

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ

Fecha de Nacimiento: 07/18/1991

Edad: 27 Años - Sexo: Femenino

Teléfono Residencia: 0

Aseguradora: Salud Total EPS

Contrato: 88257500 (Documento: CC 1082938135)

Dirección Residencia: MZ 25 CA 18 URB EL CISNE

Ciudad Residencia: Santa marta

Tipo de Vinculación: REGIMEN CONTRIBUTIVO

Consulta del lunes 8 de mayo de 2017 04:21 PM en UME AVENIDA LIBERTADOR

Nombre del Profesional: ANGELICA PATRICIA PALACIO POLO - MEDICINA GENERAL (Registro No. 52993772)

Número de Autorización: 01516-1752372288

Tipo de Consulta: CONSULTA EXTERNA OBSTETRICIA

Identificación**Datos de la Consulta**

Fecha de la Consulta: 05/08/2017 16:21:00

Tipo de Consulta: De Control

Datos Complementarios**Datos del Paciente**

Edad: 25 Raza: Blanco Condición Usuaría: Embarazo Tercer Trimestre

Alfabeta: Si

Estudios: Secundaria Años de Mayor Nivel: 11 Religión: Ninguna

Estado Civil: Casado Ocupación: SECRETARIA(O)/ ASISTENTE / AUXILIAR

Correo electrónico: @

Responsable del Usuario

Nombre: Danilo Martinez.

Parentesco: Esposo(a)

Teléfono: 3165170094

Acompañante

Nombre: DANILO MARTINEZ

Teléfono: 3165170094

Anamnesis**Anamnesis**

Motivo de Consulta: "CONTROL PRENATAL"

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 25 AÑOS, EN COMPAÑIA DE DANILO MARTINEZ, G2P1V1, PERIODO INTERGENESICO DE 3 AÑOS, 0+, CON EMB DE 29.6 SEM X FUR Y 29.4 SEM X ECO I TRIM, PACIENTE QUIEN REFIERE SENTIRSE BIEN, NO DOLOR PELVICO, NO SALIDA DE LIQUIDO, NO SANGRADO, NO CEFALEA, NO OTRA SINTOMATOLOGIA. REFIERE ADECUADA INGESTA DE MICRONUTRIENTES.

Revisión Por Sistemas

Organos de los Sentidos : No Refiere

Cardiopulmonar: No Refiere

Gastrointestinal: No Refiere

Genitourinario: NO SINTOMAS URINARIOS.

Muscular: No Refiere

Neurológico: NO SINTOMAS VASOMOTORES.

Endocrino: No Refiere

Linfoinmunoematopoyético : No Refiere

Vascular Periférico : No Refiere

Piel y Faneras: No Refiere

Mental: No Refiere

Antecedentes**Antecedentes Personales**

Refiere Nuevos: Si

Patológicos: MIGRAÑA .. CAUTERIZACION POR HPV EN EL 2012. Dispareunia en control cn Go , ayer 18 de agosto se ordeno Colposcopia .control
.../ Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Hospitalarios: POR QUIRURGICO .../ Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Tóxicos: NIEGA/ Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Alérgicos: NIEGA . NO refiere a la fecha/ Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Farmacológicos: MULTIVITAMINICOS DEL EMBARAZO/ Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Ocupacionales: AUXILIAR CONTABLE/ Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Venereos: HPV SEP 2012.../ Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Quirúrgicos: APENDICECTOMIA/ Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Transfusionales: NIEGA Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Traumáticos: NIEGA ... Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Perinatales: NO SABE ... Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Sicosociales: CONVIVE CON SU ESPOSO HIJO BUENAS RELACIONES VBARRIO CISNE CUENTA CON SERVICIOS BASICOS.../ Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Alimentarios: DIETA CORRIENTE ... Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Inmunológicos: COMPLETOS Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Alergias

Causa de Alergia:



Antecedentes Familiares

Padre: PRIMAS Y TIA PREECLAMSA Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Hermanos: NIEGA .. Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Ginecología

Menarquia: 12

Citología

FUC: 03/12/2015

Calidad de la Muestra: Satisfactoria

Resultado CCV

Infección:

Otra

Observaciones:

flora mixta

Resultado Ultima:

Anormal

Cel Endometriales en > de 40 a

Colposcopia: No

Biopsia: Si Resultado Biopsia: CERCICITIS CRONICA SIN EVIDENCIA DE ENDOCERVIX NI ZONA DE TRANSFORMACION

Ciclos

Frecuencia: 25

Duración: 5

Ciclo: Regulares

Gestación Actual

Edad Gestacional : 29.9

FPP: 07/18/2017 00:00:00

FUR: 10/11/2016

FUP: 10/20/2013

Sem x Eco: 26

Fecha Eco: 11/22/2016

Autoexamen de Seno: Si

Periodo Intergenesico: 37.5

Fracaso Anticonceptivo: No Usaba

Obstétricos

Gestaciones:	Partos:	Cesareas:	Abortos:	Vaginales:	Vivos:	Mortinatos:	Viven:	Muertos + 1a sem:	Muertos 1a sem:
1	1	0	0	1	1	0	1	0	0

CLAP

Antecedentes Sociodemográficos

IMC Mayor de 30 o menor de 20: No

Alcoholismo: No

Ansiedad Severa: No

Gestante menor de 16 o mayor de 40: No

Drogadicción: No

Embarazo Planeado: Si

Soltera : No

Tabaquismo: No

Soporte Social Familiar Inadecuado: No

RIESGO SOCIODEMOGRAFICO : No

Nivel Socioeconómico Bajo: No

Riesgo Laboral Ocupacional: No

Analfabeta: No

Antecedentes Reproductivos

Paridad: 1

Remoción Manual Placenta: No

Macrosomia Fetal: No

Hijo Alt. congénitas: No

Abortos : 0

Hemorragia Post parto: No

RCIU: No

Hijo lesión Neurológica: No

Cesáreas : 0

Antecedente Cirugía uterina : No

Bajo Peso al Nacer: No

Muerte Perinatal: No

Tratamiento de Esterilidad: No

Preeclampsia: No

Trabajo Parto Difícil: No

Parto Pretérmino: No

Antecedentes Patológicos Perso

HTA: No

Enfermedades Hematológicas: No

Trombofilias: No

Endocrinopatías: No

Cardiopatía: No

Enf. Neurológicas: No

VIH: No

Enf. Resp. Crónica: No

Enfermedad Renal: No

Insuficiencia Hepática: No

Tuberculosis: No

Enf. Psiquiátricas: No

Diabetes : No

Enf. Autoinmunes: No

ETS: Si

Patología Grave : No

Gestación Actual

Tumoración Uterina: No

Hipertensión Gestacional: No

Polihidramnios: No

Cervix Corto: No

Amenaza de Parto Pretérmino:

Hemorragia Uterina <20 sem:

Diabetes Gestacional: No

Oligohidramnios: No

No presenta

No ha presentado

Hemorragia Uterina >20 sem:

Infección Urinaria a Repetición: No

Placenta Previa : No

Anemia: No

No presenta

Infección Trans.Perinatal: No

RCIU: No

Patología Grave: No

Alteraciones Congénitas: No

Isoinmunización: No

Estática Fetal Anormal >36 S: No

Embarazo Post Término: No

Embarazo Multiple: No

Alteraciones ecográficas: No

Ruptura Prematura de Membranas: No

EG Confiable Por:

Antitétánica 1era Dosis:

Antirubeola:

SaludTotal

Gestación Actual

FUR y Eco < 20 sem

No Vacunada

No

Curvas de peso y altura uterin

Peso materno pre Conceptional:	Curva Altura Uterina:	Curva Incremento Peso Materno:	Curva IMC/EG:
61	Entre Percentil 10 y 90	Entre Percentil 25 y 90	IMC adecuado para la EG

Laboratorios Clap

Bacteriuria: No Se Hizo Glicemia: Si Resultado de Glicemia: 82 Test O Sullivan: Negativo

Resultado Toxoplasma IgG: Pendiente Resultado

VDRL Primer Trimestre: Pendiente Resultado VDRL Segundo Trimestre: No Reactivo VDRL Tercer Trimestre: No se Realizó

Resultado de HBAGs: Pendiente Resultado

Elisa VIH 1: Elisa VIH 2: Resultado de W.B. 2:

Negativo No se Realizó No se realizó

Grupo Sanguineo: O

Factor RH: Positivo

Ecografías

Ecografía 1º Trim.: 22/11/2016 embarazo de 5 semanas se sugiere seguimiento para evaluar desarrollo embrionario. hoy 6.6 semanas (12/01/16)
 ECOGRAFIA 21/12/16: EMBRION UNICO CON FETOCARDIA POSITIVA, EMB DE 9.6 SEM

Ecografía 2º Trim.: 28/03/17: EMB DE 24.5 SEM, CEFALICO, PESO: 773GR, FCF: 148XMIN, PLACENTA ANTERIOR G0/III, LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL.

Señales de Alarma

Edema Uterino Antes Sem 36: No	Cefalea: No	Disminución o Ausencia de Movs: No	Disuria de Ardor: No
Edemas Matulinos : No	Emesis a Repetición: No	Epigastrálgia: No	Escotomas: No
Fosfenos: No	Incremento de dos o mas Kg Sem: No	Leucorrea : No	Salida de Liquido Vaginal: No
Sangrado Vaginal: No	Tinitus: No		

CATEGORIZACION DEL RIESGO: ALTO

Justificación Riesgo Materno Fetal: INGRESO PRIMER TRIMESTRE PERIODO INTERGENESICO DE 3 AÑOS PARTO VAGINAL ANTECEDENTE DE VPH CAUTERIZADA, ABUELA MATERNA DM, PREECLAMPSIA DOS PRIMAS Y UNA TIA POR PARTE DE SU PADRE. INICIAR ASA DESDE LAS 12 SEMANAS Y AUMENTO DE CALCIO

Examen Físico

Signos Vitales

Talla:	UMT:	Peso:	UMP:	Temp:	TAS:	TAD:	TAM:	FC:	FR:	IMC (Talla en cm):
1.68	Mts		Kg	36	110	70	83	75	18	258645
73										Peso Ideal para Talla-Mujer Baja: 142.2

Incremento peso materno: 12

Gestante

Movimientos Fetales: Si
 Presentación: Cefálica Situación: Longitudinal
 Altura Uterina: 27
 No de Fetos: 1 FCF 1: 142

Examen Físico

Estado General: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, MUCOSA ORAL HUMEDA, ROSADA.

EF Organos de los Sentidos: Sin alteraciones

EF Cardiopulmonar: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS. RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS, SIN AGREGADOS.

EF Gastrointestinal: GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO, NO DINAMICA UTERINA, MOVIMEINTOS FETALES PRESENTES, AU: 27CM, FETO UNICO VIVO, LONGITUDINAL, DORSO IZQUIERDO, CEFALICO, FCF: 142XMIN.

EF Genitourinario: CERVIX POSTERIOR, LARGO, CERRADO.

EF Osteomuscular: NO EDEMAS.

EF Neurológico: SIN DEFICIT MOTOR, NI SENSITIVO.

EF Endocrino: Sin alteraciones

EF Linfoinmunoematopoyético: Sin alteraciones

EF Vascular Periférico: Sin alteraciones

EF Piel y Faneras: Sin alteraciones

Análisis y Manejo

Análisis y Manejo

Análisis y Plan de Manejo: PACIENTE DE 25 AÑOS, CON EMBARAZO 29.6 SEM X FUR Y 29.4 SEM X ECO I TRIM, EMBARAZO DE ALTO RIESGO POR . ACTUALMENTE PACIENTE ASINTOMATICA, AUMENTO PROGRESIVO DE PESO, SE INDICA ALIMENTACION SALUDABLE. CITA CONTROL DENTRO DE UN MES. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, SI DOLOR, SI SANGRADO, SI SALIDA DE LIQUIDO, SI NO MOVIMIENTOS FETALES DEBE CONSULTAR POR URGENCIAS DE FORMA INMEDIATA.

Finalidad Consulta: DETECCION DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO

Causa Externa: Enfermedad General

Tipo Discapacidad: NINGUNA

Grado Discapacidad: NO APLICA

Reporte RAM a Medicamento: No

Dias de Incapacidad: 0

Rep Probl Asoc a Dispositivo: No

Recomendaciones: FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES, SE INDICA ASISTIR A CONSULTA ACOMPAÑADA POR COMPAÑERO O FAMILIAR, SE DAN MEDIDAS HIGIENICAS, ALIMENTACION SALUDABLE, FRUTAS, VEGETAL ES, PROTEINAS DISMINUIR

465

SaludTotal

Análisis y Manejo

LABORATORIOS QUE SE ORDENEN EN CONSULTAS, IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION DEL FETO, PREPARACION PARA LA LACTANCIA MATERNA, PREVENCION PARA AUTOMEDICACION, RECOMENDACIONES DE NO CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. ASISTENCIA A CURSO DE PREPARACION PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD RESPONSABLE. SE DAN SIGNOS DE ALARMA SI PRESENTA CEFALEA, FOSFENOS, TINNITUS, EDEMA, VERTIGO, DOLOR EN EPIGASTRIO, SINTOMAS URINARIOS, SANGRADO VAGINAL, SALIDA DE LIQUIDO POR VAGINA, FIEBRE, DOLOR BAJITO, CONTRACCIONES, DISMINUCION O AUSENCIA DE MOVIMEITNOS FETALES. CONSULTAR A URGENCIAS.

