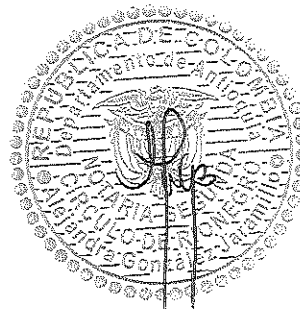


Señores

JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE QUIBDÓ
Medellín

REFERENCIA: VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL
DEMANDANTE: SUANNY KARINA LEMOS ARIAS Y OTROS
DEMANDADO: SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A.
RADICADO: 2700131030012024-00122-00
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 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 aparecen al pie de su firma y con tarjeta profesional de abogado No. 102.021, con el fin que represente y asuma la defensa de los intereses de la Sociedad 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

Atentamente,

RAMIRO DEL CARMEN POSADA AGUDELO
C. C. No. 71.647.955
Representante Legal
SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A.

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

Samiro del Carmen Pasada Agudelo

Quién se identificó con la C.C. No. 31647955

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.




ALEJANDRA GONZALEZ JARAMILLO
Notaria Segunda Encargada Circuito de Rionegro, Antioquia



**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**ENFERMERIA****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 19 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 1		Fecha del Folio: 27/02/2023 19:49	
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Otra

ESCALA CAIDA DE MORSE.**Antecedentes de Caídas recientes o en los 3 últimos meses:****0 puntos.**

0 puntos: No.

25 puntos: Si.

Observaciones

normal

Dignóstico Secundario:**0 puntos.**

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

Observaciones

normal

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

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

15 puntos: Muletas, bastón, andador.

30 puntos: Muebles.

Observaciones

normal

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

0 puntos: No

20 puntos: Si

Observaciones

normal

Equilibrio/Traslado:**0 puntos.**

0 puntos: Normal, reposo en cama,inmóvil.

10 puntos: Debíl.

20 puntos: Alterado.

Información del folio No. 1

Observaciones

normal

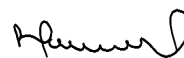
Estado Mental: 0 puntos.

0 puntos: Orientado según las posibilidades.

15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

Observaciones

normal

VALOR 20 RIESGO BAJO: 0-24 Cuidados básicos de enfermería.**Información del folio No. 1**

INGRESO OBSTETRICIA

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente									
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS			Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 19 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA				
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA				
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE		
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ				Tel. Acompañante:	3232421526			
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO								
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)						Rango:	SUBSIDIADO 1	
FOLIO N° 2			Fecha del Folio: 27/02/2023 19:49			Area Serv: UNIDAD GINECO_ OBSTETRICIA			
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General		

Ingreso a Obstetricia

Control Prenatal: Sí

2

Motivo de consulta

Previo lavado de manos y uso de equipo de protección personal, indago por síntomas respiratorios tos, fiebre, dificultad para respirar, contacto con paciente COVID-19, realización de prueba COVID-19, viajes en los últimos 14 días, todos NEGATIVOS.

Identificación
Edad: 25 años
Residente: Baradó
Escolaridad: universitario
Ocupación: ninguna
Estado civil: unión libre
Hemoclasificación: A positivo

Motivo de consulta
Remitida de Quibdó para realizar cerclaje cervical

Enfermedad Actual

Información del folio No. 2



INSIGNARES MUÑOZ PAOLA ANDREA
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
R.M. 865350

Paciente G1P0 con embarazo de 20+3 semanas por ecografía del 27/12/2023 con 11+4 semanas remitida de Quibdó para realizar cerclaje cervical. Paciente ingresa a hospital de Quibdó por sangrado vaginal moderada cantidad y dolor pélvico tipo cólico, está hospitalizada desde el 24/02/2023, trae historia indicando dilatación 2 cm, membranas íntegras. Paciente refiere movimientos fetales presentes, sangrado vaginal leve cantidad y epigastralgia.

Antecedentes
Patológicos: gastritis, migraña
Quirúrgicos: negativo
Alérgicos: negativo
Farmacológicos: pluriamin
Tóxicos: negativo
Transfusionales: negativo
Familiares: madre con patología cardíaca
Ginecoobstétricos: M: 13 años, ciclos: 30/4, G0P0, FUM: 16/10/2022, Fecha probable de parto: 18/07/2023, anticoncepción: negativo, citología: no se ha realizado, ETS: negativo.
Embarazo actual: No planeado. Aceptado. CPN: 2. Inicio CPN: 1 trimestre
No complicaciones en embarazo actual
Hospitalizaciones actual embarazo: No
Consumo de micronutrientes: Si
Consumo de otros medicamentos: No
Otros medicamentos: No
Visita nutrición: Si.
Visita odontología: Si.
Visita psicología: Si.
Vacunación: DTaP: Si. Influenza: Si. COVID 19: 1 dosis
Sufre o sufrió de violencia intrafamiliar, depresión y/o ansiedad: No
Peso inicial: 64 kg. Ganancia de peso: 68 kg
ARO: nuliparidad

Ecografías
27/12/2022 EG 11+4 semanas FPP 14/07/2023
13/02/2023 eg 18+2 semanas
23/02/2023 EG 19+6 semanas PFE 322 gr. ILA 12.4 cm, cefálico,placenta corporal anterior

Laboratorios CPN
VIH: negativo 12/01/2023
Sífilis: negativo 12/01/2023
AgS HB: negativo 12/01/2023
Ig G toxoplasma: positivo 12/01/2023
Ig M toxoplasma: negativo 12/01/2023
Hemograma: hb 11,8 hcto 37.6% plaq 296 000. 12/01/2023
Hemoclasificación A positivo 12/01/2023

Examen físico
Peso: 68 kg, Talla: 160 cm
TA 100/60 FC 83 por min FR 18 por min Sat 98% T 36°C
C/C: conjuntivas rosadas, mucosa oral húmeda, cuello sin masas
C/P: ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares.
Abdomen: globoso por útero grávido, altura uterina 20 cm, feto único vivo, FCF 143 por min, no actividad uterina
G/U genitales externos sin lesiones, se difiere tacto vaginal
Extrem: sin edema, pulsos 2/2

Gestación: 1 Edad Gestacional: 20 Fecha de Última Menstruación: Embarazo: Único
Grupo sanguíneo: A+

Revisión por Sistemas
Negativo

Paraclínicos Control Prenatal

Prueba de Elisa Virus de la Inmunodeficiencia Humana:	Observaciones:
Antígeno de superficie Hepatitis B:	Observaciones:
Serología VDRL:	Observaciones:
Streptococco del Grupo B:	Observaciones:
Curva de Tolerancia Oral a la Glucosa (CTOG):	Observaciones:
Toxoplasma IGG:	Observaciones:
Toxoplasma IGN:	Observaciones:

Información del folio No. 2

Ecografías

Examen Físico

Estado general:

Percepción de movimientos fetales:

Presentación del feto:

Estado de conciencia:

Percepción de actividad uterina:

Escala de dolor sistémica:

Percepción de pérdidas vaginales:

Signos Vitales

Presión arterial: Sistólica: Diastólica:

Saturación de oxígeno:

Talla: ,00

Frecuencia cardíaca fetal (FCF):

Escala de dolor:

Frecuencia cardíaca:

Temperatura: ,00

Índice de masa corporal (IMC): 0,0

Frecuencia respiratoria:

Peso: 0,0

Altura uterina: 0,0

Frecuencia cardíaca fetal (FCF):

Hallazgos Por Sistemas

Cabeza: Normal

ORL: Normal

Abdomen: Normal

Extremidades: Normal

Cuello: Normal

Cardiopulmonar: Normal

Genitourinario: Normal

Neurológico: Normal

Análisis

Paciente G1P0 con embarazo de 20+3 semanas por ecografía del 27/12/2023 con 11+4 semanas remitida de Quibdó para realizar cerclaje cervical. Paciente con amenaza de aborto remitida con 2 cm de dilatación, en el momento estable hemodinámicamente, sin SRIS, no actividad uterina, no sangrado vaginal activo, cervicometría de 9 mm con infundibulización, se hospitaliza para valoración por medicina materno fetal, se ordenan laboratoios para descartar foco infeccioso y definir realizar cervlaje cervical. Se explica a paciente conducta a seguir, paciente refiere entender y aceptar

Plan

Hospitalización
Dieta corriente ahora y suspender a las 22:00
Cateter venoso
SS/ CH,PCR, uroanálisis, gram de orina con sonda, VIH, prueba treponémica
SS/ cervicometria
Valoración medicina materno fetal

Factores de riesgo tromboprofilaxis en gestantes

1Punto	2 Puntos	3 Puntos	4 Puntos
☐ Sin factores de riesgo	☐ Cesárea intraparto	☐ Antecedente de TVP originado por cirugía mayor	☐ Síndrome de hiperestimulación ovárica
☐ Antecedente familiar primer grado de tvp asociada a estrógenos o no provoca		☐ Trombofilia de alto riesgo	☐ Antecedente TVP
☐ Trombofilia de bajo riesgo		☐ Comorbilidad importante: cáncer, falla cardíaca, lupus, síndrome nefrótico, nefr	
☐ Edad mayor a 35 años		☐ Procedimiento quirúrgico durante la gestación o el puerperio (excepto reparación perineal)	
☐ Obesidad		☐ Hiperemesis	
☐ Paridad mayor o igual a 3			
☐ Tabaquismo			
☐ Venas varices			
☐ Preeclamsia actual			
☐ Técnica de reproducción asistida para lograr embarazo actual			

Información del folio No. 2

☐ Embarazo múltiple

☐ Cesárea electiva

☐ Parto instrumentado

☐ Trabajo de parto por más de 24 horas

☐ Hemorragia posparto mayor a 1000cc

☐ Parto actual pretérmino

☐ Mortinato en gesta actual

☐ Infección sistémica actual

☐ Deshidratación / Inmovilidad

Valor: 0 Medidas no farmacológicas

Conciliación medicamentosa:

1. De donde se obtiene la información:
2. Se concilian medicamentos: N/A (No hay medicamentos para conciliar)

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	Prindi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX
N883	☐ INCOMPETENCIA DEL CUELLO DEL UTERO	☐	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde
O200	☐ AMENAZA DE ABORTO	☒	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde

Plan de manejo - Medicamentos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
Plan de manejo Intrahospitalario						
A03FM016701	METOCLOPRAMIDA SLN INY 10MG/2ML	☒	Endovenosa	☒ 0		10 MILIGRAMO Cada 8 Horas Indefinido -
A02BO002722	OMEPRAZOL POLVO LIOF INY 40MG	☒	Endovenosa	☒ 0		40 MILIGRAMO Cada 24 Horas Indefinido -

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

Tipo Indicación: Hospitalización

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	
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		
906913	906913 - PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	1	Rutinario		
907106	907106 - UROANALISIS	1	Rutinario	con sonda	
901107	901107 - COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	1	Rutinario	de orina con sonda	
906249	9062491 - VIH PRUEBA RÁPIDA	1	Rutinario		
906039	9060391 - PRUEBA TREPONÉMICA RÁPIDA	1	Rutinario		
881432	8814321 - CERVICOMETRIA	1	Rutinario		

Solicitud de Interconsulta

Consec, Especialidad	Dx	Motivo	Observaciones
Información del folio No. 2			



Paciente G1P0 con embarazo de 20+3 semanas por ecografía del 27/12/2023 con 11+4 semanas remitida de Quibdó para realizar cerclaje cervical. Paciente con amenaza de aborto remitida con 2 cm de dilatación, en el momento estable hemodinámicamente, sin SRIS, no actividad uterina, no sangrado vaginal activo, cervicometría de 9 mm con infundibulización, se hospitaliza para valoración por medicina materno fetal, se ordenan laboratoios para descartar foco infeccioso y definir realizar cervlaje cervical. Se explica a paciente conducta a seguir, paciente refiere entender y aceptar

Orden de Hospitalización

Consecutivo No. ***

261035

Información del folio No. 2

***** (Debido al alto volúmen de información, es necesario remitirse al informe de Orden de Hospitalización desde la opción Informes/Impresión de solicitudes, item Orden hospitalización)**

INSIGNARES MUÑOZ PAOLA ANDREA
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
R.M. 865350

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**ORDENES MEDICAS****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente							
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 20 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ			Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO						
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)					Rango:	SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 3							
Fecha del Folio: 28/02/2023 03:16							
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General

Justificación de la prescripción

Paciente con múltiples episodios de emesis, no respuesta a manejo con metoclopramida, se ordena ondasetron.

Plan
Ondasetron 8 mg IV cada 8 horas
Suspender metoclopramida**Antecedentes**

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

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		☐

Plan de manejo - Medicamentos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
A04A0008701	ONDANSETRON SLN INY 8MG/4ML	☒	Endovenosa	100	☒ 0	8 MILIGRAMO Cada 8 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
A03FM016701	METOCLOPRAMIDA SLN INY 10MG/2ML	☒	2	28/02/2023 03:14	100		100

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**Tipo Indicación:** Hospitalización**Órd. Médicas:****Orden de Hospitalización****Consecutivo No. *****

261079

*** (Debido al alto volumen de información, es necesario remitirse al informe de Orden de Hospitalización desde la opción Informes/Impresión de solicitudes, ítem Orden hospitalización)

INSIGNARES MUÑOZ PAOLA ANDREA
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
R.M. 865350

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**ORDENES MEDICAS****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente									
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS			Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 20 Días	Estado Civil:	Soltero			Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA			Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526			Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ					Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO								
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)							Rango:	SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 4		Fecha del Folio: 28/02/2023 05:26							
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34		F. Consulta:	No_Aplica		C. Externa:	Enfermedad_General

Justificación de la prescripción

Se activa protocolo KPC

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
O200	☐ AMENAZA DE ABORTO	☒	☒	☐ 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:** Se activa protocolo KPC**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
901217	901217 - CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES	1	Rutinario	PROTOCOLO KPC

Johana Ochoa
1037625395

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**ENFERMERIA****N° Historia Clínica: 1077475693****Datos personales del Paciente**

Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 20 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ			Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO						
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)					Rango:	SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 5		Fecha del Folio: 28/02/2023 08:19					
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Otra

ESCALA CAIDA DE MORSE.**Antecedentes de Caídas recientes o en los 3 últimos meses:****0 puntos.**

0 puntos: No.

25 puntos: Si.

Observaciones

NR

Dignóstico Secundario:**15 puntos.**

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

Observaciones

ANOTADOS EN LA HC

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

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

15 puntos: Muletas, bastón, andador.

30 puntos: Muebles.

Observaciones

REPOSOS EN CAMA

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

0 puntos: No

20 puntos: Si

Observaciones

CON ACCESO VENOSO

Equilibrio/Traslado:**0 puntos.**

0 puntos: Normal, reposo en cama,inmóvil.

10 puntos: Debíl.

20 puntos: Alterado.

Información del folio No. 5

Observaciones

NORMAL

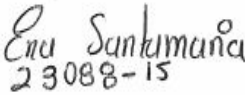
Estado Mental: 0 puntos.

0 puntos: Orientado según las posibilidades.

15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

Observaciones

ORIENTADA

VALOR 35 RIESGO MODERADO: 25-50 Implementar plan de prevención de caída estándar.**Información del folio No. 5**

Ena Santamaria
23088-15

EVOLUCIÓN OBSTETRICIA

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente					
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo:	Femenino
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 20 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Parentesco:	MADRE	Tel. Acompañante:	3232421526		
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ				
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO				
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)				
Rango:	SUBSIDIADO 1				
FOLIO N° 6			Fecha del Folio: 28/02/2023 08:19		Area Serv: UNIDAD GINECO_OBSTETRICIA
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica
C. Externa:	Enfermedad_General				

Evolución Obstetricia

Subjetivo

Suanny Lemos
25 años
G1
A+

Diagnósticos:

-Embarazo de 20+4 semanas por ecografía de la semana 11+4 (27/12/22)
-Incompetencia cervical
*Cervicometría 9mm con infundibulización
-Feto 23/02/2023 EG 19+6 semanas PFE 322 gr. ILA 12.4 cm, cefálico, placenta corporal anterior

Tratamiento:

-Ondansetrón 8mg cada 8 horas
-Omeprazol 40mg cada 24 horas

Subjetivo: refiere dolor pélvico intenso asociado a sangrado vaginal moderado. Anoche y en la mañana múltiples episodios de emesis, con náuseas y epigastralgia.

Signos Vitales

Presión arterial: Sistólica: ,00	Diastólica: 0,0000	Frecuencia cardíaca: ,00	Frecuencia respiratoria: ,00
Saturación de oxígeno: ,00		Temperatura: ,00	Peso:
Talla:		Índice de masa corporal (IMC):	Altura uterina:
Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00		Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00	Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00

Objetivo

Regulares condiciones generales, algica
SV PA 117/74, FC 89, SaO2 96%, FCF 152
Mucosa oral húmeda
CP normal
Abdomen útero grávido, leve dolor a la palpación en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal, sin actividad uterina
TV no se realiza. Sangrado vaginal escaso.
Extremidades sin edemas

Paraclínicos

27/02/23 Uroanálisis contaminado, gram de orina sin bacterias.
Hb 8.8, Hto 26.5, GB 11840, N 80%, plaquetas 378000. CPR 4.5mg/dl
VIH neg, sífilis neg

Análisis de la evolución

Información del folio No. 6

Ingrith e Tallas

Primigestante con embarazo de 20+4 semanas con amenaza de aborto e incompetencia cervical, con cervicometría al ingreso por rastreo ecográfico de 9mm, pendiente nueva cervicometría. Paraclínicos con uroanálisis contaminado, pero gram sin bacterias, con ligera elevación de PCR , sin leucocitosis y con anemia normocítica normocrómica. La paciente persiste muy álgica por lo que se adiciona analgesia. Se espera concepto por MMF para definir intervenciones adicionales y posibilidad de cerclaje. Explico a paciente y familiar.

Plan
-Hioscina
-Pendiente cervicometría y valoración por MMF

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
N883	☐ INCOMPETENCIA DEL CUELLO DEL UTERO	☒ ☒ ☐	Definitivo	Confirmado_Repetido	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
Plan de manejo Intrahospitalario						
A03BH013701	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO SLN INY 20MG/ML	☒	Endovenosa	☒ 0		1 AMPOLLA Cada 8 Horas Indefinido -

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. 6

Ingrith e Trillos

PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente							
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 20 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ			Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO						
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)					Rango:	SUBSIDIADO 1

FOLIO N° 7 **Fecha del Folio: 28/02/2023 10:18**

N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General
--------------------	---------	---------------	------------------	---------------------	-----------	--------------------	--------------------

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

¿Qué deseo hacer?: Inicial

CONTACTO: - Protocolo EPC

AEROSOL:

GOTA:

CUIDADOS DEL PACIENTE

NEUTROPÉNICO:

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: Urgencias_Observacion

Órd. Médicas:

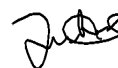
Orden de Hospitalización

Consecutivo No. ***

261151

Información del folio No. 7

*** (Debido al alto volumen de información, es necesario remitirse al informe de Orden de Hospitalización desde la opción Informes/Impresión de solicitudes, ítem Orden hospitalización)



EVOLUCIÓN OBSTETRICIA

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente									
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS			Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 20 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA				
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA				
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE		
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ			Tel. Acompañante:	3232421526				
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO								
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)						Rango:	SUBSIDIADO 1	
FOLIO N° 8			Fecha del Folio: 28/02/2023 13:56			Area Serv: UNIDAD GINECO_OBSTETRICIA			
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General		

Evolución Obstetricia

Subjetivo

MEDICINA MATERNOFETAL
Suanny Karina, 25 años, trabajadora social, unión libre, residente en Baradó/Chocó
G1P0, A+

La paciente refiere que el 04/02/23 inicia con sangrado vaginal y el 08/02/23 dolor pélvico, asociado a náuseas y episodios eméticos, por lo que consultó en múltiples ocasiones a urgencias, donde hacen diagnóstico de amenaza de aborto, sin embargo por persistencia de los síntomas hospitalizan el 24/02/23 en Quibdó, encuentran dilatación de 2cm con membranas íntegras y remiten para realizar cerclaje cervical.

Actualmente hospitalizada con los siguientes diagnósticos:

- Embarazo de 20+4 semanas por ecografía del 27/12/22 (11+4)
- Incompetencia cervical
- ** 27/02/23: Cervicometría 9mm con infundibulización
- Feto última ecografía: 23/02/2023 Embarazo de 19+6 semanas PFE 322 gr. ILA 12.4 cm, cefálico, placenta corporal anterior

Antecedentes personales:

- Patológicos: Migraña
- Alérgicos: No refiere
- Medicamentos: Pluriamin, ácido fólico, calcio
- Tóxicos: No refiere
- Quirúrgicos: No refiere
- Vacunación: COVID-19 (una dosis), TdaP ok, influenza ok
- Familiares: Niega

Paraclínicos:

- 27/02/23: Hb 8.8, Hto 26.5, VCM 84, HCM27, Pla 378.000, WBC 11840, N 80%, PCR 4.5, VIH (-), sífilis (-), uroanálisis contaminado, gram de orina negativo

Ecografías

- 27/12/2022: Embarazo de 11+4 semanas FPP 14/07/2023
- 13/02/2023 Embarazo de 18+2 semanas
- 23/02/2023 Embarazo de 19+6 semanas PFE 322 gr. ILA 12.4 cm, cefálico, placenta corporal anterior
- 27/02/23: Cervicometría 9mm con infundibulización
- 28/02/23: Cervicometría 2.5mm, hay infundibulización de las membranas que protruyen ligeramente a través del orificio cervical externo, hallazgo confirmado por tacto vaginal, sludge positivo.

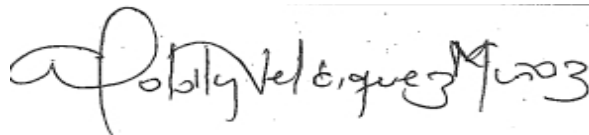
Paraclínicos CPN

- 12/01/23: AgSHB (-), VIH (-), Sífilis (-), IgG toxoplasma (+), IgM (-), hemoclasificación A+, Hb 11,8 hcto 37.6% plaq 296 000. 12/01/2023, urocultivo negativo

Signos Vitales

Presión arterial: Sistólica: ,00	Diastólica: 0,0000	Frecuencia cardíaca: ,00	Frecuencia respiratoria: ,00
Saturación de oxígeno: ,00		Temperatura: ,00	Peso:
Talla:		Índice de masa corporal (IMC):	Altura uterina:
Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00		Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00	Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00

Información del folio No. 8



VELASQUEZ MUÑOZ NATALY
MATERNO FETAL
R.M. 1017127116

Objetivo

Buenas condiciones generales, afebril, hidratada, sin signos de dificultad respiratoria
Torax simétrico, sin retracciones
Abdomen con útero grávido, doloroso a la palpación en hipogastrio/región pélvica
Sangrado vaginal escaso, no realizo TV (ya realizado hoy en la cericometría)
Extremidades simétricas, llenado capilar menor a 2 seg

Análisis de la evolución

Paciente G1P0 con embarazo de 20+4 semanas, quien inicia el 4 de febrero con sangrado vaginal y dolor pélvico por lo que hospitalizan el 24/02 y remiten para realizar cerclaje cervical, tiene cervicometría positiva de 2.5mm con infundibilización de las membranas y sludge, paraclínicos con elevación leve de PCR sin otros hallazgos sugestivos de proceso infeccioso. Considero que la paciente está cursando con una inflamación infección intraamniótica ya que la clinica es altamente sugestiva: cérvix corto, dolor abdominal, sangrado vaginal sumado a los marcadores ecográficos (sludge e infundibilización), con altísimo riesgo de ruptura prematura de membranas y de pérdida de la gestación, por lo que en beneficio de la paciente decido iniciar cubrimiento antibiótico inmediato, incluso antes de realizar amniocentesis por lo que no es posible realizar cerclaje. Adicionalmente con anemia normocítica normocrómica, por lo que solicito paraclínicos para estudio.Uroanálisis contaminao, solicito nuevamente por sonda. Solicito ecografía de detalle anatómico. Explico a la paciente y a su madre la situación actual, el riesgo de pérdida gestacional y les explico por que no es posible realizar cerclaje cervical en este momento. Se aclaran dudas, la paciente y su madre entienden

Diagnósticos:

- Embarazo de 20+4 semanas por ecografía del 27/12/22 (11+4)
- Sospecha de inflamación infección intraamniótica
- ** Cervicometría 28/02/23: Longitud cervical 2.5mm, infundibilización y sludge
- ** Clínica de sangrado vaginal y dolor pélvico/en hipogastrio
- Feto última ecografía: 23/02/2023 Embarazo de 19+6 semanas PFE 322 gr. ILA 12.4 cm, cefálico, placenta corporal anterior
- Inmunidad para toxoplasma
- Síndrome anémico en estudio (normocítica normocrómica)

Plan

- Hospitalizar por ginecología
- Paraclínicos
- Gota gruesa
- Ecografía de detalle anatómico
- Amniocentesis
- Uroanálisis y urocultivo por sonda
- Iniciar ceftriaxona, claritromicina y metronidazol
- Control de signos vitales
- Dieta normal
- Vigilar sangrado vaginal
- IC por psicología
- Avisar si hay cambios

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
O411	☐ INFECCION DE LA BOLSA AMNIOTICA O DE LAS MEMBRANAS	☒	☐	☐	Presuntivo	Impresion_Diagnostica No_Corresponde

Plan de manejo - Medicamentos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
J01FA090247	CLARITROMICINA POLVO INY 500MG	☒	Endovenosa	☒	10	500 MILIGRAMO Cada 12 Horas Definido por 10 Dias -
J01DC011723	cefTRIAXona POLVO INY 1G	☒	Endovenosa	☒	10	1 GRAMO Cada 24 Horas Definido por 10 Dias -
A02BC005151	ESOMEPRAZOL CAP 40 MG	☒	Oral	☒	5	40 MILIGRAMO Cada 24 Horas Definido por 5 Dias -
J01XM021701	METRONIdazol SLN INY 500MG	☒	Endovenosa	☒	10	500 MILIGRAMO / MILILITRO Cada 8 Horas Definido por 10 Dias -
B01AH004701	HEPARINA SODICA SLN INY 5000UI/ML AMP X 5ML	☒	Endovenosa	☒	0	5000 UNIDAD INTERNACIONAL Cada 12 Horas Indefinido -
A12AC001011	CALCIO TAB 600MG /REG	☒	Oral	☒	0	1200 MILIGRAMO Cada 24 Horas Indefinido -

Información del folio No. 8

VELASQUEZ MUÑOZ NATALY
MATERNO FETAL
R.M. 1017127116

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

Tipo Indicación: Hospitalizacion

- Órd. Médicas:
- Hospitalizar por ginecología
 - Paraclínicos
 - Gota gruesa
 - Ecografía de detalle anatómico
 - Amniocentesis
 - Uroanálisis y urocultivo por sonda
 - Iniciar ceftriaxona, claritromicina y metronidazol
 - Control de signos vitales
 - Dieta normal
 - Vigilar sangrado vaginal
 - IC por psicología
 - Avisar si hay cambios
- 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
903506	903506 - OTROS LIQUIDOS EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS	1	Rutinario	Para líquido amniótico
901218	901218 - CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES	1	Rutinario	de líquido amniótico
901217	901217 - CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES	1	Rutinario	Cultivo para microorganismos aerobios en líquido amniotio
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	
902224	902224 - RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	1	Rutinario	
903016	903016 - FERRITINA	1	Rutinario	
902214	902214 - HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	1	Rutinario	
902206	902206 - EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	1	Rutinario	
903044	903044 - SATURACION DE TRANSFERRINA	1	Rutinario	
903105	903105 - ACIDO FOLICO FOLATOS EN SUERO	1	Rutinario	
903703	903703 - VITAMINA B12 CIANOCOBALAMINA	1	Rutinario	
907106	907106 - UROANALISIS	1	Rutinario	Uroanálisis y urocultivo por sonda
901236	901236 - UROCULTIVO ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO	1	Rutinario	por sonda
881437	881437 - ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	1	Rutinario	

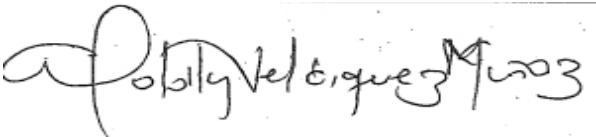
Solicitud de Procedimientos Quirúrgicos

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Procedimiento Quirúrgico	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
751101	12112 - AMNIOCENTESIS	1	Rutinario	

Solicitud de Interconsulta

Consec, Especialidad	Dx	Motivo	Observaciones
294391 PSICOLOGIA		Paciente con alto riesgo de ruptura de membranas y pérdida del embarazo, solicito acompañamiento por psicología	Paciente con alto riesgo de ruptura de membranas y pérdida del embarazo, solicito acompañamiento por psicología

Información del folio No. 8



VELASQUEZ MUÑOZ NATALY
MATERNO FETAL
R.M. 1017127116



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

ORDENES MEDICAS

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente									
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS			Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 20 Días		Estado Civil:	Soltero		Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807		Procedencia:	CHOCONTA		Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel.responsable:	3232421526		Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ					Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO								
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)						Rango:	SUBSIDIADO 1	
FOLIO N° 9			Fecha del Folio: 28/02/2023 15:13						
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica		C. Externa:	Enfermedad_General	

Justificación de la prescripción

Se corrige orden de claritromicina

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
O411	☐ INFECCION DE LA BOLSA AMNIOTICA O DE LAS MEMBRANAS	☒	☐	☐ Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

Plan de manejo - Medicamentos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
J01FC046721	KLARICID® CLARITROMICINA POLVO INY 500MG	☒	Endovenosa	20	☒ 10	500 MILIGRAMO Cada 12 Horas Definido por 10 Dias -

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

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Órd. Médicas:

Ingrith & Tails

EVOLUCIÓN OBSTETRICIA

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente									
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS			Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 20 Días	Estado Civil:	Soltero			Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA			Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel.responsable:	3232421526		Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ					Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO								
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)						Rango:	SUBSIDIADO 1	
FOLIO N° 10			Fecha del Folio: 28/02/2023 15:27			Area Serv: UNIDAD GINECO_OBSTETRICIA			
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General		

Evolución Obstetricia

Subjetivo

Nota adicional:

Se realiza ecografía Tv para confirmar sludge interrogado en cervicometría previa de hoy, se confirma hallazgo, adicionalmente infundibulización y frecuencia cardiaca fetal de 169lpm, lo que soporta aún mas el diagnóstico de inflamación infección intraamniótica (Triple I).

