida, por sí solos, reducen el volumen prostático de manera tan efectiva como el manejo combinado (–20% a –27%).

Tres estudios han dirigido la promulgación de descontinuar el bloqueador alfa^{7–9}. Un estudio evaluó la combinación de dutasterida con tamsulosina y el impacto de descontinuar la tamsulosina después de 6 meses⁷. Después de suspender el bloqueador alfa, por lo menos tres cuartas partes de los pacientes reportaron un no deterioro de los síntomas.

Sin embargo, pacientes con síntomas severos (IPSS > 20) de base se pueden beneficiar de una terapia combinada más prolongada. Un estudio más reciente evalúa el resultado de los síntomas de la monoterapia con finasterida a los 3 y 9 meses después de discontinuar una terapia combinada de 9 meses (finasterida más bloqueador alfa)⁸. La mejoría de los síntomas del tracto urinario bajo después de una terapia combinada se mantuvieron a los 3 (diferencia del IPSS de 1,4) y 9 meses (diferencia del IPSS -0,44).

En un estudio retrospectivo la probabilidad de discontinuar el bloqueador alfa, basada en decisión individual del paciente, se evaluaba durante un periodo de 12 meses en pacientes mayores de 65 años que recibían bloqueadores alfa en combinación con dutasterida o finasterida⁹. Los pacientes con dutasterida discontinuaron la terapia con bloqueador alfa un 64% más rápido que los pacientes con finasterida. A los 12 meses, el 62% de los pacientes eran tratados con dutasterida solamente, en comparación con el 43,7% de los hombres con solo finasterida.

La terapia combinada demostró ser superior en ambos estudios —MTOPS y CombAT— en la prevención de la progresión clínica, definida por un incremento en el IPSS de por lo menos 4 puntos, retención urinaria aguda, infección del tracto urinario, incontinencia, o un incremento en la creatinina sérica > 50% comparada con niveles basales. Para terapia combinada en el MTOPS versus el estudio CombAT, se observaron las siguientes reducciones:

- El riesgo total de progresión de la enfermedad era del 66% versus 44%.
- Progresión de los síntomas, 64% versus 41%.
- Retención urinaria aguda, 81% versus 68%.
- Incontinencia urinaria, 65% versus 26%.
- Manejo quirúrgico asociado a HPB, 67% versus 71%.

La monoterapia con inhibidores de 5 alfa reductasa parece reducir el riesgo de retención urinaria aguda y de cirugía asociada a HPB, de manera tan efectiva como la terapia combinada (diferencia no significativa), aunque los efectos preventivos fueron más pronunciados con la terapia combinada^{4,6}. Los resultados del estudio MTOPS sugieren que los bloqueadores alfa por sí solos pueden reducir la progresión de los síntomas.

Todavía no se pudo establecer si la terapia combinada puede mantener su efectividad y seguridad por encima de la terapia combinada después de más de 6 años, así como en qué momento se debe suspender el bloqueador alfa.

Tolerabilidad y seguridad. En ambos estudios —CombAT y MTOPS—, de manera global los efectos secundarios asociados a los medicamentos fueron significativamente más frecuentes durante la terapia combinada que durante cualquiera de las monoterapias. Los eventos adversos observados durante la terapia combinada fueron típicos de un bloqueador alfa y de un inhibidor de 5 alfa reductasa. La frecuencia de los efectos adversos fue significativamente mayor para la terapia combinada en la mayoría de los eventos.

Consideraciones prácticas. Comparado con la monoterapia con los bloqueadores alfa o los inhibidores de la 5 alfa

reductasa, la terapia combinada resultó en una mejoría de los síntomas del tracto urinario bajo y el incremento en el Q_{max} , y es una prevención superior de progresión de la enfermedad. No obstante, la terapia combinada se asocia a más efectos secundarios. La terapia combinada, por lo tanto, debe ser utilizada en hombres que tienen síntomas moderados a severos y están en riesgo de progresión de la enfermedad (volumen prostático elevado, niveles de PSA elevados, edad avanzada, etc.). La terapia combinada debe ser utilizada únicamente cuando se busca un tratamiento a largo plazo (más de 12 meses); este elemento debe ser discutido con el paciente antes del inicio del tratamiento. Discontinuar el bloqueador alfa después de 6 meses de tratamiento se debe considerar en pacientes con síntomas moderados.

Recomendaciones

	NE	GR
La terapia combinada de bloqueador alfa junto con inhibidores de 5 alfa reductasa se debe ofrecer a pacientes con síntomas moderados a severos del tracto urinario bajo, próstata de gran tamaño (> 40 ml) y Q_{max} disminuido (pacientes con tendencia a desarrollar progresión de la enfermedad). El tratamiento combinado no se recomienda para terapias de corto tiempo (< 1 año)	1b	A

Bibliografía

1. Lepor H, Williford WO, Barry MJ, et al. The efficacy of terazosin, finasteride, or both in benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med*. 1996;335:533-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8684407>
2. Debruyne FM, Jardin A, Colloï D, et al., on behalf of the European ALFIN Study Group. Sustained release alfuzosin, finasteride and the combination of both in the treatment of benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol*. 1998;34:169-75. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9732187>
3. Kirby R, Roehrborn CG, Boyle P, et al., Prospective European Doxazosin and Combination Therapy Study Investigators. Efficacy and tolerability of doxazosin and finasteride, alone or in combination, in treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia: The Prospective European Doxazosin and Combination Therapy (PREDICT) trial. *Urology*. 2003;61:119-26. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12559281>
4. McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista O, et al., Medical Therapy of Prostatic Symptoms (MTOPS) Research Group. The long term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med*. 2003;349:2387-98. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14681504>
5. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, et al., CombAT Study Group. The effects of dutasteride, tamsulosin and combination therapy on lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia and prostatic enlargement: 2-year result from the CombAT study. *J Urol*. 2008;179:616-21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18082216>
6. Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, et al., CombAT Study Group. The effects of combination therapy with dutasteride and tamsulosin on clinical outcomes in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia: 4-year results from the CombAT study. *Eur*

- Urol. 2010;57:123–31, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19825505>.
7. Barkin J, Guimaraes M, Jacobi G, et al. Alpha blocker therapy can be withdrawn in the majority of men following initial combination therapy with the dual 5 alpha-reductase inhibitor dutasteride. *Eur Urol*. 2003;44:461–6, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14499682>.
 8. Nickel JC, Barkin J, Koch C, et al. Finasteride monotherapy maintains stable lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia following cessation of alpha blockers. *Can Urol Assoc J*. 2008;2:16–21, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18542722>.
 9. Issa MM, Lin PJ, Eaddy MT, et al. Comparative analysis of alpha blocker utilization in combination with 5-alpha reductase inhibitors for enlarged prostate in a managed care setting among Medicare aged men. *Am J Manag Care*. 2008;14 Suppl 2:s160–6, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18611090>.
 10. Fullhase C, Chapple C, Cornu JN, de Nunzio C, Gratzke C, Kaplan SA, et al. Systematic review of combination drug therapy for non-neurogenic male lower urinary tract symptoms. *Eur Urol*. 2013;64:228–243, doi: 10.1016/j.eururo.2013.01.018.

Bloqueadores alfa + antagonistas de los receptores muscarínicos

Mecanismo de acción. La terapia combinada de un bloqueador alfa junto a un antagonista de receptores muscarínicos busca antagonizar de manera conjunta los receptores alfa 1, y los receptores muscarínicos (M2 y M3) en el tracto urinario bajo, por la presente utilizando la eficacia de ambos tipos de medicamentos en búsqueda de un efecto de sinergia.

Medicamentos disponibles. El tratamiento combinado consiste en un bloqueador alfa (alfuzosina, doxazosina, tamsulosina, o terazosina) junto a un antagonista de receptores muscarínicos (darifenacina, oxibutinina o tolterodina). Sin embargo, únicamente la combinación del bloqueador alfa doxazosina, tamsulosina o terazosina y el antagonista de receptor muscarínico oxibutinina y tolterodina han sido probados en ensayos clínicos hasta ahora. A la fecha, ambos tipos de medicamentos deben ser tomados como pastillas separadas, pues no hay pastillas combinadas disponibles. No se han descrito diferencias en términos de propiedades farmacocinéticas o en farmacodinamia, del uso combinado de ambos medicamentos comparado con el uso de los mismos por sí solos.

Eficacia. Por lo menos 9 estudios se han publicado, en los cuales investigan la eficacia de la terapia combinada con bloqueadores alfa y antagonista de receptores muscarínicos, en hombres adultos con SOUB. Adicionalmente, un estudio fue publicado utilizando el bloqueador alfa naftopidil (no registrado en muchos países europeos) con y sin agentes anticolinérgicos¹. Solo uno de esos estudios tenía un brazo con placebo (NE: 1b) y también probaron la combinación de los medicamentos contra los bloqueadores alfa, así como los antagonistas de receptores muscarínicos²; los otros estudios compararon la eficacia de la terapia combinada con la eficacia de un bloqueador alfa solo (NE: 2b). La mayor duración de un estudio fue de 25 semanas, pero la mayoría de los estudios duraron 4-12 semanas únicamente. La

combinación de los medicamentos fue, en general, más eficaz en la reducción de la frecuencia urinaria, la nicturia o el IPSS comparados con bloqueadores alfa o placebo por sí solos. Además, el tratamiento combinado redujo significativamente los episodios de incontinencia urinaria de urgencia, así como la urgencia, y mejoró de manera significativa la calidad de vida². En general, la mejoría de los síntomas en el brazo de terapia combinada fue significativamente mayor comparada con placebo independiente de los niveles de PSA, mientras que la tolterodina por sí sola mejoró de manera significativa los síntomas predominantes en hombres con niveles de PSA menores de 1,3 ng/ml³. Tres estudios investigan la eficacia de la terapia combinada en pacientes con SOUB persistentes durante un tratamiento con bloqueadores alfa, adicionando un antagonista de receptores muscarínicos a la terapia existente con bloqueadores alfa (manejo adicional)⁴⁻⁶. Estos estudios demostraron que los SOUB persistentes pueden disminuir de manera significativa con la adición de un antagonista de receptores muscarínicos (tolterodina), especialmente si se ha demostrado una hiperactividad del detrusor.

En el brazo de terapia combinada la información de los pacientes relacionada con calidad de vida, beneficio del tratamiento, incomodidad de los síntomas o la percepción del paciente de la condición de la vejiga mejoraron de manera significativa.

Algunos estudios concluyen que esta terapia combinada es efectiva en pacientes con RPM < 200 ml; sin embargo, no existen estudios mayores a 4 meses que demuestren la efectividad y la seguridad de esta combinación.

Otra publicación más nueva, un metaanálisis, evalúa la literatura que tiene como objetivo evaluar la mejoría en el IPSS; cambios en el Q_{max} y en el residuo posmiccional (RPM), de lo cual se concluye que la terapia combinada tiene una reducción significativa en el IPSS y en la frecuencia urinaria comparada con bloqueadores alfa, el riesgo de retención urinaria es mínimo, y es una opción razonable en pacientes con SOUB, particularmente los que tienen componente de almacenamiento.

Tolerabilidad y seguridad. Los efectos adversos de las 2 clases de medicamentos aparecen en el tratamiento combinado con bloqueadores alfa y los antagonistas de receptores muscarínicos. El efecto secundario más frecuentemente reportado en los estudios fue la xerostomía. Algunos efectos secundarios (xerostomía, disfunción eyaculatoria) aparecen con una alta frecuencia y no se explican simplemente por la adición de la frecuencia de los efectos adversos de cada medicamento. El residuo posmiccional se incrementó en la mayoría de los estudios. Aunque el promedio del incremento del RPM fue bajo (+6 a +24 ml), algunos hombres desarrollaron altos RPM o inclusive retención urinaria (0,9 a 3,3%). Se desconoce qué hombres están en riesgo de presentar RPM o retención urinaria durante la terapia combinada.

Consideraciones prácticas. Los efectos de clase son los que se relacionan con el incremento en la calidad de vida en pacientes tratados con bloqueadores alfa y antagonistas de los receptores muscarínicos. La medición del RPM se recomienda durante el tratamiento combinado para evaluar su incremento, o la retención urinaria.

Recomendaciones

	NE	GR
La terapia combinada con bloqueadores alfa y los inhibidores de receptores muscarínicos debe ser considerada en pacientes con síntomas moderados a severos del tracto urinario bajo, si el control de los síntomas ha sido insuficiente con la monoterapia de cada medicamento	1b	B
El tratamiento combinado debe ser formulado de manera cautelosa en pacientes en los que se sospeche una obstrucción urinaria baja dependiente de la vejiga	2b	B

Bibliografía

1. Maruyama O, Wawachi Y, Hanazawa K, et al. Naftopidil monotherapy vs naftopidil and an anticholinergic agent combined therapy for storage symptoms associated with benign prostatic hyperplasia: A prospective randomized controlled study. *Int J Urol*. 2006;13:1280–5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17010005>
2. Kaplan SA, Roehrborn CG, Rovner ES, et al. Tolterodine and tamsulosin for treatment of men with lower urinary tract symptoms and overactive bladder. *JAMA*. 2006;296:2319–28. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17105794>
3. Roehrborn CG, Kaplan SA, Kraus SR, et al. Effects of serum PSA on efficacy of tolterodine extended release with or without tamsulosin in men with LUTS, including OAB. *Urology*. 2008;72:1061–7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18817961>
4. Athanasopoulos A, Gyftopoulos K, Giannitsas K, et al. Combination treatment with an alfa blocker plus an anticholinergic for bladder outlet obstruction: A prospective, randomized, controlled study. *J Urol*. 2003;169:2253–6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12771763>
5. Kaplan SA, Walmsley K, Te AE. Tolterodine extended release attenuates lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia. *J Urol*. 2005;174:2273–5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16280803>
6. Yang Y, Zhao SF, Li HZ, et al. Efficacy and safety of combined therapy with terazosin and tolterodine for patients with lower urinary tract symptoms associated with benign prostatic hyperplasia: A prospective study. *Chin Med J*. 2007;120:370–4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17376305>

Inhibidores de la 5 fosfodiesterasa

En esta sección de la guía solo se hace referencia al tadalafilo dentro del grupo de inhibidores de la 5 fosfodiesterasa (Inh-5PDE) por ser el único de ellos con aval de entidad gubernamental reguladora de medicamentos para el tratamiento de los SOUB, y por ser la molécula de este grupo que mayor atención ha recibido en los estudios que ofrecen la mejor evidencia sobre el tema. Sin embargo, se debe mencionar que sildenafil y vardenafil también han tenido participación, aunque limitada, en estudios clínicos que hacen parte de la bibliografía anexa.

Contexto epidemiológico y mecanismo de acción

La prevalencia de DE entre los hombres que buscan tratamiento para los SOUB está informada en el 71-80%, y el

impacto en la calidad de vida de estas enfermedades por separado se hace mayor cuando ambas coexisten¹.

Coincidencias entre la DE y los LUTS × HPB en las deficiencias de la vía del NO-GMPc, la sobreexpresión de la Rho-kinasa, la ateromatosis pélvica y una hiperactividad autonómica adrenérgica eferente sobre el tracto urogenital son condiciones que permiten suponer que ambas enfermedades podrían tener un beneficio terapéutico común². La expresión de 5PDE en hombres con LUTS sobre el cuello vesical, la uretra prostática y la próstata³ soporta el efecto de reducción de la obstrucción dinámica del tracto urinario de salida por los inhibidores de esta enzima mediante su efecto relajante muscular con el aumento intracelular del GMPc y su inhibición de la Rho-kinasa, y en forma indirecta como vasodilatador pélvico y modulador autonómico⁴.

Análisis de la evidencia sobre Inh-5PDE en el tratamiento de SOUB secundarios a crecimiento prostático benigno: equivalencia terapéutica con alfa-bloqueadores

La evidencia actual sobre la equivalencia entre la acción de los Inh-5PDE y de los alfa-bloqueadores para la mejoría de SOUB secundarios a crecimiento prostático benigno es inferencial de la comparación entre tadalafilo y placebo con tamsulosina como control activo⁹, en cuyo diseño se enfrentan ambos principios de manera paralela con placebo con un poder suficiente para establecer diferencias en el IPSS entre cada medicamento y el placebo, mas no la superioridad entre ellos. Los efectos son significativos y similares entre sí para ambos en el IPSS desde la 1.ª semana de exposición y evidentes por separado para el grupo sintomático de almacenamiento y evacuación durante las 12 semanas de observación. A su vez, estos resultados son comparables con los aceptados de tiempo atrás para alfa-bloqueadores⁷.

A pesar de que la variedad de mecanismos de acción formulados sobre el tadalafilo en el manejo de los SOUB deja en evidencia la falta de claridad sobre su farmacodinamia en el tema, ya desde 2011 el tadalafilo había demostrado evidencia tipo I en su efecto terapéutico para SOUB secundarios a crecimiento prostático benigno significativo contra el placebo¹¹, y estudios de igual rigor metodológico han madurado esta nueva indicación para el medicamento incluyendo documentación de mejoría en calidad de vida, percepción subjetiva de mejoría en pacientes y médicos aún ciegos al final del estudio en el grupo tratado⁶.

Sesgo de mejoría urinaria por efecto sobre la función sexual

Estudios prospectivos controlados previos⁶ no habían logrado el poder suficiente para la superación del sesgo de inducción a la mejoría urinaria al develar el cegamiento cuando había mejoría del desempeño sexual, hasta el análisis de datos de 4 estudios aleatorizados y controlados con placebo en la evaluación del efecto de tadalafilo sobre SOUB secundarios a crecimiento prostático benigno en pacientes sexualmente activos con DE⁸, que reúne una población suficiente para demostrar comportamiento significativamente independiente en el resultado favorable sobre ambos desenlaces entre subgrupos de diversa intensidad sintomática urinaria y sexual.

Es fácil entender que la mejoría del IIEF-EF es exclusiva para los que reciben tadalafilo⁹, pero este privilegio

no le resta efecto a la corrección del IPSS entre quienes no padecen DE.

Adicionalmente, una débil correlación entre el grado de severidad entre las escalas de IPSS y IIEF-EF antes de la intervención permite suponer que no existirá una concordancia entre la magnitud de la mejoría de una y otra, al contrario de lo que sugiere la coexistencia frecuente entre DE y SOUB secundarios a crecimiento prostático benigno⁸.

Controversias con el $Q_{\max}$

Existen reparos sobre el incremento no significativo de $Q_{\max}$ con Inh-5PDE en estudios previos¹⁰, a diferencia del mayor flujo limitado pero estadística y clínicamente significativo para alfabloqueadores, según el criterio de la guía de HPB AUA 2011, en la que se confiere validez a incrementos mayores a 3 ml/s⁷. A juicio de varios expertos esta evidencia no descalifica la demostración consistente de mejoría clínica estadísticamente significativa de IPSS con los primeros⁶, dada la débil concordancia entre la mejoría de $Q_{\max}$ e IPSS para alfa-bloqueadores⁷.

El primer estudio prospectivo y clínicamente controlado que informa mejoría del $Q_{\max}$ con tadalafilo⁹ especula justificando su efecto en un flujo previo a la intervención menor a la de la población de otros estudios. De la misma forma se postula un mecanismo de acción distinto entre el Inh-5PDE y el alfabloqueador cuando se documenta una mejoría estadísticamente significativa para el $Q_{\max}$ en una combinación de ambos contra el alfabloqueador solo; este último resultado es común a una comparación en paralelo dentro del mismo metaanálisis entre Inh-5PE y placebo⁴.

Mejor caso a tratar

Un análisis de metarregresión de características demográficas de una población obtenida de la mezcla de estudios que comparan Inh-5PDE vs. placebo e Inh-5PDE + alfabloqueador vs. alfabloqueador⁴ propone que el mejor caso a tratar es un hombre joven sintomático severo sin sobrepeso.

Seguridad

Solo hasta octubre de 2011 el tadalafilo es el primero y hasta ahora único Inh-5PDE aprobado por la FDA para el tratamiento de SOUB secundarios a crecimiento prostático benigno, después de un acopio progresivo de evidencia que inicia con una observación incidental en 2002 de mejoría sintomática de estos síntomas en pacientes con DE en una clínica andrológica⁵.

Su perfil de seguridad se homologa al del esquema terapéutico diario para DE. Sus efectos secundarios son numéricamente mayores al compararse con el placebo a expensas de cefalea y dolor de espalda, sin diferencias significativas en eventos adversos serios o interrupción del tratamiento por efectos secundarios⁸.

Al compararse con alfabloqueadores, no solo no pone en riesgo la función sexual, sino que la mejora cuando los SOUB secundarios a crecimiento prostático benigno coexisten con DE.

Consideraciones en el tratamiento con Inh-5PDE: impacto sobre evolución de la enfermedad

La nueva evidencia se ajusta en su diseño metodológico al patrón de tiempos de observación de los estudios que

han evaluado eficacia en el manejo de los SOUB secundarios a crecimiento prostático benigno. Sin embargo, las conclusiones obtenidas después de 12 semanas no pueden anticipar los efectos a largo plazo sobre la progresión de la enfermedad⁹.

Se abre el espacio para conocer el papel de los Inh-5PDE en los esquemas de farmacoterapia combinada. Con respecto a la agregación de alfabloqueadores⁴, la FDA alerta sobre una evidencia insuficiente y el riesgo de hipotensión¹², y la guía EUA 2012 lo contraindica con los no supraseductivos¹³.

