

Medellín, septiembre de 2024



Señores

JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE RIONEGRO - ANTIOQUIA  
Antioquia

REFERENCIA: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
DEMANDANTE: SONIA DEL PILAR AGUDELO LOPEZ Y OTROS  
DEMANDADO: SOCIEDAD MÉDICA RIONEGRO S.A.  
RADICADO: 2024-00261

ASUNTO: OTORGAMIENTO DE PODER

RAMIRO DEL CARMEN POSADA AGUDELO mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de representante legal de la SOCIEDAD MÉDICA RIONEGRO S.A. – SOMER S.A. identificada con Nit No. 890.939.936-9., según consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal que se adjunta, por medio del presente escrito manifiesto que confiero poder especial amplio y suficiente al Doctor JUAN RICARDO PRIETO PELAEZ, mayor de edad, identificado como aparece al pie de su firma y con tarjeta profesional de abogado No. 102.021, con el fin que nos represente y asuma la defensa de nuestros intereses dentro del proceso de la referencia.

El apoderado queda investido de todas las facultades necesarias para el correcto desempeño de su cargo a que alude el artículo 73 y ss del Código de General del Proceso y en especial para interponer recursos, conciliar, recibir, desistir, transigir, sustituir, reasumir, formular tachas de falsedad documental y oponerse a ellas, y en general para adelantar todas las gestiones que considere conveniente para la defensa de los intereses que se le confían, así como realizar llamamientos en garantía, notificarse del auto admisorio de la demanda y recibir su traslado.

Correo para notificaciones del abogado inscrito en el Registro Nacional de Abogados: [notificaciones@prietopelaez.com](mailto:notificaciones@prietopelaez.com)

Atentamente,

RAMIRO DEL CARMEN POSADA AGUDELO

C. C. No. 71.647.955

Representante Legal

Sociedad Médica Rionegro S.A.

*Carapell*

Acepto,

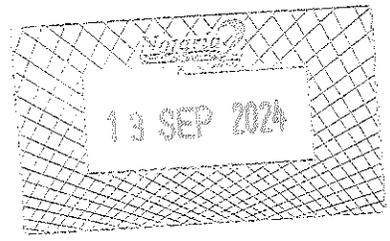
JUAN RICARDO PRIETO PELAEZ

C.C 71.787.721. de Medellín

T.P. 102.021 Consejo Superior de la Judicatura

**PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO**  
Ante el Suscrito Notario Segundo de Rionegro Compareció  
Ramiro del Carmen Posada Ayudado  
Quién se Identificó con la C.C. No. 41.647.955  
de \_\_\_\_\_ y manifestó que la firma que  
aparece en el presente documento es la suya y que el  
contenido del mismo es cierto.  
En Rionegro

El Compareciente.   
\_\_\_\_\_



  
**SABINO ALFONSO CABALLERO VILLAMIL**  
Notario Segundo Circuito de Rionegro, Antioquia





**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**

**EVOLUCION CONSULTA EXTERNA**

**N° Historia Clínica: 21323446**

**Datos personales del Paciente**

<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía 21323446 MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b> 83 Años / 5 Meses / 22 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b> 3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	<b>Tel.responsable:</b>	<b>Dir.responsable:</b>
<b>Acompañante:</b>	<b>Tel. Acompañante:</b>	<b>Parentesco:</b>
<b>Entidad:</b> NUEVA EPS	<b>Plan Beneficios:</b> NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)	
		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

**FOLIO N°2**

**Fecha del Folio:** 15/09/2023 08:47

<b>N° Ingreso:</b> 5546530	<b>Fecha:</b> 15/09/2023 07:57	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General
----------------------------	--------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

**Detalle del folio:**

**Peso:** **Talla:** ,00  
**IMC:** ,00 **Presión Arterial: Sistólica:** **Diastólica:**  
**Temperatura:** **Frecuencia Cardíaca:**  
**Frecuencia Respiratoria:** **Saturación de Oxígeno:**  
**Dolor:**  
**Escala Funcional de Pacientes (NYHA):**

**SUBJETIVO**

= cirugía general =

motivo de consulta: tengo una hernia

enfermedad actual: cuadro clínico de 3 meses de evolución caracterizado por sensación de masa en región inguinal que protuyente con la actividad física y de esfuerzo, refiere dolor tipo cólico de intensidad moderada, no irradiado

ant pat: niega  
alergicos: niega  
quirurgicos: colecistectomía laparoscópica  
toxicos: fumadora pesada  
ocupacion: cesante  
farmacologico: pantoprazol

**OBJETIVO**

examen físico: aceptable estado general, conciente, alerta, orientado  
escleras anictéricas  
abdomen: plano, ri+, blando, depresible, no masas, defecto herniario inguinal derecho con masa protuyente, reducible, dolorosa

**ANALISIS**

opinión:// paciente de 83 años de edad con hernia inguinal derecha sintomática programa para herniorrafia inguinal derecha laparoscópica técnica TAPP, requiere malla de mediana densidad macroporosa de 10 x 15 cm, además securestrap, v loc 000, exámenes prequirurgicos, valoración por anestesia

**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

**Programa de promoción y prevención al que se remite:** Vejez

**¿PACIENTE REQUIERE DIAS DE REPOSO?** No

**Información del folio No. 2**

**LOZANO ORTIZ JOSE RICARDO**  
CIRUGIA GENERAL  
**R.M. 80088654**

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
K409	<input type="checkbox"/> HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

**Servicios Ambulatorios**

Servicio y/o procedimiento

Cantidad

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Salida\_Consulta\_Externa

Órd. Médicas:

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clínico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
902210	902210 - HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO	1	Rutinario	
902049	902049 - TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	1	Rutinario	
902045	902045 - TIEMPO DE PROTROMBINA TP	1	Rutinario	
903895	903895 - CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	Rutinario	
903426	903426 - HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	1	Rutinario	

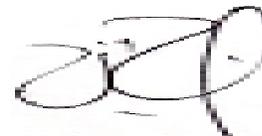
**Solicitud de Procedimientos Quirúrgicos**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Procedimiento Quirúrgico	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
530901	530901 - HERNIORRAFIA INGUINAL POR LAPAROSCOPIA CON MALLA DE FIJACION PAQUETE	1	Urgente	

**Solicitud de Procedimientos No Quirúrgicos**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Procedimiento No QX	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
039102	039102 - INYECCION DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA EN EL CANAL ESPINAL	1	Rutinario	

Información del folio No. 2



**LOZANO ORTIZ JOSE RICARDO**  
CIRUGIA GENERAL  
R.M. 80088654



**EVALUACION Y MEDICACION PREANESTESICA**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente							
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía	21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino	<b>F. Nacim:</b>	24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 3 Días	<b>Estado Civil:</b>	Viudo	<b>Dirección:</b>	CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION		
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b>	LA UNION	<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA		
<b>Responsable:</b>		<b>Tel.responsable:</b>		<b>Dir.responsable:</b>		<b>Parentesco:</b>	
<b>Acompañante:</b>				<b>Tel. Acompañante:</b>			
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS						
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS CONSULTA MEDICA					<b>Rango:</b>	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)
<b>FOLIO N°3</b>	<b>Fecha del Folio:</b> 27/09/2023 11:14						
<b>N° Ingreso:</b>	5566369	<b>Fecha:</b>	27/09/2023 10:25	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**ORTEGA GRISALES DIANA  
CAROLINA**  
ANESTESIOLOGIA  
R.M. 05-2183-14

**Detalle del folio:**

**FECHA DE LA INTERVENCIÓN** 01/10/2023 07:00  
**INTERVENCIÓN PROPUESTA** HERNIA INGUINAL  
**EXAMEN FISICO** PA 112/80 FC 70 FR 20 PESO 56 Kg  
**BOCA** AO >4CM MALAMPATI II **CORAZON** RSCSRS  
**CUELLO** DTM >6M FLEXOEXTNEISON ADECUADA **PULMONES** RSPSNS  
**EXAMENES PREQUIRÚRGICOS** HB 14.7 **GLICEMIA** TP 11.5 **TPT** 29.1  
**HTO** 44.2 **CITOQUIMICO ORINA** **CREATININA** 0.71 **UREA**  
**PLAQUETAS** 224000 **EKG** SINUSAL SIN ISQUEMIA AGUDA **GS**  
**RX TORAX** **OTROS** TSH 3.7  
**ASA** 2 ELECTIVO **PLAN ANESTÉSICO** GENERAL

**OBSERVACIONES** A PERSONALES GASTRITIS ESOMEPTRAZOL TRIMEBUTINA  
 NIEGA ASA NATURISTAS  
 ALERGICOS NEG  
 A QX COLELAP SAFENECTOMIA SIN COMPLICACIONES  
 AGO FUM 55 AÑOS DE EDAD G 6P5A1 MENARCA 14 AÑOS  
 A TOXICOS TABAQUISMO ACTIVO 1 PAQ /DIA LICOR NO  
 CLASE FUNCIONAL I/IV  
 METS > 4  
 ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR  
 NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS ACTUALES FIEBRE TOS DISNEA O SINDROME CONSTITUCIONAL

DURANTE LA CONSULTA PREANESTESICA SE EXPLICA QUE EL OBJETIVO PRINCIPAL ES ACLARAR DUDAS EVALUAR PARACLINICOS Y ANTECEDENTES PERSONALES; SE EXPLICA CLARAMENTE DE ACUERDO A SUS ANTECEDENTES PERSONALES Y PROCEDIMIENTO QUIRURGICO RIESGOS ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO Y LA ANESTESIA ; TALES COMO ARRITMIAS FATALES COMPLICACIONES CARDIOPULMONARES PARO CARDIORESPIRATORIO E INCLUSO LA MUERTE. COMPRENDE ACEPTA Y FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO; SE RESPONDEN DUDAS Y SUGERENCIAS. SE DA ORIENTACION ACERCA DE SINTOMAS ASOCIADOS AL MOMENTO DEL PROCEDIMIENTO COMO TAQUICARDIA ANSIEDAD E INCLUSO HIPERTENSION DE BATA BLANCA AMPLIAMENTE DESCRITOS EN LA LITERATURA Y QUE PODRIAN DADO EL CASO DE NO LOGRAR UN CONTROL ADECUADO LLEVAR A REPROGRAMACION EL DIA DE CIRUGIA.

SE BRINDA MANUAL DE INSTRUCCIONES POR ESCRITO. NADA VIA ORAL POR 8 HORAS. SUSPENDER ACIDO ACETIL SALICILICO (ASA) PREOP MINIMO 7 DIAS NO HIPOGLICEMIANTES EL DIA DE CIRUGIA. SUSPENDER MEDICAMENTOS NATURISTAS HASTA DESPUES DEL PROCEDIMIENTO.

SE BRINDA CLARA INFORMACION PACIENTE Y ACOMPAÑANTE DE PRESENTAR SINTOMAS COMO FIEBRE TOS PRODUCTIVA RINORREA SINDROME VIRAL AGUDO HASTA 24 HORAS ANTES DEL PROCEDIMIENTO DEBE COMUNICARSE AL 6046052626 EXT 400 Y NOTIFICAR EN PROGRAMACION CIRUGIA PARA REPROGRAMAR PROCEDIMIENTO.

\*

**PREMEDICACIÓN(Si se hospitaliza la noche anterior)**

**PREMEDICACIÓN (Si se ingresa el mismo día de la cirugía)**

\*\*\*\*\*ORDENES MEDICAS  
 NVO 8 HORAS PREOP  
 SUSPENDER ASPIRINA MINIMO 7 DIAS PREOP  
 SUSPNEDER MEDICAMENTOS NATURISTAS  
 TOMAR ESOMEPTAZOL 6 AM CON POCA AGUA

**Identificación del riesgo cardiovascular**

Cardiopatía Isquémica (angina de pecho o infarto de miocardio previo): No  
 Insuficiencia Cardíaca: No  
 Ictus o Accidente Isquémico Transitorio: No  
 Creatinina mayor de 2 mg/dl: No  
 Diabetes Mellitus Insulinodependiente: No  
 No requiere exámenes complementarios

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		■

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
---------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------	------------------------------	---------------------------------

**Información del folio No. 3**



**ORTEGA GRISALES DIANA  
 CAROLINA**  
 ANESTESIOLOGIA  
 R.M. 05-2183-14

K409  HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA  
SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

Presuntivo

Impresion\_Diagnostica No\_Corresponde

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Salida\_Consulta\_Externa

**Órd. Médicas:**

**Información del folio No. 3**

**ORTEGA GRISALES DIANA  
CAROLINA**

ANESTESIOLOGIA

R.M. 05-2183-14

**HISTORIA CLÍNICA**  
**TRANSOPERATORIO DE ANESTESIA**

**N° Historia Clínica:** 21323446

**INFORMACIÓN PERSONAL PACIENTE**

<b>Identificación:</b>	21323446	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula_Ciudadanía		
<b>Nombre Paciente:</b>	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino		
<b>Fecha Nacimiento:</b>	24/03/1940	<b>Edad Actual:</b>	84 Años / 3 Meses / 23 Días	<b>Edad en la Atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 7 Días
<b>Estado Civil:</b>	Viudo	<b>Procedencia:</b>	LA UNION		
<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA				
<b>Dirección:</b>	CALLE 9 N° 8 - 34	<b>Teléfono:</b>	5560917		
<b>Entidad:</b>	900156264 - NUEVA EPS				

**INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE**

<b>Nombre:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Parentesco:</b>	NUERA
<b>Dirección:</b>	MEDELLIN	<b>Teléfono:</b>	3148884731

**INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN**

<b>Folio N°:</b>	4	<b>Fecha Folio:</b>	1/10/2023 9:06
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha Ingreso:</b>	1/10/2023 5:50
<b>Finalidad Consulta:</b>	No_Aplica	<b>Causa Externa:</b>	Enfermedad_General

**INFORMACION DEL PROCEDIMIENTO**

<b>Fecha y hora de inicio anestesia:</b>	1/10/2023 7:46	<b>Fecha y hora finalización de anestesia:</b>	
<b>Procedimiento:</b>	Herniorrafia inguinal laparoscopica		

**ESTADO FISICO**

1		2	X	3		4		5		Urgente		Emergente
---	--	---	---	---	--	---	--	---	--	---------	--	-----------

**MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS**

<b>Peso (Kilogramos):</b>	57,0
---------------------------	------

**LABORATORIOS**

No aplica

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Normal

**ANESTESIA**

**Metodo Anestésico**

<b>General:</b>	Si
<b>Posición:</b>	Supino

**CONTROL VÍA AÉREA**

<b>Vía de intubación:</b>	Oral	<b>Tipo de dispositivo:</b>	Tubo endotraqueal
<b>Tamaño:</b>	7,0	<b>Intubación:</b>	Fácil

**PERDIDA SANGUINEA**

**INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN**

<b>Folio N°:</b>	4	<b>Fecha Folio:</b>	1/10/2023 9:06
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha Ingreso:</b>	1/10/2023 5:50
<b>Identificación:</b>	21323446	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula_Ciudadanía
<b>Nombre Paciente:</b>	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO		

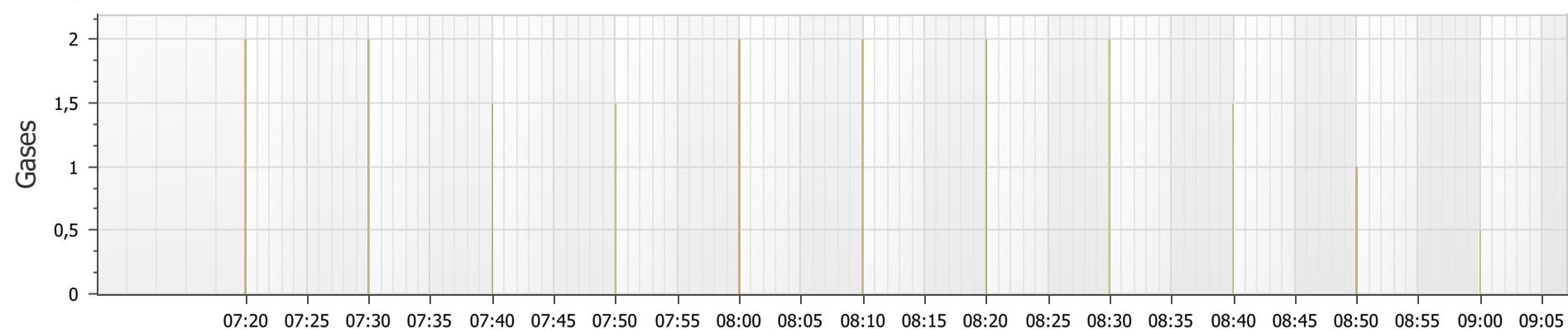
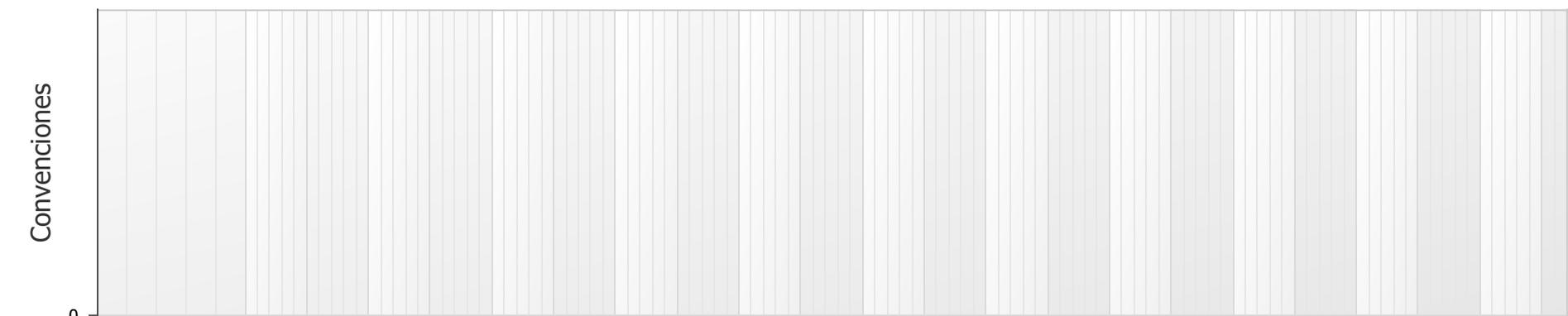
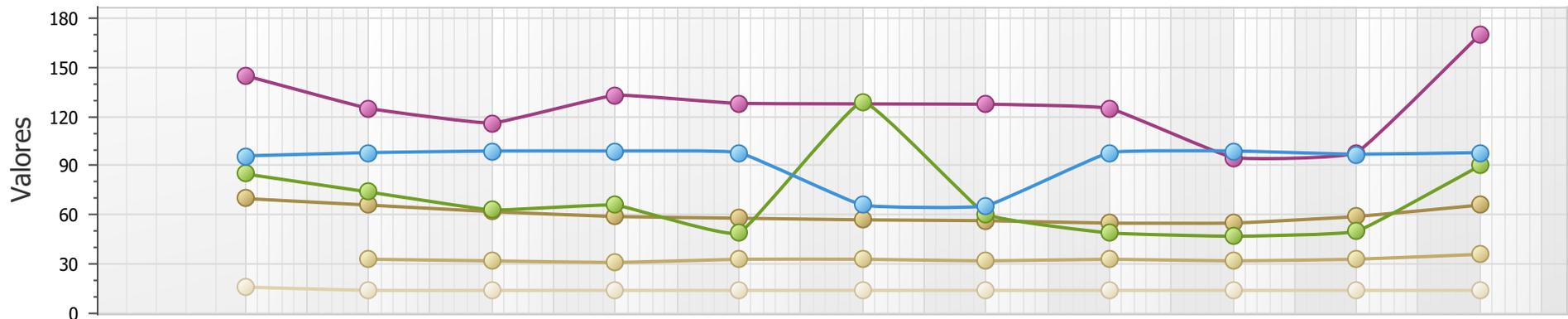
**OBSERVACIONES GENERALES**

Paciente femenino de 83 años, con antecedentes patológicos descritos, sin alergias conocidas; programado por Cirugía para Herniorrafia Inguinal por Laparoscopia.

Previa confirmación de identidad, ayuno, revisión de resultados de laboratorio, lista de seguridad y utilizando los equipos de protección personal requeridos; ingresa a quirófano consciente, ventilando espontáneamente, se coloca en mesa operatoria en decubito, se monitoriza (EKG, PA, SO<sub>2</sub>), preoxígeno por 3 minutos e indico administrar inducción ev (Midazolam 1mg, Fentanilo 50mcg, Propofol 150mg, Rocuronio 30mg). Posteriormente realizo LD con Hoja Mc # 3 e IOT con TET # 7 que se fija a 20cm de comisura y se conecta a VM con los siguientes parámetros: modo Volumen, FIO<sub>2</sub> 60%, Vt 300ml, Fr 14rpm, PEEP 4cmH<sub>2</sub>O. El mantenimiento anestésico se realiza con Sevoroano 1-2vol% y Remifentanilo 0.05mcg/kg/min, se administran 500ml de Hartmann, 1g Dipirona, 75mg Diclofenaco, 5mg Ketamina y revierte relajación muscular con 1mg Neostigmina y 0.5mg Atropina. Se mantiene Hemodinamicamente estable durante el procedimiento y egresa a recuperación consciente, ventilando espontáneamente. SV: PA 170/90mmHg, FC 66lpm, SO<sub>2</sub> 98%.

# REGISTRO ANESTÉSICO

REGISTRO ANESTESICO - PACIENTE: (21323446 MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO) FECHA: 01/10/2023



**INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN**

<b>Folio N°:</b>	4	<b>Fecha Folio:</b>	1/10/2023 9:06
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha Ingreso:</b>	1/10/2023 5:50
<b>Identificación:</b>	21323446	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula_Ciudadanía
<b>Nombre Paciente:</b>	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO		

**CONTROL DE MONITOREO**

Fecha / Hora	Clase	Tipo Monitoreo	Valor
1/10/2023 7:20	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	70,00
1/10/2023 7:20	Valor	SISTOLE	145,00
1/10/2023 7:20	Valor	DIASTOLE	85,00
1/10/2023 7:20	Valor	SO2	96,00
1/10/2023 7:20	Valor	RESPIRACIÓN	16,00
1/10/2023 7:20	Gas	SEVORANE	2,00
1/10/2023 7:30	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	66,00
1/10/2023 7:30	Valor	SISTOLE	125,00
1/10/2023 7:30	Valor	DIASTOLE	74,00
1/10/2023 7:30	Valor	SO2	98,00
1/10/2023 7:30	Valor	CO2	33,00
1/10/2023 7:30	Valor	RESPIRACIÓN	14,00
1/10/2023 7:30	Gas	SEVORANE	2,00
1/10/2023 7:40	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	62,00
1/10/2023 7:40	Valor	SISTOLE	116,00
1/10/2023 7:40	Valor	DIASTOLE	63,00
1/10/2023 7:40	Valor	SO2	99,00
1/10/2023 7:40	Valor	CO2	32,00
1/10/2023 7:40	Valor	RESPIRACIÓN	14,00
1/10/2023 7:40	Gas	SEVORANE	1,50
1/10/2023 7:50	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	59,00
1/10/2023 7:50	Valor	SISTOLE	133,00
1/10/2023 7:50	Valor	DIASTOLE	66,00
1/10/2023 7:50	Valor	SO2	99,00
1/10/2023 7:50	Valor	CO2	31,00
1/10/2023 7:50	Valor	RESPIRACIÓN	14,00
1/10/2023 7:50	Gas	SEVORANE	1,50
1/10/2023 8:00	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	58,00
1/10/2023 8:00	Valor	SISTOLE	128,00
1/10/2023 8:00	Valor	DIASTOLE	49,00
1/10/2023 8:00	Valor	SO2	98,00
1/10/2023 8:00	Valor	CO2	33,00
1/10/2023 8:00	Valor	RESPIRACIÓN	14,00
1/10/2023 8:00	Gas	SEVORANE	2,00
1/10/2023 8:10	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	57,00
1/10/2023 8:10	Valor	DIASTOLE	129,00
1/10/2023 8:10	Valor	SO2	66,00
1/10/2023 8:10	Valor	CO2	33,00
1/10/2023 8:10	Valor	RESPIRACIÓN	14,00
1/10/2023 8:10	Gas	SEVORANE	2,00
1/10/2023 8:20	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	58,00
1/10/2023 8:20	Valor	SISTOLE	130,00

**INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN**

<b>Folio N°:</b>	4	<b>Fecha Folio:</b>	1/10/2023 9:06
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha Ingreso:</b>	1/10/2023 5:50
<b>Identificación:</b>	21323446	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula_Ciudadanía
<b>Nombre Paciente:</b>	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO		

**CONTROL DE MONITOREO**

Fecha / Hora	Clase	Tipo Monitoreo	Valor
1/10/2023 8:20	Valor	DIASTOLE	72,00
1/10/2023 8:20	Valor	SO2	33,00
1/10/2023 8:20	Valor	RESPIRACIÓN	14,00
1/10/2023 8:20	Gas	SEVORANE	2,00
1/10/2023 8:20	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	55,00
1/10/2023 8:20	Valor	SISTOLE	125,00
1/10/2023 8:20	Valor	DIASTOLE	49,00
1/10/2023 8:20	Valor	SO2	98,00
1/10/2023 8:20	Valor	CO2	32,00
1/10/2023 8:20	Valor	RESPIRACIÓN	14,00
1/10/2023 8:20	Gas	SEVORANE	2,00
1/10/2023 8:30	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	55,00
1/10/2023 8:30	Valor	SISTOLE	125,00
1/10/2023 8:30	Valor	DIASTOLE	49,00
1/10/2023 8:30	Valor	SO2	98,00
1/10/2023 8:30	Valor	CO2	33,00
1/10/2023 8:30	Valor	RESPIRACIÓN	14,00
1/10/2023 8:30	Gas	SEVORANE	2,00
1/10/2023 8:40	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	55,00
1/10/2023 8:40	Valor	SISTOLE	95,00
1/10/2023 8:40	Valor	DIASTOLE	47,00
1/10/2023 8:40	Valor	SO2	99,00
1/10/2023 8:40	Valor	CO2	32,00
1/10/2023 8:40	Valor	RESPIRACIÓN	14,00
1/10/2023 8:40	Gas	SEVORANE	1,50
1/10/2023 8:50	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	59,00
1/10/2023 8:50	Valor	SISTOLE	98,00
1/10/2023 8:50	Valor	DIASTOLE	50,00
1/10/2023 8:50	Valor	SO2	97,00
1/10/2023 8:50	Valor	CO2	33,00
1/10/2023 8:50	Valor	RESPIRACIÓN	14,00
1/10/2023 8:50	Gas	SEVORANE	1,00
1/10/2023 9:00	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	66,00
1/10/2023 9:00	Valor	SISTOLE	170,00
1/10/2023 9:00	Valor	DIASTOLE	90,00
1/10/2023 9:00	Valor	SO2	98,00
1/10/2023 9:00	Valor	CO2	36,00
1/10/2023 9:00	Valor	RESPIRACIÓN	14,00
1/10/2023 9:00	Gas	SEVORANE	0,50

**INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN**

<b>Folio N°:</b>	4	<b>Fecha Folio:</b>	1/10/2023 9:06
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha Ingreso:</b>	1/10/2023 5:50
<b>Identificación:</b>	21323446	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula_Ciudadanía
<b>Nombre Paciente:</b>	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO		

**DIAGNÓSTICOS**

<b>Código</b>	<b>Nombre</b>	<b>Principal</b>
K402	HERNIA INGUINAL BILATERAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	X

**MEDICAMENTOS SOLICITADOS**

MIDAZOLAM SLN INY 5MG/5ML
Posología: 1 MILIGRAMO Dosis Unica - ,
FENTANILO SLN INY 0.1MG/2ML
Posología: 50 MICROGRAMO Dosis Unica - ,
KETAMINA SLN INY 500MG/10ML
Posología: 5 MILIGRAMO Dosis Unica - ,
PROPOFOL EMULSION INY 1% (10MG/ML) VIAL X 20 ML
Posología: 150 MILIGRAMO Dosis Unica - ,
BROMURO DE ROCURONIO SLN INY 50MG (10MG/ML) VIAL X 5ML
Posología: 30 MILIGRAMO Dosis Unica - ,
ULTIVA® REMIFENTANIL 2 MG POLVO LIOF INY
Posología: 500 MICROGRAMO Dosis Unica - ,
DEXAMETASONA SLN INY 8MG/2ML
Posología: 8 MILIGRAMO Dosis Unica - ,
DIPIRONA SLN INY 1G/2ML
Posología: 1 GRAMO Dosis Unica - ,
DICLOFENACO SLN INY 75MG/3ML
Posología: 75 MILIGRAMO Dosis Unica - ,
PARACETAMOL® ACETAMINOFEN SLN INFUSION 1G/100ML/REG
Posología: 1 GRAMO Dosis Unica - ,
NEOSTIGMINA SLN INY 0.5MG/ML
Posología: 1 MILIGRAMO Dosis Unica - ,
ATROPINA SLN INY 1MG/ML
Posología: 0,50 MILIGRAMO Dosis Unica - ,
TRAMADOL SLN INY 50MG/ML
Posología: 50 MILIGRAMO Dosis Unica - si dolor
MORFINA SLN INY 10MG/ML
Posología: 2 MILIGRAMO Dosis Unica - si dolor

*Armando Enrique*

**POLO CHACIN ARMANDO ENRIQUE**

Tarjeta Profesional: R:M 1127959486

Especialidad: 021 - ANESTESIOLOGIA

LICENCIADO A: [SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.] NIT [890939936-9]

## HISTORIA CLÍNICA

### TRANSOPERATORIO ENFERMERÍA

<b>Nº Historia Clínica:</b>	21323446		
INFORMACIÓN PERSONAL PACIENTE			
<b>Identificación:</b>	21323446	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula_Ciudadanía
<b>Nombre Paciente:</b>	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino
<b>Fecha Nacimiento:</b>	24/03/1940	<b>Edad Actual:</b>	84 Años / 3 Meses / 23 Días
<b>Estado Civil:</b>	Viudo	<b>Edad en la Atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 7 Días
<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA	<b>Procedencia:</b>	LA UNION
<b>Dirección:</b>	CALLE 9 N° 8 - 34	<b>Teléfono:</b>	5560917
<b>Entidad:</b>	900156264 - NUEVA EPS		
INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE			
<b>Nombre:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Parentesco:</b>	NUERA
<b>Dirección:</b>	MEDELLIN	<b>Teléfono:</b>	3148884731
INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN			
<b>Folio Nº:</b>	5	<b>Fecha Folio:</b>	1/10/2023 9:15
<b>Nº Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha Ingreso:</b>	1/10/2023 5:50
<b>Finalidad Consulta:</b>	No_Aplica	<b>Causa Externa:</b>	Enfermedad_General
<b>Fecha y hora de llegada al quirófano:</b>	1/10/2023 7:20		
<b>Quirófano:</b>	Segundo		
<b>Procedimiento realizado:</b>	Herniorrafia Inguinal por laparoscopia		
<b>Sitio operatorio:</b>	Abdomén		
<b>Clasificación:</b>	Electiva		
PREOPERATORIO			
<b>Hora de administración profilaxis:</b>	7:20		
PROFILAXIS ANTIBIOTICA			
<b>Profilaxis antibiótica:</b>	Si - Adulto		
<b>Antibiótico Adultos:</b>	Cefazolina 2g (3g para pacientes con peso mayor a 120 kg )		
<b>Refuerzo profilaxis antibiótica:</b>	No		
<b>Observaciones</b>	No aplica		
<b>Posición del paciente:</b>	Decúbito supino		
<b>Rasurado:</b>	No		
<b>Armónico:</b>	No		
<b>Ligasure:</b>	No		
MONITORIZACIÓN			
<b>Electrocardiograma:</b>	No		
<b>Pulsoximetría:</b>	No		
<b>Gasometría:</b>	No		
<b>Tension arterial directa:</b>	No		
<b>Tension arterial no invasiva:</b>	No		
<b>Policloruro de vinilo (PVC):</b>	No		
<b>Diuresis:</b>	No		
<b>Otro:</b>	No		
ASEPSIA			
<b>Lavado con:</b>	Clorhexidina alcoholica		

**INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN**

<b>Folio N°:</b>	5	<b>Fecha Folio:</b>	1/10/2023 9:15
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha Ingreso:</b>	1/10/2023 5:50
<b>Identificación:</b>	21323446	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula_Ciudadanía
<b>Nombre Paciente:</b>	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO		

**OPERATORIO**

<b>Hora inducción anestésica:</b>	7:25	<b>Hora incisión:</b>	7:40
<b>Uso material de osteosíntesis:</b>	No	<b>Uso de tejido osteomuscular:</b>	No

**SONDAS Y DRENES**

No aplica

**Observaciones sondas y drenes:**

No aplica

**Observaciones enfermería:**

Ingresa paciente al quirófano #1 programado para Herniorrafia inguinal derecha, paciente consiente, orientado, alerta, afebril, no taquicardia, ayuno mayor de 8 horas, no refiere náuseas ni emesis cuello móvil torax con adecuada expansión pulmonar no refiere dolor torácico ni precordial, extremidades superiores móviles sin edemas acceso venoso permeable en ESI Se instala A/B profiláctico ordenado Cefazolina 2gr en 100cc de solución salina al 0,9% Se verifica con 10 correctos de medicamentos y se administra por protocolo institucional abdomen blando, depresible, no distensión abdominal, vejiga evacuada, movilizando bien sus extremidades inferiores, no edemas, con consentimientos quirúrgicos firmados se ubica paciente en camilla operatoria, posición supina, se monitoriza Se realiza primera pausa quirúrgica y se verifica con anestesiólogo lista de chequeo antes del procedimiento quirúrgico. Anestesiólogo inicia inducción anestesia general inhalatoria con gases por máscara facial, POM se continúa inducción IV con Fentanyl, Midazolam, Propofol, Esmeron e infusión de Remifentanyl por B.I durante cirugía (goteo titulado por anestesiólogo) e intuba con TET # 7.0 sin complicación, infla neumotaponador, fija TET, protección ocular, postural y dental, e inicia ventilación mecánica controlada Previo lavado de manos y uso de técnicas asépticas auxiliar Luz Adriana realiza asepsia de área quirúrgica con soluprep jabón técnica esponja esteril piel con buena fricción en piel en abdomen hasta muslos, genitales con yodo jabon de sitio donde van a incidir hacia afuera, se realiza barrido en genitales con gasa Y se deja actuar durante tres minutos SE REALIZA DE ESTA MANERA POR PROTOCOLO INSTITUCIONAL se coloca placa de electro nueva en muslo derecho corte/coagulación 30/30 POM, colocan campos quirúrgicos estériles Se realiza segunda pausa quirúrgica y se verifica con instrumentación y Cirujano lista de chequeo antes de la incisión Se inicia procedimiento quirúrgico Anestesiólogo: Dr. ARMANDO ENRIQUE POLO CHACIN Cirujano: Dr. LOZANO ORTIZ JOSE RICARDO Instrumentador: LUISA FERNANDA SERNA TOBAR Circulante: JOSE ECHEVERRI FLOREZ Inicia procedimiento quirúrgico Dr. Lozano cirujano, Dra Paola Zuluaga ayudante, realiza incisiones en abdomen, realizan rafia de intestino, posterior a esto introducen trocárs, pinzas de laparoscopia, cámara y fuente de luz, insufla cavidad con CO2, visualizan hernia reducen saco herniario inguinal izquierda, dejan malla prolene 10 x 10 (VER INFORME QUIRÚRGICO) retiran parte de laparoscopio liberan la mayor cantidad de CO2 suturan heridas quirúrgicas hasta piel colocan apósitos limpio y secos cubren con fixomull esteril termina acto quirúrgico. Se realiza última pausa quirúrgica con todo el equipo quirúrgico Termina procedimiento quirúrgico sin complicación aparente se retira placa de electro en buen estado piel libre de quemaduras y lesiones Anestesiólogo extuba paciente, sin complicación, aspira secreciones, ventila con máscara facial y da la orden de pasar a camilla de transporte y luego a recuperación se traslada paciente a sala de recuperación, ventilando sin dificultad, no se observa náuseas aparentes cuello móvil torax con adecuada expansión pulmonar extremidades superiores móviles sin edemas con acceso venoso permeable pasando solución salina al 0,9%, abdomen blando depresible con herida quirúrgica a nivel abdominal cubierta con apósitos limpios y secos extremidades inferiores móviles sin edemas se deja paciente en recuperación monitorizado en camilla con barandas de seguridad elevadas bajo supervisión de enfermería. SE ENTREGA HISTORIA CLINICA COMPLETA. SE ENTREGA A AUXILIAR DE ENFERMERIA

**POSTOPERATORIO**

<b>Compresas usadas:</b>	No	<b>Gasas usadas:</b>	No	<b>Agujas usadas:</b>	No	<b>Pinzas usadas:</b>	No
--------------------------	----	----------------------	----	-----------------------	----	-----------------------	----

<b>Hora apósito:</b>	8:45	<b>Hora salida:</b>	9:00
<b>Destino paciente:</b>	Hospitalización		
<b>Tipo anestesia:</b>	Anestesia General		
<b>¿Paciente sale con catéter epidural?</b>	No		

**¿Exposición a radiación?** No

**Cirujano(a):** 80088654 LOZANO ORTIZ JOSE RICARDO

**Anestesiólogo(a):** 1127959486 POLO CHACIN ARMANDO ENRIQUE

**Instrumentador(a):** 1053810925 LUISA FERNANDA SERNA TOBAR

**Auxiliar de enfermería:** 1036957907 ECHEVERRI FLOREZ JOSE DAVID

**INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN**

<b>Folio N°:</b>	5	<b>Fecha Folio:</b>	1/10/2023 9:15
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha Ingreso:</b>	1/10/2023 5:50
<b>Identificación:</b>	21323446	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula_Ciudadanía
<b>Nombre Paciente:</b>	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO		

**CONTROL DE MEDICAMENTOS**

<b>Medicamento:</b>	J01DC044721 cefAZOLina POLVO INY 1G		
<b>Dosis:</b>	2Gr	<b>Vía:</b>	Endovenosa
<b>Observaciones:</b>	COMO ANTIBIOTICO PROFILACTICO EN 100CC DE SOLCUION SALINA AL 0.9%		

<b>Medicamento:</b>	B05BS004701 SODIO 100 CLORURO 0.9% X 100ML SOL INY		
<b>Dosis:</b>	100cc	<b>Vía:</b>	Endovenosa
<b>Observaciones:</b>	Ok		