Paciente con gastritis durante todo el embarazo, asociado a náuseas y episodios eméticos, cifras tensionales normales, sin premonitorios, solicito pruebas de función hepática

Se inicia tratamiento y vigilancia estricta de signos vitales y paraclínicos infecciosos cada 48 horas segun evolución, en caso de evidenciar infección materna se deberá interrumpir el embarazo. Le explico claramente a la paciente y a su madre.

Signos Vitales

Presión arterial: Sistólica: ,00 Diastólica: 0,0000

Saturación de oxígeno: ,00

Talla:

Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00

Frecuencia cardíaca: ,00

Temperatura: ,00

Índice de masa corporal (IMC):

Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00

Frecuencia respiratoria: ,00

Peso:

Altura uterina:

Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00

Objetivo

Análisis de la evolución

Plan

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).

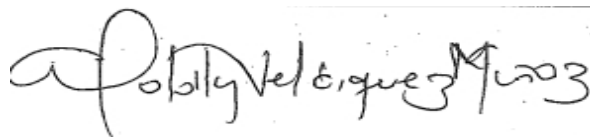
Código * CIE10	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
O411	☐ INFECCION DE LA BOLSA AMNIOTICA O DE LAS MEMBRANAS	☒	☐ Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

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

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Ord. Médicas: .

Información del folio No. 10



VELASQUEZ MUÑOZ NATALY

MATERNO FETAL

R.M. 1017127116

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
903866	903866 - TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA ALANINO AMINO TRANSFERASA	1	Rutinario	
903867	903867 - TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA ASPARTATO AMINO TRANSFERASA	1	Rutinario	
903828	903828 - DESHIDROGENASA LACTICA	1	Rutinario	

Información del folio No. 10

VELASQUEZ MUÑOZ NATALY
MATERNO FETAL
R.M. 1017127116



Paciente:SUANNY KARINA LEMOS ARIAS Cédula_Ciudadanía1077475693

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

EVOLUCION PSICOLOGIA

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente									
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS			Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 20 Días	Estado Civil:	Soltero		Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA			
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA		Ocupación:	AMA DE CASA			
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526		Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE	
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ				Tel. Acompañante:	3232421526			
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO								
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)						Rango:	SUBSIDIADO 1	
FOLIO N° 11			Fecha del Folio: 28/02/2023 18:15						
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34		F. Consulta:	No_Aplica		C. Externa:	Enfermedad_General

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

Detalle del folio:

SUBJETIVO

Acudo a valorar a la paciente a urgencias pero se encuentra en valoración de medicina materno fetal. Se reprograma valoración para mañana.

OBJETIVO

N/A

ANALISIS

Acudo a valorar a la paciente a urgencias pero se encuentra en valoración de medicina materno fetal. Se reprograma valoración para mañana.

EPICRISIS

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. 11

MERCHAN JAIMES ALEXIS HARLEY

PSICOLOGIA

R.M. 71330616

EVOLUCIÓN OBSTETRICIA

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente									
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS			Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 20 Días	Estado Civil:	Soltero			Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA			Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526			Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ					Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO								
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)						Rango:	SUBSIDIADO 1	
FOLIO N° 12			Fecha del Folio: 28/02/2023 19:09			Area Serv: UNIDAD GINECO_OBSTETRICIA			
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General		

Evolución Obstetricia

Subjetivo

*** GINECOLOGIA
Paciente de 25 años, con dx de
Paciente
G1P0A0
Embarazo de 20.4 semanas
Sospecha de corioamnionitis.
Incompetencia cervical
síndrome anémico a estudio - anemia normocítica normocroica
Síndrome emético
Riesgo obstétrico alto
Riesgo tromboembólico bajo
Riesgo de depresión posparto moderada

Signos Vitales

Presión arterial: Sistólica: 105,00 Diastólica: 69,0000	Frecuencia cardíaca: 70,00	Frecuencia respiratoria: 18,00
Saturación de oxígeno: 98,00	Temperatura: 36,00	Peso:
Talla:	Índice de masa corporal (IMC):	Altura uterina:
Frecuencia cardíaca fetal (FCF): 126,00	Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00	Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00

Objetivo

Paciente alerta, tranquila, ubicada
CC mucosa oral húmeda escleras anictéricas
Cardiopulmonar normal sin ruidos patológicos
Abdomen globoso por tuerco gravido, fuv, no hipertonia uterina, no hipersensibilidad uterina
TV no se realiza tv, no pérdidas vaginales
Neurológico sin focalizaciones
ROT: ++/++++

Eco obstétrica 28/2/2023 emb de 20.0 semanas bradicardia fetal pfe 337 gr

Análisis de la evolución

Paciente con dx anotados, valorada por mmf quienes considera como primera posibilidad infección intra amnionítica e inicia manejo y cubrimiento ab, oaceinte con alto riesgo de pérdida gestacional, dado cambios cervicales y bradicardia fetal evidenciaba durante ecografía, se decide continuar manejo instaurado, ss ch y pcr control apra mañana, se explica a paciente

Plan

-

Información del folio No. 12

Ingrith e Trillos

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
O411	☐ INFECCION DE LA BOLSA AMNIOTICA O DE LAS MEMBRANAS	☒ ☐ ☐	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

Plan de manejo - Medicamentos						
Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
Plan de manejo Intrahospitalario						
A02BO002722	OMEPRAZOL POLVO LIOF INY 40MG	☒	Endovenosa	☐ 0		40 MILIGRAMO Dosis Unica -

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
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	tomr malana
906913	906913 - PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	1	Rutinario	-

Información del folio No. 12

Ingrith e Trillos

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.****890939936****ENFERMERIA****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 20 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 13		Fecha del Folio: 28/02/2023 19:27	
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Otra

ESCALA CAIDA DE MORSE.**Antecedentes de Caídas recientes o en los 3 últimos meses:****0 puntos.**

0 puntos: No.

25 puntos: Si.

Observaciones

SIN CAIDAS RECIENTES

Dignóstico Secundario:**15 puntos.**

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

Observaciones

CON DIAGNOSTICO SECUNDARIO

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

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

15 puntos: Muletas, bastón, andador.

30 puntos: Muebles.

Observaciones

DEAMBULA POR SUS PROPIOS MEDIOS

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

0 puntos: No

20 puntos: Si

Observaciones

CON ACCESO VENOSO SIN SIGNOS DE INFECCION

Equilibrio/Traslado:**0 puntos.**

0 puntos: Normal, reposo en cama,inmóvil.

10 puntos: Debíl.

20 puntos: Alterado.

Información del folio No. 13

05-0790-20

SALAZAR CUARTAS MARIA VALENTINA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 05-0790-20

Observaciones

SIN ALTERACION EN EL EQUILIBRIO

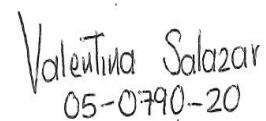
Estado Mental:**0 puntos.**

0 puntos: Orientado según las posibilidades.

15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

Observaciones

ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS

VALOR 35 RIESGO MODERADO: 25-50 Implementar plan de prevención de caída estándar.**Información del folio No. 13**

Valentina Salazar
05-0790-20

**SALAZAR CUARTAS MARIA
VALENTINA**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 05-0790-20

EVOLUCIÓN OBSTETRICIA

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente									
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS			Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 20 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA				
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA				
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE		
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ				Tel. Acompañante:	3232421526			
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO								
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)						Rango:	SUBSIDIADO 1	
FOLIO N° 14			Fecha del Folio: 28/02/2023 20:34			Area Serv: UNIDAD GINECO_OBSTETRICIA			
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General		

Evolución Obstetricia

Subjetivo

*** GINECOLOGIA

Paciente de 25 años, con dx de

Paciente

G1P0A0

Embarazo de 20.4 sms

Sospecha de corioamnionitis.

Incompetencia cervical

síndrome anémico a estudio - anemia normocítica normocroica

Síndrome emético

Riesgo obstétrico alto

Riesgo tromboembólico bajo

Riesgo de depresión posparto moderada

s// paciente refiere dinámica uterina irregular de intensidad leve, moderada, asociada a sangrado vaginal escaso no feto

Signos Vitales

Presión arterial: Sistólica: 114,00

Diastólica: 62,0000

Frecuencia cardíaca: 82,00

Frecuencia respiratoria: 18,00

Saturación de oxígeno: 98,00

Temperatura: 36,00

Peso:

Talla:

Índice de masa corporal (IMC):

Altura uterina:

Frecuencia cardíaca fetal (FCF): 156,00

Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00

Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00

Objetivo

Paciente alerta, tranquila, ubicada

CC mucosa oral húmeda escleras anictéricas

Cardiopulmonar normal sin ruidos patológicos

Abdomen globoso por tuerro gravido, fuv, no hipertonia uterina, no hipersensibilidad uterina

TV vagina nt ne cuello posterior d 4 cm b 90 % e -2 membranas abombadas íntegras

Neurológico sin focalizaciones

ROT: ++/++++

Eco obstétrica 28/2/2023 emb de 20.0 sms bradicardia fetal pfe 337 gr

Análisis de la evolución

Paciente con xatoados, con progresión en cambios cervicales, alto riesgo de pérdida gestacional, actualmente con dolor y dinámica uterina ocasional, se traslada a UMI para vigilancia clínica y vigilar o no progresión de trabajo de parto, en caso de expulsión de producto de gestación realizar legrado obstétrico

Plan

Información del folio No. 14

Ingrith e. Teiles

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
O411	☐ INFECCION DE LA BOLSA AMNIOTICA O DE LAS MEMBRANAS	☒ ☐ ☐	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: -

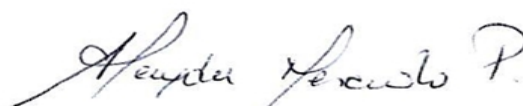
Información del folio No. 14

Ingrith R. Trillos

EVOLUCIÓN OBSTETRICIA

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente									
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS			Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 20 Días		Estado Civil:	Soltero		Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807		Procedencia:	CHOCONTA		Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel.responsable:	3232421526		Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ					Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO								
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)						Rango:	SUBSIDIADO 1	
FOLIO N° 15			Fecha del Folio: 28/02/2023 21:06			Area Serv: UNIDAD GINECO_OBSTETRICIA			
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General		



MERCADO PEREZ ALEYDA ROCIO

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

R.M. 27-459

Evolución Obstetricia

Subjetivo

Se toman medidas para prevencion d infeccion por SARs COV 2

INGRESO UMI

Paciente de 25 Años G1P0A0 , con dx de
Embarazo de 20.4 sms
Sospecha de corioamnionitis .
Incompetencia cervical
síndrome anémico a estudio - anemia normocítica normocroica
Síndrome emético
Riesgo obstétrico alto
Riesgo tromboembólico bajo
Riesgo de depresión posparto moderada/ALTO

s: Refiere dolor pélvico tipo cólico de moderada intensidad que se irradia a región lumbar, asociado a escaso sangrado por genitales, además refiere epigastralgia.

Antecedentes

Patológicos: gastritis, migraña
Quirúrgicos: negativo
Alérgicos: negativo
Farmacológicos: pluriamin
Tóxicos: negativo
Transfusionales: negativo
Familiares: madre con patología cardíaca
Ginecoobstétricos: M: 13 años, ciclos: 30/4, G0P0, FUM: 16/10/2022, Fecha probable de parto: 18/07/2023, anticoncepción: negativo, citología: no se ha realizado, ETS: negativo.
Embarazo actual: No planeado. Aceptado. CPN: 2. Inicio CPN: I trimestre

Ecografías

27/12/2022 EG 11+4 semanas FPP 14/07/2023
13/02/2023 eg 18+2 semanas
23/02/2023 EG 19+6 semanas PFE 322 gr. ILA 12.4 cm, cefálico, placenta corporal anterior

Laboratorios CPN

VIH: negativo 12/01/2023
Sífilis: negativo 12/01/2023
AgS HB: negativo 12/01/2023
Ig G toxoplasma: positivo 12/01/2023
Ig M toxoplasma: negativo 12/01/2023
Hemograma: hb 11,8 hcto 37.6% plaq 296 000. 12/01/2023
Hemoclasificación A positivo 12/01/2023

Signos Vitales

Presión arterial: Sistólica: 118,00 Diastólica: 77,0000	Frecuencia cardíaca: 84,00	Frecuencia respiratoria: 18,00
Saturación de oxígeno: 97,00	Temperatura: ,00	Peso:
Talla:	Índice de masa corporal (IMC):	Altura uterina:
Frecuencia cardíaca fetal (FCF): 165,00	Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00	Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00

Objetivo

Paciente consciente, alerta, con buen patrón respiratorio, mamas simétricas pendulas, sin lesiones, abdomen semigloboso pr utero gravido, tono normal, en el momento no se percibe dinámica uterina. FCF 165 x minuto, genitales normconfigurados, se omite tacto vaginal, se observa escaso sangrado por genitales, sistema nervioso sin déficit aparnete

Análisis de la evolución

Paciente con diagnósticos anotados, en el momento en regulares condiciones generales, con llanto fácil, signos vitales dentro de parámetros normales, fetocardia presente, sin dianmcia uterina, alta sospecha clínica de infección intraamniótica, con peso fetal estimado de 337 gramos, recibiendo manejo instaurado por medicina maternofoetal, a espera de ser valorada por servicio de sicología, se le explica a la gestante su situación actual, se aclaran dudas, se continúa vigilancia en unidad, atentos a evolución

Plan

Factores de riesgo tromboprofilaxis en gestantes

1Punto	2 Puntos	3 Puntos	4 Puntos
--------	----------	----------	----------

Información del folio No. 15

MERCADO PEREZ ALEYDA ROCIO

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

R.M. 27-459

☐ Antecedente familiar primer grado de tvp asociada a estrógenos o no provoca	☐ Cesárea intraparto	☐ Antecedente de TVP originado por cirugía mayor
☐ Trombofilia de bajo riesgo		☐ Trombofilia de alto riesgo
☐ Edad mayor a 35 años		☐ Comorbilidad importante: cáncer, falla cardíaca, lupus, síndrome nefrótico, nefr
☐ Obesidad		☐ Procedimiento quirúrgico durante la gestación o el puerperio (excepto reparación perineal)
☐ Paridad mayor o igual a 3		☐ Hiperemesis
☐ Tabaquismo		
☐ Venas varices		
☐ Preeclamsia actual		
☐ Técnica de reproducción asistida para lograr embarazo actual		
☐ Embarazo múltiple		
☐ Cesárea electiva		
☐ Parto instrumentado		
☐ Trabajo de parto por más de 24 horas		
☐ Hemorragia posparto mayor a 1000cc		
☒ Parto actual pretérmino		
☐ Mortinato en gesta actual		
☐ Infección sistémica actual		
☐ Deshidratación / Inmovilidad		

Valor: 1 Medidas no farmacológicas

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
O200	☐ AMENAZA DE ABORTO	☒ ☒ ☐	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:

Información del folio No. 15



MERCADO PEREZ ALEYDA ROCIO
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
R.M. 27-459

EVOLUCIÓN OBSTETRICIA

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente									
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS			Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 20 Días	Estado Civil:	Soltero			Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA			Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526			Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ					Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO								
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)						Rango:	SUBSIDIADO 1	
FOLIO N° 16			Fecha del Folio: 28/02/2023 21:28			Area Serv: UNIDAD GINECO_OBSTETRICIA			
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General		

Evolución Obstetricia

Subjetivo

Se a tiende llamado de la gestante, quien refiere sensacion de pujo,
Actualmente con TA 113/69 FC: 88 Sat 97,
Consciente,a lerta, con biuen patron repiratorio, abdomen semigloboso, bliando, cojn tono normal,
al tacto cervix dilatado 4 cm bto 90% estacion flotante,

Paciente con sosnpecha de infeccion intraamniotica, sin evidenica de progresion de cambios cervicales, se continua vigilancia, atneots a evolucion

Signos Vitales

Presión arterial: Sistólica: ,00	Diastólica: 0,0000	Frecuencia cardíaca: ,00	Frecuencia respiratoria: ,00
Saturación de oxígeno: ,00		Temperatura: ,00	Peso:
Talla:		Índice de masa corporal (IMC):	Altura uterina:
Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00		Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00	Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00

Objetivo

Análisis de la evolución

Plan

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).

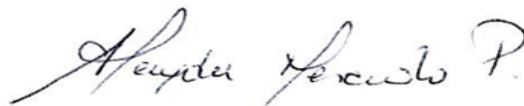
Código * CIE10	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Princi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
O411	☐ INFECCION DE LA BOLSA AMNIOTICA O DE LAS MEMBRANAS	☒	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

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

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Órd. Médicas:

Información del folio No. 16



MERCADO PEREZ ALEYDA ROCIO
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
R.M. 27-459

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**ENFERMERIA****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 20 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 17		Fecha del Folio: 28/02/2023 21:31	
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: 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 presenta

Dignóstico Secundario:**0 puntos.**

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

Observaciones

no presenta

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

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

15 puntos: Muletas, bastón, andador.

30 puntos: Muebles.

Observaciones

se ayuda por enfermeria

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

0 puntos: No

20 puntos: Si

Observaciones

con un acceso venoso

Equilibrio/Traslado:**10 puntos.**

0 puntos: Normal, reposo en cama,inmóvil.

10 puntos: Debíl.

20 puntos: Alterado.

Información del folio No. 17**HINCAPIE OCAMPO YURY LIZETH**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 5-7097-13

Observaciones

por trabajo de parto

Estado Mental: **0 puntos.**

0 puntos: Orientado según las posibilidades.

15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

Observaciones

orientada

VALOR 30 RIESGO MODERADO: 25-50 Implementar plan de prevención de caída estándar.

Información del folio No. 17



HINCAPIE OCAMPO YURY LIZETH

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 5-7097-13



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

EVALUACION Y MEDICACION PREANESTESICA

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 20 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N°18	Fecha del Folio: 28/02/2023 23:54		
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Enfermedad_General

Detalle del folio:

FECHA DE LA INTERVENCIÓN 28/02/2023 00:00

INTERVENCIÓN PROPUESTA PROGRAMADO PARA REVISION UTERINA + CURETAJE OBSTETRICO EMERGENTE.

EXAMEN FISICO	PA 150/80 MMHG	FC 88 X'	FR 16 X'	PESO	Kg
BOCA	AO > 4 CM, MALLAMPATI I		CORAZON	RsCsRs SIN SOPLOS	
CUELLO	DEM > 11 CM DTM > 6 CM		PULMONES	VENTILDOS SIN AGREGADOS.	
EXAMENES PREQUIRÚRGICOS	HB	GLICEMIA	TP	TPT	
HTO	CITOQUIMICO ORINA	CREATININA	UREA		
PLAQUETAS	EKG	GS			
RX TORAX	OTROS				
ASA 2	URGENTE	PLAN ANESTÉSICO	CONDUCTIVA.		

OBSERVACIONES AYUNO COMPLETO.
 SE PUEDE OPERAR.
 SE FIRMA CONSENTIMIENTO DE ANESTESIA Y SE EXPLICAN RIESGOS ANESTESICOS INCLUIDO CONTAGIO POR COVID-19.
 SE USAN ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL.

PREMEDICACIÓN(Si se hospitaliza la noche anterior)

PREMEDICACIÓN (Si se ingresa el mismo día de la cirugía) NO

Identificación del riesgo cardiovascular

Cardipatia 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
O054	☐ OTRO ABORTO INCOMPLETO SIN COMPLICACION	☒	☒	Definitivo	Impresion_Diagnostica Preoperatorio	

Información del folio No. 18

Sandoval
Dr. Dagoberto Sanchez Mazziri
 Anestesiología y Reanimación
 c.e. 77.187.350
 Reg. No 01-0988-08

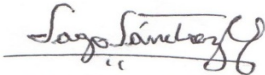
Plan de manejo - Medicamentos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	SOA	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
Plan de manejo Intrahospitalario						
N01BB0102 50	BUPIVACAINA LEVOGIRA + DEXTROSA SLN INY 0.75% AMP X 4ML	☒	Intrarraquidea	1	☐ 0	11 MILIGRAMO Dosis Unica -
N02AM024 701	MORFINA SLN INY 10MG/ML	☒	Endovenosa	1	☐ 0	80 MICROGRAMO Dosis Unica -
H02AD0057 11	DEXAMETASONA SLN INY 8MG/2ML	☒	Endovenosa	1	☐ 0	1 AMPOLLA Dosis Unica -
M01AD015 701	DICLOFENACO SLN INY 75MG/3ML	☒	Endovenosa	1	☐ 0	1 AMPOLLA Dosis Unica -
B05XR0077 02	LACTATO RINGER X 500ML SLN INY	☒	Endovenosa	4	☐ 0	1000 MILILITRO Dosis Unica -
A04A00087 01	ONDANSETRON SLN INY 8MG/4ML	☒	Endovenosa	1	☐ 0	1 AMPOLLA Dosis Unica -

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

Tipo Indicación: Cirugia
Órd. Médicas:

Información del folio No. 18


Dr. Dagoberto Sanchez Mazziri
Anestesiología y Reanimación
c.e. 77.187.350
Reg. No 01-0988-08

SANCHEZ MAZZIRI DAGOBERTO
ANESTESIOLOGIA
R.M. 01-0448-08

EVOLUCIÓN OBSTETRICIA

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente					
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo:	Femenino
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Parentesco:	MADRE	Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO				
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)				Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 19		Fecha del Folio: 01/03/2023 00:01		Area Serv: UNIDAD GINECO_OBSTETRICIA	
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica
C. Externa:	Enfermedad_General				

Evolución Obstetricia

Subjetivo

*** GINECOLOGIA

Paciente de 25 años, con dx de

Paciente

G1P0A0

Embarazo de 20.4 semanas

Sospecha de corioamnionitis.

Incompetencia cervical

Síndrome anémico a estudio - anemia normocítica normocroica

Síndrome emético

Riesgo obstétrico alto

Riesgo tromboembólico bajo

Riesgo de depresión posparto moderada

se atiende llamado de enfermería, paciente con expulsión de producto de gestación sin vida

Signos Vitales

Presión arterial: Sistólica: 115,00

Diastólica: 70,0000

Frecuencia cardíaca: 88,00

Frecuencia respiratoria: 18,00

Saturación de oxígeno: 98,00

Temperatura: 36,00

Peso:

Talla:

Índice de masa corporal (IMC):

Altura uterina:

Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00

Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00

Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00

Objetivo

Se atiende parto vaginal, con dilatación y borramientos completos, se recibe a las 23+17 hrs predeicta de gestación sin vida, feto de sexo masculino pes 310 gr talla 24 cm apgar 0*0*0 se pinzami cordón se entrega a enfermería de turno, se traslada paciente para legrado obstétrico y extracción de placenta, Se firma consentimiento informado.

Análisis de la evolución

Se atiende parto vaginal, con dilatación y borramientos completos, se recibe a las 23+17 hrs predeicta de gestación sin vida, feto de sexo masculino pes 310 gr talla 24 cm apgar 0*0*0 se pinzami cordón se entrega a enfermería de turno, se traslada paciente para legrado obstétrico y extracción de placenta, Se firma consentimiento informado.

se realiza certificado de defunción

Plan

nvo

preparar para legrado obstétrico

l ringer 120 cc hora

monitorización materna

csv ac

Antecedentes

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

Información del folio No. 19

Ingrith e Tallas O.

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
O411	☐ INFECCION DE LA BOLSA AMNIOTICA O DE LAS MEMBRANAS	☒ ☐ ☐ 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: -

Información del folio No. 19

Ingrith E. Trillos

CONTROL DEL POSTPARTO INMEDIATO

Nº Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel. responsable: 3232421526	Dir. responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO Nº 20		Fecha del Folio: 01/03/2023 01:16	
Nº Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Enfermedad_General

DETALLE DEL FOLIO

FECHA Y HORA DE INICIO: 01/03/2023 00:00

FECHA Y HORA FINAL: 01/03/2023 00:00

PARAMETRO	ESTADO/VALOR		OBSERVACION
EVALUACION DEL SENSORIO	SIN CAMBIO		Paciente consciente, orientada en sus tres esferas, tranquila, conjuntivas rosadas, hidratada.
MUCOSAS Y CONJUNTIVAS COLOREADAS	ROSADAS		Mamas blandas, no secretantes recién nacido fallecido
TEMPERATURA °C	35,2		
PULSO	60-90	87	
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	>90	95/54	
INVOLUCION UTERINA	IMFRAUMBILICAL		Se realiza masaje uterino y se explica la importancia del mismo.
PERDIDAS VAGINALES	MODERADO		Con salida de loquios en escasa cantidad, sin cuagulos, no fetido.

OBSERVACIONES GENERALES:

Se realizan conpos en tiempo real, se registra extratemporaneo por congestión del servicio.

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. 20



HINCAPIE OCAMPO YURY LIZETH
AUXILIAR DE ENFERMERIA
R.M. 5-7097-13

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**CONTROL DEL POSTPARTO INMEDIATO****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 21		Fecha del Folio: 01/03/2023 01:19	
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Enfermedad_General

DETALLE DEL FOLIO**FECHA Y HORA DE INICIO:** 01/03/2023 00:15**FECHA Y HORA FINAL:** 01/03/2023 00:15

PARAMETRO	ESTADO/VALOR		OBSERVACION
EVALUACION DEL SENSORIO	SIN CAMBIO		Paciente consciente, orientada en sus tres esferas, tranquila,conjuntivas rosadas, hidratada.
MUCOSAS Y CONJUNTIVAS COLOREADAS	ROSADAS		Mamas blandas, no secretantes se educa sobre la importancia de no estimularlas
TEMPERATURA °C	35,2		
PULSO	60-90	90	
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	>90	102/63	
INVOLUCION UTERINA	IMFRAUMBILICAL		Se realiza masaje uterino y se explica la importancia del mismo.
PERDIDAS VAGINALES	MODERADO		Con salida de loquios en escasa cantidad, sin cuagulos, no fetido.