Recomendación

	NE	GR
La terapia con inhibidores de fosfodiesterasa tipo 5 reduce los síntomas moderados a severos del tracto urinario bajo en hombres con o sin disfunción eréctil	1a	A

Bibliografía

- Kedia GT, Ückert S, Jonas U, et al. The nitric oxide pathway in the human prostate: clinical implications in men with lower urinary tract symptoms. *World J Urol.* 2008;26:603–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18607596>
- Ückert S, Küthe A, Jonas U, et al. Characterization and functional relevance of cyclic nucleotide phosphodiesterase isoenzymes of the human prostate. *J Urol.* 2001;166:2484–90. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11696815>
- Ückert S, Oelke M, Stief CG, et al. Immunohistochemical distribution of cAMP- and cGMP-phosphodiesterase (PDE) isoenzymes in the human prostate. *Eur Urol.* 2006;49:740–5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16460876>
- Andersson KE, Persson K. Nitric oxide synthase and the lower urinary tract: possible implications for physiology and pathophysiology. *Scand J Urol Nephrol Suppl.* 1995;175:43–53. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8771275>
- Wright PJ. Comparison of phosphodiesterase type 5 (PDE5) inhibitors. *Int J Clin Pract.* 2006;60:967–75. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16780568>
- Sairam K, Kulinskaya E, McNicholas TA, et al. Sildenafil influences lower urinary tract symptoms. *BJU Int.* 2002;90:836–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12460342>
- Mulhall JP, Guhring P, Parker M, et al. Assessment of the impact of sildenafil citrate on lower urinary tract symptoms in men with erectile dysfunction. *J Sex Med.* 2006;3:662–7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16839322>
- McVary KT, Monnig W, Camps JL Jr, et al. Sildenafil citrate improves erectile function and urinary symptoms in men with erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms associated with benign prostatic hyperplasia: A randomized, double-blind trial. *J Urol.* 2007;177:1071–7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17296414>
- Kaplan SA, Gonzalez RR, Te AE. Combination of alfuzosin and sildenafil is superior to monotherapy in treating lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction. *Eur Urol.* 2007;51:1717–23. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17258855>
- Tuncel A, Nalcacioglu V, Ener K, et al. Sildenafil citrate and tamsulosin combination is not superior in treating lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction. *World J Urol.* 2010;28:17–22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19855976>

11. McVary KT, Roehrborn CG, Kaminetsky JC, et al. Tadalafil relieves lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia. *J Urol.* 2007;177:1401-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17382741>
12. Roehrborn CG, McVary KT, Elion-Mboussa A, et al. Tadalafil administered once daily for lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia: A dose finding study. *J Urol.* 2008;180:1228-34. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18722631>
13. Bechara A, Romano S, Casabé A, et al. Comparative efficacy assessment of tamsulosin vs. tamsulosin plus tadalafil in the treatment of LUTS/BPH. Pilot study. *J Sex Med.* 2008;5:2170-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18638006>

Tratamiento quirúrgico

Resección transuretral de la próstata e incisión transuretral de la próstata

Mecanismo de acción

La resección transuretral de la próstata (RTUP) fue realizada por primera vez en 1932. Aun cuando el material ha cambiado desde el primer procedimiento, el principio básico de la RTUP permanece inmodificable; sigue siendo, en primera instancia, la remoción de tejido de la zona transicional de la próstata para reducir la obstrucción prostática y disminuir así los SOUB.

La RTUP es el patrón oro para el tratamiento de los SOUB secundarios a obstrucción prostática benigna en próstatas de entre 30 y 80 ml. Sin embargo, no hay una fuerte evidencia en la literatura respecto al límite superior del volumen prostático para ser llevado a RTUP. Los tamaños sugeridos reflejan la opinión del panel que ha asumido que este límite depende de la experiencia del cirujano, de la velocidad de resección y del tamaño del resectoscopio. Durante la última década se ha presentado una permanente disminución en la tasa de RTUP realizadas. En 1999, la RTUP representaba el 81% de toda la cirugía por HPB en Estados Unidos, pero hacia el año 2005 la RTUP solo representó el 39% de los procedimientos, debido al efecto combinado de menos cirugías prostáticas y más procedimientos mínimamente invasivos¹.

La incisión transuretral de próstata (ITUP) fue inicialmente descrita por Orandi en 1969. Esta reduce los SOUB secundarios a obstrucción prostática benigna mediante la ampliación de la evacuación vesical sin retirar el tejido prostático. Esta técnica ha sido redescubierta y puede llegar a reemplazar la RTUP como primera opción en hombres seleccionados con crecimiento prostático benigno, especialmente en hombres con próstatas menores de 30 ml y sin lóbulos medios.

Procedimiento quirúrgico

Durante la RTUP, el tejido hiperplásico de la zona transicional es removido endoscópicamente usando resectoscopios especiales y asas cortantes que permiten la ablación del tejido prostático en pequeñas tajadas que son extraídas al final de la cirugía. El corte del tejido prostático y la coagulación de los tejidos se realizan mediante el uso de corriente eléctrica.

Durante el procedimiento se realizan 1 o 2 cortes en la cápsula prostática y el tejido uretral, de tal manera que se reduce la resistencia uretral. La técnica ha sido modificada

por varios autores, siendo las más popular de un solo corte la incisión a las 6 de las manecillas del reloj y con 2 cortes a las 5 y las 7 de las manecillas del reloj.

Se deben tratar las infecciones urinarias previas a cualquiera de los 2 procedimientos^{2,3}. El uso rutinario de antibióticos profilácticos en RTUP ha sido evaluado varias veces. Tres revisiones sistemáticas han tenido conclusiones similares, favoreciendo el uso de la profilaxis⁴⁻⁶. La profilaxis antibiótica reduce significativamente la bacteriuria, la fiebre, la sepsis y la necesidad de antibióticos luego de la RTUP. Sin embargo, se requieren estudios para definir el manejo antimicrobiano óptimo y la costo-efectividad del mismo.

Eficacia

Mejoría de los síntomas. La RTUP provee resultados clínicos duraderos, como se documenta en los estudios con seguimiento a largo plazo, entre 8 y 22 años. No hay evidencia similar en la información acerca de la durabilidad para cualquier otro procedimiento quirúrgico para la obstrucción prostática benigna⁷. Un estudio con seguimiento de 13 años documentó una disminución sostenida y significativa en la mayoría de los síntomas y mejoría en los parámetros urodinámicos posterior a la RTUP. El estudio también documentó que las fallas subjetivas y objetivas fueron asociadas a disminución de la contractilidad del detrusor más que a la obstrucción prostática benigna⁸. Otro estudio en 577 hombres sometidos a RTUP documentó excelentes resultados funcionales medidos con IPSS y calidad de vida después de 10 años de seguimiento⁹. Así mismo, un metaanálisis que incluyó 29 estudios evidenció mejoría del 70,6% luego de la RTUP (IC 95%: 66,4-75,5)¹⁰.

Estudios comparativos entre ITUP y RTUP. Hay 11 estudios disponibles que comparan ITUP y RTUP. Estos estudios evaluaron la mejoría en características sintomáticas similares con próstatas pequeñas (menos de 20-30 ml) y sin lóbulo medio.

Uroflujometría: el aumento en el flujo máximo promedio luego de la RTUP fue del 125%, con mejoría absoluta promedio de 9,7 ml/s¹⁰. Todos los estudios que compararon ITUP contra RTUP luego de un año mostraron menos mejoría en el flujo máximo^{10,11}.

Residuo posmiccional (RPM): el volumen de RPM disminuyó en 60,5% luego de la RTUP¹⁰. La disminución del RPM posterior a la ITUP fue variable en los estudios, pero siempre estuvo inferior al de la RTUP^{10,11}.

Tasa de retratamiento: una segunda cirugía, usualmente una nueva RTUP, fue reportada en la tasa permanente de 1-2% al año. El resumen que analiza 29 estudios documentó una tasa de retratamiento del 2,6% luego de seguimiento promedio de 16 meses¹⁰. En un estudio reciente, que incluyó 20,671 hombres que fueron llevados a RTUP en Austria, la tasa de retratamiento (incluyendo segunda RTUP, uretrotomía e incisión en el cuello vesical) fue del 5,8 y del 14,7% a 1,5 y 8 años, respectivamente¹². Los análisis de estudios comparando RTUP e ITUP mostraron que el retratamiento se presentó mucho más luego de la ITUP que de la RTUP¹¹.

Tolerabilidad y seguridad

Complicaciones intra y perioperatorias. La mortalidad luego de prostatectomía ha disminuido constante y

significativamente durante las décadas anteriores y es menor a 0,25% en las series más recientes^{10,13,14}. De 10.564 hombres que se sometieron a RTUP, la mortalidad perioperatoria (en los primeros 30 días) fue del 0,1%¹⁵. El riesgo de síndrome post RTUP también ha disminuido en las últimas décadas, hasta ser menor del 1,1%^{10,14}. Los factores de riesgo asociados con este síndrome son sangrado excesivo por sinusoides venosos abiertos, tiempo operatorio prolongado, próstatas de gran tamaño y abuso de nicotina en el pasado o en el presente¹⁵. No se documentaron casos de síndrome post RTU que fueron sometidos a ITUP. La incidencia de transfusiones en el análisis de 29 estudios fue del 8,4%¹⁰. **Riesgo de mortalidad a largo plazo.** Recientemente, la información de series de 20.671 RTUP y 2.452 adenomec-tomías abiertas mostró que a los 8 años la incidencia de IAM fue idéntica luego de RTUP (4,8%) y de adenomec-tomía abierta (4,9%). Así mismo, la tasa de mortalidad al 90 días (0,7 y 0,9%), un año (2,8 y 2,7), 5 años (12,7 y 11,8%) y 8 años (20 y 20,9%) fueron prácticamente idénticas¹².

Complicaciones a largo plazo. **Incontinencia urinaria:** la probabilidad promedio de incontinencia urinaria de esfuerzo postoperatoria varía del 1,8% luego de ITUP al 2,2% luego de RTUP^{1-6,11,13}. Un metaanálisis de 3 estudios que evaluó la incontinencia urinaria no mostró diferencia estadística-mente significativa entre los grupos de ITUP y TURP, aunque hubo menos eventos en los grupos de ITUP¹¹.

Retención urinaria e infecciones urinarias: un metaa-nálisis reciente no mostró diferencias estadísticamente significativas entre RTUP e ITUP en el desarrollo de retención urinaria e infecciones urinarias¹¹.

Estenosis del cuello vesical y estrechez uretral: el riesgo de desarrollar estrechez uretral después de RTUP es del 3,8% y de 4,1% después de ITUP¹⁰. El riesgo de estrechez de cuello vesical es del 4,7% luego de RTUP¹⁰.

Función sexual: la eyaculación retrógrada resulta de la resección/destrucción del cuello vesical y ha sido informada en el 65,4% de los pacientes sometidos a RTUP y al 18,2% luego de ITUP¹⁰. Hay una gran controversia en el impacto de la adenomec-tomía, particularmente la RTUP, respecto a la función eréctil. El único estudio que comparó la RTUP con la observación, con seguimiento a 2,8 años, documentó tasas idénticas de disfunción eréctil (DE) en ambos brazos (19 y 21%, respectivamente)¹⁶. En el análisis de 29 estudios, la incidencia de DE luego de RTUP fue del 6,5%¹⁰. El aumento en la frecuencia de DE luego de RTUP parece estar asociado a otros factores indirectos, más que por ser consecuencia directa de la RTUP.

Consideraciones prácticas

LA RTUP y la ITUP son tratamientos efectivos primarios para hombres con SOUB secundarios a crecimiento prostá-tico benigno. La preferencia entre los 2 procedimientos se debe basar primariamente en el volumen prostático, siendo las menores de 30 ml para ITUP y entre 30 y 80 ml para RTUP. Las ventajas de la ITUP son menor incidencia de san-grado, menor tiempo operatorio, evitar el síndrome post RTUP, menos cantidad y menor tiempo de irrigación vesical postoperatoria, menor riesgo de eyaculación retrógrada y menores tiempos de cateterismo y hospitalización. La des-ventaja es que hay una mayor tasa de recurrencia de los síntomas y la necesidad de cirugías adicionales.

Modificaciones de la RTUP: resección transuretral bipolar de próstata

Mecanismo de acción. Una de las evoluciones más impor-tantes de la RTUP es la incorporación de la tecnología bipolar plasmaguinética (B-RTUP). A la fecha hay 5 dispositivos de resección bipolar con solución salina. Se diferencian en la forma en que funciona el sistema bipolar para alcanzar el efecto plasmaguinético.

Procedimiento quirúrgico. La remoción del tejido prostá-tico con el resectoscopio bipolar es idéntica a la realizada con el equipo monopolar. A diferencia de este último, el equipo bipolar utiliza un asa especial que incorpora los 2 electrodos. Esto permite el corte electroquirúrgico del tejido en un medio conductor salino. Luego de activar la conducción de alta frecuencia, el ambiente salino fisioló-gico alrededor del asa se calienta a punto de ebullición. Las burbujas resultantes crean un ambiente de gran resisten-cia eléctrica y el voltaje entre el electrodo y los picos de solución salina forman un arco. El tejido es calentado indi-rectamente por el calor de la ignición del arco, activando así la resección y la coagulación. Como con otras interven-ciones endoscópicas, las IVU deben ser tratadas antes del procedimiento, y se recomienda el uso de antibiótico profi-láctico.

Eficacia. La eficacia de la B-RTUP ha sido demostrada ampliamente en estudios y series de casos. Tres estudios sis-temáticos han provisto información muy importante acerca de la eficacia de la B-RTUP¹⁷⁻¹⁹. Se han reportado resultados similares con los 2 procedimientos con respecto a la mejoría del Q_{max} y el IPSS¹⁷.

Aún no hay resultados a largo plazo con el uso del sistema bipolar. En un estudio aleatorizado controlado con segui-miento a 18,3 meses, la tasa de reintervención fue de 4,1 para la RTUP convencional y de 2,1 para el sistema bipolar²⁰. En un estudio reciente con seguimiento a 3 años la signi-ficativa mejoría inicial se mantuvo para los 2 sistemas en términos de IPSS y Q_{max} ²¹.

Tolerabilidad y seguridad. La tasa de eventos adversos fue significativamente más baja con la técnica bipolar, comparada con la convencional (28,6% vs 15,5%)¹⁷. Las mayores ventajas de la técnica bipolar incluyen menor pér-dida sanguínea y menor índice postoperatorio de retención por coágulos y de transfusión sanguínea. Tanto el catete-rismo como el tiempo de hospitalización fueron más cortos con la técnica bipolar. Se piensa que eso es debido al menor sangrado por la mejoría en la coagulación. Los sín-to-mas postoperatorios de almacenamiento, particularmente la disuria, fueron menos frecuentes con la técnica bipolar.

No se ha reportado síndrome post RTUP con la técnica bipolar, debido al uso de irrigación con solución salina y a una disminución en la absorción durante el procedimiento^{17,18}. Varios estudios aleatorizados han sugerido que las estre-ches uretrales son frecuentes con esta técnica, siendo un posible factor contribuyente el calibre del resectoscopio (27Fr), el tipo de electrodo de retorno y la mayor densidad de corriente²². Sin embargo, la más reciente revisión de la literatura no mostró diferencia estadísticamente signifi-ca-tiva entre los brazos de tratamiento monopolar y bipolar (1,7 vs 2,4, respectivamente)¹⁸. Es posible que estudios con un número mayor de pacientes puedan cambiar estos resul-tados. En cuanto a la función sexual, en el tratamiento con B-RTUP se documentó que la eyaculación retrógrada

postoperatoria (57% vs 60%) o disfunción eréctil (ambos en el 14%)¹⁷ no se diferenciaron entre la técnica bipolar y monopolar.

Consideraciones prácticas. La B-RTUP ofrece una alternativa atractiva a la técnica monopolar en pacientes con SOUB secundarios a obstrucción prostática benigna, con similar eficacia pero menor morbilidad. Más aún, la seguridad de la técnica bipolar permite mayor tiempo de entrenamiento y aprendizaje para los residentes de Urología. Sin embargo, como no hay aun evidencia a largo plazo, no es posible arrojar conclusiones definitivas acerca de la duración de los efectos benéficos y las ventajas de la técnica bipolar sobre la monopolar. La selección de la técnica se debe basar en la disponibilidad del instrumental, la experiencia del cirujano y la decisión del paciente.

Recomendaciones

	NE	GR
La RTUP monopolar es el tratamiento quirúrgico de elección para hombres con volúmenes prostáticos entre 30 y 80 ml y síntomas moderados a severos, secundarios a obstrucción prostática benigna. La RTUP con monopolar provee tasas de mejoría subjetiva y objetiva superiores al tratamiento médico o a los procedimientos mínimamente invasivos	1a	A
La RTUP bipolar alcanza resultados a corto plazo comparables con la RTUP monopolar	1a	A
La ITUP es el tratamiento de elección en hombres con síntomas obstructivos bajos y próstatas menores a 30 ml, sin lóbulo medio	1a	A

Bibliografía

- Yu X, Elliott SP, Wilt TJ, et al. Practice patterns in benign prostatic hyperplasia surgical therapy: The dramatic increase in minimally invasive technologies. *J Urol*. 2008;180:241–5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18499180>
- Elmalik EM, Ibrahim AI, Gahli AM, et al. Risk factors in prostatectomy bleeding: Preoperative urinary tract infection is the only reversible factor. *Eur Urol*. 2000;37:199–204. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10705199>
- Scholz M, Luftenegger W, Harmuth H, et al. Single-dose antibiotic prophylaxis in transurethral resection of the prostate: A prospective randomised trial. *Br J Urol*. 1998;81:827–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9666765>
- Berry A, Barratt A. Prophylactic antibiotic use in transurethral prostatic resection: A meta-analysis. *J Urol*. 2002;167 2 Pt 1:571–7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11792921>
- Qiang W, Jianchen W, MacDonald R, et al. Antibiotic prophylaxis for transurethral prostatic resection in men with preoperative urine containing less than 100,000 bacteria per ml: A systematic review. *J Urol*. 2005;173:1175–81. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15758736>
- Bootsma A, Laguna Pes M, Geerlings S, et al. Antibiotic prophylaxis in urologic procedures: A systematic review. *Eur Urol*. 2008;54:1270–86. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18423974>
- Reich O, Gratzke C, Stief CG. Techniques and long-term results of surgical procedures for BPH. *Eur Urol*. 2006;49:970–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16481092>
- Thomas AW, Cannon A, Bartlett E, et al. The natural history of lower urinary tract dysfunction in men: Minimum 10-year urodynamic followup of transurethral resection of prostate for bladder outlet obstruction. *J Urol*. 2005;174:1887–91. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16217330>
- Varkarakis J, Bartsch G, Horninger W. Long-term morbidity and mortality of transurethral prostatectomy: A 10-year follow-up. *Prostate*. 2004;58:248–51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14743463>
- Madersbacher S, Marberger M. Is transurethral resection of the prostate still justified? *Br J Urol*. 1999;83:227–37. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10233485>
- Lourenco T, Armstrong N, N'Dow J, et al. Systematic review and economic modelling of effectiveness and cost utility of surgical treatments for men with benign prostatic enlargement. *Health Technol Assess*. 2008;12:1–146. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19032882>
- Madersbacher S, Lackner J, Brossner C, et al. Reoperation, myocardial infarction and mortality after transurethral and open prostatectomy: A nation-wide, long-term analysis of 23,123 cases. *Eur Urol*. 2005;47:499–504. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15774249>
- Roos NP, Wennberg JE, Malenka DJ, et al. Mortality and reoperation after open and transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med*. 1989;320:1120–4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2469015>
- Rassweiler J, Teber D, Kuntz R, et al. Complications of transurethral resection of the prostate (TURP) —incidence, management, and prevention. *Eur Urol*. 2006;50:969–79. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16469429>
- Hahn RG. Smoking increases the risk of large scale fluid absorption during transurethral prostatic resection. *J Urol*. 2001;166:162–5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11435847>
- Wasson JH, Reda DJ, Bruskewitz RC, et al., The Veterans Affairs Cooperative Study Group on Transurethral Resection of the Prostate. A comparison of transurethral surgery with watchful waiting for moderate symptoms of benign prostatic hyperplasia. *New Engl J Med*. 1995;332:75–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7527493>
- Issa MM. Technological advances in transurethral resection of the prostate: Bipolar versus monopolar TURP. *J Endourol*. 2008;22:1587–95. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18721041>
- Mamoulakis C, Trompetter M, de la Rosette J. Bipolar transurethral resection of the prostate: The 'golden standard' reclaims its leading position. *Curr Opin Urol*. 2009;19:26–32. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19057207>
- Mamoulakis C, Ubbink DT, de la Rosette J. Bipolar versus monopolar transurethral resection of the prostate: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur Urol*. 2009;56:798–809. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19595501>
- Tefekli A, Muslumanoglu AY, Baykal M, et al. A hybrid technique using bipolar energy in transurethral prostate surgery: A prospective, randomised comparison. *J Urol*. 2005;174:1339–43. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16145415>
- Autorino R, de Sio M, d'Armiento M. Bipolar plasmakinetic technology for the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia: Evidence beyond marketing hype? *BJU Int*. 2007;100:983–5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17578467>
- Rassweiler J, Schlze M, Stock C, et al. Bipolar transurethral resection of the prostate — technical modifications and early clinical experience. *Minim Invasive Ther Allied Technol*. 2007;16:11–21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17365673>

Prostatectomía abierta

Mecanismo de acción

La prostatectomía abierta es la modalidad más antigua de tratamiento quirúrgico en pacientes con SOUB secundarios a obstrucción prostática benigna. Los adenomas prostáticos obstructivos son enucleados utilizando el dedo índice, ya sea desde el interior de la vejiga (procedimiento de Freyer) o a través de la cápsula prostática anterior (procedimiento de Millin), permitiendo la evacuación sin obstrucción.

Procedimiento quirúrgico

Las indicaciones quirúrgicas más frecuentes son los SOUB refractarios a manejo médico^{1,2}. Las siguientes complicaciones son consideradas indicaciones absolutas para cirugía:

- Retención urinaria refractaria.
- Infección urinaria recurrente.
- Hematuria recurrente refractaria a manejo médico con inhibidores de 5 alfa reductasa.
- Cálculos vesicales.

El aumento en el RPM también puede ser usado como indicación para cirugía. Las variables que más predicen el resultado de la prostatectomía son la severidad de los SOUB, el grado de molestia y la presencia de obstrucción del tracto urinario de salida.

Procedimiento transvesical (Freyer). Se realiza una incisión mediana en la pared vesical anterior. Luego el dedo índice se coloca en la uretra y se realiza presión hacia la sínfisis púbica hasta romper la mucosa uretral definiendo el plano entre la cápsula quirúrgica y el adenoma. Posteriormente son separados digitalmente los adenomas de la cápsula prostática. Se debe tener cuidado en la disección del ápex para no lesionar el esfínter uretral. Se colocan suturas hemostáticas en las esquinas posteriores de la cavidad y los márgenes posteriores, cuidando los orificios uretrales. La hemostasia postoperatoria se puede lograr empaquetando o usando una tracción con el balón de la sonda vesical. Para obtener un drenaje adecuado se puede colocar una sonda transuretral y un catéter suprapúbico.