<b>Medicamento:</b>			
<b>Dosis:</b>		<b>Vía:</b>	
<b>Observaciones:</b>			

<b>Medicamento:</b>			
<b>Dosis:</b>		<b>Vía:</b>	
<b>Observaciones:</b>			

<b>Medicamento:</b>			
<b>Dosis:</b>		<b>Vía:</b>	
<b>Observaciones:</b>			

<b>Medicamento:</b>			
<b>Dosis:</b>		<b>Vía:</b>	
<b>Observaciones:</b>			

<b>Medicamento:</b>			
<b>Dosis:</b>		<b>Vía:</b>	
<b>Observaciones:</b>			

*Jose E.*

**ECHEVERRI FLOREZ JOSE DAVID**

Tarjeta Profesional: 05-2931-15

Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

**HISTORIA CLÍNICA**  
**INFORME QUIRURGICO - CIRUGIA GENERAL**

**N° Historia Clínica:** 21323446

**INFORMACIÓN PERSONAL PACIENTE**

<b>Identificación:</b>	21323446	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula_Ciudadanía		
<b>Nombre Paciente:</b>	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino		
<b>Fecha Nacimiento:</b>	24/03/1940	<b>Edad Actual:</b>	84 Años / 3 Meses / 23 Días	<b>Edad en la Atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 7 Días
<b>Estado Civil:</b>	Viudo	<b>Procedencia:</b>	LA UNION		
<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA				
<b>Dirección:</b>	CALLE 9 N° 8 - 34	<b>Teléfono:</b>	5560917		
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS				

**INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE**

<b>Nombre:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Parentesco:</b>	NUERA
<b>Dirección:</b>	MEDELLIN	<b>Teléfono:</b>	3148884731

**INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN**

<b>Folio N°:</b>	6	<b>Fecha Folio:</b>	1/10/2023 9:18
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha Ingreso:</b>	1/10/2023 5:50
<b>Finalidad Consulta:</b>	No_Aplica	<b>Causa Externa:</b>	Enfermedad_General

**INFORMACION DEL PROCEDIMIENTO**

<b>Cirugia de trasplante de órganos:</b>	No		
<b>Fecha y hora de inicio:</b>	1/10/2023 7:40	<b>Fecha y hora finalización:</b>	1/10/2023 8:52

**Tipo anestesia:**

General

**INTERVENCIÓN PRACTICADA**

via a  
herniorrafia inguinal izquierda laparoscopica TAPP (paquete)

via b  
enterorrafia de colon transverso

**DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA Y DE PROCEDIMIENTOS**

lista de chequeo, bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia con equipo de proteccion personal y medidas de bioseguridad segun protocolo incision umbilical diseccion por planos hasta cavidad peritoneal identifico lesion de colon transverso, paciente con antecedente de colecistectomia laparoscopica con adherencias firmes a la pared abdominal, dificil ingreso a la cavidad, amplio incision, eviscero segmento de colon transverso identifico perforacion, realizo enterorrafia en dos planos con PDS 0000, bajo vision directa trocar de 10 mm, neumoperitoneo flujo de 10 presion de 15 mmHg, bajo vision directa trocar de 5 mm en flanco derecho, trocar de 5 mm en region paramediana izquierda infraumbilical al ingreso lesion de vasos epigastricos, paso ligasure realizo hemostasia, , confecciono colgajo de vecindad, diseccion de zona I y III hasta el musculo psoas y 2 cm por debajo del pubis, diseccion de zona II seccion de ligamento redondo, malla de 10 x 15 cm la cual fijo con securestra #7, suturo colgajo de peritoneo con v clo 000, retiro trocar bajo vision directa, no sangrado, activo, suturo aponeurosis con PDS 0, piel con prolene 000, me informan recuento de gasas, compresas material medico quirurgico completo

**HALLAZGOS OPERATORIOS**

sindrome adherencial complejo con adherencias del colon a la pared abdominal  
hernia inguinal derecha medial M2

**¿Se implantó tejido osteomuscular?:**

**TEJIDOS ENVIADOS A ANATOMÍA PATOLÓGICA**

**¿Tejidos enviados a anatomía patológica?** No

**COMPLICACIONES**

**¿Complicaciones?** Si

**¿Cual(es)?**

lesion de colon transverso  
lesion de vasos epigastricos izquierdos

## INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

Folio N°:	6	Fecha Folio:	1/10/2023 9:18
N° Ingreso:	5571919	Fecha Ingreso:	1/10/2023
Identificación:	21323446	Tipo Documento:	Cédula_Ciudadanía
Nombre Paciente:	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO		

## CLASIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA

¿Clasificación de la cirugía?	Limpia contaminada
-------------------------------	--------------------

## PROFILAXIS ANTIOTIBIOTICA

¿Profilaxis antibiótica?	Si
Tipo paciente	Adulto
Antibiótico adultos:	Cefazolina 2 g (3 g para pacientes con peso mayor a 120 kg )
Refuerzo profilaxis?	No

## PERDIDA SANGUINEA

¿Perdida sanguínea mayor a 500cc ó 10cc/Kilogramo?	No
--	----

## HEMODERIVADOS

¿Se aplican hemoderivados?	No
Globulos rojos:	No
Plasma fresco congelado:	No
Plaqueta aféresis:	No
Crioprecipitados:	No
Cell saver:	No

## SOLICITUDES

¿Se solicita cultivo?	No
-----------------------	----

## GRUPO QUIRURGICO

## CIRUJANOS

1er Cirujano:	LOZANO ORTIZ JOSE RICARDO
---------------	---------------------------

## ANESTESIOLOGOS

1er Anestesiólogo:	POLO CHACIN ARMANDO ENRIQUE
--------------------	-----------------------------

## INSTRUMENTADORES

Instrumentador:	LUISA FERNANDA SERNA TOBAR
-----------------	----------------------------

## AYUDANTES

Ayudante:	HERNANDEZ RINCON CARLOS ALBERTO
-----------	---------------------------------

## INDICACIONES MÉDICAS

Tipo de indicación:	Hospitalizacion
Detalle de indicación:	traslado a piso nada via oral lev analgesicos antibiotico tromboprofilaxis gastroproteccion

## DIAGNÓSTICOS

Código	Nombre	Principal
K409	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	X

**INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN**

<b>Folio N°:</b>	6	<b>Fecha Folio:</b>	1/10/2023 9:18
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha Ingreso:</b>	1/10/2023
<b>Identificación:</b>	21323446	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula_Ciudadanía
<b>Nombre Paciente:</b>	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO		

**MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS SOLICITADOS**

LACTATO RINGER X 1000ML SLN INY
Posología: 1000 MILILITRO Cada 12 Horas Indefinido - 100 cc hora
DIPIRONA SLN INY 1G/2ML
Posología: 1 GRAMO Cada 8 Horas Definido por 4 Dias - 1 gr iv cada 8 horas
PARACETAMOL® ACETAMINOFEN SLN INFUSION 1G/100ML/REG
Posología: 1 GRAMO Cada 8 Horas Definido por 3 Dias - 1 gr iv cada 8 horas
ACUPAN® NEFOPAM SLN INY 20MG/2ML
Posología: 20 MILIGRAMO Cada 8 Horas Definido por 3 Dias - 20 mg en 250 cc de ssn0,9% pasar en 1 hora
OMEPRAZOL CAP 20MG
Posología: 20 MILIGRAMO Cada 24 Horas Indefinido - 20 mg vo cada 24 horas
FRAGMIN® DALTEPARINA SLN INY 5000UI/0.2ML
Posología: 5000 UNIDAD Cada 24 Horas Indefinido - 5000 ui sc cada 24 horas
UNASYN® AMPICILINA+ SULBACTAM POLVO INY 1G+0.5G
Posología: 3 GRAMO Cada 6 Horas Definido por 7 Dias - 3 gr iv cada 6 horas

**LOZANO ORTIZ JOSE RICARDO**

Tarjeta Profesional: 80088654

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

**HISTORIA CLÍNICA**  
**INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA**

<b>Nº Historia Clínica:</b>	21323446		
INFORMACIÓN PERSONAL PACIENTE			
<b>Identificación:</b>	21323446	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula_Ciudadanía
<b>Nombre Paciente:</b>	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino
<b>Fecha Nacimiento:</b>	24/marzo/1940	<b>Edad Actual:</b>	84 Años / 3 Meses / 23 Días
<b>Estado Civil:</b>	Viudo	<b>Edad en la Atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 7 Días
<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA	<b>Procedencia:</b>	LA UNION
<b>Dirección:</b>	CALLE 9 N° 8 - 34	<b>Teléfono:</b>	5560917
<b>Entidad:</b>	900156264 - NUEVA EPS		
INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE			
<b>Nombre:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Parentesco:</b>	NUERA
<b>Dirección:</b>	MEDELLIN	<b>Teléfono:</b>	3148884731
INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN			
<b>Folio Nº:</b>	7	<b>Fecha Folio:</b>	01/10/2023 9:30
<b>Nº Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha Ingreso:</b>	01/10/2023 5:50
<b>Finalidad Consulta:</b>	No_Aplica	<b>Causa Externa:</b>	Enfermedad_General
<b>Especialista que realiza el procedimiento:</b>	80088654 LOZANO ORTIZ JOSE RICARDO		

**CONTEO DE INSTRUMENTACIÓN QUIRURGICA**

DISPONIBILIDAD	
<b>Ropa:</b>	Si
<b>Equipos:</b>	Si
<b>Insumos:</b>	Si
<b>Suturas:</b>	Si
<b>Injerto:</b>	Si
<b>Material de osteosistensis:</b>	No aplica
<b>Observaciones</b>	mallá bard soft mesh 10*15

ESTERILIZACIÓN	
<b>Ropa:</b>	Si
<b>Equipos:</b>	Si
<b>Insumos:</b>	Si
<b>Suturas:</b>	Si
<b>Injerto:</b>	Si
<b>Material de osteosistensis:</b>	No aplica
<b>Observaciones</b>	.

**INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN**

<b>Folio N°:</b>	7	<b>Fecha Folio:</b>	01/10/2023 9:30
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha Ingreso:</b>	01/10/2023 5:50
<b>Identificación:</b>	21323446	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula_Ciudadanía
<b>Nombre Paciente:</b>	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO		

**CONTEO DE INSTRUMENTACIÓN QUIRURGICA**

**CONTEO**

<b>Conteo:</b>	Uno
----------------	-----

**CONTEO 1**

<b>Pinzas:</b>	No aplica
<b>Agujas:</b>	No aplica
<b>Hojas de Bisturi:</b>	No aplica
<b>Gasas:</b>	No aplica
<b>Gasas Nu Gauze:</b>	No aplica
<b>Compresas:</b>	No aplica
<b>Torundas:</b>	No aplica
<b>Cotonos:</b>	No aplica
<b>Hiladillas:</b>	No aplica
<b>Mechas de Algodón:</b>	No aplica

**Observaciones**

proceso de esterilizacion correcto

recuento final completo de elemmentos medico quirurgico

se cubre heridas quirurgicas con gasa y fixomul

se deja malla de 10\*15 con secure strap

**MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS**

<b>Sustituto oseó:</b>	No
<b>Cemento oseó:</b>	No
<b>Casa comercial:</b>	.

**LISTADO MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS**

Descripción	Referencia	Fabricante	Lote	Registro INVIMA	Cantidad
malla bard soft mesh 10*15	0117010	.BARD	.HUGX1624	.2021DM-0007350-R3	1
SECURE STRAP	STRAP12	ETHICON	TEMPTC	.	1
LIGA SURE	LF1937	.	.	.	1



**LUISA FERNANDA SERNA TOBAR**

Tarjeta Profesional: 1053810925

Especialidad: INSTRUMENTACION

**Ingreso Hospitalización**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 7 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 8		Fecha del Folio: 01/10/2023 16:55	
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50
<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**Detalle del folio:**

**¿De dónde procede el paciente?** Cirugia

**¿Actualmente usted fuma?** No

**SIGNOS VITALES**

**Peso:** 58 **Talla:** 162,00 **índice de masa corporal:** 22,10  
**Frecuencia Cardíaca:** 88,00 **Temperatura:** 36,00 **Presión Arterial: Sistólica:** 122,00 **Diastólica:** 62,00  
**Frecuencia Respiratoria:** 19,00 **Saturación de Oxígeno:** 95,00 **Fracción Inspirada de Oxígeno:** 21,00  
**Dolor:** 3 **Escala funcional de pacientes (NYHA):** Clase I

**SUBJETIVO**

INGRESO HOSPITALIZACION  
 SERVICIO PROCEDENCIA: Cirugía.  
 Fecha de ingreso: 15.09.2023

Martha Luz Lopez, 83 años, Residente la Unión, en compañía de la hija.

Enfermedad actual: cuadro clinico de 3 meses de evolucion caracterizado por sensacion de masa en region inguinal que protuyente con la actividad fisica y de esfuerzo, refiere dolor tipo colico de intensidad moderada, no irradiado

**ANTECEDENTES.**

Patologicos: niega  
 alergicos: niega  
 quirurgicos: colecistectomia laparoscopica  
 toxicos: fumadora pesada  
 ocupacion: cesante  
 farmacologico: pantoprazol

**INGRESA A PISO CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS:**

-POP Herniorrafia inguinal izquierda laparoscopica + enterorrafia de colon transverso

Subjetivo: dolor parcialmente modulado en sitio quirurgico.

**OBJETIVO**

Valor paciente con epp segun protocolo institucional  
 Paciente estable hemodinámicamente, alerta, afebril, sin signos de dificultad respiratoria.  
 Cabeza y cuello: isocoria normoreactiva, conjuntivas anictéricas, mucosa oral levemente seca, sin lesiones, cuello móvil  
 Tórax: simétrico, normoexpansible, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin agregados  
 Abdomen: blando, depresible, dolor a la palpación en mesogastrio, se palpa hematoma, heridas quirúrgicas sanas.  
 Extremidades: simétricas, sin edemas, llenado capilar menor a 2 segundos, pulsos distales presentes.  
 Neurológico: sin déficit motor o sensitivo aparente, sin focalizaciones

**Resultados de laboratorio y/o imagenes diagnosticas**

**Información del folio No. 8**

*J. Alejandro Isaza A.*  
 C.R. 705761166

## ANÁLISIS

Marta, 83 años, sin antecedentes previos, con hernia inguinal derecha sintomática por lo que se programó para Herniorrafia inguinal izquierda laparoscópica + enterorrafia de colon transversal, procedimiento sin complicaciones. Ingresó paciente a piso en aceptables condiciones generales, conserva estabilidad hemodinámica y ventilatoria, sin picos febriles, heridas quirúrgicas sanas. De momento con dolor parcialmente moderado, se palpa hematoma en mesogastrio, pendiente nuevo concepto de cirugía general.

Plan  
Continuar hospitalización por cirugía general.  
Conciliación de medicamentos  
Escala trombo  
Resto sin cambios.

## EPICRISIS

### Conciliación medicamentosa

- 1. De donde se obtiene la información:** Entrevista al paciente y/o familia  
**2. Se concilian medicamentos:** N/A (No hay medicamentos para conciliar)

Requiere valoración por psicología? No

Requiere valoración por trabajo social? No

Requiere valoración por consejería espiritual? No

**Nutrición:** Adultos

### FORMATO FERGUSON

1. ¿Ha perdido peso de forma NO intencional en los últimos 6 meses? No  
2. ¿Se ha alimentado deficientemente por falta de apetito en las últimas 2 semanas? No  
3. ¿Paciente obeso? No

**Puntuación:** 0 **Riesgo:** Bajo

**Plan de manejo:** Escala visual de ingesta

### Antecedentes

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

### Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales serán vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

**Tipo Indicación:** Hospitalización

**Órd. Médicas:**

**Información del folio No. 8**

*J. Alejandro Irujo A.*  
Cm. 705761166

**TROMBOEMBOLISMO**

**N° Historia Clínica: 21323446**

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>F. Nacim.:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b> 83 Años / 6 Meses / 7 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION	
<b>Teléfono:</b> 3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA	
<b>Responsable:</b> MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN	<b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b> MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b> 3148884731		
<b>Entidad:</b> NUEVA EPS			
<b>Plan Beneficios:</b> NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)	

<b>FOLIO N° 9</b>	<b>Fecha del Folio:</b> 01/10/2023 16:56		
<b>N° Ingreso:</b> 5571919	<b>Fecha:</b> 01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Otra

**Detalle del folio:**

**ESCALA DE CAPRINI**

1 PUNTO	2 PUNTOS	3 PUNTOS	5 PUNTOS
<input type="checkbox"/> Edad 41-60 años	<input type="checkbox"/> Edad de 61 a 74 años	<input checked="" type="checkbox"/> Edad ≥ a 75 años	<input type="checkbox"/> ACV (< 1 mes)
<input type="checkbox"/> IMC > 25g/m2	<input type="checkbox"/> Cirugía abierta > 45 mins	<input type="checkbox"/> Historia de TEV	<input type="checkbox"/> Fractura de pelvis, cadera o pierna
<input type="checkbox"/> Edema en piernas	<input checked="" type="checkbox"/> Cirugía laparoscópica > 45 mins	<input type="checkbox"/> Historia familiar de TEV	<input type="checkbox"/> Injuria aguda de la médula espinal (<1 mes)
<input type="checkbox"/> Venas varicosas	<input type="checkbox"/> Malignidad	<input type="checkbox"/> Factor V Leiden	
<input type="checkbox"/> Embarazo o postparto	<input type="checkbox"/> Reposo en cama > 72 horas	<input type="checkbox"/> Protrombina 20210A	
<input type="checkbox"/> Historia de aborto recurrente	<input type="checkbox"/> Inmovilización con yeso	<input type="checkbox"/> Anticoagulante lupico	
<input type="checkbox"/> Anticonceptivos orales o terapia de reemplazo hormonal	<input type="checkbox"/> Cateter venoso central.	<input type="checkbox"/> Anticuerpos anticardiolipinas	
<input type="checkbox"/> Sepsis < 1 mes		<input type="checkbox"/> Homocisteína elevada en suero	
<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar grave incluida neumonía < 1 mes		<input type="checkbox"/> Trombocitopenia inducida por heparinas	
<input type="checkbox"/> Función pulmonar anormal		<input type="checkbox"/> Otras trombofilias congénitas o adquiridas	
<input type="checkbox"/> IAM			
<input type="checkbox"/> ICC < 1 mes			
<input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoriaintestinal			
<input type="checkbox"/> Cirugía Menor			

**Valor: 5** Nivel de Riesgo: Alto Riesgo, Riesgo de TEV en ausencia de profilaxis: 6,00%, Otros procedimientos en esta categoría de Riesgo: Cirugía bariátrica, neumonectomía, craneotomía, Lesión cerebral traumática, lesión de medula espinal, otros traumas mayores..

**Antecedentes** \* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		□

**Información del folio No. 9**

*J. Alejandro Irujo P.*  
Cm. 7037611166

---

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:**

**Información del folio No. 9**

*J. Alejandro Irujo P.*  
Cm. 7037611166

**ENFERMERIA**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 7 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

<b>FOLIO N° 10</b>	<b>Fecha del Folio: 01/10/2023 18:07</b>		
<b>N° Ingreso:</b> 5571919	<b>Fecha:</b> 01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Otra

**ESCALA CAIDA DE MORSE.**

**Antecedentes de Caídas recientes o en los 3 últimos meses: 0 puntos.**

0 puntos: No.  
25 puntos: Si.

**Observaciones**

niega caídas

**Dignóstico Secundario: 15 puntos.**

0 puntos: No.  
15 puntos: Si.

**Observaciones**

HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

**Ayuda para la deambulaci3n: 15 puntos.**

0 puntos: Reposo en cama, ayuda de enfermera / Ninguno.

15 puntos: Muletas, bast3n, andador.

30 puntos: Muebles.

**Observaciones**

se moviliza con ayuda

**Cat3teres iv/ Dispositivos / Venoclisis 20 puntos.**

0 puntos: No  
20 puntos: Si

**Observaciones**

acceso venoso permeable

**Equilibrio/Traslado: 10 puntos.**

0 puntos: Normal, reposo en cama, inm3vil.

10 puntos: Deb3l.

20 puntos: Alterado.

**Informaci3n del folio No. 10**

*Valencia Estrada Yurani*

**Observaciones**

marcha debil

**Estado Mental: 0 puntos.**

0 puntos: Orientado según las posibilidades.

15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

**Observaciones**

glaswon 15/15

**VALOR 60 RIESGO ALTO: mayor a 50 Implementar medidas especiales.**

**Información del folio No. 10**

*Yurani Valencia*

**ENFERMERIA**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente							
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía	21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino	<b>F. Nacim:</b>	24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 7 Días	<b>Estado Civil:</b>	Viudo	<b>Dirección:</b>	CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION		
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b>	LA UNION	<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA		
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b>	3148884731	<b>Dir.responsable:</b>	MEDELLIN	<b>Parentesco:</b>	NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO			<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731		
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS						
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)				<b>Rango:</b>	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)	
<b>FOLIO N° 11</b>			<b>Fecha del Folio: 01/10/2023 18:23</b>				
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Otra

**ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

**PERCEPCIÓN SENSORIAL: Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión. 4.Sin limitaciones.**

Completamente limitada: Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.

Muy limitada: Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o gesticulación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.

Ligeramente limitada: Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.

**Observaciones**

Sin limitaciones: Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.

**EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD: Nivel de exposición de la piel a la humedad**

**4.Raramente húmeda.**

Constantemente húmeda: La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.

A menudo húmeda: La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.

Ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.

Raramente húmeda: La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.

**Observaciones**

Raramente húmeda: La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.

**ACTIVIDAD: Nivel de actividad física.**

**4.Deambula frecuentemente.**

Encamado/a: Paciente constantemente encamado/a.

En silla: Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.

Deambula ocasionalmente: Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.

Deambula frecuentemente: Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.

**Observaciones**

Deambula frecuentemente: Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.

**MOVILIDAD: Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo**

**4.Sin limitaciones.**

Completamente inmóvil: Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.

Muy limitada: Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.

Ligeramente limitada: Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a

**Información del folio No. 11**

*Yurani Valencia*

Sin limitaciones: Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

#### Observaciones

Sin limitaciones: Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

#### NUTRICIÓN: Patrón usual de ingesta de alimentos

#### 4.Excelente.

Muy pobre: Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.

Probablemente inadecuada: Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.

Adecuada: Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.

Excelente: Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehusa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.

#### Observaciones

Excelente: Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehusa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos.

#### ROCE Y PELIGRO DE LESIONES

#### 3.No existe problema aparente.

Problema: Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. recientemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes eposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.

Problema potencial: Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.

No existe problema aparente: Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.

#### Observaciones

No existe problema aparente: Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.

**VALOR 23 RIESGO BAJO: puntuacion total 15-16 si menor de 75 años o de 15-18 si mayor o igual a 75 años**

#### RIESGO BAJO:

- Cambios de posición: Cada 6 horas.
- Alimentación: Dieta según las características del paciente.
- Mantener seco: Higiene corporal o local diaria y a demanda. Cambio de sábanas cada 24 horas.
- Superficie de Apoyo: Superficies estáticas (Colchonetas-cojines estáticos de aire, colchonetas – cojines de fibra o espumas especiales).
- Medición del riesgo: Semanal, domingo.

#### Información del folio No. 11

*Yurani Valencia*

## ESCALA CAIDA DE MORSE.

**Antecedentes de Caídas recientes o en los 3 últimos meses:** **0 puntos.**

0 puntos: No.

25 puntos: Si.

**Observaciones**

sin atecedntes

**Dignóstico Secundario:** **15 puntos.**

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

**Observaciones**

HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

**Ayuda para la deambulaci3n:** **0 puntos.**

0 puntos: Reposo en cama, ayuda de enfermera / Ninguno.

15 puntos: Muletas, bast3n, andador.

30 puntos: Muebles.

**Observaciones**

se moviliza con ayuda

**Cat3teres iv/ Dispositivos / Venoclisis** **20 puntos.**

0 puntos: No

20 puntos: Si

**Observaciones**

pc permeable

**Equilibrio/Traslado:** **20 puntos.**

0 puntos: Normal, reposo en cama, inm3vil.

10 puntos: Deb3l.

20 puntos: Alterado.

**Observaciones**

disminucion de la fuerza en mimbros inferiores

**Estado Mental:** **0 puntos.**

0 puntos: Orientado seg3n las posibilidades.

15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

**Observaciones**

orientado en Iso 3 planos

**VALOR 55 RIESGO ALTO: mayor a 50 Implementar medidas especiales.**

**Informaci3n del folio No. 11**

*Yurani Valencia*

**ORDENES MEDICAS**

N° Historia Clínica: **21323446**

Datos personales del Paciente							
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	24/03/1940
Edad en la atención:	83 Años / 6 Meses / 7 Días	Estado Civil:	Viudo	Dirección:	CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION		
Teléfono:	3007170189	Procedencia:	LA UNION	Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	MARIA EUGENIA TORO	Tel.responsable:	3148884731	Dir.responsable:	MEDELLIN	Parentesco:	NUERA
Acompañante:	MARIA EUGENIA TORO			Tel. Acompañante:	3148884731		
Entidad:	NUEVA EPS						
Plan Beneficios:	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)					Rango:	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 12		Fecha del Folio: 01/10/2023 21:19					
N° Ingreso:	5571919	Fecha:	01/10/2023 05:50	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General

**Justificación de la prescripción**

Paciente en post operatorio de hernia inguinal por laparoscopia el día de hoy en donde se evidenció perforación intestinal. Se atiende llamado de la paciente por dolor abdominal intenso generalizado, refiere con irradiación a espalda. Se evalúa y la paciente está desaturada e hipotensa, abdomen doloroso a la palpación superficial, blumberg positivo en hemiabdomen inferior. Paciente diaforética. Se abre folio para solicitar imágenes, cargar orden de bolo de líquidos, analgesia.

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng	DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
K409	<input type="checkbox"/> HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde
K402	<input type="checkbox"/> HERNIA INGUINAL BILATERAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
B05XR007702	LACTATO RINGER X 500ML SLN INY	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input type="checkbox"/> 0	500 MILILITRO Dosis Unica - Pasar en bolo
A02BO002722	ORAZOLE® OMEPRAZOL POLVO LIOF INY 40MG	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input type="checkbox"/> 0	40 MILIGRAMO Dosis Unica - Pasar 40 mg ya, Posteriormente se dejará por horario

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales serán vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Hospitalización

Órd. Médicas:

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clínico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
879420	879420 - TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS ABDOMEN TOTAL	1	Urgente	Con contraste
902210	902210 - HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO	1	Urgente	
906913	906913 - PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	1	Rutinario	



**ANDRES FELIPE ALZATE ARBELAEZ**  
385 - MEDICINA GENERAL  
R.M. 1017276256

**ORDENES MEDICAS**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente							
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía	21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino	<b>F. Nacim:</b>	24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 7 Días	<b>Estado Civil:</b>	Viudo	<b>Dirección:</b>	CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION		
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b>	LA UNION	<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA		
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b>	3148884731	<b>Dir.responsable:</b>	MEDELLIN	<b>Parentesco:</b>	NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO			<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731		
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS						
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)					<b>Rango:</b>	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 13		Fecha del Folio: 01/10/2023 21:24					
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**Justificación de la prescripción**

Se realiza nota aclaratoria: Paciente no cuenta con creatinina. Se interroga exhaustivamente y niegan presencia de enfermedad renal crónica. Se carga orden de creatinina, Nefroprotección previa con bolo de líquidos, por riesgo beneficio ante posible peritonitis que requiera resultado urgente se decide realizar imagen sin creatinina previa.

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi Dx Ing	Dx Egr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
K409	<input type="checkbox"/> HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde
K402	<input type="checkbox"/> HERNIA INGUINAL BILATERAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:**

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clinico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
903895	903895 - CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	Rutinario	



**ANDRES FELIPE ALZATE ARBELAEZ**  
 385 - MEDICINA GENERAL  
 R.M. 1017276256

**ORDENES MEDICAS**

N° Historia Clínica: **21323446**

Datos personales del Paciente							
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía	21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino	<b>F. Nacim:</b>	24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 7 Días	<b>Estado Civil:</b>	Viudo	<b>Dirección:</b>	CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION		
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b>	LA UNION	<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA		
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b>	3148884731	<b>Dir.responsable:</b>	MEDELLIN	<b>Parentesco:</b>	NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO			<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731		
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS						
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)					<b>Rango:</b>	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 14		Fecha del Folio: 01/10/2023 21:38					
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**Justificación de la prescripción**

Se carga orden de tomografía con contraste. No cuenta con creatinina previa, por riesgo beneficio ante posible peritonitis, se decide tomar imagen sin esperar resultados

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi Dx Ing	Dx Egr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
K409	<input type="checkbox"/> HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica No_Corresponde	
K402	<input type="checkbox"/> HERNIA INGUINAL BILATERAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica No_Corresponde	

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Ord. Médicas:

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clinico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
879420	879420 - TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS ABDOMEN TOTAL	1	Urgente	Con contraste Posible peritonitis, paciente no cuenta con creatinina previa, sin embargo ante riesgo beneficio en paciente sin historia de enfermedad renal se decide tomar imagen sin esperar resultado. Se dejó orden para posterior evaluación



**ANDRES FELIPE ALZATE ARBELAEZ**  
 385 - MEDICINA GENERAL  
 R.M. 1017276256

**RADIACION ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 7 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 15		Fecha del Folio: 01/10/2023 22:03	
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50
<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

Se adiciona conducta al plan de manejo.

**Detalle del folio:**

**RADIACIÓN ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**OBSERVACIONES:**

Con contraste  
Posible peritonintis, paciente no cuenta con creatinina previa, sin embargo ante riesgo beneficio en paciente sin historia de enfermedad renal se decide tomar imagen sin esperar resultado. Se dejó orden para posterior evaluación

**ESTUDIO REALIZADO:** 879420 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS ABDOMEN TOTAL

**CANTIDAD DLP:** 616,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b>	,00	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000

**Información del folio No. 15**



TOTAL: 616,0000

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha Tipo Antecedente \* Detalle



**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Órd. Médicas:

Información del folio No. 15

**ORDENES MEDICAS**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente							
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía	21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino	<b>F. Nacim:</b>	24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 7 Días	<b>Estado Civil:</b>	Viudo	<b>Dirección:</b>	CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION		
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b>	LA UNION	<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA		
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b>	3148884731	<b>Dir.responsable:</b>	MEDELLIN	<b>Parentesco:</b>	NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO			<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731		
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS						
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)					<b>Rango:</b>	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 16		Fecha del Folio: 01/10/2023 22:57					
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**Justificación de la prescripción**

Se valora paciente en conjunto con riujano general de turno.  
 Responde a reto de líquidos con mejoría de sus presiones arteriales consiguiendo medias de 75, corrige su desaturación ahora en 96% con cánula nasal.  
 Se toma TAC contrastado que se evidencia hematoma de los rectos, contenido, sin signos de peritonitis.  
 Paciente ya se encuentra estable, se descarta por el momento peritonitis. Se continúa vigilancia, monto seguimiento por cirugía general

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng	DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
K409	<input type="checkbox"/> HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde
K402	<input type="checkbox"/> HERNIA INGUINAL BILATERAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalización

**Órd. Médicas:**

**Solicitud de Interconsulta**

Consec, Especialidad	Dx	Motivo	Observaciones
329535		Paciente en POP de herniorrafia laparoscópica, con hematoma de rectos.	



**ANDRES FELIPE ALZATE ARBELAEZ**  
 385 - MEDICINA GENERAL  
 R.M. 1017276256

### ORDENES MEDICAS

N° Historia Clínica: **21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b> 3148884731	
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 17		Fecha del Folio: 02/10/2023 01:55	
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50
<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

#### Justificación de la prescripción

Ingreso a historia clinica para solicitar valoración por toxicología, paciente fumadora activa, con ansiedad moderada por consumo, con deseos de dejar de fumar. Por el momento continua manejo medico y por tratantes

#### Antecedentes

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

#### Diagnósticos Registrados en este folio

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princ Dx Ing	Dx Egr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
K409	<input type="checkbox"/> HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde

#### Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

**Tipo Indicación:** Hospitalización

**Órd. Médicas:** Ingreso a historia clinica para solicitar valoración por toxicología, paciente fumadora activa, con ansiedad moderada por consumo, con deseos de dejar de fumar. Por el momento continua manejo medico y por tratantes

#### Solicitud de Interconsulta

Consec, Especialidad	Dx	Motivo	Observaciones
329548		Ingreso a historia clinica para solicitar valoración por toxicología, paciente fumadora activa, con ansiedad moderada por consumo, con deseos de dejar de fumar. Por el momento continua manejo medico y por tratantes	

**ENFERMERIA**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

<b>FOLIO N° 18</b>	<b>Fecha del Folio: 02/10/2023 06:52</b>
<b>N° Ingreso:</b> 5571919	<b>Fecha:</b> 01/10/2023 05:50
<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Otra

**ESCALA CAIDA DE MORSE.**

**Antecedentes de Caídas recientes o en los 3 últimos meses: 0 puntos.**

0 puntos: No.  
 25 puntos: Si.

**Observaciones**  
 NO

**Dignóstico Secundario: 15 puntos.**

0 puntos: No.  
 15 puntos: Si.

**Observaciones**  
 SI

**Ayuda para la deambulaci3n: 15 puntos.**

0 puntos: Reposo en cama, ayuda de enfermera / Ninguno.  
 15 puntos: Muletas, bast3n, andador.  
 30 puntos: Muebles.

**Observaciones**  
 AYUDA

**Cat3teres iv/ Dispositivos / Venoclisis 20 puntos.**

0 puntos: No  
 20 puntos: Si

**Observaciones**  
 SI

**Equilibrio/Traslado: 10 puntos.**

0 puntos: Normal, reposo en cama, inm3vil.  
 10 puntos: Deb3l.  
 20 puntos: Alterado.

**Informaci3n del folio No. 18**



**Observaciones**

DEBIL

**Estado Mental:** **0 puntos.**

0 puntos: Orientado según las posibilidades.

15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

**Observaciones**

ORIENTADP

**VALOR 60 RIESGO ALTO: mayor a 50 Implementar medidas especiales.**

**Información del folio No. 18**



## EVOLUCIÓN CIRUGÍA

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente							
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía	21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino	<b>F. Nacim:</b>	24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b>	Viudo	<b>Dirección:</b>	CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION		
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b>	LA UNION	<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA		
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b>	3148884731	<b>Dir.responsable:</b>	MEDELLIN	<b>Parentesco:</b>	NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO			<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731		
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS						
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)				<b>Rango:</b>	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)	
<b>FOLIO N°19</b>	<b>Fecha del Folio:</b> 02/10/2023 09:34						
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**Se adiciona conducta al plan de manejo.**

**Detalle del folio:**

**SUBJETIVO**

CIRUGIA GENERAL  
 PROTOCOLO BIOSEGURIDAD

DIAGNOSTICOS  
 POP HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA TAPP  
 ENTERORRAFIA COLON TRANSVERSO  
 HEMATOMA INGUINAL IZQUIERDA

SUBJETIVO  
 DOLOR NO CONTROLADO  
 MAREO, ASTENIA  
 ADINAMIA, NO PICOS FEBRILES  
 NO SINTOMAS RESPIRATORIOS

**OBJETIVO**

ALERTA HIDRATADA  
 NO LUCE SEPTICA  
 TA 120/72 FC 88 FR 18 T 36.7 SAT 98%  
 MUCOSAS PALIDAS  
 NO ICTERICIA  
 RS CS RITMICOS REGULARES NO SOPLOS  
 MURMULLO VESICULAR CONSERVADO NO AGREGADOS  
 RS IS+ BLANDO DEPRESIBLE DOLOR EN HEMIADOMEN INFERIOR DE PREDOMINIO EN FLANCO Y FOSA ILIACA IZQUIERDA  
 HERIDA QUIRURGICA SIN SIGNOS INFLAMATORIOS  
 NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL  
 NO EDEMAS  
 NO FOCALIZACION NEUROLOGICA

PARACLINICOS  
 HB 10.91 HTO 34,3% PLAQ 216.000  
 CREATININA 09.82  
 PCR 51.7

**ANALISIS**

PACIENTE POSTQUIRURGICO DE CORRECCION DEFECTO ANATOMICO PARED ABDOMINAL, EVIDENCIA DE SEVERO SINDROME ADHERENCIAL CON EVIDENCIA DE LESION ADVERTIDA COLONICA CON REPARO PRIMARIO, AHUNADO CONTINUA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, APARENTA HEMATOMA EN SITIO DE INSERCCION DEL TROCAR, SIN ANEMIZACION SIGNIFICATIVA NI ABDOMEN AGUDO, EN ILEO SIN CRITERIO DE REINTERVENCION. SE REQUIERE SEGUIMIENTO HB Y SE AJUSTA PLAN TERAPEUTICO. SE ACLARAN DUDAS.

**EPICRISIS**

**Antecedentes**

**\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).**

**Información del folio No. 19**



Dr. Carlos R. Hernández Rincón  
 CIRUJANO GENERAL  
 C.C. No. 80.118.180 Bogotá D.C.  
 E.P. 15401.0005  
 NACIONAL DE COLOMBIA

**HERNANDEZ RINCON CARLOS ALBERTO**  
 CIRUGIA GENERAL  
 R.M. 95-0603-03

Fecha Tipo Antecedente \* Detalle



**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Prind POS	DxInj DxInj	DxEgr DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
K409	<input type="checkbox"/> HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio	

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
N02AA050248	OXICODONA SLN INY 10MG/ML	True	Endovenosa	0	True 2	2 MILIGRAMO Cada 12 Horas Definido por 2 Dias -

**Plan de manejo Intrahospitalario**

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Hospitalizacion

- Órd. Médicas:
- NADA VIA ORAL
  - SOPORTE HIDRICO
  - CUIDADOS DE HERIDA QWUIRURGICA
  - MEDIOS FISICOS LOCALES
  - SS/ HEMOGRAMA CONTROL
  - REPORTE TAC ABDOMEN x RADIOLOGIA
  - ATENTOS A EVOLUCION CLINICA

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clinico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
902210	902210 - HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO	1	Urgente	CONTROL

**Información del folio No. 19**



**HERNANDEZ RINCON CARLOS ALBERTO**  
 CIRUGIA GENERAL  
 R.M. 95-0603-03



Paciente: MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO  
**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**

Cédula\_Ciudadanía21323446

**ORDENES MEDICAS**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b> 3148884731	
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 20		Fecha del Folio: 02/10/2023 12:04	
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50
<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**Justificación de la prescripción**

Indico paraclínicos urgentes

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:** EKG

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clínico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
903839	903839 - GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO	1	Urgente	
903111	903111 - ACIDO LACTICO L-LACTATO AUTOMATIZADO	1	Muy_Urgente	
903864	903864 - SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	Urgente	
903859	903859 - POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	Urgente	
903895	903895 - CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	Urgente	
903856	903856 - NITROGENO UREICO	1	Urgente	
879111	879111 - TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	1	Urgente	alteracion del estado de conciencia
902210	902210 - HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO	1	Muy_Urgente	

**VANESSA MOTTA ARRIETA**  
 Medico Cirujano  
 Reg: 5-2075-06

**MOTTA ARRIETA ELAINE VANESSA**  
 385 - MEDICINA GENERAL  
 R.M. 52075

**ORDENES MEDICAS**

N° Historia Clínica: **21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b> 3148884731	
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 21		Fecha del Folio: 02/10/2023 12:51	
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50
<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**Justificación de la prescripción**

Abro folio para cargar ordenes urgentes.