OBSERVACIONES GENERALES:

Se realizan conpos en tiempo real, se registra extratemporaneo por congestion del servicio.

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. 21****HINCAPIE OCAMPO YURY LIZETH**
AUXILIAR DE ENFERMERIA
R.M. 5-7097-13

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**CONTROL DEL POSTPARTO INMEDIATO****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 22		Fecha del Folio: 01/03/2023 01:20	
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Enfermedad_General

DETALLE DEL FOLIO**FECHA Y HORA DE INICIO:** 01/03/2023 00:30**FECHA Y HORA FINAL:** 01/03/2023 00:30

PARAMETRO	ESTADO/VALOR		OBSERVACION
EVALUACION DEL SENSORIO	SIN CAMBIO		Paciente consciente, orientada en sus tres esferas, tranquila,conjuntivas rosadas, hidratada.
MUCOSAS Y CONJUNTIVAS COLOREADAS	ROSADAS		Mamas blandas, no secretantes se educa sobre la importancia de no estimular las mamas
TEMPERATURA °C	35,2		
PULSO	60-90	78	
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	>90	115/63	
INVOLUCION UTERINA	IMFRAUMBILICAL		Se realiza masaje uterino y se explica la importancia del mismo.
PERDIDAS VAGINALES	MODERADO		Con salida de loquios en escasa cantidad, sin cuagulos, no fetido.

OBSERVACIONES GENERALES:

Se realizan conpos en tiempo real, se registra extratemporaneo por congestion del servicio.

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. 22****HINCAPIE OCAMPO YURY LIZETH**
AUXILIAR DE ENFERMERIA
R.M. 5-7097-13

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**CONTROL DEL POSTPARTO INMEDIATO****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 23		Fecha del Folio: 01/03/2023 01:21	
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Enfermedad_General

DETALLE DEL FOLIO**FECHA Y HORA DE INICIO:** 01/03/2023 00:45**FECHA Y HORA FINAL:** 01/03/2023 00:45

PARAMETRO	ESTADO/VALOR		OBSERVACION
EVALUACION DEL SENSORIO	SIN CAMBIO		Paciente consciente, orientada en sus tres esferas, tranquila,conjuntivas rosadas, hidratada.
MUCOSAS Y CONJUNTIVAS COLOREADAS	ROSADAS		Mamas blandas,no secretantes se educa sobre la importancia de no estimular las mamas
TEMPERATURA °C	35,2		
PULSO	60-90	74	
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	>90	105/65	
INVOLUCION UTERINA	IMFRAUMBILICAL		Se realiza masaje uterino y se explica la importancia del mismo.
PERDIDAS VAGINALES	MODERADO		Con salida de loquios en escasa cantidad, sin cuagulos, no fetido.

OBSERVACIONES GENERALES:

Se realizan conpos en tiempo real, se registra extratemporaneo por congestion del servicio.

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. 23****HINCAPIE OCAMPO YURY LIZETH**
AUXILIAR DE ENFERMERIA
R.M. 5-7097-13

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**CONTROL DEL POSTPARTO INMEDIATO****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 24		Fecha del Folio: 01/03/2023 01:23	
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Enfermedad_General

DETALLE DEL FOLIO**FECHA Y HORA DE INICIO:** 01/03/2023 01:00**FECHA Y HORA FINAL:** 01/03/2023 01:00

PARAMETRO	ESTADO/VALOR		OBSERVACION
EVALUACION DEL SENSORIO	SIN CAMBIO		Paciente consciente, orientada en sus tres esferas, tranquila,conjuntivas rosadas, hidratada.
MUCOSAS Y CONJUNTIVAS COLOREADAS	ROSADAS		Mamas blandas, no secretantes se educa sobre la importancia de no estimular las mamas
TEMPERATURA °C	35,2		
PULSO	60-90	79	
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	>90	101/64	
INVOLUCION UTERINA	IMFRAUMBILICAL		Se realiza masaje uterino y se explica la importancia del mismo.
PERDIDAS VAGINALES	MODERADO		Con salida de loquios en escasa cantidad, sin cuagulos, no fetido.

OBSERVACIONES GENERALES:

Se realizan conpos en tiempo real, se registra extratemporaneo por congestion del servicio.

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. 24****HINCAPIE OCAMPO YURY LIZETH**
AUXILIAR DE ENFERMERIA
R.M. 5-7097-13

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**CONTROL DEL POSTPARTO INMEDIATO****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 25		Fecha del Folio: 01/03/2023 01:26	
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Enfermedad_General

DETALLE DEL FOLIO**FECHA Y HORA DE INICIO:** 01/03/2023 01:15**FECHA Y HORA FINAL:** 01/03/2023 01:15

PARAMETRO	ESTADO/VALOR		OBSERVACION
EVALUACION DEL SENSORIO	SIN CAMBIO		Paciente consciente, orientada en sus tres esferas, tranquila,conjuntivas rosadas, hidratada.
MUCOSAS Y CONJUNTIVAS COLOREADAS	ROSADAS		Mamas blandas,no secretantes se educa sobre la importancia de no estimular mamas
TEMPERATURA °C	35,2		
PULSO	60-90	79	
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	>90	98/62	
INVOLUCION UTERINA	IMFRAUMBILICAL		Con salida de loquios en escasa cantidad, sin cuagulos, no fetido
PERDIDAS VAGINALES	MODERADO		Se realiza masaje uterino y se explica la importancia del mismo.

OBSERVACIONES GENERALES:

Se realizan conpos en tiempo real, se registra extratemporaneo por congestion del servicio.

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. 25****HINCAPIE OCAMPO YURY LIZETH**
AUXILIAR DE ENFERMERIA
R.M. 5-7097-13

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

HISTORIA CLINICA CURETAJE

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N°26	Fecha del Folio: 01/03/2023 01:26		
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Enfermedad_General

Detalle del folio:

Curetaje: Obstétrico

Numero certificado defunción fetal:23022920193379

Semanas Gestación: 20

Procedimiento para interrupción voluntaria del embarazo?: No

Diagnóstico Preoperatorio:

Embarazo de 20.4 sms
Sospecha de corioamnionitis .
Incompetencia cervical
síndrome anémico a estudio - anemia normocítica normocroica
Síndrome emético
Riesgo obstétrico alto
Riesgo tromboembólico bajo
Riesgo de depresión posparto moderada
Postoperatorio de legrado uterino

Diagnóstico Posoperatorio:

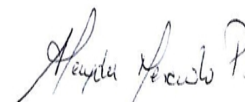
Fecha Curetaje: 01/03/2023 **Hora Inicio Cirugia:** 00:10 **Hora Fin Cirugia:** 00:25
Cirujano Aleyda Mercado **Ayudante:**
Anestesiólogo: SANCHEZ MAZZIRI DAGOBERTO **Anestesia:** raquídea
Tipo de anestesia: Conductiva-raquídea

PACIENTE EN POSICIÓN DE LITOTOMÍA

1. Asepsia y Antisepsia: de genitales
2. Examen Pélvico , Vagina: utero aumentado para 14 semanas
Posición Útero: AVF **Tamaño:** 14 **Cms**
Cuello: Abierto **Insinúa paso del purpejo:** SI **Anexos:** no palpables a la palpación bimanual
3. Especuloscopia, pinzamiento del labio: Anterior
4. Dilatación Cervical: NO
5. Legrado Uterino con cureta cortante Número: 5
Se obtiene restos ovulares en cantidad: Escasa **Fétidos:** NO **Patología:** SI
Complicaciones: NINGUNA **Observaciones:**

BAJO ANESTESIA RAQUÍDEA
POSICION GINECOLOGICA
PREVIA SEPSIA DE GENITALES Y COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS
SE REALIZA EXTRACCION DE LA PLACENTA
TACTO BIMANUAL: UTERO AUMENTADO PARA 14 SEMANAS , ANEXOS NO PALPABLES
ESPECULOSCOPIA CERVIX ABIERTO DE ASPECTO SANO,
PINZAMIENTO Y TRACCION DE LABIO ANTERIOR DE CERVIX
CON PINZA FOSTER SE EXTRAEN ESCASOS RESTOS PLACENTARIOS,
SE REALIZA LEGRADO DE CAVIDAD UTERINA EN SENTIDO HORARIO CON CLURETA NUMERO 5 HASTA OBTENER SANGRADO ROJO RUTILANTE.
PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES
SANGRADO APROXIMADO 100 CC

Información del folio No. 26



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
Z988	☐ OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	☒	☒	☐ Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde

Plan de manejo - Medicamentos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
H01BO0077	OXITOCINA SLN INY 10UI/ML	☒	Endovenosa		☐ 0	10 UNIDADES INTERNACIONALES / MILILITRO Dosis Unica - Aplicar 10 und iv durante el alumbramiento
02						

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

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Órd. Médicas: Hospitalizar
Nada via oral
Iniciar dieta en 6 horas y avanzar segun tolerancia
Mantener via canalizada
Oxitocina 10 und pasart en bolo durante el alumbramiento
Clexane 40 mg sc al día no aplicar antes de 6 horas posterior al procedimeitno
Cefazolina 2 gm vi previo al legrado
Supender metronidazol, claritromicina, ceftriazona
vigilar sangrado por genitales
SS estudio anatomopatologico de placenta
Pendiente valoracion por sicologia
control de signos vitales

Nota: Paciente y familiar no desean enviar a patologia al feto, se le explica la importancia de esto con el fin de idenfificar posibles causas que desencadenaran el trabajo de parto pretermino, aun asi, no desean solicitar estudio

Información del folio No. 26

MERCADO PEREZ ALEYDA ROCIO
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
R.M. 27-459

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**CONTROL DEL POSTPARTO INMEDIATO****N° Historia Clínica: 1077475693****Datos personales del Paciente**

Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atencion:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ			Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO						
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)					Rango:	SUBSIDIADO 1

FOLIO N° 27**Fecha del Folio: 01/03/2023 01:28**

N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General
--------------------	---------	---------------	------------------	---------------------	-----------	--------------------	--------------------

DETALLE DEL FOLIO**FECHA Y HORA DE INICIO:** 01/03/2023 01:30**FECHA Y HORA FINAL:** 01/03/2023 01:30

PARAMETRO	ESTADO/VALOR		OBSERVACION
EVALUACION DEL SENSORIO	SIN CAMBIO		Paciente consciente, orientada en sus tres esferas, tranquila,conjuntivas rosadas, hidratada.
MUCOSAS Y CONJUNTIVAS COLOREADAS	ROSADAS		Mamas blandas, poco secretantes se educa sobre la importancia de no estimular mamas
TEMPERATURA °C	35,2		
PULSO	60-90	79	
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	>90	106/65	
INVOLUCION UTERINA	IMFRAUMBILICAL		Se realiza masaje uterino y se explica la importancia del mismo.
PERDIDAS VAGINALES	MODERADO		Con salida de loquios en escasa cantidad, sin cuagulos, no fetido.

OBSERVACIONES GENERALES:

Se realizan compos en tiempo real, se registra extratemporaneo por congestion del servicio.

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****HINCAPIE OCAMPO YURY LIZETH**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 5-7097-13


SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.
890939936
ORDENES MEDICAS
N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente							
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ			Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO						
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO - COMFACHOCO (SUBSIDIADO)					Rango:	SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 28				Fecha del Folio: 01/03/2023 01:51			
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General

Justificación de la prescripción

se abre folio para cargar analgesicos y suspender medicamentos

Antecedentes

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

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		☐

Plan de manejo - Medicamentos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	Pos	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
N02BD026701	DIPIRONA SLN INY 1G/2ML	☒	Endovenosa	20	☒ 2	2 GRAMO Cada 8 Horas Definido por 2 Días -
M01AD015701	DICLOFENACO SLN INY 75MG/3ML	☒	Endovenosa	2	☒ 1	75 MILIGRAMO / MILILITRO Cada 12 Horas Definido por 1 Días -

Medicamentos Suspendidos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	Pos	Proviene del folio No.	Fecha de Suspensión	Cantidad solicitada	Cantidad Sumin. Enfermería	Cantidad Suspendida
A02B00027 22	ORAZOLE® OMEPRAZOL POLVO LIOF INY 40MG	☒	2	01/03/2023 01:46	100		100
A03BH0137 01	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO SLN INY 20MG/ML	☒	6	01/03/2023 01:46	100		100
J01FA09024 7	CLARITROMICINA POLVO INY 500MG	☒	8	01/03/2023 01:46	20		20
J01DC0117 23	cefTRIAxona POLVO INY 1G	☒	8	01/03/2023 01:46	10		10
J01XM0217 01	METRONIdazol SLN INY 500MG	☒	8	01/03/2023 01:46	30		30
A12AC0010 11	CALCIO TAB 600MG /REG	☒	8	01/03/2023 01:46	100		100
J01FC04672 1	KLARICID® CLARITROMICINA POLVO INY 500MG	☒	9	01/03/2023 01:46	20		20
A02B00027 22	ORAZOLE® OMEPRAZOL POLVO LIOF INY 40MG	☒	12	01/03/2023 01:46			

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales serán vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).
Tipo Indicación: Hospitalización

Ord. Médicas: Dipirona 2 gm vi cada 8 horas
 Diclofenaco 75 mg iv cada 12 horaspor 2 dosis
 Esomeprazol 40 mg vo al día
 Resto de ordenes igual

MERCADO PEREZ ALEYDA ROCIO
 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 R.M. 27-459

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**TRANSOPERATORIO ENFERMERÍA****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente									
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS			Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días		Estado Civil:	Soltero		Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807		Procedencia:	CHOCONTA		Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel.responsable:	3232421526		Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ					Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO								
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)						Rango:	SUBSIDIADO 1	
FOLIO N° 29			Fecha del Folio: 01/03/2023 01:56						
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34		F. Consulta:	No_Aplica		C. Externa:	Enfermedad_General

Detalle del folio:**REGISTRO QUIRURGICO ENFERMERIA**

Fecha	Quirófanos	Especialidad	Intervención
Sitio Oper	Tipo de Cirugia	Clasificación Herida	
Antibiótico:			
Tipo de antibiótico	Dosis	Fecha-Hora de administración de antibiótico	
Profilaxis antibiótica	Refuerzo de profilaxis	OBSERVACION(ANTIBIOTICO UTILIZADO)	
Hora Llegada	Destino	Hora Inicio Anestesia	
Hora Incisión	01/01/2099 00:00	Hora Apósito	01/01/2099 00:00
Monitorización	☐ Diuresis ☐ Ecg ☐ Gasometria ☐ Pulsioximetria ☐ TA no invas ☐ TA Directa ☐ Pvc	Posición	
Material Osteosíntesis(Incluir liga Clips)	Biopsias	Bacteriología	Sondas y drenes
Canulación Via	☐ Arterial ☐ Central	Bisturí Eléctrico	Observación S.D
ASEPSIA ZONA	Rasurado	Lavado con	Pintado con
ISQUEMIA	Hora Inicio	Hora Final	Localización
Compresa Usadas N°	Und	Gasas Usadas N°	Und
Conteo Verificado		Conteo Verificado	
Tipo de Anestesia:	Anestesia Regional:	Anestesia	
Observaciones			
Cirujano:	Anestesiólogo:	Instrumentador	

PROCEDIMIENTOS MENORES

Fecha:	28/02/2023	Quirófanos:	S. Partos	Especialidad:	Gineco-Obstetricia	Intervención:	Legrado
Sitio Oper:	Genitales	Tipo de Cirugia:	Prioritaria	Clasificación Herida:	Limpia-Contaminada		
Hora Llegada:	23:20						
Hora Salida:	23:50						
ASEPSIA ZONA							
Lavado con:	Solución Yodada						
Cirujano:	3603						
Intrumentador(es):	3603						
Anestesiólogo:	534						

GARCIA VELASQUEZ XIMENA
AUXILIAR DE ENFERMERIA
R.M. 1000633544

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**CONTROL DEL POSTPARTO INMEDIATO****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 30		Fecha del Folio: 01/03/2023 02:42	
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Enfermedad_General

DETALLE DEL FOLIO**FECHA Y HORA DE INICIO:** 01/03/2023 01:45**FECHA Y HORA FINAL:** 01/03/2023 01:45

PARAMETRO	ESTADO/VALOR		OBSERVACION
EVALUACION DEL SENSORIO	SIN CAMBIO		Paciente consciente, orientada en sus tres esferas, tranquila,conjuntivas rosadas, hidratada.
MUCOSAS Y CONJUNTIVAS COLOREADAS	ROSADAS		Mamas blandas, no secretantes se educa sobre la importancia de no estimularlas
TEMPERATURA °C	35,2		
PULSO	60-90	79	
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	>90	92/52	
INVOLUCION UTERINA	IMFRAUMBILICAL		Se realiza masaje uterino y se explica la importancia del mismo.
PERDIDAS VAGINALES	MODERADO		Con salida de loquios en escasa cantidad, sin cuagulos, no fetido.

OBSERVACIONES GENERALES:

Se realizan conpos en tiempo real, se registra extratemporaneo por congestion del servicio.

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

a

Órd. Médicas:**Información del folio No. 30****HINCAPIE OCAMPO YURY LIZETH**
AUXILIAR DE ENFERMERIA
R.M. 5-7097-13

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**CONTROL DEL POSTPARTO INMEDIATO****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 31		Fecha del Folio: 01/03/2023 02:43	
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Enfermedad_General

DETALLE DEL FOLIO**FECHA Y HORA DE INICIO:** 01/03/2023 02:00**FECHA Y HORA FINAL:** 01/03/2023 02:00

PARAMETRO	ESTADO/VALOR		OBSERVACION
EVALUACION DEL SENSORIO	SIN CAMBIO		Paciente consciente, orientada en sus tres esferas, tranquila,conjuntivas rosadas, hidratada.
MUCOSAS Y CONJUNTIVAS COLOREADAS	ROSADAS		Mamas blandas, no secretantes se educa sobre la importancia de no estimularlas
TEMPERATURA °C	35,2		
PULSO	60-90	86	
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	>90	97/48	
INVOLUCION UTERINA	IMFRAUMBILICAL		Se realiza masaje uterino y se explica la importancia del mismo.
PERDIDAS VAGINALES	MODERADO		Con salida de loquios en escasa cantidad, sin cuagulos, no fetido.

OBSERVACIONES GENERALES:

Se realizan conpos en tiempo real, se registra extratemporaneo por congestion del servicio.

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**Tipo Indicación:** Espera_de_evolucion_por_especialista**Órd. Médicas:****Información del folio No. 31****HINCAPIE OCAMPO YURY LIZETH**
AUXILIAR DE ENFERMERIA
R.M. 5-7097-13

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**CONTROL DEL POSTPARTO INMEDIATO****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 32		Fecha del Folio: 01/03/2023 02:45	
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Enfermedad_General

DETALLE DEL FOLIO**FECHA Y HORA DE INICIO:** 01/03/2023 02:30**FECHA Y HORA FINAL:** 01/03/2023 02:30

PARAMETRO	ESTADO/VALOR		OBSERVACION
EVALUACION DEL SENSORIO	SIN CAMBIO		Paciente consciente, orientada en sus tres esferas, tranquila,conjuntivas rosadas, hidratada.
MUCOSAS Y CONJUNTIVAS COLOREADAS	ROSADAS		Mamas blandas, no secretantes se educa sobre la importancia de no estimularlas
TEMPERATURA °C	35,2		
PULSO	60-90	84	
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	>90	100/50	
INVOLUCION UTERINA	IMFRAUMBILICAL		Mamas blandas, no secretantes se educa sobre la importancia de no estimularlas
PERDIDAS VAGINALES	MODERADO		Con salida de loquios en escasa cantidad, sin cuagulos, no fetido.

OBSERVACIONES GENERALES:

x

Se realizan conpos en tiempo real, se registra extratemporaneo por congestion del servicio.

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

a

Órd. Médicas:**Información del folio No. 32****HINCAPIE OCAMPO YURY LIZETH**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 5-7097-13

EVOLUCIÓN OBSTETRICIA

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 33		Fecha del Folio: 01/03/2023 02:54	Area Serv: UNIDAD GINECO_OBSTETRICIA
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Enfermedad_General

Evolución Obstetricia

Subjetivo
Personal de enfermería manifiesta que durante la atención de expulsión del feto se observó líquido amniótico verde, hipertermico, por lo que se indica manejo para infección intraamniótica,

Signos Vitales
Presión arterial: Sistólica: ,00 Diastólica: 0,000 **Frecuencia cardíaca:** ,00 **Frecuencia respiratoria:** ,00
Saturación de oxígeno: ,00 **Temperatura:** ,00 **Peso:**
Talla: **Índice de masa corporal (IMC):** **Altura uterina:**
Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00 **Frecuencia cardíaca fetal (FCF):** ,00

Objetivo

Análisis de la evolución

Plan

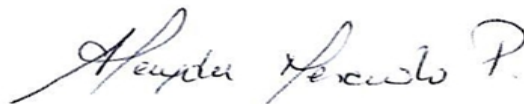
<u>Antecedentes</u>			* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).			
Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle				
		☐				

<u>Diagnósticos Registrados en este folio</u>			** (El diagnóstico fue resaltado en el folio, implica una situación importante).			
Código * CIE10	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	Prind DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
0411	☐ INFECCION DE LA BOLSA AMNIOTICA O DE LAS MEMBRANAS	☒	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
J01FC019701	CLINDAMICINA SLN INY 600MG/4ML	☒	Endovenosa	☒	2	900 MILIGRAMO / MILILITRO Cada 8 Horas Definido por 2 Dias -
J01GG003704	GENTAMICINA SLN INY 160MG/2ML	☒	Intravenosa	☒	2	160 MILIGRAMO / MILILITRO Cada 24 Horas Definido por 2 Dias -

Información del folio No. 33



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		

Solicitud de Patologías

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Patologías	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas	Origen Muestra
898241	898241 - ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES	1	Rutinario	corioamnionitisEmb de 20.4 semanas Aborto inevitable	placneta

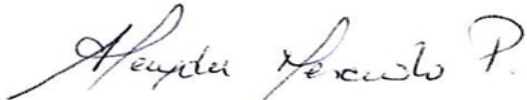
Orden de Hospitalización

Consecutivo No. ***

261275

Información del folio No. 33

*** (Debido al alto volumen de información, es necesario remitirse al informe de Orden de Hospitalización desde la opción Informes/Impresión de solicitudes, item Orden hospitalización)



MERCADO PEREZ ALEYDA ROCIO
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
R.M. 27-459

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**CONTROL DEL POSTPARTO INMEDIATO****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 34		Fecha del Folio: 01/03/2023 03:44	
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Enfermedad_General

DETALLE DEL FOLIO**FECHA Y HORA DE INICIO:** 01/03/2023 03:00**FECHA Y HORA FINAL:** 01/03/2023 03:00

PARAMETRO	ESTADO/VALOR		OBSERVACION
EVALUACION DEL SENSORIO	SIN CAMBIO		Paciente consciente, orientada en sus tres esferas, tranquila,conjuntivas rosadas, hidratada.
MUCOSAS Y CONJUNTIVAS COLOREADAS	ROSADAS		Se realiza masaje uterino y se explica la importancia del mismo.
TEMPERATURA °C	35,2		
PULSO	60-90	86	
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	>90	97/55	
INVOLUCION UTERINA	IMFRAUMBILICAL		Con salida de loquios en escasa cantidad, sin cuagulos, no fetido.
PERDIDAS VAGINALES	MODERADO		Se realizan conpos en tiempo real, se registra extratemporaneo por congestión del servicio.

OBSERVACIONES GENERALES:**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. 34****HINCAPIE OCAMPO YURY LIZETH**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 5-7097-13

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**CONTROL DEL POSTPARTO INMEDIATO****N° Historia Clínica: 1077475693****Datos personales del Paciente**

Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atencion:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ			Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO						
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)					Rango:	SUBSIDIADO 1

FOLIO N° 35**Fecha del Folio: 01/03/2023 03:48**

N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General
--------------------	---------	---------------	------------------	---------------------	-----------	--------------------	--------------------

DETALLE DEL FOLIO**FECHA Y HORA DE INICIO:** 01/03/2023 03:30**FECHA Y HORA FINAL:** 01/03/2023 03:30

PARAMETRO	ESTADO/VALOR		OBSERVACION
EVALUACION DEL SENSORIO	SIN CAMBIO		Paciente consciente, orientada en sus tres esferas, tranquila,conjuntivas rosadas, hidratada.
MUCOSAS Y CONJUNTIVAS COLOREADAS	ROSADAS		Mamas blandas, no secretantes se educa sobre la importancia de no estimular
TEMPERATURA °C	35,2		
PULSO	60-90	86	
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	>90	114/62	
INVOLUCION UTERINA	IMFRAUMBILICAL		Se realiza masaje uterino y se explica la importancia del mismo.
PERDIDAS VAGINALES	MODERADO		Con salida de loquios en escasa cantidad, sin cuagulos, no fetido.

OBSERVACIONES GENERALES:

Se realizan conpos en tiempo real, se registra extratemporaneo por congestion del servicio.

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. 35****HINCAPIE OCAMPO YURY LIZETH**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 5-7097-13

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**CONTROL DEL POSTPARTO INMEDIATO****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 36		Fecha del Folio: 01/03/2023 03:51	
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Enfermedad_General

DETALLE DEL FOLIO**FECHA Y HORA DE INICIO:** 01/03/2023 04:00**FECHA Y HORA FINAL:** 01/03/2023 04:00

PARAMETRO	ESTADO/VALOR		OBSERVACION
EVALUACION DEL SENSORIO	SIN CAMBIO		Paciente consciente, orientada en sus tres esferas, tranquila,conjuntivas rosadas, hidratada.
MUCOSAS Y CONJUNTIVAS COLOREADAS	ROSADAS		Mamas blandas,no secretantes se educa sobre la importancia de no estimularlas
TEMPERATURA °C	35,2		
PULSO	60-90	89	
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	>90	110/68	
INVOLUCION UTERINA	IMFRAUMBILICAL		Se realiza masaje uterino y se explica la importancia del mismo.
PERDIDAS VAGINALES	MODERADO		Con salida de loquios en escasa cantidad, sin cuagulos, no fetido.

OBSERVACIONES GENERALES:

Se realizan conpos en tiempo real, se registra extratemporaneo por congestion del servicio.