Procedimiento transcapsular (Millin). Se realiza una incisión transversa sobre la cápsula prostática. El adenoma se libera digitalmente y con tijeras. Luego se pasa una sonda transuretral y se cierra la cápsula prostática.

Antibiótico perioperatorio. Se deben tratar las infecciones urinarias conocidas, previo a la cirugía^{3,4}. El uso rutinario de antibióticos profilácticos es controversial. Sin embargo, se recomienda el uso de antibióticos durante el cateterismo previo a la cirugía.

Eficacia

La adenomectomía abierta es el tratamiento de elección para próstatas de gran tamaño (> 80-100 ml). Así mismo se deben incluir indicaciones como grandes cálculos intravesicales o divertículos vesicales⁵⁻⁷. Tres estudios de control aleatorizados han demostrado que la enucleación y la vaporización prostática mediante láser de holmio arrojan resultados similares comparados con la adenomectomía abierta en hombres con grandes volúmenes prostáticos, con una tasa de complicaciones inferior⁸⁻¹⁰.

Resultados del tratamiento. SOUB: la adenomectomía abierta resulta en mejoría de los SOUB entre el 63 y el 86%. La calidad de vida en el IPSS, entre el 60 y el 87%⁹⁻¹¹.

Uroflujometría: hay mejoría del flujo máximo en el 375%^{7,9-11}.

Hay reducción del RPM del 86 al 98% luego de la adenomectomía abierta⁹⁻¹¹.

Resultados a largo plazo y tasa de retratamiento. Los resultados a largo plazo luego de prostatectomía abierta son favorables. No se documentó la necesidad de una segunda cirugía prostática en el brazo de cirugía abierta durante un seguimiento de 5 años⁹⁻¹¹.

Tolerabilidad y seguridad

En cuanto a las complicaciones intra y perioperatorias, la mortalidad luego de adenomectomía abierta ha disminuido de manera importante en los últimos 20 años, siendo menor al 0,25% en series contemporáneas. El requerimiento estimado de transfusión sanguínea es del 7-14%¹⁰⁻¹².

Complicaciones a largo plazo. Las complicaciones a largo plazo son incontinencia, contractura del cuello vesical y estrechez uretral. El riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo es hasta del 10%, mientras que el riesgo de desarrollar contractura del cuello vesical y estrechez uretral es del 6%⁸⁻¹⁰.

Consideraciones prácticas

La adenomectomía abierta es el procedimiento más invasivo, pero así mismo el más efectivo y duradero para tratar los SOUB secundarios al crecimiento prostático benigno. Solo la enucleación con láser de holmio provee resultados similares, pero con menor morbilidad. En ausencia de instrumental endourológico y de láser de holmio, la cirugía abierta parecer ser el tratamiento de elección para próstatas mayores de 80-100 ml y resistentes al tratamiento médico. La decisión de la técnica quirúrgica depende de la experiencia del cirujano.

Recomendaciones

	NE	GR
La adenomectomía abierta es la primera elección de tratamiento quirúrgico en pacientes con SOUB secundarios a crecimiento prostático benigno, refractarios al manejo médico y con próstatas cuyo volumen es mayor a 80-100 ml, en ausencia de láser de holmio	1a	A

Bibliografía

1. Borboroglu PG, Kane CJ, Ward JF, et al. Immediate and postoperative complications of transurethral prostatectomy in the 1990s. J Urol. 1999;162:1307-10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10492185>
2. Pickard R, Emberton M, Neal DE, National Prostatectomy Audit Steering Group. The management of men with acute urinary retention. Br J Urol. 1998;81:712-20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9634047>
3. ElMalik EM, Ibrahim AI, Gahli AM, et al. Risk factors in prostatectomy bleeding: Preoperative urinary infection is the only

- reversible factor. *Eur Urol.* 2000;37:199–204. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10705199>
4. Scholz M, Luftenegger W, Harmuth H, et al. Single-dose antibiotic prophylaxis in transurethral resection of the prostate: a prospective randomised trial. *Br J Urol.* 1998;81:827–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9666765>
 5. Tubaro A, Carter S, Hind A, et al. A prospective study of the safety and efficacy of suprapubic transvesical prostatectomy in patients with benign prostatic hyperplasia. *J Urol.* 2001;166:172–6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11435849>
 6. Mearini E, Marzi M, Mearini L, et al. Open prostatectomy in benign prostatic hyperplasia: 10-year experience in Italy. *Eur Urol.* 1998;34:480–5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9831789>
 7. Serretta V, Morgia G, Fondacaro L, et al. Open prostatectomy for benign prostatic enlargement in southern Europe in the late 1990s: A contemporary series of 1800 interventions. *Urology.* 2002;60:623–7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12385922>
 8. Naspro R, Suardi N, Salonia A, et al. Holmium laser enucleation of the prostate versus open prostatectomy for prostates > 70 g: 24-month follow-up. *Eur Urol.* 2006;50:563–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16713070>
 9. Skolarikos A, Papachristou C, Athanasiadis G, et al. Eighteen-month results of a randomized prospective study comparing transurethral photoselective vaporisation with transvesical open enucleation for prostatic adenomas greater than 80 cc. *J Endourol.* 2008;22:2333–40. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18837655>
 10. Kuntz RM, Lehrich K, Ahyai SA. Holmium laser enucleation of the prostate versus open prostatectomy for prostates greater than 100 grams: 5-year follow-up results of a randomised clinical trial. *Eur Urol.* 2008;53:160–6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17869409>
 11. Varkarakis I, Kyriakakis Z, Delis A, et al. Long-term results of open transvesical prostatectomy from a contemporary series of patients. *Urology.* 2004;64:306–10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15302484>
 12. Gratzke C, Schlenker B, Seitz M, et al. Complications and early postoperative outcome after open prostatectomy in patients with benign prostatic enlargement: Results of a prospective multicenter study. *J Urol.* 2007;177:1419–22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17382744>

Termoterapia transuretral con microondas

Mecanismo de acción

La termoterapia transuretral con microondas (TUMT) funciona mediante la emisión de radiación de microondas a través de una antena intrauretral con el fin de transmitir calor a la próstata. El tejido es destruido al ser calentado a temperaturas por encima de umbrales citotóxicos (> 45 °C) (necrosis de coagulación). El calor se produce principalmente por dipolos eléctricos (moléculas de agua) que oscilan en el campo de microondas y por portadores de carga eléctrica (iones) que se mantienen en movimientos de ida y vuelta dentro de este campo.

También se cree que el calor generado por TUMT causa la apoptosis y la denervación de alfa-receptores, disminuyendo de ese modo el tono del músculo liso de la uretra prostática.

Procedimiento operativo

La TUMT es una marca registrada de Sistemas Médicos Technomed, el pionero de la termoterapia con microondas.

En la actualidad, los principales dispositivos en el campo de la termoterapia con microondas son: dispositivo Prostatron™ (Urologix, Minneapolis, MN, EE. UU.), Targis™ (Urologix, Minneapolis, MN, EE. UU.), CoreTherm™ (ProstaLund, Lund, Suecia) y TMX-2000™ (TherMatrx Inc, Northbrook, Ill, EE. UU.).

La mayoría de los datos publicados sobre termoterapia han sido con el dispositivo Prostatron. Conceptualmente, todos los dispositivos TUMT son similares en la entrega de la energía de microondas a la próstata, pero con diferentes tipos de sistemas de retroalimentación. Consisten en un módulo de tratamiento que contiene el generador de microondas con un sistema de medición de temperatura y un sistema de refrigeración. La principal diferencia entre los dispositivos es el aplicador uretral. El aplicador consta de un catéter conectado al módulo de microondas el cual se inserta en la uretra prostática. Las diferencias en las características de los aplicadores tienen un efecto significativo en el perfil de calentamiento¹. Otras diferencias menos importantes entre los dispositivos se encuentran en la construcción del catéter, en los sistemas de refrigeración, en el tiempo de tratamiento y en el seguimiento de los efectos TUMT².

Eficacia

Resultados clínicos. Se realizó una revisión sistemática de la literatura con el fin de evaluar la eficacia terapéutica de los diferentes dispositivos y software TUMT, incluyendo Prostatron (Prostatsoft 2.0 y 2.5) y ProstaLund (tabla 3)³.

Se calcularon las diferencias de medias ponderadas (DMP) con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%) para los diferentes tratamientos. La revisión encontró que TUMT fue menos eficaz que la RTUP en la reducción de SOUB. El promedio de la puntuación de síntomas para los hombres sometidos a TUMT disminuyó en un 65% en 12 meses vs un 77% en los hombres sometidos a RTUP (DMP –1,83 a favor de la RTUP). Así mismo, la RTUP logra una mejoría superior en Q_{max} (119%) vs TUMT (70%), (DMP de 5,44 ml/s en favor de la RTUP)³.

Del mismo modo, un análisis combinado de 3 estudios de ProstaLund Feedback (PLFT) con 12 meses de seguimiento mostró que la tasa de respuesta fue del 85,3% en el grupo PLFT y del 85,9% en el grupo de la RTUP⁴. Además, los datos del IPSS indicaron una mejoría no inferior con PLFT en comparación con la RTUP⁴. Sin embargo, el análisis de IC 95% mostró que los datos de PLFT en comparación con la RTUP no alcanzaron el nivel predeterminado, aunque ambos (PLFT y RTUP) parecen mejorar significativamente el Q_{max} .

Anteriormente, la retención urinaria fue considerada como una contraindicación para TUMT. Actualmente, estudios con nivel de evidencia 2b han reportado una tasa de éxito del 80-93% para TUMT, definida como el porcentaje de pacientes que recuperó su capacidad de micción de forma espontánea⁵⁻⁷. Sin embargo, estos estudios tuvieron un seguimiento muy corto (< 12 meses), lo que hace que sea difícil estimar la durabilidad de estos resultados en pacientes con retención. En un estudio con un tiempo de seguimiento de hasta 5 años, el fracaso del tratamiento fue del 37,8% en el grupo de retención, con un riesgo acumulado del 58,8% a los 5 años⁸.

Por otro lado, en un estudio aleatorizado se comparó TUMT con el α 1-bloqueador terazosina⁹. Después de 18

Tabla 3 Eficacia de TUMT. Los cambios absolutos y relativos comparados con el valor basal son enumerados para síntomas (IPSS), máximo flujo urinario (Q_{max}) residuo postmiccional (RPM) y volumen prostático (PVol)

Estudios	Duración (semanas)	Pacientes (n)	Cambio IPSS (% absoluto)	Cambio Q_{max} (ml/s, %)	Cambio QoL (% absoluto)	Cambio RPM (% absoluto)	Cambio PVol (% absoluto)	NE
Hoffman et al. (2007) ³	52	322	-12,7 ^a (-65,0)	5,6 ^a (70,0)	-2,4 ^a (58,5)	ND	ND	1a
Gravas et al. (2005) ⁴	52	183	-14,5 ^a (-69,0)	8,4 ^a (109,0)	-2,97 ^a (70,9)	ND	-17,0 ^a (-33,0)	1b
Mattiasson et al. (2007) ¹⁹	260	100	-13,6 ^a (-61,5)	3,8 ^a (50,0)	-3,2 ^a (-74,4)	-36,0 (-34,0)	-4,0 (-8,1)	1b
Floratos et al. ¹⁵	156	78	-8,0 ^a (-40,0)	2,7 ^a (29,3)	-2,0 ^a (-50,0)	NS	ND	1b
Thalmann et al. (2002) ¹⁷	104	200	-20,0 ^a (-87,0)	7,0 ^a (116,6)	-4,0 ^a (-80,0)	-143 ^a (-84,1)	-17,7 ^a (-30,7)	2b
Miller et al. (2003) ¹⁸	260	150	-10,6 ^a (-47,0)	2,4 ^a (37,0)	-2,3 ^a (-54,7)	ND	ND	2b
Trock et al. (2004) ²³	208	541	-8,9 ^a (-42,7)	2,8 ^a (35,0)	-2,1 ^a (-50,1)	ND	ND	2b

ND: no disponible; NS: no significativo.

^a Significativa en comparación con el valor basal.

meses de seguimiento, el fracaso del tratamiento en los pacientes tratados con terazosina (41%) fue significativamente mayor que en los pacientes tratados con TUMT (5,9%); de igual forma, TUMT también logró una mayor mejoría de IPSS y del Q_{max} ¹⁰.

Durabilidad. La TUMT de baja energía tiene resultados decepcionantes en cuanto a la durabilidad. Varios estudios han reportado una tasa de retratamiento tan alta como del 84,4% a los 5 años después de TUMT de baja energía¹¹⁻¹⁴, mientras que otros estudios han informado de tasas de tratamiento tan solo de un 19,8 a 29,3% después de TUMT de alta energía, aunque con un tiempo menor de seguimiento (30 a 60 meses)¹⁵⁻¹⁸.

La tasa de re-tratamiento también ha sido estimada por una revisión sistemática de TUMT³. Los ensayos tenían diferentes períodos de seguimiento y la tasa de re-tratamiento se expresó como el número de eventos por persona al año de seguimiento. La tasa de retratamiento fue de 0,075/persona-años para los pacientes tratados con TUMT y 0,010/persona-años para RTUP. Sin embargo, un estudio aleatorizado, prospectivo, multicéntrico, después de 5 años de seguimiento, obtuvo unos resultados clínicos comparables con TUMT vs los observados con la RTUP. El estudio comparó TUMT (PLFT; dispositivo Core-Therm) y RTUP¹⁹. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el Q_{max} e IPSS entre los 2 grupos de tratamiento a los 5 años. En el grupo TUMT, el 10% necesitaron tratamiento adicional frente al 4,3% en el grupo RTUP. Estos datos sugieren que, a los 5 años, los resultados clínicos obtenidos con PLFT-TUMT fueron comparables a los observados después de RTUP. Cabe señalar que los estudios de mayor tiempo de seguimiento tienen una elevada tasa de abandono; en este estudio, menos de la mitad de los pacientes tratados del grupo inicial se analizaron a los 4-5 años. No obstante, los pacientes que permanecieron en el estudio eran susceptibles de representar los mejores datos (respondedores).

Tolerabilidad y seguridad

El tratamiento en general es bien tolerado, aunque la mayoría de los pacientes experimentan dolor perineal, urgencia urinaria y requieren medicamentos para el dolor antes o durante la terapia.

Los datos agrupados de morbilidad de los estudios aleatorizados que comparan TUMT y RTUP han sido publicados^{3,4,20}. El tiempo de cateterismo, la incidencia de disuria/urgencia urinaria y la retención urinaria fueron significativamente menores con la RTUP, mientras que la incidencia de hospitalización, hematuria, retención por coágulos, transfusiones, síndrome post RTUP y estrechez uretral fueron significativamente menores para TUMT.

En una revisión sistemática de estudios aleatorizados³, la tasa de re-tratamiento debido a estrecheces durante el seguimiento se calculó y expresó como el número de eventos por persona al año de seguimiento. Los pacientes llevados a RTUP (5,85/100 personas-años) tenían más probabilidades de requerir cirugía re-tratamiento para estrechez uretral (meato, uretra o cuello vesical). Los datos combinados mostraron que TUMT tuvo menos impacto en la función sexual (disfunción eréctil, eyaculación retrógrada) que la RTUP^{3,4,20}.

Consideraciones prácticas

La endoscopia es esencial, ya que es importante para identificar la presencia de lóbulo medio o una longitud insuficiente de la uretra prostática. La baja morbilidad y la ausencia de cualquier necesidad de anestesia (espinal o general) hacen que la TUMT sea un procedimiento ambulatorio, proporcionando una excelente opción para pacientes de edad avanzada con alto riesgo quirúrgico y, por lo tanto, inadecuados para el tratamiento invasivo²¹. Los parámetros que predicen un resultado desfavorable son edad avanzada, un bajo volumen prostático, obstrucción leve a moderada del tracto urinario de salida y una baja cantidad de energía suministrada durante el tratamiento²². Sin embargo, se debe recordar que un factor predictivo para un dispositivo en particular puede no necesariamente ser aplicado a otros.

Recomendaciones

	NE	GR
La termoterapia transuretral con microondas logra una mejoría de síntomas comparable a la RTUP, pero está asociada a una disminución en la morbilidad y mejoría en el flujo	1a	A
La durabilidad de la RTUP es mejor, con bajas tasas de retratamiento comparado con TUMT	1a	A

Bibliografía

- Bolmsjo M, Wagrell L, Hallin A, et al. The heat is on — but how? A comparison of TUMT devices. *Br J Urol.* 1996;78:564–72. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8944513>
- Walmsley K, Kaplan SA. Transurethral microwave thermotherapy for benign prostatic hyperplasia: Separating truth from marketing hype. *J Urol.* 2004;172 4 Pt 1:1249–55. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15371817>
- Hoffman RM, Monga M, Elliot S, et al. Microwave thermotherapy for benign prostatic hyperplasia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(4):CD004135. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/179438114>
- Gravas S, Laguna P, Ehrnebo M, et al. Seeking for evidence that cell kill guided thermotherapy gives results not inferior to transurethral resection of prostate: results of a pooled analysis of 3 studies on feedback transurethral microwave thermotherapy. *J Urol.* 2005;174:1002–6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16094023>
- Schelin S. Microwave thermotherapy in patients with benign prostatic hyperplasia and chronic urinary retention. *Eur Urol.* 2001;39:400–4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11306877>
- Naqvi SA, Rizvi SA, Hasan AS. High-energy microwave thermotherapy in patients in urinary retention. *J Endourol.* 2000;14:677–81. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11083411>
- Kellner DS, Armenakas NA, Brodherson M, et al. Efficacy of high-energy transurethral microwave thermotherapy in alleviating medically refractory urinary retention due to benign prostatic hyperplasia. *Urology.* 2004;64:703–6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15491705>
- Gravas S, Laguna P, Kiemeny LA, et al. Durability of 30 minutes high-energy transurethral microwave therapy for the treatment of BPH: A study of 213 patients with and without urinary retention. *Urology.* 2007;69:854–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17482921>
- Djavan B, Roehrborn CG, Shariat S, et al. Prospective randomised comparison of high energy transurethral microwave thermotherapy versus alpha-blocker treatment of patients with benign prostatic hyperplasia. *J Urol.* 1999;161:139–43. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10037386>
- Djavan B, Seitz C, Roehrborn CG, et al. Targeted transurethral microwave thermotherapy versus alpha-blockade in benign prostatic hyperplasia: outcomes at 18 months. *Urology.* 2001;57:66–70. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11164146>
- Keijzers CB, Francisca EAE, d'Ancona FC, et al. Long-term results of lower energy TUMT. *J Urol.* 1998;159:1966–73. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9598499>
- Tsai YS, Lin JSN, Tong YC, et al. Transurethral microwave thermotherapy for symptomatic benign prostatic hyperplasia: Long term durability with Prostate. *Eur Urol.* 2001;39:688–92. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11464059>
- Terada N, Aoki Y, Ichioka K, et al. Microwave thermotherapy for benign prostatic hyperplasia with the Dornier Urowave: Response durability and variables potentially predicting response. *Urology.* 2001;57:701–6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11306384>
- Ekstrand V, Westermarck S, Wiksell H, et al. Long-term clinical outcome of transurethral microwave thermotherapy (TUMT) 1991–1999 at Karolinska Hospital, Sweden. *Scand J Urol Nephrol.* 2002;36:113–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12028684>
- Floratos DL, Kiemeny LA, Rossi C, et al. Long-term follow-up of randomised transurethral microwave thermotherapy versus transurethral prostatic resection study. *J Urol.* 2001;165:1533–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11342912>
- D'Ancona FC, Francisca EA, Witjes WP, et al. Transurethral resection of the prostate vs high-energy thermotherapy of the prostate in patients with benign prostatic hyperplasia: long-term results. *Br J Urol.* 1998;81:259–64. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9488070>
- Thalmann GN, Mattei A, Treuthardt C, et al. Transurethral microwave therapy in 200 patients with a minimum follow-up of 2 years: Urodynamic and clinical results. *J Urol.* 2002;167:2496–501. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11992066>
- Miller PD, Kastner C, Ramsey EW, et al. Cooled thermotherapy for the treatment of benign prostatic hyperplasia: Durability of results obtained with the Targis System. *Urology.* 2003;61:1160–4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12809888>
- Mattiasson A, Wagrell L, Schelin S, et al. Five-year follow-up of feedback microwave thermotherapy versus TURP for clinical BPH: A prospective randomised multicenter study. *Urology.* 2007;69:91–6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17270624>
- De la Rosette JJ, Laguna MP, Gravas S, et al. Transurethral microwave thermotherapy: The gold standard for minimally invasive therapies or patients with benign prostatic hyperplasia? *J Endourol.* 2003;17:245–51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12816589>
- D'Ancona FC, van der Bij AK, Francisca EA, et al. The results of high energy transurethral microwave thermotherapy in patients categorized according to the American Society of Anaesthesiologists operative risk classification (ASA). *Urology.* 1999;53:322–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9933048>
- D'Ancona FC, Francisca EAE, Hendriks JC, et al. High energy transurethral thermotherapy in the treatment of benign prostatic hyperplasia: Criteria to predict treatment outcome. *Prostate Cancer Prostatic Dis.* 1999;2(2):98–105. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12496846>

23. Trock BJ, Brozman M, Utz WJ, et al. Long-term pooled analysis of multicenter studies of cooled radiotherapy for benign prostatic hyperplasia results at three months through four years. *Urology*. 2004;63:716–21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15072887>

Ablación transuretral de próstata con aguja (TUNA™)

Mecanismo de acción

El procedimiento TUNA™ trabaja mediante la inducción de una necrosis por coagulación dentro de la zona de transición de la próstata. Como resultado de la maduración de la cicatriz, puede haber una reducción en el volumen de la zona transicional y, por lo tanto, una reducción de la obstrucción prostática. También, aunque todavía poco estudiado, puede haber un efecto neuromodulador.

Procedimiento operativo

El dispositivo TUNA™ envía energía de radiofrecuencia de bajo nivel a la próstata mediante agujas insertadas por vía transuretral en el parénquima prostático. Las agujas están aisladas, excepto en sus puntas, de modo que la energía solo se suministra en el parénquima prostático y no a la uretra. Las agujas se colocan bajo visión directa utilizando una guía adaptada al cistoscopio convencional. TUNA™ se lleva a cabo bajo anestesia (local o general) o sedación.