Antecedentes			* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).
Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle	
		<input type="checkbox"/>	

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	P.O.S	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
<b>Plan de manejo Intrahospitalario</b>						
N07AA033701	ATROPINA SLN INY 1MG/ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input type="checkbox"/> 0	1 AMPOLLA Dosis Unica -
C01CE004701	EPINEFRINA SLN INY 1MG/ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input type="checkbox"/> 0	1 AMPOLLA Dosis Unica -
M03AV015721	VECURONIO BROMURO POLVO INY 10MG/2.5ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input type="checkbox"/> 0	1 AMPOLLA Dosis Unica -
N01AH010251	FENTANILO SLN INY 0.1MG/2ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input type="checkbox"/> 0	1 AMPOLLA Dosis Unica -
N01AM023701	MIDAZOLAM SLN INY 5MG/5ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input type="checkbox"/> 0	3 MILIGRAMO Dosis Unica -
N03AM001701	MAGNESIO SULFATO SLN INY 20% AMP X 10ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input type="checkbox"/> 0	2 AMPOLLA Dosis Unica -
A12AC002701	CALCIO GLUCONATO SLN INY 10% AMP X 10ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input type="checkbox"/> 0	2 AMPOLLA Dosis Unica -
B05BS004703	SODIO 500 CLORURO 0.9% X 500ML SLN INY	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input type="checkbox"/> 0	1000 MILILITRO Dosis Unica -

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Ord. Médicas:**

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clínico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
895203	895203 - ELECTROCARDIOGRAMA SIN LECTURA	1	Rutinario	

*Valentina Duque Cano*

**ORDENES MEDICAS**

N° Historia Clínica: **21323446**

Datos personales del Paciente							
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía	21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino	<b>F. Nacim:</b>	24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b>	Viudo	<b>Dirección:</b>	CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION		
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b>	LA UNION	<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA		
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b>	3148884731	<b>Dir.responsable:</b>	MEDELLIN	<b>Parentesco:</b>	NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO			<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731		
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS						
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)					<b>Rango:</b>	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 22		Fecha del Folio: 02/10/2023 13:02					
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**Justificación de la prescripción**

INGRESO A UCI

Antecedentes			* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).
Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle	
		<input type="checkbox"/>	

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
<b>Plan de manejo Intrahospitalario</b>						
B05XR007702	LACTATO RINGER X 500ML SLN INY	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input type="checkbox"/> 0	1500 MILILITRO Dosis Unica - VOLUMEN
B05XR007701	LACTATO RINGER X 1000ML SLN INY	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input checked="" type="checkbox"/> 0	1000 MILILITRO Cada 12 Horas Indefinido - A 1CC/KG/H
N01AH010251	FENTANILO SLN INY 0.1MG/2ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input checked="" type="checkbox"/> 0	2 MILIGRAMO Cada 6 Horas Indefinido -
A02BC057701	ESOMEPRAZOL POLVO LIOF INY 40MG /REG	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input checked="" type="checkbox"/> 0	40 MILIGRAMO Cada 24 Horas Indefinido -

**Medicamentos Suspendidos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Proviene del folio No.	Fecha de Suspensión	Cantidad solicitada	Cantidad Sumin. Enfermería	Cantidad Suspendida
B05XR007701	LACTATO RINGER X 1000ML SLN INY	<input checked="" type="checkbox"/>	6	02/10/2023 12:58	100		100
N02BG060247	ACUPAN® NEFOPAM SLN INY 20MG/2ML	<input checked="" type="checkbox"/>	6	02/10/2023 12:58	9		9
A02BO002101	OMEPRAZOL CAP 20MG	<input checked="" type="checkbox"/>	6	02/10/2023 12:58			
N02AA050248	OXICODONA SLN INY 10MG/ML	<input checked="" type="checkbox"/>	19	02/10/2023 12:58			
B05BS004703	SODIO 500 CLORURO 0.9% X 500ML SLN INY	<input checked="" type="checkbox"/>	21	02/10/2023 12:58			

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:** GRACIAS

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clínico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
907106	907106 - UROANALISIS	1	Rutinario	



Manuela Dugand Angel  
 Médico y Cirujano UdeA  
 C.C. 21562950  
 R.M. 5-5120-12

**DUGAND ANGEL MANUELA**  
 385 - MEDICINA GENERAL  
 R.M. 5-5120-12

901236	901236 - UROCULTIVO ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO	1	Rutinario	.
903603	903603 - CALCIO AUTOMATIZADO	1	Rutinario	.
903839	903839 - GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO	2	Rutinario	.
902210	902210 - HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO	1	Rutinario	902210
903895	903895 - CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	Rutinario	903895
903437	903437 - TROPONINA I CUANTITATIVA	1	Rutinario	.
902024	902024 - FIBRINOGENO	1	Rutinario	.
871111	871111 - RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	1	Rutinario	.
903854	903854 - MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	Rutinario	.
903835	903835 - FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	Rutinario	.
903813	903813 - CLORO	1	Rutinario	.
903859	903859 - POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	Rutinario	.
903864	903864 - SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	Rutinario	.
903809	903809 - BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	1	Rutinario	.
903867	903867 - TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA ASPARTATO AMINO TRANSFERASA	1	Rutinario	.
903866	903866 - TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA ALANINO AMINO TRANSFERASA	1	Rutinario	.
902049	902049 - TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	1	Rutinario	.
902045	902045 - TIEMPO DE PROTROMBINA TP	1	Rutinario	.
903856	903856 - NITROGENO UREICO	1	Rutinario	.
903111	903111 - ACIDO LACTICO L-LACTATO AUTOMATIZADO	1	Rutinario	.
873501	873501Z - PORTATIL SIN FLUOROSCOPIA E INTENSIFICADOR IMAGENES (PRACTICADO EN HABITACIÓN, UCI, RN O QUIRÓFANOS); AL VALOR DEL ESTUDIO, AGREGAR	1	Rutinario	.

  
**Manuela Dugand Angel**  
 Médico y Cirujano UdeA  
 C.C. 21'562,950  
 R.M. 5-5120-12

**DUGAND ANGEL MANUELA**

385 - MEDICINA GENERAL

**R.M. 5-5120-12**

**EVOLUCION TOXICOLOGIA**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446 MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b>	Viudo
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b>	LA UNION
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Dir.responsable:</b>	3148884731
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Dir. Acompañante:</b>	3148884731
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS	<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)	<b>Parentesco:</b>	NUERA
		<b>Rango:</b>	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

**FOLIO N° 23** Fecha del Folio: **02/10/2023 13:11**

<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General
--------------------	---------	---------------	------------------	---------------------	-----------	--------------------	--------------------

**Se adiciona conducta al plan de manejo.**

**Detalle del folio:**

**SUBJETIVO**

TOXICOLOGIA CLINICA

Martha, 83 años

Con diagnosticvos de

1. Herniorrafa inguinal
2. Eneterorrafia de colon transverso

Enfermedad actual: cuadro clinico de 3 meses de evolucion caracterizado por sensacion de masa en region inguinal que protuyente con la actividad fisica y de esfuerzo, refiere dolor tipo colico de intensidad moderada, no irradiado

Antecedentes personales.

Patologicos: niega

alergicos: niega

quirurgicos: colecistectomia laparoscopica

toxicos: fumadora pesada

ocupacion: cesante

farmacologico: pantoprazol

Paciente con consumo de tabaco, refiere en los ultimos 20 dias viene intentando suspender ` por completo, en el momento niega ansiedad y deseos de consumo.

**OBJETIVO**

PA 113/63 FC 98 Fr 18

Paciente en aceptables condiciones generales consciente, alerta, orientada

Pupilas simetricas, normorreactivas, sin lesiones

Mucosas humedas hidratadas, sin lesiones

Sin signos de hipoperfucion

sin signos de dificultad respiratoria

Extremidades movilizando sin lesiones, sin temblor

Piel:sin diaforesis, sin piloereccion

Mental: tranquila

**Información del folio No. 23**



Alejandro Martínez Pérez  
Toxicología Clínica  
C.C. 1-126-399-789  
R.M. 17-17177-14  
U. 06 A.

**ANALISIS**

Paciente en quien se considera realizarse manejo con dosis bajas de escitalopram 5mg durante estancia hospitalaria y posteriormente de forma ambulatoria 10mg. Se hace intervencion sobre consumo.

Se usan todos los equipos de proteccion personal y las medidas de bioseguridad indicadas por la clinica y la asociacion colombiana de infectologia para evitar transmision o contagio de covid 19 en la atencion de pacientes acorde al area de valoracion

Plan:

- \* Escitalopram 5mg cada dia via oral
- \* Revalorare en 2 dias

**EPICRISIS**

### ¿El paciente requiere reposo? Número de días de reposo

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi Dx Ing	DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
F172	<input type="checkbox"/> TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE TABACO SINDROME DE DEPENDENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	R.O.S	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
<b>Plan de manejo Intrahospitalario</b>						
N06AB010101	ESCITALOPRAM TAB 10MG /REG	<input checked="" type="checkbox"/>	Oral	0	<input checked="" type="checkbox"/> 0	5 MILIGRAMO Cada 24 Horas Indefinido - Escitalopram 5mg cada dia via oral

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Órd. Médicas: Plan:

- \* Escitalopram 5mg cada dia via oral
- \* Revalorare en 2 dias

**Información del folio No. 23**

  
 Alejandro Martínez Pérez  
 Toxicólogo Clínico  
 C.C. 1-126-399-789  
 Reg. 17-17177-14  
 U. de A.

**ORDENES MEDICAS**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. responsable:</b> 3148884731	<b>Dir. responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b> 3148884731	
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 24		Fecha del Folio: 02/10/2023 13:46	
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50
<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**Justificación de la prescripción**

ÓRDENES

**Antecedentes** \* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	Dosis	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
<b>Plan de manejo Intrahospitalario</b>						
B05XS003701	BICARBONATO DE SODIO SLN INY 8.4% X 10 mEq	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input type="checkbox"/> 0	80 MILILITRO Dosis Unica - EN DAD 420CC, PARA NEFROPROTECCIÓN

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:**

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clínico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
879302	996670 - ANGIOTAC DE TORAX	1	Rutinario	TEP?
879420	879420 - TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS ABDOMEN TOTAL	1	Rutinario	CON CONTRASTE
903827	903827 - CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE	1	Rutinario	
903426	903426 - HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	1	Rutinario	



Manuela Dugand Angel  
 Médico y Cirujano UdeA  
 C.C. 21562950  
 R.M. 5-5120-12

**DUGAND ANGEL MANUELA**  
 385 - MEDICINA GENERAL  
 R.M. 5-5120-12

**ORDENES MEDICAS**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b> 3148884731	
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 25		Fecha del Folio: 02/10/2023 13:48	
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50
<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**Justificación de la prescripción**

ÓRDENES

Antecedentes			* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).
Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle	
		<input type="checkbox"/>	

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	S P	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
<b>Plan de manejo Intrahospitalario</b>						
B05XS003701	BICARBONATO DE SODIO SLN INY 8.4% X 10 mEq	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input type="checkbox"/>	400 MILILITRO Dosis Unica - LA MITAD EN BOLO, MITAD PARA 4H

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:**



Manuela Dugand Angel  
 Médico y Cirujano UdeA  
 C.C. 21562950  
 R.M. 5-5120-12

**DUGAND ANGEL MANUELA**  
 385 - MEDICINA GENERAL  
 R.M. 5-5120-12

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**

**INGRESO UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS**

N° Historia Clínica: 21323446

<b>Datos personales del Paciente</b>				
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION	
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA	
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN	<b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731	
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS			
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)	<b>Rango:</b>	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)	

**FOLIO N° 26** Fecha del Folio: 2/10/2023 2:50 p. m.

<b>N° Ingreso:</b> 5571919	<b>Fecha:</b> 01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General
----------------------------	--------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

**Motivo consulta y enfermedad actual:**

**TIPO INGRESO:** UCI

**REMITIDO:** NO

**REINGRESO:** NO

**Motivo de consulta**

ESTADO POST REANIMACION

**Enfermedad actual**

DESDE ANOCHE CON DOLOR ABDOMINAL INTENSO, DIAFORESIS E HIPOTENSION INTERVENIDA CON LIQUIDOS Y DESATURACION. PACIENTE HALLADA CON CEFALEA, DISARTRIA, VERSION DEL AMIRADA Y ALTERACION DEL SENSORIO SE IDENTIFICA PARO CARDIACO, RITMO INICIAL FIBRILACION VENTRICULAR, SALE CON DEFIBRILACION A RITMO DE PERFUSION EN BRADICARDIA SINUSAL, RESPONDE A LA ADMSTRACION DE ATROPINA. SE SEGUIRA VIA AEREA Y SE TRASLADA A LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

**Valoración Ingreso:**

**Revision por sistemas**

**Observaciones:** LLEVADA AYER A CORRECCION DE HERNIA INGUINAL, DESCRIPCION QUIRURGICA ANOTA PERFORACION DEL COLON CORREGIDO AOCN ENTERORRAFIA Y LESION DE VASOS EPIGASTRICOS CORREGIDO CON LIGADURA. INGRESA CON HIPOTENSION,

**Paraclínicos al ingreso:** GASES CON ACIDEMIA MIXTA SEVERA, pH 6.94, PaCO2 30.8, HCO3 6.6, PaO2/FiO2 281- SvO2 84- L LACTATO 16, BE -23

**Estado al ingreso:**  CONSCIENTE  MUERTO  AGITADO  SOMNOLIENTO  ALICORADO  INSCONCIENTE  EN COMA  SEDADO  ESTUPOROSO

**Observaciones:**

**Medidas antropométricas**

**Talla (centímetros):** 165,00 **Peso ideal** 59

**Signos vitales**

**Saturación de oxígeno:** 100 **Frecuencia cardiaca:** 110 **Frecuencia respiratoria:** 19

**Temperatura:** 33 **Dolor:**

**Presión sistólica:** 125 **Presión diastólica:** 60

**Presión arterial media:** 82

**Evaluación por sistemas**

**Neurológico** Hallazgos clínicos

**Observaciones:** SE EVALUA PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONALNEUROLOGICO SEDADO Y RELAJADO PUPILAS ISOCORICAS, MIOTICAS, HIPO REACTIVAS

**Cardiopulmonar** Hallazgos clínicos

**Observaciones:** TORAX SIMETRICO, CARDIOVASCULAR RITMO TAQUICARDIA SINUSAL. SOPÓRTADA CON NOREPINEFRINARUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOSRESPIRATORIO SIN ESFUERZO RESPIRATORIORUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS

**Información del folio No. 26**



Dr. ROBERTO  
GAITÁN LUQUE  
MÉDICO INTENSIVISTA  
C.C. 79.264.979 / RES. 841089

**Gastrointestinal** Hallazgos clínicos  
**Observaciones:** GASTROINTESTINAL MUCOSA ORAL SECA ABDOMEN PERISTALTISMO AUSENTE, NO EVALUABLE DOLOR, SE PALPA ENDURECIDO EN HIPOGASTRIO, SE LOGRA IDENTIFICAR LESION REDONDEADA (HEMATOMA DE PARED?) A NIVEL DE FOSA ILIACA IZQUIERDA  
**Genitourinario** Hallazgos clínicos  
**Observaciones:** ORINA CLARA  
**Osteomuscular** Hallazgos clínicos  
**Observaciones:** EXTREMIDADES SIN EDEMAS  
**Vascular y linfático** Hallazgos clínicos  
**Observaciones:**  
**Piel y faneras** Hallazgos clínicos  
**Observaciones:** LLENADO CAPILAR >2" PULSOS ISOCROTOS E ISOCRONOS

¿La atención es por accidente de tránsito? NO

**Diagnosticos de trabajo:**

- DIAGNOSTICOS  
 1. ESTADO POST REANIMACION  
 2. EMBOLISMO PULMONAR ?  
 3. SHOCK HEMORRAGICO  
 4. POSTOPERATORIO CORRECCION LAPARASCOPICA DE HERNIA INGUINAL  
 4.1 PERFORACION DE COLON+ENTERORRAFIA  
 4.2 LESION VASOS EPIGASTRICOS+LIGADURA  
 5. ATAQUE CEREBROVASCULAR  
 6. TABAQUISMO PESADO

**Analisis:**

PACINTE HALLADA LCON ALTERACION DEL SENSORIO, SE IDENTIFICA PARADA CARDIACA CON RITMO DE PARO: FIBRILACION VENTRICULAR, SALE A RITMO DE PERFUSION EN BRADICARDIA SINUSAL  
 NO EVIDENCIA INICAL DE CAMBIOS EN EL EKG SUGESTIVO DE EVENTO CORONARIO, DENTRO DE POSIBILIDADES INVOCADAS EMBOLIA PULMONAR Y SHOCK HEMORRAGICO.

**Plan:**

MONITOREO INVASIVO  
 RASTREO DE DISFUNCIONES  
 SOPORTE ACORDE PERFIL HEMODINAMICO U DE PERFUSION  
 SE SOLICITA TOMOGRAFIA DE ABDOMEN, ANGIOTAC DE TORAX, CRANEO  
 REPOSICION DE BICARBONATO  
 MANJO CONJUNTO CON CIRUGIA

**Conciliación medicamentosa:**

- De donde se obtiene la información: Historia clinica
- Se concilian medicamentos: N/A (No hay medicamentos para conciliar)

**FORMATO NUTRICION RISK SCREENING (NRS 2002)**

Fecha de diligenciamiento de la escala: 2/10/2023

**ESTADO NUTRICIONAL**

Desnutrición leve

**PUNTUACIÓN 1**

**SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD**

Severa

**PUNTUACIÓN 3**

¿Paciente mayor de 70 años? Si

**Puntuación total 5**      **Riesgo** Alto      **Plan de manejo** El paciente está en riesgo nutricional y requiere interconsulta por nutrición

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi Dx Ing Dx Egr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
R571	<input type="checkbox"/> CHOQUE HIPOVOLEMICO	<input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio	

**Información del folio No. 26**



Dr. ROBERTO  
 GAITÁN LUQUE  
 MÉDICO INTENSIVISTA  
 C.C. 79.264.979 / RES. 94106

**GAITÁN LUQUE ROBERTO**  
 731 - TERAPIA INTENSIVA Y CUIDADO  
 CRITICO  
 R.M. 841089

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	Pos	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
C01CA070247	DOBUTAMINA SLN INY 250MG/5ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input checked="" type="checkbox"/> 0	250 MILIGRAMO Cada 6 Horas Indefinido - MEZCLAR CN SSN 95 CC TITULAR 2,5-5 mcgkgm
H01BV014712	VASOPRESINA SLN INY 20UI	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input checked="" type="checkbox"/> 0	20 UNIDAD INTERNACIONAL Cada 6 Horas Indefinido - MEZCLAR CON 99 CC TITULAR 0,5-2,5 U/H
A12AC002701	CALCIO GLUCONATO SLN INY 10% AMP X 10ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input checked="" type="checkbox"/> 0	2 AMPOLLA Cada 6 Horas Indefinido - MEZCLAR CON SSN 50 CC PASAR EN 30 MINUTOS

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Órd. Médicas:

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clinico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
903839	903839 - GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO	2	Rutinario	

**Solicitud de Procedimientos No Quirúrgicos**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Procedimiento No QX	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
912002	912002 - TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS	5	Urgente	
912005	912005 - TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	5	Urgente	
912003	912003 - TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS	1	Urgente	

Información del folio No. 26



Dr. ROBERTO  
GAITÁN LUQUE  
MÉDICO INTENSIVISTA  
C.C. 79.264.979 / RES. 941069

**GAITAN LUQUE ROBERTO**

731 - TERAPIA INTENSIVA Y CUIDADO CRITICO

R.M. 841089

**RADIACION ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía	21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b> 83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION	
<b>Teléfono:</b> 3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA	
<b>Responsable:</b> MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN	<b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b> MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b> 3148884731		
<b>Entidad:</b> NUEVA EPS			
<b>Plan Beneficios:</b> NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)	

FOLIO N° 27		Fecha del Folio: 02/10/2023 14:53	
<b>N° Ingreso:</b> 5571919	<b>Fecha:</b> 01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General

Se adiciona conducta al plan de manejo.

**Detalle del folio:**

**RADIACIÓN ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**OBSERVACIONES:**

**ESTUDIO REALIZADO:** 873501Z PORTATIL SIN FLUOROSCOPIA E INTENSIFICADOR IMAGENES (PRACTICADO EN HABITACIÓN, UCI, RN O QUIRÓFANOS); AL VALOR DEL ESTUDIO, AGREGAR

**CANTIDAD DLP:** 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> ,00	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**TOTAL:** 0,0000

**Información del folio No. 27**



**VILLEGAS SOTO CARLOS ANDRES**  
TECNOLOGO IMAGENES  
DIAGNOSTICAS  
R.M. 5-6306-11

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha                      Tipo Antecedente                      \* Detalle



**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Órd. Médicas:

Información del folio No. 27

**VILLEGAS SOTO CARLOS ANDRES**

TECNOLOGO IMAGENES  
DIAGNOSTICAS

R.M. 5-6306-11

**RADIACION ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía	21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b> 83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION	
<b>Teléfono:</b> 3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA	
<b>Responsable:</b> MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN	<b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b> MARIA EUGENIA TORO		<b>Tel. Acompañante:</b> 3148884731	
<b>Entidad:</b> NUEVA EPS			
<b>Plan Beneficios:</b> NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)	

<b>FOLIO N° 28</b>	<b>Fecha del Folio: 02/10/2023 14:54</b>		
<b>N° Ingreso:</b> 5571919	<b>Fecha:</b> 01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General

Se adiciona conducta al plan de manejo.

**Detalle del folio:**

**RADIACIÓN ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**OBSERVACIONES:**

CONTROL

**ESTUDIO REALIZADO:** 871111 RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL  
**CANTIDAD DLP:** 0,0000

<b>ESTUDIO REALIZADO:</b>		<b>CANTIDAD MaS:</b>	5,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	55,00	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000

<b>ESTUDIO REALIZADO:</b>		<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000

<b>ESTUDIO REALIZADO:</b>		<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000

<b>ESTUDIO REALIZADO:</b>		<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000

<b>ESTUDIO REALIZADO:</b>		<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b>	0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b>	0,0000

**TOTAL:** 0,0000

**Información del folio No. 28**



**VILLEGAS SOTO CARLOS ANDRES**  
TECNOLOGO IMAGENES  
DIAGNOSTICAS  
R.M. 5-6306-11

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

**Fecha**                      **Tipo Antecedente**                      \* **Detalle**



---

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:**

**Información del folio No. 28**

---

**VILLEGAS SOTO CARLOS ANDRES**

TECNOLOGO IMAGENES  
DIAGNOSTICAS

**R.M.** 5-6306-11

### EVOLUCION HOSPITALIZACION

Nº Historia Clínica: 21323446

Datos personales del Paciente								
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía	21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino	<b>F. Nacim:</b>	24/03/1940	
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b>	Viudo	<b>Dirección:</b>	CALLE 9 Nº 8 - 34 LA UNION			
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b>	LA UNION	<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA			
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b>	3148884731	<b>Dir.responsable:</b>	MEDELLIN	<b>Parentesco:</b>	NUERA	
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO			<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731			
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS							
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)				<b>Rango:</b>	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)		
<b>FOLIO Nº 29</b>	<b>Fecha del Folio:</b> 02/10/2023 14:57							
<b>Nº Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica		<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

Se adiciona conducta al plan de manejo.

**Detalle del folio:**

#### SIGNOS VITALES

**Peso:** -  
**Presión Arterial:** -  
**Frecuencia Respiratoria:** -  
**Fracción Inspirada de Oxígeno:** -  
**Temperatura:** -  
**Frecuencia Cardíaca:** -  
**Saturación de Oxígeno:** -  
**Dolor:** -

#### EVOLUCION HOSPITALIZACION

##### SUBJETIVO

Pte de 83 años, residente en La union, ama de casa, en compañía de familiares

Antecedentes personales

Patológicos: EAP

Quirúrgicos: colelap

Alergias: Niega

Farmacológicos: Pantoprazol y trimebutina ocasionales

Hospitalizada por Cirugia General

Dx:

- Choque de origen a establecer hipovolemico vs distributivo

- Estado pos reanimacion

- POP 01/10/2023 herniorrafia inguinal izquierda laparoscopica + enterorrafia de colon transverso

Hallazgos: síndrome adherencial complejo con adherencias del colon a la pared abdominal . hernia inguinal derecha medial M2

Complicaciones: lesion de colon transverso, lesion de vasos epigastricos izquierdos

Acudo a llamado a enfermería, informan pte con alteracion del estado de conciencia, no le sensa presion arterial

##### OBJETIVO

En atencion inicial, encuentro pte con alteracion del estado de conciencia, quejido constante, movilizando las 4 extremidades, no obedece ordenes, pulso distal debil, llenado capilar mayor de 3 segundos, frialdad distal, ruidos cardiacos alejados bradicardicos, murmullo vesicular universal con respiracion espontanea. Abdomen heridas de entrada de trocares cubiertas con apositos limpios, distendido, aparente dolor local. No edema en miembros inferiores

Glucometria 245

##### ANALISIS

**Información del folio No. 29**



**VANESSA MOTTA ARRIETA**

**Medico Cirujano**  
**Reg: 5-2075-06**

**MOTTA ARRIETA ELAINE VANESSA**  
MEDICINA GENERAL  
**R.M. 52075**

Pte en la novena decada de la vida, previamente sana, hospitalizada en el contexto de pop día 1 de herniorrafia inguinal izquierda por laparoscopia complicada por perforacion de colon transverso y lesion de vasos epigastricos, la mañana de hoy presenta dolor abdominal intenso, evaluada por especialidad tratante, quien indica aplicacion de analgesia (dipirona, acupan y oxicodona 2 mg), posterior a esto notan pte palida, con alteracion del estado de conciencia, por lo cual evaluo. Encuentro pte en muy mal estado general, presentando signos clinicos de hipoperfusión, sin lograr censar presion, encuentro con pulso distal debil, indico iniciar liquidos endovenosos a chorro, se logran pasar 500 cc de lactato en bolo, sin embargo pte deja de responder, no se palpa pulso, pte con respiraciones agonicas, se activa codigo azul. De inmediato se inicia masaje cardiaco por cirujano Dr. Loaiza, asisto via aera ventilando con VBM, se verifica ritmo de paro encontrando FV por lo cual se desfibrila con 200 J, se continua realizando masaje cardiaco por 2 minutos mas, se verifica pulso, el cual recupera, encontrando ritmo de bradicardia sinusal, se indica administracion de 1 mg de atropina, logrando permanecer con cardiacas por encima de 100xmin, se logran administrar 2000 cc mas de lactato luego de lo cual se sensa presion 138/45, pte en estado pos reanimacion, respiracion irregular, no logra proteger via aerea, por lo cual se realiza secuencia rapida de intubacion, intubo al primer intento con tubo # 7.5, se traslada pte a unidad de cuidados intensivos.

Ante rapido deterioro de la pte, se solicitaron paraclinicos de manera urgente y muy urgente, sin embargo no fue posible tomarlos.

**EPICRISIS**

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		■

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng	DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
R571	<input type="checkbox"/> CHOQUE HIPOVOLEMICO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Definitivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio	

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
N01AF005701	FENTANILO SLN INY 0.5MG/10ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input type="checkbox"/> 0	1 AMPOLLA Dosis Unica - para secuencia rapida de intubacion

**Plan de manejo Intrahospitalario**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
N01AH0102 51	FENTANILO SLN INY 0.1MG/2ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	21	02/10/2023 13:52	

**Medicamentos Suspendidos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Proviene del folio No.	Fecha de Suspensión	Cantidad solicitada	Cantidad Sumin. Enfermeria	Cantidad Suspendida
N01AH0102 51	FENTANILO SLN INY 0.1MG/2ML	<input checked="" type="checkbox"/>	21	02/10/2023 13:52			

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Órd. Médicas:

**Información del folio No. 29**

  
VANESSA MOTTA ARRIETA

Medico Cirujano  
Reg: 5-2075-06

MOTTA ARRIETA ELAINE VANESSA  
MEDICINA GENERAL  
R.M. 52075

**INFORME DE PROCEDIMIENTO**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

**FOLIO N° 30** Fecha del Folio: 02/10/2023 15:12

<b>N° Ingreso:</b> 5571919	<b>Fecha:</b> 01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General
----------------------------	--------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Se adiciona conducta al plan de manejo.

**Detalle del folio:**

**INFORME DE PROCEDIMIENTO**

**CODIGO:** 09184 **TIPO DE PROCEDIMIENTO:** IMPLANTACION DE CATETER SUBCLAVIO FEMORAL O YUGULAR POR PUNCION CATETER CENTRAL  
**FECHA REALIZACION:** 02/10/2023 **HORA DE INICIO:** 13:30 **HORA DE FIN:** **BILATERALIDAD:**

**Intervención realizada en sala de procedimientos**

DETALLE	CANTIDAD
Catéter Central Bilumen ö Trilumen	
Puerto Clave de Acuerdo a las Vías	
Seda 2/0 Recta con KSH	1
Ampolla Lidocaína 2 % SE x 10 ml	1
Aguja N° 18	1
Aguja N° 24	1
Jeringa x 10cc	1
Tegaderm	1
SSN x 100 ml	1
Paquetes gasas	6

**COMPLICACIONES:** NO

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTOS:**

Se explica a la paciente y a la familia procedimiento y riesgos. Previa asepsia y antisepsia, con técnica estéril, en compañía de intensivista de turno, bajo anestesia local con Lidocaína, se realiza paso de CVC subclavio derecho, con técnica de Seldinger, primeras tres punciones arteriales, advertidas inmediatamente, cuarta punción venosa. Procedimiento sin complicaciones. Se verifica permeabilidad. Queda catéter fijado con puntos de sutura, limpio y cubierto con apósito transparente. Se solicitan Rx de control.

**Sitio de inserción:** Subclavía derecha

**Anestesia local:** Sí

**Ultrasonido como guía:** No

**Técnica de Slindger:** Sí

**Incisión de piel en sitio de punción:** No

**Catéter de luz:** 3

**Corroboración entorno venoso y permeabilidad:** Sí

**Registro de PVC:** No

**Fijación a la piel con sutura:** Sí

**Apósito:** Sí

**RX de tórax control para confirmar ubicación:** Sí

**Información del folio No. 30**



Manuela Dugand Angel  
Médico y Cirujano UdeA  
C.C. 21562960  
R.M. 5-5120-12

**DUGAND ANGEL MANUELA**  
MEDICINA GENERAL  
R.M. 5-5120-12

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha                      Tipo Antecedente                      \* Detalle

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi Dx Ing	DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
K409	<input type="checkbox"/> HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Órd. Médicas: Gracias

Información del folio No. 30



Manuela Dugand Angel  
Médico y Cirujano UdeA  
C.C. 21'562'960  
R.M. 5-5120-12

**DUGAND ANGEL MANUELA**  
MEDICINA GENERAL  
R.M. 5-5120-12

**TERAPIA RESPIRATORIA HOSPITALIZACION**

**N° Historia Clínica: 21323446**

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b> 83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION	
<b>Teléfono:</b> 3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA	
<b>Responsable:</b> MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN	<b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b> MARIA EUGENIA TORO		<b>Tel. Acompañante:</b> 3148884731	
<b>Entidad:</b> NUEVA EPS			
<b>Plan Beneficios:</b> NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)	

<b>FOLIO N° 31</b>	<b>Fecha del Folio: 02/10/2023 15:28</b>		
<b>N° Ingreso:</b> 5571919	<b>Fecha:</b> 01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General

**Detalle del folio:**

**EVOLUCIÓN**

**Fecha y Hora de Evolución** 2 de octubre de 2023 03:19 p. m.

**Frecuencia Cardíaca** 1 **Frecuencia Respiratoria** 1 **Saturación** 1 %

**Auscultación**

**Oxígeno Suplementario** Ninguno **Cantidad** **Lts**

**Trabajo Respiratorio** NO

Supraclavicular  Intercostal

Subcostales  Disbalance Toraco Abdominal

**MANIOBRAS**

Percusión  Vibración  Aceleración e Flujo  Lavado de Nasal

Tos Asistida  Estimulo de Tos  Aspiración de Secreciones  Movilizaciones Torácicas

**Drenaje Postural** No Aplica  para Aumentar CPT  Para Mejorar Ventilación Pulmonar

Labios Fruncidos  Reacondicionamiento Pulmonar

**Terapia Incentiva**

No Aplica

**Observaciones**

atiendo el llamado de código azul  
 paciente en muy mal estado general, presentando signos clínicos de hipoperfusión, sin lograr censar presión, pulso distal débil, se inicia líquidos endovenosos a chorro, se logran pasar 500 cc de lactato en bolo, sin embargo pte deja de responder, no se palpa pulso, pte con respiraciones agónicas, se inicia masaje cardíaco por cirujano Dr. Loaiza, asisto vía aérea ventilando con VBM, se verifica ritmo de paro encontrando FV por lo cual se desfibrila con 200 J, se continúa realizando masaje cardíaco por 2 minutos más, se verifica pulso, el cual recupera, encontrando ritmo de bradicardia sinusal, se indica administración de 1 mg de atropina, logrando permanecer con cardíacas por encima de 100x/min, se logran administrar 2000 cc más de lactato luego de lo cual se sensa presión 138/45, pte en estado pos reanimación, respiración irregular, no logra proteger vía aérea, por lo cual médico inicia secuencia rápida de intubación, se intuba en un primer intento con tubo # 7.5, queda fijo a 22cc arcada dental, se traslada pte a unidad de cuidados intensivos.

**Antecedentes**

**\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).**

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales serán vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalización

**Ord. Médicas:**

**Información del folio No. 31**

*Maria J. Rojas*

### EVOLUCIÓN CIRUGÍA

N° Historia Clínica: 21323446

Datos personales del Paciente							
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía	21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino	<b>F. Nacim:</b>	24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b>	Viudo	<b>Dirección:</b>	CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION		
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b>	LA UNION	<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA		
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b>	3148884731	<b>Dir.responsable:</b>	MEDELLIN	<b>Parentesco:</b>	NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO			<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731		
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS						
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)					<b>Rango:</b>	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)
<b>FOLIO N°32</b>	<b>Fecha del Folio:</b> 02/10/2023 15:47						
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

Se adiciona conducta al plan de manejo.

**Detalle del folio:**

**SUBJETIVO**

= cirugía general = nota diferida

paciente en malas condiciones en la habitación, al ingreso realiza paro presenciado, se realizan maniobras de reanimación a las cuales responde, actualmente en choque hemorrágico, por sangrado de la epigástrica con lesión advertida en la cirugía, se beneficia de embolización por radiología intervencionista, en el momento con terapia transfusional, en el momento sin indicación de cirugía.

**OBJETIVO**

paciente en malas condiciones en la habitación, al ingreso realiza paro presenciado, se realizan maniobras de reanimación a las cuales responde, actualmente en choque hemorrágico, por sangrado de la epigástrica con lesión advertida en la cirugía, se beneficia de embolización por radiología intervencionista, en el momento con terapia transfusional, en el momento sin indicación de cirugía.

**ANALISIS**

manejo urgente por radiología intervencionista

**EPICRISIS**

Antecedentes	* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).	
Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

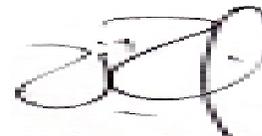
Diagnósticos Registrados en este folio		** (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).					
Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi Dx	Ing Dx	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
T810	<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA Y HEMATOMA QUE COMPLICAN UN PROCEDIMIENTO NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalización

**Órd. Médicas:** manejo por radiología intervencionista

**Información del folio No. 32**



**LOZANO ORTIZ JOSE RICARDO**  
 CIRUGIA GENERAL  
 R.M. 80088654

**RONDA MEDICA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS**

**N° Historia Clínica: 21323446**

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

<b>FOLIO N° 33</b>	<b>Fecha del Folio: 2/10/2023 4:59 p. m.</b>		
<b>N° Ingreso:</b> 5571919	<b>Fecha:</b> 01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General

**Se adiciona conducta al plan de manejo.**

**Detalle del folio:**

**OBSERVACIONES**

PACIENTE EN QUIEN CCORROBORADO SHOCK HEMORRAGICO SE INDICO TRSNFUSION DE GLOBULOS ROJOS, ASI MISMO SE INDICO TRANSFUSION DE PLASMA Y PLAQUETAS.DEPENDEINTE DE SOPORTE VASOPRESOR, REQUIRIENDO TRANSITORIAMENTE SOPORTE CON NOREPINEFRINA, VASOPRESINA Y EPINEFRINA.LECTIURA OFICIAL DE RADIOLOGFIA DE TOMOGRAFIA REALIZADA ANOHE : "HEMATOMA PARED ANTERIOR DE ABDOMEN Y REGION INGUINAL DERECHA, LIQUIDO LIBRE EN. LA CAVIDAD PERITONEAL" CIUJANA DE TURNO ANTE IMPOSIBILIDAD DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA DE MANERA INMEDIATA, CONSIDERA CIRUGIA. CIRUJANO TRATANTE DEFINE ESPERAR A QUE AHYA DISPONIBILIDAD DE RADIOLOGIA INTERVENISTA Y EL EXPLICA A LA FAMILIA EL CAMBIO DE CONDUCTA.EN EL MOMENTO ESTABILIZDA, HA RECIBIDO 5 U DE GLOBULOS ROJOS, 4 DE PLASMA Y UNA AFERESISIS DE PLAQUETASSOPORTADA CON NOREPINEFRINA Y VASOPRESINA, FC 117 lpm, TA 112/79 mm Hg, SO2 97%LABORATORIOS HEMOGLOBNA 4.86, PLAQUETAS 175000, LEUCOCITOS 19950, N 74.5%, Na 146.3, K 4.93. CREATINNA 1.2, BUN 24.1, AST 316.9, ALT 334, BILIRRUBINA TOTAL 0.32, FIBRINOGENO 221, INR 1.5, PTT 51.87, TROPONINA 54.23

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:**

**Información del folio No. 33**



**DR. ROBERTO GAITÁN LUQUE**  
**MÉDICO INTENSIVISTA**  
**C.C. 75.264.978 / REG. 541089**

**GAITAN LUQUE ROBERTO**  
 TERAPIA INTENSIVA Y CUIDADO CRITICO  
**R.M. 841089**

INFORME DE PROCEDIMIENTO

N° Historia Clínica: 21323446

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

**FOLIO N° 35** Fecha del Folio: 02/10/2023 17:10

<b>N° Ingreso:</b> 5571919	<b>Fecha:</b> 01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General
----------------------------	--------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Se adiciona conducta al plan de manejo.