Formulación NO POS en Línea

?Formulo tecnología NO POS en línea?: No

No. de Prescripción:

DIAGNOSTICO: (Z34) SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL

Tipo de Dx: IMPRESION DIAGNOSTICA - DX

Clase de Dx: INICIAL (CONSULTA)

CONDUCTAS:

1. REMISION

- 1. Tipo de Consulta: Consulta externa OBSTETRICIA CONTROL

ANGELICA PATRICIA PALACIO POLO

MEDICINA GENERAL

Tipo de Identificación: Cedula de Ciudadania

Numero de Identificación: 57993772

Registro Profesional: 52993772

Código Institucional: 8482000057

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ

Fecha de Nacimiento: 07/18/1991

Edad: 27 Años - Sexo: Femenino

Teléfono Residencia: 0

Aseguradora: Salud Total EPS

Contrato: 88257500 (Documento: CC 1082938135)

Dirección Residencia: MZ 25 CA 18 URB EL CISNE

Ciudad Residencia: Santa Marta

Tipo de Vinculación: REGIMEN CONTRIBUTIVO

Consulta del lunes 8 de mayo de 2017 04:21 PM en UME AVENIDA LIBERTADOR

Nombre del Profesional: ANGELICA PATRICIA PALACIO POLO - MEDICINA GENERAL (Registro No. 52993772)

Número de Autorización: 01516-1752372288

Tipo de Consulta: CONSULTA EXTERNA OBSTETRICIA

Identificación**Datos de la Consulta**

Fecha de la Consulta: 05/08/2017 16:21:00

Tipo de Consulta: De Control

Datos Complementarios**Datos del Paciente**

Edad: 25 Raza: Blanco Condición Usuaría: Embarazo Tercer Trimestre

Alfabeta: Si

Estudios: Secundaria Años de Mayor Nivel: 11 Religión: Ninguna

Estado Civil: Casado Ocupación: SECRETARIA(O)/ ASISTENTE / AUXILIAR

Correo electrónico: @

Responsable del Usuario

Nombre: Danilo Martínez

Parentesco: Esposo(a)

Teléfono: 3165170094

Acompañante

Nombre: DANILO MARTINEZ

Teléfono: 3165170094

Anamnesis**Anamnesis**

Motivo de Consulta: "CONTROL PRENATAL"

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 25 AÑOS, EN COMPAÑIA DE DANILO MARTINEZ, G2P1V1, PERIODO INTERGENESICO DE 3 AÑOS, O+, CON EMB DE 29.6 SEM X FUR Y 29.4 SEM X ECO I TRIM. PACIENTE QUIEN REFIERE SENTIRSE BIEN, NO DOLOR PELVICO, NO SALIDA DE LIQUIDO, NO SANGRADO, NO CEFALEA, NO OTRA SINTOMATOLOGIA. REFIERE ADECUADA INGESTA DE MICRONUTRIENTES.

Revisión Por Sistemas

Organos de los Sentidos: No Refiere

Cardiopulmonar: No Refiere

Gastrointestinal: No Refiere

Genitourinario: NO SINTOMAS URINARIOS.

Osteomuscular: No Refiere

Neurológico: NO SINTOMAS VASOMOTORES.

Endocrino: No Refiere

Linfoinmunoematopoyético: No Refiere

Vascular Periférico: No Refiere

Piel y Faneras: No Refiere

Mental: No Refiere

Antecedentes**Antecedentes Personales**

Refiere Nuevos: Si

Patológicos: MIGRAÑA ... CAUTERIZACION POR HPV EN EL 2012. Dispareunia en control cn Go . ayer 18 de agosto se ordeno Colposcopia control ... / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Hospitalarios: POR QUIRURGICO ... / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Tóxicos: NIEGA ... / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Alérgicos: NIEGA . NO refiere a la fecha ... / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Farmacológicos: MULTIVITAMINICOS DEL EMBARAZO ... / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Ocupacionales: AUXILIAR CONTABLE ... / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Venereos: HPV SEP 2012 ... / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Quirúrgicos: APENDICECTOMIA ... / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Transfusionales: NIEGA ... Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Traumáticos: NIEGA ... Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Perinatales: NO SABE ... Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Sicosociales: CONVIVE CON SU ESPOSO HIJO BUENAS RELACIONES VBARRIO CISNE CUENTA CON SERVICIOS BASICOS ... / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Alimentarios: DIETA CORRIENTE ... Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Inmunológicos: COMPLETOS ... Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Alergias

Causa de Alergia:

Ninguna

Antecedentes Familiares

Madre: diabetes mellitus (abuela) ... Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)



Antecedentes Familiares

Padre: PRIMAS Y TIA PREECLAMIA Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)
Hermanos: NIEGA Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Ginecología

Menarquia: 12

Citología

FUC: 03/12/2015

Calidad de la Muestra: Satisfactoria

Resultado CCV

Infección:

Otra

Observaciones:

flora mixta

Resultado Ultima:

Anormal

Cel Endometriales en > de 40 a

Colposcopia: No

Biopsia: Si

Resultado Biopsia: CERCICITIS CRÓNICA SIN EVIDENCIA DE ENDOCERVIX NI ZONA DE TRANSFORMACION

Ciclos

Frecuencia: 25

Duración: 5

Tipo Ciclo: Regulares

Gestación Actual

Edad Gestacional: 29.9

FPP: 07/18/2017 00:00:00

FUR: 10/11/2016

FUP: 10/20/2013

Sem x Eco: 26

Fecha Eco: 11/22/2016

Autoexamen de Seno: Si

Periodo Intergenesico: 37.5

Fracaso Anticonceptivo: No Usaba

Obstétricos

Gestaciones	Partos:	Cesareas:	Abortos:	Vaginales:	Vivos:	Mortinatos	Viven:	Muertos + 1a sem:	Muertos 1a sem:
1	1	0	0	1	1	0	1	0	0

CLAP

Antecedentes Sociodemográficos

IMC Mayor de 30 o menor de 20: No Alcoholismo: No Ansiedad Severa: No
Edad Gestante menor de 16 o mayor de 40: No Drogadicción: No Embarazo Planeado: Si
Soltera: No Tabaquismo: No Soporte Social Familiar Inadecuado: No
RIESGO SOCIODEMOGRAFICO: No

Nivel Socioeconómico Bajo: No

Riesgo Laboral Ocupacional: No Analfabeta: No

Antecedentes Reproductivos

Paridad: 1 Remoción Manual Placenta: No Macrosomía Fetal: No Hijo Alt congénitas: No
Abortos: 0 Hemorragia Post parto: No RCIU: No Hijo lesión Neurológica: No
Cesáreas: 0 Antecedente Cirugía uterina: No Bajo Peso al Nacer: No Muerte Perinatal: No
Tratamiento de Esterilidad: No Preeclampsia: No Trabajo Parto Difícil: No