Eficacia

Varios ensayos clínicos no aleatorizados han demostrado la eficacia clínica de la TUNA™ con bastantes resultados consistentes^{1–5}. La mejoría sintomática ha oscilado entre el 40 y el 70%. Las mejoras en el Q_{max} varían mucho entre los diferentes estudios (26 a 121% en los pacientes sin retención). Un informe reciente de 5 años de seguimiento en 188 pacientes demostró mejoría de los síntomas en un 58% y una mejoría en el flujo del 41%. Sin embargo, el 21,2% de los pacientes requieren tratamiento adicional⁹.

Estudios aleatorizados. La TUNA™ ha sido comparada con la RTUP en diferentes estudios aleatorizados^{6–9} con diferentes tiempos de seguimiento. Los estudios encontraron que tanto TUNA™ como la RTUP produjeron una mejoría sintomática. Sin embargo, la RTUP produjo una mayor mejoría en los síntomas y una mejor calidad de vida, así como una mejoría significativa en Q_{max} después de TUNA™ (tabla 4). Comparaciones más detalladas entre TUNA™ y RTUP se pueden encontrar en algunas revisiones sistemáticas de alta calidad y en metaanálisis^{10,11}.

Impacto en la obstrucción del tracto urinario. Siete estudios clínicos sobre el impacto de la TUNA™ en la obstrucción del tracto urinario^{12,13} han demostrado una diferencia estadísticamente significativa en la disminución de la presión máxima del detrusor o la presión máxima del detrusor a Q_{max} , a pesar que un número de pacientes continuó presentando obstrucción después de la terapia TUNA™.

No hay pruebas convincentes de que el tamaño de la próstata se reduzca significativamente posterior a la TUNA™⁴. Los informes recientes han sugerido que la resonancia magnética con gadolinio puede ser una herramienta útil para evaluar los efectos relacionados con el tratamiento¹⁴.

Durabilidad. Debido a que la mayoría de los estudios han sido a corto y mediano plazo, han aumentado las preocupaciones sobre la durabilidad de los efectos de la terapia. Incluso a corto plazo (12 meses), hasta el 20% de los pacientes tratados con TUNA™ necesitan ser re-tratados con RTUP¹⁵. Un informe reciente describe una tasa de fracaso (re-tratamiento) de hasta el 50% en un periodo de 20 meses¹⁶.

Tolerabilidad y seguridad

La TUNA™ se realiza generalmente como un procedimiento ambulatorio con anestesia local, aunque a veces es necesario utilizar sedación¹⁵. La retención urinaria postoperatoria se observó en el 13,3 al 41,6% de los pacientes durante 1-3 días; al plazo de 1 semana, el 90-95% de pacientes estaban sin catéter¹⁵. Los síntomas urinarios irritativos son comunes

Tabla 4 Resumen de niveles de evidencia (TUNA vs RTUP)

	TUNA™	RTUP	TUNA™ vs RTUP IC 95%	NE
Síntomas (IPSS): media (% mejoría)				
3 meses ^{6,8}	–12 (56%)	–14 (62%)	–2 (–0,9 a 3,1)	1b
1 año ^{7–9}	–12 (55%)	–15,5 (70%)	3,4 (2,1 a 5,2) ^a	1b
3 años ^{7,9}	–10 (45%)	–15 (67%)	4,8 (4,2 a 5,4) ^a	1b
Puntuaciones de calidad de vida: media (% mejoría)				
3 meses ^{6,8}	–4,5 (54%)	–3,7 (48%)	–0,8 (–1,3 a 0,5)	1b
1 año ^{7–9}	–4 (50%)	–4,3 (56%)	0,63 (0,1 a 1,2) ^a	1b
3 años ^{7,9}	–4,2 (50%)	5,2 (67%)	1 (0,2 a 1,9) ^a	1b
Q_{max} (ml/s): media (% mejoría)				
3 meses ^{6,8}	4,7 (54%)	11,5 (150%)	–5,8 (–6,3 a –5,4) ^a	1b
1 año ^{7–9}	6,5 (76%)	12,2 (160%)	–5,9 (–7,7 a –4,1) ^a	1b
3 años ^{7,9}	5,6 (66%)	10,8 (141%)	–5,3 (–6,8 a –3,9) ^a	1b
RPM (ml): media (% mejoría)				
1 año ^{8,9}	–20 (22%)	–42 (41%)	22 (–18 a 27) ^a	1b

IPSS: escala internacional de síntomas prostáticos; Q_{max} : máximo flujo urinario; RPM: residuo postmiccional.

^a RTUP significativamente mejor comparado con TUNA™.

en las primeras 4 a 6 semanas¹⁷. La continencia no se ve afectada.

Consideraciones prácticas

Pocos criterios de selección de pacientes se han identificado hasta la fecha. Sin embargo, la TUNATM es adecuada para pacientes con volúmenes prostáticos > 75 ml u obstrucción del cuello de la vejiga. Debido a que la TUNATM no puede tratar efectivamente el lóbulo medio, no está claro si los hombres con lóbulos medios importantes experimentarán el beneficio de los estudios publicados. Existe la evidencia anecdótica de TUNATM en los hombres que recibieron aspirina y anticoagulantes. La TUNATM se puede realizar de manera exitosa y se asocia con menos efectos secundarios en comparación con la RTUP (por ejemplo, sangrado, disfunción eréctil, incontinencia urinaria). Sin embargo, sigue existiendo preocupación en cuanto a la durabilidad de los efectos logrados por TUNATM.

Recomendaciones

	NE	GR
La ablación transuretral de próstata con aguja (TUNA TM) es una alternativa a la RTUP para pacientes que desean evitar o disminuir las complicaciones de la RTUP. Sin embargo, los pacientes deben ser conscientes de las altas tasas de re-tratamiento y de una mejoría más baja en síntomas y en calidad de vida	1a	A

Bibliografía

1. Ramon J, Lynch TH, Eardley I, et al. Transurethral needle ablation of the prostate for the treatment of benign prostatic hyperplasia: A collaborative multicentre study. *Br J Urol.* 1997;80:128-34. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9240192>
2. Roehrborn CG, Issa MM, Bruskewitz RC, et al. Transurethral needle ablation for benign prostatic hyperplasia: 12-month results of a prospective, multicenter US study. *Urology.* 1998;51:415-21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9510346>
3. Schulman CC, Zlotta AR. Transurethral needle ablation of the prostate for treatment of benign prostatic hyperplasia: early clinical experience. *Urology.* 1995;45:28-33. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7529447>
4. Minardi D, Garafolo F, Yehia M, et al. Pressure-flow studies in men with benign prostatic hypertrophy before and after treatment with transurethral needle ablation. *Urol Int.* 2001;66:89-93. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11223750>
5. Zlotta AR, Giannakopoulos X, Maehlum O, et al. Long-term evaluation of transurethral needle ablation of the prostate (TUNA) for treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia: clinical outcome up to five years from three centers. *Eur Urol.* 2003;44:89-93. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12814680>
6. Bruskewitz R, Issa MM, Roehrborn CG, et al. A prospective randomised 1-year clinical trial comparing transurethral needle ablation to transurethral resection of the prostate for the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia. *J Urol.* 1998;159:1588-93. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9554360>
7. Chandrasekar P, Viridi JS, Kapasi F. Transurethral needle ablation of the prostate (TUNA) in the treatment of benign prostatic hyperplasia: A prospective, randomised study, long term results. *J Urol.* 2003;169:s468.
8. Cimentepe E, Unsal A, Saglam R. Randomised clinical trial comparing transurethral needle ablation with transurethral resection of the prostate for the treatment of benign prostatic hyperplasia: results at 18 months. *J Endourol.* 2003;17:103-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12689404>
9. Hill B, Belville W, Bruskewitz R, et al. Transurethral needle ablation versus transurethral resection of the prostate for the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia: 5-year results of a prospective, randomised, multicenter clinical trial. *J Urol.* 2004;171 6 Pt 1:2336-40. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15126816>
10. Bouza C, Lopez T, Magro A, et al. Systematic review and meta-analysis of transurethral needle ablation in symptomatic benign prostatic hyperplasia. *MBC Urology.* 2006;6:14. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16790044>
11. Lourenco T, Armstrong N, N'Dow J, et al. Systematic review and economic modelling of effectiveness and cost utility of surgical treatments for men with benign prostatic enlargement. *Health Technol Assess.* 2008;12, iii, ix-x, 1-146, 169-515. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19032882>
12. Campo B, Bergamaschi F, Corrada P, et al. Transurethral needle ablation (TUNA) of the prostate: A clinical and urodynamic evaluation. *Urology.* 1997;49:847-50. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9187689>
13. Steele GS, Sleep DJ. Transurethral needle ablation of the prostate: A urodynamic based study with 2-year follow-up. *J Urol.* 1997;158:1834-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9334612>
14. Mynderse LA, Larson B. Characterizing TUNA ablative treatments of the prostate for benign hyperplasia with gadolinium-enhanced magnetic resonance imaging. *J Endourol.* 2007;21:1361-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18042031>
15. Chapple CR, Issa MM, Woo H. Transurethral needle ablation (TUNA). A critical review of radiofrequency thermal therapy in the management of benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol.* 1999;35:119-28. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9933805>
16. Benoist N, Bigot P, Colombel P, et al. TUNA: Clinical retrospective study addressing mid-term outcomes. *Prog Urol.* 2009;19:54-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19135643>
17. Schatzl G, Madersbacher S, Lang T, et al. The early postoperative morbidity of transurethral resection of the prostate and of four minimally invasive treatment alternatives. *J Urol.* 1997;158:105-10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9186334>

Consideraciones prácticas para Colombia

Se realizó una revisión de la literatura en las bases de datos de PubMed/Medline, ScienceDirect y Cochrane de artículos publicados en inglés entre febrero de 2010 hasta mayo de 2014 incluyendo los términos «Transurethral Needle Ablation (TUNATM) of the prostate» y «Transurethral Microwave Therapy (TUMT)» asociado con la palabra AND, a los términos «Mechanism of action», «Operative procedure», «Efficacy», «Durability», «Tolerability and safety», «Practical considerations», «randomised clinical trials», «review» y «meta-analysis».

Se obtuvo un total de 3 artículos¹⁻³, de los cuales ninguno aportó evidencia adicional a lo publicado en la presente guía, ni se encontró un mejor nivel de evidencia que pudiera

permitir suministrar un grado de recomendación diferente o útil en nuestro medio.

Bibliografía

1. McVary KT, Roehrborn CG, Avins AL, Barry MJ. Update on AUA Guideline on the Management of Benign Prostatic Hyperplasia. *J Urol.* 2011;185:1793–803.
2. Mohamad Al-Ali BE, Au-prich M, Dieber G, Pummer K. c22 change of quality of life due to urinary symptoms in geriatric asa 0 patients with benign prostate hyperplasia (BPH) and chronic urinary retention after transurethral microwave thermotherapy (TUMT). *Eur Urol Suppl.* 2010;9:625.
3. Mynderse LA, Roehrborn CG, Partin AW, Preminger GM, Coté EP. Results of a 5-year multicenter trial of a new generation cooled high energy transurethral microwave thermal therapy catheter for benign prostatic hyperplasia. *J Urol.* 2011;186:355.

Tratamientos con láser para HPB

Enucleación con láser de Holmio (HoLEP) y resección con láser de holmio (HoLRP)

Mecanismo de acción. El holmio: ytrio-aluminio-granate (Ho:YAG) es un láser de energía pulsada (2.140 nm) que ha sido usado en urología para una variedad de aplicaciones endourológicas en tejidos blandos y para la destrucción de cálculos de las vías urinarias¹. La longitud de onda del Ho:YAG láser es fuertemente absorbida por el agua. Esto significa que el área de la coagulación del tejido y el resultado de necrosis del mismo se limita a 3 a 4 mm, lo que es suficiente para obtener una buena hemostasis². El pico de energía producida es intenso, no térmica, localizada, con destrucción del tejido, lo que da como resultado un corte preciso y eficiente del tejido prostático. Puede utilizarse para resección o enucleación de la próstata. La resección se utiliza con mayor frecuencia cuando la próstata es menor de 60 ml, y la enucleación se usa para próstatas más grandes.

Procedimiento quirúrgico. La técnica requiere el uso de una fibra de cuarzo de disparo frontal de 550 μm y un Ho:YAG láser de 80 W. Se requiere un elemento de trabajo o resectoscopio de succión continua y solución salina para irrigación. El principio básico de la técnica de resección (HoLRP) es resección de manera retrógrada de la próstata y fragmentación del tejido resecado en el interior de la vejiga para permitir su extracción a través del resectoscopio^{2,3}. Un avance significativo en la técnica ha sido la introducción de la enucleación (HoLEP). Imita la prostatectomía abierta, en la que los lóbulos de la glándula son completamente enucleados y empujados al interior de la vejiga, luego fragmentados y aspirados utilizando un dispositivo especial⁴.

Eficacia. El procedimiento fue por primera vez descrito en 1998 en Nueva Zelanda por Peter Gillig et al.⁵, quienes presentaron los resultados de un estudio aleatorizado comparando el HoLRP con la RTUP. El estudio preliminar incluyó 120 pacientes con obstrucción confirmada por urodinamia y próstata > 100 ml, con un tiempo operatorio significativamente mayor contra la RTUP (42,1 vs 25,8 min) y con mejoría sintomática y urodinámica equivalentes en ambos grupos de tratamiento. En 2004 se publicaron resultados con tiempo promedio de seguimiento de 4 años⁶ que mostraron que no había diferencia entre la RTUP y el HoLRP en los parámetros urodinámicos.

Gilling et al. reportaron seguimiento a 6,1 años, indicando que los resultados del HoLEP son duraderos y la mayoría de los pacientes se muestran satisfechos con los resultados del procedimiento⁷. Dos metaanálisis que analizaron los resultados de estudios clínicos aleatorizados comparando el RTUP con el HoLEP^{8,9} reportaron un tiempo significativo de duración mayor del procedimiento HoLEP, con mejoría equivalente en los síntomas urinarios; sin embargo, el Q_{max} a los 12 meses fue significativamente mejor en el grupo HoLEP que en el de RTUP⁹. En próstatas > 100 ml, el HoLEP ha demostrado ser tan efectivo como la prostatectomía abierta en mejorar la micción, con igual baja tasa de reoperación a 5 años de seguimiento¹⁰.

Seguridad y tolerabilidad. No se han descrito complicaciones intraoperatorias mayores, pero la técnica quirúrgica requiere habilidades especiales con una curva de aprendizaje prolongada¹¹. No existen limitantes específicas para su realización. Los pacientes en retención urinaria o recibiendo anticoagulación pueden ser tratados con seguridad¹². La disuria fue la principal complicación perioperatoria, con una incidencia aproximada del 10%^{2,5,13}. Comparándola con la RTUP, la HoLRP tiene un tiempo de cateterización significativamente menor (20 vs 37,2 h), menor tiempo de hospitalización (26,4 vs 47,4 h) y menor morbilidad perioperatoria⁵. La función eréctil, la continencia, el puntaje de síntomas y la morbilidad mayor a 48 meses fueron idénticos entre la RTUP y la HoLRP⁶. La eyaculación retrógrada se presentó del 75-80% de los pacientes y no se ha reportado impotencia en el postoperatorio². Ambos metaanálisis mostraron que el HoLEP requirió un menor tiempo de uso de catéter y estancia hospitalaria, menor sangrado y menos necesidad de transfusiones, pero requieren mayor tiempo de cirugía que la RTUP^{8,9}.

Vaporización con láser verde (Green Light) PVP

Mecanismo de acción. La vaporización del tejido prostático se logra con incremento súbito de la temperatura tisular de 50 a 100 °C después de la aplicación de energía láser. El aumento rápido de la temperatura en el tejido genera la presencia de vacuolas intracelulares con incremento de la presión intracelular. Una vez que la presión en la célula sube, se compromete la integridad de la misma y se liberan las vacuolas, que se observan como burbujas durante el procedimiento. Debido a la forma como el tejido interactúa con la oxihemoglobina, la vaporización láser se incrementa con una longitud de onda en el rango de 500 a 580 nm. Debido a la luz verde emitida con estas características, el procedimiento es conocido como «láser de luz verde».

Es importante incluir la longitud de onda del cristal utilizado para producir la energía láser para describir el tipo de vaporización, y ello debido a que la interacción con el tejido varía dependiendo de la longitud de onda, de la energía aplicada, de la arquitectura de la fibra y de las propiedades del tejido. Esto significa en la práctica que los resultados clínicos usando diferentes longitudes de onda NO son comparables.

Procedimiento quirúrgico. La vaporización láser de la próstata mediante el empleo del láser de luz verde se realiza utilizando fibras de disparo lateral con un rayo desviado a 70° y un cistoscopio con lente de 30°. Para la irrigación puede emplearse solución salina o agua a temperatura ambiental.

Bajo visión directa, se realiza la vaporización mediante una técnica de barrido de la fibra, girándola de manera sucesiva, iniciando usualmente desde el cuello vesical a los lóbulos laterales y de allí a ápex. El rayo láser visible permite evidenciar la ablación tisular.

Eficacia. Se han publicado numerosos estudios principalmente utilizando los equipos láser de 80 W de potencia: Con el propósito de disminuir el tiempo quirúrgico y hacer más eficiente la técnica operatoria, se ha evolucionado a los equipos de 120 W y recientemente a los de 180 W. Aún faltan datos para sacar conclusiones a largo plazo. Una mejoría significativa en los síntomas y los parámetros miccionales, con una tasa de re-operación comparable a la RTUP, fue reportada en un estudio a 5 años con 500 pacientes¹⁴. Otro estudio reciente sobre 11.645 egresos hospitalarios en Estados Unidos mostró una tasa de re-tratamiento a 4 años del 8,3% para RTUP y del 12,8% para láser, un 37% menor para el grupo de RTUP¹⁵. A pesar de estar con anticoagulación oral en el 45% de ellos (n=225), no se presentaron complicaciones intraoperatorias severas. El tiempo promedio de catéter fue de 1,8 días, y el de hospitalización, de 3,7 días.

Tres años después de la fotovaporización láser en hombres con volúmenes prostáticos de 28 ± 42 ml, el IPSS fue 8,0, el puntaje de calidad de vida fue de 1,3 y el $Q_{\max}$ fue de 18,4 ml/s. La tasa de re-tratamiento fue del 6,8%; la estrechez de la uretra y del cuello vesical se observaron en el 4,4 y el 3,6% de los pacientes, respectivamente. Sin embargo, el seguimiento solo se realizó en pocos pacientes. Una mejoría significativa en los parámetros miccionales se evidenció en la urodinamia a un año de seguimiento¹⁶.

Un estudio a un año de seguimiento mostró equivalencia de los resultados con la RTUP¹⁷, en ambos grupos con aumento significativo en el flujo urinario. En el grupo de RTUP, el $Q_{\max}$ subió de 8,7 a 17,9 ml/s (149%), y en el grupo de láser verde, de 8,5 a 20,6 ml/s (167%). El IPSS disminuyó de 25,4 a 12,4 (50%) en el grupo de RTUP y de 26 a 12 (50%) en el de vaporización láser.

Un metaanálisis que incluyó 1.398 pacientes (6 estudios aleatorizados y 5 de casos y controles) comparando la vaporización láser con RTUP a 12 años no mostró diferencias en el IPSS, en el residuo urinario y flujo urinario para próstatas <70 ml. El tiempo quirúrgico fue mayor para la PVP, pero el tiempo de sonda, la hospitalización y la necesidad de transfusiones fueron menores que en la RTUP¹⁸.

Estudios recientes han comparado la RTUP vs el láser de 120 W, demostrando idénticos resultados en mejoría de parámetros miccionales y complicaciones a 2 años de seguimiento¹⁹.

Seguridad y tolerabilidad. La seguridad del procedimiento ha sido un parámetro evaluado en varios estudios clínicos, no aleatorizados en pacientes anticoagulados, en retención urinaria y en próstatas >80 ml^{20,21}. En cuanto a la seguridad intraoperatoria, ha sido reportada como superior a la RTUP en algunos ensayos^{22,23}. Es también una técnica efectiva comprada con la RTUP, con equivalencia en la mejoría del flujo urinario y disminución de los síntomas y ventajas en menor tiempo de estancia hospitalaria, tiempo de cateterización y eventos adversos. El tiempo de sonda fue significativamente menor en el grupo de vaporización que en el grupo de RTUP, con un rango promedio de 13 h vs 44,7 h. El tiempo de hospitalización fue significativamente más corto

en el grupo de vaporización, con una media de 1,09 vs 3,6 días en el grupo de RTUP, respectivamente²⁴.

Consideraciones prácticas. A pesar de la eficacia de la RTUP a través de muchos años comprobada en la eficacia para el retiro de tejido prostático obstructivo y reducción de los síntomas secundarios a hiperplasia prostática, una tasa relativamente alta de complicaciones ha conducido al desarrollo de nuevas tecnologías, menos invasivas y más seguras. Con base en el poder energético y la longitud de onda, el láser puede usarse bien sea para coagulación, vaporización o corte (enucleación). Efectos no térmicos, también conocidos como ablación, conllevan así mismo destrucción tisular. Los resultados funcionales entonces serán diferentes dependiendo del manejo operatorio y de los diferentes tipos de láser, e incluyen la curva de aprendizaje, destrucción tisular, cantidad de tejido retirado, durabilidad de los resultados y tipo de complicaciones. El tratamiento de elección para reducir el agrandamiento de la próstata dependerá entonces de la disponibilidad de tecnología, la selección del paciente, las comorbilidades existentes, la utilización concomitante de medicamentos y la experiencia del cirujano.

Muchos tipos de equipos láser para cirugía de próstata han aparecido en la última década, incluido el Ho:Yag, el KTP:YAG, el Tulio, el LBO:YAG y los láseres de diodo. La energía por ellos emitida puede transmitirse con diversos tipos de fibra. Cada uno de los equipos tiene una interacción tisular específica y dependiente de la longitud de onda emitida. La destrucción del tejido prostático dependerá de los efectos térmicos y no térmicos. A junio de 2014, múltiples artículos de estas tecnologías han sido publicados, la mayoría con poco número de pacientes o con insuficiente seguimiento, y no se puede generalizar sobre las conclusiones de las diferentes tecnologías.