**Detalle del folio:**

**INFORME DE PROCEDIMIENTO**

**CODIGO:** 37405 **TIPO DE PROCEDIMIENTO:** COLOCACION DE LINEA ARTERIAL  
**FECHA REALIZACION:** 02/10/2023 **HORA DE INICIO:** **HORA DE FIN:** **BILATERALIDAD:**

**Intervención realizada en sala de procedimientos**

DETALLE	CANTIDAD
Catéter Arterial Vygon	
Pares de Guantes Estériles	
Soluprep al 2% + alcohol 70% o Sachet Clorhexidina 4%	1
Paquetes de Gasas Estériles	3
Fixomull	30 cm
SSN x 500 ml al 0.9%	1

**COMPLICACIONES:** NO

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTOS:**

según indicación médica, habiéndose explicado al acompañante dado el estado general de la paciente, asegurándose que comprenden y acepta, previa realización de prueba de Allen en ambas extremidades, se decide paso de línea arterial radial derecha, previa asepsia y antisepsia del área y bajo estricta técnica esteril se punciona arteria radial derecha, se obtiene retorno de sangre, con técnica de Seldinger se avanza guía, posteriormente catéter Vygon, se conecta a transductor, se verifica curva en monitor, se fija con aposito de fixomull esteril, se verifica adecuado llenado capilar de la extremidad, sin signos de vasoespasm, procedimiento sin complicaciones

**Antecedentes** \* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Ord. Médicas:**

**Información del folio No. 35**



**PIEDRAHITA TORO YVONN**  
**PATRICIA**  
ENFERMERO JEFE  
R.M. 1053790275

**ORDENES MEDICAS**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b> 3148884731	
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 36		Fecha del Folio: 02/10/2023 17:27	
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50
<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**Justificación de la prescripción**

ÓRDENES

**Antecedentes** \* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:**

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clínico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
879410	02136177 - ANGIOTAC DE ABDOMEN	1	Urgente	



Manuela Dugand Angel  
 Médico y Cirujano UdeA  
 C.C. 21'562,950  
 R.M. 5-5120-12

**DUGAND ANGEL MANUELA**  
 385 - MEDICINA GENERAL  
 R.M. 5-5120-12

**RONDA MEDICA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

**FOLIO N° 37** Fecha del Folio: 2/10/2023 5:33 p. m.

<b>N° Ingreso:</b> 5571919	<b>Fecha:</b> 01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General
----------------------------	--------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

**Se adiciona conducta al plan de manejo.**

**Detalle del folio:**

**OBSERVACIONES**

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		□

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:**

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clínico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
879410	996671 - ANGIOTAC DE ABDOMEN	1	Urgente	SHOCK HEMORRAGICO

**Información del folio No. 37**



**Dr. ROBERTO GAITÁN LUQUE**  
**MÉDICO INTENSIVISTA**  
**C.C. 75.264.979 / REG. 541089**

**GAITAN LUQUE ROBERTO**  
 TERAPIA INTENSIVA Y CUIDADO CRITICO  
**R.M. 841089**

**RADIACION ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía	21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b> 83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION	
<b>Teléfono:</b> 3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA	
<b>Responsable:</b> MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN	<b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b> MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b> 3148884731		
<b>Entidad:</b> NUEVA EPS			
<b>Plan Beneficios:</b> NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)	

<b>FOLIO N° 38</b>	<b>Fecha del Folio: 02/10/2023 17:57</b>		
<b>N° Ingreso:</b> 5571919	<b>Fecha:</b> 01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General

Se adiciona conducta al plan de manejo.

**Detalle del folio:**

**RADIACIÓN ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**OBSERVACIONES:**

**ESTUDIO REALIZADO:** 996671 ANGIOTAC DE ABDOMEN  
**CANTIDAD DLP:** 1200,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> ,00	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**TOTAL:** 1200,0000

**Información del folio No. 38**

*Lizeth Polo B.*

---

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

**Fecha**                      **Tipo Antecedente**                      **\* Detalle**



---

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:**

**Información del folio No. 38**



---

**POLO BLANQUICETH LIZETH DEL CARMEN**

TECNOLOGO IMAGENES  
DIAGNOSTICAS

**R.M.** 1140828154



**TERAPIA RESPIRATORIA UCI-UCE**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente							
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446 MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino	<b>F. Nacim:</b>	24/03/1940		
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b>	Viudo	<b>Dirección:</b>	CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION		
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b>	LA UNION	<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA		
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b>	3148884731	<b>Dir.responsable:</b>	MEDELLIN	<b>Parentesco:</b>	NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731				
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS						
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)			<b>Rango:</b>	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)		
<b>FOLIO N° 39</b>		<b>Fecha del Folio: 02/10/2023 18:36</b>					
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**ANGEL LOPEZ LAURA CRISTINA**  
TERAPIA RESPIRATORIA  
**R.M. 1040043225**

FC: 0,0000 FIO2: 0,0000 SaO2: 0,0000 Dia VM: 0,0000 Dia TQT: 0,0000  
0

**MANIOBRAS**

**DRENAJE POSTURAL:**

**TOMA DE MUESTRAS:**

**EVOLUCIÓN**

SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

MARTA LUZ, PACIENTE LLEVADA AYER A CORRECCION DE HERNIA INGUINAL, DESCRIPCION QUIRURGICA ANOTA PERFORACION DEL COLON CORREGIDO CON ENTERORRAFIA Y LESION DE VASOS EPIGASTRICOS CORREGIDO CON LIGADURA.

DESDE ANOCHE CON DOLOR ABDOMINAL INTENSO, DIAFORESIS E HIPOTENSION INTERVENIDA CON LIQUIDOS Y DESATURACION.

PACIENTE HALLADA CON CEFALEA, DISARTRIA, VERSION DEL AMIRADA Y ALTERACION DEL SENSORIO SE IDENTIFICA PARO CARDIACO, RITMO INICIAL FIBRILACION VENTRICULAR, SALE CON DESFIBRILACION A RITMO DE PERFUSION EN BRADICARDIA SINUSAL, RESPONDE A LA ADMINISTRACION DE ATROPINA.

ASEGURAN VIA AEREA Y TRASLADAN A LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

INGRESA A LA UNIDAD EN REGULARES CONDICIONES, BAJO EFECTO RESIDUAL DE SEDACION, RASS -4, HEMODINAMICAMENTE CON TENDENCIA A LA HIPOTENSION, INICIALMENTE SIN SOPORTE INOTROPICO NIVASOPRESOR, INTUBADA CON TUBO OROTRAQUEAL Nº 7.5, FIJO EN ARCADEA DENTAL 21, VENTILADA CON BVM, SATURANDO 94%, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

SE CONECTA AL VENTILADOR MECANICO CON PARAMETROS INICIALES EN MODO ASISTIDO/CONTROLADO POR VOLUMEN, PARAMETROS: VC 500ML, FR 15, PEEP 5, FIO2 100%, MECANICA PULMONAR PPICO 15/7, RESISTENCIA 12, DISTENSIBILIDAD 35, PPLATEAU 21, SIN AUTOPEEP, ACOPLADA, SINCRONICA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, TORAX EXPANSIBILIDAD SIMETRICA, RITMO REGULAR, AMPLITUD SUPERFICIAL, A LA AUSCULTACION MV CONSERVADO, SIN RUIDOS SOBREGREGADOS, ABDOMEN GLOBOSO, SOSPECHA DE HEMATOMA EN PARED, EXTREMIDADES HIPOPERFUNDIDAS.

SE REALIZA CAMBIO DE FIJACION DEJANDO EN IGUAL ARCADEA DENTAL, VERIFICO PRESION DEL NEUMOTAPONADOR 20CMH2O.

GASES ARTERIOVENOSOS DE CONTRO DE INGRESO: PH 6.94, PO2 281, PCO2 30.8, HCO3 6.6, BE -23, SAT ART 99%, SAT VEN 84%, LACTATO 16, PAFI 281.

EN BASE A GASES SE MODIFICAN PARAMETROS VENTILATORIOS: VC 470 ML (8\*KG) , FR 17, PEEP 8, FIO2 80%, MECANICA PULMONAR: PPICO 29/15, RESISTENCIA 13, DISTENSIBILIDAD 24, PPLATEAU 16.

REALIZAN REPOSICION DE BICARBONATO CON 40 AMPOLLAS, PACIENTE CON HEMOGLOBINA DE 4.8, CORROBORAN SHOCK HEMORRAGICO, INDICAN TRANSFUSION DE GLOBULOS ROJOS, PLASMA Y PLAQUETAS, CON INESTABILIDAD HEMODINAMICA, REQUIRIENDO SOPORTE DE NOREPINEFRINA, VASOPRESINA Y EPINEFRINA. LECTURA OFICIAL DE RADIOLOGIA DE TOMOGRAFIA REALIZADA ANOHE : "HEMATOMA PARED ANTERIOR DE ABDOMEN Y REGION INGUINAL DERECHA, LIQUIDO LIBRE EN LA CAVIDAD PERITONEAL" CIUJANA DE TURNO ANTE IMPOSIBILIDAD DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA DE MANERA INMEDIATA, CONSIDERA CIRUGIA. CIRUJANO TRATANTE DEFINE ESPERAR A QUE AHYA DISPONIBILIDAD DE RADIOLOGIA INTERVENISTA Y EL EXPLICA A LA FAMILIA EL CAMBIO DE CONDUCTA.

SE REALIZA TRASLADO A TOMOGRAFO PARA REALIZACION DE ANGIOTAC, TRASLADO REALIZADO CON VENTILADOR DE TRANSPORTE, SIN COMPLICACIONES.

A LA ESPERA DE MANEJO URGENTE POR PARTE DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA.

SOLICITO INSUMOS: 1 SISTEMA SUCCION CERRADO N 14, 1 FILTRO HUMIDIFICADOR, 2 FILTROS ANTIBACTERIANOS, 4 JERINGAS 10CC, 1 SONDA NELATON N14, 1 LINER, 1 SUJETADOR DE TOT.

**Antecedentes**

**\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).**

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		■

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Órd. Médicas:

Información del folio No. 39

**ANGEL LOPEZ LAURA CRISTINA**  
TERAPIA RESPIRATORIA  
R.M. 1040043225

**ENFERMERIA**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente							
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía	21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino	<b>F. Nacim:</b>	24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b>	Viudo	<b>Dirección:</b>	CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION		
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b>	LA UNION	<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA		
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. responsable:</b>	3148884731	<b>Dir. responsable:</b>	MEDELLIN	<b>Parentesco:</b>	NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731				
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS						
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)					<b>Rango:</b>	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)
<b>FOLIO N° 40</b>			<b>Fecha del Folio: 02/10/2023 19:19</b>				
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Otra

**ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

**PERCEPCIÓN SENSORIAL: Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión. 1. Completamente limitada.**

Completamente limitada: Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.

Muy limitada: Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o gesticulación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.

Ligeramente limitada: Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.

**Observaciones**

Completamente limitada: Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.

**EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD: Nivel de exposición de la piel a la humedad**

**3. Ocasionalmente húmeda.**

Constantemente húmeda: La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.

A menudo húmeda: La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.

Ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.

Raramente húmeda: La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.

**Observaciones**

Ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.

**ACTIVIDAD: Nivel de actividad física.**

**1. Encamado/a.**

Encamado/a: Paciente constantemente encamado/a.

En silla: Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.

Deambula ocasionalmente: Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.

Deambula frecuentemente: Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.

**Observaciones**

Encamado/a: Paciente constantemente encamado/a.

**MOVILIDAD: Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo**

**2. Muy limitada.**

Completamente inmóvil: Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.

Muy limitada: Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.

**Información del folio No. 40**

Juan Santiago

Ligeramente limitada: Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a

Sin limitaciones: Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

#### Observaciones

Muy limitada: Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.

#### NUTRICIÓN: Patrón usual de ingesta de alimentos

#### 3. Adecuada.

Muy pobre: Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.

Probablemente inadecuada: Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.

Adecuada: Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.

Excelente: Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehusa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.

#### Observaciones

Adecuada: Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.

#### ROCE Y PELIGRO DE LESIONES

#### 2. Problema potencial.

Problema: Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Recientemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.

Problema potencial: Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.

No existe problema aparente: Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.

#### Observaciones

Problema potencial: Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.

#### VALOR 10 ALTO RIESGO: puntuacion total menor a 12.

#### ALTO RIESGO:

- Cambios de posición: Cada 2 o 3 horas según reloj de cambios de posición especial atención si tiene zonas antiguas de UPP.
- Alimentación: Dieta hiperpróteica.
- Mantener seco: Higiene corporal o local diaria y a demanda. Cambio de sábanas cada 8 horas.
- Superficie de Apoyo: Superficies dinámicas (colchón de aire alternante, colchoneta de aire alternante) o superficies estáticas de altas prestaciones (colchones o colchonetas de espumas) pedir al familiar o acompañante según las posibilidades las superficies de apoyo.
- Ácidos grasos hiperoxigenados: 2 veces al día.
- Productos de barrera: Aplicar en zonas con riesgo.
- Medición del riesgo: Diario, 2 veces día a las 8 am y 8 pm.

#### Información del folio No. 40

Juan Santiago

## ESCALA CAIDA DE MORSE.

**Antecedentes de Caídas recientes o en los 3 últimos meses: 0 puntos.**

0 puntos: No.

25 puntos: Si.

### Observaciones

No ha presentado

**Dignóstico Secundario: 15 puntos.**

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

### Observaciones

Múltiple diagnósticos descritos y verificados en historia clínica

**Ayuda para la deambulación: 0 puntos.**

0 puntos: Reposo en cama, ayuda de enfermera / Ninguno.

15 puntos: Muletas, bastón, andador.

30 puntos: Muebles.

### Observaciones

Paciente con reposo absoluto bajo efectos de sedación con un RASS de -2 en cama triple soportada con requerimiento de soporte ventilatorio con tubo orotraqueal conectado a la ventilación mecánica

**Catéteres iv/ Dispositivos / Venoclisis 20 puntos.**

0 puntos: No

20 puntos: Si

### Observaciones

Tubo orotraqueal conectado a la ventilación mecánica, sonda orogastrica, cateter venoso central subclavio derecho, Acceso venoso periferico #18 yugular derecho, Linea arterial radial derecha, sonda vesical conectada a cystoflo

**Equilibrio/Traslado: 0 puntos.**

0 puntos: Normal, reposo en cama, inmóvil.

10 puntos: Débil.

20 puntos: Alterado.

### Observaciones

Paciente con reposo absoluto bajo efectos de sedación con un RASS de -2 en cama triple soportada con requerimiento de soporte ventilatorio con tubo orotraqueal conectado a la ventilación mecánica

**Estado Mental: 15 puntos.**

0 puntos: Orientado según las posibilidades.

15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

### Observaciones

Paciente bajo efectos de sedación con un RASS de -3

**VALOR 50 RIESGO ALTO: mayor a 50 Implementar medidas especiales.**

**Información del folio No. 40**

Juan Santiago

### REGISTRO DE CONTROL DE OXIGENO

N° Historia Clínica: 21323446

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 41		Fecha del Folio: 02/10/2023 19:54	
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50
<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**Fecha y hora de inicio:** 02/10/2023 19:00 **Fecha y hora final:** 03/10/2023 07:00

Cantidad total administrada:		Tiempo total administrado:		Resultado:		Dispositivo:	
15	Litros x minuto	12 horas 0 minutos		10.800,0	Litros	Ventilador mecánico	

#### Observaciones:

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:**

**Información del folio No. 41**

## EVOLUCION CUIDADOS INTENSIVOS

N° Historia Clínica: 21323446

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

**FOLIO N° 42** Fecha del Folio: 2/10/2023 10:06 p. m.

<b>N° Ingreso:</b> 5571919	<b>Fecha:</b> 01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General
----------------------------	--------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Se adiciona conducta al plan de manejo.

Detalle del folio:

### Signos vitales:

**Temperatura:** 36.1

**Frecuencia Respiratoria:** 17

**Fracción Inspirada de Oxígeno:** 0.5

**Presión Arterial Sistólica:** 150

**Talla (Centímetros):** 165

**Saturación de Oxígeno:** 98

**Frecuencia Cardíaca:** 116

**Dolor:** 0

**Presión Arterial Diastólica:** 88

**Peso Ideal:** 59

## EVOLUCION CUIDADOS INTENSIVOS

### SUBJETIVO

EVOLUCION CUIDADO INTENSIVO

DIAGNOSTICOS ANOTADOS+ EMBOLIZACION ARTERIASL HIPOGASTRICAS

### OBJETIVO

SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL  
NEUROLOGICO PACIENTE SEDADO. RASS -5, PUPILAS MIOTICAS  
CARDIOVASCULAR, SINUSAL. SOPORTES NOREPINFINA Y VASOPRESINA  
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, TAQUICARDIA SINUSAL  
RESPIRATORIO ACOPLADO CON MODO VENTILATORIO  
RUIDOS RESPIRATORIOS , SIN AGREGADOS,  
GASTROINTESTINAL SIN HEMORRAGIA, TOLERA NUTRICION  
ABDOMEN DEPRESIBLE, PERISTALSIS PRESENTE  
EXTREMIDADES ADECUADO LLENADO CAPILAR  
BALANCE POSITIVO 7669 CC  
GASTO URINARIO 0.2 CCKGH  
CONTROL METABOLICO

### ANALISIS

Información del folio No. 42



**Dr. ROBERTO  
GAITÁN LUQUE**  
MÉDICO INTENSIVISTA  
C.C.-79.204.970 / REG. 947087

Página: 73/113

Fecha Impresión: miércoles, 17 julio 2024

Usuario Impresión: 1036953219

**GAITAN LUQUE ROBERTO**

731 - TERAPIA INTENSIVA Y CUIDADO CRITICO

R.M. 841089

LLEVADA A PROCEDIMIENTO.  
 TRANOPERAOTRIO REQUIRIO AJUSTE DE DOSIS DE VASOPRESORES Y SE LE TRASNFUENDIERON 2 UNIDADES MAS DE GLOBULOS ROJOS  
 FALLA RENAL  
 SHOCK REFRACTARIO

PLAN HEMOGRAMA, PRUEBAS DE COAGULACION, RADIOGRAFIA DE TORAX PARA AHORA  
 PRESION MEDIA META 75+/- 5 mmHg

**EPICRISIS**

**Antecedentes** \* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Diagnósticos Registrados en este folio** \*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi Dx:Ing	Dx:Ingr	Dx:EGR	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
T810	<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA Y HEMATOMA QUE COMPLICAN UN PROCEDIMIENTO NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo	Confirmado_Repetido	Preoperatorio	

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
-------------	--------------------------------------	-----	----------------	------	--------------------------	--

**Plan de manejo Intrahospitalario**

C03CF017701	FUROSEMIDA SLN INY 20MG/2ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input checked="" type="checkbox"/> 0	200 MILIGRAMO Cada 1 Dia Indefinido - MEZCLAR CON 80 CC SSN 8 mgh
-------------	-----------------------------	-------------------------------------	------------	---	---------------------------------------	--

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:**

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clínico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
903604	903604 - CALCIO IONICO	1	Rutinario	N/A
906913	906913 - PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	1	Rutinario	.
906841	906841 - PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1	Rutinario	.
903839	903839 - GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO	4	Rutinario	.ARTERIOVENSOSOS AHORA Y PARA RUTINA
902210	902210 - HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO	2	Rutinario	AHORA Y PARA RUTINA
903895	903895 - CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	Rutinario	903895
903437	903437 - TROPONINA I CUANTITATIVA	1	Rutinario	.
902024	902024 - FIBRINOGENO	2	Rutinario	.AHORA Y PARA RUTINA
903859	903859 - POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	Rutinario	.
903864	903864 - SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	Rutinario	.
903867	903867 - TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA ASPARTATO AMINO TRANSFERASA	1	Rutinario	.
903866	903866 - TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA ALANINO AMINO TRANSFERASA	1	Rutinario	.
903809	903809 - BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	1	Rutinario	.
902049	902049 - TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	2	Rutinario	.AHORA Y PARA RUTINA

**Información del folio No. 42**



Dr. ROBERTO  
 GAITAN LUQUE  
 MEDICO INTENSIVISTA  
 C.C.-79.204.970 / REG. 947080

**GAITAN LUQUE ROBERTO**  
 731 - TERAPIA INTENSIVA Y CUIDADO CRITICO  
 R.M. 841089

902045 902045 - TIEMPO DE PROTROMBINA TP  
903856 903856 - NITROGENO UREICO  
903111 903111 - ACIDO LACTICO L-LACTATO AUTOMATIZADO  
871111 871111 - RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL  
873501 873501Z - PORTATIL SIN FLUOROSCOPIA E INTENSIFICADOR IMAGENES  
(PRACTICADO EN HABITACIÓN, UCI, RN O QUIRÓFANOS); AL VALOR DEL  
ESTUDIO, AGREGAR

**Información del folio No. 42**

Paciente: MARTA LUZ LOPEZ DE  
AGUDELO

Cédula\_Ciudadanía21323446

2	Rutinario	.AHORA Y PARA RUTINA
1	Rutinario	.
2	Rutinario	.AHORA Y PARA RUTINA
1	Rutinario	.
1	Rutinario	.

Página: 75/113

Fecha Impresión: miércoles, 17 julio 2024

Usuario Impresión: 1036953219



**Dr. ROBERTO  
GAITÁN LUQUE**  
MÉDICO INTENSIVISTA  
C.C. 79.204.970 / REG. 947089

---

**GAITÁN LUQUE ROBERTO**  
731 - TERAPIA INTENSIVA Y CUIDADO CRITICO  
**R.M. 841089**

**ORDENES MEDICAS**

N° Historia Clínica: **21323446**

Datos personales del Paciente							
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía	21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino	<b>F. Nacim:</b>	24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b>	Viudo	<b>Dirección:</b>	CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION		
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b>	LA UNION	<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA		
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b>	3148884731	<b>Dir.responsable:</b>	MEDELLIN	<b>Parentesco:</b>	NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO			<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731		
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS						
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)					<b>Rango:</b>	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 43		Fecha del Folio: 02/10/2023 22:20					
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**Justificación de la prescripción**

medicamentos aplicados

**Antecedentes**

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle	* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).
		<input type="checkbox"/>	

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	P.O.S	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
<b>Plan de manejo Intrahospitalario</b>						
N01AH010251	FENTANILO SLN INY 0.1MG/2ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input checked="" type="checkbox"/> 0	2 MILIGRAMO Cada 6 Horas Indefinido - 2 MILIGRAMO Cada 6 Horas Indefinido -
A10AI008701	INSULINA R ZINC CRISTALINA SLN INY 1000UI/10ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input checked="" type="checkbox"/> 0	50 UNIDAD INTERNACIONAL Cada 6 Horas Indefinido -
C01CE004701	EPINEFRINA SLN INY 1MG/ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input type="checkbox"/> 0	5 AMPOLLA Dosis Unica -
C01CE004703	NOREPINEFRINA SLN INY 4MG/4ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input checked="" type="checkbox"/> 0	8 MILIGRAMO Cada 8 Horas Indefinido -

**Medicamentos Suspendidos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	P.O.S	Proviene del folio No.	Fecha de Suspensión	Cantidad solicitada	Cantidad Sumin. Enfermería	Cantidad Suspendida
M03AV0157 21	VECURONIO BROMURO POLVO INY 10MG/2.5ML	<input checked="" type="checkbox"/>	21	02/10/2023 22:17			
N01AH0102 51	FENTANILO SLN INY 0.1MG/2ML	<input checked="" type="checkbox"/>	22	02/10/2023 22:17			

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalización

**Órd. Médicas:**



Lina María Lozada G.  
Médica General  
Universidad CES  
R.M. 1152195914

**LOZADA GRACIANO LINA MARIA**  
385 - MEDICINA GENERAL  
R.M. 1152199914

**RADIACION ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía	21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b> 83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION	
<b>Teléfono:</b> 3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA	
<b>Responsable:</b> MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN	<b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b> MARIA EUGENIA TORO		<b>Tel. Acompañante:</b> 3148884731	
<b>Entidad:</b> NUEVA EPS			
<b>Plan Beneficios:</b> NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)	

<b>FOLIO N° 44</b>	<b>Fecha del Folio: 02/10/2023 22:58</b>		
<b>N° Ingreso:</b> 5571919	<b>Fecha:</b> 01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General

Se adiciona conducta al plan de manejo.

**Detalle del folio:**

**RADIACIÓN ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**OBSERVACIONES:**

**ESTUDIO REALIZADO:** 873501Z PORTATIL SIN FLUOROSCOPIA E INTENSIFICADOR IMAGENES (PRACTICADO EN HABITACIÓN, UCI, RN O QUIRÓFANOS); AL VALOR DEL ESTUDIO, AGREGAR  
**CANTIDAD DLP:** 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> ,00	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**TOTAL:** 0,0000

**Información del folio No. 44**



**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Órd. Médicas:

Información del folio No. 44

**RADIACION ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía	21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b> 83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION	
<b>Teléfono:</b> 3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA	
<b>Responsable:</b> MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN	<b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b> MARIA EUGENIA TORO		<b>Tel. Acompañante:</b> 3148884731	
<b>Entidad:</b> NUEVA EPS			
<b>Plan Beneficios:</b> NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)	

**FOLIO N° 45**      **Fecha del Folio: 02/10/2023 22:58**

<b>N° Ingreso:</b> 5571919	<b>Fecha:</b> 01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General
----------------------------	--------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

**Se adiciona conducta al plan de manejo.**

**Detalle del folio:**

**RADIACIÓN ADMINISTRADA AL PACIENTE**

**OBSERVACIONES:**

control

**ESTUDIO REALIZADO:** 871111 RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL  
**CANTIDAD DLP:** 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 70,00	<b>CANTIDAD MaS:</b> 6,3000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

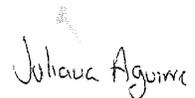
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**ESTUDIO REALIZADO:**

<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000
<b>CANTIDAD KV:</b> 0,0000	<b>CANTIDAD MaS:</b> 0,0000

**TOTAL:** 0,0000

**Información del folio No. 45**



**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

**Fecha**                      **Tipo Antecedente**                      \* **Detalle**



---

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:**

**Información del folio No. 45**

**ORDENES MEDICAS**

N° Historia Clínica: **21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 8 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b> 3148884731	
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 46		Fecha del Folio: 02/10/2023 23:18	
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50
<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**Justificación de la prescripción**

renuevo sedacion

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	S P O	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
<b>Plan de manejo Intrahospitalario</b>						
N01AF005701	FENTANILO SLN INY 0.5MG/10ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2 MILIGRAMO Cada 6 Horas Indefinido - 2 MILIGRAMO Cada 6 Horas Indefinido - 2 MILIGRAMO Cada 6 Horas Indefinido -

**Medicamentos Suspendidos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	S P O	Proviene del folio No.	Fecha de Suspensión	Cantidad solicitada	Cantidad Sumin. Enfermería	Cantidad Suspendida
N01AH0102 51	FENTANILO SLN INY 0.1MG/2ML	<input checked="" type="checkbox"/>	43	02/10/2023 23:17			

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:**



Lina María Lozada G.  
Médica General  
Universidad CES  
R.M. 1152199914

**LOZADA GRACIANO LINA MARIA**  
385 - MEDICINA GENERAL  
R.M. 1152199914



**TERAPIA RESPIRATORIA UCI-UCE**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 9 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

<b>FOLIO N° 47</b>	<b>Fecha del Folio: 03/10/2023 01:06</b>		
<b>N° Ingreso:</b> 5571919	<b>Fecha:</b> 01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General

**FC:** 121,0000 **FiO2:** 40,0000 **SaO2:** 95,00 **Dia VM:** 0,0000 **Dia TQT:** 0,0000  
00

**MANIOBRAS**

**DRENAJE POSTURAL:** Selectivo

Higiene Bronquial  
Higiene Oral  
Cambio Fijacion

**TOMA DE MUESTRAS:**

**EVOLUCIÓN**

Reingresa paciente de cirugía vascular en regulares condiciones, hemodinámicamente hipotensa, taquicárdica con alto soporte vasopresor, con ventilador de transporte con parámetros ventilatorios vc:470ml peep:8 fio2:100% fr:18 conecto a ventilación mecánica con iguales parámetros ventilatorios, en el momento desacoplada a la ventilación mecánica, con aumento de presiones de vía aérea se avisa a medico de turno, no broncoespasmo, a la auscultación mv disminuido en bases pulmonares, crepitos bibasales, no mas ruidos pulmonares patológicos, abdomen distendido, duro, no depresible, rx de control con tot proximal a Carina por lo cual se retira 2 centímetros el cual fijo a 20cm comisura labial infiltrados para hiliares y alveolares en base pulmonar derecha, con aplanamiento de hemi-diafragamas, gases de control los cuales muestran acidemia metabólica, hipocapnico, con deterioro en la transferencia pafi:204. Se realiza drenaje postural, manejo de secreciones se obtiene escasa cantidad de secreciones mucoamarilla adherentes por tot y biliosas abundantes por boca, lavado bucal según protocolo, se decide con medico de turno reajustar parámetros ventilatorios según gases de control y mecánica pulmonar dejo en modo a/c vc:470ml peep:6 fio2:40% fr:16 resist:15 distens:20 plateau:28, no autopeep, dejo cabecera a 30°, acoplada, vigilo evolución. requiere sonda nelaton 14 + jeringas 10cc.

**Antecedentes**

**\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).**

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		■

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:**

**Información del folio No. 47**

**ORDENES MEDICAS**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 9 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b> 3148884731	
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 48		Fecha del Folio: 03/10/2023 07:06	
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50
<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**Justificación de la prescripción**

GASES CONTROL

Antecedentes			* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).
Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle	
		<input type="checkbox"/>	

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:**

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clínico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
903839	903839 - GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO	2	Rutinario	
903111	903111 - ACIDO LACTICO L-LACTATO AUTOMATIZADO	1	Rutinario	



**LOZADA GRACIANO LINA MARIA**  
 385 - MEDICINA GENERAL  
 R.M. 1152199914

**ENFERMERIA**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente							
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía	21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino	<b>F. Nacim:</b>	24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 9 Días	<b>Estado Civil:</b>	Viudo	<b>Dirección:</b>	CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION		
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b>	LA UNION	<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA		
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b>	3148884731	<b>Dir.responsable:</b>	MEDELLIN	<b>Parentesco:</b>	NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731				
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS						
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)					<b>Rango:</b>	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)
<b>FOLIO N° 49</b>			<b>Fecha del Folio: 03/10/2023 08:14</b>				
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Otra

**ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

**PERCEPCIÓN SENSORIAL: Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión. 1.Completamente limitada.**

Completamente limitada: Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.

Muy limitada: Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o gesticulación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.

Ligeramente limitada: Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.

**Observaciones**

bajo efectos de sedación

**EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD: Nivel de exposición de la piel a la humedad**

**2.A mednudo humeda.**

Constantemente húmeda: La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.

A menudo húmeda: La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.

Ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.

Raramente húmeda: La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.

**Observaciones**

a menudo humeda

**ACTIVIDAD: Nivel de actividad física.**

**1.Encamado/a.**

Encamado/a: Paciente constantemente encamado/a.

En silla: Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.

Deambula ocasionalmente: Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.

Deambula frecuentemente: Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.

**Observaciones**

bajo efectos de sedación

**MOVILIDAD: Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo**

**1.Completamente inmovil.**

Completamente inmovil: Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.

Muy limitada: Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.

Ligeramente limitada: Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a

**Información del folio No. 49**

*Julissa Ocampo Zuluaga*

Sin limitaciones: Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

#### Observaciones

bajo efectos de sedacion

#### NUTRICIÓN: Patrón usual de ingesta de alimentos

#### 1.Muy pobre.

Muy pobre: Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.

Probablemente inadecuada: Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.

Adecuada:Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.

Excelente: Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehusa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.

#### Observaciones

sin nutricion

#### ROCE Y PELIGRO DE LESIONES

#### 1.Problema.

Problema: Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. recientemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes eposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.

Problema potencial: Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.

No existe problema aparente: Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.

#### Observaciones

bajo efectos de sedacion

#### VALOR 7 ALTO RIESGO: puntuacion total menor a 12.

ALTO RIESGO:

- Cambios de posición: Cada 2 o 3 horas según reloj de cambios de posición especial atención si tiene zonas antiguas de UPP.
- Alimentación: Dieta hiperpróteica.
- Mantener seco: Higiene corporal o local diaria y a demanda. Cambio de sábanas cada 8 horas.
- Superficie de Apoyo: Superficies dinámicas (colchón de aire alternante, colchoneta de aire alternante) o superficies estáticas de altas prestaciones (colchones o colchonetas de espumas) pedir al familiar o acompañante según las posibilidades las superficies de apoyo.
- Ácidos grasos hiperoxigenados: 2 veces al día.
- Productos de barrera: Aplicar en zonas con riesgo.
- Medición del riesgo: Diario, 2 veces día a las 8 am 8 pm.

Información del folio No. 49



**OCAMPO ZULUAGA YULISA**  
AUXILIAR DE ENFERMERIA  
**R.M.** 1007378355

## ESCALA CAIDA DE MORSE.

**Antecedentes de Caídas recientes o en los 3 últimos meses:** **0 puntos.**

0 puntos: No.

25 puntos: Si.

**Observaciones**

no

**Dignóstico Secundario:** **15 puntos.**

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

**Observaciones**

si

**Ayuda para la deambulaci3n:** **0 puntos.**

0 puntos: Reposo en cama, ayuda de enfermera / Ninguno.

15 puntos: Muletas, bast3n, andador.

30 puntos: Muebles.

**Observaciones**

bajo efectos de sedacion

**Cat3teres iv/ Dispositivos / Venoclisis** **20 puntos.**

0 puntos: No

20 puntos: Si

**Observaciones**

si

**Equilibrio/Traslado:** **0 puntos.**

0 puntos: Normal, reposo en cama, inm3vil.

10 puntos: Deb3l.

20 puntos: Alterado.

**Observaciones**

bajo efectos de sedacion

**Estado Mental:** **15 puntos.**

0 puntos: Orientado seg3n las posibilidades.

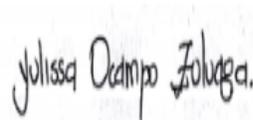
15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

**Observaciones**

bajo efectos de sedacion

**VALOR 50 RIESGO ALTO: mayor a 50 Implementar medidas especiales.**

**Informaci3n del folio No. 49**



**OCAMPO ZULUAGA YULISA**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

**R.M.** 1007378355



Paciente: MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO  
**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**

Cédula\_Ciudadanía 21323446

**ORDENES MEDICAS**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 9 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. responsable:</b> 3148884731	<b>Dir. responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b> 3148884731	
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 50		Fecha del Folio: 03/10/2023 08:56	
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50
<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**Justificación de la prescripción**

Se solicita gases arteriovenosos  
 Se solicita hemoleucograma (muy urgente)  
 Se solicita control de troponina  
 Se formula dosis azul de metileno  
 Se inicia hidrocortisona

Antecedentes			* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).
Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle	
		<input type="checkbox"/>	

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
<b>Plan de manejo Intrahospitalario</b>						
V03AA036312	AZUL DE METILENO SOL INY 10MG/ML AMP X 5 ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Intravenosa	0	<input type="checkbox"/> 0	300 MILIGRAMO Dosis Unica -
H02AH008721	HIDROCORTISONA POLVO LIOF INY100MG	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input type="checkbox"/> 0	200 MILIGRAMO Dosis Unica - Mezclar 200 mg de hidrocortisona hasta 100 cc de cloruro de sodio al 0,9% para administrar por via central a razón de 8 mg/hora

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion  
**Órd. Médicas:**

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clínico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
903437	903437 - TROPONINA I CUANTITATIVA	1	Rutinario	.
902210	902210 - HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO	1	Muy_Urgente	902210
903839	903839 - GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO	1	Rutinario	.

*Jorge M. Loiza Castaño*  
 Reg 54213-41

**ORDENES MEDICAS**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente							
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía	21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino	<b>F. Nacim:</b>	24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 9 Días	<b>Estado Civil:</b>	Viudo	<b>Dirección:</b>	CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION		
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b>	LA UNION	<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA		
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b>	3148884731	<b>Dir.responsable:</b>	MEDELLIN	<b>Parentesco:</b>	NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO			<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731		
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS						
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)					<b>Rango:</b>	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 51		Fecha del Folio: 03/10/2023 09:29					
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**Justificación de la prescripción**

Se formulan medicamentos pendientes

**Antecedentes**

Fecha Tipo Antecedente \* Detalle

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	Dosis	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
<b>Plan de manejo Intrahospitalario</b>						
B05XR007702	LACTATO RINGER X 500ML SLN INY	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input type="checkbox"/> 0	1000 MILILITRO Dosis Unica -
C01CA240247	ADRENALINA (EPINEFRINA) SLN INY 1MG/ML ECAR	<input checked="" type="checkbox"/>	Intravenosa	0	<input type="checkbox"/> 0	5 MILIGRAMO Dosis Unica - Diluir 5 mg en 95 mL de Cloruro de Sodio al 0,9% Titular entre 0,05 - 0,25 mcg/kg/min
B05XS003701	BICARBONATO DE SODIO SLN INY 8.4% X 10 mEq	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input type="checkbox"/> 0	6 AMPOLLA Dosis Unica - Administrar durante media hora por vía central
B05XS003701	BICARBONATO DE SODIO SLN INY 8.4% X 10 mEq	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input type="checkbox"/> 0	14 AMPOLLA Dosis Unica - para administrar por vai central durante 3 horas
B05BD009702	DEXTROSA 10% X 500ML SLN INY EN AGUA DESTILADA	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input type="checkbox"/> 0	500 MILILITRO Dosis Unica -

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:**

*Jorge M. Loiza Castaño*  
Reg 54243-41

## EVOLUCIÓN CIRUGÍA

N° Historia Clínica: 21323446

Datos personales del Paciente							
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía	21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino	<b>F. Nacim:</b>	24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 9 Días	<b>Estado Civil:</b>	Viudo	<b>Dirección:</b>	CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION		
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b>	LA UNION	<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA		
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b>	3148884731	<b>Dir.responsable:</b>	MEDELLIN	<b>Parentesco:</b>	NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO			<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731		
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS						
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)				<b>Rango:</b>	RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)	
<b>FOLIO N°52</b>	<b>Fecha del Folio:</b> 03/10/2023 09:39						
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

Se adiciona conducta al plan de manejo.