Parto Pretérmino: No

Antecedentes Patológicos Perso

HTA: No Enfermedades Hematológicas: No Trombofilias: No Endocrinopatías: No
Cardiopatía: No Enf. Neurológicas: No VIH: No Enf. Resp. Crónica: No
Enfermedad Renal: No Insuficiencia Hepática: No Tuberculosis: No Enf. Psiquiátricas: No
Diabetes: No Enf. Autoinmunes: No ETS: Si Patología Grave: No

Gestación Actual

Tumoración Uterina: No

Hipertensión Gestacional: No Polihidramnios: No Cervix Corto: No

Amenaza de Parto Pretérmino: Hemorragia Uterina <20 sem:

Diabetes Gestacional: No Oligohidramnios: No

No presenta No ha presentado

Hemorragia Uterina >20 sem

Infección Urinaria a Repetición: No Placenta Previa: No Anemia: No

No presenta

Infección Trans.Perinatal: No RCIU: No Patología Grave: No Alteraciones Congénitas: No

Isoinmunización: No Estática Fetal Anormal >36 S: No Embarazo Post Término: No

Embarazo Múltiple: No Alteraciones ecográficas: No Ruptura Prematura de Membranas: No

EG Confiable Por:

Antitetánica 1era Dosis Antirubeola

Antitetánica 2a Dosis

No Vacunada

SaludTotal

Gestación Actual

FUR y Eco < 20 sem

No Vacunada

No

Curvas de peso y altura uterín

Peso materno pre Concepcional: 61 Curva Altura Uterina: Entre Percentil 10 y 90 Curva Incremento Peso Materno: Entre Percentil 25 y 90 Curva IMC/EG: IMC adecuado para la EG

Laboratorios Clap

Bacteriuria: No Se Hizo Glicemia: Si Resultado de Glicemia: 82 Test O Sullivan: Negativo

Resultado Toxoplasma IgG: Pendiente Resultado

VDRL Primer Trimestre: Pendiente Resultado VDRL Segundo Trimestre: No Reactivo VDRL Tercer Trimestre: No se Realizó

Resultado de HBAGs: Pendiente Resultado

Elisa VIH 1: Negativo Elisa VIH 2: No se Realizó Resultado de W.B. 2: No se realizó

Grupo Sanguíneo: O

Factor RH: Positivo

Ecografías

Ecografía 1º Trim.: 22/11/2016 embarazo de 5 semanas se sugiere seguimiento para evaluar desarrollo embrionario hoy 6.6 semanas (12/01/16) ECOGRAFIA 21/12/16: EMBRION UNICO CON FETOCARDIA POSITIVA. EMB DE 9.6 SEM

Ecografía 2º Trim.: 28/03/17: EMB DE 24.5 SEM. CEFALICO. PESO: 773GR. FCF: 148XMIN. PLACENTA ANTERIOR G0/III. LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL.

Señales de Alarma

Actividad Uterina Antes Sem 36: No Cefalea: No Disminución o Ausencia de Movs: No Disuria de Ardor: No

Edemas Matutinos: No Emesis a Repetición: No Epigastriálgia: No Escotomas: No

Fosfenos: No Incremento de dos o mas Kg Sem: No Leucorrea: No Salida de Liquido Vaginal: No

Sangrado Vaginal: No Tinitus: No

CATEGORIZACION DEL RIESGO: ALTO

Justificación Riesgo Materno Fetal: INGRESO PRIMER TRIMESTRE PERIODO INTERGENESICO DE 3 AÑOS PARTO VAGINAL ANTECEDENTE DE VPH CAUTERIZADA. ABUELA MATERNA DM, PREECLAMPSIA DOS PRIMAS Y UNA TIA POR PARTE DE SU PADRE INICIAR ASA DESDE LAS 12 SEMANAS Y AUMENTO DE CALCIO

Examen Físico

Signos Vitales

Talla: 1.68 Mts UMT: Peso: UMP: Kg Temp: 36 TAS: 110 TAD: 70 TAM: 83 FC: 75 FR: 18 IMC (Talla en cm): 25.8645
73 Peso Ideal para Talla-Mujer Baja: 142.2

Incremento peso materno: 12

Gestante

Movimientos Fetales: Si

Presentación: Cefálica Situación: Longitudinal

Altura Uterina: 27

No de Fetos: 1 FCF 1: 142

Examen Físico

Estado General: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, MUCOSA ORAL HUMEDA, ROSADA

EF Organos de los Sentidos: Sin alteraciones

EF Cardiopulmonar: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS. RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS, SIN AGREGADOS.

EF Gastrointestinal: GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO, NO DINAMICA UTERINA, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, AU: 27CM, FETO UNICO VIVO, LONGITUDINAL, DORSO IZQUIERDO, CEFALICO, FCF: 142XMIN.

EF Genitourinario: CERVIX POSTERIOR, LARGO, CERRADO.

EF Osteomuscular: NO EDEMAS.

EF Neurológico: SIN DEFICIT MOTOR, NI SENSITIVO.

EF Endocrino: Sin alteraciones

EF Linfoinmunoematopoyético: Sin alteraciones

EF Vascular Periférico: Sin alteraciones

EF Piel y Faneras: Sin alteraciones

Análisis y Manejo

Análisis y Manejo

Análisis y Plan de Manejo: PACIENTE DE 25 AÑOS, CON EMBARAZO 29.6 SEM X FUR Y 29.4 SEM X ECO I TRIM, EMBARAZO DE ALTO RIESGO POR, ACTUALMENTE PACIENTE ASINTOMATICA, AUMENTO PROGRESIVO DE PESO, SE INDICA ALIMENTACION SALUDABLE, CITA CONTROL DENTRO DE UN MES. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, SI DOLOR, SI SANGRADO, SI SALIDA DE LIQUIDO, SI NO MOVIMIENTOS FETALES DEBE CONSULTAR POR URGENCIAS DE FORMA INMEDIATA.

Finalidad Consulta: DETECCION DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO

Causa Externa: Enfermedad General

Tipo Discapacidad: NINGUNA Grado Discapacidad: NO APLICA Reporte RAM a Medicamento: No

Dias de Incapacidad: 0 Rep Probl Asoc a Dispositivo: No

Recomendaciones: FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES, SE INDICA ASISTIR A CONSULTA ACOMPAÑADA POR COMPAÑERO O FAMILIAR, SE DAN MEDIDAS HIGIENICAS, ALIMENTACION SALUDABLE, FRUTAS, VEGETALES, PROTEINAS, DISMINUIR DULCES, GASEOSAS Y COMIDAS RAPIDAS, ADECUADO SUEÑO, USAR ROPA COMODA, EJERCICIO, APOYO AFECTIVO, IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA A CONTROLES PRENATALES, LA REALIZACION DE LOS

SaludTotal

Análisis y Manejo

LABORATORIOS QUE SE ORDENEN EN CONSULTAS. IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION DEL FETO. PREPARACION PARA LA LACTANCIA MATERNA, PREVENCION PARA AUTOMEDICACION, RECOMENDACIONES DE NO CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. ASISTENCIA A CURSO DE PREPARACION PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD RESPONSABLE. SE DAN SIGNOS DE ALARMA SI PRESENTA CEFALEA, FOSFENOS, TINNITUS, EDEMA, VERTIGO, DOLOR EN EPIGASTRIO, SINTOMAS URINARIOS, SANGRADO VAGINAL, SALIDA DE LIQUIDO POR VAGINA, FIEBRE, DOLOR BAJITO, CONTRACCIONES, DISMINUCION O AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES. CONSULTAR A URGENCIAS.