Recomendaciones

	NE	GR
El HoLEP y la vaporización de próstata con láser verde son alternativas mínimamente invasivas a la RTUP en hombres con SOUB secundarios a crecimiento prostático benigno, que causan mejoría inmediata, objetiva y subjetiva con resultados comparables a la RTUP	1b	A
Con relación a la seguridad intraoperatoria, la vaporización láser es superior a la RTUP y debe considerarse para pacientes que reciben medicación anticoagulante o con riesgo cardiovascular elevado	3	B
Con relación a las tasas de complicaciones a largo plazo, los resultados están solo disponibles para el HoLEP y son comparables a los de la RTUP	1b	A

Bibliografía

1. Le Duc A, Gilling PJ. Holmium laser resection of the prostate. Eur Urol. 1999;35:155–60. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9933809>
2. Gilling PJ, Cass CB, Malcolm AR, et al. Combination Holmium and Nd:YAG laser ablation of the prostate: Initial clinical

- experience. *J Endourol.* 1995;9:151–3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7633476>
3. Chun SS, Razvi HA, Denstedt JD. Laser prostatectomy with the holmium:YAG laser. *Tech Urol.* 1995;1:217–21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9118394>
 4. Fraundorfer MR, Gilling PJ. Holmium: YAG laser enucleation of the prostate combined with mechanical morcellation: Preliminary results. *Eur Urol.* 1998;33:69–72. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9471043>
 5. Gilling PJ, Fraundorfer MR, Kabalin JB. Holmium: YAG laser resection of the prostate (HoLRP) versus transurethral electrocautery resection of the prostate (TURP): A prospective randomised, urodynamic based clinical trial. *J Urol.* 1997;157:149A.
 6. Westenberg A, Gilling P, Kennett K, et al. Holmium laser resection of the prostate versus transurethral resection of the prostate: results of a randomised trial with 4-year minimum long-term followup. *J Urol.* 2004;172:616–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15247745>
 7. Gilling PJ, Aho TF, Frampton CF, et al. Holmium laser enucleation of the prostate: Results at 6 years. *Eur Urol.* 2008;53:744–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17475395>
 8. Tan A, Liao C, Mo Z, et al. Meta-analysis of holmium laser enucleation versus transurethral resection of the prostate for symptomatic prostatic obstruction. *Br J Surg.* 2007;94:1201–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17729384>
 9. Lourenco T, Pickard R, Vale L, et al., Benign Prostatic Enlargement Team. Alternative approaches to endoscopic ablation for benign enlargement of the prostate: Systematic review of randomized controlled trials. *BMJ.* 2008;337:a449. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18595932>
 10. Kuntz RM, Lehrich K, Ahyai SA. Holmium laser enucleation of the prostate versus open prostatectomy for prostates greater than 100 grams: 5-year follow-up results of a randomised clinical trial. *Eur Urol.* 2008;53:160–6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17869409>
 11. Heinrich E, Schiefelbein F, Schoen G. Technique and short-term outcome of green light laser (KTP, 80W) vaporisation of the prostate. *Eur Urol.* 2007;52:1632–7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17689002>
 12. Kabalin JN, Mackey MJ, Cresswell MD, et al. Holmium: YAG laser resection of prostate (HoLRP) for patients in urinary retention. *J Endourol.* 1997;11:291–3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9376851>
 13. Le Duc A, Anidjar M, Teillac P, et al. The Holmium YAG laser in the transurethral resection of prostate. *Br J Urol.* 1997;80 Suppl 2:A773.
 14. Ruszat R, Seitz M, Wyler SF, et al. GreenLight laser vaporisation of the prostate: Single-center experience and long-term results after 500 procedures. *Eur Urol.* 2008;54:893–901. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18486311>
 15. Strobe S, Yanq L, Nepple K, Andriole G, Owens P. Population based comparative effectiveness of transurethral resection of the prostate and laser therapy for benign prostatic hyperplasia. *J Urol.* 2012;187:1341–5.
 16. Hamann MF, Naumann CM, Seif C, et al. Functional outcome following photoselective vaporisation of the prostate (PVP): Urodynamic findings within 12 months follow-up. *Eur Urol.* 2008;54:902–7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18502565>
 17. Bouchier-Hayes DM, Anderson P, van Appledorn S, et al. KTP laser versus transurethral resection: Early results of a randomised trial. *J Endourol.* 2006;20:580–5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16903819>
 18. Ding H, Du W, Lu ZP, Zhai ZX, Wang HZ, Wang ZP. Photoselective green-light laser vaporisation vs. TURP for BPH: Meta-analysis. *Asian J Androl.* 2012;14:720–5.
 19. Capitán C, Blasquez C, Martín D, Hernández V, de la Peña E, Llorente C. GreenLight HPS 120-W laser vaporization versus transurethral resection of the prostate for the treatment of lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia: A randomized clinical trial with 2-year follow-up. *Eur Urol.* 2011;60:734–9.
 20. Reich O, Bachmann A, Siebels M, et al. High power (80W) potassium-titanyl-phosphate laser vaporisation of the prostate in 66 high risk patients. *J Urol.* 2005;173:158–60. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15592063>
 21. Rajbabu K, Chandrasekara SK, Barber NJ, et al. Photoselective vaporisation of the prostate with the potassium-titanyl-phosphate laser in men with prostates of >100ml. *BJU Int.* 2007;100:593–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17511771>
 22. Bachmann A, Schürch L, Ruszat R, et al. Photoselective vaporisation (PVP) versus transurethral resection of the prostate (TURP): A prospective bi-centre study of perioperative morbidity and early functional outcome. *Eur Urol.* 2005;48:965–71. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16126327>
 23. Ruszat R, Wyler SF, Seitz M, et al. Comparison of potassium-titanyl-phosphate laser vaporization of the prostate and transurethral resection of the prostate: Update of a prospective non-randomised two centre study. *BJU Int.* 2008;102:1432–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18671785>
 24. Bouchier-Hayes DM, van Appledorn S, Bugeja P, et al. A randomised trial of photoselective vaporisation of the prostate using the 80-W potassium-titanyl-phosphate laser vs transurethral prostatectomy, with a 1-year follow-up. *BJU Int.* 2010;105:964–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19912196>

Endoprótesis prostática (stent)

Mecanismo de acción

El uso de una prótesis para mantener la permeabilidad es un concepto bien establecido desde que en 1980 Fabian describiera por primera vez la colocación de un dispositivo en la uretra prostática para aliviar la obstrucción¹. Inicialmente las prótesis prostáticas se diseñaron como una alternativa a la colocación de un catéter uretral para aliviar la obstrucción por crecimiento de la glándula en aquellos pacientes que por sus comorbilidades no era posible realizarles una cirugía. En su evolución otros estudios han sido recomendados como la primera opción de tratamiento en pacientes que aún no tienen este tipo de riesgos quirúrgicos^{2,3}.

Una endoprótesis prostática requiere que el músculo vesical se encuentre funcionando de tal manera que la vejiga logre su vaciamiento, y esto es en contraposición con el catéter vesical, donde la vejiga se drena de manera pasiva⁴. Las endoprótesis pueden colocarse de manera temporal o permanente. Los dispositivos permanentes son biocompatibles, lo que permite la epitelización de tal forma que con el tiempo son incrustados por la uretra. Las prótesis temporales no se epitelizan y pueden ser de tipo bioestables o biodegradables. Los dispositivos temporales pueden proporcionar un alivio transitorio de la obstrucción por crecimiento prostático en pacientes que están en preparación para procedimientos quirúrgicos o mínimamente invasivos⁴.

Procedimiento operatorio

La inserción usualmente se realiza de manera ambulatoria y bajo anestesia local. Previo al procedimiento se requiere

la medición de la uretra prostática para establecer la longitud que se requiere de la prótesis. El paciente se coloca en posición de litotomía y la prótesis se avanza por la uretra hasta que la punta de la prótesis se coloca en la vejiga. Es importante que el extremo de la prótesis no llegue hasta el esfínter externo, puesto que puede causar incontinencia. Para confirmar su posición se realiza cistoscopia o ecografía. El retiro de una endoprótesis de tipo temporal se hace mediante la tracción de la sutura de retiro o con pinzas de extracción por guía endoscópica. Puede ser difícil la extracción de prótesis definitivas, cuando se hayan desplazado, se encuentren incrustadas o exista mucho crecimiento del epitelio; en esos casos se requiere anestesia general. En general, su colocación no requiere el uso prolongado de antibióticos, con excepción de aquellos casos en que se ha documentado la presencia de infección.

Eficacia

Existen diversos estudios con series pequeñas de casos usando dispositivos con diferentes diseños y materiales. La tasa de abandono ha sido significativa^{2,5,6}. Existe solo un estudio aleatorizado que compara de manera ciega la colocación de prótesis⁷, y no existen estudios que los comparen con simuladores u otras formas de terapia. El sistema BPS es una prótesis temporal de silicona suave que en su diseño ha incorporado versiones con un segmento de uretra bulbar de 2 cm adicionales (BSP-2) disminuyendo de manera significativa la migración (5%), comparado con el BSP-1, con tasas de migración del 85%; el segmento bulbar causa mayor malestar⁷. El BSP-2 tiene mejores resultados en el puntaje de síntomas y en la función miccional, pero solo el $Q_{\max}$ alcanzó significación estadística. El resultado de este estudio parece indicar que el tipo de diseño de la prótesis tiene un impacto importante en la eficacia y la seguridad⁷.

Endoprótesis permanente (UroLume). El principal representante de las endoprótesis permanentes es el UroLume. Una revisión sistemática de la literatura identificó 20 series de casos, con un total de 990 pacientes a quienes se les colocó esta prótesis⁸. Diez de los estudio reportaron mejoría de los síntomas después de su colocación, aun cuando el tiempo de seguimiento fue variable entre los estudios. El descenso en los puntajes de Madsen-Iversen estuvo en un rango entre 7,9 y 14,3 puntos, con un descenso en el IPSS de 10 a 12,4 puntos⁸. Adicionalmente, el cambio promedio en el $Q_{\max}$ se incrementó entre 4,2 y 13,1 ml/s después de la colocación. Datos extraídos de los estudios mostraron que, en pacientes con sonda a permanencia, 148 de 176 (84%) lograron orinar de manera espontánea después de la postura de la prótesis, con $Q_{\max}$ en el rango de 8,8 a 20 ml/s. A los 12 años de seguimiento el IPSS era de 10,82, el $Q_{\max}$ de 11,5 ml/s y el residuo urinario de 80 ml⁹.

Endoprótesis temporales (Memokath). Esta es una prótesis autoexpandible cuya eficacia se puede extraer de una revisión sistemática que incluye 839 pacientes en 14 estudios¹⁰. Siete de estos muestran una reducción de 11 a 19 puntos en el IPSS y de 9 en la escala de Madsen-Iversen, pero las evaluaciones fueron realizadas en diferentes momentos de su aplicación. De la misma forma, el $Q_{\max}$ se incrementó de 3 a 11 ml/s en diferentes momentos de la evaluación desde el momento de su colocación.

Seguridad y tolerabilidad

En general, las prótesis endouretrales están sujetas a desplazamiento, migración, incrustación, pobre tolerancia e incremento posterior de síntomas urinarios⁴. El principal efecto adverso inmediatamente después de la aplicación es el dolor perineal y la aparición de síntomas irritativos.

La revisión sistemática de la literatura reportó una falla del 16% en el UroLume (104/666) a los 12 meses de inserción, principalmente debido a desplazamiento o migración (37%) o recaída de síntomas obstructivos e irritativos (14%). La falla global a 5 años fue de 27% (50/188), aunque la mayoría de pacientes se perdieron en seguimiento o murieron con la prótesis in situ⁸. En el estudio con mayor seguimiento, el 18% de los pacientes completaron un año con el UroLume (11 pacientes), 29 prótesis fueron removidas (falla del 47%) y 22 pacientes (34%) murieron por enfermedades no relacionadas.

Consideraciones a la práctica clínica

En la búsqueda de una endoprótesis ideal, varios dispositivos han sido desarrollados y estudiados. Debido a la alta tasa de migración, las prótesis tienen un lugar limitado en el manejo de los SOUB secundarios a crecimiento prostático benigno. Continúan siendo una alternativa a la sonda vesical para pacientes con retención urinaria recurrente y riesgo elevado al ser llevados a cirugía.

Recomendaciones

	NE	GR
Las prótesis endouretrales son una alternativa a la sonda permanente hasta la cirugía. Pueden tener una aplicación temporal en mejorar los síntomas de obstrucción urinaria después de tratamiento mínimamente invasivo	3	C

Bibliografía

1. Fabian KM. The intra-prostatic 'partial catheter' (urological spiral) [artículo en alemán]. *Urologe A*. 1980;19:236–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7414771>
2. Guazzoni G, Montorsi F, Coulanges C, et al. A modified prostatic UroLume Wallstent for healthy patients with symptomatic benign prostatic hyperplasia: A European Multi-center Study. *Urology*. 1994;44:364–70. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7521092>
3. Corica AP, Larson BT, Sagaz A, et al. A novel temporary prostatic stent for the relief of prostatic urethral obstruction. *BJU Int*. 2004;93:346–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14764134>
4. Vanderbrink BA, Rastinehad AR, Badlani GH. Prostatic stents for the treatment of benign prostatic hyperplasia. *Curr Opin Urol*. 2007;17:1–6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17143103>
5. Gesenberg A, Sintermann R. Management of benign prostatic obstruction in high risk patients: Longterm experience with the Memotherm stent. *J Urol*. 1998;160:72–6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9628608>
6. Van Dijk MM, Mochtar CA, Wijkstra H, et al. The bell-shaped Nitinol prostatic stent in the treatment of lower urinary tract symptoms: Experience in 108 patients. *Eur Urol*. 2006;49:353–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16426738>

7. Kijvikai K, van Dijk M, Pes PL, et al. Clinical utility of 'blind placement' prostatic stent in patients with benign prostatic obstruction: a prospective study. *Urology*. 2006;68:1025–30. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17113894>
8. Armitage JN, Cathcart PJ, Rashidian A, et al. epithelializing stent for benign prostatic hyperplasia: A Systematic review of the literature. *J Urol*. 2007;177:1619–24. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17437773>
9. Masood S, Djaladat H, Kouriefs C, et al. The 12-year outcome analysis of an endourethral wallstent for treating benign prostatic hyperplasia. *BJU Int*. 2004;94:1271–4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15610103>
10. Armitage JN, Rashidian A, Cathcart PJ, et al. The thermo-expandable metallic stent for managing benign prostatic hyperplasia: A systematic review. *BJU Int*. 2006;98:806–10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16879446>

Inyecciones intraprostáticas de etanol

Mecanismo de acción

El alcohol absoluto (deshidratado, 95-98%) se inyecta en la próstata para el tratamiento de LUTS secundarios a HPB. El mecanismo de acción preciso en humanos y animales aún no está claro. El uso de etanol se investigó en modelos caninos y demostró la capacidad del etanol de causar inflamación, necrosis coagulativa con desnaturalización de las proteínas y lisis de la membrana celular, y finalmente atrofia y ablación del tejido prostático, causando formación de cavidades¹⁻⁴. La necrosis tisular fue típicamente cuneiforme⁴. El volumen de etanol inyectado solo se correlacionó de manera moderada con el tamaño de la necrosis tisular. La formación de cavidades intraprostáticas apareció en el modelo canino después de 7 días³.

Procedimiento

El etanol deshidratado líquido o en gel es inyectado en el parénquima prostático con una aguja 20-22 G transuretral, transrectal o transperitoneal. El abordaje transuretral (TEAP o TUEIP) se ha usado más frecuentemente⁵⁻¹⁵ que el transperineal^{11,16,17} o el transrectal¹¹.

Se han desarrollado dispositivos específicos para la liberación transuretral de etanol (InecTx en Estados Unidos y Prostaject en Europa)¹⁸. No hay consenso en el número de inyecciones o en los volúmenes de inyección, los cuales dependen del volumen prostático, de la longitud uretral y/o de la presencia de lóbulo medio, y varían de 2 a 25 ml de etanol por paciente en diferentes estudios (siendo el volumen de inyección mayor del 42% del volumen de la próstata).

Se debe considerar anestesia local asistida con sedación, aunque la mayoría de los pacientes escogieron anestesia regional o general. El procedimiento usualmente se completa en 30 min. La mayoría de los pacientes necesitan sonda después del procedimiento.

Eficacia

Hasta ahora se han publicado 13 estudios⁵⁻¹⁷, la mayoría investigando hombres refractarios a tratamiento médico. Solo un estudio investigó pacientes con retención urinaria¹⁰. Ninguno de estos estudios fue aleatorizado contra RTUP u otros procedimientos mínimamente invasivos para el manejo de la obstrucción prostática benigna. El seguimiento promedio de los estudios fue de 12 a 208 semanas (3-48 meses).

La mayoría de los estudios demostraron una reducción significativa en los síntomas (IPSS -41 a -71%) y RPM (-6 a -99%) así como una mejoría significativa en el Q_{max} (+35% a +155%) y en la calidad de vida (IPSS QoL -47% a -60%). El volumen prostático disminuyó significativamente en cerca de la mitad de los estudios (-4 a -45%). Después de una fuerte reducción en el volumen prostático, el tamaño de la próstata aumentó de nuevo en 1-2 años posoperatorios, aunque los SOUB y el flujo urinario pico se mantuvieron en mejoría⁸. No se ha encontrado un parámetro predictivo eficaz de relación dosis-respuesta^{9,12}.

Varios estudios han demostrado un número considerable de retratamientos dentro del primer año después del procedimiento (usualmente tratados con una segunda inyección de etanol, RTUP o prostatectomía abierta). Poco se sabe acerca de la duración de los efectos clínicos después de un año del procedimiento; un estudio con un seguimiento promedio de 3 años mostró una tasa de retratamiento del 41%⁸.

Tolerancia y seguridad

Los efectos adversos reportados más frecuentes incluyen:

- Malestar o dolor perineal y abdominal.
- Síntomas de almacenamiento vesical (< 40%).
- Hematuria (< 40%).
- IVU o epididimitis.
- Retención urinaria.

Los efectos adversos menos frecuentes (< 5%) incluyen:

- Libido disminuida.
- Eyaculación retrógrada.
- Incontinencia de urgencia.
- Estrechez uretral.
- Disfunción eréctil.

Los estudios en animales mostraron un alto porcentaje de daño del esfínter uretral e incontinencia urinaria de esfuerzo cuando el etanol se inyectó por vía perineal¹, pero estas complicaciones no se han reportado en humanos^{16,17}. Un hombre desarrolló un gran cálculo vesical 6 meses después del tratamiento, probablemente debido a la calcificación de las masas prostáticas necróticas¹⁹. Se han reportado 2 casos de complicaciones severas después de la inyección de etanol, necrosis vesical que requirió cistectomía y derivación urinaria⁹.

Consideraciones prácticas

Las inyecciones intraprostáticas de etanol se consideran una opción de tratamiento mínimamente invasivo para pacientes con SOUB secundarios a crecimiento prostático benigno. Sin embargo, el mecanismo de acción, la selección de pacientes y la aplicación de etanol (número de inyecciones y volumen de inyección) no se han investigado bien; eventos adversos severos ocurren en algunos pacientes y los resultados a largo plazo son escasos. Por ello las inyecciones de etanol son vistas como experimentales y solo se deben usar en el marco de estudios clínicos.

Se requieren estudios aleatorizados controlados con seguimiento a largo plazo comparando inyecciones de

etanol con RTUP, otros procedimientos mínimamente invasivos o medicamentos, para ser capaces de juzgar adecuadamente el valor de esta modalidad de tratamiento.

Recomendaciones

	NE	GR
Las inyecciones intraprostáticas de etanol para SOUB secundarios a crecimiento prostático benigno son aún experimentales	3	C
Las inyecciones intraprostáticas de etanol solo se deben realizar en el marco de estudios clínicos	3	C

Bibliografía

- Littrup PJ, Lee F, Borlaza GS, et al. Percutaneous ablation of canine prostate using transrectal ultrasound guidance. Absolute ethanol and Nd:YAG laser. Invest Radiol. 1988;23:734-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3056869>
- Levy DA, Cromeens DM, Evans R, et al. Transrectal ultrasound-guided intraprostatic injection of absolute ethanol with and without carmustine: A feasibility study in the canine model. Urology. 1999;53:1245-51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10367863>
- Zvara P, Karpman E, Stoppacher R, et al. Ablation of canine prostate using transurethral intraprostatic absolute ethanol injection. Urology. 1999;54:411-5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10475344>
- Plante MK, Gross AL, Kliment J, et al. Intraprostatic ethanol chemoablation via transurethral and transperineal injection. BJU Int. 2003;91:94-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12614259>
- Goya N, Ishikawa N, Ito F, et al. Ethanol injection therapy of the prostate for benign prostatic hyperplasia: Preliminary report on application of a new technique. J Urol. 1999;162:383-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10411043>
- Ditrollo J, Patel P, Watson RA, et al. Chemo-ablation of the prostate with dehydrated alcohol for the treatment of prostatic obstruction. J Urol. 2002;167:2100-3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11956449>
- Plante MK, Bunnell ML, Trotter SJ, et al. Transurethral prostatic tissue ablation via a single needle delivery system: initial experience with radio-frequency energy and ethanol. Prostate Cancer Prostatic Dis. 2002;5:183-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12496979>
- Goya N, Ishikawa N, Ito F, et al. Transurethral ethanol injection therapy for prostatic hyperplasia: 3-year results. J Urol. 2004;172:1017-20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15311027>
- Grise P, Plante M, Palmer J, et al. Evaluation of the transurethral ethanol ablation of the prostate (TEAP) for symptomatic benign prostatic hyperplasia (BPH): a European multi-center evaluation. Eur Urol. 2004;46:496-501. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15363567>
- Mutaguchi K, Matsubara A, Kajiwaru M, et al. Transurethral ethanol injection for prostatic obstruction: An excellent treatment strategy for persistent urinary retention. Urology. 2006;68:307-11. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16904442>
- Larson BT, Netto N, Huidobro C, et al. Intraprostatic injection of alcohol gel for the treatment of benign prostatic hyperplasia: preliminary clinical results. ScientificWorldJournal. 2006;6:2474-80. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17619720>
- Plante MK, Marks LS, Anderson R, et al. Phase I/II examination of transurethral ethanol ablation of the prostate for the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia. J Urol. 2007;177:1030-5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17296405>
- Magno C, Mucciardi G, Gali A, et al. Transurethral ethanol ablation of the prostate (TEAP): an effective minimally invasive treatment alternative to traditional surgery for symptomatic benign prostatic hyperplasia (BPH) in high-risk comorbidity patients. Int Urol Nephrol. 2008;40:941-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18478352>
- Sakr M, Eid A, Shoukry M, et al. Transurethral ethanol injection therapy of benign prostatic hyperplasia: Four-year follow-up. Int J Urol. 2009;16:196-201. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19054163>
- Faruque MS, Ullah MA, Rahman MH, et al. Evaluation of transurethral ethanol ablation of prostate for symptomatic benign prostatic hyperplasia. Mymensingh Med J. 2012;21:265-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22561769>
- Savoca G, de Stefani S, Gattuccio I, et al. Percutaneous ethanol injection of the prostate as minimally invasive treatment for benign prostatic hyperplasia: Preliminary report. Eur Urol. 2001;40:504-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11752856>
- Chiang PH, Chuang YC, Huang CC, et al. Pilot study of transperineal injection of dehydrated ethanol in the treatment of prostatic obstruction. Urology. 2003;61:797-801. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12670568>
- Ditrollo J, Patel P, Watson RA, et al. An endoscopic injection device: A potential advance in the transurethral treatment of benign prostatic obstruction. BJU Int. 2003;92:143-5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12823400>
- Ikari O, Leita VA, d'Ancona CA, et al. Intravesical calculus secondary to ethanol gel injection into the prostate. Urology. 2005;65:1002, e24-25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15882750>

Inyecciones intraprostáticas de toxina botulínica

Mecanismo de acción

La toxina botulínica TXB es la exotoxina de la bacteria *Clostridium botulinum*. Esta toxina de 150 kDa es la más potente neurotoxina conocida en humanos y causa botulismo (es transmitida por alimentos, heridas o niños). Se conocen 7 subtipos de TXB (tipos A-G), de los cuales los subtipos A y B se han fabricado para su uso en humanos.