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. 36****HINCAPIE OCAMPO YURY LIZETH**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 5-7097-13

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**ORDENES MEDICAS****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente							
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ			Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO						
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)					Rango:	SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 37				Fecha del Folio: 01/03/2023 04:35			
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General

Justificación de la prescripción

se carga medicamento

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:****MERCADO PEREZ ALEYDA ROCIO**

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

R.M. 27-459



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

ORDENES MEDICAS

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente							
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ			Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO						
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)					Rango:	SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 38				Fecha del Folio: 01/03/2023 04:36			
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General

Justificación de la prescripción

se carga medicamento

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

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

☐

Plan de manejo - Medicamentos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	S o a	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
J01DC044721	cefAZOLina POLVO INY 1G	☒	Endovenosa	2	☐ 0	2 GRAMO Dosis Unica - profilaxis

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

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Órd. Médicas:

Aleyda Perez Rocio

MERCADO PEREZ ALEYDA ROCIO

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

R.M. 27-459

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**ORDENES MEDICAS****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente							
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ			Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO						
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)					Rango:	SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 39				Fecha del Folio: 01/03/2023 07:53			
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General

Justificación de la prescripción

SE ABRE FOLIO PARA ORDENAR PATOLOGÍA

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
0054	☐ OTRO ABORTO INCOMPLETO SIN COMPLICACION	☒	☒	☐ Definitivo	Impresion_Diagnostica	Preoperatorio	

Indicaciones Médicas (Órdenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermería para su respectivo registro).**Tipo Indicación:** Hospitalizacion**Órd. Médicas:** .**Solicitud de Patologías**

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Patologías	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas	Origen Muestra
898304	898304 - ESTUDIOS ANATOMOPATOLOGICOS POST MORTEM DE FETO Y PLACENTA	1	Rutinario	PLACENTA - ABORTO	PLACENTA - ABORTO

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**CONTROL DEL POSTPARTO INMEDIATO****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 40		Fecha del Folio: 01/03/2023 08:44	
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Enfermedad_General

DETALLE DEL FOLIO**FECHA Y HORA DE INICIO:** 01/03/2023 08:00**FECHA Y HORA FINAL:** 01/03/2023 08:00

PARAMETRO	ESTADO/VALOR		OBSERVACION
EVALUACION DEL SENSORIO	SIN CAMBIO		
MUCOSAS Y CONJUNTIVAS COLOREADAS	ROSADAS		
TEMPERATURA °C	36,0		
PULSO	60-90	72	
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	>90	106/63	
INVOLUCION UTERINA	IMFRAUMBILICAL		
PERDIDAS VAGINALES	MODERADO		

OBSERVACIONES GENERALES:

Paciente consciente, orientada en sus tres esferas, tranquila,conjuntivas rosadas, hidratada.
Mamas blandas, poco secretantes
Se realiza masaje uterino y se explica la importancia del mismo.
Con salida de loquios en escasa cantidad, sin cuagulos, no fetido.

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. 40**

Valeria G.

VALERIA GARCIA CARDONA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 1001386958

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**ORDENES MEDICAS****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente							
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ			Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO						
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO - COMFACHOCO (SUBSIDIADO)					Rango:	SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 41				Fecha del Folio: 01/03/2023 09:48			
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General

Justificación de la prescripción

SS// PATOLOGIA FETO

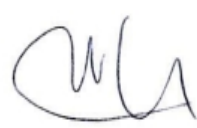
Antecedentes

* (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 Patologías**

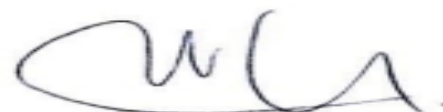
Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Patologías	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas	Origen Muestra
898301	898301 - AUTOPSIA NECROPSIA COMPLETA	1	Rutinario	SOSPECHA DE AMNIONITIS	SOSPECHA DE AMNIONITIS


GUERRERO SOLANO ANGELICA MARIA
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
R.M. 63544597

EVOLUCIÓN OBSTETRICIA

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente										
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS				Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días		Estado Civil:	Soltero		Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA			
Teléfono:	3207780807		Procedencia:	CHOCONTA		Ocupación:	AMA DE CASA			
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel.responsable:	3232421526		Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE	
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ					Tel. Acompañante:	3232421526			
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO									
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)							Rango:	SUBSIDIADO 1	
FOLIO N° 42			Fecha del Folio: 01/03/2023 11:15				Area Serv: UNIDAD GINECO_OBSTETRICIA			
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General			



Evolución Obstetricia

Subjetivo

Evolución GO
Paciente de 25 años, trabajadora social, residente en Chocó.
G1A1

Diagnósticos:

- POP legrado obstétrico hoy 00:10 sin complicaciones
- * Embarazo de 20+4 semanas, incompetencia cervical
- Triple I
- * Líquido verde hipertérmico después de expulsión
- Anemia normo-normo
- * Recuento de reticulocitos 6%, recuento de reticulocitos corregido 3.7%

Tratamiento:

- Clindamicina 900mg cada 8 horas IV - FI 01/03/23
- Gentamicina 160mg/día IV - FI 01/03/23
- Diclofenaco 75 mg cada 12 h IV por 2 dosis
- Dipirona 2 g cada 8 h IV
- Esomeprazol 40mg IV/día
- HNF 5000 UI /12h SC

S/ se siente bien, dolor modulado, loquios hemáticos escasos, no picos febriles

Examen físico

Aceptables condiciones
Hidratada, escleras con tinte icterico
CP sin alteraciones
Abdomen blando, no doloroso, no signos de irritación, útero bien contraído
Genitales sin lesiones
Loquios hemáticos escasos no fétidos
Ext sin edemas
Neu sin déficit
Afectación del estado de ánimo por situación actual

Resultados:

- 01/03/23
Hb 8.0, Hto 24.3%, GB 15.060, Neu 90%, PLT 361.000
Cr 0.48
PCR 10
- 28/02/23:
Hb 9.2, Hto 27.6%,VCM 83, CHCM 32.1
ESP: serie roja anormal, microcitos +, macrocitos +, hipocromia +, policromatofilia +, presencia de macroplaquetas, serie blanca normal.
Recuento de reticulocitos 6%, recuento de reticulocitos corregido 3.7%
TIBC 363, Hierro total 286, Sat de transferrina 78.7%
Ac fólico 5.69
Vit B12 357
Ferritina 277
Gota gruesa negativa
- 27/02/23:
Hb 8.8, Hto 26.5%,VCM 84, CHCM 33, PLT 378.000
PCR 4.5
VIH y sífilis neg

Conducta:

Paciente en POP de legrado de hoy a media noche secundario a aborto a las 20 semanas por incompetencia cervical y diagnóstico clínico de triple I, quien actualmente se encuentra en manejo antibiótico, encuentro con adecuada evolución clínica, se continua igual manejo y se autoriza traslado a piso para continuar allí vigilancia, adicionalmente se solicita valoración por medicina interna para enfoque de anemia.
Se explica plan, entiende y acepta.
Pendiente valoración por psicología.

Signos Vitales

Presión arterial: Sistólica: 106,00	Diastólica: 63,0000	Frecuencia cardíaca: 72,00	Frecuencia respiratoria: 18,00
Saturación de oxígeno: 95,00		Temperatura: 36,50	Peso:
Talla:		Índice de masa corporal (IMC):	Altura uterina:
Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00		Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00	Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00

Información del folio No. 42

Objetivo
.
Análisis de la evolución
.
Plan
.

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	Prindi DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
D649	☐	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	☐ ☐ ☐	Definitivo	Confirmado_Nuevo	No_Corresponde	
O054	☐	OTRO ABORTO INCOMPLETO SIN COMPLICACION	☐ ☒ ☐	Definitivo	Impresion_Diagnostica	Preoperatorio	
Z988	☐	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	☐ ☒ ☐	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	
O411	☐	INFECCION DE LA BOLSA AMNIOTICA O DE LAS MEMBRANAS	☒ ☐ ☐	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

Plan de manejo - Medicamentos						
Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/Dias	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
Plan de manejo Intrahospitalario						
B01AE020702	HEPARINA BAJO PESO MOLECULAR SLN INY 40MG/0.4ML JERINGA PRELLENADA	☒	Subcutaneo	☒	10	40 MILIGRAMO Cada 24 Horas Definido por 10 Dias -

Medicamentos Suspendidos							
Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Proviene del folio No.	Fecha de Suspensión	Cantidad solicitada	Cantidad Sumin. Enfermería	Cantidad Suspendida
B01AH004701	HEPARINA SODICA SLN INY 5000UI/ML AMP X 5ML	☒	8	01/03/2023 10:28	100		100

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

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Órd. Médicas: .

Solicitud de Interconsulta			
Consec, Especialidad	Dx	Motivo	Observaciones
294569 MEDICINA INTERNA		Paciente de 25 años, POP legrado de hoy, residente y procedente del Chocó con anemia normo-normo, recuento de reticulocitos 6%, recuento de reticulocitos corregido 3.7%, TIBC 363, Hierro total 286, Sat de transferrina 78.7%Ac fólico 5.69, Vit B12 357, Ferritina 277, Gota gruesa negativa, ESP: serie roja anormal, microcitos +, macrocitos +, hipocromia +, policromatofilia +, presencia de macroplaquetas, serie blanca normal.	.

Información del folio No. 42

PROMOCION Y PREVENCION HOSPITALIZACION

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente							
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ			Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO						
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)					Rango:	SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 43		Fecha del Folio: 01/03/2023 13:25					
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General

Paciente acepta la educación: Sí

Empalme: No aplica

Observaciones:

Nombre de EPS / DLS:

Funcionaria:

Respuesta:

Se brindó información en

Cuidado post parto y/o post cesárea

Signos de alarma para acudir al médico

Dolor de cabeza intenso

Visión borrosa

Pitos en los oídos

Si se le entume o paraliza un lado de la cara o del cuerpo

Salida de sangre por la nariz en repetidas ocasiones en un mismo día

Si todo lo que come lo vomita o le cae pesado

Se le hincha el abdomen y le duele

Si tiene dificultad para respirar u opresión en el pecho

Si se le hinchon los pies, las manos o la cara

Presenta fiebre superior a 38 grados centígrados

Sangrado Vaginal abundante o con mal olor

Calor, Enrojecimiento o endurecimiento de una o ambas mamas

Labios morados o cianosis

Movimientos involuntarios

Entendimiento de la información: Si

Información del folio No. 43

Marisol Garcia Montoya

Plan canguro: No

Esquema de vacunación completo para la edad: Si

Cita de revisión poscesárea No

Kardex de manejo en Casa: Si

Acompañante: No

Se remite a programa Si

Detección de alteraciones en la juventud

Esta en el programa de promoción y prevención: No

Observaciones generales:

se brinda información de cuidados de la madre,, se indica que no debe estimular las mamas, ni extraer, se educa sobre la importancia de ingerir abundantes líquidos, consumir alimentos ricos en fibra, como frutas y verduras.
le informo que debe caminar, sin hacer sobreesfuerzos, continuar realizando masaje uterino en forma circular sobre el abdomen, para facilitar la salida de coágulos y se le insiste sobre la importancia del buen aseo de genitales y le indico que si tiene puntos estos se reabsorben no hay que retirarlos.

Se dan instrucciones acerca de la importancia de ingresar a los programas de promoción y prevención que cada EAPB tiene.

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: Salida

Órd. Médicas:

Información del folio No. 43

Marisol Garcia Montoya

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**EVOLUCION PSICOLOGIA****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente				
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino	F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ			Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO			
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)			Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 44		Fecha del Folio: 01/03/2023 14:30		
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica
		C. Externa:	Enfermedad_General	

☐ **Se adiciona conducta al plan de manejo.****Detalle del folio:****SUBJETIVO**

Paciente femenina de 25 años de edad, con diagnóstico:

- POP legrado obstétrico hoy 00:10 sin complicaciones

* Embarazo de 20+4 semanas, incompetencia cervical

- Triple I

* Líquido verde hipertérmico después de expulsión

- Anemia normo-normo

* Recuento de reticulocitos 6%, recuento de reticulocitos corregido 3.7%

Se evalúa paciente bajo normas de bioseguridad recomendadas por ministerio de salud, con todos los EPP debido a la pandemia actual por Covid-19.

Valoro a SUANNY KARINA en UMI, la encuentro sin compañía. La paciente está consciente. Orientada en las tres esferas. Actitud colaboradora con la entrevista. Manifiesta tristeza reactiva a su pérdida. Manifiesta como factor protector el acompañamiento de su esposo y de su madre. Manifiesta estar en proceso de asimilación de su pérdida. La encuentro con afecto triste. No se evidencian alteraciones en la sensorpercepción. Refiere adecuado apoyo familiar.

OBJETIVO

N/A

ANALISIS

Se facilita espacio para ventilación emocional de la paciente favoreciendo la expresión y manejo de emociones relativas a su pérdida. Se trabaja mediante psicoterapia de reestructuración cognitiva acompañamiento en elaboración de duelo. Se brinda psicoterapia de apoyo emocional.

EPICRISIS**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. 44****MERCHAN JAIMES ALEXIS HARLEY**

PSICOLOGIA

R.M. 71330616

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.****890939936****ENFERMERIA****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 45		Fecha del Folio: 01/03/2023 19:07	
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: 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

Responde a órdenes verbales.

EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD: Nivel de exposición de la piel a la humedad**4.Raramente 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

La piel está generalmente seca.

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 fuera de la habitación al menos dos veces al día

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. 45Valeria G.**VALERIA GARCIA CARDONA**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 1001386958

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

Observaciones

Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

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

Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas.

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

Se mueve en la cama y en la silla con independencia

VALOR 22

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. 45

Valeria G.

VALERIA GARCIA CARDONA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 1001386958

ESCALA CAIDA DE MORSE.**Antecedentes de Caídas recientes o en los 3 últimos meses:****0 puntos.**

0 puntos: No.

25 puntos: Si.

Observaciones

no refiere caidas en los ultimos tres meses

Diagnóstico Secundario:**15 puntos.**

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

Observaciones

gastritis

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 de enfermeria

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

0 puntos: No

20 puntos: Si

Observaciones

con acceso venoso permeable para tratamiento

Equilibrio/Traslado:**0 puntos.**

0 puntos: Normal, reposo en cama,inm3vil.

10 puntos: Deb3l.

20 puntos: Alterado.

Observaciones

normal

Estado Mental:**0 puntos.**

0 puntos: Orientado seg3n las posibilidades.

15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

Observaciones

orientado en sus tres posibilidaes

VALOR 35 RIESGO MODERADO: 25-50 Implementar plan de prevenci3n de caida est3ndar.**Informaci3n del folio No. 45**Valeria G.**VALERIA GARCIA CARDONA**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 1001386958

EVOLUCION MEDICINA INTERNA

Nº Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente									
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS			Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 21 Días		Estado Civil:	Soltero		Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807		Procedencia:	CHOCONTA		Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. responsable:	3232421526		Dir. responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ					Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO								
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)						Rango:	SUBSIDIADO 1	
FOLIO Nº 46			Fecha del Folio: 01/03/2023 21:44						
Nº Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General		

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

Detalle del folio:

SUBJETIVO

Paciente de 25 años, trabajadora social, residente en Chocó. confiabkiuad buena.

Antecedentes

Migraña , manejo sintomatico con naproxen
alergicos (-)
toxicos (-)
epdimiolgocios (-)
familiares: padre cardiopatia
epidemiolgoicos COVID x1 dosis.
farmacolgocios : multivitaminicos.

Diagnósticos:

1. G1A1
- 1.1 post quirurgico de legrado obstétrico 1 mar /2023.
- 1.2 Embarazo de 20+4 semanas, incompetencia cervical
2. sospecha de corioaminonitis
3. anemia a clasificar.
- 3.1 elevacionde reticulocitos: hemolitica.

Tratamiento:

- Clindamicina 900mg cada 8 horas IV - FI 01/03/23
- Gentamicina 160mg/dia IV - FI 01/03/23
- Diclofenaco 75 mg cada 12 h IV por 2 dosis
- Dipirona 2 g cada 8 h IV
- Esomeprazol 40mg IV/dia
- HNF 5000 UI /12h SC

pacietne llevada a legrado por perdida fetal, se encuentra con sospecha de infeccion endometrial por lo ques e ha incaido manejo antibiotico con clindamicina + gentamicina. se solicita evaluar por anemia.

la pacintre me refier que en su adolescencia le dijeron que tenia anemia, que estaba muy dormnida, se hicieron estudios pero nunca se le define. no ha requerido trasnfusiones. tampoco refiere precordailgia , disnea, ni dolores oseos o toracicos. CF I/IV.
afecto comprometido por duelo.

SIGNOS VITALES

Temperatura: .

Presión Arterial: .

Frecuencia Respiratoria: .

Fracción Inspirada de Oxígeno: .

Peso (Kilogramos):

Información del folio No. 46

Frecuencia Cardíaca: .

Saturación de Oxígeno: .

Dolor: 0

Talla (Centímetros):

Índice de Masa Corporal:



AMOROCHO PEREZ RUBEN DARIO
MEDICINA INTERNA
R.M. 1392-02

OBJETIVO		
SATURACION DE OXIGENO		97
PRESION ARTERIAL	103/65	
FRECUENCIA CARDIACA		69
TEMPERATURA	36.1	
SATURACION DE OXIGENO		95

Aceptables condiciones genreales, palidez , afroamericana, minimo tinte icterico. mucosa oral humeda.
tiroides ok. rscrs sin soplos rscrs sin agregados. abdomen blando depresible no blumberg.
escasos loquios .
extremdiades eutroficas sin edemas.
afecto plano

LABS:
- 01/03/23 Hb 8.0, Hto 24.3%, GB 15.060, Neu 90%, PLT 361.000 Cr 0.48 PCR 10
- 28/02/23: Hb 9.2, Hto 27.6%,VCM 83, CHCM 32.1 ESP: serie roja anormal, microcitos +, macrocitos +, hipocromia +, policromatofilia +, presencia de macroplaquetas, serie blanca normal.
Recuento de reticulocitos 6%, recuento de reticulocitos corregido 3.7% TIBC 363, Hierro total 286, Sat de transferrina 78.7% Ac fólico 5.69 Vit B12 357
Ferritina 277 Gota gruesa negativa
ECO obstetrica: GESTACIÓN ÚNICA DE 20 SEMANAS POR ECOGRAFÍA TEMPRANA. Bradicardia fetal.
- 27/02/23: Hb 8.8, Hto 26.5%,VCM 84, CHCM 33, PLT 378.000 PCR 4.5 VIH y sífilis neg

Previos:
enero/2023 VIH (-) VDRL(-) hepB (-)Toxplasoama Ig G (+) Ig M (-)

ANALISIS Y JUSTIFICACIÓN A LA ESTANCIA DEL PACIENTE

3º decada con cuadro de coriamoninitis asoidcada a perdida fetal; se solicita evaluar por anemia, maracdores inciales con elevacionde maracdores de hemolisis completo los mismos y evaluare posible Hbnopatia.
mientars tanto reposicon de sustrato.
acompañamiento por psicologia por duelo.
continuamos manejo antibiociSo establecido, evaluaremos estado hepatico y ECO abdominal total descataendo esplenomegalia. se continua acomapamiento por ginecologia se explcia a paciente y familiar.

EPICRISIS

Antecedentes			* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).		
Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle			
		☐			

<u>Diagnósticos Registrados en este folio</u>			** (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
D649	☐	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	☒	☐	☐	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
Plan de manejo Intrahospitalario						
B03BF01401	FOLICO ACIDO TAB 1MG	☒	Oral	20	☒ 0	1 MILIGRAMO Cada 1 Dia Indefinido -
1						

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
903803	903803 - ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	Rutinario	

Información del folio No. 46



AMOROCHO PEREZ RUBEN DARIO
MEDICINA INTERNA
R.M. 1392-02

903864	903864 - SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	Rutinario	.
903859	903859 - POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	Rutinario	.
903835	903835 - FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	Rutinario	.
903833	903833 - FOSFATASA ALCALINA	1	Rutinario	.
903603	903603 - CALCIO AUTOMATIZADO	1	Rutinario	.
903828	903828 - DESHIDROGENASA LACTICA	1	Rutinario	.
903809	903809 - BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	1	Rutinario	.
903866	903866 - TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA ALANINO AMINO TRANSFERASA	1	Rutinario	.
903867	903867 - TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA ASPARTATO AMINO TRANSFERASA	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	Rutinario	902210
881302	881302 - ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES BAZO GRANDES VASOS PELVIS Y FLANCOS	1	Rutinario	esplenomegalia
906809	906809 - ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO	1	Rutinario	
911009	911009 - COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECNICA	1	Rutinario	

Información del folio No. 46



Ruben Dario Amorocho Perez
E.C. 31.437.287
Médico

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**ENFERMERIA****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 22 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 47		Fecha del Folio: 02/03/2023 00:02	
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: 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 limitación

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

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

con frecuencia

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.

Información del folio No. 47

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

sin limitacion

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

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

VALOR 22

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. 47



ESCALA CAIDA DE MORSE.**Antecedentes de Caídas recientes o en los 3 últimos meses:****0 puntos.**

0 puntos: No.

25 puntos: Si.

Observaciones

no refieren

Diagnóstico Secundario:**15 puntos.**

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

Observaciones

en historia clínica

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

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

15 puntos: Muletas, bast3n, andador.

30 puntos: Muebles.

Observaciones

con 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.

Observaciones

debil

Estado Mental:**0 puntos.**

0 puntos: Orientado seg3n las posibilidades.

15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

Observaciones

orientada en sus 3 planos

VALOR 60 RIESGO ALTO: mayor a 50 Implementar medidas especiales.**Informaci3n del folio No. 47**

Ingreso Hospitalización

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente					
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo:	Femenino
F. Nacim:	09/08/1997				
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 22 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Parentesco:	MADRE				
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ			Tel. Acompañante:	3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO				
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)			Rango:	SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 48		Fecha del Folio: 02/03/2023 01:56			
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica
C. Externa:	Enfermedad_General				

Detalle del folio:

¿De dónde procede el paciente? Cirugia

¿Actualmente usted fuma? No

SIGNOS VITALES

Peso: 68

Frecuencia Cardíaca: 81,00

Frecuencia Respiratoria: 18,00

Dolor: 1

Talla: 1,55

Temperatura: 36,50

Saturación de Oxígeno: 94,00

Escala funcional de pacientes (NYHA): Clase I

índice de masa corporal: 28,30

Presión Arterial: Sistólica: 113,00 **Diastólica:** 68,00

Fracción Inspirada de Oxígeno: 21,00

SUBJETIVO

Información del folio No. 48



DOMINGUEZ SIERRA JOSE DAVID

MEDICINA GENERAL

R.M. 1152202199

INGRESO MEDICO HOSPITALARIO
SERVICIO DE PROCEDENCIA : Umi
FI somer 27/02/2023
FI hospitalizacion 02/03/2023
Paciente femenina de 25 años de edad , residente en el choco

Antecedentes

Patológicos: gastritis, migraña
Quirúrgicos: negativo
Alérgicos: negativo
Farmacológicos: pluriamin
Tóxicos: negativo
Transfusionales: negativo
Familiares: madre con patología cardiaca
Ginecoobstétricos: M: 13 años, ciclos: 30/4, G0P0, FUM: 16/10/2022, Fecha probable de parto: 18/07/2023, anticoncepción: negativo, citología: no se ha realizado, ETS: negativo.
Embarazo actual: No planeado. Aceptado. CPN: 2. Inicio CPN: 1 trimestre
No complicaciones en embarazo actual
Hospitalizaciones actual embarazo: No
Consumo de micronutrientes: Si
Consumo de otros medicamentos: No
Otros medicamentos: No
Visita nutrición: Si.
Visita odontología: Si.
Visita psicología: Si.
Vacunación: DTaP: Si. Influenza: Si. COVID 19: 1 dosis
Sufre o sufrió de violencia intrafamiliar, depresión y/o ansiedad: No
Peso inicial: 64 kg. Ganancia de peso: 68 kg
ARO: nuliparidad

Diagnósticos:

1. G1A1
- 1.1 post quirurgico de legrado obstétrico 1 mar /2023.
- 1.2 Embarazo de 20+4 semanas, incompetencia cervical
2. sospecha de corioaminonitis
3. anemia a clasificar.
- 3.1 elevacionde reticulocitos: hemolitica.

Tratamiento:

- Clindamicina 900mg cada 8 horas IV - FI 01/03/23
- Gentamicina 160mg/dia IV - FI 01/03/23
- Diclofenaco 75 mg cada 12 h IV por 2 dosis
- Dipirona 2 g cada 8 h IV
- Esomeprazol 40mg IV/dia
- HNF 5000 UI /12h SC

Paciente femenina llevada a legrado por perdida fetal, se encuentra con sospecha de infeccion endometrial por lo que se ha iniciado manejo antibiotico con clindamicina + gentamicina.

la paciente refiere que en su adolescencia le dijeron que tenia anemia, se hicieron estudios pero nunca se le define. no ha requerido trasnfusiones.
tampoco refiere precordailgia , disnea, ni dolores oseos o toracicos. CF I/IV. afecto comprometido por duelo.

Suebjtivo: Paciente tranquila sin dolor , afecto modulado , nieg otros sintomas asociados.

OBJETIVO

Paciente en Aceptables condiciones genreales, palidez , afroamericana, minimo tinte icterico. mucosa oral humeda.

Cuello movil sin masas ni megalis no IY
torax simetrico sin tirajes ni retracciones

Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos ni desdoblamientos , murmullo vesicular conservado , sin sobregregados ,
abdomen blando depresible no blumberg. utero infraumbilical , dolor escaso a la palpacion escasos loquios .

extremidades eutroficas sin edemas.

afecto plano

Sin aparente deficit motor ni sensitivo .

Resultados de laboratorio y/o imagenes diagnosticas

Información del folio No. 48



DOMINGUEZ SIERRA JOSE DAVID

MEDICINA GENERAL

R.M. 1152202199

- 01/03/23 Hb 8.0, Hto 24.3%, GB 15.060, Neu 90%, PLT 361.000 Cr 0.48 PCR 10
- 28/02/23: Hb 9.2, Hto 27.6%,VCM 83, CHCM 32.1 ESP: serie roja anormal, microcitos +, macrocitos +, hipocromia +, policromatofilia +, presencia de macroplaquetas, serie blanca normal.
Recuento de reticulocitos 6%, recuento de reticulocitos corregido 3.7% TIBC 363, Hierro total 286, Sat de transferrina 78.7% Ac fólico 5.69 Vit B12 357
Ferritina 277 Gota gruesa negativa
ECO obstétrica: GESTACIÓN ÚNICA DE 20 SEMANAS POR ECOGRAFÍA TEMPRANA. Bradicardia fetal.
- 27/02/23: Hb 8.8, Hto 26.5%,VCM 84, CHCM 33, PLT 378.000 PCR 4.5 VIH y sífilis neg

Previos:
enero/2023 VIH (-) VDRL(-) hepB (-)Toxplasoma Ig G (+) Ig M (-)

ANÁLISIS

Paciente femenina de 25 años de edad , con antecedentes ya mencionados , ahora hospitalizada en contexto de coriamoninitis asoicada a perdida fetal; ahora en post quirurgico de legrado obstétrico 1 mar /2023. ahora ingresa paciente de la unidad materno infantil , en aceptables condiciones generales , hemodinamicamente estable , Paraclinicos con elevacion de marcadores de hemolisis continua en seguimiento por medicina interna ya ajusto manejo medico.
Se debe continuar manejo antibioco establecido, ECO abdominal total descartando esplenomegalia se solicitan paraclinicos de funcion he´patica , en el momento sin cambios en el manejo medico

Plan
- Hospitalizada por Ginecologia y obtetricia
- Seguimiento por medicina interna
- Pendiente paraclinicos de control
- Seguimiento por Psicologia por terapia de duelo
- control de signos vitales
- avisar cambios
gracias!

EPICRISIS

Conciliación medicamentosa

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

Requiere valoracion por psicologia? No
Require valoracion por trabajo social? No
Requiere valoracion por consejeria espiritual? No

Nutrición: No aplica Criterios de Exclusion: Materna

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. 48



DOMINGUEZ SIERRA JOSE DAVID
MEDICINA GENERAL
R.M. 1152202199

PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente							
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 22 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ			Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO						
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)					Rango:	SUBSIDIADO 1

FOLIO N° 49	Fecha del Folio: 02/03/2023 02:35						
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General

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

¿Qué deseo hacer?: Inicial

CONTACTO: - Protocolo EPC

AEROSOL:

GOTA:

CUIDADOS DEL PACIENTE

NEUTROPÉNICO:

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

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
-------	------------------	-----------

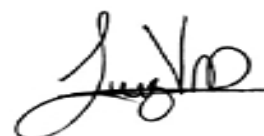
		☐
--	--	--------------------------

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. 49



**VASQUEZ MUÑOZ LUISA
FERNANDA**
ENFERMERO JEFE
R.M. 1045021611

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.****890939936****ENFERMERIA****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 22 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 50		Fecha del Folio: 02/03/2023 08:04	
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Otra

ESCALA CAIDA DE MORSE.**Antecedentes de Caídas recientes o en los 3 últimos meses:****0 puntos.**

0 puntos: No.

25 puntos: Si.