Formulación NO POS en Linea

?Formulo tecnologia NO POS en linea?: No

No. de Prescripción:

DIAGNOSTICO: (Z34) SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL

Tipo de Dx: IMPRESION DIAGNOSTICA - DX

Clase de Dx: INICIAL (CONSULTA)

CONDUCTAS:

1 REMISION

1. Tipo de Consulta: Consulta externa OBSTETRICIA CONTROL

ANGELICA PATRICIA PALACIO POLO

MEDICINA GENERAL

Tipo de Identificación: Cedula de Ciudadania

Numero de Identificación: 57993772

Registro Profesional: 52993772

Código Institucional: 8482000057

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ

Fecha de Nacimiento: 07/18/1991

Edad: 27 Años - Sexo: Femenino

Teléfono Residencia: 0

Aseguradora: Salud Total EPS

Contrato: 88257500 (Documento: CC 1082938135)

Dirección Residencia: MZ 25 CA 18 URB EL CISNE

Ciudad Residencia: Santa Marta

Tipo de Vinculación: REGIMEN CONTRIBUTIVO

Consulta del jueves 8 de junio de 2017 05:26 PM en UME AVENIDA LIBERTADOR

Nombre del Profesional: ANGELICA PATRICIA PALACIO POLO - MEDICINA GENERAL (Registro No. 52993772)

Número de Autorización: 01516-1753638768

Tipo de Consulta: CONSULTA EXTERNA OBSTETRICIA CONTROL

Identificación**Datos de la Consulta**

Fecha de la Consulta: 06/08/2017 17:26:00

Tipo de Consulta: De Control

Datos Complementarios**Datos del Paciente**

Edad: 25 Raza: Blanco Condición Usuaría: Embarazo Tercer Trimestre

Alfabeta: Si

Estudios: Secundaria Años de Mayor Nivel: 11 Religión: Ninguna

Estado Civil: Casado Ocupación: SECRETARIA(O)/ ASISTENTE / AUXILIAR

Correo electrónico: @

Responsable del Usuario

Nombre: Danilo Martinez.

Parentesco: Esposo(a)

Teléfono: 3165170094

Acompañante

Nombre: SOLA

Teléfono: 0

Anamnesis**Anamnesis**

Motivo de Consulta: "CONTROL PRENATAL"

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 25 AÑOS, SIN ACOMPAÑANTE ADULTO, G2P1V1, PERIODO INTERGENESICO DE 3 AÑOS, O+ CON EMB DE 34.2 SEM X FUR Y 34 SEM X ECO I TRIM, PACIENTE QUIEN REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR PELVICO PERMANENTE, IRRADIADO A REGION LUMBAR, NO SALIDA DE LIQUIDO, NO SANGRADO, NO CEFALEA, NO OTRA SINTOMATOLOGIA, REFIERE ADECUADA INGESTA DE MICRONUTRIENTES. PACIENTE QUIEN ESTUVO HOSPITALIZADA POR AMENAZA DE PARTO PRETERMINO CON EGRESO EL 01/06/17, MADURACION PULMONAR, UTEROINHIBICION, ECOGRAFIAS OBSTETRICAS Y PERFIL BIOFISICO NORMAL, CERVICOMETRIA 40MM NORMAL, ACTUALMENTE EN MANEJO MEDICO ANALGESICO.

Revisión Por Sistemas

Organos de los Sentidos: No Refiere

Cardiopulmonar: No Refiere

Gastrointestinal: No Refiere

Genitourinario: NO SINTOMAS URINARIOS

Osteomuscular: No Refiere

Neurológico: NO SINTOMAS VASOMOTORES

Endocrino: No Refiere

Linfoinmunoematopoyético: No Refiere

Vascular Periférico: No Refiere

Piel y Faneras: No Refiere

Mental: No Refiere

Antecedentes**Antecedentes Personales**

Refiere Nuevos: Si

Patológicos: MIGRAÑA ... CAUTERIZACION POR HPV EN EL 2012. Dispareunia en control en Go . ayer 18 de agosto se ordeno Colposcopia .control ... / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Hospitalarios: POR QUIRURGICO ... / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Tóxicos: NIEGA ... / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Alérgicos: NIEGA . NO refiere a la fecha ... / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Farmacológicos: MULTIVITAMINICOS DEL EMBARAZO ... / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Ocupacionales: AUXILIAR CONTABLE ... / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Venereos: HPV SEP 2012... / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Quirúrgicos: APENDICECTOMIA ... / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Transfusionales: NIEGA ... Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Traumáticos: NIEGA ... Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Pennatales: NO SABE ... Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Sicosociales: CONVIVE CON SU ESPOSO HIJO BUENAS RELACIONES VBARRIO CISNE CUENTA CON SERVICIOS BASICOS. / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Alimentarios: DIETA CORRIENTE ... Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Inmunológicos: COMPLETOS ... Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Alergias

Causa de Alergia:

SaludTotal

Alergias

Ninguna

Antecedentes Familiares

Madre: diabetes mellitus (abuela) . Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Padre: PRIMAS Y TIA PREECLAMISIA Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Hermanos: NIEGA . Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Ginecología

Menarquia: 12

Citología

FUC: 03/12/2015

Calidad de la Muestra:

Satisfactoria

Resultado CCV

Infección:

Otra

Observaciones:

flora mixta

Resultado Ultima:

Anormal

Cel Endometriales en > de 40 a

Colposcopia: No

Biopsia: Si

Resultado Biopsia:

CERCICITIS CRONICA SIN EVIDENCIA DE ENDOCERVIX NI ZONA DE TRANSFORMACION

Ciclos

Frecuencia:

25

Duración

5

Tipo Ciclo:

Regulares

Gestación Actual

Edad Gestacional:

34.3

FPP:

07/18/2017 00:00:00

FUR: 10/11/2016

FUP: 10/20/2013

Sem x Eco: 26

Fecha Eco: 11/22/2016

Autoexamen de Seno: Si

Periodo Intergenésico: 37.5

Fracaso Anticonceptivo: No Usaba

Obstétricos

Gestaciones:	Partos:	Cesareas:	Abortos:	Vaginales:	Vivos:	Mortinatos:	Viven:	Muertos + 1a sem:	Muertos 1a sem:
1	1	0	0	1	1	0	1	0	0