La experiencia con inyecciones intraprostáticas para el tratamiento de los SOUB secundarios a crecimiento prostático benigno solo existe para la TXB-A. El mecanismo de acción preciso se ha evaluado en animales pero no se comprende completamente. La TXB-A bloquea la liberación de neurotransmisores (p. ej., acetilcolina o norepinefrina) de los nervios presinápticos^{1,2}. La TXB-A reduce los SOUB directa o indirectamente por inducción de apoptosis de las células (epiteliales) prostáticas llevando a atrofia tisular y disminución del tamaño prostático²⁻⁵, la inhibición de las neuronas sensoriales en la próstata y la reducción de las señales aferentes al sistema nervioso central⁴, y/o la relajación de las células del músculo liso en el parénquima prostático y la reducción de la obstrucción prostática⁵⁻⁷. La regulación negativa de los receptores adrenérgicos 1A en la próstata puede contribuir a la relajación de las células del músculo liso⁴. Los últimos 2 mecanismos se resumen como

denervación química que posiblemente tiene una influencia negativa en el crecimiento prostático².

Procedimiento

Bajo visión ecográfica, la TXB-A puede ser inyectada en el parénquima prostático por vía transperineal, transuretral o transrectal, usando una aguja 21-23 G. El abordaje transperineal se ha descrito más frecuentemente⁸⁻¹⁶; las rutas transuretral^{6,17} y transrectal^{15,18,19} también se han usado, pero menos frecuentemente. El Botox (Allergan) se empleó en todos, excepto un estudio¹⁴.

Se usaron diferentes dosis terapéuticas (100-300 U Botox o 300-600 U Dysport) y diluciones (25-50 U Botox/ml o 75 U Dysport/ml), pero las dosis y diluciones no han sido probadas sistemáticamente. Se han sugerido dosis de 100 U de Botox para próstatas menores de 30 ml, 200 U para próstatas entre 30 y 60 ml y 300 U para mayores de 60 ml¹⁰. Para Dysport, se usaron 300 U para próstatas < 30 ml, y 600 U para próstatas > 30 ml¹⁴. La mayoría de los pacientes fueron tratados sin anestesia, anestesia local o sedación.

Eficacia

Hasta ahora se han publicado 21 estudios investigando inyecciones de TXB-A en pacientes con SOUB que requirieron o fueron resistentes a tratamiento médico, o pacientes con sonda debido a retención urinaria aguda o crónica^{6,15,18-20}. Solo 3 estudios fueron aleatorizados, uno contra inyección de SSN⁸, otro contra tratamiento con alfa bloqueadores¹³ y otro con placebo¹⁵.

La mayoría de los pacientes en los estudios publicados recibieron solo una inyección de TXB-A, y el seguimiento promedio fue de 12-120 semanas (3 a 30 meses). Todos los estudios reportaron mejorías significativas de los síntomas (IPSS -39% a -79%) y del flujo urinario (Q_{max} +27% a +122%), o una disminución del volumen prostático (-11% a -61%). El RPM disminuyó en todos los estudios, pero la reducción fue significativa solo en la mitad de los estudios. La terapia con inyección de TBA-A fue significativamente superior a la inyección de SSN en el estudio aleatorizado controlado respecto a la mejoría de síntomas y Q_{max} , así como la disminución del RPM y el volumen prostático; todos los parámetros fueron significativamente diferentes comparados con la línea de base o SSN en el primer mes de tratamiento⁸. No hubo diferencias significativas en los resultados entre dosis de 100 y 200 U²⁰. En un estudio se compararon dosis de 100 U vs 300 U con resultados similares²¹. Un solo estudio mostró resultados similares entre toxina y placebo a las 12 semanas¹⁵.

En pacientes con retención urinaria antes de las inyecciones de TXB-A, el 80-100% de los hombres orinaron espontáneamente dentro del primer mes de la operación y se mantuvieron orinando durante el periodo de seguimiento. En un estudio se usó toxina botulínica purificada, retirando los componentes impuros no tóxicos, y los resultados y efectos secundarios fueron similares²².

Poco se sabe acerca de los efectos a largo plazo y la durabilidad del tratamiento; el volumen prostático parece aumentar de nuevo después de 6-12 meses^{12,18} a pesar de las mejorías estables en síntomas, Q_{max} y el RPM²³. Las tasas de retratamiento con TXB-A fueron tan altas como el 29%.

Tolerancia y seguridad

Las inyecciones de TXB-A fueron bien toleradas en todos los estudios, y no se han reportado efectos adversos sistémicos derivados de la toxina. No hubo necesidad de analgesia POP.

Los efectos adversos fueron disuria en < 19%, hematuria en < 14% y prostatitis aguda en un paciente (2%). Ocurrió retención urinaria en < 6%, pero a muchos pacientes se les colocó sonda o estuvieron en cateterismo intermitente limpio durante el postoperatorio temprano (una semana a un mes)^{9,18}.

Consideraciones prácticas

Las inyecciones de TXB-A en el parénquima prostático parecen ser un prometedor tratamiento rápido y mínimamente invasivo, con baja morbilidad para pacientes que son refractarios al tratamiento médico o que están en retención urinaria. Sin embargo, a pesar de los pronósticos homogéneos y excelentes publicados en los estudios, la TXB-A solo se ha inyectado en unos pocos pacientes, y todos los estudios tienen un seguimiento limitado. Hasta ahora solo se han publicado 2 estudios aleatorizados controlados. Son necesarios estudios con un gran número de pacientes, aleatorización contra inyecciones con SSN, medicamentos, RTUP y otros tratamientos mínimamente invasivos, y seguimiento a largo plazo, para juzgar adecuadamente el valor de la TXB-A intraprostática en el contexto de otros tratamientos médicos o quirúrgicos para los SOUB secundarios a crecimiento prostático benigno.

Recomendaciones

	NE	GR
Las inyecciones de toxina botulínica intraprostática para los SOUB secundarios a crecimiento prostático benigno o retención urinaria aún son experimentales	3	C
Las inyecciones de toxina botulínica intraprostática deben ser realizadas solo en el marco de estudios clínicos	3	C

Bibliografía

- Smith CP, Franks ME, McNeil BK, et al. Effect of botulinum toxin A on the autonomic nervous system of the rat lower urinary tract. *J Urol.* 2003;169:1896-900. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12686869>
- Chartier-Kastler E, Mehnert U, Denys P, et al. Botulinum neurotoxin A for male lower urinary tract symptoms. *Curr Opin Urol.* 2011;21:13-21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21099691>
- Doggweiler R, Zermann DH, Ishigooka M, et al. Botox-induced prostatic involution. *Prostate.* 1998;37:44-50. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9721068>
- Chuang YC, Huang CC, Kang HY, et al. Novel action of botulinum toxin on the stromal and epithelial components of the prostate gland. *J Urol.* 2006;175 3 Pt 1:1158-63. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16469644>
- Chuang YC, Tu CH, Huang CC, et al. Intraprostatic injection of botulinum toxin type-A relieves bladder outlet obstruction in human and induces prostate apoptosis in dogs. *BMC Urology.* 2006;6:12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16620393>
- Kuo HC. Prostate botulinum A toxin injection — an alternative treatment for benign prostatic obstruction in poor

- surgical candidates. *Urology*. 2005;65:670–4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15833506>
7. Lin AT, Yang AH, Chen KK. Effects of botulinum toxin A on the contractile function of dog prostate. *Eur Urol*. 2007;52:582–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17386969>
 8. Maria G, Brisinda G, Civello IM, et al. Relief by botulinum toxin of voiding dysfunction due to benign prostatic hyperplasia: Results of a randomised, placebo-controlled study. *Urology*. 2003;62:259–64. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12893330>
 9. Chuang YC, Chiang PH, Huang CC, et al. Botulinum toxin type A improves benign prostatic hyperplasia symptoms in patients with small prostates. *Urology*. 2005;66:775–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16230137>
 10. Chuang YC, Chiang PH, Yoshimura N, et al. Sustained beneficial effects of intraprostatic botulinum toxin type A on lower urinary tract symptoms and quality of life in men with benign prostatic hyperplasia. *BJU Int*. 2006;98:1033–7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16956361>
 11. Park DS, Cho TW, Lee YK, et al. Evaluation of short term clinical effects and presumptive mechanism of botulinum toxin type A as a treatment modality of benign prostatic hyperplasia. *Yonsei Med J*. 2006;47:706–14. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17066515>
 12. Brisinda G, Cadeddu F, Vanella S, et al. Relief by botulinum toxin of lower urinary tract symptoms owing to benign prostatic hyperplasia: earl and long-term results. *Urology*. 2009;73:90–4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18995889>
 13. Kuo HC, Liu HT. Therapeutic effects of add-on botulinum toxin A on patients with large benign prostatic hyperplasia and unsatisfactory response to combined medical therapy. *Scand J Urol Nephrol*. 2009;43:206–11. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19308807>
 14. Nikoobakht M, Daneshpajoo A, Ahmadi H, et al. Intraprostatic botulinum toxin type A injection for the treatment of benign prostatic hyperplasia: initial experience with Dysport. *Scand J Urol Nephrol*. 2010;44:151–7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20201752>
 15. Marberger M, Chartier-Klaster E, Egerdie B, et al. A randomized double-blind placebo-controlled phase 2 dose-ranging study of onabotulinumtoxinA in men with benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol*. 2013;63:496–503. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23098762>
 16. Sacco E, Bientinesi R, Marangi F, et al. Patient-reported outcomes in men with lower urinary tract symptoms (LUTS) due to benign prostatic hyperplasia (BPH) treated with intraprostatic OnabotulinumtoxinA: 3-month results of a prospective single-armed cohort study. *BJU Int*. 2012;110 Pt C:E837–44. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22712582>
 17. Hadimi Madani A, Enshaei A, Heidarzadeh A, et al. Transurethral intraprostatic botulinum toxin-A injection: A novel treatment for BPH refractory to current medical therapy in poor surgical candidates. *World J Urol*. 2013;31:235–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22411419>
 18. Silva J, Silva C, Saraiva L, et al. Intraprostatic botulinum toxin type A injection in patients unfit for surgery presenting with refractory urinary retention and benign prostatic enlargement. Effect on prostate volume and micturition resumption. *Eur Urol*. 2008;53:153–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17825981>
 19. Silva J, Pinto R, Carvalho T, et al. Intraprostatic botulinum toxin type A injection in patients with benign prostatic enlargement: Duration of the effect of a single treatment. *BMC Urology*. 2009;9:9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19682392>
 20. Arnouk R, Suzuki Bellucci CH, Benatuil Stull R, et al. Botulinum neurotoxin type A for the treatment of benign prostatic hyperplasia: Randomized study comparing two doses. *ScientificWorldJournal*. 2012;2012:463574. Epub 2012 Sep 10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22997495>
 21. Crawford ED, Hirst K, Kusek JW, et al. Effects of 100 and 300 units of onabotulinum toxin A on lower urinary tract symptoms of benign prostatic hyperplasia: A phase II randomized clinical trial. *J Urol*. 2011;186:965–70. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21791356>
 22. Yokohama T, Yamamoto Y, Suzuki T, et al. Intraprostatic botulinum neurotoxin type A injection for benign prostatic hyperplasia: preliminary results with a newly purified neurotoxin. *Acta Med Okayama*. 2012;66:291–7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22918201>
 23. De Kort LM, Kok ET, Jonges TN, et al. Urodynamic effects of transrectal intraprostatic Onabotulinum toxinA injections for symptomatic benign prostatic hyperplasia. *Urology*. 2012;80:889–93. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22854138>



Revista Mexicana de
UROLOGIA

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE UROLOGÍA

www.elsevier.es/uromx



ARTÍCULO ORIGINAL

Estenosis uretral: etiología y tratamiento. Experiencia en el Centro Médico ISSEMYM

R. Cisneros-Chávez*, M. A. Aragón-Castro y O. Morales-Ordaz

Servicio de Urología, Centro Médico Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), Metepec, Méx., México

PALABRAS CLAVE

Uretra; Estenosis uretral; Plastia uretral; Uretrotomía interna; México.

Resumen

Introducción: Una estenosis uretral se desarrolla debido al proceso de cicatrización y fibrosis de la mucosa uretral y/o de los tejidos a su alrededor. Dentro de la etiología descrita de esta patología se encuentran: prostatectomía (radical y simple), cateterización uretral, resección transuretral (RTU), cistoscopias, entre otras. Las opciones terapéuticas para esta patología son: uretrotomía interna (UTI), plastia de uretra término-terminal, plastia uretral con colgajo oral, plastia uretral con colgajo escrotal.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia en la etiología, el abordaje quirúrgico brindado y realizar una revisión de la literatura.

Material y métodos: Se revisaron 80 expedientes con diagnóstico de estrechez uretral, desde enero del 2005 hasta julio del 2012. Las variables a evaluar fueron: etiología, longitud, localización anatómica, técnica quirúrgica empleada, recurrencia, complicaciones.

Resultados: De 110 expedientes, se incluyeron sólo 80. En 59 se realizó una UTI y 19 plastias uretrales. Un paciente fue sometido a ambos procedimientos, por lo que no se incluyó en el presente estudio. La longitud media fue menor en los sometidos con UTI con respecto a los de plastia uretral. Se han realizado 8 plastias de uretra término-terminal en uretra bulbar: 8 plastias realizadas con prepucio, 7 plastias uretrales con colgajo de piel escrotal. Representando una tasa de éxito de 94.74%.

* Autor para correspondencia: A baja velocidad N° 284, Colonia San Jerónimo Chicahual, C.P. 52140, Toluca, Méx., México. Teléfono: (+52) 72227 56300, ext. 2198. Correo electrónico: Cisnerosro@hotmail.com

Conclusiones: En la actualidad, la principal etiología de las estenosis uretrales es la iatrogenia, las cuales son prevenibles.

KEYWORDS

Urethra; Urethral stricture; Urethroplasty; Internal urethrotomy; Mexico

Urethral stricture: etiology and treatment. Experience at the Centro Médico ISSEMYM

Abstract

Background: Urethral stricture develops due to the process of cicatrization and fibrosis of the urethral mucosa and/or its surrounding tissues. The etiology described for this pathology includes: prostatectomy (radical and simple), urethral catheterization, transurethral resection (TUR), and cystoscopy, among others. Therapeutic options for this pathology are: internal urethrotomy (IUT), end-to-end urethroplasty, buccal flap urethroplasty, and scrotal flap urethroplasty.

Aims: To present our experience in relation to etiology and the surgical approach offered, as well as to provide a review of the literature.

Methods: Eighty case records of patients diagnosed with urethral stricture within the time frame of January 2005 and July 2012 were reviewed. The evaluated variables were: etiology, length, anatomic location, the surgical technique employed, recurrence, and complications.

Results: Of 110 case records, only 80 were included. Of those patients, 59 underwent internal IUT and 19 had urethroplasty. One patient underwent both procedures and therefore was not included in the present study. The mean length was shorter in the patients that underwent IUT compared with those that had urethroplasty. Eight end-to-end urethroplasties in the bulbous urethra were performed: 8 urethroplasties were carried out using the prepuce and 7 were done with scrotal skin flaps. The success rate was 94.74%.

Conclusions: Iatrogenesis is currently the main etiology of urethral strictures, and as such, they are preventable.

Introducción

Actualmente, se considera que las estenosis uretrales se desarrollan de manera secundaria a un proceso de cicatrización o fibrosis de la mucosa uretral y/o de los tejidos periuretrales, por lo que cualquier proceso que condicione un trauma puede condicionar una estenosis uretral. Sin embargo, también hay referencias que sustentan la existencia de estenosis congénitas de la uretra bulbar¹, donde se presenta una cantidad sustancial de músculo liso y se cree que se originan de una alteración en la canalización uretral².

Etiología

La etiología de esta patología se ha modificado al pasar de los años; en la década de los 80's se consideraba a la uretritis como la principal causa, hasta en el 40% de los casos²; sin embargo, actualmente sólo se asocia a en un 3.7%³⁻⁶. La disminución en la incidencia de la estenosis postinflamatoria, se asoció a la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y a un buen apego al manejo con antibióticos de las mismas⁶. En la actualidad, se describen dentro de las principales etiologías: prostatectomía (radical y simple), cateterización uretral, resección transuretral de próstata (RTU), vejiga y valvas uretrales, cistoscopias, braquiterapia, cirugía de hipospadias, liquen escleroso, tumor uretral, fractura de cuerpos cavernosos, trauma perineal, fractura de pelvis e idiopática⁶.

Algunos autores han dividido las etiologías de esta enfermedad en 2 grupos, según la edad de presentación: menores

de 45 y mayores de 45 años, ya que a partir de esta edad los pacientes son más susceptibles de presentar manipulación uretral iatrogénica, así como mayor incidencia de algunas patologías como crecimiento prostático benigno, cáncer de próstata y cáncer vesical, en donde la RTU y la prostatectomía se describen como las principales causas⁶. En los menores de 45 años, las estenosis idiopáticas -las cuales han sido asociadas con antecedentes traumáticos durante la infancia⁷ o a alteración congénita^{7,8}, sin esclarecerse hoy en día-, así como la cirugía de hipospadias y fractura de pelvis -donde los motociclistas y usuarios de bicicletas representan un mayor riesgo-, son lo más frecuente^{6,9}.

El sitio anatómico en el cual la uretra se ve afectada nos puede orientar hacia una probable etiología. Lumen et al. en el 2009, reportó una serie de 286 pacientes que fueron diagnosticados con estenosis uretral, describiendo la etiología más frecuentes según la porción involucrada. En esta serie evidenciaron que la uretra bulbar es la porción uretral más afectada, correspondiendo al 48.1%; dentro de las etiologías que se han asociado a esta porción se encuentran la idiopática, seguida por RTU⁶ (esta última se ha asociado a una introducción traumática del resectoscopio o fricción del mismo a este nivel, debido al diámetro uretral, así como por un aislamiento insuficiente del resectoscopio monopolar, es decir, a una mala instrumentación, aunque esto no se ha comprobado)¹⁰. Le siguen las estenosis a nivel de la uretra peneana (22.8%), dentro de las principales causas son: cirugía de hipospadias, idiopática, cateterización uretral y liquen escleroso (asociado con estenosis en la porción distal

de la uretra peneana en el 43.75%). La principal afección a nivel de la uretra posterior que evidenciaron fue la fractura de pelvis, en el 14.9%. La estenosis panuretral o multifocal en uretra anterior, la reportaron en un 13.6%; asociada en aquellos pacientes con antecedente de uretrotomía interna (UTI) (en más de 2 ocasiones) o dilataciones periódicas⁶.

Tratamiento

Dilataciones uretrales

El primer tratamiento descrito para esta patología es la dilatación uretral periódica, la cual se recomienda en estenosis menores de 2 cm; se ha reportado con este tratamiento una tasa de complicaciones o falla del mismo en el 32% de los pacientes y un 16% más de recurrencia que en los sometidos a una UTI a los 36 meses (sin presentar una diferencia estadística significativa)¹¹. Algunos autores la consideran como una terapéutica no curativa, por lo que ha sido sustituido por dilataciones con balón, *stents* y UTI^{12,13}.

Uretrotomía interna

Desde el primer reporte de UTI en el año de 1974, realizado por Russels, se ha convertido en la técnica más utilizada en comparación con la uretroplastias, ya que se considera un procedimiento sencillo, seguro, con un tiempo de convalecencia corto y simple de realizar a pesar de contar con un riesgo de recurrencia durante los primeros 6 meses de un 50%^{14,15}.

El objetivo de esta técnica es permitir la reepitelización antes de que la cicatriz se afronte nuevamente, con lo que la cicatriz uretral se remodelaría a una posición abierta. Al no retirarse por completo el tejido cicatricial, es sólo potencialmente curativa en aquellas estenosis menores de 1 cm con espongiofibrosis mínima¹⁶.

En las estenosis de uretra bulbar pequeñas que son tratadas mediante UTI, se ha reportado una tasa de éxito del 60%¹⁷; por lo que ya se han descrito factores pronósticos para aumentar la tasa de éxito de la misma, los cuales son: lesión única, primaria, < 1 cm (incrementando la tasa de éxito hasta un 71%) y un calibre uretral > 15Fr (French)¹⁶.