Observaciones

sin antecedentes de caída

Dignóstico Secundario:**15 puntos.**

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

Observaciones

Pop legrado obstetrico por expulsion

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

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

15 puntos: Muletas, bastón, andador.

30 puntos: Muebles.

Observaciones

sin alteraciones

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

0 puntos: No

20 puntos: Si

Observaciones

con 2 accesos venosos permeables para su tratamiento

Equilibrio/Traslado:**0 puntos.**

0 puntos: Normal, reposo en cama,inmóvil.

10 puntos: Debíl.

20 puntos: Alterado.

Información del folio No. 50

Yasmin Londoño

Observaciones

sin alteraciones

Estado Mental: **0 puntos.**

0 puntos: Orientado según las posibilidades.

15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

Observaciones

orientado

VALOR 35 RIESGO MODERADO: 25-50 Implementar plan de prevención de caída estándar.

Información del folio No. 50

Yasmin Londoño

TROMBOEMBOLISMO

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 22 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 51		Fecha del Folio: 02/03/2023 09:32	
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34 F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Otra

Detalle del folio:

ESCALA DE CAPRINI

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

Valor: 2

Nivel de Riesgo: Bajo, Riesgo de TEV en ausencia de profilaxis: 1,50% , Otros procedimientos en esta categoría de Riesgo: Cirugía de columna para enfermedad no maligna.

Antecedentes

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

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

Información del folio No. 51

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. 51

7



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

ORDENES MEDICAS

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente									
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS			Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 22 Días		Estado Civil:	Soltero		Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807		Procedencia:	CHOCONTA		Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel.responsable:	3232421526		Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ					Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO								
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)							Rango:	SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 52			Fecha del Folio: 02/03/2023 10:32						
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General		

Justificación de la prescripción

se abre folio para cargar implante subdermico

Antecedentes			* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).
Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle	
		☐	

Plan de manejo - Medicamentos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	S o a	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
Plan de manejo Intrahospitalario						
G03AC080247	IMPLANON NXT® ETONOGESTREL 68MG IMP SUBDERMICO /REG	☒	Subcutaneo	0	☐ 0	1 UNIDAD Dosis Unica -

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

Tipo Indicación: Hospitalizacion

Órd. Médicas:

Carmen E. Sanchez M
 1143824264

**SANCHEZ MONCAYO CARMEN
 ELISA**
 ENFERMERO JEFE
R.M. 1143824264

EVOLUCION MEDICINA INTERNA

Nº Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 22 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel. responsable: 3232421526	Dir. responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO Nº 53		Fecha del Folio: 02/03/2023 10:43	
Nº Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Enfermedad_General

☐ Se adiciona conducta al plan de manejo.

Detalle del folio:

SUBJETIVO

M interna.
Suanny, 25 años, trabajadora social, residente en Chocó.

Dx:

- Embarazo de 20+4 semanas, incompetencia cervical
- * Post quirurgico de legrado obstétrico 1 mar /2023.
- * En manejo actual por sospecha de corioaminonitis
- Síndrome anémico (Sospecha de anemia hemolítica no inmune).

Antecedentes

patológico: Migraña , manejo sintomático con naproxen
alérgicos (-)
tóxicos (-)
epidemiológicos (-)
familiares: padre cardiopatía
epidemiológicos COVID x1 dosis.
farmacológicos : multivitamínicos.

paciente llevada a legrado por pérdida fetal, se encuentra con sospecha de infección endometrial por lo que se ha iniciado manejo antibiótico con clindamicina + gentamicina. se solicita evaluar por anemia. la paciente me refiere que en su adolescencia le dijeron que tenía anemia, que estaba muy dormida, se hicieron estudios pero nunca se le define. no ha requerido transfusiones.
tampoco refiere precordialgia , disnea, ni dolores óseos o torácicos. CF I/IV.
afecto comprometido por duelo.

SIGNOS VITALES

Temperatura:

Presión Arterial: 108.64

Frecuencia Respiratoria: 16

Fracción Inspirada de Oxígeno: 21

Peso (Kilogramos):

Frecuencia Cardíaca: 78

Saturación de Oxígeno: 96

Dolor: 0

Talla (Centímetros):

Índice de Masa Corporal:

OBJETIVO

Aceptable condición general.
Escleras con ligero tinte de ictericia.
Cuello sin presencia de bocio.
Sin adenopatías en el cuello.
Ruidos cardíacos rítmicos.
Ruidos respiratorios presentes.
Abd, blando, no doloroso.
No palpo masas, no megalias.

Información del folio No. 53



Dr. Jorge Luis Barrios Meza
C.C. 92.529436
Médico Internista

Ext, sin edemas, buenos pulsos.
Alerta, conciente, orientado.

LABS:
- 01/03/23 Hb 8.0, Hto 24.3%, GB 15.060, Neu 90%, PLT 361.000 Cr 0.48 PCR 10
- 28/02/23: Hb 9.2, Hto 27.6%,VCM 83, CHCM 32.1 ESP: serie roja anormal, microcitos +, macrocitos +, hipocromia +, policromatofilia +, presencia de macroplaquetas, serie blanca normal.
Recuento de reticulocitos 6%, recuento de reticulocitos corregido 3.7% TIBC 363, Hierro total 286, Sat de transferrina 78.7% Ac fólico 5.69 Vit B12 357
Ferritina 277 Gota gruesa negativa
ECO obstetrica: GESTACIÓN ÚNICA DE 20 SEMANAS POR ECOGRAFÍA TEMPRANA. Bradicardia fetal.
- 27/02/23: Hb 8.8, Hto 26.5%,VCM 84, CHCM 33, PLT 378.000 PCR 4.5 VIH y sífilis neg

Previos:
enero/2023 VIH (-) VDRL(-) hepB (-)Toxplasoma Ig G (+) Ig M (-)

ANALISIS Y JUSTIFICACIÓN A LA ESTANCIA DEL PACIENTE

Paciente quien se encuentra hospitalizada inicialmente por Embarazo de 20+4 semanas, incompetencia cervical, Post quirurgico de legrado obstétrico realizada el 1 mar /2023, En manejo actual por sospecha de corioamionitis. Solicitan valorar por M interna por hallazgo de anemia. No se identifica perfil de MAT, no crsis hemolítica, ni sugestivo de anemia nutricional (b12, fólico). El hallazgo es de anemia de tipo homogenea normocítica, que al ingreso por elevación de los reticulocitos se pensó en hemolítica por lo cual se le solicitó electroforesis de hemoglobina para evaluar rasgo falciforme (se catalogó como hemolítica, intracorpuscular, extravascular). Sin embargo aunque la saturación de hierro es alta, y le hierro y la ferritina es alta, pudiera ser secundario a pérdidas hemáticas aguda producto del embarazo, pero no se identifica caracter hemolítico. Por ahora no modificación en el manejo. Evaluaré nuevamente mañana con hemograma de control para definir seguimiento ambulatorio.

Se le explica a la paciente quien se encuentra sola en este momento.

Plan.
- Pendiente Eco de abdomen.
- Paraclínicos de seguimiento para mañana.
mientars tanto reposicon de sustrato.

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	Prind DxIng DxEgr	Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clásificación Pre/Post QX	Detalle ú Observaciones médicas
A419	☒ SEPTICEMIA NO ESPECIFICADA	☒ ☒ ☒	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	

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

Tipo Indicación: Espera_de_evolucion_por_especialist
a

Órd. Médicas:
Plan.
- Pendiente Eco de abdomen.
- Paraclínicos de seguimiento para mañana.
mientars tanto reposicon de sustrato.

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	Rutinario	mañana	

Información del folio No. 53

EVOLUCIÓN OBSTETRICIA

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente							
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 22 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ			Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO						
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)					Rango:	SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 54		Fecha del Folio: 02/03/2023 12:42		Area Serv: HOSPITALIZACION 3 PISO TORRE 2			
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General

DR. MARIO HUMBERTO CARVAJAL R.
GINECO-OBSTETRA
RM9121189-CC.70.088.202

CARVAJAL RESTREPO MARIO HUMBERTO

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

R.M. 9121-89

Evolución Obstetricia

Subjetivo

Paciente de 25 años, trabajadora social, residente en Chocó.
G1A1

Diagnósticos:

- POP legrado obstétrico el 01.03.23 a las 00:10 horas, sin complicaciones
- * Embarazo de 20+4 semanas, incompetencia cervical
- Triple I
- * Líquido verde hipertérmico después de expulsión
- Anemia normo-normo
- * Recuento de reticulocitos 6%, recuento de reticulocitos corregido 3.7%

Tratamiento:

- Clindamicina 900mg cada 8 horas IV - FI 01/03/23
- Gentamicina 160mg/día IV - FI 01/03/23
- Diclofenaco 75 mg cada 12 h IV por 2 dosis
- Dipirona 2 g cada 8 h IV
- Esomeprazol 40mg IV/día
- HNF 5000 UI /12h SC

Subjetivo:

Paciente en aceptables condiciones generales, con labilidad emocional por situación actual, no refiere alzas térmicas, no relata sangrado ni pérdidas vaginales, en el momento con dolor modulado

Paraclínicos:

- 02/03/23:
Hb 7.5 Hto 23 VCM 84.8 HCM 27.8 CHCM 32.8 LEU 8.57 Neu 5.3 Linfos 2 Eos 0.3 Monos 7.6% PLQ 344000 LDH 193.7 AST 36.1 ALT 35.9 Na 141.84 FOSF 3.18 Ca 8.43 Na 141.84 K 2.93 CD negativo Electroforesis pendiente

- 01/03/23
Hb 8.0, Hto 24.3%, GB 15.060, Neu 90%, PLT 361.000
Cr 0.48
PCR 10

- 28/02/23:
Hb 9.2, Hto 27.6%, VCM 83, CHCM 32.1
ESP: serie roja anormal, microcitos +, macrocitos +, hipocromia +, policromatofilia +, presencia de macroplaquetas, serie blanca normal.
Recuento de reticulocitos 6%, recuento de reticulocitos corregido 3.7%
TIBC 363, Hierro total 286, Sat de transferrina 78.7%
Ac fólico 5.69
Vit B12 357
Ferritina 277
Gota gruesa negativa

- 27/02/23:
Hb 8.8, Hto 26.5%, VCM 84, CHCM 33, PLT 378.000
PCR 4.5
VIH y sífilis neg

Signos Vitales

Presión arterial: Sistólica: 95,00	Diastólica: 60,0000	Frecuencia cardíaca: 62,00	Frecuencia respiratoria: 18,00
Saturación de oxígeno: 97,00		Temperatura: 36,00	Peso:
Talla:		Índice de masa corporal (IMC):	Altura uterina:
Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00		Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00	Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00

Objetivo

CyC mucosas hidratadas, pálidas, escleras anictéricas, pupilas normorreactivas, cuello móvil no doloroso sin masas ni soplos
Tórax simétrico, normoexpansible, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, murmullo vesicular conservado, mamas simétricas, sin eritema, sin secreción ni sangrado
Abdomen blando, depresible, no doloroso, útero bien contraído
Extremidades eutróficas sin edema, pulsos distales conservados
Sin déficit neurológico

Análisis de la evolución

Información del folio No. 54

DR. MARIO HUMBERTO CARVAJAL R.
(GINECO-OBSTETRA)
RM9721189-CC. 70.088.202

Paciente en POP luego de legrado el 01.03.23 a las 00:10 horas por aborto a las 20 semanas que se debio a incompetencia cervical y diagnóstico de triple I; ahora con manejo AB, tolerando, buena respuesta, sin picos febriles, sin alteraciones del sensorio, estable hemodinamicamente, por el momento continua con manejo instaurado y se sigue con vigilancia de su condición clínica, pendiente electroforesis

Plan

Igual manejo
Por favor vigilar signos vitales y cambios de la condición clínica
Muchas gracias

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
O411	☐ INFECCION DE LA BOLSA AMNIOTICA O DE LAS MEMBRANAS	☐ ☐ ☐	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	
Z988	☐ OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	☐ ☒ ☐	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	
D649	☐ ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	☒ ☐ ☐	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: Igual manejo
Vigilar Sv y evolución clínica
Muchas gracias

Información del folio No. 54

DR. MARIO HUMBERTO CARVAJAL R.
(GINECO-OBSTETRIA)
RM9121189-CC. 70.088.202

FORMULARIO PARA LA VALORACION E IDENTIFICACION DE NECESIDADES DE CUIDADO DEL USUARIO HOSPITALIZADO

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 22 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1

FOLIO N° 55 **Fecha del Folio: 02/03/2023 13:08**

N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General
--------------------	---------	---------------	------------------	---------------------	-----------	--------------------	--------------------

Datos administrativos

☒ Comprobada manilla de identificación

Elementos personales entregados a Se realiza la identificación del paciente con nombres completos, se le da a conocer la señalización de los colores que se encuentran en su manilla, se le entregan elementos personales al paciente que se encuentra en compañía de familiar.

Ingreso actual

Motivo de consulta: Paciente que ingresa por post quirurgico de legrado obstétrico 1 mar /2023, embarazo de 20+4 semanas, incompetencia cervical, sospecha de corioamionitis, anemia a clasificar y elevacionde reticulocitos: hemolítica.

Diagnóstico médico: A419 SEPTICEMIA NO ESPECIFICADA

Protesis dental: No

Antecedentes de salud

Antecedentes de Enfermedades Crónicas no trasmisibles:

☐ Hipertensión Arterial ☐ Diabetes Mellitus ☐ Asma ☐ EPOC ☐ Insuficiencia Renal Crónica

Enfermedades previas: Gastritis, migraña

Intervenciones quirúrgicas previas: Niega

Alegias: Niega

Caidas previas: Niega

Habitos toxicos:

Fuma: No

Toma licor: Social

Ostomias: No

Tipo: ☐ Ileostomía ☐ Colostomía ☐ Urostomía

Valoración de enfermería

Promoción de la salud

Cumplimiento del regimen teapeutico

Farmacológico Ejercicio Dieta Revisiones Deficit de conocimientos ☐ F ☐ E ☐ D ☐ R

Observaciones

Respiración y circulación: Necesidad valorable

☐ Dificultad para respirar ☐ Reposo ☐ Esfuerzos moderados ☐ Grandes esfuerzos
☐ Tos inefectiva/no productiva
☐ Ruidos respiratorios anormales ☐ Disminuidos ☐ Sibilancias ☐ Estertores ☐ Crepitantes ☐ Roncus
Medicación respiratoria ☐ Oxígeno ☐ Inhaladores
☐ Tubos respiratorios
☐ Depresión de reflejos nauseas y tos

Grado de edemas

Información del folio No. 55

Vanessa Ramirez

Requiere monitorizacion de signos vitales cada: 6 horas
Observaciones Paciente sin dificultad para respirar, en el momento no se observan edemas en extremidades superiores e inferiores.

Alimentación e hidratación: Necesidad valorable

Tiene alguna preferencia o rechazo alimentario No
Alergias alimentarias: No
Intolerancias alimentarias: No
Vomitos / Nauseas No
☒ Alimentación oral ☐ Dificultad para beber ☐ Dificultad para deglutir ☐ Dificultad para mas
☐ Alimentación parenteral
☐ Alimentación enteral ☐ SNG ☐ Ostomia - Alimenta
Capacidad funcional para la alimentación: Completamente independiente
Apetito: Normal
Peso: 68 Talla: 1,6000 IMC: 27 Estado nutricional Sobrepeso
Observaciones Paciente con alimentación hiperproteica, el cual no requiere seguimiento y valoración por soporte nutricional. Ingesta diaria manejada por vía oral.

Eliminación: Necesidad valorable

Incontinencia urinaria
☐ Problemas para orinar ☐ Retención de orina ☐ Poliuria ☐ Oliguria o anuria ☐ Polaquiuria ☐ Disuria
☐ Hematuria ☐ Piuria ☐ Nicturia ☐ Dolor ☐ Eneuresis
Habito intestinal Normal Frecuencia Dos veces a la semana
Observaciones Paciente con eliminación espontánea, el cual no requiere uso de pañal.

Movilización: Necesidad valorable

Situación habitual Deambulante
Baño higiene Autónomo Vestido Autónomo
Uso de WC Autónomo Alimentación Autónomo
Movilidad / Deambulación Autónoma Arreglarse Autónomo
Deposición Contiene Micción Autónoma
☐ Paresias ☐ Plejias ☐ Amputaciones
Observaciones Paciente sin limitación de la movilidad, se identifica riesgo de caída moderado según escala de morse. No se identifica riesgo de formación de úlceras por presión según escala de braden.

Dormir y descansar: Necesidad valorable

☐ Se levanta canzado ☐ Utiliza medicación para dormir
Observaciones Paciente con patrón de sueño conservado. Se brinda educación acerca de la importancia del sueño y la cantidad de horas del mismo.

Termoregulación: Necesidad valorable

☐ No es autónomo para regular su temperatura corporal
☐ Requiere monitoria de temperatura corporal
Observaciones Paciente el cual durante la valoración no presenta alteración de la termorregulación; no se siente caliente a la palpación, no se observa enrojecimiento de la piel, calor, rubor y/o escalofríos.

Higiene corporal e integridad de la piel: Necesidad valorable
Recuerde valorar el riesgo de ulcera de presión si procede en el folio "ENFERM" escala de Braden

☐ Piel alterada
Especifique tipo/grado de lesión/úlceras
Localización anatómica
Observaciones Paciente al cual se logra observar piel íntegra, no se identifica riesgo de formación de úlceras por presión según escala de braden.

Seguridad y necesidad de evitar los peligros del entorno

☒ Tiene riesgo de caida (utilize la escala de Morse en folio "ENFERM")
☐ Tiene riesgo de aspiración
☒ Tiene manilla de identificación y colores según sus riesgos
Observaciones Paciente con manilla de identificación y semaforización con los puntos de acuerdo a los riesgos que presenta, se brinda educación sobre el significado de cada uno. No se evidencia limitación de la movilidad, se identifica riesgo de caída moderado según escala de morse. No se identifica riesgo de formación de úlceras por presión según escala de braden.

Información del folio No. 55

Vanessa Ramirez

RAMIREZ GIL ANGIE VANESSA
ENFERMERO JEFE
R.M. 1036955882

Comunicarse con los demás: Necesidad valorable

☒ Nivel de conciencia

☒ Conciente

☐ Estuposo/a

☐ Coma

☐ Desorientado

☐ Tiempo

☐ Persona

☐ Lugar

☐ Alteracion de la memoria

☐ Corto plazo

☐ Largo plazo

☐ Dificultad para comunicarse

☐ Afasia

☐ Disartria

☐ Traqueostomia

☐ Otro idioma

Observaciones Paciente con estado de consciencia alerta, sin alteración de la memoria de corto, mediano y largo plazo, se identifica que no tiene dificultad para comunicarse.

Actuar de acuerdo a la fe

☒ Tiene alguna creencia religiosa o cultura que crea le gustaria que tuvieramos encuesta durante su hospitaización

Especifique cuál Catolica

Observaciones Se evidencia paciente con creencias religiosas arraigadas que sirven de apoyo espiritual durante su estancia hospitalaria.

Trabajar para sentirse realizado

☐ La enfermedad actual afecta economicamente su labor diaria de trabajo

Observaciones Paciente que trabaja como trabajadora social refiere que su proceso de enfermedad ha afectado sus actividades laborales y por ende su economía.

Participa en actividades de entrenamiento

Actividades de ocio habitual Paciente refiere que no practica ninguna actividad de ocio o ejercicio.

☐ Influye la enfermedad en las actividades de ocio habitual

Observaciones

Aprender

☒ Se informa sobre su patología actual motivo de hospitalización

☒ Causa

☒ Síntomas

☒ Tratamiento

☒ Cuidados

Observaciones Adicional a las necesidades identificadas durante el diligenciamiento de los anteriores ítems basados en las necesidades básicas del paciente durante su estancia hospitalaria se logran reconocer también las siguientes:
- Educación continua en su proceso de enfermedad, adherencia al plan de cuidados, signos y síntomas de alarma los cuales debe notificar inmediatamente al personal médico y de enfermería.
- Basado en el manual de criterios para prescripción de apoyo terapéutico se identifica necesidad de apoyo emocional, acompañamiento por psicología.

Requiere valoración psicología: Si

Observaciones: Interconsulta ya solicitada

Requiere valoración por consejería espiritual: No

Observaciones: Seguido de la anamnesis se interroga al usuario la necesidad de acompañamiento por consejero espiritual quien manifiesta que en este momento de la hospitalización no es necesario. Se le informa que puede acceder a este servicio cuando lo considere y de ser así lo exprese.

Requiere valoración por trabajo social: No

Observaciones: No se identifica en el usuario necesidad para valoración y/o acompañamiento por parte de trabajo social.

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. 55

Vanessa Ramirez

RAMIREZ GIL ANGIE VANESSA

ENFERMERO JEFE

R.M. 1036955882

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.****890939936****ENFERMERIA****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 22 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 56		Fecha del Folio: 02/03/2023 19:43	
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: 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

Dignóstico Secundario:**0 puntos.**

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

Observaciones

Relacionado

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

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

15 puntos: Muletas, bastón, andador.

30 puntos: Muebles.

Observaciones

Se moviliza

Catéteres iv/ Dispositivos / Venoclisis**0 puntos.**

0 puntos: No

20 puntos: Si

Observaciones

Sin acceso

Equilibrio/Traslado:**20 puntos.**

0 puntos: Normal, reposo en cama,inmóvil.

10 puntos: Debíl.

20 puntos: Alterado.

Información del folio No. 56

Observaciones

Se moviliza con ayuda

Estado Mental: **0 puntos.**

0 puntos: Orientado según las posibilidades.

15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

Observaciones

Orientada

VALOR 35 RIESGO MODERADO: 25-50 Implementar plan de prevención de caída estándar.

Información del folio No. 56





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

ORDENES MEDICAS

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente									
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS			Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 23 Días		Estado Civil:	Soltero		Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807		Procedencia:	CHOCONTA		Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel.responsable:	3232421526		Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ					Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO								
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)							Rango:	SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 57			Fecha del Folio: 03/03/2023 08:38						
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General		

Justificación de la prescripción

se abre folio para cargar implante subdermico

Antecedentes

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

Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle
		☐

Plan de manejo - Medicamentos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	S o a	Via administr.	Cant	Término definido/Días	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
G03AC080247	IMPLANON NXT® ETONOGESTREL 68MG IMP SUBDERMICO /REG	☒	Subcutaneo	0	☐ 0	1 UNIDAD Dosis Unica -

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:

Carmen E. Sanchez M
 1143824264

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.****890939936****ENFERMERIA****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente									
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS			Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 23 Días	Estado Civil:	Soltero		Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA			
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA		Ocupación:	AMA DE CASA			
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526		Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE	
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ				Tel. Acompañante:	3232421526			
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO								
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)						Rango:	SUBSIDIADO 1	
FOLIO N° 58		Fecha del Folio: 03/03/2023 08:52							
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34		F. Consulta:	No_Aplica		C. Externa:	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 caídas

Dignóstico Secundario:**15 puntos.**

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

Observaciones

sospecha infeccion intraamniotica

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

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

15 puntos: Muletas, bastón, andador.

30 puntos: Muebles.

Observaciones

con ayuda de enfermeria

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

0 puntos: No

20 puntos: Si

Observaciones

acceso venoso

Equilibrio/Traslado:**0 puntos.**

0 puntos: Normal, reposo en cama,inmóvil.

10 puntos: Debíl.

20 puntos: Alterado.

Información del folio No. 58

Observaciones

con ayuda de enfermería

Estado Mental:**0 puntos.**

0 puntos: Orientado según las posibilidades.

15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

Observaciones

paciente orientada

VALOR 35 RIESGO MODERADO: 25-50 Implementar plan de prevención de caída estándar.**Información del folio No. 58**

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente					
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo:	Femenino
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 23 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Parentesco:	MADRE	Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO				
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)				Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 60		Fecha del Folio: 03/03/2023 10:53		Area Serv: HOSPITALIZACION 3 PISO TORRE 2	
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica
C. Externa:	Otra				

ASESORIA

Uso del preservativo: SI
 Fecha de ultima citología:
 Tamizaje de cancer cuello uterino: No se realiza por otras razones
 Resultado de citología:
 Calidad de la muestra: No Aplica
 Fecha de atención del parto o cesarea: 1/03/2023 12:00:00 a. m.
 Fecha de salida de atención parto: 1/03/2023 12:00:00 a. m.

SECCIONES EDUCATIVAS

Prevención de infecciones de transmisión sexual: 3/03/2023 12:00:00 a. m.
 Planificación familiar: 3/03/2023 12:00:00 a. m.
 Detección temprana de cancer de cervix y cancer de mama: 3/03/2023 12:00:00 a. m.
 Derechos sexuales y reproductivos: 3/03/2023 12:00:00 a. m.
 Prevencion de maltrato intrafamiliar: 3/03/2023 12:00:00 a. m.

Infecciones de transmisión sexual en el ultimo año: Ninguna
 Subjetivo:

Usaria que ingresa al programa de planificación familiar con enfermera. Paciente que se encuentra en su habitación sola, paciente de 25 años con diagnóstico de Post quirurgico de legrado obstétrico, embarazo de 20+4 del 1 mar 2023. Union libre, empleada, no refiere intolerancia gástrica, no mareos, no cefalea, no cambios de comportamiento, no leucorrea, ni otros síntomas.

Paciente alerta, orientada en sus tres esferas mentales, normo cefálica, mucosas húmedas e integra, sin adenopatías, mamas Tanner V, tórax simétrico y expansible, abdomen no álgido a la palpación, genitourinario sin alteraciones referidas, extremidades simétricas, normo tónicas, móviles.

Análisis y plan:

Se realiza asesoría en métodos anticonceptivos, se indagan criterios de elegibilidad de anti concepción según OMS, se elige IMPLANTE SUBDERMICO IMPLANON como método anticonceptivo, cumple criterios por lo que se respaldan sus Derechos Reproductivos.

PROCEDIMIENTO

Fecha: 3/03/2023 12:00:00 a. m.
 Peso: 68 Talla: 1,70 Indice de masa corporal: 23,53 Clasificación: Peso Normal
 Patologías:
 Otra MIGRAÑA, GASTRITIS
 Método de planificación familiar al ingreso: Ninguno
 Tiempo de duración con el método: 5 Año
 Efectos secundarios metodo planificación familiar: Ninguno
 Otro:
 Se realiza procedimiento: Si
 Metodo de planificación familiar al egreso: Implante Subdérmico Implanon

Información del folio No. 60

Carmen E. Sanchez M
1143824264

Causas de cambio de metodo: No Aplica

Otra:

Subjetivo:

Con previa verificación de consentimiento informado completo y correctamente diligenciado, explicándole al paciente y familiar el procedimiento a realizar, verificando que entendió la información suministrada, cumpliendo con el lavado de manos, con el protocolo institucional del procedimiento y siguiendo las normas de bioseguridad, se indica paso de dispositivo IMPLANTE SUBDERMICO IMPLANON de inserción subdérmico por requerimiento para planificación familiar. Se realiza previa evaluación del sitio de inserción, encontrándose acceso para paso de implante en extremidad superior izquierdo en cara interna, por encima del musculo tríceps aproximadamente 8-10cm del epicondilo medial del humero y 3-5cm detrás del canal entre el bíceps y tríceps.

Analisis y plan:

Se acuesta la paciente en posición supina, con su brazo flexionado a la altura del codo y su mano debajo de su cabeza, con técnica de asepsia y antisepsia se realiza limpieza estricta con clorhexidina jabón al 4% del centro a la periferia, se aplica anestesia local, 2ml de lidocaína al 1% en el trayecto por donde va a quedar el implante y se procede a realizar la inserción del dispositivo, Se estira la piel y se inserta la aguja del aplicador en un ángulo de 30 grados verificando que ingrese todo el bisel, se levanta la piel con la aguja para garantizar que quede de manera subdérmico, mientras se desliza la aguja en toda su longitud, una vez ubicado el dispositivo se desbloquea la lengüeta purpura para depositar el implante, se verifica la presencia del implante mediante la palpación y se le indica a la usuaria que verifique la presencia del mismo. Se deja cubierto con gasa y Fixomull en el sitio de inserción y se cubre con vendaje elástico.