### Detalle del folio:

### SUBJETIVO

= cirugía general =

diagnostico:// 1. coque hemorragico secundario a lesion de arteria epigastrica  
 2. pop de herniorrafia inguinal derecha laparoscopica TAPP + Enterorrafia del colon  
 3. pop de embolizacion selectiva  
 4. sindrome adherencial complejo - hernia inguinal derecha

subjetivo: malas condiciones generales, soporte inotropico y vasopresor, soporte ventilatorio invasivo, falla multiorganica

### OBJETIVO

examen fisico: malas condiciones generales, baj efectos de sedoanalgesia  
 fc: 65/54 mmHg, fr: 22 min  
 escleras anictericas, palidez mucocutanea  
 abdomen: cambios de hipoperfusion, distendido, herida quirurgica cubierta con aposito seco y limpio

### ANALISIS

opinion:// paciente de 83 años de edad con lesion advertida en cirugía controlada con ligasure de arteria epigastrica izquierda, se realizo embolizacion selectiva, pero la evolucion torpida en malas condiciones generales, se sospecha un sindrome compartimental, explico a la familia las condiciones de la paciente y la medida de descompresion de la cavidad abdominal para descomprimir e intentar mejorar la perfusion, alto riesgo de muerte o que no responda a la medida quirurgica.

plan:// turno quirurgico emergente  
 consentimiento informado

### EPICRISIS

### Antecedentes

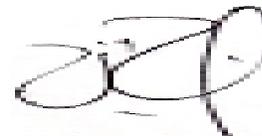
Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

### Diagnósticos Registrados en este folio

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
T810	HEMORRAGIA Y HEMATOMA QUE COMPLICAN UN PROCEDIMIENTO NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	<input type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	
K409	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	<input type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	
R100	ABDOMEN AGUDO	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	sindrome compartimental abdominal

### Información del folio No. 52



**LOZANO ORTIZ JOSE RICARDO**  
 CIRUGIA GENERAL  
 R.M. 80088654

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Cirugia

**Órd. Médicas:** turno quirurgico emergente se realizara en la UCI por inestabilidad de la paciente

**Información del folio No. 52**



**LOZANO ORTIZ JOSE RICARDO**

CIRUGIA GENERAL

**R.M.** 80088654



### EVOLUCION CUIDADOS INTENSIVOS

N° Historia Clínica: 21323446

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 9 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

**FOLIO N° 53**

**Fecha del Folio: 3/10/2023 10:19 a. m.**

<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General
--------------------	---------	---------------	------------------	---------------------	-----------	--------------------	--------------------

Se adiciona conducta al plan de manejo.

Detalle del folio:

#### Signos vitales:

**Temperatura:** 35

**Frecuencia Respiratoria:** 18

**Fracción Inspirada de Oxígeno:** 40

**Presión Arterial Sistólica:** 57

**Talla (Centímetros):** 165

**Saturación de Oxígeno:** 50

**Frecuencia Cardíaca:** 164

**Dolor:** 0

**Presión Arterial Diastólica:** 44

**Peso Ideal:** 59

#### EVOLUCION CUIDADOS INTENSIVOS

##### SUBJETIVO

EVOLUCION UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO, 83 AÑOS, ID 21323446

##### DIAGNOSTICOS

1. ESTADO POST REANIMACION
2. ESTADO DE CHOQUE MIXTO
  - 2.1. SHOCK HEMORRAGICO
  - 2.2. SEPTICO
4. POSTOPERATORIO CORRECCION LAPARASOCOPICA DE HERNIA INGUINAL
  - 4.1 PERFORACION DE COLON+ENTERORRAFIA
  - 4.2 LESION VASOS EPIGASTRICOS+LIGADURA
- EMBOLIZACION DE HIPOGASTRICA DERECHA Y EPIGASTRICAS
5. DISFUNCION ORGANICA MULTIPLE
  - 5.1. RENAL
  - 5.2. CARDIACA
  - 5.3. PULMONAR
  - 5.4. HEPATICA

##### OBJETIVO

Información del folio No. 53

*Jorge M. Loiza Castaño*  
Reg 54243-011

Página: 91/113

Fecha Impresión: miércoles, 17 julio 2024

Usuario Impresión: 1036953219

**LOAIZA CASTAÑO JORGE MARIO**

387 - MEDICINA INTERNA

**R.M. 54213-11**

**AL EXAMEN FÍSICO**

MUY MALAS CONDICIONES GENERALES, HIPOPERFUNDIDA Y MOTEADA  
RSCRS NO SOPLOS, MV CONSERVADO

ABDOMEN CON PIEL MOTEADA CON SENSACION DE MASA EN HIPOGASTRIO

EXTREMIDADES CON LLENADO DE 6 SEG

ANURICA GU 0.1,

RECIBE FENTANYL 0, NE 0.25, VASOPRESINA 2.5, ADRENALINA 0.25, DOBUTAMINA 2.5, ADEMAS AZUL DE METILENO E HIDROCORTISONA

**LABORATORIOS**

+03.10.2023 Hb 10.5, Hcto 31.1%, Leucos 17.450, PMN 14.600, linfos 1.500, plt 89.000; troponina pendientes; FiO2 40%, pH 7.10, pO2 70, pCO2 28, HCO3 8.5, BE -197, SatO2 87%, SatvO2 47%, lactato 24, PaFi 175

+03.10.2023 Hb 12.4, Hcto 37.1%, Leucos 17.430, PMN 15.200, linfos 1.300, plt 91.000, fibrinogeno 197, TP 15.3, INR 1.48, TPT 30.5, AST 1192.1\*, ALT 1289.8\*, BT 1.77, BD 0.91, BI 0.86, PCR 988\*, BUN 30.1, creatinina 1.77, Na 147.04, K 5.79\*, Cai 1.11, procalcitonina 14.18, lactato 15.08\*, pH 7.21, pO2 86, pCO2 24, HCO3 9.8, BE -16, satO2 95%, SatvO2 43, lactato 15, PaFi 215, VMI en modo VCV VC 470, FIO2 40%, PEEP 6, D(a-v) 8, DCO2 18, DpH 0.07

**IMAGENES**

01.10.2023 TAC DE ABDOMEN Hematoma de la pared anterior del abdomen y de la región inguinal derecha.

Líquido libre en la cavidad peritoneal.

Extensa ateromatosis calcificada de la aorta.

Antecedente de colecistectomía.

Cambios osteocondrosicos de la columna.

**ANALISIS**

ANALISIS  
PACIENTE CON CHOQUE MIXTO REFRACTARIO AL PARECER SINDROME COMPARTMENTAL ABDOMINAL CON ACIDOSIS Y ANURICA CON SOPORTE CON VASOPRESINA, ADRENALINA, NOREPINEFRINA A DOSIS MAXIMAS SIN LOGRARA MEJORIA CON EMPEORAMIENTO DE LACATO Y ACIDOSIS Y CON EMPEORAMIENTO DE DISFUNCIONES SE EXPLICO A FAMILIARES LA SITUACION Y LA POSIBILIDAD DE POSIBLE CIRUGIA PARA DESCOMPRESION ALTISIMO RIESGO DE FALLECER, ACIDOSIS REFRACTARIA, S EORDENA AZUL DE METILENO E HIDROCORTISONA

**PLAN**

CIRUGIA

SOPORTE CON HIDROCORTISONA Y AZUL DE METILENO

**EPICRISIS**

ANALISIS  
PACIENTE CON CHOQUE MIXTO REFRACTARIO AL PARECER SINDROME COMPARTMENTAL ABDOMINAL CON ACIDOSIS Y ANURICA CON SOPORTE CON VASOPRESINA, ADRENALINA, NOREPINEFRINA A DOSIS MAXIMAS SIN LOGRARA MEJORIA CON EMPEORAMIENTO DE LACATO Y ACIDOSIS Y CON EMPEORAMIENTO DE DISFUNCIONES SE EXPLICO A FAMILIARES LA SITUACION Y LA POSIBILIDAD DE POSIBLE CIRUGIA PARA DESCOMPRESION ALTISIMO RIESGO DE FALLECER, ACIDOSIS REFRACTARIA, S EORDENA AZUL DE METILENO E HIDROCORTISONA

**PLAN**

CIRUGIA

SOPORTE CON HIDROCORTISONA Y AZUL DE METILENO

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
R579	<input type="checkbox"/> CHOQUE NO ESPECIFICADO	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:** PLAN

CIRUGIA

SOPORTE CON HIDROCORTISONA Y AZUL DE METILENO

**Información del folio No. 53**

*Jorge M. Loiza Castaño*  
Reg 54243-011

**HISTORIA CLÍNICA**  
**TRANSOPERATORIO DE ANESTESIA**

Nº Historia Clínica: 21323446

**INFORMACIÓN PERSONAL PACIENTE**

Identificación:	21323446	Tipo Documento:	Cédula_Ciudadanía		
Nombre Paciente:	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	Sexo:	Femenino		
Fecha Nacimiento:	24/03/1940	Edad Actual:	84 Años / 3 Meses / 23 Días	Edad en la Atención:	83 Años / 6 Meses / 9 Días
Estado Civil:	Viudo	Procedencia:	LA UNION		
Ocupación:	AMA DE CASA				
Dirección:	CALLE 9 N° 8 - 34	Teléfono:	5560917		
Entidad:	900156264 - NUEVA EPS				

**INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE**

Nombre:	MARIA EUGENIA TORO	Parentesco:	NUERA
Dirección:	MEDELLIN	Teléfono:	3148884731

**INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN**

Folio Nº:	54	Fecha Folio:	3/10/2023 10:53
Nº Ingreso:	5571919	Fecha Ingreso:	1/10/2023 5:50
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Causa Externa:	Enfermedad_General

**INFORMACION DEL PROCEDIMIENTO**

Fecha y hora de inicio anestesia:	3/10/2023 9:50	Fecha y hora finalización de anestesia:	3/10/2023 9:53
Procedimiento:	drenaje hemoperitoneo		

**ESTADO FISICO**

1	X	2	X	3	X	4	X	5		Urgente		Emergente
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	---------	--	-----------

**MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS**

Peso (Kilogramos):	65,0
--------------------	------

**LABORATORIOS**

No aplica

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Normal

**ANESTESIA**

**Metodo Anestésico**

General:	Si
Posición:	Supino

**CONTROL VÍA AÉREA**

Vía de intubación:	Traqueal	Tipo de dispositivo:	Tubo endotraqueal
Tamaño:		Intubación:	Fácil

**PERDIDA SANGUINEA**

**LIQUIDOS APLICADOS**

Sueros	X	Coloides		Hemocomponentes		Otros	
--------	---	----------	--	-----------------	--	-------	--

**SUEROS**

Solución Salina (cc):	1.000	Dextrosa (cc):	
Lactato de Ringer (cc):		Solución multielectrolítica (cc):	
Total Sueros:	1.000		

**INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN**

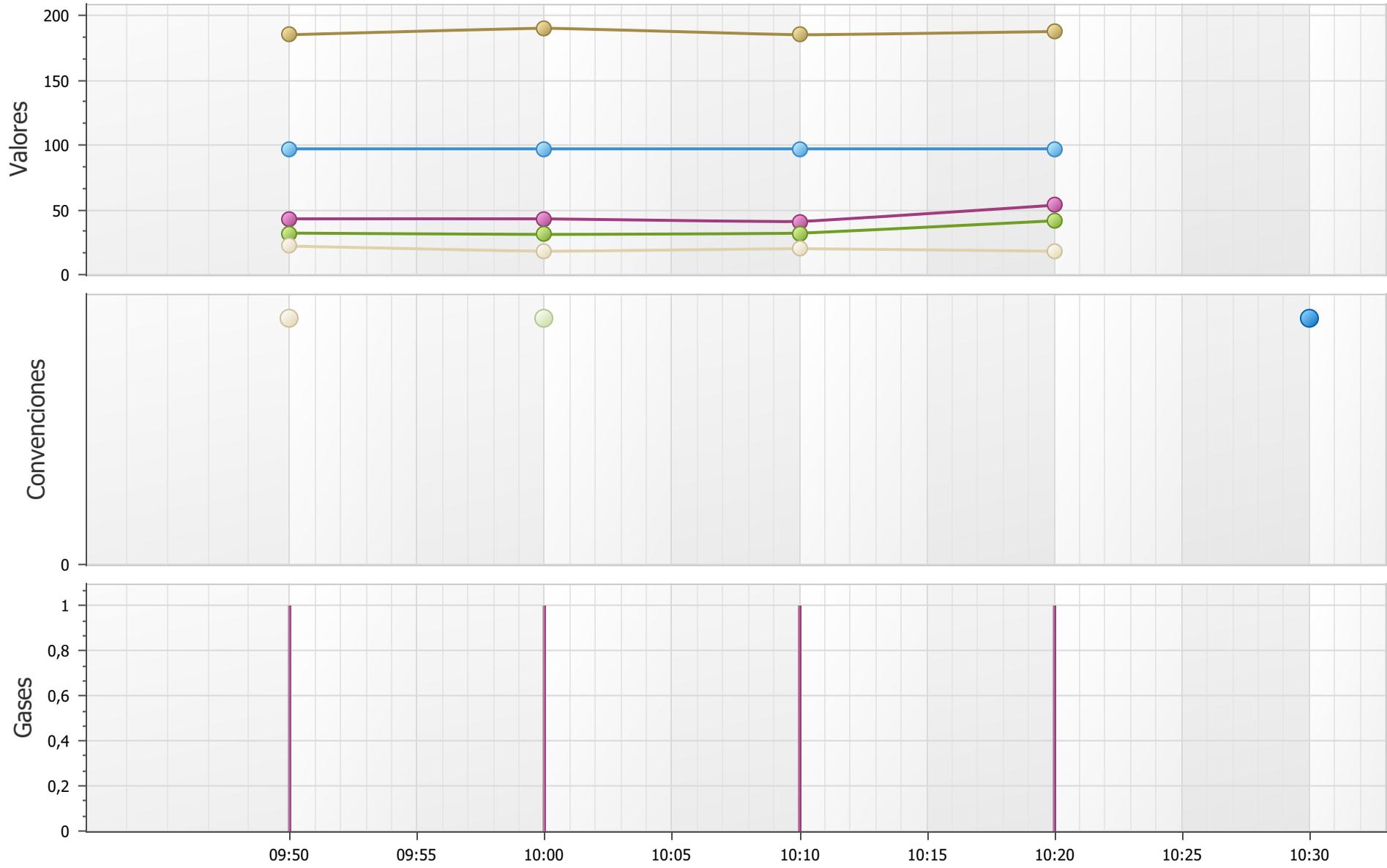
<b>Folio N°:</b>	54	<b>Fecha Folio:</b>	3/10/2023 10:53
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha Ingreso:</b>	1/10/2023 5:50
<b>Identificación:</b>	21323446	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula_Ciudadanía
<b>Nombre Paciente:</b>	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO		

**OBSERVACIONES GENERALES**

.
---

# REGISTRO ANESTÉSICO

REGISTRO ANESTESICO - PACIENTE: (21323446 MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO) FECHA: 03/10/2023



**INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN**

<b>Folio N°:</b>	54	<b>Fecha Folio:</b>	3/10/2023 10:53
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha Ingreso:</b>	1/10/2023 5:50
<b>Identificación:</b>	21323446	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula_Ciudadanía
<b>Nombre Paciente:</b>	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO		

**CONTROL DE MONITOREO**

Fecha / Hora	Clase	Tipo Monitoreo	Valor
3/10/2023 9:50	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	185,00
3/10/2023 9:50	Valor	SISTOLE	43,00
3/10/2023 9:50	Valor	DIASTOLE	32,00
3/10/2023 9:50	Valor	SO2	97,00
3/10/2023 9:50	Valor	RESPIRACIÓN	22,00
3/10/2023 9:50	Convencion	INICIO ANESTESIA	1,00
3/10/2023 9:50	Gas	O2	1,00
3/10/2023 10:00	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	190,00
3/10/2023 10:00	Valor	SISTOLE	43,00
3/10/2023 10:00	Valor	DIASTOLE	31,00
3/10/2023 10:00	Valor	SO2	97,00
3/10/2023 10:00	Valor	RESPIRACIÓN	18,00
3/10/2023 10:00	Convencion	INICIO CX	1,00
3/10/2023 10:00	Gas	O2	1,00
3/10/2023 10:10	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	185,00
3/10/2023 10:10	Valor	SISTOLE	41,00
3/10/2023 10:10	Valor	DIASTOLE	32,00
3/10/2023 10:10	Valor	SO2	97,00
3/10/2023 10:10	Valor	RESPIRACIÓN	20,00
3/10/2023 10:10	Gas	O2	1,00
3/10/2023 10:20	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	190,00
3/10/2023 10:20	Valor	SISTOLE	54,00
3/10/2023 10:20	Valor	DIASTOLE	41,00
3/10/2023 10:20	Valor	SO2	97,00
3/10/2023 10:20	Valor	RESPIRACIÓN	18,00
3/10/2023 10:20	Gas	O2	1,00
3/10/2023 10:20	Valor	FRECUENCIA CARDIACA	185,00
3/10/2023 10:20	Valor	SISTOLE	53,00
3/10/2023 10:20	Valor	DIASTOLE	42,00
3/10/2023 10:20	Valor	SO2	97,00
3/10/2023 10:20	Gas	O2	1,00
3/10/2023 10:30	Convencion	FIN CX	1,00

**DIAGNÓSTICOS**

Código	Nombre	Principal
Z519	ATENCION MEDICA NO ESPECIFICADA	X

**MEDICAMENTOS SOLICITADOS**

KETAMINA SLN INY 500MG/10ML
Posología: 75 MILIGRAMO Dosis Unica - ,
ESMERON® BROMURO ROCURONIO VIAL SLN INY 50MG/5ML
Posología: 50 MILIGRAMO Dosis Unica - ,

LICENCIADO A: [SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.] NIT [890939936-9]

**INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN**

<b>Folio N°:</b>	54	<b>Fecha Folio:</b>	3/10/2023 10:53
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha Ingreso:</b>	1/10/2023 5:50
<b>Identificación:</b>	21323446	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula_Ciudadanía
<b>Nombre Paciente:</b>	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO		



---

**GARCIA SARMIENTO JOSE ALEJANDRO**

Tarjeta Profesional: 08523

Especialidad: 021 - ANESTESIOLOGIA

**HISTORIA CLÍNICA**

**INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA**

<b>Nº Historia Clínica:</b>	21323446		
INFORMACIÓN PERSONAL PACIENTE			
<b>Identificación:</b>	21323446	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula_Ciudadanía
<b>Nombre Paciente:</b>	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino
<b>Fecha Nacimiento:</b>	24/marzo/1940	<b>Edad Actual:</b>	84 Años / 3 Meses / 23 Días
<b>Estado Civil:</b>	Viudo	<b>Edad en la Atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 9 Días
<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA	<b>Procedencia:</b>	LA UNION
<b>Dirección:</b>	CALLE 9 N° 8 - 34	<b>Teléfono:</b>	5560917
<b>Entidad:</b>	900156264 - NUEVA EPS		
INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE			
<b>Nombre:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Parentesco:</b>	NUERA
<b>Dirección:</b>	MEDELLIN	<b>Teléfono:</b>	3148884731
INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN			
<b>Folio Nº:</b>	55	<b>Fecha Folio:</b>	03/10/2023 11:02
<b>Nº Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha Ingreso:</b>	01/10/2023 5:50
<b>Finalidad Consulta:</b>	No_Aplica	<b>Causa Externa:</b>	Enfermedad_General
<b>Especialista que realiza el procedimiento:</b>	80088654 LOZANO ORTIZ JOSE RICARDO		

**CONTEO DE INSTRUMENTACIÓN QUIRURGICA**

DISPONIBILIDAD	
<b>Ropa:</b>	Si
<b>Equipos:</b>	Si
<b>Insumos:</b>	Si
<b>Suturas:</b>	Si
<b>Injerto:</b>	No aplica
<b>Material de osteosistensis:</b>	No aplica

ESTERILIZACIÓN	
<b>Ropa:</b>	Si
<b>Equipos:</b>	Si
<b>Insumos:</b>	Si
<b>Suturas:</b>	Si
<b>Injerto:</b>	No aplica
<b>Material de osteosistensis:</b>	No aplica

**INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN**

<b>Folio N°:</b>	55	<b>Fecha Folio:</b>	03/10/2023 11:02
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha Ingreso:</b>	01/10/2023 5:50
<b>Identificación:</b>	21323446	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula_Ciudadanía
<b>Nombre Paciente:</b>	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO		

**CONTEO DE INSTRUMENTACIÓN QUIRURGICA**

**CONTEO**

<b>Conteo:</b>	Uno
----------------	-----

**CONTEO 1**

<b>Pinzas:</b>	Si
<b>Cantidad Pinzas:</b>	50
<b>Agujas:</b>	No
<b>Hojas de Bisturi:</b>	Si
<b>Cantidad Hojas de Bisturi:</b>	2
<b>Gasas:</b>	No aplica
<b>Gasas Nu Gauze:</b>	No aplica
<b>Compresas:</b>	Si
<b>Cantidad Compresas:</b>	27
<b>Torundas:</b>	No aplica
<b>Cotonos:</b>	No aplica
<b>Hiladillas:</b>	No aplica
<b>Mechas de Algodón:</b>	No aplica

**Observaciones**

EMPAQUETADA CON 6 COMPRESAS

**MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS**

<b>Sustituto oseo:</b>	No
<b>Cemento oseo:</b>	No
<b>Casa comercial:</b>	KCI

**LISTADO MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS**

Descripción	Referencia	Fabricante	Lote	Registro INVIMA	Cantidad
ABTHERA	-----	KCI--	--	--	1
CANISTER 1000	-----	.	-----	-----	1

*Tabares Ruiz*

**TABARES RUIZ CLAUDIA TATIANA**

Tarjeta Profesional: 5-0773

Especialidad: INSTRUMENTACION



### REGISTRO DE CONTROL DE OXIGENO

N° Historia Clínica: 21323446

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 9 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 56		Fecha del Folio: 03/10/2023 11:10					
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**Fecha y hora de inicio:** 03/10/2023 07:00 **Fecha y hora final:** 03/10/2023 19:00

Cantidad total administrada:	Tiempo total administrado:	Resultado:	Dispositivo:
15 Litros x minuto	12 horas 0 minutos	10.800,0 Litros	Ventilador mecánico

#### Observaciones:

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:**

**Información del folio No. 56**

**ANGEL LOPEZ LAURA CRISTINA**  
TERAPIA RESPIRATORIA  
R.M. 1040043225

**HISTORIA CLÍNICA**  
**TRANSOPERATORIO ENFERMERÍA**

<b>Nº Historia Clínica:</b>	21323446		
<b>INFORMACIÓN PERSONAL PACIENTE</b>			
<b>Identificación:</b>	21323446	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula_Ciudadanía
<b>Nombre Paciente:</b>	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b>	Femenino
<b>Fecha Nacimiento:</b>	24/03/1940	<b>Edad Actual:</b>	84 Años / 3 Meses / 23 Días
<b>Estado Civil:</b>	Viudo	<b>Edad en la Atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 9 Días
<b>Ocupación:</b>	AMA DE CASA	<b>Procedencia:</b>	LA UNION
<b>Dirección:</b>	CALLE 9 N° 8 - 34	<b>Teléfono:</b>	5560917
<b>Entidad:</b>	900156264 - NUEVA EPS		
<b>INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE</b>			
<b>Nombre:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Parentesco:</b>	NUERA
<b>Dirección:</b>	MEDELLIN	<b>Teléfono:</b>	3148884731
<b>INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN</b>			
<b>Folio Nº:</b>	57	<b>Fecha Folio:</b>	3/10/2023 11:32
<b>Nº Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha Ingreso:</b>	1/10/2023 5:50
<b>Finalidad Consulta:</b>	No_Aplica	<b>Causa Externa:</b>	Enfermedad_General
<b>Fecha y hora de llegada al quirófano:</b>	3/10/2023 10:00		
<b>Quirófano:</b>	Procedimientos		
<b>Procedimiento realizado:</b>	laparotomía exploratoria		
<b>Sitio operatorio:</b>	Abdomén		
<b>Clasificación:</b>	Prioritaria		
<b>PREOPERATORIO</b>			
<b>Hora de administración profilaxis:</b>	10:00		
<b>PROFILAXIS ANTIBIOTICA</b>			
<b>Profilaxis antibiótica:</b>	No		
<b>Tratamiento Antibiotico:</b>	Si		
<b>Tipo de antibiotico y dosis:</b>	unasyn 3 gramos		
<b>Observaciones</b>	por horario		
<b>Posición del paciente:</b>	Decúbito supino		
<b>Rasurado:</b>	No		
<b>Armónico:</b>	No		
<b>Lígasure:</b>	No		
<b>MONITORIZACIÓN</b>			
<b>Electrocardiograma:</b>	Si		
<b>Pulsoximetría:</b>	Si		
<b>Gasometría:</b>	No		
<b>Tension arterial directa:</b>	No		
<b>Tension arterial no invasiva:</b>	Si		
<b>Policloruro de vinilo (PVC):</b>	No		
<b>Diuresis:</b>	No		
<b>Otro:</b>	No		

**INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN**

<b>Folio N°:</b>	57	<b>Fecha Folio:</b>	3/10/2023 11:32
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha Ingreso:</b>	1/10/2023 5:50
<b>Identificación:</b>	21323446	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula_Ciudadanía
<b>Nombre Paciente:</b>	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO		

**PREOPERATORIO**

**ASEPSIA**

**Lavado con:**

Clorhexidina alcoholica

**OPERATORIO**

<b>Hora inducción anestésica:</b>	10:00	<b>Hora incisión:</b>	10:15
<b>Uso material de osteosíntesis:</b>	No	<b>Uso de tejido osteomuscular:</b>	No

**SONDAS Y DRENES**

Sistema VAC

**Observaciones enfermería:**

paciente en sala de uci, programada urgente para Laparotomía exploratoria y proceder según hallazgos, paciente entubada con cianosis facial y en abdomen, con sonda nasogastrica activa drenando material bilioso, con cateter venoso central hemitorax derecho, con un yugular derecho, en mano derecha con línea arterial con un acceso venoso en mano izquierda, abdomen distendido, con heridas de laparoscopia cubiertas con fixomull, en muslo izquierdo con puncion cubierto con una gasa, genitales con sonda vesical activa eliminación clara, extremidades inferiores normales sin edemas, paciente con monitoría completa, consentimientos informados diligenciados. Dr. garcia ordena administrar medicamentos endovenosos, para sedacion y relajante muscular Se ubica al paciente en posición operatoria Se realiza asepsia en área abdominal con soluprep esponja, se deja actura realizado por Dr: Lozano Visten con campos estériles indicadores químicos ok. Se realiza la segunda pausa quirúrgica en compañía de anestesiólogo, cirujana e instrumentadora material ok. Inicia procedimiento quirúrgico, dr hernandez y dr Lozano incide piel en línea media abdominal, coagulan vasos sangrantes, exploran cavidad, encuentran material purulento en moderada cantidad realizan drenaje hemoperitoneo (Ver informe quirúrgico y instrumentacion), toman cultivo de líquido peritoneal, se rotula debidamente y se conserva en formol, electro cauterizan vasos sangrantes, lavan cavidad con sln 1000cc tibia, realizan conteo de compresas dando completo, dejan en abdomen 6 compresas, colocan abthera y canister y se conecta a sistema vac. Se realiza la tercera pausa quirúrgica con conteo de compresas completo y suturas completo. Finaliza el procedimiento quirúrgico. Dr. se deja paciente en cubículo de UCE entubada con con sonda nasogastrica, con yugular izquierdo pasando unidades de globulos rojos, con acceso venoso permeables en extremidad superior izquierda, con linea arterial derecha, en hemitorax derecho con cvc con herida quirúrgica a nivel abdominal con canister y abthera concentrado a sistema vac, con sonda vesical permeable drenando orina clara en poca cantidad, se entrega paciente a encargados de UCE, 1 CULTIVO (LIQUIDO PERITONEAL) se entrega a recuperacion

**INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN**

<b>Folio N°:</b>	57	<b>Fecha Folio:</b>	3/10/2023 11:32
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha Ingreso:</b>	1/10/2023 5:50
<b>Identificación:</b>	21323446	<b>Tipo Documento:</b>	Cédula_Ciudadanía
<b>Nombre Paciente:</b>	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO		

**POSTOPERATORIO**

**Cultivo**

líquido peritoneal							
<b>Compresas usadas:</b>	Si	<b>Gasas usadas:</b>	No	<b>Agujas usadas:</b>	Si	<b>Pinzas usadas:</b>	Si

**COMPRESAS USADAS**

<b>Cantidad:</b>	27	<b>Conteo verificado:</b>	Si
------------------	----	---------------------------	----

**AGUJAS USADAS**

<b>Cantidad:</b>	2	<b>Conteo verificado:</b>	Si
------------------	---	---------------------------	----

**PINZAS USADAS**

<b>Cantidad:</b>	50	<b>Conteo verificado:</b>	Si
------------------	----	---------------------------	----

<b>Hora apósito:</b>	10:40	<b>Hora salida:</b>	10:50
<b>Destino paciente:</b>	UCI		
<b>Tipo anestesia:</b>	Anestesia General		
<b>¿Paciente sale con catéter epidural?</b>	No		

<b>¿Exposición a radiación?</b>	No
---------------------------------	----

<b>Cirujano(a):</b>	80178198 HERNANDEZ RINCON CARLOS ALBERTO
---------------------	--

<b>Ayudante quirurgico:</b>	80088654 LOZANO ORTIZ JOSE RICARDO
-----------------------------	------------------------------------

<b>Anestesiologo(a):</b>	8638222 GARCIA SARMIENTO JOSE ALEJANDRO
--------------------------	---

<b>Instrumentador(a):</b>	43633342 TABARES RUIZ CLAUDIA TATIANA
---------------------------	---------------------------------------

<b>Auxiliar de enfermeria:</b>	1041531265 YULY VANESA SERNA RODAS
--------------------------------	------------------------------------

*Vanessa Serna*

**YULY VANESA SERNA RODAS**

Tarjeta Profesional: 1041531265

Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

## INFORME QUIRURGICO

N° Historia Clínica: 21323446

<b>Datos personales del Paciente</b>			
<b>Paciente:</b> Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b> 83 Años / 6 Meses / 9 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION	
<b>Teléfono:</b> 3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA	
<b>Responsable:</b> MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN	<b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b> MARIA EUGENIA TORO		<b>Tel. Acompañante:</b> 3148884731	
<b>Entidad:</b> NUEVA EPS			
<b>Plan Beneficios:</b> NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)	
<b>FOLIO N°58</b>	<b>Fecha del Folio:</b> 03/10/2023 11:35		
<b>N° Ingreso:</b> 5571919	<b>Fecha:</b> 01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General

### Detalle del folio:

**1er Cirujano** 80088654 LOZANO ORTIZ JOSE RICARDO

**2do Cirujano**

**3er Cirujano**

**1er Ayudante** CARLOS HERNANDEZ

**2o Ayudante**

**3er Ayudante**

**Anestesiologo** ALEJANDRO GARCIA

**Instrumentador** TATIANA TABAREZ

**Fecha y Hora de Inicio** 03/10/2023 09:50

**Fecha y Hora de Finalizacion** 03/10/2023 10:50

**Tipo de anestesia:**

GENERAL

**Intervencion practicada** Laparotomia exploratoria  
Drenaje hematoma preperitoneal  
Empaquetamiento preperitoneal  
Seccion adherencias peritoneales  
Laparostomia (Terapia Presion Negativa Abdera)

### Descripcion de quirurgia y procedimientos.

EN SALA DE PROCEDIMIENTOS DE UNIDAD DE CUIDADO CRITICO  
PREVIA REVISION DE HISTORIA CLINICA, ESTUDIOS DIAGNOSTICOS Y EXAMEN FISICO  
PROTOCOLO BIOSEGURIDAD INSTITUCIONAL  
VERIFICACION DE LISTA DE CHEQUE Y SEGURIDAD DEL PACIENTE  
BAJO ANESTESIA GENERAL, ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACION CAMPOS QUIRURGICOS  
INSICION DE LAPAROTOMIA MEDIANA SUPRA E INFRAUMBILICAL  
DISECCION POR PLANOS CON ELECTROBISTURY HASTA CAVIDAD  
SECCION DE ADHERENCIAS EPIPLOICAS EN LINEA MEDIA Y EXPOSICION COMPLETA VISCERAL  
REVISION SISTEMATICA DESCRIPCION DE HALLAZGOS  
DRENAJE DE HEMATOMA PREPERITONEAL  
SECADO EXHAUSTIVO, POSICIONAMIENTO DE APOSITO HEMOSTATICOS Y EMPAQUETAMIENTO PREPRERITONEAL CON 6 COMPRESAS  
LAVADO CAVIDAD PERITONEAL Y REVISION SECUNDARIA  
REPOSICIONAMIENTO DE ASAS EN CAVIDAD  
EXTENSION DE DISPOSITIVO DE PRESION NEGATIVA ABHDERA  
POSICIONAMIENTO DE APOSITOS TRANSPARENTES  
CONECCION A SISTEMA DE RESERVORIO SIN FUGAS

### Tejidos enviados a Anatomia Patologia

NO

### Hallazgos operatorios

HERIDA QUIRURGICA DE ABORDAJE PREVIO LAPAROSCOPICO, EDEMA PARED ABDOMINAL, HEMATOMA PREPERITONEAL 500 CC, SIN EVIDENCIA DE SANGRADO DE VASOS EPIGASTRICO, SE APRECIA SANGRADO EN CAPA DE PLEJO VENOSO PREVESICAL, VASOS ILIACOS BILATERALES SIN LESIONES, SUTURA DE FLAP PERITONEAL INTEGRO, NO SE EVIDENCIA COMPROMISO NI EXTENSION DE HEMATOMA HACIA RETROPERITONEO, ESCASO LIQUIDO SEROSANGUINOLENTO EN CAVIDAD, ASAS INTESTINALES SIN ZONAS DENECCROSIS NI ISQUEMIA, ENTERORRAFIA COLONICA INDEMNTE SIN FILTRACIONES.