Las complicaciones asociadas a una UTI comúnmente ocurren en el riesgo de sangrado (hematoma o hematuria), e infección de vías urinarias^{11,18,19}.

Steenkamp et al. reportó un estudio prospectivo, aleatorizado, donde se realizó una comparación entre la UTI y las dilataciones uretrales en 210 pacientes masculinos, en ésta observaron que no existe una diferencia significativa en la recurrencia de la estenosis uretral entre estos 2 métodos¹¹.

Uretroplastias

La primera uretroplastia fue descrita en el año de 1914 por Russel²⁰, desde entonces se han descrito múltiples procedimientos quirúrgicos, así como avances técnicos, sin embargo desde 1974 el número de uretroplastias ha disminuido considerablemente, a pesar de múltiples estudios que han demostrado su eficacia a largo plazo. Por ejemplo, en la mayoría de las estenosis de uretra bulbar que cuentan con una longitud entre 1 y 3 cm, se puede realizar resección del tejido y una anastomosis primaria, lo cual ha presentado una tasa de éxito del 93% a los 5 y 10 años de seguimiento^{11,21,22}.

Son estas algunas razones, por lo que ha permitido que algunos grupos argumenten a la uretroplastia anastomótica

como tratamiento de primera línea en la estenosis uretral corta, recurrente posterior a un manejo endoscópico²³. Sin embargo, se debe omitir en el caso de una estenosis en uretra peneana, ya que puede condicionar un encordamiento uretral²⁴.

Por otra parte, en aquellos casos donde el tejido sea deficiente o no cuente con una adecuada irrigación, por ejemplo, defectos congénitos o fibrosis de cirugías previas, lo más recomendable es realizar un colgajo o un trasplante tisular para restaurar la longitud uretral²⁵.

A través de los años se han utilizado diversos tejidos para la reparación de las estenosis uretrales. En 1941, Humby publicó el primer reporte empleando colgajo de mucosa oral labial, sin obtener muy buenos resultados, ya que a los 6 días el injerto presentó datos de necrosis²⁶. Unos años más tarde, en 1947 el uso de mucosa vesical se volvió popular dentro de los clínicos, pero al poco tiempo se consideró como una técnica compleja y poco estética, por lo que entró en desuso y no se volvió a publicar nada hasta 5 décadas después, cuando Burger et al. retomó el colgajo de mucosa oral para la reparación uretral, obteniendo en 5 de 6 pacientes resultados satisfactorios²⁷.

El colgajo de mucosa oral consiste en realizar un trasplante autólogo de la mucosa oral no queratinizada para reparar defectos urológicos secundarios a estenosis, hipospadias o epispadias. Los 2 sitios más comunes para tomar el colgajo son: la cara interna de la mejilla y a la región alveolar labial (maxilar inferior). Dentro de las ventajas de la mucosa oral para realizar los injertos uretrales se encuentra: el fácil acceso, la disponibilidad, la resistencia a infecciones y las características propias del tejido (epitelio grueso, alto contenido de fibras elásticas y una lámina propia delgada)²⁸.

Actualmente, la mayoría de las uretroplastias se realizan en un solo tiempo quirúrgico y se reservan los procedimientos en 2 tiempos para aquellos casos con: estenosis refractarias, múltiples sitios de estenosis o estenosis panuretrales^{11,22}.

Las complicaciones reportadas cambian según la técnica de plastia uretral que se emplee, en la plastia anastomótica la principal complicación que se ha observado es la reestenosis uretral, la cual ha ocurrido en el 10.9% de los casos²⁹.

En el caso de los colgajos con prepucio o escroto, se han reportado recurrencia de estenosis, necrosis del colgajo, urinomas, retracción, curvatura del pene y disfunción eréctil en el 4%, sin embargo, se han reportado otras complicaciones que ocurren comúnmente en el riesgo propio de la litotomía^{16,17,30} (trombosis venosa profunda y neuropraxia transitoria) y complicaciones de la herida. Cualquier otro evento adverso ocurre en menos del 1%³¹⁻³⁴.

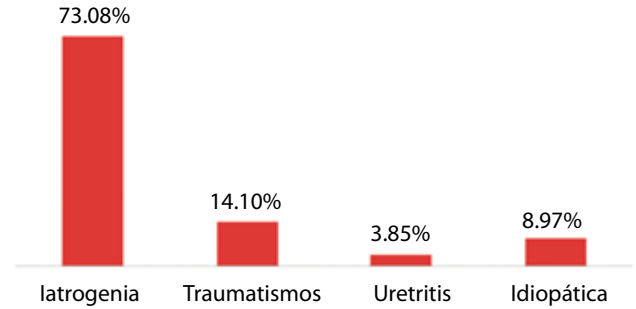
El objetivo de este estudio es describir la incidencia de estenosis de uretra, analizando las principales etiologías y el tipo de tratamiento que se ha realizado en nuestra población. También se pretende analizar la diferencia en la recurrencia de la estenosis uretral, entre un abordaje endoscópico vs. abierto.

Material y métodos

Se realizó de manera retrospectiva, capturándose los expedientes del archivo clínico del Centro Médico ISSEMYM que cuentan con el diagnóstico de estrechez uretral, desde

Tabla 1 Resultados

Edad (años)	Media 51	D/S 22-80			
Estenosis de uretra bulbar	52				
Estenosis de uretra posterior	26				
<i>Etiología de la estenosis</i>	n = 78	%			
Iatrogenia	(57)	73.08%			
Cateterismos uretrales	26				
Post-RTU	25				
Poscistoscopia	6				
Traumatismos	11	14.10%			
Trauma perineal	4				
Fractura de pelvis	3				
Fractura de pene	4				
Uretritis	3	3.85%			
Idiopática	7	8.97%			
<i>Estenosis por localización anatómica</i>	n = 78	%			
Peniana	8	10-26%			
Bulbar	40	51.28%			
Prostática	15	19.23%			
Membranosa	11	14.10%			
Panuretral	4	5.13%			
<i>Resultados por procedimiento quirúrgico</i>					
<i>Uretrotomía interna (UTI)</i>					
Recurrencia después de un procedimiento	33/59	55.9%			
Recurrencia después de 2 procedimientos	25/33	66.67%			
Tasa de éxito	26	44.0%			
<i>Plastia de uretra</i>	19	<i>Longitud</i>	<i>Recu- rrencia</i>	<i>%</i>	
término-terminal	8	1 cm	1 caso	5.26	
Injerto con prepucio	7	2.5 cm	0		
Colgajo con piel escrotal	2	3.5 cm	0		
Injerto con mucosa oral	2	2.2 cm	0		
Éxito	18 casos				94.7

**Figura 1** Etiología de la estenosis uretral.

seguimiento posquirúrgico de al menos 3 años fueron excluidos del estudio, al igual que un paciente sometido a ambos procedimientos.

Las variables que se evaluaron fueron: etiología, longitud, localización anatómica, técnica quirúrgica empleada, recurrencia, complicaciones.

Resultados

Se realizó la revisión de 110 expedientes, donde se excluyeron 30 por no contar con un expediente completo y un paciente que requirió ambos procedimientos. Finalmente, se incluyeron sólo 78 que se encontraban completos y contaban con un seguimiento adecuado por la consulta externa. Cincuenta y nueve pacientes fueron tratados de manera endoscópica mediante una UTI y 19 fueron sometidos a una plastia uretral. Un paciente fue sometido a ambos procedimientos.

La edad promedio de los pacientes fue de 51 años, con un rango de edad entre 22 a 80 años. Por la localización de la estenosis uretral, la edad promedio de los pacientes con una estenosis de uretra bulbar fue de 52 años; a nivel de la uretra posterior fue de 26 años, siendo el principal factor un accidente en motocicleta. Sobre la etiología de la estenosis de uretra, observamos que las iatrogénicas son las más frecuentes, principalmente se presentaron posteriores a la colocación de sonda transuretral por diversas patologías o intervenciones quirúrgicas (n=26), lo cual representa el 33.33%, también en aquellos pacientes con antecedente de RTU (prostática o vesical) previa en el 32.01% (n=25), posterior a cistoscopia en un 7.69% (n=6), el 14.10% (n=11) secundarias a traumatismo corto-contundente y sólo el 3.75% (n=3) se asoció a múltiples cuadros de uretritis; sin embargo, se consideraron idiopáticas en el 8.97% (n=7) (tabla 1) (fig. 1).

Por la porción uretral afectada se observó que la uretra bulbar fue la más afectada en el 51.28% (n=40), asociada a instrumentación o cateterización. El 19.23% (n=15) presentó fibrosis de cuello posterior a RTUP. El 14.10% (n=11) de la población presentó afección a nivel de la uretra membranosa asociándose a instrumentación uretral, cateterización uretral y fractura de pelvis (3 pacientes) secundaria a accidente en motocicleta. A nivel de la uretra peniana, se encontró afección en el 10.26% (n=8) asociada a uretritis, cateterización, hipospadias y fractura de cuerpos cavernosos.

enero del 2005 hasta julio del 2012. Este diagnóstico es el que se emplea en el sistema electrónico SAAM utilizado en nuestro hospital, para hacer referencia a esta patología. Aquellos pacientes que no contaron con adecuado

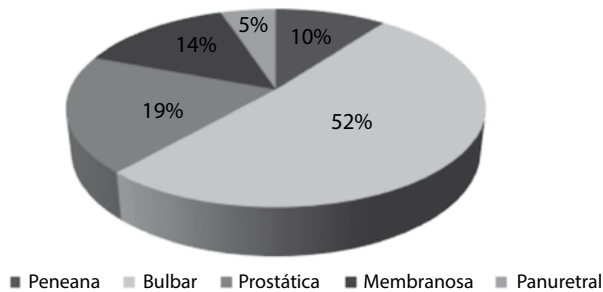


Figura 2 Estenosis uretral (localización anatómica).

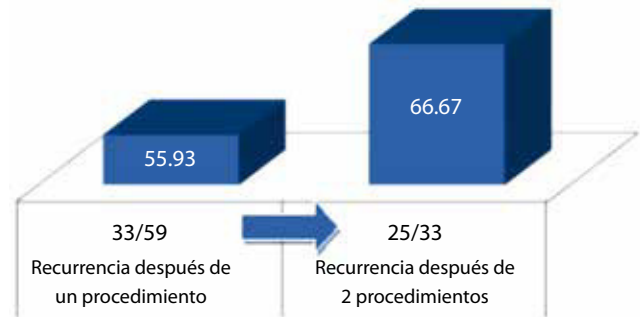


Figura 3 Uretrotomía interna.

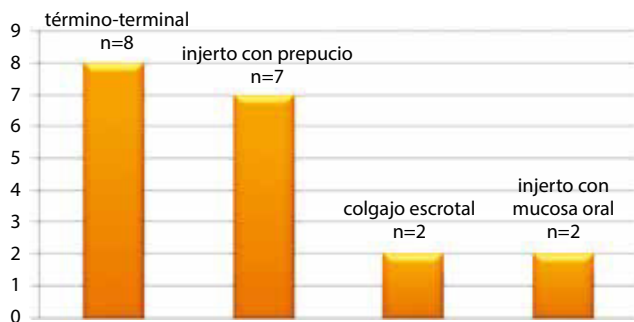


Figura 4 Tipos de plastia uretral abierta.

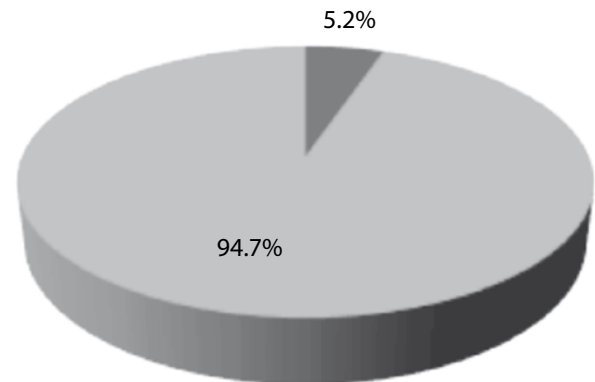


Figura 5 Recurrencia de estenosis posterior a plastia abierta.

En 4 pacientes (5.13%) se encontraron múltiples sitios de estenosis uretral, donde se asoció a dilatación uretral y/o a instrumentación uretral en 2 o más ocasiones (fig. 2).

Una vez realizada la cirugía se realizó una revisión con uretrocistograma a los 3, 6 y 12 meses durante el primer año, y posteriormente cada 6 meses hasta completar 3 años. Se consideró recurrencia de la estenosis en aquellos pacientes que refirieron recurrencia de la sintomatología urinaria obstructiva (o de vaciamiento) y/o la presencia de disminución de calibre uretral en uretrocistograma, en comparación con los previos. No se realizó flujometría, ya que no se contaba con equipo hasta el presente año.

De los pacientes que fueron tratados con UTI, con una longitud media de estenosis de 1.2 cm, con intervalo de 0.8 a 1.6 cm; 33 pacientes (55.93%) presentaron recurrencia dentro del primer semestre de seguimiento; de los cuales 25 pacientes (66.67%) presentaron recurrencia posterior a una segunda UTI, misma razón por la que el 12% (n=3) de estos, requirió cistotomía de urgencia, al presentarse con cuadro de retención aguda de orina al Servicio de Urgencias (fig. 3).

Dentro de los pacientes que fueron sometidos a una plastia de uretra, se encontró que la longitud media fue de 2.20

cm, con un rango entre 0.5 a 4 cm (fig. 4). Se han realizado 8 plastias de uretra término-terminal en uretra bulbar, con una longitud media de estenosis 1 cm (rango de 0.5-1.5 cm). Plastias realizadas con prepucio, en 7 pacientes, con una longitud media de estenosis de 2.5 cm (rango entre 2 y 3 cm), 3 en uretra peniana, 3 en uretra membranosa y una en uretra bulbar, de las cuales 7 fueron plastias en 2 tiempos; 2 plastias uretrales con colgajo de piel escrotal, longitud media de estenosis de 3.5 cm (rango entre 3-4 cm) y 2 plastias con mucosa oral en uretra bulbar, con una longitud media de estenosis de 2.2 cm (rango entre 2 y 2.4 cm). De los 19 pacientes que fueron sometidos a plastia uretra, sólo un paciente (con antecedente de plastia término-terminal), requirió una segunda intervención en 2 tiempos. El resto sin datos de recurrencia hasta este momento; representando una tasa de éxito de 94.74% (fig. 5).

Discusión

Algunos autores consideran que la manipulación transuretral repetitiva convierte un problema discreto o sencillo, fácilmente manejable, en una enfermedad crónica que

requiere tratamiento continuo de mantenimiento posterior a la UTI para reducir la reincidencia de los síntomas de obstrucción uretral con cada recurrencia de estenosis³⁵; como parte de este mantenimiento se considera la autocateterización, misma que es bien tolerada en aquellos pacientes que cuentan con diagnóstico de vejiga neurogénica y una uretra dentro de parámetros normales. Sin embargo, en estos pacientes el curso clínico usual es que presenten sangrado, falsa vía o un nuevo cuadro de estenosis que conlleva a una intervención quirúrgica de urgencia por retención aguda de orina³⁵.

Dentro de los resultados obtenidos, se puede corroborar lo reportado en la literatura sobre esta patología. Se evidenció que el factor asociado más frecuente fue la instrumentación uretral y la cateterización uretral. La porción uretral más afectada es la uretra bulbar, misma que se observó en el 51.25% del total de nuestra población.

En aquellos pacientes que son sometidos a una UTI, se ha reportado una tasa de recurrencia del 50% a 68% durante los primeros 6 meses^{15,16}; nosotros pudimos observar una tasa de recurrencia en un poco más de la mitad (55%) de nuestra población, durante el primer semestre de seguimiento, esto podría asociarse a que no cumplían con los factores de buen pronóstico: estenosis cortas (< 1 cm), no traumáticas y en uretra bulbar^{23,36,37}, por lo que al compararse la proporción de recurrencia en aquellos que fueron sometidos a UTI (p1) vs. los sometidos a plastia uretral (p2) (0.533 vs. 0.0526), se evidencia una diferencia significativa en la recurrencia de cada procedimiento, lo que nos llevó a realizar un análisis estadístico entre estas 2 poblaciones.

Análisis de prueba $Z=3.6582$, traspolándolo a una curva de distribución normal ($Z<3.65=0.9987$ y la probabilidad de que $Z>3.65=[1-0.9987]=0.0013$), para evitar sesgo entre los procedimientos, se realizó una multiplicación del valor de $p \times 2$ (0.0013×2) = 0.0026. Valor de $p < \alpha$ ($0.0026 < 0.05$), lo que infiere que se puede rechazar la hipótesis nula en favor de la alternativa.

Una vez obtenidos estos resultados y comparándolos con los ya publicados previamente, se puede inferir que esto es la razón del cuestionamiento del uso de la UTI en el uso de estenosis pequeñas en la uretra bulbar^{14,38}, y el por qué se debe valorar el abordaje perineal con resección de la estenosis y anastomosis uretral término-terminal como una opción terapéutica en dichos pacientes.¹⁶ Cabe mencionar, esto es muy cuestionable en manos de un urólogo no experimentado, ya que es técnicamente más compleja en comparación con UTI, sin embargo múltiples reportes han evidenciado que en manos de un cirujano urólogo experimentado es muy eficaz^{16,39,40}. Aunque inicialmente es más costoso, debido a que se requiere de un equipo quirúrgico especial y una mesa quirúrgica urológica^{23,36,37}.

Por otra parte, recientemente se ha demostrado que la UTI se caracteriza por una pobre durabilidad y poca eficacia cuando se realiza en diversas ocasiones. Pansadoro y Emiliozzi¹⁶ reportaron una serie de 224 pacientes tratados con UTI a 5 años de seguimiento, con una tasa de recurrencia general del 68%; a nivel de uretra bulbar del 58% y a nivel de la uretra peniana del 84%. También reportaron que el porcentaje de eficacia en una segunda uretrotomía va del 0% a un 4%, y en aquellos pacientes que son sometidos a una 3° o 4°, el 100% recurre^{16,17}; por lo que se debe valorar costo-beneficio a largo plazo para los pacientes.

A pesar de la gran tasa de éxito y la baja morbilidad la uretroplastia, continúa siendo poco usada en comparación a la UTI y las dilataciones. En un análisis de los pacientes con padecimientos urológicos (Proyecto América), Anger et al.³⁸ reportó que sólo el 0.7% de 895 pacientes con estenosis de uretra en el 2001 fueron sometidos a plastia de uretra, mientras que el 57.7% fue tratado con UTI, dilatación uretral (34.5%) o *stent*/inyección (1.9%). Por otra parte, sólo se realizan las uretroplastias en aquellos pacientes con 3 o más intervenciones endoscópicas fallidas⁶, donde el éxito de la plastia se ve limitado por la presencia de espongiofibrosis, la cual limita la elasticidad del tejido, algo muy similar a lo que sucede en los pacientes con múltiples dilataciones, en los cuales se ha observado que el riesgo de falla en la uretroplastia se incrementa de un 14.3% hasta un 27.6%^{14,39-41}.

Actualmente, existen múltiples series que reportan una tasa de éxito elevado en las plastias uretrales, mismo que varía según la técnica usada y la porción uretral afectada.

Markiewicz et al. realizó un artículo de revisión sobre las plastias uretrales con colgajo oral, reportando una tasa de éxito del 76.4%, la cual puede presentar variaciones según el sitio anatómico uretral, si se realiza un colgajo tubular, un colgajo dorsal o ventral, en uno o 2 tiempos. No obstante, se ha descrito una mejor tasa de éxito en aquellos injertos que son tubulares (88.5%) y en los que se realiza un colgajo ventral (87.7%)²⁴. En nuestra casuística se empleó el colgajo ventral en uretra peniana, en un solo tiempo en los 2 casos, obteniendo buenos resultados. Sin embargo, cabe mencionar que en aquellos pacientes que cuenten con patología agregada (liquen escleroso, balanitis xerótica obliterante), algunos autores recomiendan la plastia uretral con dicha técnica en 2 o más tiempos^{24,42}.

En las plastias de uretra bulbar término-terminal, obtuvimos una tasa de éxito del 87.5%, un tanto menor a lo publicado por otros autores (96%)³⁶, probablemente asociado a la longitud de la estenosis o comorbilidades de los pacientes; esta técnica se debe considerar en lesiones de 2 a 4 cm de longitud, en la cual es prioritario realizar una buena disección para aprovechar la elasticidad de la uretra bulbar; y es de suma importancia recordar durante la misma, que se pierde 1 cm en la espatulización de los bordes, lo cual es indispensable para que se mantenga un buen calibre a pesar de contracción posquirúrgica del tejido⁴³.

Se han descrito varias opciones terapéuticas en aquellos pacientes que sufren de estenosis o disrupción a nivel de la uretra posterior. Algunos autores recomiendan el manejo inicial con cistotomía y reconstrucción posterior, Webster et al.²¹ reportó una tasa de disfunción eréctil de 11.6% y de incontinencia urinaria en el 1.7%; este tipo de manejo se ha asociado a grandes dificultades para la reparación de la estenosis uretral subsecuente, debido a una fibrosis extensa que conlleva a estenosis de mayor longitud⁴⁴. Por otra parte, algunos autores han reportado una realineación uretral primaria, la cual involucra una gran cantidad de problemas al realizarla, como son: un gran riesgo quirúrgico (pacientes inestables y politraumatizados), grandes hematomas pélvicos, entre otros. Dentro este tipo de abordaje se ha observado estenosis uretral en el 60%, 44% disfunción eréctil y un 20% incontinencia urinaria, resultados que descartan esta terapéutica como el tratamiento inicial de las lesiones a nivel de la uretra posterior²¹.

Ennemoser et al.⁴⁴ describió otra opción terapéutica en estos casos y fue la empleada en nuestros 3 casos con lesión de uretra membranosa postraumática; en la cual, se combina una cistotomía suprapúbica, la reposición de los extremos uretrales y un adecuado drenaje de los espacios perivesicales y perineales. En este tipo de intervención, es prioritario la estabilización pélvica en aquellos pacientes que presenten una fractura a este nivel, ya que con esto disminuye el riesgo de: desplazamiento de la próstata, formación de una fístula rectoprostatica, desplazamiento de extremos uretrales y la formación de fibrosis retropúbica extensa. Dando como resultado una estenosis pequeña residual, la cual favorecerá las condiciones para una reparación uretral tardía a los 6 u 8 meses posteriores.