Se educa al paciente y a su familia acerca de los cuidados del implante (No manipular el implante, no mojarlo ni retirar los apósitos hasta 5 días después de la inserción, no levantar peso de 20 a 30 kg y evitar juegos de contacto), Signos y síntomas de alarma (Dolor intenso, sangrado, hematoma, signos de infección, parestesia, frialdad). Se deja paciente en estables condiciones. Procedimiento sin ninguna complicación y bien tolerado. Se clasifican desechos.

Insumos:

Implanon, Gasas (4), Guantes Estériles (2), Fixomull 30cm, Jeringa de 5cc (1), Venda (1), lidocaína al 1% (1), Clorhexidina (1)

SEGUIMIENTO

Fecha proximo control: 3/03/2023 12:00:00 a. m.

Verificación de aplicación del metodo: Si

Subjetivo:

SE REALIZA ORIENTACION EN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN:

Detección temprana de cáncer de mama, mediante la realización del autoexamen de mamas, se explica pasos para su realización, tiempo y detección de signos de alarma, para consultar oportunamente a la IPS.

Se educa en adecuada utilización del método anticonceptivo, sus cuidados, identificación de efectos adversos asociados. consultar cuando identifique: sangrado abundante de más de 10 días que no para, cólico menstrual fuerte que no mejora con la medicación, flujo de color verde o gris de aspecto grumoso, espumoso, de mal olor y con prurito, síntomas urinarios (dolor o ardor para orinar), dolor pélvico intenso durante las relaciones sexuales, Se explican signos y síntomas asociados a las ITS, su identificación y acceso a los servicios de salud de manera oportuna, sus posibles complicaciones, se orienta en la utilización del preservativo (técnica de uso, cuidados, signos de alarma), como factor protector de la salud sexual y reproductiva.

Se orienta en importancia de reconocer signos de violencia contra la mujer -LEY 1257/2008- (física, psicológica, abuso y/o acoso sexual, así como violación y explotación sexual, negligencia/abandono), el proceso de reconstitución de derechos como persona, se orienta en actores mediadores municipales donde puede encontrar apoyo en el proceso en caso de necesitarlo.

Se genera ordenamiento con método anticonceptivo IMPLANTE SUBDERMICO IMPLANON próximo revisión en 7 días con enfermera, paciente acepta información suministrada.

Insumos:

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. 60

Carmen E. Sanchez M
1143824264

SANCHEZ MONCAYO CARMEN
ELISA
ENFERMERO JEFE
R.M. 1143824264

EVOLUCION MEDICINA INTERNA

Nº Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 23 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel. responsable: 3232421526	Dir. responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO Nº 61		Fecha del Folio: 03/03/2023 10:56	
Nº Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: Enfermedad_General

☐ Se adiciona conducta al plan de manejo.

Detalle del folio:

SUBJETIVO

M interna.
Suanny, 25 años, trabajadora social, residente en Chocó.

Dx:
- Embarazo de 20+4 semanas, incompetencia cervical
* Post quirurgico de legrado obstétrico 1 mar /2023.
* En manejo actual por sospecha de corioamionitis
- Síndrome anémico (Sospecha de anemia hemolítica no inmune).

Antecedentes
patológico: Migraña , manejo sintomatico con naproxen
alergicos (-)
toxicos (-)
epidemiológicos (-)
familiares: padre cardiopatía
epidemiológicos COVID x1 dosis.
farmacológicos : multivitaminicos.

paciente llevada a legrado por perdida fetal, se encuentra con sospecha de infección endometrial por lo que se ha iniciado manejo antibiotico con clindamicina + gentamicina. se solicita evaluar por anemia. la paciente me refiere que en su adolescencia le dijeron que tenía anemia, que estaba muy dormida, se hicieron estudios pero nunca se le define. no ha requerido transfusiones.
tampoco refiere precordialgia , disnea, ni dolores oseos o torácicos. CF I/IV.
afecto comprometido por duelo.

SIGNOS VITALES

Temperatura:

Presión Arterial: 114.75

Frecuencia Respiratoria: 16

Fracción Inspirada de Oxígeno: 21

Peso (Kilogramos):

Frecuencia Cardíaca: 75

Saturación de Oxígeno: 96

Dolor: 0

Talla (Centímetros):

Índice de Masa Corporal:

OBJETIVO

Aceptable condición general.
Escleras con ligero tinte de ictericia.
Cuello sin presencia de bocio.
Sin adenopatías en el cuello.
Ruidos cardíacos rítmicos.
Ruidos respiratorios presentes.
Abd, blando, no doloroso.
No palpo masas, no megalias.

Información del folio No. 61



Dr. Jorge Luis Barrios Meza
C.C. 92.529436
Médico Internista

Ext, sin edemas, buenos pulsos.
Alerta, conciente, orientado.

LABS:
- 03 03 2023.
HB. 7.90 g/dL
WBC 9.20 10³/mm³
PLAQ 404 130.0 - 450.0 10³/mm³
MONOCVABS 0.6 0.1 - 1.0 10³/mm³
BASOFI 0.1 0.0 - 2.0 %
BASOFIVABS 0.0 0.0 - 0.2 10³/mm³
VPM 10.30 7.2 - 11.1 fL
CELINM 3.4 0.0 - 4.0 %
CELINMAD 0.3 0.0 - 0.4 10^{^3}/μL
NORMOB 0.0 - 10^{^3}/μL
NORMOB% 0.2 0.0 - 1.0 %
RDWSD 42.9 - fL
CONCPLT M 111 30.0 - 90.0 10^{^3}/μL
CONCPLTGR% 27 11.0 - 45.0 %
- 01/03/23 Hb 8.0, Hto 24.3%, GB 15.060, Neu 90%, PLT 361.000 Cr 0.48 PCR 10
- 28/02/23: Hb 9.2, Hto 27.6%,VCM 83, CHCM 32.1 ESP: serie roja anormal, microcitos +, macrocitos +, hipocromia +, policromatofilia +, presencia de macroplaquetas, serie blanca normal.
Recuento de reticulocitos 6%, recuento de reticulocitos corregido 3.7% TIBC 363, Hierro total 286, Sat de transferrina 78.7% Ac fólico 5.69 Vit B12 357
Ferritina 277 Gota gruesa negativa
ECO obstetrica: GESTACIÓN ÚNICA DE 20 SEMANAS POR ECOGRAFÍA TEMPRANA. Bradicardia fetal.
- 27/02/23: Hb 8.8, Hto 26.5%,VCM 84, CHCM 33, PLT 378.000 PCR 4.5 VIH y sífilis neg

Imágenes.
- 02 03 2023. eco de abdomen. Escaso liquido laminar en cavidad endometrial. No hay esplenomegalia.

Previos:
enero/2023 VIH (-) VDRL(-) hepB (-)Toxplasma Ig G (+) Ig M (-)

ANALISIS Y JUSTIFICACIÓN A LA ESTANCIA DEL PACIENTE

- Paciente quien se encuentra hospitalizada inicialmente por Embarazo de 20+4 semanas, incompetencia cervical, Post quirurgico de legrado obstétrico realizada el 1 mar /2023, En manejo actual por sospecha de corioaminonitis. Solicitan valorar por M interna por hallazgo de anemia. No se identifica perfil de MAT, no crisis hemolítica, ni sugestivo de anemia nutricional (b12, fólico). El hallazgo es de anemia de tipo homogenea normocítica, que al ingreso por elevación de los reticulocitos se pensó en hemolítica por lo cual se le solicitó electroforesis de hemoglobina para evaluar rasgo falciforme (se catalogó como hemolítica, intracorpúscular, extravascular). Sin embargo aunque la saturación de hierro es alta, y le hierro y la ferritina es alta, pudiera ser secundario a perdidas hemáticas aguda producto del embarazo, pero no se identifica caracter hemolítico. Por ahora no modificación en el manejo, ya que los niveles de hemoglobina van en ascenso. Revisaré por la consulta externa en 7 días con el resultado de laboratorio. Dejo recomendaciones generales y signos de alarma. Dejo orden de valorar por psiquiatría y por psicología por síntomas depresivos..

Se le explica a la paciente quien se encuentra sola en este momento.

Plan.
Continua manejo por ginecología.
Valorar por psiquiatría
Seguimiento por psicología.

Por parte de Medicina interna.
Dejo formula de las citas de control.
Dejo recomendaciones generales.
Dejo signos de alarma para consultar en caso de aparecer.

EPICRISIS

<u>Antecedentes</u>			* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).				
Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle					
<u>Diagnósticos Registrados en este folio</u>			** (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
A419	☒	SEPTICEMIA NO ESPECIFICADA	☒ ☒ ☒	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde	
Información del folio No. 61							


Dr. Jorge Luis Barrios Meza
C.E. 92.529436
Medico Internista

Plan de manejo - Medicamentos

Cod Medicam	Nombre ó descripción del medicamento	POS	Via administr.	Cant	Término definido/ Dias	Posología, Indicaciones, Detalles u Observaciones médicas
Plan de Manejo Externo						
A02BO00210	OMEPRAZOL CAP 20MG	☒	Oral	30	☒ 30	Tomar 20mg oral cada dia en ayunas,
1						
	INDICACION MEDICA	☐	Ninguno	1	☐ 0	RECOMENDACIONES GENERALES.1. Cocine sin sal ni grasas. Aprenda a comer sano, siga la dieta mediterranea.2. Evite consumo de alcohol y tabaco.3. Controle su peso diariamente y mantenga su peso ideal. 4. No deje de tomar su tratamiento, acuda a sus citas de revisión médica.5. No tome fármacos perjudiciales sin consultar.6. Haga ejercicio físico moderado A diario (caminar, nadar o montar enbicileta) 30 min 5 veces a la semana.7. Aprenda a reconocer los signos de alarma y consulte a su médico siocurren.8. Planifique su actividad. Evite situaciones de stress y cambios bruscos de temperatura.9. Evite los cambios buscos de temperatura.10. Evite contacto con personas enfermeas con sintomas respiratorios.¿Qué síntomas me deben alarmar o preocupar?1. Dolores de cabeza muy fuerte.2. Mareos, debilidad marcada.3. Trastornos de la visión.4. Pérdida de fuerza o sensación de hormigueo en brazos o piernas, dificultad para hablar.5. Hemorragias que no se detiene (por la nariz, encías, orina, materia fecal), moretones en la piel.6. Vómito con sangre.7. Tos y dificultad respiratoria O EXPECTORACION CON SANGRE8. Dolor en el pecho y dificultad para respirar.9. Fiebre alta que no cede con acetaminofen.10. Molestias para orina o defecar.11. Dolor abdominal intenso que no mejora.

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

Tipo Indicación: Espera_de_evolucion_por_especialista

Órd. Médicas:

Plan.

Continua manejo por ginecología.

Valorar por psiquiatria

Seguimiento por psicología.

Por parte de Medicina interna.

Dejo formula de las citas de control.

Dejo recomendaciones generales.

Dejo signos de alarma para consultar en caso de aparecer.

Solicitud de Procedimientos No Quirúrgicos

Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Procedimiento No QX	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas
890266	890266 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	1	Rutinario	Cita de seguimiento por la consulta extrena por M interna en 1 semana.

Solicitud de Interconsulta

Consec, Especialidad	Dx	Motivo	Observaciones
Información del folio No. 61			


Dr. Jorge Luis Barrios Meza
C.C. 92.529436
Medico Internista

Paciente quien se encuentra hospitalizada inicialmente por Embarazo de 20+4 semanas, incompetencia cervical, Post quirurgico de legrado obstétrico realizada el 1 mar /2023, En manejo actual por sospecha de corioaminonitis. Solicitan valorar por M interna por hallazgo de anemia. No se identifica perfil de MAT, no crisis hemolítica, ni sugestivo de anemia nutricional (b12, fólico). El hallazgo es de anemia de tipo homogénea normocítica, que al ingreso por elevación de los reticulocitos se pensó en hemolítica por lo cual se le solicitó electroforesis de hemoglobina para evaluar rasgo falciforme (se catalogó como hemolítica, intracorpúscular, extravascular). Sin embargo aunque la saturación de hierro es alta, y el hierro y la ferritina es alta, pudiera ser secundario a pérdidas hemáticas aguda producto del embarazo, pero no se identifica carácter hemolítico. Por ahora no modificación en el manejo. Evaluaré nuevamente mañana con hemograma de control para definir seguimiento ambulatorio. Se le explica a la paciente quien se encuentra sola en este momento. Plan.- Pendiente Eco de abdomen.- Paraclínicos de seguimiento para mañana. Mantener reposición de sustrato. Valorar por psiquiatría Seguimiento por psicología.

Información del folio No. 61

Dr. Jorge Luis Barrios Meza
C.E. 92.529436
Médico Internista

BARRIOS MEZA JORGE LUIS
MEDICINA INTERNA
R.M. 15472005

EVOLUCIÓN OBSTETRICIA

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente									
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS			Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 23 Días		Estado Civil:	Soltero		Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807		Procedencia:	CHOCONTA		Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel.responsable:	3232421526		Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ					Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO								
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)						Rango:	SUBSIDIADO 1	
FOLIO N° 62			Fecha del Folio: 03/03/2023 11:19			Area Serv: HOSPITALIZACION 3 PISO TORRE 2			
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General		

DR. MARIO HUMBERTO CARVAJAL R.
(GINECO-OBSTETRA)
RM9121189-CC. 70.088.202

CARVAJAL RESTREPO MARIO HUMBERTO

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

R.M. 9121-89

Evolución Obstetricia

Subjetivo

Paciente de 25 años, trabajadora social, residente en Chocó.
G1A1

Diagnósticos:

- POP legrado obstétrico el 01.03.23 a las 00:10 horas, sin complicaciones
- * Embarazo de 20+4 semanas, incompetencia cervical
- Triple I
- * Líquido verde hipertérmico después de expulsión
- Anemia normo-normo
- * Recuento de reticulocitos 6%, recuento de reticulocitos corregido 3.7%

Tratamiento:

- Clindamicina 900mg cada 8 horas IV - FI 01/03/23
- Gentamicina 160mg/día IV - FI 01/03/23
- Diclofenaco 75 mg cada 12 h IV por 2 dosis
- Dipirona 2 g cada 8 h IV
- Esomeprazol 40mg IV/día
- HNF 5000 UI /12h SC

Subjetivo:

Paciente dice sentirse en mejor condicion, con mejor estabilidad emocional, refiere inquietud por pasajes para volver al Chocó, por el momento no refiere picos febriles ni nuevos sintomas asociados

Paraclínicos:

- 02/03/23:
Hb 7.5 Hto 23 VCM 84.8 HCM 27.8 CHCM 32.8 LEU 8.57 Neu 5.3 Linfos 2 Eos 0.3 Monos 7.6% PLQ 344000 LDH 193.7 AST 36.1 ALT 35.9 Na 141.84 FOSF 3.18 Ca 8.43 Na 141.84 K 2.93 CD negativo Electroforesis pendiente

- 01/03/23
Hb 8.0, Hto 24.3%, GB 15.060, Neu 90%, PLT 361.000
Cr 0.48
PCR 10

- 28/02/23:
Hb 9.2, Hto 27.6%, VCM 83, CHCM 32.1
ESP: serie roja anormal, microcitos +, macrocitos +, hipocromia +, policromatofilia +, presencia de macroplaquetas, serie blanca normal.
Recuento de reticulocitos 6%, recuento de reticulocitos corregido 3.7%
TIBC 363, Hierro total 286, Sat de transferrina 78.7%
Ac fólico 5.69
Vit B12 357
Ferritina 277
Gota gruesa negativa

- 27/02/23:
Hb 8.8, Hto 26.5%, VCM 84, CHCM 33, PLT 378.000
PCR 4.5
VIH y sífilis neg

Signos Vitales

Presión arterial: Sistólica: 110,00 Diastólica: 85,0000	Frecuencia cardíaca: 92,00	Frecuencia respiratoria: 22,00
Saturación de oxígeno: 97,00	Temperatura: 36,00	Peso:
Talla:	Índice de masa corporal (IMC):	Altura uterina:
Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00	Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00	Frecuencia cardíaca fetal (FCF): ,00

Objetivo

CyC mucosas hidratadas, pálidas, escleras anictericas, pupilas normorreactivas, cuello movil no doloroso sin masas ni soplos
Tórax simétrico, normoexpandible, ruidos cardiacos ritmicos de buena intensidad, murmullo vesicular conservado, mamas simétricas, sin eritema, sin secrecion ni sangrado
Abdomen blando, depresible, no doloroso, útero bien contraído
Extremidades eutroficas sin edema, pulsos distales conservados
Sin déficit neurológico

Análisis de la evolución

Paciente en POP luego de legrado el 01.03.23 a las 00:10 horas por aborto a las 20 semanas que se debio a incompetencia cervical y diagnóstico de corioamnionitis, la paciente ha venbido con buena evolucion con la terapia AB, termina mañana, por ahora seguimos vigilando la evolucion hasta entonces para considerar alta y solicitamos valoracion por trabajo social para resolver inquietudes de la paciente, entiende, acepta.

Plan

Información del folio No. 62

DR. MARIO HUMBERTO CARVAJAL R.
(GINECO-OBSTETRA)
RM9721189-CC.70.088.202

Igual manejo
Por favor vigilar signos vitales y cambios de la condición clínica
Se solicita IC con trabajo social
Muchas gracias

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		Presuntivo ó definitivo	Clasificación RIPS	Clasificación Pre/Post QX
O411	☐ INFECCION DE LA BOLSA AMNIOTICA O DE LAS MEMBRANAS	☐	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde
Z988	☐ OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	☐	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde
A419	☒ SEPTICEMIA NO ESPECIFICADA	☒	Presuntivo	Impresion_Diagnostica	No_Corresponde
D649	☐ ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	☒	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: Igual manejo
Por favor vigilar signos vitales y cambios de la condición clínica
Se abre IC con trabjo social
Muchas gracias

Solicitud de Interconsulta

Consec, Especialidad	Dx	Motivo	Observaciones
294957 TRABAJO SOCIAL		Paciente en POP luego de legrado el 01.03.23 a las 00:10 horas por aborto a las 20 semanas que se debio a incompetencia cervical y diagnóstico de corioamnionitis, la paciente ha venbido con buena evolucion con la terapia AB, termina mañana, por ahora seguimos vigilando la evolucion hasta entonces para considerar alta y solicitamos valoracion por trabajo social para resolver inquietudes de la paciente, entiende, acepta. (Pregunta sobre la manera de volver al Chocó- que si e vamos a dar pasaje aereo?)	

Información del folio No. 62

DR. MARIO HUMBERTO CARVAJAL R.
(GINECO-OBSTETRA
RM9121189-CC.70.088.202



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

EVOLUCION TRABAJO SOCIAL

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente					
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo:	Femenino
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 23 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Parentesco:	MADRE	Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO				
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)				Rango:
SUBSIDIADO 1					

FOLIO N° 63 Fecha del Folio: **03/03/2023 12:48**

N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General
--------------------	---------	---------------	------------------	---------------------	-----------	--------------------	--------------------

Detalle del folio:

EVOLUCION TRABAJO SOCIAL

SUBJETIVO

Se realiza valoración a la paciente y su acompañante, previo lavado de manos en los 5 momentos y uso de elementos de protección recomendados por la OMS para evitar infección cruzada por la pandemia covid-19.

Paciente y acompañante procedentes de Choco con activación de apoyo asistencial, Suanny comenta que pronto tendrá alta médica y solicita información de su proceso de egreso y retorno, se explica que desde la clínica se realizaba dicha gestión, pero que la autorización del medio de transporte por el cual retornarán no depende de la clínica somer si no de su EPS.

OBJETIVO

N/A

ANALISIS

Paciente y acompañante comentan que pronto tendrán alta médica y solicita información de su proceso de egreso y retorno, se explica que desde la clínica se realizaba dicha gestión, pero que la autorización del medio de transporte por el cual retornarán no depende de la clínica somer si no de su EPS, comentan que cuentan con red de apoyo en medellín donde pueden esperar la autorización de sus tiquetes de retorno.

EPICRISIS

Continúa el apoyo asistencial.

Antecedentes

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

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



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

Tipo Indicación: Espera_de_evolution_por_especialista

Ord. Médicas:

Información del folio No. 63

ARCILA OSORIO DIANA MILENA
 TRABAJO SOCIAL
 R.M. 43714989

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**ORDENES MEDICAS****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente							
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 23 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ			Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO						
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO - COMFACHOCO (SUBSIDIADO)					Rango:	SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 64		Fecha del Folio: 03/03/2023 15:25					
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General

Justificación de la prescripción

SE ABRE FOLIO DE HC : Paciente quien termina tratamiento antibiotico el dia de mañana , se solicita tramite de tiquetes Aereos ,para retorno a su lugar de origen

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
1016	1016 - TIQUETES	1	Rutinario	Paciente quien termina tratamiento antibiotico el dia de mañana , se solicita tramite de tiquetes Aereos ,para retorno a su lugar de origen

DOMINGUEZ SIERRA JOSE DAVID

MEDICINA GENERAL

R.M. 1152202199



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

EVOLUCION PSIQUIATRIA

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente									
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS			Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 23 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA				
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA				
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE		
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ				Tel. Acompañante:	3232421526			
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO								
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)						Rango:	SUBSIDIADO 1	
FOLIO N° 65		Fecha del Folio: 03/03/2023 17:57							
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	Enfermedad_General		

Detalle del folio:

SUBJETIVO

Psiquiatria-
 Suanny, 25 años, trabajadora social, residente en Chocó, union libre, sin hijos. En compañía de la madre.

Dianostico:
 Post quirurgico de legrado obstétrico 1 mar /2023.
 - Embarazo de 20+4 semanas, incompetencia cervical
 Sospecha de corioamnionitis.
 - Anemia normo- normo

Antecedentes
 patológico: Migraña , manejo sintomatico con naproxeno
 farmacologicos : multivitaminicos.
 alergicos (-)
 toxicos (-)
 epdimiolgocios (-)
 familiares: padre cardiopatia
 farmacologicos : multivitaminicos.

Motivo de interconsulta: síntomas depresivos.

Paciente reporta embarazo no planeado, aceptado. Tras la perdida del embarazo ha presentado tristeza, episodios de llanto, insomnio, rumiacion. Le ha ayudado el apoyo de su familia. Cuenta con el apoyo de su pareja.

OBJETIVO

Examen mental: Alerta, orientada globalmente, afecto hipotimico, con llanto, pensamiento lógico, coherente, con anhedonia, sin desesperanza, sin ideas tanaticas, sin ideas delirantes, sin alteraciones senso perceptivas, adecuada conducta motora, introspección adecuada, juicio y raciocinio conservado.

ANALISIS

Paciente con diagnosticos anotados, en duelo por muerte perinatal, brindo espacio para expresión, se habla sobre estrategias de afrontamiento, en el momento no requiere inicio de psicofarmacos, doy recomendaciones.

Plan:
 Cierro interconsulta
 Cita por psiquiatria en 1 mes

EPICRISIS

Antecedentes

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

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



Información del folio No. 65

Ochoa Arango Oriana
 R.M. 5391312

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	
O054	☐ OTRO ABORTO INCOMPLETO SIN COMPLICACION	☒ ☐ ☐	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 Procedimientos No Quirúrgicos					
Cod CUPS	Cod ISS/SOAT + Descripción Procedimiento No QX	Cant	Urgente/Rutinario	Detalles, Indicaciones u Observaciones médicas	
890384	890384 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	1	Rutinario	cita por psiquiatria en 1 mes	

Información del folio No. 65


RM 5391312

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.**
890939936**ENFERMERIA****N° Historia Clínica: 1077475693****Datos personales del Paciente**

Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 23 Días	Estado Civil:	Soltero	Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA		
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA	Ocupación:	AMA DE CASA		
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526	Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ			Tel. Acompañante:	3232421526		
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO						
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)					Rango:	SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 66		Fecha del Folio: 03/03/2023 20:40					
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica	C. Externa:	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 caídas

Dignóstico Secundario:**15 puntos.**

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

Observaciones

pop legrado

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 se moviliza

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

0 puntos: No

20 puntos: Si

Observaciones

acceso venoso

Equilibrio/Traslado:**0 puntos.**

0 puntos: Normal, reposo en cama,inmóvil.

10 puntos: Debíl.

20 puntos: Alterado.

Información del folio No. 66**OROZCO OSORIO ANDREA**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 05-5568-15

Observaciones

paciente se moviliza

Estado Mental: **0 puntos.**

0 puntos: Orientado según las posibilidades.

15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

Observaciones

orientado

VALOR 35 RIESGO MODERADO: 25-50 Implementar plan de prevención de caída estándar.**Información del folio No. 66****OROZCO OSORIO ANDREA**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 05-5568-15

**SOCIEDAD MEDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A.****890939936****ENFERMERIA****N° Historia Clínica: 1077475693**

Datos personales del Paciente			
Paciente:	Cédula_Ciudadanía 1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS	Sexo: Femenino F. Nacim: 09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 24 Días	Estado Civil: Soltero	Dirección: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA
Teléfono:	3207780807	Procedencia: CHOCONTA	Ocupación: AMA DE CASA
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable: 3232421526	Dir.responsable: BAGADO BARRIO LA CANDELARIA Parentesco: MADRE
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ		Tel. Acompañante: 3232421526
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO		
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)		Rango: SUBSIDIADO 1
FOLIO N° 67		Fecha del Folio: 04/03/2023 07:33	
N° Ingreso:	5245191	Fecha: 27/02/2023 16:34	F. Consulta: No_Aplica C. Externa: 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 presenta caidas recientes

Dignóstico Secundario:**15 puntos.**

0 puntos: No.

15 puntos: Si.

Observaciones

legrado

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

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

15 puntos: Muletas, bastón, andador.

30 puntos: Muebles.

Observaciones

se moviliza

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

0 puntos: No

20 puntos: Si

Observaciones

acceso permeable

Equilibrio/Traslado:**0 puntos.**

0 puntos: Normal, reposo en cama,inmóvil.

10 puntos: Debíl.

20 puntos: Alterado.

Información del folio No. 67**MONTOYA ARIAS MARIA
FERNANDA**
AUXILIAR DE ENFERMERIA
R.M. 05-7472-14

Observaciones

se moviliza

Estado Mental: **0 puntos.**

0 puntos: Orientado según las posibilidades.

15 puntos: Olvida sus limitaciones o sobrestima

Observaciones

coherente

VALOR 35 RIESGO MODERADO: 25-50 Implementar plan de prevención de caída estándar.

Información del folio No. 67



**MONTOKA ARIAS MARIA
FERNANDA**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

R.M. 05-7472-14

EGRESO HOSPITALARIO

N° Historia Clínica: 1077475693

Datos personales del Paciente									
Paciente:	Cédula_Ciudadanía	1077475693	SUANNY KARINA LEMOS ARIAS			Sexo:	Femenino	F. Nacim:	09/08/1997
Edad en la atención:	25 Años / 6 Meses / 24 Días	Estado Civil:	Soltero		Dirección:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA			
Teléfono:	3207780807	Procedencia:	CHOCONTA		Ocupación:	AMA DE CASA			
Responsable:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ	Tel.responsable:	3232421526		Dir.responsable:	BAGADO BARRIO LA CANDELARIA	Parentesco:	MADRE	
Acompañante:	YULENNY ARIAS RODRIGUEZ				Tel. Acompañante:	3232421526			
Entidad:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO								
Plan Beneficios:	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ - COMFACHOCÓ (SUBSIDIADO)						Rango:	SUBSIDIADO 1	
FOLIO N° 68		Fecha del Folio: 04/03/2023 14:25							
N° Ingreso:	5245191	Fecha:	27/02/2023 16:34	F. Consulta:	No_Aplica		C. Externa:	Enfermedad_General	

Detalle del folio:

TIPO EGRESO: MEDICO

Estado del paciente a la salida: MEJOR

EVOLUCION

Subjetivo

RONDA DE OBSTETRICIA

Suanny, 25 años, trabajadora social, residente en Chocó.