### Complicaciones

SIN MENCION DE COMPLICACION INTRAOPERATORIA

### Clasificación de la cirugía

**Información del folio No. 58**



Dr. Carlos R. Hernández Rincón  
CIRUJANO GENERAL  
C.C. No. 890.138.190 Bogotá D.C.  
E.P. 15400.0003  
NACIONAL DE COLOMBIA

**HERNANDEZ RINCON CARLOS  
ALBERTO**

CIRUGIA GENERAL

R.M. 95-0603-03

Limpia contaminada

Profilaxis Antibiótica: No

**¿Pérdida sanguínea mayor de 500 cc?**

ESTIMADO HEMATOMA PREPERITONEAL 500 CC

**¿Se solicita cultivo?**

Sí

**¿Se ordena biopsia?**

No

Días de reposo: 30

**Antecedentes** \* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Diagnósticos Registrados en este folio** \*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi Dx Ing DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
R571 <input type="checkbox"/>	CHOQUE HIPOVOLEMICO	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio	

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Hospitalizacion

**Órd. Médicas:** SOPORTE VITAL EN CUIDADO CRITICO  
 NADA VIA ORAL  
 SONTA NASOGASTRICA A LIBRE DRENAJE  
 CUIDADOS TERAPIA VAC - CUANTIFICAR  
 TRANSFUNDIR 2 UGRE INTRAOPERATORIO  
 CONTROL HEMOGLOBINA EN 6 HORAS POSTRANSFUSIONALES  
 SOPORTE HEMODERIVADOS SEGUN REQUERIMIENTO  
 DESEMPAQUETAMIENTO EN 48 HORAS  
 ATENTOS A EVOLUCION CLINICA

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clínico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
901217	901217 - CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES	1	Rutinario	LIQUIDO PERITONEAL

**Solicitud de Procedimientos No Quirúrgicos**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Procedimiento No QX	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
912002	912002 - TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS	2	Urgente	INTRAOPERATORIO SIN CRUZAR

Información del folio No. 58



Dr. Carlos R. Hernández Rincón  
 CIRUJANO GENERAL  
 C.C. No. 884.138.170 Bogotá D.C.  
 E.M. 1540012003  
 NACIONAL DE COLOMBIA

**HERNANDEZ RINCON CARLOS ALBERTO**  
 CIRUGIA GENERAL  
 R.M. 95-0603-03



Paciente: MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO  
**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**

Cédula\_Ciudadanía 21323446

**ORDENES MEDICAS**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 9 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b> 3148884731	
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 59		Fecha del Folio: 03/10/2023 12:10	
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50
<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**Justificación de la prescripción**  
 SE ORDENA ADRENALINA EN INFUSION

Antecedentes			* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).
Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle	
		<input type="checkbox"/>	

Plan de manejo - Medicamentos						
Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	S P	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
<b>Plan de manejo Intrahospitalario</b>						
C01CA240247	ADRENALINA (EPINEFRINA) SLN INY 1MG/ML ECAR	<input checked="" type="checkbox"/>	Intravenosa	0	<input checked="" type="checkbox"/> 0	5 MILIGRAMO Cada 6 Horas Indefinido

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion  
**Órd. Médicas:** SE ORDNEA ADRENALINA

*Jorge M. Loiza Castaño*  
 Reg 54243-41



**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
890939936

**EVOLUCION NUTRICIÓN**

N° Historia Clínica: 21323446

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 9 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)
<b>FOLIO N°60</b>	<b>Fecha del Folio:</b> 03/10/2023 13:14		
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b> 01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica <b>C. Externa:</b> Enfermedad_General

Se adiciona conducta al plan de manejo.

pulse valor

**Nutrición Humana**

**Detalle del folio:**

**EVOLUCION NUTRICION**

**SUBJETIVO**

PACIENTE MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO, 83 AÑOS INGRESA A LA UNIDAD TRASLADADA DE CIRUGIA CON DIAGNOSTICO MEDICO DE:

1. ESTADO POST REANIMACION
2. ESTADO DE CHOQUE MIXTO
  - 2.1. SHOCK HEMORRAGICO
  - 2.2. SEPTICO
4. POSTOPERATORIO CORRECCION LAPARASOCOPICA DE HERNIA INGUINAL
  - 4.1 PERFORACION DE COLON+ENTERORRAFIA
  - 4.2 LESION VASOS EPIGASTRICOS+LIGADURA
  - EMBOLIZACION DE HIPOGASTRICA DERECHA Y EPIGASTRICAS
5. DISFUNCION ORGANICA MULTIPLE
  - 5.1. RENAL
  - 5.2. CARDIACA
  - 5.3. PULMONAR
  - 5.4. HEPATICA

PACIENTE CON ALTO RIESGO NUTRICIONAL POR NRS 2002 Y SOLICITAN VALORACION POR NUTRICION

**OBJETIVO**

Encuentro paciente en unidad en aislamiento. en regular estado general, hemodinamicamente hotensa y bradicardica, multisoportada, neurologicamente bajo efectos de sedacion, poco alertable, tranquila, no se conecta con el medio, poca respuesta a estímulos, palida, afebril, hidratada, intubada, conectada a ventilacion mecanica, con buen acople ventilatorio, no presetna trabajo respiratorio, saturnaod adecuadamente, con sonda orogastrica a libre drenaje inactiva presetnado multiples episodios emeticos, hematicos, abdomen muy distendido, cianotico y doloroso a la palpacion, oligoanurica blance positivo, extremidades flacidas, con edema grado II, sin soporte nutricional, Glucoemtrias mas estables ultiams de 127 , 157 y 100 mg/dl. Hemgoglobina: 10.5 gr/lit. Calcio: 7.74 , Magnesio: 1.79 y Fosforo: 2.40 mg/dl. Sodio: 147.04 y potasio:5.79 mg/dl. BUN: 30.1 y Creatinina: 1.77 mg/dl. Bilirrubna total:1.77 y Directa: 0.91 mg/dl. AST: 1192 y ALT: 1289.80 u/lit

**ANALISIS**

Paciente de 83 años en Unidad de cuidado intensivos, con alto riesgo nutricional por screening NRS 2002 , en postoperatorio de cirugia mayor con alto estres metabolico y en estado critico, normopeso, con demandas proteicas y energeticas aumentadas por alto estres metabolico. Con via oral y enteral contraindicadas, bajo efectos de sedacion y con soporte ventilatorio mecanico lo que impide ser alimtnada via oral haciéndose necesario garantizar el aporte nutricionales por medio de nutricion parenteral para garantizarun adecuado aporte de nutrientes para evitar el deterioro del esttado nutricional y complicaciones asociadas. Se difiere inicio de soporte nutricional ya que sera llevada a reintervencion quirurgica y definir pronostico

**EPICRISIS**

**PLAN**

**EVALUACIÓN NUTRICIÓN**

**ANTROPOMETRÍA**

**FECHA:** Oct. 3/2023

**TALLA:** 1,65

**Información del folio No. 60**

**VASQUEZ TORRES DIANA**

**PATRICIA**

NUTRICION HUMANA

R.M. 5-0154

**PESO USUAL:** ,00  
**PESO ACTUAL:** ,00  
**PESO IDEAL:** 65,00  
**INDICE DE MASA CORPORAL:** ,00  
**% CAMBIO DE PESO:** ,00

**REQUERIMIENTOS**

**REQUERIMIENTO DE ENERGÍA:** 1625 kcal (25/Kcal/Kg de peso)  
**REQUERIMIENTO DE PROTEÍNA:** 117 grs (1.8 gr/kg de peso)  
**REQUERIMIENTO DE CARBOHIDRATOS:** 48%del valor calorico total  
**REQUERIMIENTO DE GRASA:** 30%del valor calorico total

**LABORATORIOS**

**FECHA ALBÚMINA:** sin dato  
**ALBÚMINA:** sin dato  
**FECHA PREALBÚMINA:** sin dato  
**PREALBÚMINA:** sin dato

**BALANCE DE NITRÓGENO**

**FECHA DE BN:** sin dato  
**NUU:** sin dato  
**APORTE DE PROTEÍNA:** 0,0000  
**BALANCE DE NITROGENO:**  
**BALANCE NITRÓGENO:** sin dato  
**INTERPRETACIÓN:** sin dato

**DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL:** ALTO RIESGO NUTRICONAL POR NRS 2002  
Se remite a programa de promoción y prevención:

**OBSERVACIONES:** POR SU ESTADO ACTUAL NO ES POSIBLE TOMAR DATOS ANTROPOMETRICOS

**TIPO DE INTERVENCIÓN:** Nutrición Parenteral  
**CUBRIMIENTO DE REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES:** 0 (%)

**Recomendaciones nutricionales:**  
**¿Se orientó educación nutricional?** Sí  
**¿Desea seguir tratando el paciente?** SI  
**¿Cuándo?** MAÑANA

Antecedentes

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion  
**Órd. Médicas:** 1. Nueva valoracion por Nutricion el dia de mañana

**Información del folio No. 60**

**VASQUEZ TORRES DIANA**  
**PATRICIA**  
NUTRICION HUMANA  
R.M. 5-0154

**RONDA MEDICA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 9 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

**FOLIO N° 61** Fecha del Folio: **3/10/2023 2:15 p. m.**

<b>N° Ingreso:</b> 5571919	<b>Fecha:</b> 01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General
----------------------------	--------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

**Se adiciona conducta al plan de manejo.**

**Detalle del folio:**

**OBSERVACIONES**

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:**

**Solicitud de Exámenes Clínicos y Ayudas Diagnósticas**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Examen Clínico ó ayuda Diagnóstica	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
902024	902024 - FIBRINOGENO	1	Rutinario	.
903839	903839 - GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO	2	Rutinario	.TOMAR 15:00
902210	902210 - HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO	1	Rutinario	902210 TOMARA 15:00
902049	902049 - TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	1	Rutinario	.
902045	902045 - TIEMPO DE PROTROMBINA TP	1	Rutinario	.
903111	903111 - ACIDO LACTICO L-LACTATO AUTOMATIZADO	1	Rutinario	.

**Información del folio No. 61**



**Dr. ROBERTO GAITÁN LUQUE**  
**MÉDICO INTENSIVISTA**  
**C.C. 75.264.979 / REG. 54168°**

**GAITÁN LUQUE ROBERTO**  
 TERAPIA INTENSIVA Y CUIDADO CRITICO  
**R.M. 841089**



Paciente: MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO  
AGUDELO  
**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**  
**890939936**

Cédula\_Ciudadanía21323446

**ORDENES MEDICAS**

N° Historia Clínica: 21323446

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	Sexo: Femenino F. Nacim: 24/03/1940
Edad en la atención:	83 Años / 6 Meses / 9 Días	Estado Civil: Viudo	Dirección: CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
Teléfono:	3007170189	Procedencia: LA UNION	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	MARIA EUGENIA TORO	Tel.responsable: 3148884731	Dir.responsable: MEDELLIN Parentesco: NUERA
Acompañante:	MARIA EUGENIA TORO	Tel. Acompañante:	3148884731
Entidad:	NUEVA EPS		
Plan Beneficios:	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		Rango: RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 62		Fecha del Folio: 03/10/2023 16:53	
N° Ingreso:	5571919	Fecha:	01/10/2023 05:50
F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General

**Justificación de la prescripción**

SE CARGAN ORDENES DE MEDICAMENTOS.

**Antecedentes**

Fecha Tipo Antecedente \* Detalle

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).



**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	Dosis	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
C01CE004701	EPINEFRINA SLN INY 1MG/ML	<input checked="" type="checkbox"/>	Endovenosa	0	<input type="checkbox"/>	5 MILIGRAMO Dosis Unica - Diluir 5 mg en 95 mL de Cloruro de Sodio al 0,9% Titular entre 0,05 - 0,25 mcg/kg/min

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Ord. Médicas: SE CARGAN ORDENES DE MEDICAMENTOS.

**DOMINGUEZ SIERRA JOSE DAVID**

385 - MEDICINA GENERAL

R.M. 1152202199

**EGRESO HOSPITALARIO**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 9 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

FOLIO N° 63		Fecha del Folio: 03/10/2023 16:59	
<b>N° Ingreso:</b>	5571919	<b>Fecha:</b>	01/10/2023 05:50
<b>F. Consulta:</b>	No_Aplica	<b>C. Externa:</b>	Enfermedad_General

**Detalle del folio:**

<b>TIPO EGRESO:</b>	POR MUERTE	<b>Número de certificado:</b>	23109320373905	<b>Estado del paciente a la salida:</b>	
TIPO DE MUERTE:	NATURAL	FECHA Y HORA DE MUERTE:	3/10/2023 4:35 p. m.		
CAUSA BASICA DE MUERTE:	R578 OTRAS FORMAS DE CHOQUE				

**EVOLUCION**

**Subjetivo**  
NOTA DE DEFUNCION

**Signos vitales**  
Presión arterial sistólica:                      Presión arterial diastólica:                      Frecuencia cardiaca:                      Frecuencia respiratoria:  
Temperatura:                      Presión arterial media: ,00

**Objetivo**  
PACINTRE CON SHOCK REFRACTARIO  
NO RESPUESTA A INTERVENCIONES  
DADA CONDICION NO SE REALIZAN CUAND PRESENTA ASISTOLIA  
SE DECLARA HORA DE MUERTE 16:35

**Analisis**  
PACINRTE CON LESINO DE VASOS EPIGASTRICOS E HIPOGASTRICOS QUE CONDUJERON A SHOCK HEMORRAGICO  
PARADA CARDAICA SUBSECUENTE A ELLO Y DESARROLLO DE SHOCJ HEMORRAGICO CON PROGRESIN A SHOCK VASODILATORIO CON DESARROLLO DE DISFUNCION ULTIORGANICA.  
LLEVAD A EMBOLIZACION DE ARTERIAS COMPROMETIDAS AYER Y HOY A LAPAROTOMIA POR SINDROME COMPARTIMENTAL  
IMPORTANTE DEUDA DE OXIGENSO , CON REFRACTARIEAD A TODAS LAS INTWERVENCONES

**Plan**  
SE EXPIDE CERTIFICADO DE DEFUNCION

3. Se concilian los medicamentos, incluyendo los de consumo previos que requieren continuidad y los de "origen natural" con efectos farmacológicos  
Continuan (Ver plan de manejo intrahospitalario):

Se ajusta dosis (Ver plan de manejo intrahospitalario):

Se suspende:

Se identifican e intervienen posibles interacciones entre medicamentos, continuando solo los pertinentes por la condición clínica del paciente

<b>Antecedentes</b>			* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).
Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle	
		□	

**Información del folio No. 63**



Dr. ROBERTO  
GAITÁN LUQUE  
MÉDICO INTENSIVISTA  
C.E. 75.204.079 / REG. 347089

**Diagnósticos Registrados en este folio**

\*\* (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).

Código * CIE10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
R571	<input type="checkbox"/> CHOQUE HIPOVOLEMICO	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo	Confirmado_Repetido	Posoperatorio	

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

Tipo Indicación: Morgue

Ord. Médicas:

Información del folio No. 63



**Dr. ROBERTO  
GAITÁN LUQUE**  
MÉDICO INTENSIVISTA  
C.E. 75.204.878 / REG. 347089

**GAITÁN LUQUE ROBERTO**  
TERAPIA INTENSIVA Y CUIDADO  
CRITICO  
**R.M. 841089**

**RONDA MEDICA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS**

**N° Historia Clínica: 21323446**

Datos personales del Paciente			
<b>Paciente:</b>	Cédula_Ciudadanía 21323446	MARTA LUZ LOPEZ DE AGUDELO	<b>Sexo:</b> Femenino <b>F. Nacim:</b> 24/03/1940
<b>Edad en la atención:</b>	83 Años / 6 Meses / 9 Días	<b>Estado Civil:</b> Viudo	<b>Dirección:</b> CALLE 9 N° 8 - 34 LA UNION
<b>Teléfono:</b>	3007170189	<b>Procedencia:</b> LA UNION	<b>Ocupación:</b> AMA DE CASA
<b>Responsable:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel.responsable:</b> 3148884731	<b>Dir.responsable:</b> MEDELLIN <b>Parentesco:</b> NUERA
<b>Acompañante:</b>	MARIA EUGENIA TORO	<b>Tel. Acompañante:</b>	3148884731
<b>Entidad:</b>	NUEVA EPS		
<b>Plan Beneficios:</b>	NUEVA EPS (CONTRIBUTIVO)		<b>Rango:</b> RANGO 1 (CONTRIBUTIVO CATEGORIA A)

**FOLIO N° 64** Fecha del Folio: **3/10/2023 5:04 p. m.**

<b>N° Ingreso:</b> 5571919	<b>Fecha:</b> 01/10/2023 05:50	<b>F. Consulta:</b> No_Aplica	<b>C. Externa:</b> Enfermedad_General
----------------------------	--------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

**Se adiciona conducta al plan de manejo.**

**Detalle del folio:**

**OBSERVACIONES**

**Antecedentes**

\* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		<input type="checkbox"/>

**Plan de manejo - Medicamentos**

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	US POR Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
<b>Plan de manejo Intrahospitalario</b>					
C01CE004701	EPINEFRINA SLN INY 1MG/ML	<input checked="" type="checkbox"/> Endovenos a	0	<input checked="" type="checkbox"/> 0	5 MILIGRAMO Cada 6 Horas Indefinido - MEZCLAR CON SSN 95 CC TITULÑAR 0,05,0,25 mcgkgm
B05BD009702	DEXTROSA 10% X 500ML SLN INY EN AGUA DESTILADA	<input checked="" type="checkbox"/> Endovenos a	0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	500 MILILITRO Cada 8 Horas Definido por 1 Días - BOLO DE 250 CC , CONTINAUR INFUSION A RAZON DE 40 CCH

**Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**

**Tipo Indicación:** Hospitalizacion

**Órd. Médicas:**

**Información del folio No. 64**



**DR. ROBERTO  
GAITÁN LUQUE**  
MÉDICO INTENSIVISTA  
C.C. 75.264.979 / REG. 541089



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

CÓDIGO TSG.FORM.3

VERSIÓN 05

Fecha de elaboración y/o  
actualización:  
01-11-2022

Fecha y hora: 02/10/2023 16:50	Servicio: UCCA.
Nombres del paciente: Marta Luz	Apellidos del paciente: López de Agudelo.
Identificación. Tipo de documento: CC	Número de documento 21323446.
Edad: 83a.	Religión: NO Conocida.

Estoy enterado que en cada uno de los procedimientos que van a realizar, tendré la información necesaria, oportuna y clara para tomar una decisión libre sobre la aceptación de permitir o no su realización y en todo momento y bajo ninguna presión, se respetará mi derecho a disentir, objetar, rechazar, o renovar cualquiera de las propuestas de tratamiento ofrecidas.

EL MÉDICO: Marcela Dugand Angel, me ha informado que en el curso de mi tratamiento para: diapés hemorrágico, necesito la transfusión de uno o varios hemocomponentes, para lo cual se me ha informado lo siguiente.

### 1. ¿Qué se va a hacer?

Me van a poner sangre (transfusión) o uno de sus componentes de acuerdo con lo que el médico responsable de mi tratamiento ordene y me la transfunden según mi condición clínica las veces que sea necesario durante mi hospitalización. Se me ha comunicado que la sangre a transfundir procede de donantes voluntarios; que a cada bolsa se le han realizado las pruebas o análisis que marca la legislación vigente para descartar la presencia de Hepatitis B (AgS y anti core) y C, VIH I y II (Virus del SIDA), Sífilis, Chagas y HTLV, en caso necesario se investiga malaria, se detectan anticuerpos contra otros grupos sanguíneos que no son el ABO ni el RH (anticuerpos irregulares) y que la sangre que se me va a aplicar es compatible con la mía.

### 2. ¿Para qué se va a realizar la transfusión? (beneficios de realizar el procedimiento)

Entiendo que me hacen la transfusión para corregir en forma parcial o total la deficiencia de sangre o de otros elementos presentes en ella, buscando mejorar mi estado de salud y eventualmente salvarme la vida cuando el caso es severo.

### 3. ¿Quién va a realizar la transfusión?

Me explicaron que es un procedimiento donde interviene el personal del banco de sangre, médicos y enfermeras del servicio.

### 4. ¿Cómo se va a realizar la transfusión?

Me explicaron que la transfusión de sangre y/o de sus componentes se hace con la aplicación dentro de la vena, de una o varias bolsas de sangre o sus componentes (plasma, plaquetas, glóbulos rojos, crioprecipitado), con el fin de suplir la deficiencia de alguno o algunos de ellos y que solamente la prescriben los médicos cuando es absolutamente necesaria.

### 5. ¿Cuáles son los riesgos que se pueden presentar en la transfusión?

Estoy enterado que la transfusión de cualquier componente de la sangre puede producir reacciones alérgicas, erupciones en la piel, escalofríos, temblor, malestar, y otros síntomas, generales de intensidad y frecuencia variables. Estos síntomas y signos generalmente desaparecen al interrumpir o disminuir la velocidad de la transfusión y se presentan con mayor frecuencia si he recibido transfusiones previas.

Me han informado que en raras ocasiones se producen reacciones de gran severidad que descontrolan el organismo y que pueden llegar a ocasionar la muerte (este estado se denomina shock anafiláctico), se me ha indicado que el equipo médico responsable de la transfusión está debidamente preparado para intervenir adecuadamente en todos estos casos.

Me informaron que a pesar de las pruebas realizadas existe el riesgo de que por cada millón de transfusiones pueda haber 5 contagios de HIV (SIDA), 10 contagios de Hepatitis B, 300 contagios de Hepatitis C y Sífilis, 500 contagios de Chagas y Malaria, y 0.3 contagios de HTLV 1 y 2 en zonas endémicas.

Sé, que para tratar de disminuir al máximo la posibilidad de que estas infecciones y reacciones se produzcan, se hace una serie de pruebas en el laboratorio, así como análisis combinados entre la sangre que se va a transfundir y la que yo tengo.

Que, para mi caso, mis riesgos son: Riesgo adicional.

**6. ¿Qué alternativas diferentes tengo de manejo si no acepto la transfusión?**

Me informaron que cuando se envía una transfusión de sangre o de sus derivados es porque no hay otras alternativas que sean más convenientes para tratar la enfermedad que tengo o la situación clínica que he presentado. Para mi caso **NO** hay otras alternativas que me puedan brindar.

**7. ¿Qué consecuencias pueden presentarse si no acepto la transfusión?**

Si no se lleva a cabo la transfusión se puede retrasar o impedir que haya mejoría o recuperación de su estado de salud alterado, en casos de emergencia puede implicar la muerte.

**8. ¿Considera que requiere información adicional?**

Me han comunicado que los riesgos de hacerme la transfusión son menores que los que pueden presentarse si mi estado de salud empeora. Me avisaron de algunas reacciones que se pueden presentar tardíamente, incluso luego de salir de la clínica. Sé que tengo el deber de informar en el momento de la transfusión cualquier malestar que esté sintiendo. Se me informó que en cualquier momento puedo solicitar más información que requiera o que puedo negarme a más transfusiones en el momento que lo considere.

**9. Autorizaciones adicionales**

Me informaron que antes de la realización del procedimiento de transfusión se requiere realización de prueba de VIH, por lo cual firmare consentimiento informado adicional donde autorizaré la realización de dicha prueba.

He entendido las condiciones y objetivos de la **TRANSFUSIÓN** que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, estoy satisfecho con la información recibida con un lenguaje claro y sencillo, y me han dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos que conlleva la **TRANSFUSIÓN**, además autorizo me suministren los tratamientos necesarios en caso de alguna reacción o complicación que se presente.

**10. He revisado todos los espacios del documento y están debidamente diligenciados.**

**Después de haber sido ampliamente informado sobre la transfusión y haber tenido oportunidad de discutir con el médico tratante lo relacionado con el tratamiento o intervención propuesta, he tomado la decisión de manera libre y voluntaria de:**

**AUTORIZO** al personal médico de la institución para realizar las transfusiones necesarias durante mi estancia hospitalaria.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE y/o REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
PARENTESCO

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA Y HORA

\_\_\_\_\_  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD (tipo y número)

**DISENTIMIENTO O NEGATIVA**

**YO:** \_\_\_\_\_ **RECHAZO Y NO AUTORIZO** recibir sangre o cualquier hemocomponente. Tuve la oportunidad de realizar preguntas y mis dudas se resolvieron. Entiendo las consecuencias de no recibir transfusión de los hemocomponentes, de acuerdo con la explicación que recibí y liberó a la entidad (Clínica SOMER) de cualquier responsabilidad en relación con no realizar la transfusión que el médico tratante consideró indicada para mi tratamiento.

**SOMER S.A se compromete a continuar prestando una atención integral independiente de la decisión tomada por usted.**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE y/o REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
PARENTESCO

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA Y HORA

\_\_\_\_\_  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD (tipo y número)

### DECLARACIÓN DEL MÉDICO:

He explicado todos los aspectos necesarios para que el paciente o representante autorizado tome una decisión informada con el derecho de negar la transfusión o de interrumpirla en cualquier momento del tratamiento. Se han analizado los riesgos que conlleva rechazar el procedimiento. Se presentaron las alternativas generales a la transfusión y por qué éstas no son convenientes en este momento. Se contestaron todas las preguntas hechas por el paciente o su representante autorizado. Se ha analizado el procedimiento a fondo con el paciente o representante autorizado y éste da su consentimiento para la transfusión de sangre o sus componentes.

Rosaura Dagaud Aguado  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO

5-5120-12  
NÚMERO REGISTRO MÉDICO

(Firma)  
FIRMA

02/10/2023 16:55  
FECHA Y HORA

### REVOCATORIA O ANULACIÓN:

Con el presente yo \_\_\_\_\_ manifiesto que **REVOCO** el consentimiento para transfusión firmado previamente, aun conociendo las posibles consecuencias para mi salud al tomar esta decisión.

Motivo de la revocatoria: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
PARENTESCO

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
DOCUMENTO (tipo y número)

\_\_\_\_\_  
FECHA Y HORA

### CASOS DE EMERGENCIA

En la ciudad de RIONEGRO, siendo las (HORA) 16:55 del día (DD-MM-AÑO) 02/10/2023, en calidad de médico tratante, declaro que estoy atendiendo la urgencia vital del paciente que hasta el momento ha sido identificado como (NOMBRE): Narta Luz López de Aguado con el que está siendo atendido o persona por identificar) cuyo documento de identidad disponible es (TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO): CC 21323446 con el que está siendo atendido, o número de historia clínica en el caso de persona sin identificar), quien cursa con diagnósticos de: choque hemorrágico y con quien no se ha podido efectuar el proceso de consentimiento informado, debido a (estado crítico). En consecuencia:

A. Certifico que, tras revisar las pertenencias del paciente, no hemos encontrado ningún documento o evidencia que me impida la realización de este procedimiento.

B. Certifico que la demora en administrar esta transfusión pondría en grave peligro la salud o la vida del paciente.

C. Procederé a realizar la transfusión bajo el principio ético de beneficencia.

D. Una vez el paciente esté en condiciones de recibir la información se le proporcionará retrospectiva, explicándole el tratamiento requerido e incluyendo todo lo pertinente al acto transfusional efectuado.

NOMBRE DEL MÉDICO: Rosaura Dagaud A. NÚMERO DE REGISTRO MÉDICO: 5-5120-12

FIRMA (Firma) FECHA Y HORA: 02/10/2023 16:55

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PRUEBA DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA</b>	<b>CÓDIGO</b>	LC.FORM.1
		<b>VERSIÓN</b>	05
		<b>Fecha de elaboración y/o actualización:</b> 22-08-2022	

<b>Fecha:</b> 02/10/2023	<b>Servicio:</b> UCCA.
<b>Nombres:</b> Marta Luz	<b>Apellidos:</b> Lopez de Agudelo.
<b>Identificación:</b> 21323446	<b>Edad:</b> 83a.

Al ingresar voluntariamente para un tratamiento médico a SOMER S.A., acepto que he sido admitido para buscar de manera conjunta entre el personal de salud de la clínica, y con la participación activa de mi parte y de mis familiares, la solución a mis quebrantos de salud.

Estoy enterado que en cada uno de los procedimientos que van a realizar, tendré la información necesaria, oportuna y clara para tomar una decisión libre sobre la aceptación de permitir o no su realización y en todo momento y bajo ninguna presión, se respetará mi derecho a disentir, objetar, rechazar, o renovar cualquiera de las propuestas de tratamiento ofrecidas, en virtud de lo normado en el artículo 15 de la ley 23 de 1981 en lo que tiene que ver con el consentimiento informado.

**1. ¿Qué se va a hacer?**

Me van a realizar una prueba para detectar si tengo anticuerpos o antígenos en mi sangre para el virus de la inmunodeficiencia humana.

**2. ¿Para qué se va a realizar la prueba?**

Me explicaron que es un examen de laboratorio con el fin de determinar si estoy infectado con el virus de la inmunodeficiencia humana, puede ser para tamizaje, presuntivo (sospecha) o diagnóstico según la orden del médico.

**3. ¿Quién va a realizar la prueba?**

Me explicaron que será sangrado por una profesional de laboratorio y la muestra será analizada por un bacteriólogo.

**4. ¿Cómo se va a realizar?**

Me explicaron que la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana consiste en sacar sangre por medio de una punción en la vena y que la muestra será analizada en equipos especializados para este tipo de análisis.

**5. ¿Cuáles son los riesgos que se pueden presentar?**

Me explicaron que al sacarme sangre del brazo ocasionalmente se pueden presentar hematomas que se reabsorberán en horas y ocasionalmente hay personas sensibles a la extracción de sangre y que se marean transitoriamente.

Me hablaron sobre los **FALSOS POSITIVOS** que significa que la prueba presuntiva fue positiva, pero al confirmarla con una prueba más específica da **NEGATIVA**. Estos se presentan por: presencia en la sangre de otros anticuerpos inespecíficos que hacen reacción cruzada con la prueba pero que no son relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana.

**FALSOS NEGATIVOS O INDETERMINADOS** en los cuales no se detecta anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana en la prueba presuntiva, aún cuando el virus está presente, se llama **PERÍODO DE VENTANA INMUNOLÓGICA** (intervalo entre la infección por el virus del sida y la detección de anticuerpos anti-virus de la inmunodeficiencia humana en la sangre), sucede cuando la cantidad de anticuerpos no es suficiente para ser detectado estando infectado. En este período es importante que la persona no pase por ninguna situación de riesgo, pues si realmente estuviese infectada, ya podrá transmitir el virus a otras personas. Se hace necesario repetir la prueba en dos o tres semanas o en el caso de ser una prueba confirmatoria con resultado indeterminado debe ser en 3 meses.

En caso de que su diagnóstico sea reactivo o positivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
REALIZAR PRUEBA DEL VIRUS DE LA  
INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

CÓDIGO	LC.FORM.1
VERSIÓN	05
Fecha de elaboración y/o actualización: 22-08-2022	

Me explicaron que un resultado positivo puede llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión, ante esta situación me sugieren que además de la consejería posprueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnóstico puede llegar a generar.  
Me informaron que todos los integrantes del equipo de salud del laboratorio de SOMER S.A., tienen la obligación de mantener la confidencialidad del diagnóstico y mi estado de salud en general, garantizándome el derecho fundamental a la intimidad.

**CONSENTIMIENTO**

**Declaro que he leído y entendido el texto anterior, voluntariamente doy mi consentimiento para la realización de la prueba**, me han explicado lo suficiente, he tenido la oportunidad de solicitar información y pedir aclaraciones sobre todo aquello que no entendí o tuve duda recibiendo explicaciones claras, sencillas y satisfactorias.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
D.I.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
D.I.

Marcela Diana Fajal  
\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DEL  
PROCEDIMIENTO

(Firma)  
\_\_\_\_\_  
Firma

8-8120-12  
\_\_\_\_\_  
D.I.

**DISENTIMIENTO**

Después de haber sido ampliamente informado sobre la prueba de estímulo y haber tenido oportunidad de discutir con el médico tratante lo relacionado con el tratamiento o intervención propuesta, he tomado la decisión de manera libre y voluntaria de:

**DISENTIR (NO ACEPTAR) \_\_\_\_\_ REVOCAR (CAMBIAR DE OPINIÓN) \_\_\_\_\_**, aun conociendo las posibles implicaciones posibles para mi estado de salud y/o para la evolución de mi enfermedad.

**SOMER S.A., se compromete a continuar prestando una atención integral independiente de la decisión tomada por usted.**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
D.I.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
D.I.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DEL  
PROCEDIMIENTO

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
D.I.





ENCUESTA PARA LA REALIZACION DE  
TOMOGRAFÍAS SIMPLES O  
CONTRASTADAS

CÓDIGO	IMA.FORM.19
VERSIÓN	01
Fecha de elaboración y/o actualización: 11-08-2017	

- Metformina Si  No
- Interleukina 2 Si  No
- AINES Si  No
- Aminoglicósidos Si  No
- B bloqueadores Si  No

Lo han operado de algo? Si  No  de  
que? \_\_\_\_\_

Ha tenido algún trauma en el sitio del estudio anteriormente? \_\_\_\_\_

Si usted considera que el medico radiólogo debe saber algo importante de su historia clínica, por favor consígnelo acá:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quien realiza la encuesta \_\_\_\_\_ Firma del  
paciente Yamir Pacheco Toro



**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS DIAGNÓSTICOS  
CON MEDIO DE CONTRASTE**

CÓDIGO	IMA.FORM.8
VERSIÓN	04
Fecha de elaboración y/o actualización: 23-10-2017	

Fecha: 02/10/23.	Servicio: UYA.
Nombres: María Luz	Apellidos: Acosta
Identificación: 21323446	Edad: 88 años

Estoy enterado que en cada uno de los procedimientos que van a realizar, tendré la información necesaria, oportuna y clara para tomar una decisión libre sobre la aceptación de permitir o no su realización y en todo momento y bajo ninguna presión, se respetará mi derecho a disentir, objetar, rechazar o renovar cualquiera de las propuestas de tratamiento ofrecidas.

El procedimiento a realizar es:

URGENTE \_\_\_ AMBULATORIO \_\_\_ HOSPITALIZADO

Durante el examen debo seguir las recomendaciones que da el médico, el personal técnico o de enfermería como: quitarse cualquier objeto metálico, toser, respirar profundo, contener la respiración, quedarse quieto, llegar acompañado.

**1. Qué se va a hacer? (Nombre del estudio o procedimiento a realizar)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Histerosalpingografías                    | <input type="checkbox"/> Fistulografías      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tomografía Axial Computarizada | <input type="checkbox"/> Colon por Enema     |
| <input type="checkbox"/> Cistouretrografía miccional               | <input type="checkbox"/> Esofagografía       |
| <input type="checkbox"/> Sialografías                              | <input type="checkbox"/> Urografía Excretora |
| <input type="checkbox"/> Resonancia Nuclear Magnética              | <input type="checkbox"/> Tránsito Intestinal |

**2. Para qué se va a realizar el estudio? (Beneficios)**

Me informaron que los estudios y procedimientos radiológicos (Imagenológicos) son un apoyo para el diagnóstico de mi enfermedad y ayudan a decidir qué tipo de tratamiento o procedimiento debo seguir, son exámenes que se realizan para observar en un tiempo determinado la actividad y anatomía de los órganos. Algunos requieren la utilización de medios de contraste, sustancias químicas que ayudan a ver mejor el funcionamiento de los órganos y se dan por vía oral, rectal (ano), intravenosa (dentro de la vena) o intra medular (en la columna vertebral).

**3. Quién va a realizar el Estudio y su Interpretación?**

Especialista en Radiología.

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

SOMER S.A. Le informa que los datos personales recopilados en este documento, que usted nos autoriza a tratar, se utilizan para otorgar su CONSENTIMIENTO INFORMADO; además de las finalidades establecidas en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales la cual podrá ser consultada en la página web [www.clinicasomer.com](http://www.clinicasomer.com). Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

#### 4. Cómo se va a realizar? (Realice un esquema y descripción que pueda entender el paciente)

Entiendo que se me puede realizar acostado o de pie, frente a un equipo que emite (difunde,) rayos X, los cuales pasan a través de mi cuerpo, y se registran en un monitor y/o en un acetato (placa), lo que permite se pueda visualizar en detalle la parte de mi cuerpo que se está estudiando, otras como la resonancia utiliza un campo magnético que no emite radiación, pero requiere unas precauciones especiales que se darán según los antecedentes personales.

Me explicaron que algunos estudios especiales requieren ayuno, laxantes o la administración de medios de contraste.

#### 5. Cuáles son los Riesgos que se pueden presentar?

- Entiendo que si estoy embarazada debo informar inmediatamente, porque las dosis acumuladas de Rayos X puede ocasionar malformaciones congénitas en el feto, sobre todo durante los 3 primeros meses del embarazo. En Resonancia, durante todo el embarazo, debo tener un consentimiento médico para la realización de la resonancia y para la aplicación de medio de contraste.
- Que el medio de contraste utilizado para los estudios especiales puede producir alergias que van desde leves a severas (rasquiña, tos, choque anafiláctico incluso la muerte), que además pueden causar daño en los riñones y por eso el control con examen de creatinina.
- Que si me voy a someter a un estudio con medio de contraste inyectado dentro de la médula, requiero reposo en cama durante 72 horas, y que existe la posibilidad de tener dolor de cabeza, el cual es tratable.
- Además que aunque el estudio no genera dolor, se me debe canalizar una vena para inyectar el medio de contraste y podré presentar molestias como náuseas, sabor metálico en la boca y sensación de calor producido por las sustancias aplicadas.
- Que en los estudios digestivos (colon, esófago, tránsito intestinal) puedo presentar dolor, diarrea, perforación, fistula y sangrado digestivo.
- Que para los estudios de útero (matriz) y trompas de Falopio puedo presentar dolor, perforación, embolización (masa sólida, líquida o gaseosa que se desprende viajando por los vasos, produciendo obstrucción), neumoperitoneo (aire en el espacio abdominal) y sangrado.
- Que los estudios de la Glándula parótida puedo presentar infección, dolor, sialoadenitis (Inflamación glándulas salivales).

#### 6. En quiénes no se realizan los estudios?

Durante embarazo y alergia al medio de contraste

#### 7. Qué riesgos específicos pueden presentarse fuera de los ya descritos? (Propios por especialidad y por paciente)

Por mis antecedentes personales, el (la) médico (a) me ha explicado; que presento los siguientes riesgos adicionales:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

#### 8. Qué otras alternativas existen y están disponibles?

En la mayoría de los estudios radiológicos (Imagenológicas) no existen alternativas, se complementan con otros medios de diagnóstico por imagen.

#### AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

SOMER S.A. Le informa que los datos personales recopilados en este documento, que usted nos autoriza a tratar, se utilizan para otorgar su CONSENTIMIENTO INFORMADO; además de las finalidades establecidas en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales la cual podrá ser consultada en la página web [www.clinicasomer.com](http://www.clinicasomer.com). Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

## 9. Considera que requiere información adicional? (Anotar aclaraciones adicionales)

Si usted decide someterse a este tipo de examen, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Cuénteles a su médico todos los aspectos relacionados con su salud.
- Cerciórese de que entendió la indicación, utilidad, características y riesgos del examen. Si le queda alguna duda, pregúntele a su médico.
- Al solicitar la cita para el examen, es conveniente que usted le cuente a la persona encargada de los antecedentes más importantes de su salud, para evitar que se programe el examen con riesgos innecesarios, por ejemplo: los problemas renales, hipertensión arterial, alergia a la comida de mar, alergia a los medios de contraste, diabetes, etc.
- Durante el examen debe seguir las recomendaciones que le da el médico, el personal de técnicos o de enfermería como toser, respirar profundo, contener la respiración, etc.
- Después del examen, si no se presentan complicaciones puede realizar su vida normal. Si existen complicaciones mayores deberá seguir las indicaciones médicas del caso.

Si una vez leído este documento usted tiene alguna duda, pregunte a los encargados de practicarle el examen para que le sea resuelta oportunamente.

## 10. Autorizaciones adicionales

**CONVENIO DOCENCIA-ASISTENCIAL:** Conozco que SOMER S.A., dentro de sus políticas institucionales cuenta con personal en entrenamiento debidamente supervisado que debe contar con mi autorización por escrito para la realización de cualquier procedimiento necesario en su práctica clínica, para el acceso a mis datos clínicos y para ser interrogado y examinado. Artículo 3 Ley 2376 de 2010.

Autorizo SI \_\_\_ NO \_\_\_ NA \_\_\_

**PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN:** Autorizo participación en estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos como revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios, en donde no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los paciente que participan. Resolución 8430 de 1993. Autorizo obtener fotografías, videos o cualquier tipo de registro gráfico antes, durante o después del procedimiento que se me realizará, material que después puede utilizarse con fines académicos, en ámbitos científicos, **garantizando absoluta confidencialidad de datos personales.**

Autorizo SI \_\_\_ NO \_\_\_ NA \_\_\_

**OTROS:** Además autorizo voluntaria y permanentemente a Somer S.A en calidad de institución prestadora de salud entregar copia de la Historia Clínica y anexos a otras entidades para efectos de auditoría, esta autorización facilita que la clínica pueda realizar actividades como: comités institucionales, auditorías internas, efectuar el cobro de los servicios prestados, prueba ante un proceso judicial entre otros. Resolución 1995/1999, 837/2017.

Autorizo SI \_\_\_ NO \_\_\_ NA \_\_\_

He entendido las condiciones y objetivos de los estudios, estoy satisfecho(a) con la información recibida, fue clara y sencilla, y me han dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos que conllevan los estudios, por tanto permito su realización.

### AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

SOMER S.A. Le informa que los datos personales recopilados en este documento, que usted nos autoriza a tratar, se utilizan para otorgar su CONSENTIMIENTO INFORMADO; además de las finalidades establecidas en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales la cual podrá ser consultada en la página web [www.clinicasomer.com](http://www.clinicasomer.com). Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

**CONSENTIMIENTO:**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ D.I. \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Firma Norma Rebeca Torres Parentesco Enfermera D.I. 1053790278

NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO \_\_\_\_\_

Firma Juan David Vasquez D.I. 1128436424

Después de haber sido ampliamente informado sobre el estudio a realizar y haber tenido oportunidad de discutir con el médico tratante lo relacionado con el tratamiento o intervención propuesta, he tomado la decisión de manera libre y voluntaria de: **DISENTIR (NO ACEPTAR)** \_\_\_\_\_ **REVOCAR (CAMBIAR DE OPINIÓN)** \_\_\_\_\_, Aun conociendo las posibles implicaciones posibles para mi estado de salud y/o para la evolución de mi enfermedad.