CLAP

Antecedentes Sociodemográficos

IMC Mayor de 30 o menor de 20: No

Alcoholismo: No

Ansiedad Severa: No

Edad Gestante menor de 16 o mayor de 40: No

Drogadicción: No

Embarazo Planeado: Si

Soltera: No

Tabaquismo: No

Soporte Social Familiar Inadecuado: No

RIESGO SOCIODEMOGRAFICO: No

Nivel Socioeconómico Bajo: No

Riesgo Laboral Ocupacional: No

Analfabeta: No

Antecedentes Reproductivos

Paridad: 1

Remoción Manual Placenta: No

Macrosomía Fetal: No

Hijo Alt. congénitas: No

Abortos: 0

Hemorragia Post parto: No

RCIU: No

Hijo lesión Neurológica: No

Cesáreas: 0

Antecedente Cirugía uterina: No

Bajo Peso al Nacer: No

Muerte Perinatal: No

Tratamiento de Esterilidad: No

Preeclampsia: No

Trabajo Parto Difícil: No

Parto Pretérmino: No

Antecedentes Patológicos Perso

HTA: No

Enfermedades Hematológicas: No

Trombofilias: No

Endocrinopatías: No

Cardiopatía: No

Enf. Neurológicas: No

VIH: No

Enf Resp. Crónica: No

Enfermedad Renal: No

Insuficiencia Hepática: No

Tuberculosis: No

Enf Psiquiátricas: No

Diabetes: No

Enf. Autoinmunes: No

ETS: Si

Patología Grave: No

Gestación Actual

Tumoración Uterina: No

Hipertensión Gestacional: No

Polihidramnios: No

Cervix Corto: No

Amenaza de Parto Pretérmino: No

Hemorragia Uterina <20 sem:

Diabetes Gestacional: No

Oligohidramnios: No

No presenta

No ha presentado

Hemorragia Uterina >20 sem:

Infección Urinaria a Repetición: No

Placenta Previa: No

Anemia: No

No presenta

Infección Trans.Pennatal: No

RCIU: No

Patología Grave: No

Alteraciones Congénitas: No

Isoinmunización: No

Estática Fetal Anormal >36 S: No

Embarazo Post Término: No

Embarazo Multiple: No

Alteraciones ecográficas: No

Ruptura Prematura de Membranas: No

EG Confiable Por:

SaludTotal

Gestación Actual

Antitétánica 1era Dosis:

Antirubeola:

Antitétánica 2a Dosis:

No Vacunada

FUR y Eco < 20 sem

No Vacunada

No

Curvas de peso y altura uterin

Peso materno pre Concepcional:

Curva Altura Uterina:

Curva Incremento Peso Materno:

Curva IMC/EG

61 Entre Percentil 10 y 90 Entre Percentil 25 y 90 IMC adecuado para la EG

Laboratorios Clap

Bacteriuria: No Se Hizo

Glicemia: Si

Resultado de Glicemia: 82

Test O Sullivan: Negativo

Resultado Toxoplasma IgG: Pendiente Resultado

VDRL Primer Trimestre: Pendiente Resultado

VDRL Segundo Trimestre: No Reactivo

VDRL Tercer Trimestre: No se Realizó

Resultado de HBAGs: Pendiente Resultado

Elisa VIH 1:

Elisa VIH 2:

Resultado de WB 2:

Negativo

No se Realizó

No se realizó

Grupo Sanguineo: O

Factor RH: Positivo

Ecografías

Ecografía 1º Trim.: 22/11/2016 embarazo de 5 semanas se sugiere seguimeitno para evaluar desarrollo embrionario. hoy 6.6 semanas (12/01/16)
ECOGRAFIA 21/12/16: EMBRION UNICO CON FETOCARDIA POSITIVA, EMB DE 9.6 SEM

Ecografía 2º Trim.: 28/03/17: EMB DE 24.5 SEM, CEFALICO, PESO: 773GR, FCF: 148XMIN, PLACENTA ANTERIOR G0/III, LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL.

Señales de Alarma

Actividad Uterina Antes Sem 36: No

Cefalea: No

Disminución o Ausencia de Movs: No

Disuria de Ardor: No

Edemas Matutinos: No

Emesis a Repetición: No

Epigastrálgia: No

Escotomas: No

Fosfenos: No

Incremento de dos o mas Kg Sem: No

Leucorrea: No

Salida de Liquido Vaginal: No

Sangrado Vaginal: No

Tinitus: No

CATEGORIZACION DEL RIESGO: BAJO

Justificación Riesgo Materno Fetal:

INGRESO PRIMER TRIMESTRE
PERIODO INTERGENESICO DE 3 AÑOS
PARTO VAGINAL
ANTECEDENTE DE VPH CAUTERIZADA, ABUELA MATERNA DM, PREECLAMIA DOS PRIMAS Y UNA TIA POR PARSTE DE SU PADRE.
INICIAR ASA DESDE LAS 12 SEMANAS Y AUMENTO DE CALCIO

Examen Físico

Signos Vitales

Talla	UMT	Peso:	UMP:	Temp:	TAS	TAD	TAM:	FC:	FR:	IMC (Talla en cm):
1.68	Mts		Kg	36	100	60	73	75	18	263960
74.5										Peso Ideal para Talla-Mujer Baja 143.7

Incremento peso materno: 13.5

Gestante

Movimientos Fetales: Si

Presentación: Cefálica

Situación: Longitudinal

Altura Uterina 30

No de Fetos 1

FCF 1: 152

Examen Físico

Estado General: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, MUCOSA ORAL HUMEDA, ROSADA.

EF Organos de los Sentidos: Sin alteraciones

EF Cardiopulmonar: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS. RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS, SIN AGREGADOS.

EF Gastrointestinal: GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO, NO DINAMICA UTERINA, MOVIMEINTOS FETALES PRESENTES, AU: 30CM, FETO UNICO VIVO, LONGITUDINAL, DORSO IZQUIERDO, CEFALICO, FCF: 152XMIN.

EF Genitourinario: NO SECRESIONES VAGINALES.

EF Osteomuscular: NO EDEMAS.

EF Neurológico: SIN DEFICIT MOTOR, NI SENSITIVO.

EF Endocrino: Sin alteraciones

EF Linfoinmunoematopoyético: Sin alteraciones

EF Vasculiar Periférico: Sin alteraciones

EF Piel y Faneras: Sin alteraciones

Análisis y Manejo

Análisis y Manejo

Análisis y Plan de Manejo: PACIENTE DE 25 AÑOS, CON EMBARAZO 34.2 SEM X FUR Y 34 SEM X ECO I TRIM, EMBARAZO DE BAJO RIESGO, ACTUALMENTE PACIENTE REFIERE DOLOR PELVICO OCASIONAL, SIN OTRO SINTOMA, SE INDICA MONITOREO FETAL, CITA CONTROL EN 15 DIAS.
SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, SI DOLOR, SI SANGRADO, SI SALIDA DE LIQUIDO, SI NO MOVIMIENTOS FETALES DEBE CONSULTAR POR URGENCIAS DE FORMA INMEDIATA.