Dx:

- Embarazo de 20+4 semanas, incompetencia cervical
- * Post quirurgico de legrado obstétrico 1 mar /2023.
- * En manejo actual por sospecha de corioamionitis
- Síndrome anémico (Sospecha de anemia hemolítica no inmune).

Antecedentes

patológico: Migraña , manejo sintomatico con naproxen
alergicos (-)
toxicos (-)
epidemiológicos (-)
familiares: padre cardiopatía
epidemiológicos COVID x1 dosis.
farmacológicos : multivitaminicos.

NO SIGNOS DE INFECCION

Signos vitales

Presión arterial sistólica: 100 Presión arterial diastólica: 80 Frecuencia cardiaca: 70 Frecuencia respiratoria: 16
Temperatura: 36 Presión arterial media: 46,67 Saturación de oxígeno:

Objetivo

ESTA CON DOLOR EN SENOS
REQUIERE INHIBICION DELACTANCIA
ESTA CON UTEROCONTRAIDO
SANGRADO MINIMO

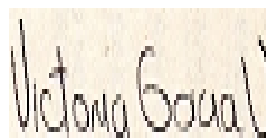
Análisis

SE DA SALIDA
YA CON METODO DE PLANIFICACION SUBDERMICO

Plan

ALTA
SE ENVIA BROMOCRIPTINA AMBULATORIA

Información del folio No. 68



**GARCIA VELASQUEZ VICTORIA
EUGENIA**
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
R.M. 5-2461-05

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)

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Juventud
Observaciones:

PRÓXIMA REVISIÓN DEL PACIENTE

Revisión en: 7DIAS Con MEDICO EPS

RECOMEDACIONES AL ALTA

Recomendaciones
ALTA

¿El paciente requiere reposo? No

Antecedentes		* (El antecedente fue resaltado en la HC, implica una situación importante).			
Fecha	Tipo Antecedente	* Detalle			
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
O60X	PARTO PREMATURO	✓		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
Plan de Manejo Externo						
		Ninguno	1	☐ 0		1) BROMOCRIPTINA TABLETAS 2.5 MG TOMAR UNA DIARIA CON LA CENA POR 7 DIAS
		Ninguno	1	☐ 0		1) DOLEX 500MG 2 TABLETAS CADA8H SI DOLOR

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

Tipo Indicación: Salida
Órd. Médicas:

Información del folio No. 68

Victoria Goua U

GARCIA VELASQUEZ VICTORIA
EUGENIA
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
R.M. 5-2461-05



CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

CÓDIGO GENF.FORM.8

VERSIÓN 04

Fecha de elaboración y/o
actualización:
19-02-2018

Fecha: 27.02.23.

Servicio: 429.

Nombres: SCARLETT KARINA

Apellidos: LEWIS DELA

Identificación: 1077475693

Edad: 25 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.

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 CUTÁNEA** (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. PUNCIONES 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. SUJECCIÓN 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. 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:

Sunny Karina Lemos A. roas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma Sunny Karina Lemos A. D.I. 1077475 693

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____ Parentesco _____ D.I. _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Firma [Firma] D.I. 15388816

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. Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

	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	

Fecha: 28/02/23	Servicio: Urgencias
Nombres: Soquun y Kanna	Apellidos: Pemos Anas
Identificación: 1077475693	Edad: 1077475693

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.

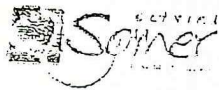
5. ¿Cuáles son los riesgos que se pueden presentar?

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.

Swanny Karina Lemos Armas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Swanny
Firma

1077475693
D.I.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma

D.I.

Maria Valentina Salazar Cuatrecasas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DEL
PROCEDIMIENTO

Valentia S
Firma

1007565860
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 ATENCIÓN DEL PARTO	CÓDIGO	UMI.FORM.003
		VERSIÓN	02
		Fecha de elaboración y/o actualización: 24-03-2017	

Fecha: 28/02/23	Servicio: Urgencias
Nombres: Susana y Karina	Apellidos: Ramos Arias
Identificación: 1077478693	Edad: 25a

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 y atención integral.

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. Nombre del procedimiento (Escribir en palabras que el paciente entienda, no uso de siglas o abreviaturas)

ATENCIÓN DEL PARTO (Incluye las etapas antes, durante y después del parto), Entiendo que la atención del parto debe ser un procedimiento realizado por personal entrenado y en un medio donde me puedan ofrecer todos los recursos que tanto mi hijo como yo podamos necesitar en un momento determinado.

2. Quién va a realizar el procedimiento?

Gineco Obstetras de SOMER S.A.

3. Cuáles son los Riesgos que se pueden presentar?

Se me ha explicado, claramente, las principales complicaciones que podemos sufrir(mamá y feto) durante el trabajo de parto: un trabajo de parto estacionario(falta de dilatación y progreso); problemas con las contracciones, desgarros en el cuello de la matriz y/o en la región que está entre la vagina y el recto, sufrimiento fetal que aparece de un momento a otro; feto que toma líquido con meconio(primer deposición del feto); matriz que se desprende, matriz que sangra porque no se contrae bien después del parto(se presenta con mayor frecuencia en mujeres que han tenido varios hijos), salida del cordón umbilical antes de tiempo; acretismo placentario (la matriz se pega más de lo normal al útero); nudos del cordón umbilical; ruptura del útero; embolia de líquido amniótico (líquido amniótico se va a los pulmones)

Que en ocasiones se requiere durante el expulsivo(salida del feto) la práctica de episiotomía(cortar la región entre la vagina y el ano) y que sus complicaciones pueden ser: desgarros , que en algunos casos pueden comprometer el esfínter externo del ano y recto, dolor por la formación de hematomas, infección en la herida, dehiscencia de la sutura(se sueltan los puntos) y a largo plazo posibles fístulas recto-vaginales(comunicación entre la vagina y el ano, con salida de material fecal que requiere posteriormente una cirugía para su corrección).

Que en ocasiones un parto vaginal puede ser instrumentado, es decir, puede necesitar el uso de fórceps (instrumentos metálicos) para ayudar a la extracción fetal rápida durante el expulsivo, y se me ha explicado que el uso de estos instrumentos puede generar traumas de la cabeza fetal y desgarros perineales en la madre, desgarros del útero, desgarros del canal vaginal.

4. Qué riesgos específicos pueden presentarse fuera de los ya descritos? (Propios por paciente)

Por mis antecedentes personales, el (la) doctor (a) me ha explicado; que presento los siguientes riesgos adicionales:

1. _____
2. _____

En mi caso concreto y por las razones explicadas, entiendo que tengo un mayor riesgo de presentar alguna de estas complicaciones, que pueden llevar a la realización de una cesárea más histerectomía (extracción de toda o parte de la matriz) con el fin de salvar mi vida y la de mi hijo.

5. Considera que requiere información adicional? (Anotar aclaraciones adicionales)

6. Autorizaciones adicionales

CONVENIO DOCENCIA, ASISTENCIAL E INVESTIGACIÓN: 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, Autorizo SI ___ NO ___ N/A ___

En caso de presentarse una complicación que afecte mi capacidad de tomar decisiones, temporal o definitivamente, autorizo por escrito para que mi caso sea discutido con la (s) siguiente (s) persona (s):

1. _____
2. _____

Y esta (s), en calidad de mi (s) representante (s) legales, tomen las decisiones que consideren más adecuadas, para preservar, siempre que ello sea posible, mi salud y una vida digna y con calidad.

Estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo, y 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 la atención del parto 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.

CONSENTIMIENTO

Suanny Karina Lemos Arias

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma Suanny Karina Lemos Arias C.C. 1077475693

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____ C.C. _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO RESPONSABLE

Firma _____ C.C. _____

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INSERCIÓN O RETIRO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO	CÓDIGO	UMI.FORM.7
		VERSIÓN	02
		Fecha de elaboración y/o actualización: 16-05-2022	

323

Fecha: 3-03-2023	Servicio: H3T2
Nombres: SUANNY KARINA	Apellidos: LIMUS ANAS
Identificación: 1077475693	Edad: 25

Estoy enterada 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 disenter, objetar, rechazar, o renovar cualquiera de las propuestas de tratamiento ofrecidas.

1. ¿Qué se va a hacer?

Procedimiento ambulatorio para:
Inserción de dispositivo subdérmico 10

Me van a poner un implante subdérmico el cual es una opción anticonceptiva a largo plazo para las mujeres, el implante es una varilla plástica flexible del tamaño de una cerilla que se coloca debajo de la piel en la parte superior del brazo.

Libera una dosis baja y regular de una hormona progestacional para engrosar la mucosa del cuello del útero y afinar el revestimiento del útero (endometrio), los implantes subdérmicos también suelen inhibir la ovulación.

Retirar o reemplazar dispositivo subdérmico

2. ¿Para qué se va a realizar el procedimiento? (beneficios)

Entiendo que me colocan el implante para tener una vida sexual útil prolongada, no requiere de una rutina diaria, es discreto y fácil de usar, puede ser usado durante la lactancia materna ya que no tiene efectos sobre la cantidad y la calidad de la leche materna, rápida reversibilidad cuando se interrumpe su colocación y tiene una efectividad anticonceptiva del 99% por lo que la probabilidad de que se produzca un embarazo es escasa.

3. ¿Quién va a realizar el procedimiento? (nombre y profesión)

Carmen E. Sanchez Enfermera

4. ¿Cómo se va a realizar?

Me explicaron que la inserción del implante jadtelle o sinoimplant me debo acostar en posición supina, es decir acostada boca arriba, previa asepsia con una solución antiséptica (clorhexidina 4%), el profesional de salud infiltra con xilocaína al 2 % sin epinefrina en la cara interna de la parte superior del brazo izquierdo en las mujeres diestras y del brazo derecho en las zurdas, aproximadamente a 8 cm por encima del pliegue del codo. Con el bisturí unido a la protección del aplicador, se practica una incisión cutánea de 3 mm. Los implantes se introducen hasta su posición subdérmica, de forma que adopten forma de V abierta hacia el hombro. Una inserción correcta facilitará su posterior extracción y producirá una cicatrización mínima. Tras la inserción de los implantes, se afrontan los bordes de la piel y se cubre con apósito. Además me explican y entiendo la duración del método elegido.

Para la inserción del implanon me debo acostar en posición supina, es decir acostada boca arriba, previa asepsia con una solución antiséptica (clorhexidina 4 %), el profesional de salud infiltra con xilocaína al 2 % sin epinefrina en la cara interna de la parte superior del brazo izquierdo en las mujeres diestras y del brazo derecho en las zurdas, aproximadamente a 8 cm por encima del pliegue del codo. Con el dispositivo de inserción, se practica una incisión cutánea de 3 mm. El implante se introducen hasta su posición subdérmica. Una inserción correcta facilitará su posterior extracción y producirá una cicatrización mínima. Tras la inserción de los implantes, se afrontan los bordes de la piel y se cubre con apósito. Además me explican y entiendo la duración del método elegido.

Implanon 3 años X

Sinoimplant 4 años

Jadelle 5 años ____

Si me lo van a retirar: para proceder a la extracción, se limpiará la piel y se infiltrará un anestésico tópico bajo los extremos de ambos implantes. Con el bisturí, se practica una incisión cutánea de 4 mm, bajo el vértice del implante. Los implantes se retirarán usando una pinza pequeña (por ejemplo, tipo mosquito). La extracción debe hacerse suavemente. Este proceso va a requerir más tiempo que la inserción.

5. ¿Cuáles son los riesgos que se pueden presentar?

Estoy enterada que la colocación o extracción de implante, pueden producir hematomas, dolor, hinchazón o picor y en casos raros infección. Puede formar una cicatriz o desarrollarse un absceso en el sitio de implantación. Puede producir hinchazón o sensación de entumecimiento (o falta de sensibilidad). Es posible que el implante se expulse o se desplace si no se ha insertado adecuadamente. También puede generar efectos no deseados en las diferentes etapas tales como:

- a) **En el momento de la inserción:** sé que tengo el deber de informar en el momento de la inserción del implante cualquier malestar que esté presentando.
 - Dolor.
 - Inflamación local.
 - Infección en un período menor de un mes.
- b) **Durante el tiempo de uso:** se han descrito las siguientes reacciones adversas: efectos indeseables muy frecuentes (presentes en más del 10% de las usuarias): cefalea, nerviosismo, mareos, náuseas, cambio del patrón menstrual (hemorragias menstruales frecuentes, irregulares o prolongadas, manchado intermenstrual (spotting), amenorrea), cervicitis, secreción vaginal, prurito genital, dolor pélvico, dolor mamario, aumento de ansiedad y acné.
- c) **En su extracción:** pérdida de referencia de la punta del implante por formación de tejido fibroso.

6. ¿Qué alternativas diferentes tengo de manejo si no acepto el implante?

Estoy enterada de los diferentes métodos anticonceptivos que existen (orales, inyectables, dispositivo intrauterino y quirúrgicos como la tubectomía).

7. ¿Qué consecuencias pueden presentarse si no acepto el implante?

Estoy enterada de que puedo presentar un embarazo no deseado.

8. ¿Considera que requiere información adicional? (Si ____ No ☒) En caso de seleccionar SI, hacer explicación breve sobre la información brindada.

Se me informó que en cualquier momento puedo solicitar más información que requiera o que puedo negarme a la inserción del implante en cualquier momento que lo considere.

9. Autorizaciones adicionales

Se me informó que se debe realizar una prueba de embarazo para conocer si estoy embarazada o no antes de la inserción del implante y por tanto SI ____ NO ____ autorizo su realización. No aplica ☒

He entendido las condiciones y objetivos del procedimiento 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, quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo, y 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 que aquí autorizo.

CONSENTIMIENTO:

Declaro que he leído y entendido el texto anterior, voluntariamente doy mi consentimiento para la realización del procedimiento, 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.

Usanny Karina lemos A. Usanny Karina lemos A. 121077475693
Nombre y apellido del paciente Firma Tipo y número de documento

Nombre y apellido del representante legal Firma Tipo y número de documento

Parentesco: _____

Carmen E. Sanchez H 1103820264
Nombre y apellidos del responsable del procedimiento Tipo y número de documento

DISENTIMIENTO

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), aun conociendo las posibles implicaciones para mi estado de salud. SOMER S.A., se compromete a continuar prestando una atención integral independiente de la decisión tomada por usted.

SOMER S.A se compromete a continuar prestando una atención integral independiente de la decisión tomada por usted.

Nombre y apellido del paciente Firma Tipo y número de documento

Nombre y apellido del representante legal Firma Tipo y número de documento

Parentesco: _____

79987279.01
Implanon NXT®
Para archivo de la paciente

Lot.: W012332



CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

CÓDIGO CIR.FORM.015

VERSIÓN 03

Fecha de elaboración y/o
actualización:
20-10-2017

Fecha: 28-02-23

Servicio: UMI

Nombres: SWANNY KARINA

Apellidos: IEMOS ARACIS

Identificación: 1077475693.

Edad: 25 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 disenter, 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).

Cesárea utero.

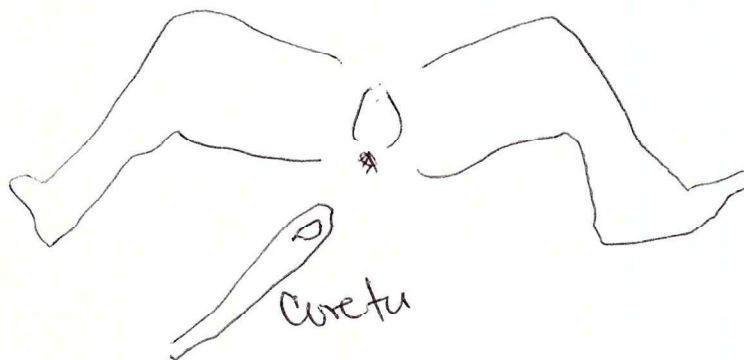
2. Para qué se va a realizar el procedimiento y/o Intervención Quirúrgica? (Beneficios de realizar el procedimiento aunque no se le garantice obtención).

Control del sangrado

3. Quién va a realizar el procedimiento y/o Intervención Quirúrgica? (ESPECIALIDAD).

Ginecóloga.

4. Cómo se va a realizar? (Realice un esquema y descripción que pueda entender el paciente).



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. Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

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 vásculo 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, transfusión masiva, perforación uterina
2. retención urinaria, infección

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. 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. Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

CONSENTIMIENTO

Swanny Karina lemos Arias

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma Swanny Karina lemos A

D.I. 1037475693

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma

Parentesco

D.I.

Alejandro Acevedo

NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO

Firma

Alejandro Acevedo Acevedo
Ginecóloga y Obstetra
C.R. 27-450
Universidad de Cartagena

D.I.

1103103544

() 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. 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: 28-02-23.

Servicio: UMI

Nombres: SWANNY KARINCI

Apellidos: LEMOS ARIAS.

Identificación: 1077475693.

Edad: 25 años

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.
- Anestесias 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. *Aspiración*

2. *Cefalea post anestesia, Dura*

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. Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

TIPO DE PROCEDIMIENTO: Cirugía Obstrucción

TIPO DE ANESTESIA SUGERIDA: Conductura

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:

X Suanny Karina Lemas Arias
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Firma: X Suanny Karina Lemas A D.I.: X 1077475693

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Firma: _____ Parentesco: _____ D.I.: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ANESTESIOLOGO/CONSULTA PREANESTÉSICA

Firma: _____ D.I.: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ANESTESIOLOGO/QUIRÓFANO

Firma: [Firma] D.I.: 27 1077475693

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 (NOACEPTAR)** _____, **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. Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.



HISTORIA No.

SERVICIO

HOSP.

AMB.

URG.

1er. APELLIDO

2do. APELLIDO

NOMBRE

FECHA DE CIRUGIA

EDAD

ESTADO FISICO

PESO GMS.

DIA MES AÑO

AÑOS MESES DIAS HORAS

1 2 3 4 5 U

LABORATORIO

Hb _____ Hto _____ Glic _____ Úrea _____ Creat. _____ Cito Q. _____ Otros _____

S. CARDIACO

S. RESPIRATORIO

OTROS

TERAPIA PREVIA:

PATOLOGIA ASOCIADA:

PRESION ARTERIAL

PULSO - M

T°C

MEDICACION PREANESTESICA

FECHA

HORA

DROGA

M GMS.

VIA

DIAGNOSTICO:

OPERACION:

TRANSOPERATORIO

HORA

ANOTACIONES

O2
N2O

190

Convenciones 170

Operación 150

130

Anestesia x 110

Parto 90

Pulso 70

Respiración 50

Diuresis < 35

PA (mmHg) 25

PVC (mmHg) 15

Temperatura

TIEMPO DE

ANOTACION

ANESTESICOS

POSICION

METODOS ANESTESICOS

BLOQUEO

B R M

INTUBACION

F D

VIA N T O

TAMAÑO

NIVEL

ANESTESIOLOGO

CIRUJANOS

OPERACION

LIQUIDOS APLICADOS

SUEROS

COLOIDES

SANGRE

TOTAL

C.C.

C.C.

C.C.

C.C.

CODIGO

FIRMA

POSTOPERATORIO

HORA DE INGRESO

M

SCORE DE ALDRETE

Mtos.	0	15	30	45	60	2	3	4	5	6
Score										

CONVENCIONES

HORA

PULSO

●

41 190

RESP.

○

40 170

P. ARTERIAL

X

39 150

TEMP.

△

38 130

P. VENOSA

▽

37 110

PCO₂

X

36 90

PO₂

○

35 70

HCO₅

<

34 50

33 35

32 25

31 15

30 5

TIEMPO DE ANOTACION

1o. Hr.

2o. Hr.

3o. Hr.

4o. Hr.

5o. Hr.

6o. Hr.

7o. Hr.

8o. Hr.

9o. Hr.

10o. Hr.

INGRESO DE LIQUIDOS C.C.

EGRESO DE LIQUIDOS C.C.

DIURESIS C.C.

BALANCE HIDRICO C.C.

ANOTACIONES

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

OBSERVACIONES:

Tatiana Gostano

ENFERMERA DE RECUPERACION

HORA DE SALIDA

M

ANESTESIOLOGO QUE AUTORIZA LA SALIDA

Código



LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA

CÓDIGO CIR.FORM.21
VERSIÓN 01
Fecha de elaboración y/o actualización: 22-03-2016

Nombre y Apellidos: Suanny Karine Tenos Ariz Procedimiento: Curetaje
Historia Clínica: 07476603 Fecha: 28-02-23

ANTES DE LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA

Enfermero/a y Anestesiólogo/a

El paciente ha confirmado:

- ☒ Identidad,
- ☒ Sitio quirúrgico
- ☒ Procedimiento quirúrgico
- ☒ Consentimiento de cirujano
- ☒ Consentimiento de anestesia

Se ha marcado el sitio quirúrgico SI ☐ NA ☒

☒ Se ha verificado la disponibilidad de material y equipos

☒ Se ha completado la comprobación de aparatos de anestesia y medicación anestésica

☒ Equipos de monitoreo en el paciente están en funcionamiento

El paciente tiene:

¿Alergias conocidas? SI ☐ No ☒

¿Vía área difícil o riesgos de aspiración?

No ☐ SI ☒ el equipo y la asistencia están disponibles

¿Riesgo de pérdida de sangre > 500ml (7ml/kg en niños)

No ☐ SI ☒ dispone de una vía de acceso IV o central adecuada y líquidos necesarios

SI CUMPLEN LOS REQUISITOS ANTERIORES, SE AUTORIZA INICIAR INDUCCIÓN ANESTÉSICA

ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA

Enfermero/a, instrumentador/a, Anestesiólogo/a, Cirujano/a

☒ Confirmar que todo el personal se haya presentado por su nombre y función

Cirujano/a, anestesiólogo/a y enfermero/a confirman Verbalmente:

- ☒ La identidad del paciente
- ☒ Sitio quirúrgico
- ☒ Procedimiento

Se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 min SI ☒ NA ☐

PREVISIÓN DE SUCESOS CRÍTICOS

☒ Cirujano/a: Cuáles son los pasos críticos o inesperados, duración de la cirugía, pérdida de sangre esperada?

☒ Anestesiólogo/a: Presenta el paciente algún problema específico

☒ Equipo de enfermería e instrumentador/a: Se ha confirmado la esterilidad? (Resultados de indicadores). Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

SI CUMPLEN LOS REQUISITOS ANTERIORES, SE AUTORIZA INICIAR EL PROCEDIMIENTO

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE QUIRÓFANO

Enfermero/a, instrumentador/a, Anestesiólogo/a, Cirujano/a

Enfermero confirma verbalmente:

- ☒ Nombre del procedimiento Curetaje
- ☒ Conteo de gasas y compresas completo
- ☒ Instrumental completo
- ☒ Conteo de agujas y Hojas de Bisturí completo

☒ Si existe algún problema que resolver en relación con el material o los equipos

SI ☐ No ☒

Identificación de las muestras biológicas, en voz alta incluyendo nombre de paciente

Envío de patologías SI ☒ No ☐

Envío de cultivos SI ☐ No ☒

Cirujano/a, anestesiólogo/a y enfermero/a revisan y registran:

☒ Aspectos críticos en la recuperación y tratamiento del paciente

No ☐ SI ☒ el equipo y la asistencia están disponibles

SI CUMPLEN LOS REQUISITOS ANTERIORES, SE AUTORIZA TRASLADO A UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTÉSICOS

Nombre Grupo Quirúrgico: Linares García

Firma Grupo Quirúrgico: Linares García

Auxiliar de enfermería

Anestesiólogo/a

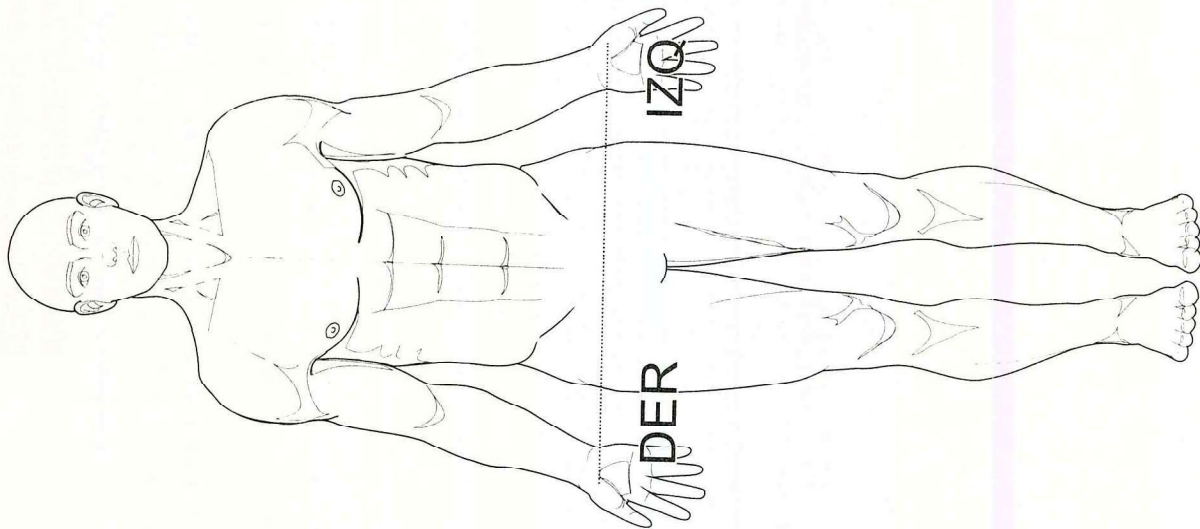
Cirujano/a

Instrumentador

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA

CÓDIGO	CIR.FORM.21
VERSIÓN	01
Fecha de elaboración y/o actualización: 22-03-2016	

ANT



Indicadores

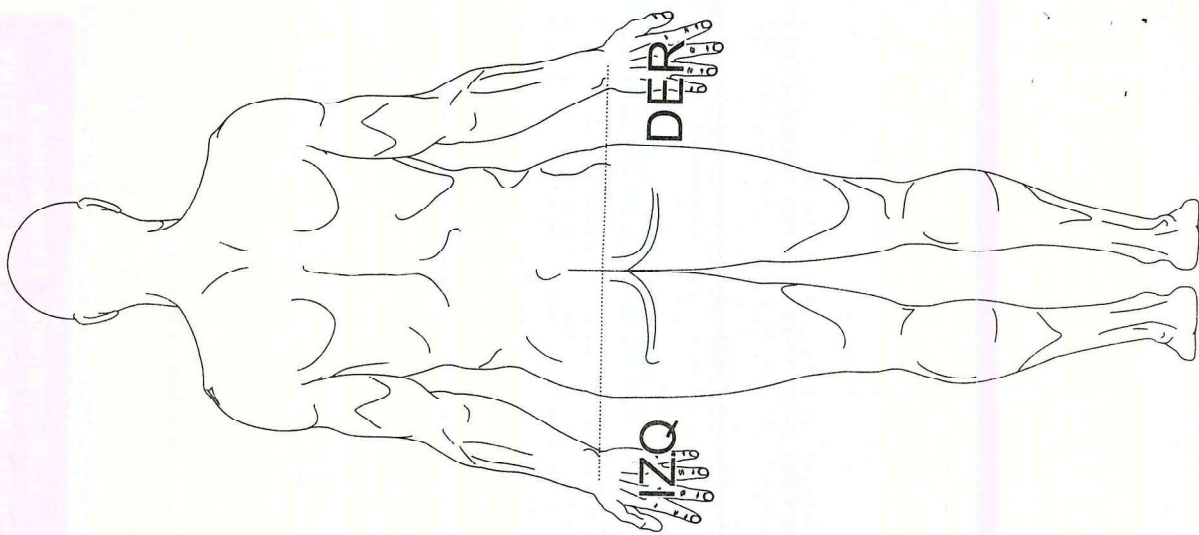
Paquete

Indicadores

Instrumental

Indicadores

POST





**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
REALIZAR NECROPSIA CLÍNICA EN CASO DE
MUERTE MATERNA, MORTALIDAD PERINATAL O
NEONATAL TARDÍA**

CÓDIGO UMI.FORM.6

VERSIÓN 01

Fecha de elaboración y/o
actualización:
06-08-2021

Declaramos que siendo familiares de (nombre de la mujer fallecida o de la madre del mortinato o neonato):

Hijo de Suanny Karina Lemo Arias

con identificación: CC X TI CE PA 1077445693 de Quibdó

nos han explicado claramente y hemos comprendido que el procedimiento de la necropsia clínica es necesario por razones médicas y de salud pública, con el fin de aclarar la causa de muerte de la mujer fallecida y/o el mortinato o neonato fallecido.