**SOMER S.A., se compromete a continuar prestando una atención integral independiente de la decisión tomada por usted.**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ D.I. \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ D.I. \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ D.I. \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

SOMER S.A. Le informa que los datos personales recopilados en este documento, que usted nos autoriza a tratar, se utilizan para otorgar su CONSENTIMIENTO INFORMADO; además de las finalidades establecidas en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales la cual podrá ser consultada en la página web [www.clinicasomer.com](http://www.clinicasomer.com). Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

CÓDIGO	GENF.FORM.8
VERSIÓN	04
Fecha de elaboración y/o actualización: 19-02-2018	

Fecha: 01-10-2023	Servicio: CIRUGIA
Nombres: MARTA LUZ	Apellidos: LOPEZ DE AGUDELO
Identificación: 21323446	Edad: 83

Al ingresar voluntariamente para un tratamiento médico a SOMER S.A, acepto que he sido admitido para buscar de manera conjunta entre el personal de salud de la clínica y con la participación activa de mi parte y de mis familiares, la solución a mis quebrantos de salud.

Soy consciente que voy a ser sometido a una serie de actividades médicas y de enfermería, que buscan, la recuperación de un estado óptimo de salud, pero que en ningún caso, se puede garantizar que el resultado final será la curación total de mis problemas de salud, puesto que influyen un sin número de situaciones imprevistas que pueden presentarse.

Estoy enterado que en cada uno de los procedimientos que van a realizar, tendré la información necesaria, oportuna y clara para tomar una decisión libre sobre la aceptación de permitir o no su realización y en todo momento y bajo ninguna presión, se respetará mi derecho a disentir, objetar, rechazar o renovar cualquiera de las propuestas de tratamiento ofrecidas entre ellas manejo intrahospitalario o domiciliario.

El procedimiento a realizar es en:

HOSPITALIZACIÓN  ATENCIÓN DOMICILIARIA

**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE Y SI ES PRECISO, SOLICITE MAYOR INFORMACIÓN PARA ACLARAR SUS DUDAS.**

**1. VENOPUNCIÓN:** Administración de medicamentos por medio de inyecciones intramusculares o Intravenosos, puncionando una o varias veces las venas hasta localizarlas con agujas o catéteres, venas de brazos, pies, cuello o tórax para suministrar medicamentos o tomar muestras de sangre.

- Si la administración es por **VÍA MUSCULAR:** (Punción en un músculo) se puede correr el riesgo de: Daño de vena, arteria y/o nervio, infección del sitio de punción, múltiples punciones por obstrucción de la aguja, hematoma (Acumulación de sangre debajo de la piel), dolor y reacciones alérgicas imprevistas.

- Si la administración es **VÍA VENOSA:** (Punción de una vena), se puede correr el riesgo de: extravasación (salida del medicamento por fuera de la vena con hinchazón y dolor), Hematoma (Acumulación de sangre debajo de la piel y alrededor de la vena), flebitis (Inflamación de la vena), infección de la vena, reacciones alérgicas imprevistas, dolor en la vena, irritación de la vena por el tipo de medicamento utilizado, trombosis de la vena (obstrucción por coágulos en el interior de la vena).

- Si la administración es **VÍA SUB CUTANEA** (Punción de la piel y la grasa que se encuentra debajo), se puede correr el riesgo de: Hematoma (Acumulación de sangre debajo de la piel y la grasa), infección del sitio de punción, reacción alérgica.

**2. Colocación y retiro de SONDAS O CATÉTERES** en diferentes sitios del cuerpo.

a. **NASOGÁSTRICAS:** Colocación de una sonda desde la nariz hasta el estómago para descomprimirlo, tomar muestras, suministrar medicamentos o alimentación, con el riesgo de: Broncoaspiración (paso del material gástrico a los pulmones produciendo daño e infección), perforación del esófago, epistaxis (Sangrado por nariz), daño del tabique de la nariz.

b. **VESICAL:** Colocación de una sonda en la vejiga para eliminación de orina o sangre con el riesgo de: Perforación de la uretra (Orificio por donde sale orina), infección de la uretra y la vejiga, obstrucción de la sonda por sangre o torsión.

**3. LIMPIEZA DE LA PIEL:** (Asepsia) utilizando diferentes productos químicos que pueden irritar o producir alergia.

**4. TRASLADO:** En silla de ruedas o camillas rodantes desde o hacia un servicio de la Clínica con el riesgo de: caída.

**5. ENEMAS RECTALES:** Colocación de un catéter con líquido por el ano para facilitar la deposición con el riesgo de daño del recto y posible sangrado.

**6. PUNCIÓNES ARTERIALES:** Punción de una arteria, con el riesgo de: sangrado, hematoma (Acumulación de sangre debajo de la piel y alrededor de la arteria), infección del sitio puncionado, daño de un nervio, trombosis de la arteria (coágulos en el interior de la arteria)

**7. SUJECIÓN MECÁNICA:** Inmovilización parcial o total de pacientes por su propia seguridad y/o de los demás, con el riesgo lesiones en la piel (Heridas, laceraciones, morados), daño vascular (vena o arteria), daño nervio.

**8. PICC, CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA:** (Punción de una vena periférica que llega a la vena subclavia), se puede correr el riesgo de: punción accidental de estructuras vecinas, arteria, nervio, Hematomas (Acumulación de sangre debajo de la piel y alrededor de la vena), flebitis (Inflamación de la vena), Bacteremia (Infección generalizada), reacciones alérgicas, dolor en la vena, irritación de la vena por el tipo de medicamento utilizado, trombosis de la vena (coágulos en el interior de la vena) y linfedema (Obstrucción vía linfática), mal posicionamiento con lesión de estructuras cardíacas.

**9. FLEBOTOMÍA:** Sacar sangre para disminuir cantidad de glóbulos rojos circulantes.

**10. AUTORIZACIONES ADICIONALES:**

**CONVENIO DOCENCIA-ASISTENCIAL:** Conozco que SOMER S.A., dentro de sus políticas institucionales cuenta con personal

#### AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

SOMER S.A. Le informa que los datos personales recopilados en este documento, que usted nos autoriza a tratar, se utilizan para otorgar su CONSENTIMIENTO INFORMADO; además de las finalidades establecidas en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales la cual podrá ser consultada en la página web [www.clinicasomer.com](http://www.clinicasomer.com). Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

en entrenamiento debidamente supervisado que debe contar con mi autorización por escrito para la realización de cualquier procedimiento necesario en su práctica clínica, para el acceso a mis datos clínicos y para ser interrogado y examinado. Artículo 3, Ley 2376 de 2010.

Autorizo SI  NO  NA

**PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN:** Autorizo participación en estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos como revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios, en donde no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los pacientes que participan. Resolución 8430 de 1993.

Autorizo obtener fotografías, videos o cualquier tipo de registro gráfico antes, durante o después del procedimiento que se me realizará, material que después puede utilizarse con fines académicos, en ámbitos científicos, **garantizando absoluta confidencialidad de datos personales.**

Autorizo SI  NO  NA

**OTROS:** Además autorizo voluntaria y permanentemente a Somer S.A en calidad de institución prestadora de salud entregar copia de la Historia Clínica y anexos a otras entidades para efectos de auditoría, esta autorización facilita que la clínica pueda realizar actividades como: comités institucionales, auditorías internas, efectuar el cobro de los servicios prestados, prueba ante un proceso judicial entre otros. Resolución 1995/1999, 837/2017.

Autorizo SI  NO  NA

**DECLARO:** He leído y entendido el texto anterior, voluntariamente doy mi consentimiento con fines de tratamiento en SOMER S.A, he sido interrogado y examinado, he suministrado información real y verídica respecto a condición clínica, me han explicado y documentado sobre el procedimiento o examen que se me va a realizar, sobre sus principales riesgos y beneficios, sobre las diferentes alternativas disponibles y cuidados posteriores que debo tener en cuenta.

**CONSENTIMIENTO**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma Luz Lopez A D.I. 21.323.446

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ D.I. \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Firma Juan Felipe Pedro Varona D.I. 1007445907

Después de haber sido ampliamente informado sobre él o los procedimientos y haber tenido oportunidad de discutir con el médico tratante lo relacionado con el tratamiento o intervención propuesta, he tomado la decisión de manera libre y voluntaria de: **DISENTIR (NO ACEPTAR)** \_\_\_\_\_ **REVOCAR (CAMBIAR DE OPINIÓN)** \_\_\_\_\_, aún conociendo las posibles implicaciones posibles para mi estado de salud y/o para la evolución de mi enfermedad.

**SOMER S.A., se compromete a continuar prestando una atención integral independiente de la decisión tomada por usted.**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma \_\_\_\_\_ D.I. \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ D.I. \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Firma \_\_\_\_\_ D.I. \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

**SOMER S.A.** Le informa que los datos personales recopilados en este documento, que usted nos autoriza a tratar, se utilizan para otorgar su **CONSENTIMIENTO INFORMADO**; además de las finalidades establecidas en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales la cual podrá ser consultada en la página web [www.clinicasomer.com](http://www.clinicasomer.com). Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PRUEBA DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA</b>	<b>CÓDIGO</b>	LC.FORM.1
		<b>VERSIÓN</b>	05
		<b>Fecha de elaboración y/o actualización:</b> 22-08-2022	

<b>Fecha:</b> 02/10/2023	<b>Servicio:</b> UCCA
<b>Nombres:</b> Marta Luz	<b>Apellidos:</b> Lopez de Agudelo
<b>Identificación:</b> 21322446	<b>Edad:</b> 83a.

Al ingresar voluntariamente para un tratamiento médico a SOMER S.A., acepto que he sido admitido para buscar de manera conjunta entre el personal de salud de la clínica, y con la participación activa de mi parte y de mis familiares, la solución a mis quebrantos de salud.

Estoy enterado que en cada uno de los procedimientos que van a realizar, tendré la información necesaria, oportuna y clara para tomar una decisión libre sobre la aceptación de permitir o no su realización y en todo momento y bajo ninguna presión, se respetará mi derecho a disentir, objetar, rechazar, o renovar cualquiera de las propuestas de tratamiento ofrecidas, en virtud de lo normado en el artículo 15 de la ley 23 de 1981 en lo que tiene que ver con el consentimiento informado.

**1. ¿Qué se va a hacer?**

Me van a realizar una prueba para detectar si tengo anticuerpos o antígenos en mi sangre para el virus de la inmunodeficiencia humana.

**2. ¿Para qué se va a realizar la prueba?**

Me explicaron que es un examen de laboratorio con el fin de determinar si estoy infectado con el virus de la inmunodeficiencia humana, puede ser para tamizaje, presuntivo (sospecha) o diagnóstico según la orden del médico.

**3. ¿Quién va a realizar la prueba?**

Me explicaron que será sangrado por una profesional de laboratorio y la muestra será analizada por un bacteriólogo.

**4. ¿Cómo se va a realizar?**

Me explicaron que la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana consiste en sacar sangre por medio de una punción en la vena y que la muestra será analizada en equipos especializados para este tipo de análisis.

**5. ¿Cuáles son los riesgos que se pueden presentar?**

Me explicaron que al sacarme sangre del brazo ocasionalmente se pueden presentar hematomas que se reabsorberán en horas y ocasionalmente hay personas sensibles a la extracción de sangre y que se marean transitoriamente.

Me hablaron sobre los **FALSOS POSITIVOS** que significa que la prueba presuntiva fue positiva, pero al confirmarla con una prueba más específica da **NEGATIVA**. Estos se presentan por: presencia en la sangre de otros anticuerpos inespecíficos que hacen reacción cruzada con la prueba pero que no son relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana.

**FALSOS NEGATIVOS O INDETERMINADOS** en los cuales no se detecta anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana en la prueba presuntiva, aun cuando el virus está presente, se llama **PERÍODO DE VENTANA INMUNOLÓGICA** (intervalo entre la infección por el virus del sida y la detección de anticuerpos anti-virus de la inmunodeficiencia humana en la sangre), sucede cuando la cantidad de anticuerpos no es suficiente para ser detectado estando infectado. En este período es importante que la persona no pase por ninguna situación de riesgo, pues si realmente estuviese infectada, ya podrá transmitir el virus a otras personas. Se hace necesario repetir la prueba en dos o tres semanas o en el caso de ser una prueba confirmatoria con resultado indeterminado debe ser en 3 meses.

En caso de que su diagnóstico sea reactivo o positivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
REALIZAR PRUEBA DEL VIRUS DE LA  
INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

CÓDIGO	LC.FORM.1
VERSIÓN	05
Fecha de elaboración y/o actualización: 22-08-2022	

Me explicaron que un resultado positivo puede llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión, ante esta situación me sugieren que además de la consejería posprueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnóstico puede llegar a generar.  
Me informaron que todos los integrantes del equipo de salud del laboratorio de SOMER S.A., tienen la obligación de mantener la confidencialidad del diagnóstico y mi estado de salud en general, garantizándome el derecho fundamental a la intimidad.

**CONSENTIMIENTO**

**Declaro que he leído y entendido el texto anterior, voluntariamente doy mi consentimiento para la realización de la prueba**, me han explicado lo suficiente, he tenido la oportunidad de solicitar información y pedir aclaraciones sobre todo aquello que no entendí o tuve duda recibiendo explicaciones claras, sencillas y satisfactorias.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
D.I.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
D.I.

Marcela Dugand Fugao  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DEL  
PROCEDIMIENTO

[Firma]  
Firma

S-8120-12  
D.I.

**DISENTIMIENTO**

Después de haber sido ampliamente informado sobre la prueba de estímulo y haber tenido oportunidad de discutir con el médico tratante lo relacionado con el tratamiento o intervención propuesta, he tomado la decisión de manera libre y voluntaria de:

**DISENTIR (NO ACEPTAR)** \_\_\_\_\_ **REVOCAR (CAMBIAR DE OPINIÓN)** \_\_\_\_\_, aun conociendo las posibles implicaciones posibles para mi estado de salud y/o para la evolución de mi enfermedad.

**SOMER S.A., se compromete a continuar prestando una atención integral independiente de la decisión tomada por usted.**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
D.I.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
D.I.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DEL  
PROCEDIMIENTO

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
D.I.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES  
SANGUÍNEOS**

CÓDIGO	TSG.FORM.3
VERSIÓN	05
Fecha de elaboración y/o actualización: 01-11-2022	

Fecha y hora: 02/10/2023 16:50	Servicio: UCCA.
Nombres del paciente: Marta Luz	Apellidos del paciente: López de Agudelo.
Identificación. Tipo de documento: CC	Número de documento 21323446.
Edad: 83a.	Religión: No conocida.

Estoy enterado que en cada uno de los procedimientos que van a realizar, tendré la información necesaria, oportuna y clara para tomar una decisión libre sobre la aceptación de permitir o no su realización y en todo momento y bajo ninguna presión, se respetará mi derecho a disentir, objetar, rechazar, o renovar cualquiera de las propuestas de tratamiento ofrecidas.

EL MÉDICO: Marcela Dugand Angel, me ha informado que en el curso de mi tratamiento para: dirope hemorrágico, necesito la transfusión de uno o varios hemocomponentes, para lo cual se me ha informado lo siguiente.

**1. ¿Qué se va a hacer?**

Me van a poner sangre (transfusión) o uno de sus componentes de acuerdo con lo que el médico responsable de mi tratamiento ordene y me la transfunden según mi condición clínica las veces que sea necesario durante mi hospitalización. Se me ha comunicado que la sangre a transfundir procede de donantes voluntarios; que a cada bolsa se le han realizado las pruebas o análisis que marca la legislación vigente para descartar la presencia de Hepatitis B (AgS y anti core) y C, VIH I y II (Virus del SIDA), Sífilis, Chagas y HTLV, en caso necesario se investiga malaria, se detectan anticuerpos contra otros grupos sanguíneos que no son el ABO ni el RH (anticuerpos irregulares) y que la sangre que se me va a aplicar es compatible con la mía.

**2. ¿Para qué se va a realizar la transfusión? (beneficios de realizar el procedimiento)**

Entiendo que me hacen la transfusión para corregir en forma parcial o total la deficiencia de sangre o de otros elementos presentes en ella, buscando mejorar mi estado de salud y eventualmente salvarme la vida cuando el caso es severo.

**3. ¿Quién va a realizar la transfusión?**

Me explicaron que es un procedimiento donde interviene el personal del banco de sangre, médicos y enfermeras del servicio.

**4. ¿Cómo se va a realizar la transfusión?**

Me explicaron que la transfusión de sangre y/o de sus componentes se hace con la aplicación dentro de la vena, de una o varias bolsas de sangre o sus componentes (plasma, plaquetas, glóbulos rojos, crioprecipitado), con el fin de suplir la deficiencia de alguno o algunos de ellos y que solamente la prescriben los médicos cuando es absolutamente necesaria.

**5. ¿Cuáles son los riesgos que se pueden presentar en la transfusión?**

Estoy enterado que la transfusión de cualquier componente de la sangre puede producir reacciones alérgicas, erupciones en la piel, escalofríos, temblor, malestar, y otros síntomas, generales de intensidad y frecuencia variables. Estos síntomas y signos generalmente desaparecen al interrumpir o disminuir la velocidad de la transfusión y se presentan con mayor frecuencia si he recibido transfusiones previas.

Me han informado que en raras ocasiones se producen reacciones de gran severidad que descontrolan el organismo y que pueden llegar a ocasionar la muerte (este estado se denomina shock anafiláctico), se me ha indicado que el equipo médico responsable de la transfusión está debidamente preparado para intervenir adecuadamente en todos estos casos.

Me informaron que a pesar de las pruebas realizadas existe el riesgo de que por cada millón de transfusiones pueda haber 5 contagios de HIV (SIDA), 10 contagios de Hepatitis B, 300 contagios de Hepatitis C y Sífilis, 500 contagios de Chagas y Malaria, y 0.3 contagios de HTLV 1 y 2 en zonas endémicas.

Sé, que para tratar de disminuir al máximo la posibilidad de que estas infecciones y reacciones se produzcan, se hace una serie de pruebas en el laboratorio, así como análisis combinados entre la sangre que se va a transfundir y la que yo tengo.

Que, para mi caso, mis riesgos son: Ninguno adicional.

**6. ¿Qué alternativas diferentes tengo de manejo si no acepto la transfusión?**

Me informaron que cuando se envía una transfusión de sangre o de sus derivados es porque no hay otras alternativas que sean más convenientes para tratar la enfermedad que tengo o la situación clínica que he presentado. Para mi caso **NO** hay otras alternativas que me puedan brindar.

**7. ¿Qué consecuencias pueden presentarse si no acepto la transfusión?**

Si no se lleva a cabo la transfusión se puede retrasar o impedir que haya mejoría o recuperación de su estado de salud alterado, en casos de emergencia puede implicar la muerte.

**8. ¿Considera que requiere información adicional?**

Me han comunicado que los riesgos de hacerme la transfusión son menores que los que pueden presentarse si mi estado de salud empeora. Me avisaron de algunas reacciones que se pueden presentar tardíamente, incluso luego de salir de la clínica. Sé que tengo el deber de informar en el momento de la transfusión cualquier malestar que esté sintiendo. Se me informó que en cualquier momento puedo solicitar más información que requiera o que puedo negarme a más transfusiones en el momento que lo considere.

**9. Autorizaciones adicionales**

Me informaron que antes de la realización del procedimiento de transfusión se requiere realización de prueba de VIH, por lo cual firmare consentimiento informado adicional donde autorizaré la realización de dicha prueba.

He entendido las condiciones y objetivos de la **TRANSFUSIÓN** que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, estoy satisfecho con la información recibida con un lenguaje claro y sencillo, y me han dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos que conlleva la **TRANSFUSIÓN**, además autorizo me suministren los tratamientos necesarios en caso de alguna reacción o complicación que se presente.

**10. He revisado todos los espacios del documento y están debidamente diligenciados.**

**Después de haber sido ampliamente informado sobre la transfusión y haber tenido oportunidad de discutir con el médico tratante lo relacionado con el tratamiento o intervención propuesta, he tomado la decisión de manera libre y voluntaria de:**

**AUTORIZO** al personal médico de la institución para realizar las transfusiones necesarias durante mi estancia hospitalaria.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE y/o REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
PARENTESCO

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA Y HORA

\_\_\_\_\_  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD (tipo y número)

**DISENTIMIENTO O NEGATIVA**

YO: \_\_\_\_\_ **RECHAZO Y NO AUTORIZO** recibir sangre o cualquier hemocomponente. Tuve la oportunidad de realizar preguntas y mis dudas se resolvieron. Entiendo las consecuencias de no recibir transfusión de los hemocomponentes, de acuerdo con la explicación que recibí y liberó a la entidad (Clínica SOMER) de cualquier responsabilidad en relación con no realizar la transfusión que el médico tratante consideró indicada para mi tratamiento.

**SOMER S.A se compromete a continuar prestando una atención integral independiente de la decisión tomada por usted.**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE y/o REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
PARENTESCO

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA Y HORA

\_\_\_\_\_  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD (tipo y número)

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO:**

He explicado todos los aspectos necesarios para que el paciente o representante autorizado tome una decisión informada con el derecho de negar la transfusión o de interrumpirla en cualquier momento del tratamiento. Se han analizado los riesgos que conlleva rechazar el procedimiento. Se presentaron las alternativas generales a la transfusión y por qué éstas no son convenientes en este momento. Se contestaron todas las preguntas hechas por el paciente o su representante autorizado. Se ha analizado el procedimiento a fondo con el paciente o representante autorizado y éste da su consentimiento para la transfusión de sangre o sus componentes.

Marcela Dignaud Angel  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO

S-8120-12  
NÚMERO REGISTRO MÉDICO

(Firma)  
FIRMA

02/10/2023 16:55  
FECHA Y HORA

**REVOCATORIA O ANULACIÓN:**

Con el presente yo \_\_\_\_\_ manifiesto que **REVOCO** el consentimiento para transfusión firmado previamente, aun conociendo las posibles consecuencias para mi salud al tomar esta decisión.  
Motivo de la revocatoria: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
PARENTESCO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DOCUMENTO (tipo y número) FECHA Y HORA

**CASOS DE EMERGENCIA**

En la ciudad de RIONEGRO, siendo las (HORA) 16:55 del día (DD-MM-AÑO) 02/10/2023, en calidad de médico tratante, declaro que estoy atendiendo la urgencia vital del paciente que hasta el momento ha sido identificado como (NOMBRE): Marta Luz López de Agudelo con el que está siendo atendido o persona por identificar) cuyo documento de identidad disponible es (TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO): CC 21323446 con el que está siendo atendido, o número de historia clínica en el caso de persona sin identificar), quien cursa con diagnósticos de: choque hemorrágico y con quien no se ha podido efectuar el proceso de consentimiento informado, debido a (estado crítico). En consecuencia:

- A. Certifico que, tras revisar las pertenencias del paciente, no hemos encontrado ningún documento o evidencia que me impida la realización de este procedimiento.
- B. Certifico que la demora en administrar esta transfusión pondría en grave peligro la salud o la vida del paciente.
- C. Procederé a realizar la transfusión bajo el principio ético de beneficencia.
- D. Una vez el paciente esté en condiciones de recibir la información se le proporcionará retrospectiva, explicándole el tratamiento requerido e incluyendo todo lo pertinente al acto transfusional efectuado.

NOMBRE DEL MÉDICO: Marcela Dignaud A NÚMERO DE REGISTRO MÉDICO: S-8120-12

FIRMA (Firma) FECHA Y HORA: 02/10/2023 16:55



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

CÓDIGO CIR.FORM.15

VERSIÓN 05

Fecha de elaboración y/o  
actualización:  
24-03-2023

Fecha: 24/03/2023.

Servicio: Consulta Externa.

Nombres: Martha Luz

Apellidos: Lopez de Agudelo.

Identificación: 21323446.

Edad: 83 años.

Yo, Martha Luz Lopez de Agudelo, identificado(a) con documento tipo C.C., de número 21323446, reconozco que en cada uno de los procedimientos que van a realizar, tendré la información necesaria, oportuna y clara para tomar una decisión libre sobre la aceptación de permitir o no su realización y en todo momento y bajo ninguna presión, se respetará mi derecho a disentir, objetar, rechazar, o renovar cualquiera de las propuestas de tratamiento ofrecidas.

Por otro lado, al ingresar voluntariamente para un tratamiento médico a SOMER S.A, acepto que he sido admitido para buscar de manera conjunta entre el personal de salud de la clínica y con la participación activa de mi parte y de mis familiares, la solución a mis quebrantos de salud.

### 1. ¿Cuál es el procedimiento o intervención quirúrgica a realizar?

Hernioplastia inguinal por laparoscopia.

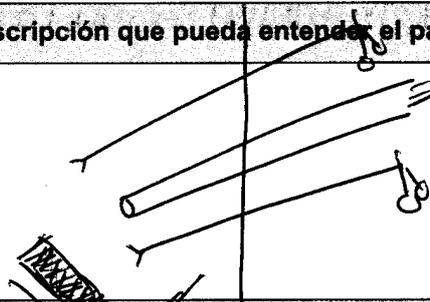
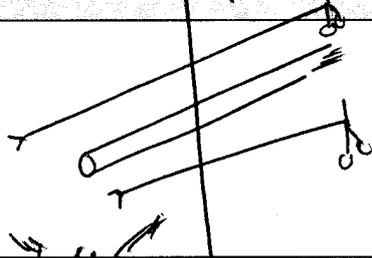
### 2. ¿Para qué se va a realizar el procedimiento y/o Intervención Quirúrgica? (beneficios)

Control de los síntomas.  
Corrección del defecto herniario.

### 3. ¿Quién va a realizar el procedimiento y/o Intervención Quirúrgica? (especialidad).

Cirugía General.

### 4. ¿Cómo se va a realizar? (realice un esquema y descripción que pueda entender el paciente).



### 5. ¿Cuáles son los riesgos y/o efectos adversos que se pueden presentar?

Se me ha explicado (nos han explicado), claramente, que si acepto la recomendación del médico, sabiendo que en toda intervención quirúrgica, y por causas independientes del actuar del médico, se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamiento complementario, tanto médico como quirúrgico, siendo las complicaciones más frecuentes: náuseas, vómito, dolor, hinchazón, moretones, seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), granulomas (reacción a cuerpos extraños o suturas), queloide (crecimiento excesivo de la cicatriz), quemaduras, hematomas (acumulación de sangre) internos o externos, apraxias (cambios en la sensibilidad de la piel).

- **Infecciones:** existen de distintas clases, localizadas en una o varias partes del cuerpo o generalizadas, provenientes de múltiples agentes, que pueden estar en mi cuerpo o en el ambiente, incluyendo las intrahospitalarias, las cuales,

para cualquier centro asistencial, son imposibles de evitar en un ciento por ciento, así se manejen, como en este caso con los estándares exigidos de bioseguridad (medidas para evitar infecciones y contaminaciones).

- **Alergias o reacciones (especiales y propias de mi organismo)**, a los medicamentos, productos y materiales que sean empleados (suturas, esparadrapo o medicamentos preparados), problemas digestivos, alteraciones en la piel en la sangre, y/o condiciones psicológicas o neurológicas de cada paciente.
- **Daños en órganos de mi cuerpo** como en el corazón, riñones, pulmones, cerebro, aparato digestivo, circulatorio respiratorio y en general, además pueden existir posibilidades de que se presenten accidentes con el instrumental o material utilizado.

Lo cual me puede generar **diversas clases de daños según las circunstancias propias del lugar y forma de la atención** que se me brinde, algunos de los más conocidos son:

- **Si se trata de cirugías o algunos procedimientos abdominales**, perforaciones en los intestinos y órganos como hígado, vaso, vejiga, útero, recto, eventración (hernias en la cicatriz),
- **Si se trata de cirugías o algunos procedimientos en el tórax**, ruptura de pulmones y grandes vasos, sangrado o hemorragias (ejemplo: arterias) con la posible necesidad de poner sangre (durante o luego de la cirugía).
- **En cirugías de extremidades** (varicectomía u ortopédicas), daños en nervios que dan sensibilidad o movimiento rigidez articular y/o limitación de movilidad, alteraciones distróficas que alteran la función, lesión vasculo nerviosa por uso de torniquete para evitar sangrado, recidiva, reaparición de síntomas con el tiempo, dolor crónico, atrofia muscular, coágulos en las piernas que producen dolor o hinchazón que al desprenderse podrían llegar a los pulmones siendo fatal, lesión de un tronco nervioso con trastorno sensitivo o motor del área, aflojamiento o rechazo del material implantado.
- **Si se trata de una cirugía por endoscopia**, rupturas de uréteres, uretra, vejiga y estructuras cercanas (ejemplo intestinos).
- **Con ocasión de la anestesia** pueden existir daños oculares (córnea), lesiones o trastornos de la voz o auditivos, en arterias o en venas, neurológicas, de los pulmones, del hígado, de los riñones, retención urinaria, de la función cardiovascular, definitivos o temporales, aumento descontrolado de la temperatura corporal, broncoaspiración, dolor de cabeza, espalda, músculos infecciones.

También se me informó (nos informaron) sobre la posibilidad de complicaciones severas como paro cardíaco o derrame cerebral, descompensación de enfermedades previas como presión alta, azúcar en la sangre, asfixia, enfermedades de corazón de la tiroides que, aunque son poco frecuentes, representan como en toda intervención quirúrgica un riesgo excepcional de perder la vida, como consecuencia del acto quirúrgico o de la situación de cada paciente.

Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el especialista en anestesiología.

**6. ¿Qué riesgos específicos pueden presentarse fuera de los ya descritos? (propios por especialidad y por paciente, recordar siempre riesgos en paciente anticoagulado).**

Por mis antecedentes personales, el (la) médico (a) me ha explicado (nos ha explicado); que presento los siguientes riesgos adicionales:

1. Infección, sangrado, hematoma, sepsis, recidiva, inflamación, fistula, dolor,
2. Cicatrización lenta, cicatriz de calidad, deformidad, lesión de órganos o tejidos adyacentes, neumonía, embolia, muerte, conversión a cirugía abierta, reintervención.

**7. ¿Hay otras alternativas de tratamiento y están disponibles?** Medicación - Rechazo al cuerpo extraño

SI  NO  , ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO**

Me explicaron de manera clara y comprensible por medio de palabras simples, dibujos, imágenes o esquemas, cuál es el mejor beneficio, cuáles son los riesgos que se corren, las incomodidades que se pueden producir, la técnica a emplear y las alternativas. He entendido (entendimos) las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, estoy satisfecho con la información recibida del médico tratante, se me ha dado la

oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento quirúrgico que aquí autorizo.

Conocemos claramente que cualquier complicación, prevista o no, altera el tiempo de recuperación normal, crea incomodidades personales y familiares, aumenta los costos relacionados con los exámenes, y con los distintos tratamientos necesarios, adicionalmente se me ha (se nos ha) explicado que si necesito (necesitamos) más información o ampliación de ésta puedo dirigirme (dirigirnos) al profesional \_\_\_\_\_ para la aclaración de éstas dudas, por lo tanto yo (nosotros) \_\_\_\_\_ en nombre propio y/o representante de \_\_\_\_\_ declaro (declaramos) que acepto (aceptamos) la realización del procedimiento descrito.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma Luz Lopez A Número de identificación X 21.323 446

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma Luz donelly Gallego M. Parentesco X Amiga Número de identificación X 43471802

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

Jose Ricardo Lozano Ortiz  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Firma [Firma] Número de identificación 80088654

**DISENTIMIENTO**

Nosotros (yo) \_\_\_\_\_ identificado(s) \_\_\_\_\_ representante de \_\_\_\_\_ habiendo sido informado (informados) de todos los riesgos y beneficios de la realización del procedimiento declaro (declaramos) que de forma voluntaria y con pleno conocimiento de los riesgos que conlleva al no realizarlo, asumo (asumimos) la decisión de no aceptar el procedimiento.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Firma \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

**REVOCATORIA**

Nosotros (yo) \_\_\_\_\_ identificado(os) \_\_\_\_\_ en representación de \_\_\_\_\_, aun conociendo las posibles implicaciones para mi estado de salud y/o para la evolución de mi enfermedad o el de mi representado y después de haber ampliado la información y aclarado las dudas, he (hemos) decidido **no** realizar el procedimiento que había sido autorizado previamente: por tanto, **revoco** (cambiar de opinión) aun conociendo las posibles implicaciones para el estado de salud y/o para la evolución de la enfermedad.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Firma \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA</b>	<b>CÓDIGO</b>	CIR.FORM.014
		<b>VERSIÓN</b>	04
		<b>Fecha de elaboración y/o actualización:</b> 22-11-2017	

Fecha: 27 Sept 2023	Servicio:
Nombres: Marta Luz	Apellidos: López de Agudelo
Identificación: CC 21323446	Edad: 83a

Todo procedimiento anestésico implica riesgos previstos e imprevistos como cualquier otra actividad en salud, estos riesgos tienen la probabilidad de ocurrir en relación directa con la condición médica antes de la cirugía, el tipo de procedimiento a realizar y el tipo de anestesia a utilizar (General, Regional o Local), y se pueden presentar en el área de preparación quirúrgica, en el quirófano, en el área de cuidado postanestésico, en hospitalización y/o en la casa. Entiendo que durante el curso de la anestesia/operación si aparecen riesgos inesperados en mi estado clínico, también se presentarán modificaciones en el plan de manejo inicial, en ese caso la Clínica SOMER S.A., y su grupo de anesthesiólogos actuará como guardián de mis intereses, teniendo como prioridad mi seguridad.

Estoy consciente que es imposible garantizar los resultados de la administración de los anestésicos en mi cuerpo. Entre los efectos adversos frecuentes están: náuseas y vómito, dolor de cabeza, dolor en la espalda, malestar en la garganta, ronquera o disfonía, hinchazón de tejidos blandos y dolor generalizado en los músculos.

En cirugías menores existe la posibilidad de aparición de complicaciones graves e imprevistas, daño de ojos, boca, dientes, lengua o cuerdas vocales, broncoaspiración (paso del contenido del estómago a los pulmones), neumonía, sueños o recuerdos de sucesos durante la cirugía, dolor o parálisis, pérdida de sensibilidad, lesión de venas, arterias, reacciones medicamentosas adversas y en casos raros alteración del hígado, riñón, corazón, pulmón, cerebro, e incluso muerte. Estos posibles riesgos, también los puedo sufrir con cualquier tipo de anestesia.

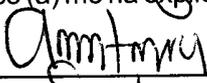
En caso de embarazo, entiendo que los anestésicos cruzan la placenta y anestesian temporalmente al feto y aunque son muy raras las complicaciones se pueden presentar los siguientes riesgos: defectos genéticos, trabajo de parto antes de tiempo, lesión cerebral permanente y muerte.

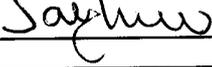
Certifico que le he informado al anesthesiólogo todo lo relacionado con :

- Enfermedades graves que he sufrido.
- Anestésias que he recibido anteriormente y sus complicaciones, hasta donde llega mi entendimiento.
- Cualquier alergia que sufro a medicamentos, alimentos y agentes externos.
- Todos los fármacos que recibí el año anterior (12 meses anteriores), y que he respondido con la verdad a todas las preguntas adicionales planteadas por el anesthesiólogo.

**1. Qué riesgos específicos pueden presentarse fuera de los ya descritos?**

Por mis antecedentes personales, el (la) médico (a) me ha explicado (nos ha explicado); que presento los siguientes riesgos adicionales:

1. 

2. 

**2. Qué beneficios tiene el procedimiento anestésico?**

El objetivo principal de la anestesia es que el paciente pueda ser intervenido sin dolor.

**3. Hay otras alternativas de tratamiento y están disponibles?**

Si el procedimiento lo amerita, adicional a la anestesia regional (parcial ó raquídea), se puede pasar a anestesia general.

(15)

TIPO DE PROCEDIMIENTO: HEENA FIBRINOLITICA

TIPO DE ANESTESIA SUGERIDA: GENERAL

**DECLARO:** He leído y entendido el texto anterior, voluntariamente doy mi consentimiento para la administración de anestesia propuesta, he sido interrogado y examinado, me han explicado y documentado sobre anestesia a administrar, sobre sus principales riesgos, beneficios y cuidados posteriores que debo tener en cuenta, he tenido la oportunidad de solicitar información y pedir aclaraciones sobre todo aquello que no entendí o tuve duda recibiendo explicaciones claras, sencillas y satisfactorias. Y en todo momento y bajo ninguna presión, se respetará mi derecho a consentir (aceptar), disentir (no aceptar) y renovar (cambiar de opinión) antes de administrar el anestésico que se haya escogido.

**CONSENTIMIENTO:**

Luz López A.  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma: Luz López A. D.I.: 21323446

Navia Eugenio Toro Pérez  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma: [Signature] Parentesco: Madre D.I.: CC 43471135

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ANESTESIOLOGO/CONSULTA PREANESTÉSICA  
Firma: \_\_\_\_\_ D.I.: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ANESTESIOLOGO/QUIRÓFANO  
Firma: \_\_\_\_\_ D.I.: \_\_\_\_\_

Después de haber sido ampliamente informado sobre él o los procedimientos y haber tenido oportunidad de discutir con el anestesiólogo tratante, he tomado la decisión de manera libre y voluntaria de: **DISENTIR (NO ACEPTAR)** \_\_\_\_\_, **REVOCAR (CAMBIAR DE OPINIÓN)** \_\_\_\_\_, Aún conociendo las posibles implicaciones posibles para mi estado de salud y/o para la evolución de mi enfermedad.

**La clínica SOMER S.A., se compromete a continuar prestando una atención integral independiente de la decisión tomada por el paciente.**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE  
Firma: \_\_\_\_\_ D.I.: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL  
Firma: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ D.I.: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO  
Firma: \_\_\_\_\_ D.I.: \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

CÓDIGO CIR.FORM.015

VERSIÓN 03

Fecha de elaboración y/o  
actualización:  
20-10-2017

Fecha: 02/10/2023.	Servicio: Sala UCI B.
Nombres: María Lwz	Apellidos: López de Agudelo
Identificación: 21323446	Edad: 83 años

Al ingresar voluntariamente para un tratamiento médico a SOMER S.A., acepto que he sido admitido para buscar de manera conjunta entre el personal de salud de la clínica y con la participación activa de mi parte y de mis familiares, la solución a mis quebrantos de salud. Estoy enterado que en cada uno de los procedimientos que van a realizar, tendré la información necesaria, oportuna y clara para tomar una decisión libre sobre la aceptación de permitir o no su realización y en todo momento y bajo ninguna presión, se respetará mi derecho a disentir, objetar, rechazar, o renovar cualquiera de las propuestas de tratamiento ofrecidas.

1. Procedimiento o Intervención Quirúrgica (Escribir en palabras que el paciente entienda, no uso de siglas o abreviaturas).