La tasa de las complicaciones de las plastias uretrales, que se han descrito van de un 7% a un 14%^{20,45}. En nuestra serie se observó una tasa del 4.97% en las complicaciones, mismo que se asoció a un cuadro de recurrencia de la estenosis bulbar, que fue tratado en primera instancia con anastomosis término-terminal, aunque cabe mencionar que el mecanismo de lesión fue con esquirla de arma de fuego, que pudiese condicionar una mayor fibrosis, respuesta inflamatoria, entre otras condiciones que pudieron condicionar la evolución clínica del mismo. Se han descrito como complicaciones menores infección de vías urinarias, equimosis y edema escrotal en la mayoría de los pacientes, mismas que no comprometen la evolución clínica de los pacientes^{20,45}.

Conclusiones

Se podría considerar la UTI como paliativa, debido a su alto índice de recurrencia, la cual se ha observado que es directamente proporcional al número de intervenciones realizadas. Sin embargo, se deben realizar otros estudios para definir los criterios clínicos, etiológicos, técnicos, anatómicos que puedan comprometer o favorecer los resultados de esta técnica. Por otra parte, consideramos que se debe valorar costo-beneficio al momento de plantear algún tipo de intervención como tratamiento de los pacientes que cursen con esta patología, ya que la uretroplastia abierta en manos de un urólogo experimentado y con una adecuada selección de la técnica quirúrgica, puede representar un tratamiento con resultados permanentes.

Por otra parte, debido a que la estenosis uretral es relativamente poco frecuente, y que actualmente la tendencia en la terapéutica es hacia la UTI, consideramos que se requiere un mayor adiestramiento sobre las técnicas abiertas durante la formación académica del urólogo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiamiento

No se recibió patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Bibliografía

- Singh M, Scott TM. The ultrastructure of human male urethral stricture. *Br J Urol* 1976;47:871-876.
- Cobb BG, Wolf JA, Ansell JR, et al. Congenital stricture of the proximal urethral bulb. *J Urol* 1968;99:629-631.
- Chambers RM, Baitera B. The anatomy of the urethral stricture. *Br J Urol* 1977;49:545-551.
- Singh M, Blandy JP. The pathology of urethral stricture. *J Urol* 1976;115:673-676.
- Beard DE, Goodyear WE. Urethral stricture: a pathological study. *J Urol* 1948;59:619-626.
- Lumen N, Hoebeke P, Willemsen P, et al. Etiology of urethral stricture disease in the 21st century. *J Urol* 2009;182:983.
- Baskin LS, McAninch JW. Childhood urethral injuries: perspectives on outcome and treatment. *BJU* 1993;72:241.
- Andrich DE, Mundy AR. What is the best technique for urethroplasty? *Eur Urol* 2008;54:1031.
- Markogiannakis H, Sanidas E, Messaris E, et al. Motor vehicle trauma: analysis of injury profiles by road-user category. *Emerg Med J* 2006;23:27.
- Rassweiler J, Teber D, Kuntz R, et al. Complications of transurethral resection of the prostate (TURP): incidence, management and prevention. *Eur Urol* 2006;50:969.
- Steenkamp JW, Heyns CF, de Kock ML. Internal urethrotomy versus dilation as treatment for male urethral strictures: a prospective, randomized comparison. *J Urol* 1997;157:98.
- Davis E, Lee LW. Lasting results following internal urethrotomy for urethral stricture. *J Urol* 1948;5(9):935.
- Milroy E, Chapple C, Eldin A, et al. A new treatment for urethral strictures: a permanently implanted urethral stent. *J Urol* 1989;141:1120.
- Bullock TL, Brandes SB. Adult anterior urethral strictures: a national practice patterns survey of board certified urologists in the United States. *J Urol* 2007;177:685.
- Roosen JU. Self-catheterization after urethrotomy. Prevention of urethral stricture recurrence using clean intermittent self-catheterization. *Urol Int* 1993;90.
- Heyns CF, Steenkamp JW, De Kock ML, et al. Treatment of male urethral strictures: is repeated dilation or internal urethrotomy useful? *J Urol* 1998;160:56.
- Pansadoro V, Emiliozzi P. Internal urethrotomy in the management of anterior urethral strictures: long-term follow-up. *J Urol* 1996;156:73.
- Stormont TJ, Suman VJ, Oesterling JE. Newly diagnosed bulbar urethral strictures: etiology and outcome of various treatments. *J Urol* 1993;150:1725.
- Chilton CP, Shah PJR, Fowler CG, et al. The impact of optical urethrotomy on the management of urethral strictures. *Br J Urol* 1983;55:705.
- Chiou RK, Taylor RJ. Changing concepts of urethral stricture management II: selection of treatment options. *Nebr Med J* 1996;81:287.
- Webster GD, Koefoot RB, Sihelnik SA. Urethroplasty management in 100 cases of urethral stricture: a rationale for procedure selection. *J Urol* 1985;134:892.
- Micheli E, Ranieri A, Peracchia G, et al. End-to-end urethroplasty: long-term results. *BJU Int* 2002;90:68.
- Greenwell TJ, Castle C, Andrich DE, et al. Repeat urethrotomy and dilation for the treatment of urethral stricture are neither clinically effective nor cost-effective. *J Urol* 2004;172:275.
- Markiewicz MR, Lukose MA, Margarone JE 3rd, et al. The oral mucosa graft: a systematic review. *J Urol* 2007;178(2):387-394.
- Kropfl D, Tucak A, Prlic D, et al. Using buccal mucosa for urethral reconstruction in primary and re-operative surgery. *Eur Urol* 1998;34:216.
- Humby G. A one-stage operation for hypospadias. *Br J Surg* 1941;29:84.
- Burger RA, Muller SC, el-Damanhoury H, et al. The buccal mucosal graft for urethral reconstruction: a preliminary report. *J Urol* 1992;147:662.

28. Heinke T, Gerharz EW, Bonfig R, et al. Ventral onlay urethroplasty using buccal mucosa for complex stricture repair. *Urol* 2003;61:1004.
29. Martinez-Pineiro JA, Carcamo P, Garcia Matres MJ, et al. Excision and anastomotic repair for urethral stricture disease: experience with 150 cases. *Eur Urol* 1997;32:433.
30. Angermeier KW, Jordan GJ. Complications of the exaggerated lithotomy position: a review of 177 cases. *J Urol* 1994;151:866.
31. Osegbe DN, Ntia I. One-stage urethroplasty for complicated urethral strictures using axial penile skin island flap. *Eur Urol* 1990;17:79.
32. Jezior JR, Schlossberg SM. Excision and primary anastomosis for anterior urethral stricture. *Urol Clin North Am* 202;29:373.
33. Santucci RA, Mario LA, McAninch JW. Anastomotic urethroplasty for bulbar urethral stricture: analysis of 168 patients. *J Urol* 2002;167:1715.
34. Jakse G, Marberger H. Excisional repair of urethral stricture. Follow-up of 90 patients. *Urology* 1986;27:233.
35. Hudak SJ, Atkinson TH, Morey AF. Repeat Transurethral Manipulation of Bulbar Urethral Strictures is Associated With Increased Stricture Complexity and Prolonged Disease Duration. *J Urol* 2012;187:1691.
36. Rourke KF, Jordan GH. Primary urethral reconstruction: the cost minimized approach to the bulbous urethral stricture. *J Urol* 2005;173:1206.
37. Wright JL, Wessells H, Nathens AB, et al. What is the most cost-effective treatment for 1 to 2-cm bulbar urethral strictures: societal approach using decision analysis. *Urology* 2006;67:889.
38. Anger JT, Buckley JC, Santucci RA, et al. Trends in stricture management among male Medicare beneficiaries: under use of urethroplasty? *Urology* 2011;77:481.
39. Roehrborn CG, McConnell JD. Analysis of factors contributing to success or failure of 1-stage urethroplasty for urethral stricture disease. *J Urol* 1994;151:869.
40. Barbagli G, Palminteri E, Guazzoni G, et al. Bulbar urethroplasty using buccal mucosa grafts placed on the ventral, dorsal or lateral surface of the urethra: are results affected by the surgical technique? *J Urol* 2005;174:955.
41. Morey AF, Kizer WS. Proximal bulbar urethroplasty via extended anastomotic approach--what are the limits? *J Urol* 2006;175:2145.
42. Hensle TW, Kearney MC, Bingham JB. Buccal mucosa grafts for hypospadias surgery: long-term results. *J Urol* 2002;168:1734.
43. Andrich DE, Mundy AR. Urethral strictures and their surgical treatment. *BJU Int* 2000;86:571-580.
44. Ennemoser O, Colleselli K. Posttraumatic Posterior Urethral Stricture Repair: Anatomy, Surgical Approach and Long-Term Results. *J Urol* 1997;157(2):499-505.
45. Andrich DE, Dungalison N, Greenwell TJ, et al. The long-term results of urethroplasty. *J Urol* 2003;170:90.



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Cistostomía suprapúbica: indicaciones, contraindicaciones y consideraciones para su realización

Torres Salazar JJ,¹ Ricardez Espinosa AA.²

INTRODUCCIÓN

Historia

La cistostomía es una técnica de la que se tiene referencia desde la antigüedad. Existen registros de su aplicación desde el antiguo Egipto y la antigua Grecia. La primera referencia detallada del procedimiento es atribuida a Celsus, en la que se describe un procedimiento de cistostomía para realizar una litotomía vesical por vía perineal y, asimismo, es el primero que hace mención de un instrumento en forma de gancho para auxiliarse en la extracción de litos. Debido a la falta de anestesia estos procedimientos debían ser rápidos y de pocos minutos. El primero en adoptar el abordaje suprapúbico fue Pierre Franco en 1556, posteriormente el cirujano barbero Jean Baseilhac (1703-1781) desarrolló una guía en forma de flecha, la cual se introducía en la uretra y salía por arriba del pubis con lo que la lesión peritoneal se disminuía considerablemente.^{1,3}

Es un procedimiento urológico común y ampliamente utilizado con baja morbilidad. Se utiliza con varias indicaciones y tiene varias técnicas para su realización.⁴

Actualmente, las indicaciones para la cistostomía y las razones para su uso son diversas. Tiene

una incidencia menor de lesiones uretrales, menor frecuencia de bacteriuria y sepsis urinaria secundaria a infecciones ascendentes. Además de prevenir la necrosis peneana secundaria a presión, reducir la interferencia con la actividad sexual, tener una forma segura de derivación urinaria y una alta aceptación por parte de los pacientes.⁵

INDICACIONES

1. Retención aguda de orina en hiperplasia prostática no franqueable con catéter uretral o de cualquier otra etiología.⁵
2. Vejiga neurogénica, en pacientes con falla en la realización de cateterismo limpio intermitente debido a una pobre función manual.
3. Incontinencia persistente.
4. Reflujo vesicoureteral.
5. Pacientes con falla a la realización de la maniobra de Credé, en estos pacientes deben mantenerse los objetivos primarios de mantener la continencia, asegurar la presión vesical baja para evitar la lesión renal y disminuir el riesgo de infección.⁶

1 Urólogo, Director Médico del Hospital Central Militar, Secretario de la Sociedad Mexicana de Urología, Miembro y Sinodal del Consejo Mexicano de Urología; 2 Urólogo, Jefe del Servicio de Urología del Hospital Central Militar, Miembro

de la Sociedad Mexicana de Urología, Miembro y Sinodal del Consejo Mexicano de Urología

Dirección: Hospital Central Militar, Blvd. M. Ávila Camacho S/N, Col. Lomas de Sotelo, Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11200, México D.F., Tel. 55 57 31 00 Ext. 1414 Correo electrónico: drjaviertorress@hotmail.com

6. Lesión uretral de forma temporal, retirándola una vez que se realiza un procedimiento reconstructivo de la uretra, o de forma permanente en pacientes con lesiones uretrales irreparables.
7. Como derivación urinaria en pacientes con lesiones neurológicas centrales graves e incapacitantes como esclerosis múltiple, retardo mental, secuelas de trauma craneoencefálico grave, con lesión axonal difusa.⁷
8. Otra indicación es en pacientes con cateterización uretral prolongada o incluso a solicitud del paciente o de familiares de pacientes con lesiones neurológicas incapacitantes.⁸
9. Pacientes con lesiones vesicales traumáticas y trauma uretral que ameriten la derivación urinaria de forma temporal o permanente.
10. En lesiones vesicales, son manejados con una cistostomía por periodos de 15 días, sin embargo, hay estudios que sugieren manejar a pacientes con rupturas traumáticas vesicales con cistostomía y sin ella, y los resultados son muy similares cuando sólo se maneja con catéter transuretral. Asimismo, no se ha encontrado una reducción en el tiempo de cicatrización vesical con la cistostomía.^{9,10}
11. En pacientes con procesos infecciosos, como la prostatitis aguda que son asociados con una pobre calidad de vida.¹¹ Estos procesos infecciosos graves necesitan la administración de altas dosis de antimicrobianos por cuatro a seis semanas y la realización de cistostomía como manejo complementario, a fin de evitar la bacteremia producida por la manipulación uretral.¹²
12. La gangrena de Fournier que es una infección grave de tejidos blandos que involucra la región perianal y periné, y que requiere de manejo antimicrobiano y quirúrgico con cistostomía en 7.6% e incluso colostomía con 53.8%.^{13,14}

TÉCNICAS

El desarrollo de diferentes técnicas para la cate-terización suprapúbica refleja la necesidad de desarrollar métodos más seguros con menos complicaciones.

La cistostomía abierta es el método más antiguo y considerado por muchos como el método más seguro. Sus ventajas son la exposición directa de la vejiga y consecuentemente la disminución del riesgo de lesiones viscerales inadvertidas.⁵

El abordaje percutáneo ha ganado mucha aceptación entre los urólogos, ya sea guiado por fluoroscopia o ultrasonografía.¹⁴

El abordaje fluoroscópico, por lo general, es realizado con la técnica de Seldinger con una punción inicial con aguja de 21 Gauge y con una dilatación del tracto y colocación de un catéter de 10 a 24 F.¹⁵

El abordaje percutáneo con guía ultrasonográfica es seguro, comprueba rápidamente la presencia de retención aguda de orina y tiene en tiempo real una baja morbilidad y es mucho más seguro que el abordaje ciego.¹⁶

El uso de la endoscopia en los abordajes percutáneos asegura una inserción más segura del catéter de cistostomía y minimiza el riesgo de lesión de vísceras adyacentes.¹⁴

En el Hospital Central Militar se tiene experiencia con el dispositivo UROMIKE, para realizar la derivación urinaria suprapúbica percutánea o quirúrgica. Este dispositivo permitía al paciente tener una mejor calidad de vida, sin embargo, presentó en algunos pacientes complicaciones por la forma y el tipo de material que tendía a producir calcificaciones.¹⁷

COMPLICACIONES

La cistostomía no es una cirugía exenta de complicaciones, existen diversas complicaciones, pero en general, el rango de éstas va del 1.6 al 2.4% de los procedimientos y entre las principales se encuentran las infecciones de vías urinarias, hematuria, el bloqueo del catéter, infecciones de la piel y litiasis vesical.⁷

En este tipo de procedimiento rara vez se observan complicaciones fatales, sin embargo, se puede observar la presencia de cálculos vesicales que ameritan un manejo quirúrgico complementario y que en gran mayoría de las ocasiones pueden estar en relación con infecciones que promueven la formación litos de fosfato de amonio y magnesio.¹⁸

La pérdida de orina por la uretra que tiende a observarse en pacientes con lesiones neurológicas

y que se acompañan de hiperreflexia vesical, deben manejarse con tratamiento médico con anticolinérgicos y asimismo algunos autores sugieren pinzar la sonda dos horas diarias para mantener una vejiga con adecuada complianza, buena capacidad y mejorar la sensibilidad vesical.^{19,20}

La fisiopatología de las infecciones en catéteres usualmente sigue a la formación de una biocapa interna y externa al catéter que protege a los microorganismos de antimicrobianos y de la respuesta inmune del huésped. Se considera que en pacientes con bacteriuria asintomática no deben tratarse con antimicrobianos, ya que esto puede llevar a la emergencia de organismos más resistentes.

Las complicaciones infecciosas pueden prevenirse manejando antibacterianos profilácticos previos a cualquier manipulación urológica, evitando la obstrucción del catéter o que se traumatice por tracción accidental.²¹

Los catéteres de cistostomía deben mantenerse permeables, sin compresiones extrínsecas. La principal causa de disfunción de un catéter vesical es la obstrucción secundaria a compresión mecánica extrínseca.

Los catéteres deben cambiarse regularmente, cada dos a tres semanas idealmente. Es conveniente en pacientes con cistostomía a permanencia realizar el cambio del catéter antes de tomar cultivos, ya que reduce el número de antimicrobianos prescritos, y disminuye el aumento en la resistencia microbiana.^{6,22}

De acuerdo con los tipos de catéteres, no hay un consenso para evaluar el catéter ideal para la derivación urinaria, pero algunos estudios sugieren una disminución en la incidencia de bacteriuria asintomática e infecciones sintomáticas en pacientes con catéteres uretrales recubiertos de óxido de plata. Sin embargo, faltan estudios epidemiológicos para valorar si la disminución del riesgo de infecciones justifica el uso de estos catéteres de mayor costo para su aplicación en la derivación suprapúbica.²³

En cuanto a la tolerancia del catéter, hay pocos estudios que comparan los diferentes tipos de catéteres para drenaje prolongado vesical y no hay suficiente evidencia para ponderar algún material en especial.²⁴

CONCLUSIONES

La cistostomía es un procedimiento que se realiza desde la antigüedad, es efectiva, bien tolerada por los pacientes, con indicaciones diversas. Es ampliamente aceptada, y tiene complicaciones mínimas, las cuales siempre deben considerarse.

El urólogo debe dominar las diferentes técnicas para realizarla, debe conocer el manejo del catéter de cistostomía y resolver sus complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ware Elgin Jr. A brief history of urology at Baylor University. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2003;16(4):430-4.
2. Sachs M, Peters J. History of surgical instruments. Surgical instruments and development of surgical technique of lithotomy incision. *Zentralbl Chir.* 1999;124(11):1059-66.
3. Giannopoulos T, Kostakopoulos A, Sofras F, Dimopoulos C. The operation of lithotomy in ancient Greece. *Urol Int* 1987;42(3):210-2.
4. Aulwalia RS, Johal N, Kouriefs C, Kooiman G, Montgomey BS, Plail RO. The surgical risk of suprapubic catheter insertion and long-term sequelae. *Ann R Coll Surg Engl* 2006;88(2):210-3.
5. Kumar P, Pati J. Suprapubic catheters: indications and complications. *Br J Hosp Med (Lond)* 2005;66(8):466-8.
6. Jamison J, Maguire S, MacCann J. Catheter policies for management of long term voiding problems in adults with neurogenic bladder disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):CD004375.
7. Nomura S, Ishido T, Teranishi J, Makiyama K. Long term analysis of suprapubic cystostomy drainage in patients with neurogenic bladder. *Urol Int* 2000;65(4):185-9.
8. Yang HM, Kim HJ. Clinical significance of suprapubic cystostomy in the treatments of patients with voiding difficulty, Korean. *J Urol* 2003;44(3):283-287.
9. Parry NG, Rozychy GS, Feliciano DV, Tremblay LN. Traumatic rupture of the urinary bladder: is the suprapubic tube necessary? *J Trauma* 2003;54(3):431-6.
10. Margolin DJ, Gonzalez RP. Retrospective analysis of traumatic bladder injury: Does suprapubic catheterization alter outcome of healing? *Am Surg* 2004;70(12):1057-60.
11. Beckman TJ, Edson RS. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* prostatitis. *Urology* 2007;69(4):779.e1-3.

12. Wagenlehner FM, Weidner W, Naber KG. Therapy for prostatitis, with emphasis on bacterial prostatitis, Expert Opin Pharmacother 2007;8(11):1667-74.
13. Kalorin CM, Tobin EH. Community associated methicilin resistant Staphylococcus aureus causing Fournier's gangrene and genital infections. J Urol 2007;177(3):967-71.
14. Lawrentschuk N, Lee D, Marriot P, Russell JM. Suprapubic stab cystostomy: a safer technique. Urology 2004;64(1):187-8.
15. Mond DJ, Lee WJ. Fluoroscopically guided suprapubic cystostomy in complex urologic cases. J Vasc Interv Radiol 1994;5(6):911-4.
16. Aguilera PA, Choi T, Durham BA. Ultrasound-guided suprapubic cystostomy catheter placement in the emergency department. J Emerg Med 2004;26(3):319-21.
17. Rodríguez Esqueda M, Ricardez Espinoza A, Pamanes Ochoa A, Torres Salazar J. Derivación Urinaria con el procedimiento UROMIKE. Revista Mexicana de Urología 2000;60(1):25-31.
18. Holmgren K, Danielson BG, Fellestrom B. The relation between urinary tract infection and stone composition in renal stone formers. Scand J Urol Nephrol 1989;23:131-136.
19. Barnes DG, Shaw PJ, Tymoney AG, Tsokos N. Management of the neuropathic bladder by suprapubic catheterisation. Br J Urol 1993;72(29):169-72.
20. Sheriff MK, Foley S, McFarlane. Long term suprapubic catheterization: clinical outcome and satisfaction survey. Spinal Cord. 1998;36(3):171-176.
21. Nicolle LE. Catheter-related urinary tract infection. Drug aging. 2005;22(8):627-39.
22. Shah PS, Cannon JP, Sullivan CL, Nemchausky B, Pachucky CT. Controlin antimicrobial use and decreasing microbillogical laboratory tests for urinary tract infections in spinal-cord injury patients with chronic indwelling catheters. Am J Health Syst Pharm 2005;162(1):74-7.
23. Brosnaban J, Jull A, Tracy C. Types of urethral catheters for management of short term voidin problems in hospitalized adults. Cochrane database Syst Rev 2004;(1):CD004013.
24. Jahn P, Preuss M, Kernig A, Seifert-Hühmer A. Types of indwelling urinary catheters for long-term bladder drainage in adults. Cochrane database Syst Rev 2007;18(3):CD004997.