Finalidad Consulta: DETECCION DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO

Causa Externa: Enfermedad General

Tipo Discapacidad: NINGUNA

Grado Discapacidad: NO APLICA

Reporte RAM a Medicamento: No

Dias de Incapacidad: 0

Rep Probl Asoc a Dispositivo: No

Recomendaciones:

SaludTotal^{mx}

Análisis y Manejo

FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES. SE INDICA ASISTIR A CONSULTA ACOMPAÑADA POR COMPAÑERO O FAMILIAR, SE DAN MEDIDAS HIGIENICAS, ALIMENTACION SALUDABLE, FRUTAS, VEGETALES, PROTEINAS. DISMINUIR DULCES, GASEOSAS Y COMIDAS RAPIDAS, ADECUADO SUEÑO, USAR ROPA COMODA, EJERCICIO, APOYO AFECTIVO, IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA A CONTROLES PRENATALES, LA REALIZACION DE LOS LABORATORIOS QUE SE ORDENEN EN CONSULTAS, IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION DEL FETO, PREPARACION PARA LA LACTANCIA MATERNA, PREVENCIÓN PARA AUTOMEDICACION, RECOMENDACIONES DE NO CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL, SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. ASISTENCIA A CURSO DE PREPARACION PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD RESPONSABLE. SE DAN SIGNOS DE ALARMA SI PRESENTA CEFALEA, FOSFENOS, TINNITUS, EDEMA, VERTIGO, DOLOR EN EPIGASTRIO, SINTOMAS URINARIOS, SANGRADO VAGINAL, SALIDA DE LIQUIDO POR VAGINA, FIEBRE, DOLOR BAJITO, CONTRACCIONES, DISMINUCION O AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES. CONSULTAR A URGENCIAS.

Formulación NO POS en Línea

?Formulo tecnología NO POS en línea?: No No. de Prescripción:

DIAGNOSTICO: (Z34) SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL

Tipo de Dx: IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA - DX

Clase de Dx: INICIAL (CONSULTA)

CONDUCTAS:

1. REMISION

1. Tipo de Consulta: Consulta externa OBSTETRICIA

2. ORDEN DE PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS

1. Procedimiento: (8970110000) Procedimiento No Quirúrgico MONITORIA FETAL ANTEPARTO

ANGELICA PATRICIA PALACIO POLO

MEDICINA GENERAL

Tipo de Identificación: Cedula de Ciudadania

Numero de Identificación: 57993772

Registro Profesional: 52993772

Código Institucional: 8482000057

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ

Fecha de Nacimiento: 07/18/1991

Edad: 27 Años - Sexo: Femenino

Teléfono Residencia: 0

Aseguradora: Salud Total EPS

Contrato: 88257500 (Documento: CC 1082938135)

Dirección Residencia: MZ 25 CA 18 URB EL CISNE

Ciudad Residencia: Santa marta

Tipo de Vinculación: REGIMEN CONTRIBUTIVO

Consulta del viernes 16 de junio de 2017 12:15 PM en UAB AVENIDA LIBERTADOR

Nombre del Profesional: LEINAD YAMILE MORAN MARIN - MEDICINA GENERAL (Registro No. 26671729)

Número de Autorización: 01518-1756743369

Tipo de Consulta: CONSULTA EXTERNA CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

Identificación

Datos de la Consulta

Fecha de la Consulta: 06/16/2017 12:15:00

Tipo de Consulta: De Control

Datos Complementarios

Datos del Paciente

Edad: 25 Raza: Blanco

Escolaridad: Universitaria

Condición Usuaría: No Embarazada

Estado Civil: Casado

Ocupación: SECRETARIA(O)/ ASISTENTE / AUXILIAR

Responsable del Usuario

Nombre: Danilo Martinez.

Parentesco: Espos(a)

Teléfono: 3165170094

Acompañante

Nombre: ASISTE SOLO

Teléfono: IDEM

Anamnesis

Anamnesis

Motivo de Consulta: " E QUEDADO CON MUCHO DOLOR "

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 25 AÑOS ACUSA HACE 7 DIAS LE REALIZARON CESAREA POR PARTO PRETERMINO (34 SEMANAS) NO APORTA HISTORIA CLINICA , ADCUE PRODUCTO VIVO PESO 2340 GRS , CONSULTA MANIFESTADO DOLOR TIPO COLICO ABDOMINAL EL CUAL MEJORA CON LA EXPULSION DE FLATUS , HABITO INTESTINAL 3 VECES DIA , CONSISTENCIA NORMAL . ADCUE TOMA DE IBUPROFENO 200 MG CDA 6 HRAS .

Sospecha Enfermedad Prof: No

Revisión Por Sistemas

Tos Mayor de 15 días: No Aplica

Sintomático de Piel: No Aplica

Organos de los Sentidos : No Refiere

Cardiopulmonar: No Refiere

Gastrointestinal: No Refiere

Genitourinario: LOQUIOS + NO FETIDOS .. NIEGA: PICOS FEBRILES , SINTOMAS URINARIOS .

Osteomuscular: No Refiere

Neurológico: No Refiere

Endocrino: No Refiere

Linfoinmunoematopoyético : No Refiere

Vascular Periférico : No Refiere

Piel y Faneras: No Refiere

Mental: No Refiere

Antecedentes

Alergias

Causa de Alergia:

Ninguna

Ant. farmacoterapéutico (SFT):

Antecedentes Personales

Refiere Nuevos: Si

Patológicos: MIGRAÑA .. CAUTERIZACION POR HPV EN EL 2012. Dispareunia en control cn Go , ayer 18 de agosto se ordeno Colonoscopia .control .
.. / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Hospitalarios: POR QUIRURGICO / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Tóxicos: NIEGA / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Alérgicos: NIEGA . NO refiere a la fecha / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Hipersensib. MC: Sin establecer

Farmacológicos: MULTIVITAMINICOS DEL EMBARAZO / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Ocupacionales: AUXILIAR CONTABLE / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Venereos: HPV SEP 2012... / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Quirúrgicos: APENDICECTOMIA / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

Transfusionales: NIEGA Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Traumáticos: NIEGA ... Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Perinatales: NO SABE ... Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)

Peso Neonatal: 2850

Sicosociales: CONVIVE CON SU ESPOSO HIJO BUENAS RELACIONES VBARRIO CISNE CUENTA CON SERVICIOS BASICOS. ... / Dr(a). Irina Pedrozo Aguas (12/01/2016 06:32:43)

SaludTotal

Antecedentes Personales

Alimentarios: DIETA CORRIENTE ... Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)
Inmunológicos: COMPLETOS Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)
Factores de Riesgo: No Interés en Salud : No