Laparoscopia diagnóstica por el según hallazgos

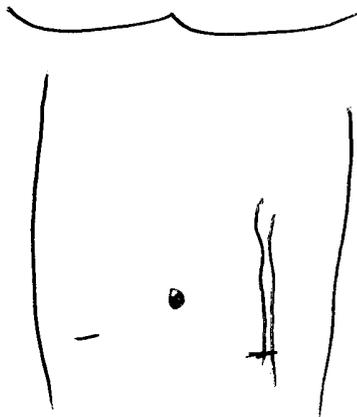
2. Para qué se va a realizar el procedimiento y/o Intervención Quirúrgica? (Beneficios de realizar el procedimiento aunque no se le garantice obtención).

Control del sangrado

3. Quién va a realizar el procedimiento y/o Intervención Quirúrgica? (ESPECIALIDAD).

Cirujía General

4. Cómo se va a realizar? (Realice un esquema y descripción que pueda entender el paciente).



## 5. Cuáles son los Riesgos que se pueden presentar?

Se me ha explicado (Nos han explicado), claramente, que si acepto la recomendación del médico, sabiendo que en toda intervención quirúrgica, y por causas independientes del actuar del médico, se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamiento complementario, tanto médico como quirúrgico, siendo las complicaciones más frecuentes: náuseas, vómito, dolor, hinchazón, moretones, seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), granulomas (reacción a cuerpos extraños o suturas), queloide (crecimiento excesivo de la cicatriz), quemaduras, hematomas (acumulación de sangre) internos o externos, apraxias (cambios en la sensibilidad de la piel).

- **Infecciones** de muchísimas clases localizadas en una o varias partes del cuerpo o generalizadas, provenientes de múltiples agentes, que pueden estar en mi cuerpo o en el ambiente, incluyendo las intrahospitalarias, las cuales para cualquier centro asistencial, son imposibles de evitar en un ciento por ciento, así se manejen, como en este caso con los estándares exigidos de bioseguridad (medidas para evitar infecciones y contaminaciones) -**Alergias o reacciones especiales** y propias de mi organismo, a los medicamentos, productos y materiales que sean empleados (suturas, esparadrapo o preparados), diversidad de problemas digestivos, en la piel, en la sangre, en mis condiciones psicológicas o neurológicas.- **Daños en órganos de mi cuerpo** como en el corazón, riñones, pulmones, cerebro, aparato digestivo, circulatorio, respiratorio y en general, puede existir posibilidades de que se presenten accidentes con el instrumental o material utilizado y con otros objetos, lo cual me puede generar **diversas clases de daños según las circunstancias propias del lugar y forma de la atención** que se me brinde, algunos de los más conocidos son: **si se trata de cirugías o algunos procedimientos abdominales**, perforaciones en los intestinos y órganos como hígado, vaso, vejiga, útero, recto, eventración (hernias en la cicatriz). **Si se trata de cirugías o algunos procedimientos en el tórax**, ruptura de pulmones y grandes vasos sangrado o hemorragias (Ej: Arterias) con la posible necesidad de poner sangre (durante o luego de la cirugía). **En cirugías de extremidades** (varicectomía u ortopédicas), daños en nervios que dan sensibilidad o movimiento, rigidez articular y/o limitación de movilidad, alteraciones distróficas que alteran la función, lesión vaso nerviosa por uso de torniquete para evitar sangrado, recidiva, reaparición de síntomas con el tiempo, dolor crónico, atrofia muscular, coágulos en las piernas que producen dolor o hinchazón que al desprenderse podrían llegar a los pulmones siendo fatal, lesión de un tronco nervioso con trastorno sensitivo o motor del área, aflojamiento o rechazo del material implantado. **Si se trata de una cirugía por endoscopia**, rupturas de uréteres, uretra, vejiga y estructuras cercanas (Ej: intestinos). **Con ocasión de la anestesia** pueden existir daños oculares (córnea), lesiones o trastornos de la voz o auditivos, en arterias o en venas, neurológicas, de los pulmones, del hígado, de los riñones, retención urinaria, de la función cardiovascular, definitivos o temporales, aumento descontrolado de la temperatura corporal, broncoaspiración, dolor de cabeza, espalda, músculos infecciones.

También se me informó (nos informaron) sobre la posibilidad de complicaciones severas como paro cardíaco o derrame cerebral, descompensación de enfermedades previas como presión alta, azúcar en la sangre, asfixia, enfermedades del corazón de la tiroides que aunque son poco frecuentes, representan como en toda intervención quirúrgica un riesgo excepcional de perder la vida, como consecuencia del acto quirúrgico o de la situación de cada paciente.

Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia.

## 6. Qué riesgos específicos pueden presentarse fuera de los ya descritos? (Propios por especialidad y por paciente, recordar siempre riesgos en paciente anticoagulado)

Por mis antecedentes personales, el (la) médico (a) me ha explicado(nos ha explicado); que presento los siguientes riesgos adicionales:

1. Sangrado - Infección - Morte - Reintervención
2. Dolor - Lesión vascular - vascular - muscular - nerviosa - Leptotomía - Lesión - Reacción hernia

### AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

SOMER S.A. Le informa que los datos personales recopilados en este documento, que usted nos autoriza a tratar, se utilizan para otorgar su CONSENTIMIENTO INFORMADO; además de las finalidades establecidas en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales la cual podrá ser consultada en la página web [www.clinicasomer.com](http://www.clinicasomer.com). Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

7. Hay otras alternativas de tratamiento y están disponibles?

SI  NO , Cuáles? \_\_\_\_\_

8. Autorizaciones adicionales

**CONVENIO DOCENCIA-ASISTENCIAL:** Conozco que SOMER S.A., dentro de sus políticas institucionales cuenta con personal en entrenamiento debidamente supervisado que debe contar con mi autorización por escrito para la realización de cualquier procedimiento necesario en su práctica clínica, para el acceso a mis datos clínicos y para ser interrogado y examinado. Artículo 3 Ley 2376 de 2010.

Autorizo SI  NO  NA

**PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN:** Autorizo participación en estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos como revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios, en donde no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los pacientes que participan. Resolución 8430 de 1993. Autorizo obtener fotografías, videos o cualquier tipo de registro gráfico antes, durante o después del procedimiento que se me realizará, material que después puede utilizarse con fines académicos, en ámbitos científicos, **garantizando absoluta confidencialidad de datos personales.**

Autorizo SI  NO  NA

**OTROS:** Además autorizo voluntaria y permanentemente a Somer S.A en calidad de institución prestadora de salud entregar copia de la Historia Clínica y anexos a otras entidades para efectos de auditoría, esta autorización facilita que la clínica pueda realizar actividades como: comités institucionales, auditorías internas, efectuar el cobro de los servicios prestados, prueba ante un proceso judicial entre otros. Resolución 1995/1999, 837/2017.

Autorizo SI  NO  NA

Me explicaron de manera clara y comprensible por medio de palabras simples, dibujos, imágenes o esquemas, cuál es el mejor beneficio, cuales son los riesgos que se corren, las incomodidades que se pueden producir, la técnica a emplear y las alternativas. He entendido (entendimos) las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, estoy satisfecho con la información recibida del médico tratante, se me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento quirúrgico que aquí autorizo.

Conocemos claramente que cualquier complicación, prevista o no, altera el tiempo de recuperación normal, crea incomodidades personales y familiares, aumenta los costos relacionados con los exámenes, y con los distintos tratamientos necesarios.

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

**SOMER S.A.** Le informa que los datos personales recopilados en este documento, que usted nos autoriza a tratar, se utilizan para otorgar su CONSENTIMIENTO INFORMADO; además de las finalidades establecidas en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales la cual podrá ser consultada en la página web [www.clinicasomer.com](http://www.clinicasomer.com). Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

# CONSENTIMIENTO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ D.I. \_\_\_\_\_

Marta Cristina Bernal Agudelo  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma Marta Cristina Bernal Parentesco nieta D.I. 43.862.329

Mario Raelly Veloz G.  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Firma Raelly V D.I. 501723

En caso del paciente ser menor de edad, autónomo: Se me ha explicado los derechos que asisten a todo menor que a pesar de la minoría de edad y el estado de salud, tiene condiciones para recibir la información y decidir directamente, se me ha dicho que en nuestro país existen algunas normas jurídicas que respaldan estos derechos (Constitución Nacional, art. 44, Corte Constitucional ha expresamente reconocido estos derechos en varias sentencias). Se me ha dicho que puede ser conveniente que mis padres o responsables conozcan la información y me ayuden a decidir. También se me ha explicado que tengo derecho a reservar ciertos datos de mi intimidad y que si quiero hacerlo se puede dejar la constancia respectiva.

Teniendo en cuenta mi edad, se me ha brindado mayores posibilidades para comprender la información, para preguntar y recibir respuesta a mis dudas.

Después de haber sido ampliamente informado sobre él o los procedimientos y haber tenido oportunidad de discutir con el médico tratante lo relacionado con el tratamiento o intervención propuesta, he tomado la decisión de manera libre y voluntaria de: **DISENTIR (NO ACEPTAR)** \_\_\_\_\_ **REVOCAR (CAMBIAR DE OPINIÓN)** \_\_\_\_\_, aún conociendo las posibles implicaciones para mi estado de salud y/o para la evolución de mi enfermedad. **SOMER S.A., se compromete a continuar prestando una atención integral independiente de la decisión tomada por usted.**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ D.I. \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ D.I. \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ D.I. \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

SOMER S.A. Le informa que los datos personales recopilados en este documento, que usted nos autoriza a tratar, se utilizan para otorgar su CONSENTIMIENTO INFORMADO; además de las finalidades establecidas en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales la cual podrá ser consultada en la página web [www.clinicasomer.com](http://www.clinicasomer.com). Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

U.C.I. A. 13



**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS**

<b>CÓDIGO</b>	CIR.FORM.015
<b>VERSIÓN</b>	03
<b>Fecha de elaboración y/o actualización:</b> 20/10-2017	

Fecha: 03 / Octubre / 2023	Servicio: Qx General
Nombres: Martha Luz	Apellidos: Lopez de Agudelo
Identificación: 21.323.446	Edad: 82a

Al ingresar voluntariamente para un tratamiento médico a SOMER S.A., acepto que he sido admitido para buscar de manera conjunta entre el personal de salud de la clínica y con la participación activa de mi parte y de mis familiares, la solución a mis quebrantos de salud. Estoy enterado que en cada uno de los procedimientos que van a realizar, tendré la información necesaria, oportuna y clara para tomar una decisión libre sobre la aceptación de permitir o no su realización y en todo momento y bajo ninguna presión, se respetará mi derecho a disentir, objetar, rechazar, o renovar cualquiera de las propuestas de tratamiento ofrecidas.

**1. Procedimiento o Intervención Quirúrgica (Escribir en palabras que el paciente entienda, no uso de siglas o abreviaturas).**

Laparotomía Exploratoria + laparostomía

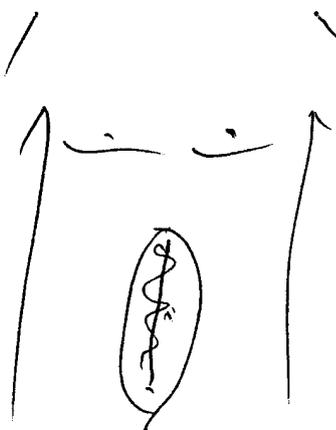
**2. Para qué se va a realizar el procedimiento y/o Intervención Quirúrgica? (Beneficios de realizar el procedimiento aunque no se le garantice obtención).**

Reducir Presión Intraabdominal.

**3. Quién va a realizar el procedimiento y/o Intervención Quirúrgica? (ESPECIALIDAD).**

Cirujía General

**4. Cómo se va a realizar? (Realice un esquema y descripción que pueda entender el paciente).**



Explorar Cavidad  
Revisar Aras Intestinal  
Drenaje según sea requerido  
Proceder según hallazgos

## 5. Cuáles son los Riesgos que se pueden presentar?

Se me ha explicado (Nos han explicado), claramente, que si acepto la recomendación del médico, sabiendo que en toda intervención quirúrgica, y por causas independientes del actuar del médico, se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamiento complementario, tanto médico como quirúrgico, siendo las complicaciones más frecuentes: náuseas, vómito, dolor, hinchazón, moretones, seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), granulomas (reacción a cuerpos extraños o suturas), queloide (crecimiento excesivo de la cicatriz), quemaduras, hematomas (acumulación de sangre) internos o externos, apraxias (cambios en la sensibilidad de la piel).

- **Infecciones** de muchísimas clases localizadas en una o varias partes del cuerpo o generalizadas, provenientes de múltiples agentes, que pueden estar en mi cuerpo o en el ambiente, incluyendo las intrahospitalarias, las cuales para cualquier centro asistencial, son imposibles de evitar en un ciento por ciento, así se manejen, como en este caso con los estándares exigidos de bioseguridad (medidas para evitar infecciones y contaminaciones) –**Alergias o reacciones especiales** y propias de mi organismo, a los medicamentos, productos y materiales que sean empleados (suturas, esparadrapo o preparados), diversidad de problemas digestivos, en la piel, en la sangre, en mis condiciones psicológicas o neurológicas.- **Daños en órganos de mi cuerpo** como en el corazón, riñones, pulmones, cerebro, aparato digestivo, circulatorio, respiratorio y en general, puede existir posibilidades de que se presenten accidentes con el instrumental o material utilizado y con otros objetos, lo cual me puede generar **diversas clases de daños según las circunstancias propias del lugar y forma de la atención** que se me brinde, algunos de los más conocidos son: **si se trata de cirugías o algunos procedimientos abdominales**, perforaciones en los intestinos y órganos como hígado, vaso, vejiga, útero, recto, eventración (hernias en la cicatriz). **Si se trata de cirugías o algunos procedimientos en el tórax**, ruptura de pulmones y grandes vasos sangrado o hemorragias (Ej: Arterias) con la posible necesidad de poner sangre (durante o luego de la cirugía). **En cirugías de extremidades** (varicectomía u ortopédicas), daños en nervios que dan sensibilidad o movimiento, rigidez articular y/o limitación de movilidad, alteraciones distróficas que alteran la función, lesión vasculo nerviosa por uso de torniquete para evitar sangrado, recidiva, reaparición de síntomas con el tiempo, dolor crónico, atrofia muscular, coágulos en las piernas que producen dolor o hinchazón que al desprenderse podrían llegar a los pulmones siendo fatal, lesión de un tronco nervioso con trastorno sensitivo o motor del área, aflojamiento o rechazo del material implantado. **Si se trata de una cirugía por endoscopia**, rupturas de uréteres, uretra, vejiga y estructuras cercanas (Ej: intestinos). **Con ocasión de la anestesia** pueden existir daños oculares (córnea), lesiones o trastornos de la voz o auditivos, en arterias o en venas, neurológicas, de los pulmones, del hígado, de los riñones, retención urinaria, de la función cardiovascular, definitivos o temporales, aumento descontrolado de la temperatura corporal, broncoaspiración, dolor de cabeza, espalda, músculos infecciones.

También se me informó (nos informaron) sobre la posibilidad de complicaciones severas como paro cardíaco o derrame cerebral, descompensación de enfermedades previas como presión alta, azúcar en la sangre, asfixia, enfermedades del corazón de la tiroides que aunque son poco frecuentes, representan como en toda intervención quirúrgica un riesgo excepcional de perder la vida, como consecuencia del acto quirúrgico o de la situación de cada paciente.

Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia.

## 6. Qué riesgos específicos pueden presentarse fuera de los ya descritos? (Propios por especialidad y por paciente, recordar siempre riesgos en paciente anticoagulado)

Por mis antecedentes personales, el (la) médico (a) me ha explicado(nos ha explicado); que presento los siguientes riesgos adicionales:

1. Muerte, Disfunción Organos, Lesión Adyacente Organos
2. Ostomía, Abscesos Abiertos, Abscesos, Fístula  
Lesión Vascular, Dolor, Hematoma, Perforación

### AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

**SOMER S.A.** Le informa que los datos personales recopilados en este documento, que usted nos autoriza a tratar, se utilizan para otorgar su CONSENTIMIENTO INFORMADO; además de las finalidades establecidas en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales la cual podrá ser consultada en la página web [www.clinicasomer.com](http://www.clinicasomer.com). Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

**7. Hay otras alternativas de tratamiento y están disponibles?**

SI  NO , Cuáles? \_\_\_\_\_

**8. Autorizaciones adicionales**

**CONVENIO DOCENCIA-ASISTENCIAL:** Conozco que SOMER S.A., dentro de sus políticas institucionales cuenta con personal en entrenamiento debidamente supervisado que debe contar con mi autorización por escrito para la realización de cualquier procedimiento necesario en su práctica clínica, para el acceso a mis datos clínicos y para ser interrogado y examinado. Artículo 3 Ley 2376 de 2010.

Autorizo SI  NO  NA

**PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN:** Autorizo participación en estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos como revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios, en donde no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los pacientes que participan. Resolución 8430 de 1993. Autorizo obtener fotografías, videos o cualquier tipo de registro gráfico antes, durante o después del procedimiento que se me realizará, material que después puede utilizarse con fines académicos, en ámbitos científicos, **garantizando absoluta confidencialidad de datos personales.**

Autorizo SI  NO  NA

**OTROS:** Además autorizo voluntaria y permanentemente a Somer S.A en calidad de institución prestadora de salud entregar copia de la Historia Clínica y anexos a otras entidades para efectos de auditoría, esta autorización facilita que la clínica pueda realizar actividades como: comités institucionales, auditorías internas, efectuar el cobro de los servicios prestados, prueba ante un proceso judicial entre otros. Resolución 1995/1999, 837/2017.

Autorizo SI  NO  NA

Me explicaron de manera clara y comprensible por medio de palabras simples, dibujos, imágenes o esquemas, cuál es el mejor beneficio, cuales son los riesgos que se corren, las incomodidades que se pueden producir, la técnica a emplear y las alternativas. He entendido (entendimos) las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, estoy satisfecho con la información recibida del médico tratante, se me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento quirúrgico que aquí autorizo.

Conocemos claramente que cualquier complicación, prevista o no, altera el tiempo de recuperación normal, crea incomodidades personales y familiares, aumenta los costos relacionados con los exámenes, y con los distintos tratamientos necesarios.

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

**SOMER S.A.** Le informa que los datos personales recopilados en este documento, que usted nos autoriza a tratar, se utilizan para otorgar su CONSENTIMIENTO INFORMADO; además de las finalidades establecidas en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales la cual podrá ser consultada en la página web [www.clinicasomer.com](http://www.clinicasomer.com). Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

## CONSENTIMIENTO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ D.I. \_\_\_\_\_

*Olivia Cristina Bernal Agudelo*

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Firma *Olivia Cristina B* Parentesco *Muerta* D.I. *13862329*

*Carlos A. Hernand Jimon'*

NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ D.I. *80/178/198*

**En caso del paciente ser menor de edad, autónomo:** Se me ha explicado los derechos que asisten a todo menor que a pesar de la minoría de edad y el estado de salud, tiene condiciones para recibir la información y decidir directamente, se me ha dicho que en nuestro país existen algunas normas jurídicas que respaldan estos derechos (Constitución Nacional, art. 44, Corte Constitucional ha expresamente reconocido estos derechos en varias sentencias). Se me ha dicho que puede ser conveniente que mis padres o responsables conozcan la información y me ayuden a decidir. También se me ha explicado que tengo derecho a reservar ciertos datos de mi intimidad y que si quiero hacerlo se puede dejar la constancia respectiva.

Teniendo en cuenta mi edad, se me ha brindado mayores posibilidades para comprender la información, para preguntar y recibir respuesta a mis dudas.

Después de haber sido ampliamente informado sobre él o los procedimientos y haber tenido oportunidad de discutir con el médico tratante lo relacionado con el tratamiento o intervención propuesta, he tomado la decisión de manera libre y voluntaria de: **DISENTIR (NO ACEPTAR)** \_\_\_\_\_ **REVOCAR (CAMBIAR DE OPINIÓN)** \_\_\_\_\_, aún conociendo las posibles implicaciones para mi estado de salud y/o para la evolución de mi enfermedad. **SOMER S.A., se compromete a continuar prestando una atención integral independiente de la decisión tomada por usted.**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ D.I. \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ D.I. \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ D.I. \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

**SOMER S.A.** Le informa que los datos personales recopilados en este documento, que usted nos autoriza a tratar, se utilizan para otorgar su **CONSENTIMIENTO INFORMADO**; además de las finalidades establecidas en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales la cual podrá ser consultada en la página web [www.clinicasomer.com](http://www.clinicasomer.com). Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA

CÓDIGO	CIR.FORM.014
VERSIÓN	04
Fecha de elaboración y/o actualización: 22-11-2017	

Fecha: 3 | 10 | 2023

Servicio: Cirugía

Nombres: Marta Luz

Apellidos: López de Agudelo

Identificación: 21323446

Edad:

Todo procedimiento anestésico implica riesgos previstos e imprevistos como cualquier otra actividad en salud, estos riesgos tienen la probabilidad de ocurrir en relación directa con la condición médica antes de la cirugía, el tipo de procedimiento a realizar y el tipo de anestesia a utilizar (General, Regional o Local), y se pueden presentar en el área de preparación quirúrgica, en el quirófano, en el área de cuidado postanestésico, en hospitalización y/o en la casa. Entiendo que durante el curso de la anestesia/operación si aparecen riesgos inesperados en mi estado clínico, también se presentarán modificaciones en el plan de manejo inicial, en ese caso la Clínica SOMER S.A., y su grupo de anestesiólogos actuará como guardián de mis intereses, teniendo como prioridad mi seguridad.

Estoy consciente que es imposible garantizar los resultados de la administración de los anestésicos en mi cuerpo. Entre los efectos adversos frecuentes están: náuseas y vómito, dolor de cabeza, dolor en la espalda, malestar en la garganta, ronquera o disfonía, hinchazón de tejidos blandos y dolor generalizado en los músculos.

En cirugías menores existe la posibilidad de aparición de complicaciones graves e imprevistas, daño de ojos, boca, dientes, lengua o cuerdas vocales, broncoaspiración (paso del contenido del estómago a los pulmones), neumonía, sueños o recuerdos de sucesos durante la cirugía, dolor o parálisis, pérdida de sensibilidad, lesión de venas, arterias, reacciones medicamentosas adversas y en casos raros alteración del hígado, riñón, corazón, pulmón, cerebro, e incluso muerte. Estos posibles riesgos, también los puedo sufrir con cualquier tipo de anestesia.

En caso de embarazo, entiendo que los anestésicos cruzan la placenta y anestesian temporalmente al feto y aunque son muy raras las complicaciones se pueden presentar los siguientes riesgos: defectos genéticos, trabajo de parto antes de tiempo, lesión cerebral permanente y muerte.

Certifico que le he informado al anestesiólogo todo lo relacionado con :

- Enfermedades graves que he sufrido.
- Anestésias que he recibido anteriormente y sus complicaciones, hasta donde llega mi entendimiento.
- Cualquier alergia que sufro a medicamentos, alimentos y agentes externos.
- Todos los fármacos que recibí el año anterior (12 meses anteriores), y que he respondido con la verdad a todas las preguntas adicionales planteadas por el anestesiólogo.

### 1. Qué riesgos específicos pueden presentarse fuera de los ya descritos?

Por mis antecedentes personales, el (la) médico (a) me ha explicado (nos ha explicado); que presento los siguientes riesgos adicionales:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

### 2. Qué beneficios tiene el procedimiento anestésico?

El objetivo principal de la anestesia es que el paciente pueda ser intervenido sin dolor.

### 3. Hay otras alternativas de tratamiento y están disponibles?

Si el procedimiento lo amerita, adicional a la anestesia regional (parcial ó raquídea), se puede pasar a anestesia general.

#### AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

SOMER S.A. Le informa que los datos personales recopilados en este documento, que usted nos autoriza a tratar, se utilizan para otorgar su CONSENTIMIENTO INFORMADO; además de las finalidades establecidas en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales la cual podrá ser consultada en la página web [www.clinicasomer.com](http://www.clinicasomer.com). Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

TIPO DE PROCEDIMIENTO: LAPAROTOMIA EXPLORADORA

TIPO DE ANESTESIA SUGERIDA: INTRAVENOSA

**DECLARO:** He leído y entendido el texto anterior, voluntariamente doy mi consentimiento para la administración de anestesia propuesta, he sido interrogado y examinado, me han explicado y documentado sobre anestesia a administrar, sobre sus principales riesgos, beneficios y cuidados posteriores que debo tener en cuenta, he tenido la oportunidad de solicitar información y pedir aclaraciones sobre todo aquello que no entendí o tuve duda recibiendo explicaciones claras, sencillas y satisfactorias. Y en todo momento y bajo ninguna presión, se respetará mi derecho a consentir (aceptar), disentir (no aceptar) y renovar (cambiar de opinión) antes de administrar el anestésico que se haya escogido.

**CONSENTIMIENTO:**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma: \_\_\_\_\_ D.I.: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ D.I.: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ANESTESIÓLOGO/CONSULTA PREANESTÉSICA

Firma: \_\_\_\_\_ D.I.: \_\_\_\_\_

JOSE A. GARCIA S  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL ANESTESIÓLOGO/QUIRÓFANO

Firma: [Firma] D.I.: 8.638.22

QUIRÓFANO EMERGENTE

Después de haber sido ampliamente informado sobre él o los procedimientos y haber tenido oportunidad de discutir con el anestesiólogo tratante, he tomado la decisión de manera libre y voluntaria de: **DISENTIR (NO ACEPTAR)** \_\_\_\_\_, **REVOCAR (CAMBIAR DE OPINIÓN)** \_\_\_\_\_, Aún conociendo las posibles implicaciones posibles para mi estado de salud y/o para la evolución de mi enfermedad.

**La clínica SOMER S.A., se compromete a continuar prestando una atención integral independiente de la decisión tomada por el paciente.**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma: \_\_\_\_\_ D.I.: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ D.I.: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Firma: \_\_\_\_\_ D.I.: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

**SOMER S.A.** Le informa que los datos personales recopilados en este documento, que usted nos autoriza a tratar, se utilizan para otorgar su CONSENTIMIENTO INFORMADO; además de las finalidades establecidas en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales la cual podrá ser consultada en la página web [www.clinicasomer.com](http://www.clinicasomer.com). Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS DIAGNÓSTICOS  
CON MEDIO DE CONTRASTE**

CÓDIGO	IMA.FORM.8
VERSIÓN	04
Fecha de elaboración y/o actualización: 23-10-2017	

Fecha: 01/10/2023	Servicio: HOSPITALIZADO G. ASO
Nombres: Martha Luz	Apellidos: Lopez de Agudelo
Identificación: 21323446	Edad: 83 años

Estoy enterado que en cada uno de los procedimientos que van a realizar, tendré la información necesaria, oportuna y clara para tomar una decisión libre sobre la aceptación de permitir o no su realización y en todo momento y bajo ninguna presión, se respetará mi derecho a disentir, objetar, rechazar o renovar cualquiera de las propuestas de tratamiento ofrecidas.

El procedimiento a realizar es:

URGENTE  AMBULATORIO  HOSPITALIZADO

Durante el examen debo seguir las recomendaciones que da el médico, el personal técnico o de enfermería como: quitarse cualquier objeto metálico, toser, respirar profundo, contener la respiración, quedarse quieto, llegar acompañado.

**1. Qué se va a hacer? (Nombre del estudio o procedimiento a realizar)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Histerosalpingografías                    | <input type="checkbox"/> Fistulografías      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tomografía Axial Computarizada | <input type="checkbox"/> Colon por Enema     |
| <input type="checkbox"/> Cistouretrografía miccional               | <input type="checkbox"/> Esofagografía       |
| <input type="checkbox"/> Sialografías                              | <input type="checkbox"/> Urografía Excretora |
| <input type="checkbox"/> Resonancia Nuclear Magnética              | <input type="checkbox"/> Tránsito Intestinal |

**2. Para qué se va a realizar el estudio? (Beneficios)**

Me informaron que los estudios y procedimientos radiológicos (Imagenológicos) son un apoyo para el diagnóstico de mi enfermedad y ayudan a decidir qué tipo de tratamiento o procedimiento debo seguir, son exámenes que se realizan para observar en un tiempo determinado la actividad y anatomía de los órganos. Algunos requieren la utilización de medios de contraste, sustancias químicas que ayudan a ver mejor el funcionamiento de los órganos y se dan por vía oral, rectal (ano), intravenosa (dentro de la vena) o intra medular (en la columna vertebral).

**3. Quién va a realizar el Estudio y su Interpretación?**

Especialista en Radiología.

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

SOMER S.A. Le informa que los datos personales recopilados en este documento, que usted nos autoriza a tratar, se utilizan para otorgar su CONSENTIMIENTO INFORMADO; además de las finalidades establecidas en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales la cual podrá ser consultada en la página web [www.clinicasomer.com](http://www.clinicasomer.com). Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

#### 4. Cómo se va a realizar? (Realice un esquema y descripción que pueda entender el paciente)

Entiendo que se me puede realizar acostado o de pie, frente a un equipo que emite (difunde,) rayos X, los cuales pasan a través de mi cuerpo, y se registran en un monitor y/o en un acetato (placa), lo que permite se pueda visualizar en detalle la parte de mi cuerpo que se está estudiando, otras como la resonancia utiliza un campo magnético que no emite radiación, pero requiere unas precauciones especiales que se darán según los antecedentes personales.

Me explicaron que algunos estudios especiales requieren ayuno, laxantes o la administración de medios de contraste.

#### 5. Cuáles son los Riesgos que se pueden presentar?

- Entiendo que si estoy embarazada debo informar inmediatamente, porque las dosis acumuladas de Rayos X puede ocasionar malformaciones congénitas en el feto, sobre todo durante los 3 primeros meses del embarazo. En Resonancia, durante todo el embarazo, debo tener un consentimiento médico para la realización de la resonancia y para la aplicación de medio de contraste.
- Que el medio de contraste utilizado para los estudios especiales puede producir alergias que van desde leves a severas (rasquiña, tos, choque anafiláctico incluso la muerte), que además pueden causar daño en los riñones y por eso el control con examen de creatinina.
- Que si me voy a someter a un estudio con medio de contraste inyectado dentro de la médula, requiero reposo en cama durante 72 horas, y que existe la posibilidad de tener dolor de cabeza, el cual es tratable.
- Además que aunque el estudio no genera dolor, se me debe canalizar una vena para inyectar el medio de contraste y podré presentar molestias como náuseas, sabor metálico en la boca y sensación de calor producido por las sustancias aplicadas.
- Que en los estudios digestivos (colon, esófago, tránsito intestinal) puedo presentar dolor, diarrea, perforación, fístula y sangrado digestivo.
- Que para los estudios de útero (matriz) y trompas de Falopio puedo presentar dolor, perforación, embolización (masa sólida, líquida o gaseosa que se desprende viajando por los vasos, produciendo obstrucción), neumoperitoneo (aire en el espacio abdominal) y sangrado.
- Que los estudios de la Glándula parótida puedo presentar infección, dolor, sialoadenitis (Inflamación glándulas salivales).

#### 6. En quiénes no se realizan los estudios?

Durante embarazo y alergia al medio de contraste

#### 7. Qué riesgos específicos pueden presentarse fuera de los ya descritos? (Propios por especialidad y por paciente)

Por mis antecedentes personales, el (la) médico (a) me ha explicado; que presento los siguientes riesgos adicionales:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

#### 8. Qué otras alternativas existen y están disponibles?

En la mayoría de los estudios radiológicos (Imagenológicas) no existen alternativas, se complementan con otros medios de diagnóstico por imagen.

#### AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

**SOMER S.A.** Le informa que los datos personales recopilados en este documento, que usted nos autoriza a tratar, se utilizan para otorgar su CONSENTIMIENTO INFORMADO; además de las finalidades establecidas en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales la cual podrá ser consultada en la página web [www.clinicasomer.com](http://www.clinicasomer.com). Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

## 9. Considera que requiere información adicional? (Anotar aclaraciones adicionales)

Si usted decide someterse a este tipo de examen, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Cuénteles a su médico todos los aspectos relacionados con su salud.
- Cerciórese de que entendió la indicación, utilidad, características y riesgos del examen. Si le queda alguna duda, pregúntele a su médico.
- Al solicitar la cita para el examen, es conveniente que usted le cuente a la persona encargada de los antecedentes más importantes de su salud, para evitar que se programe el examen con riesgos innecesarios, por ejemplo: los problemas renales, hipertensión arterial, alergia a la comida de mar, alergia a los medios de contraste, diabetes, etc.
- Durante el examen debe seguir las recomendaciones que le da el médico, el personal de técnicos o de enfermería como toser, respirar profundo, contener la respiración, etc.
- Después del examen, si no se presentan complicaciones puede realizar su vida normal. Si existen complicaciones mayores deberá seguir las indicaciones médicas del caso.

Si una vez leído este documento usted tiene alguna duda, pregunte a los encargados de practicarle el examen para que le sea resuelta oportunamente.

## 10. Autorizaciones adicionales

**CONVENIO DOCENCIA-ASISTENCIAL:** Conozco que SOMER S.A., dentro de sus políticas institucionales cuenta con personal en entrenamiento debidamente supervisado que debe contar con mi autorización por escrito para la realización de cualquier procedimiento necesario en su práctica clínica, para el acceso a mis datos clínicos y para ser interrogado y examinado. Artículo 3 Ley 2376 de 2010.

Autorizo SI \_\_\_ NO \_\_\_ NA \_\_\_

**PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN:** Autorizo participación en estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos como revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios, en donde no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los paciente que participan. Resolución 8430 de 1993. Autorizo obtener fotografías, videos o cualquier tipo de registro gráfico antes, durante o después del procedimiento que se me realizará, material que después puede utilizarse con fines académicos, en ámbitos científicos, **garantizando absoluta confidencialidad de datos personales.**

Autorizo SI \_\_\_ NO \_\_\_ NA \_\_\_

**OTROS:** Además autorizo voluntaria y permanentemente a Somer S.A en calidad de institución prestadora de salud entregar copia de la Historia Clínica y anexos a otras entidades para efectos de auditoría, esta autorización facilita que la clínica pueda realizar actividades como: comités institucionales, auditorías internas, efectuar el cobro de los servicios prestados, prueba ante un proceso judicial entre otros. Resolución 1995/1999, 837/2017.

Autorizo SI \_\_\_ NO \_\_\_ NA \_\_\_

He entendido las condiciones y objetivos de los estudios, estoy satisfecho(a) con la información recibida, fue clara y sencilla, y me han dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos que conllevan los estudios, por tanto permito su realización.

### AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

**SOMER S.A.** Le informa que los datos personales recopilados en este documento, que usted nos autoriza a tratar, se utilizan para otorgar su CONSENTIMIENTO INFORMADO; además de las finalidades establecidas en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales la cual podrá ser consultada en la página web [www.clinicasomer.com](http://www.clinicasomer.com). Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

**CONSENTIMIENTO:**

Martha Luz Lopez Aguado  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma No firma. D.I. 21323446

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ D.I. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Firma Aun Ad D.I. 7077276256

Después de haber sido ampliamente informado sobre el estudio a realizar y haber tenido oportunidad de discutir con el médico tratante lo relacionado con el tratamiento o intervención propuesta, he tomado la decisión de manera libre y voluntaria de: **DISENTIR (NO ACEPTAR)** \_\_\_\_\_ **REVOCAR (CAMBIAR DE OPINIÓN)** \_\_\_\_\_, Aun conociendo las posibles implicaciones posibles para mi estado de salud y/o para la evolución de mi enfermedad.

**SOMER S.A., se compromete a continuar prestando una atención integral independiente de la decisión tomada por usted.**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma \_\_\_\_\_ D.I. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ D.I. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Firma \_\_\_\_\_ D.I. \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

**SOMER S.A.** Le informa que los datos personales recopilados en este documento, que usted nos autoriza a tratar, se utilizan para otorgar su **CONSENTIMIENTO INFORMADO**; además de las finalidades establecidas en la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales la cual podrá ser consultada en la página web [www.clinicasomer.com](http://www.clinicasomer.com). Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

	<b>ENCUESTA PARA LA REALIZACION DE TOMOGRAFIAS SIMPLES O CONTRASTADAS</b>	<b>CÓDIGO</b>	IMA.FORM.19
		<b>VERSIÓN</b>	01
		<b>Fecha de elaboración y/o actualización:</b> 11-08-2017	

NOMBRE DEL PACIENTE Martha Luz Lopez de agudelo  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 21323446  
EDAD: 83 ASEGURADORA: Nueva Eps.  
DIAGNOSTICO: POST QUIRURGICO DOLOR ABDOMINAL  
TIPO DE ESTUDIO: ABDOMEN CONTRASTADO

**PARA LA REALIZACION DE SU TOMOGRAFIA ES MUY IMPORTANTE QUE RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

Resultado de la creatinina reciente (No mayor a una semana si es ambulatorio y no mayor a 48 horas si es hospitalario):  
Valor: \_\_\_\_\_ Fecha: 01/10/2013 SIN CREATININA

Trajo usted estudios anteriores, tomografias, ecografias, rx? si \_\_\_ no \_\_\_ Entrega placas? \_\_\_ entrega cd? \_\_\_

Esta usted en ayunas? Si \_\_\_ No

Sufre de alguna enfermedad? Si \_\_\_ No \_\_\_ Cuales? \_\_\_\_\_

Es usted diabético? Si \_\_\_ No \_\_\_ Toma Metformina? Si \_\_\_ No \_\_\_

Tiene Historia de:

1. Alergia a algún tratamiento? Si \_\_\_ No
2. Alguna reacción leve, moderada o grave a medios de contraste yodado? Si \_\_\_ No \_\_\_
3. Hipertiroidismo si \_\_\_ No
4. Insuficiencia cardiaca Si \_\_\_ No
5. Diabetes mellitus? Si \_\_\_ No  Toma Metformina? Si \_\_\_ No
6. Historia de enfermedad Renal Si \_\_\_ No
7. Cirugía renal previa? Si  No
8. Asma inestable? Si \_\_\_ No \_\_\_
9. Proteinuria? Si \_\_\_ No \_\_\_
10. Hipertensión arterial Si \_\_\_ No \_\_\_

Toma algunos de los siguientes medicamentos:



ENCUESTA PARA LA REALIZACION DE TOMOGRAFIAS SIMPLES O CONTRASTADAS

CÓDIGO IMA.FORM.19

VERSIÓN 01

Fecha de elaboración y/o actualización:  
11-08-2017

- Metformina Si  No
- Interleukina 2 Si  No
- AINES Si  No
- Aminoglicósidos Si  No
- B bloqueadores Si  No

Lo han operado de algo? Si  No  de \_\_\_\_\_

Ha tenido algún trauma en el sitio del estudio anteriormente? \_\_\_\_\_

Si usted considera que el medico radiólogo debe saber algo importante de su historia clínica, por favor consígnelo acá:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quien realiza la encuesta Firma del  
paciente Paciente No Toma 