Que de acuerdo al Decreto 0786 de 1990 reglamenta la práctica de autopsia o necropsia clínica, definiéndola como: "procedimiento mediante el cual, a través de observación, intervención y análisis de un cadáver, en forma tanto externa como interna y teniendo en cuenta, cuando sea del caso, el examen de las evidencias o pruebas físicas relacionadas con el mismo, así como las circunstancias conocidas como anteriores o posteriores a la muerte, se obtiene información para fines científicos y orientación de acciones de salud pública"

Firma de las personas que intervienen

Nombre y apellidos Suanny Karina Lemo Arias

C.C. 1077445693 Expedida en Quibdó

Firma Suanny Karina Lemo A. Parentesco/Vínculo Madre.

Nombre y apellidos Yilmar Alberto Córdoba Mosquera

C.C. 1077467479 expedida en Quibdó

Firma [Firma] Parentesco/Vínculo Padre

Nombre y apellidos/Firma del médico

[Firma]
Dra. Angélica M. Guerrero
Ginecóloga y Obstetra
C. 544.597

Reg. No. Clinica Somer

Ciudad, fecha y hora Pionegro - 01-03-2023 H: 09:50

Nota: En casos de emergencia sanitaria o en aquellos en los cuales la investigación científica con fines de salud pública así lo demande y en los casos en que la exija el médico que deba expedir el certificado de defunción, podrá practicarse la autopsia aun cuando no exista consentimiento de los deudos. (Según Capítulo V, art 16, Decreto 786 de 1990; parágrafo 1) Adicionalmente el Capítulo VIII, art 32 cita: Tanto para autopsias como para viscerotomías, sean médico - legales o clínicas, los resultados positivos para enfermedades epidemiológicamente importantes deberán notificarse a las autoridades sanitarias de conformidad con la legislación vigente sobre la materia.

	AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE INCINERACIÓN DE RESÍDUOS ANATOMOPATOLÓGICOS SOMER S.A.	CÓDIGO	GA.FORM.53
		VERSIÓN	03
		Fecha de elaboración y/o actualización: 25-06-2021	

Datos del paciente		Fecha: 28/02/23	
Nombres: Suanny Karina		Apellidos: Lemos Arias	
Identificación: 1014415693	Edad: 25 años	Aseguradora: Comfahocó	
Teléfono: 323 242 1526	Servicio: UMI	Historia Clínica:	

Yo Suanny Karina Lemos Arias identificado (a) con D.I. N°. 1014415693 de Quibdó, residenciado en Bogotá autorizo a La Clínica SOMER S.A. de Rionegro, para que disponga de Asp de Suanny Karina Lemos Arias para tratamiento de incineración como tipo de residuos anatomopatológicos de origen humano en cumplimiento con el artículo 31 de la ley 09 de 1979, los artículos 7° al 11° de la Ley 1252 de 2008 y el Decreto 351 de 2014 y de acuerdo a la normatividad ambiental vigente relacionada con el manejo de residuos hospitalarios. Aclarando a quién firma el presente documento que no se le realizará entrega de las cenizas del feto, mortinato o extremidad corporal.

Manifiesto que he sido informado del propósito final, según disposición de la Clínica SOMER S.A. sin que se presente reclamación alguna.

Suanny Karina Lemos Arias
Firma del paciente
D.I. 1014415693
Teléfono 3201780807

[Firma]
Firma del representante legal
D.I. 1077467479
Teléfono 3223462896

Tatiana Luffano Luffano
Firma Enfermera
Área / Servicio: UMI



**LISTA DE CHEQUEO PARA
INGRESO Y SALIDA DEL PACIENTE
HOSPITALIZADO**

CÓDIGO HOS.FORM.004

VERSIÓN 02

**Fecha de elaboración y/o
actualización:**
15-08-2017

Señor usuario, le damos la cordial bienvenida a su habitación, deseándole de antemano pronta recuperación. A continuación relacionamos los bienes que tendrá a su disposición durante la estancia, los cuales le permitirán hacer más cómodo y placentero su paso por nuestra clínica. Agradecemos que su acompañante, firme este listado tanto al ingresar, como al recibir el alta médica. Muchas gracias.

INVENTARIO DE HABITACIÓN No. 373

Fecha de ingreso: DD 01 MES 03 AÑO 07 Fecha de salida: DD MES AÑO

CANTIDAD		INGRESO	EGRESO	N/A
1	Televisor	✓		
1	Control remoto con estuche	✓		
1	Timbre de llamado en la habitación	✓		
1	Timbre de llamado en el baño	✓		
1	Teléfono de mesa	✓		
N/A	Nevera	N/A		
1	Jarra	✓		
1	Riñonera	✓		
1	Pato de hombre	✓		
1	Pato de mujer	✓		

N/A: No aplica o no disponible

Mulenny Arias Rodriguez

Nombre del usuario

Cristina Restrepo

Nombre del empleado de SOMER S.A.

	MANIFESTACIÓN DE CONFORMIDAD PARA ACOMPañAMIENTO AL PARTO		CÓDIGO	UMI.FORM.5
			VERSIÓN	01
	Fecha de elaboración y/o actualización: 25-03-2020			

Definiciones: De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la atención de parto humanizado; se entiende como una experiencia de parto positiva que cumple o supera las expectativas personales, socioculturales previas de la mujer. Definición que consagra en si misma, dar a luz un bebé sano en un lugar entorno seguro, desde el punto de vista clínico y psicológico.

Razón Social: El parto humanizado surge en Clínica Somer, con el fundamento e ilusión; de proveer a la usuaria de atención en salud gestante, a su familia y a sus hijos atención científica, cálida, respetuosa y oportuna durante el proceso de nacimiento, que conlleva un gran significado para la mujer gestante y su familia.

Reglamento: Con el fin de garantizar la seguridad durante el proceso de parto, la persona que pretenda ejercer su derecho al acompañamiento de la mujer gestante, deberá satisfacer siguientes requisitos:

- Presentarse ante la enfermera jefe con el certificado de cumplimiento del taller “parto con amor”.
- No se permite deambulación en el pasillo de las habitaciones y/o quirófano.
- No se permite intercambio de acompañante, ya que este debe tener la certificación del taller.
- No se permite consumo de alimentos dentro de la unidad.
- No se permite el uso de celular ni videocámaras.
- Tono de voz suave para no interferir en la tranquilidad de las pacientes.
- No fumar.
- No manipular los equipos médicos
- No apoyarse en la cama de la mujer gestante.
- Cumplir con las medidas de asepsia y antisepsia.
- En el momento del parto debe permanecer al lado de materna en todo momento, una vez nace el bebé el personal de enfermería lo acompaña hasta la servocuna.
- Abandonar la sala en el momento que la madre y el bebé serán organizados para traslado a sala de recuperación.
- En caso de presentarse alguna complicación médica, de acuerdo a la decisión del equipo médico deberá permanecer o abandonar la sala.
- Mantener una comunicación respetuosa con el equipo médico



MANIFESTACIÓN DE CONFORMIDAD PARA ACOMPañAMIENTO AL PARTO

CÓDIGO

UMI.FORM.5

VERSIÓN

01

**Fecha de elaboración y/o
actualización:**
25-03-2020

- En caso de presentarse alguna inconformidad u observación, se deberá realizar de manera verbal u escrita a la jefe de enfermería del servicio, el área de apoyo al usuario o el Coordinador médico de ginecología.
- Si la paciente es programada para cesárea, deberá seguir las recomendaciones del personal de enfermería.

	MANIFESTACIÓN DE CONFORMIDAD PARA ACOMPañAMIENTO AL PARTO	CÓDIGO	UMI.FORM.5
		VERSIÓN	01
		Fecha de elaboración y/o actualización: 25-03-2020	

Yo Socanny Karina Lemos identificada con documento Cédula N° 1077475693, actuando en nombre propio bajo ningún tipo de fuerza o coacción, para todos sus efectos legales, autorizo a Yulenny Brias R. documento 2626290684 N° _____, con el fin de que me asista en calidad de "Acompañante" durante el proceso de trabajo de parto, parto y/o cesárea.

Con la suscripción de este documento ambas partes facultamos a la Clínica Somer, para requerir al a quien actúa en calidad de "Acompañante", abandonar la sala, restringir su ingreso o rechazar el cambio de asistente. De esta forma, quienes suscriben se obligan a aceptar las indicaciones dictadas por el equipo médico y a satisfacer el reglamento descrito en la presente.

Con todo, quienes suscriben declaran conocer los riesgos derivados de la expresión de la voluntad que aquí se realiza, también exoneran a la SOCIEDAD MÉDICA RIONEGRO S.A. SOMER S.A. por la responsabilidad extracontractual u contractual que se pueda configurar en razón al incumplimiento de las indicaciones otorgadas por el equipo médico o a los perjuicios derivados del daño causado por la conducta dolosa o culposa del "Acompañante".

En constancia de lo anterior se firma la presente a los 28 días del mes de febrero del año 2023.

Socanny Karina Lemos A.

Firma (Mujer Gestante)

Nombre completo:

Documento:

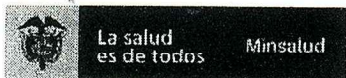
Yulenny Brias R.

Firma (Acompañante)

Nombre Completo: x

Documento: x

Yulenny Brias Rodriguez
26 290 684



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL



NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

23022920193379

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL			
LUGAR DE LA DEFUNCIÓN			
Departamento	Municipio		
ANTIOQUIA	RIONEGRO		
ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN			
Área	Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)		
Cabecera Municipal			
TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	
Fetal	2023-02-28	23:17:00	
SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO		
Masculino	Tipo de documento		Número de documento
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO		
Natural	Pertenencia étnica ¿A cuál pueblo indígena pertenece?		

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN			
IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR			
Tipo de documento		Número de documento	
Cédula de ciudadanía		1018421782	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
TRILLOS	ORTIZ	INGRITH	ROCIO
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN		REGISTRO PROFESIONAL	
Médico		25302113	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO			
Departamento		Municipio	
ANTIOQUIA		RIONEGRO	
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	
Año - Mes - Día			
2023-02-28			



LISTA DE CHEQUEO CUSTODIA DE ANEXOS FÍSICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA CLÍNICA SOMER S.A.

CÓDIGO	ARC-FORM.7
VERSIÓN	04
Fecha de elaboración y/o actualización: 21-01-2022	

Nombre(s) y apellidos del Paciente:

JOANY KARINA GUZMAN DE LA ROSA

Identificación:

1077475693

Control de historia clínica y anexos en los traslados			
Historia clínica y anexos	Cantidad <u>0</u>	Certificado de recién nacido	Cantidad <u>0</u>
Historia clínica de otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	Cantidad <u>0</u>	Certificado de defunción	Cantidad <u>0</u>
Historia clínica de trasplante	Cantidad <u>0</u>	Monitoreo fetal	Cantidad <u>0</u>
Historia clínica de radioterapia	Cantidad <u>0</u>	Electrocardiogramas	Cantidad <u>0</u>
Consentimientos informados	Cantidad <u>3</u>	Otros estudios	Cantidad <u>0</u>
Registro anestésico	Cantidad <u>0</u>		
Servicio que entrega:	<u>Umi</u>	Servicio que recibe:	<u>Umi</u>
Nombre y Apellidos quien entrega	<u>Valentina Salazar</u>	Nombre y Apellidos quien recibe	<u>Lissette Hincapié</u>
Fecha:	<u>20/02/23</u>	Fecha:	<u>20/02/2023</u>

Control de historia clínica y anexos en los traslados			
Historia clínica y anexos	Cantidad <u>3</u>	Certificado de recién nacido	Cantidad <u>0</u>
Historia clínica de otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	Cantidad <u>0</u>	Certificado de defunción	Cantidad <u>0+2</u>
Historia clínica de trasplante	Cantidad <u>0</u>	Monitoreo fetal	Cantidad <u>0</u>
Historia clínica de radioterapia	Cantidad <u>0</u>	Electrocardiogramas	Cantidad <u>0</u>
Consentimientos informados	Cantidad <u>7</u>	Otros estudios	Cantidad <u>2</u>
Registro anestésico	Cantidad <u>1</u>		
Servicio que entrega:	<u>Umi</u>	Servicio que recibe:	<u>H312</u>
Nombre y Apellidos quien entrega	<u>Jaime Cortes</u>	Nombre y Apellidos quien recibe	<u>Andrés Pestre</u>
Fecha:	<u>01/03/2023</u>	Fecha:	<u>01/03/2023</u>

Control de historia clínica y anexos en los traslados			
Historia clínica y anexos	Cantidad _____	Certificado de recién nacido	Cantidad _____
Historia clínica de otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	Cantidad _____	Certificado de defunción	Cantidad _____
Historia clínica de trasplante	Cantidad _____	Monitoreo fetal	Cantidad _____
Historia clínica de radioterapia	Cantidad _____	Electrocardiogramas	Cantidad _____
Consentimientos informados	Cantidad _____	Otros estudios	Cantidad _____
Registro anestésico	Cantidad _____		
Servicio que entrega:	_____	Servicio que recibe:	_____
Nombre y Apellidos quien entrega	_____	Nombre y Apellidos quien recibe	_____
Fecha:	__dd__ / __mm__ / __aaaa__	Fecha:	__dd__ / __mm__ / __aaaa__

Control de historia clínica y anexos en los traslados			
Historia clínica y anexos	Cantidad _____	Certificado de recién nacido	Cantidad _____
Historia clínica de otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	Cantidad _____	Certificado de defunción	Cantidad _____
Historia clínica de trasplante	Cantidad _____	Monitoreo fetal	Cantidad _____
Historia clínica de radioterapia	Cantidad _____	Electrocardiogramas	Cantidad _____
Consentimientos informados	Cantidad _____	Otros estudios	Cantidad _____
Registro anestésico	Cantidad _____		
Servicio que entrega:	_____	Servicio que recibe:	_____
Nombre y Apellidos quien entrega	_____	Nombre y Apellidos quien recibe	_____
Fecha:	__dd__ / __mm__ / __aaaa__	Fecha:	__dd__ / __mm__ / __aaaa__

INFORME DE AUTOPSIA

Nombre: SUANNY KARINA LEMOS ARIAS		Documento: 1077475693	Edad: 25A
Correo:		Sexo: FEMENINO	Teléfono: 3207780807
Entidad: Caja de Compensación Familiar Comfachocó		Organo: Feto y placenta	
Ordena: Clínica Somer (Hospitalario)		Doctor:	
Dx Clínico:		Cód. Factura:	
Código Interno:	Ingreso: 2023-03-01	Salida: 2023-05-09	

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:

EXAMEN EXTERNO:

El 01 de marzo de 2023 llega al servicio de Patología del laboratorio CITOPAT un feto con diagnóstico de muerte intrauterina. Se realiza la autopsia clínica el mismo día.
Feto de sexo masculino sin malformaciones externas, con rigidez parcial y livideces fijas localizadas en la parte posterior de la cabeza, tronco y las 4 extremidades. No se observan esfacelaciones de la piel ni signos de trauma.

Parámetro / Medidas encontradas / Medidas esperadas para 20 semanas de gestación

Talla: 25 cm / 24.7 ± 1.9 cm
Peso: 286 gr / 319 ± 61 gr
PC: 16.5 cm / 17.3 ± 1.3 cm
PT: 14 cm / 14.2 cm
PA: 12 cm / 12.4 cm
Corona - cóccix: 17 cm / 17.3 ± 1.4 cm
Corona - talón: 25 cm / 24.7 ± 1.9 cm
Longitud del pie: 3.5 cm / 3.7 ± 0.2 cm
Longitud de la mano: 2.8 cm / 3.1 cm
Intercanto interno: 1.3 cm / 1.3 ± 0.2 cm
Intercanto externo: 4 cm / 3.6 ± 0.4 cm
Long. surco nasolabial: 0.5 cm / 0.52 cm
Distancia intermamaria: 3.5 cm / 3.4 ± 0.5 cm

Examen de la cabeza

Presenta escaso lanugo color negro de aproximadamente 0.2 cm de longitud. En el cráneo se observan las suturas separadas. Fontanelas normotensas, la anterior mide 2.5 x 2.5 cm y la posterior mide 1 x 1 cm. Ojos cerrados sin alteraciones aparentes, y al abrirlos se observan los dos globos oculares con opacidad corneal e iris color café en apariencia. Nariz bien formada de 1 cm de longitud, narinas con agujeros abiertos y permeables. Labios delgados color violáceo, cavidad oral permeable con paladar bien formado e íntegro, lengua de tamaño y aspecto normal. Pabellones auriculares de 1.2 cm de longitud con adecuada implantación, bordes superiores totalmente aplanados y conductos auditivos permeables.

Examen del cuerpo

Cuello sin lesiones. Se encuentran las cuatro extremidades completas, cada mano y cada pie con 5 dedos, los cuales tienen placas ungueales delgadas y sin pigmentaciones anormales. Las glándulas mamarias no son palpables, areolas punteadas de 0.3 cm con pezón plano. Región lumbar sin alteraciones. Pliegues palmares ausentes y pliegues plantares presentes solo en el tercio distal. Los genitales externos son masculinos con bolsas escrotales vacías y pene sin anormalidades. Ano perforado. Trae adherido fragmento de cordón umbilical de 3 cm de longitud con presencia de 3 vasos.

Examen de la piel

Textura fina y gelatinosa, color rojizo translúcido. Cuerpo frío sin incisiones quirúrgicas, signos de venopunción ni signos de trauma. No se observa maceración ni esfacelaciones, no hay vernix caseosa ni meconio adherido a la piel.

Examen de la placenta

Disco placentario de 10 x 10 x 2 cm, peso de 130 gramos, cara fetal lisa, vascularizada de color violáceo. Cara

materna con cotiledones completos y una pequeña zona de hemorragia. Membranas ovulares adheridas y traslúcidas. Longitud del cordón umbilical adherido a la placenta de 27 cm con inserción marginal, y 3 cm adheridos al feto para una longitud total de 30 cm.

Peso de la placenta: 130 gramos / Peso esperado para 20 semanas de gestación: 112 gr.
Diámetro de la placenta: 10 cm / Diámetro esperado para 20 semanas de gestación: 9.4 cm.
Espesor de la placenta: 2 cm / Espesor esperado para 20 semanas de gestación: 1.5 cm.
Longitud del cordón umbilical (total): 30 cm / Longitud esperada para 20 semanas de gestación: 33 cm.

EXAMEN INTERNO:

Cráneo y sistema nervioso central: Se palpan huesos craneales con suturas no fusionadas. Cerebro con superficie completamente lisa y sin evidencia de hemorragias intraparenquimatosas. Se encuentra recubierto por aracnoides traslúcida. Al intentar retirarlo de la bóveda craneana pierde su tono y arquitectura, por lo cual no fue posible medir ni pesar.

Órganos y cavidades: Los órganos internos se encontraban in situ, congestivos, lisos y brillantes. Lengua, laringe y tráquea de apariencia usual, sin comunicaciones ni malformaciones.

Tiroides: no identificada en la exploración del cadáver.

Timo: macroscópicamente de apariencia normal, pesa 0.9 gramos y mide 1.5 x 1 cm.

Tracto respiratorio: Laringe de configuración normal sin lesiones aparentes, cuerdas vocales normales. El pulmón derecho pesa 4.3 gramos y mide 3 x 2.6 x 1.5 cm, el izquierdo pesa 3.2 gramos y mide 3 x 2 x 1.5 cm. Sólidos, superficie lisa violácea brillante, no hay hemorragias subpleurales ni intraparenquimatosas. El pulmón izquierdo presenta 2 lóbulos y el derecho presenta 3 lóbulos. Docimasia negativa.

Corazón: pesa 2.4 gramos y mide 2 x 1.5 cm, presenta 4 cavidades, no se identifica el agujero oval, espesor del tabique interventricular de 0.2 cm, no hay comunicación interventricular ni transposición de grandes vasos, la implantación de los anillos valvulares es adecuada. Pericardio de morfología usual con escaso líquido transparente. Aorta elástica sin lesiones.

Diafragma integro sin evidencia de hernias diafragmáticas.

Tracto gastrointestinal: Esófago, estómago, intestino delgado y grueso sin malformaciones. Estómago de 0.5 cm de longitud por la curvatura menor y 2 cm por la curvatura mayor, con escaso contenido mucoso claro, no se observan alteraciones macroscópicas. El páncreas mide 1.3 x 0.3 cm y pesa 0.3 gramos, macroscópicamente sin alteraciones. Intestino delgado de 74 cms de longitud y 0.3 cm de diámetro. Longitud del intestino grueso de 19 cm y 0.7 cm de diámetro, sin dilataciones ni lesiones. Apéndice adherido de 1 x 0.2 cm.

Hígado mide 4 x 3.3 x 2 cms y peso 14.8 gramos, superficie lisa color marrón, al corte es homogéneo, sin lesiones. Vesícula biliar de 1.5 x 0.5 cm con serosa color café de aspecto normal, vacía al corte.

Bazo: pesa 0.4 gramos y mide 1.5 x 1 x 0.6 cm, superficie externa lisa color marrón. Al corte congestivo.

Tracto urinario: riñón derecho de 1.3 gramos, mide 2 x 1 cms, izquierdo de 1.4 gramos, mide 2 x 1 cms. Ambos con lobulaciones fetales, decapsulan con facilidad y presentan diferenciación cortico medular. Uréteres sin dilataciones e implantación adecuada, uno por cada riñón. Vejiga de 0.6 gramos y mide 2 x 1 cm, macroscópicamente normal.

Aparato Genital: Genitales externos e internos masculinos normoconfigurados. Testículos localizados en la cavidad pélvica, miden 0.8 x 0.2 cm, sin lesiones aparentes. Próstata de 0.8 x 0.8 cm sin lesiones macroscópicas aparentes. Pene sin alteraciones.

Glándulas suprarrenales: cada una pesa 0.4 gramos y mide 1 x 1 cm. Sin lesiones macroscópicas.

Órgano / Peso encontrado / Peso esperado para 20 semanas de gestación

Encéfalo: --- / 45.7 ± 8.9 gr

Timo: 0.9 gr / 0.54 ± 0.23 gr

Pulmones total: 7.5 gr / 8.84 ± 2.8 gr

Corazón: 2.4 gr / 2.41 ± 0.59 gr
Hígado: 14.8 gr / 16.5 ± 4.0 gr
Bazo: 0.4 gr / 0.41 ± 0.18 gr
Páncreas: 0.3 gr / 0.50 ± 0.14
Riñones total: 2.7 gr / 3.00 ± 0.81 gr
Suprarrenales: 0.8 gr / 1.29 ± 0.41 gr

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:

Cerebro: tejido inmaduro e hiper celular sin organización laminar de la corteza. No se identifica hemorragia, necrosis ni células inflamatorias.

Timo: Histológicamente se observa arquitectura normal con presencia de cuerpos de Hassal en la médula.

Pulmones: A la evaluación microscópica ambos pulmones presentan fase de maduración canalicular y sacular. No hay signos de edema pulmonar, hemorragia ni se evidencia infiltrado inflamatorio.

Corazón: A la evaluación microscópica se observa muy celular, lo cual es normal para la edad gestacional, no hay infiltrado inflamatorio ni hemorragias.

Tracto gastrointestinal: Microscópicamente esófago, estómago e intestinos histológicamente inmaduros, pero se definen adecuadamente las diferentes capas histológicas. Hay presencia de células ganglionares.

Hígado: inmaduro, hemorrágico y congestivo. Trabéculas conformadas por 2 a 3 hepatocitos. Se identifican las triadas portales y presencia de eritropoyesis extramedular.

Páncreas: se identifica páncreas exocrino con arquitectura conservada, el cual esta conformado por acinos serosos. No se identifican islotes de Langerhans en esta muestra.

Bazo: A la evaluación microscópica es inmaduro con representación de ambas pulpas, hay predominio de la pulpa roja.

Tracto urinario: Microscópicamente riñones de aspecto inmaduro, se conserva la histoarquitectura. Glomérulos congestivos. Vejiga con capa muscular conservada y urotelio sin alteraciones. Suprarrenales inmaduras, congestivas y hemorrágicas en la médula.

Aparato Genital: los testículos y la próstata no quedaron representados en los cortes histológicos.

Tiroides: No se obtuvo muestra representativa para análisis microscópico.

Placenta, membranas amnióticas y cordón: Microscópicamente placenta con vellosidades coriónicas pequeñas y medianas con escasos nudos sincitiales. Se observa depósito de fibrina y hemorragia intervellosa. Las vellosidades coriónicas presentan vasos dilatados y congestivos. Hacia la periferia se observa infiltrado inflamatorio polimorfonuclear neutrófilo sin evidencia de microorganismos. No hay trombos ni calcificaciones. Membranas amnióticas de histología normal con presencia de fibrina y numerosas células inflamatorias de predominio polimorfonuclear neutrófilo. No se identifican microorganismos con esta coloración. Cordón con una vena y dos arterias de morfología usual, no hemorragia, trombos ni infiltrado inflamatorio. Gelatina de wharton normal.

CORRELACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA Y CAUSA DE MUERTE:

Se trata de un feto de 20 + 4 semanas de gestación por ecografía temprana, hijo de una madre de 25 años sin factores de riesgo descritos. Al examen anatomopatológico se identifica feto masculino sin malformaciones externas ni internas, medidas antropométricas en general normales para la edad gestacional y evaluación histológica con inmadurez en todos sus órganos y tejidos, lo cual es acorde con la edad gestacional. Placenta y membranas ovulares con hallazgos patológicos de un proceso inflamatorio agudo y hemorragia intervellosa. No hay hallazgos sugestivos de insuficiencia placentaria.

BIBLIOGRAFÍA:

- Andrew J. Connolly MD, Walter E. Finkbeiner MD, Philip C. Ursell MD, Richard L. Davis MD. Autopsy Pathology a manual and atlas. Chapter Measures, Weights, and Assessment of Growth and Development. Appendix B, 356-381.
- Carol B. Benson, Peter M. Doubilet. Diagnostic ultrasound, Fetal Measurements: Normal and Abnormal Fetal Growth and Assessment of Fetal Well-Being. 5 edition, Chapter 42
- Saulo Molina, Diana A. Alfonso. Muerte fetal anteparto: ¿ es una condición prevenible?. Univ. del Rosario. Bogotá (Colombia), 51 (1): 59-73, enero-marzo, 2010
- D. Kidron, J. Bernheim, R. Aviram. Placental findings contributing to fetal death, a study of 120 stillbirths between 23 and 40 weeks gestation. Placenta volumen 30 número 8 páginas 700 – 704.
- Aspillaga M. Estudio anatómico-clínico de las causas de muerte fetal. 2005.

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA:

EDAD GESTACIONAL DE 20+4 SEMANAS POR ECOGRAFIA.
PESO, TALLA Y ORGANOGÉNESIS ADECUADA PARA LA EDAD GESTACIONAL.
NO SE IDENTIFICAN MALFORMACIONES EXTERNAS NI INTERNAS.
OBITO FETAL TEMPRANO.
CORIOAMNIONITIS Y VILLITIS AGUDA.
HEMORRAGIA INTERVELLOSA.

PATÓLOGO RESPONSABLE: LEIBY ALEJANDRA MEDINA ZULUAICA. REG. 05-0816