Planificación

Método de Planificación:
Planifica: Si Barrera

Antecedentes Familiares

Madre: diabetes mellitus (abuela) ... Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)
Padre: PRIMAS Y TIA PREECLAMSI A Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)
Hermanos: NIEGA .. Dr(a). Carmen Cecilia Borja Mosquera (11/18/2016 11:31:07)
Tabaquismo
Tabaquismo: No
Exp Pasiva a Tabaco: No

ENO

Dengue: No

Ginecología

Menarquia: Menarquia: Si 12
Ciclos
Frecuencia: 25
Duración: 5
Tipo Ciclo: Regulares

Citología

FUC: 03/12/2015
Calidad de la Muestra: Satisfactoria
Resultado CCV
Infección:
Otra
Observaciones:
flora mixta
Resultado Ultima:
Anormal

Fecha Prox. Citología:

03/12/2016

Cel Endometriales en > de 40 a

Colposcopia: No

Biopsia: Si

Resultado Biopsia: CERCICITIS CRONICA SIN EVIDENCIA DE ENDOCERVIX NI ZONA DE TRANSFORMACION

FUR: 10/11/2016

FUP: 10/20/2013

Mamografía

Fecha Ultima: 06/27/2016

Menopausia: No

Histerectomía: No

TRH: No

Obstétricos

Gestaciones:	Partos:	Vaginales:	Cesareas:	Abortos:	Ectópicos:	Mortinatos:	Vivos:	Viven:	Muertos 1a sem:	Muertos + 1a sem:
1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0

Examen Físico

Signos Vitales

Riesgo Cardiovascular: No

Talla:	UMT:	Peso:	UMP:	IMC:	TAS:	TAD:	TAM:	FC:	FR:	Temp:
1.68	Mts	72	Kg	25.5	110	70	83	77	17	36

Formulas Apoyo: No

Formulas

TFG

0

Plan de Estudio y Manejo :

Examen Físico

Estado General: BUENO

EF Organos de los Sentidos: MODERADA PALIDEZ CONJUNTIVAL , MUCOSA ORLA HUMEDA , CUELLO MOVIL

EF Cardiopulmonar: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS PULMONES BIENVENTILADOS SIN SOBREGREADGOS

EF Gastrointestinal: BLANDO DEPRESIBLE DISTENDIDO , UTERO INVOLUCIONADO, DOLOR EN HIPOGASTRIO SIN MASAS NI MEGALIAS . PERISTALIS +

EF Genitourinario: HERIDA QUIRURGICA LOCALZIACION PUBICA : SIN SIGNOS DE INFECCION LOQUIOS PRESENTES NO FETIDOS .. / PUÑO PERCUSION LUMBAR NEGATIVA

EF Osteomuscular: Sin alteraciones

EF Neurológico: Sin alteraciones

EF Endocrino: Sin alteraciones

SaludTotal

Examen Físico

EF Linfocitopenia: Sin alteraciones
EF Vascular Periférico: PULSOS PERIFERICOS +SIMETRICOS
EF Piel y Faneras: Sin alteraciones
EF Mental: Sin Alteraciones

Análisis y Manejo

Análisis y Manejo

Análisis y Plan de Manejo:

PACIENTE POSPRATO HACE 1 SEMANA
CON BUENA EVOLUCION , SE EVIDENCIAN SIGNOS DE POSIBLE ANEMIA.
POR LO CUAL SE INDICA SUPLEMENTO HIERRO ACIDO FOLICO , ADEMÁS CARBONATO DE CALCIO X3 MESES
AINES POR DOLOR . SE RECOMIENDA EVITAR POSTRALE PROLONGADAS .

Interconsulta ambulatoria: No

Finalidad Consulta:

ATENCIÓN DEL PARTO (PUERPERIO)

Adherencia al Tto: No

Causa Externa: Enfermedad General Tipo Discapacidad: NINGUNA Grado Discapacidad: NO APLICA

Días de Incapacidad: 0 Estadio IRC: V

Recomendaciones: PACIENTE POSPRATO HACE 1 SEMANA
CON BUENA EVOLUCION , SE EVIDENCIAN SIGNOS DE POSIBLE ANEMIA.
POR LO CUAL SE INDICA SUPLEMENTO HIERRO ACIDO FOLICO , ADEMÁS CARBONATO DE CALCIO X3 MESES
AINES POR DOLOR . SE RECOMIENDA EVITAR POSTRALE PROLONGADAS .

La información brindada al paciente es entendida : Si Información brindada al paciente PACIENTE POSPRATO HACE 1 SEMANA
CON BUENA EVOLUCION , SE EVIDENCIAN SIGNOS
DE POSIBLE ANEMIA.
POR LO CUAL SE INDICA SUPLEMENTO HIERRO
ACIDO FOLICO , ADEMÁS CARBONATO DE CALCIO
X3 MESES
AINES POR DOLOR . SE RECOMIENDA EVITAR
POSTRALE PROLONGADAS .

CONSULTAR A URGENCIAS : SI FIEBRE , DOLOR
INTENSO EN AREA QUIRURGICA . FETIDEZ EN
LOQUIOS

Formulación NO POS en Línea

?Formulo tecnología NO POS en línea?: No No. de Prescripción:

DIAGNOSTICO: (Z39.2) SEGUIMIENTO POSTPARTO, DE RUTINA

Tipo de Dx: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA - DX Clase de Dx: INICIAL (CONSULTA)

CONDUCTAS:

1. PRESCRIPCIÓN MEDICAMENTOS

- (CMD 10)-FOLICO ACIDO 1 MG TABLETA, No. 30
Posología: 1 Cápsula (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral
- (CMD 10)-FOLICO ACIDO 1 MG TABLETA, No. 30 Fecha Entrega: 07/16/2017
Posología: 1 Cápsula (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral
- (CMD 10)-FOLICO ACIDO 1 MG TABLETA, No. 30 Fecha Entrega: 08/16/2017
Posología: 1 Cápsula (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral
- CARBONATO DE CALCIO 1500MG EQ. A CALCIO ELEMENTAL TABLETA 600 MG, No. 30
Posología: 1 Cápsula (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral
- CARBONATO DE CALCIO 1500MG EQ. A CALCIO ELEMENTAL TABLETA 600 MG, No. 30 Fecha Entrega 07/16/2017
Posología: 1 Cápsula (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral
- CARBONATO DE CALCIO 1500MG EQ. A CALCIO ELEMENTAL TABLETA 600 MG, No. 30 Fecha Entrega: 08/16/2017
Posología: 1 Cápsula (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral
- IBUPROFENO TABLETA Ó CÁPSULA 800 MG, No. 20
Posología: 1 Tableta (s) cada 8 Hora(s) por 5 Día(s), vía Oral -USO: X DOLOR EN AREA QUIRURGICA
- SULFATO FERROSO TABLETA RECUBIERTA O CAPSULA 300 MG, No. 30
Posología: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral
- SULFATO FERROSO TABLETA RECUBIERTA O CAPSULA 300 MG, No. 30 Fecha Entrega: 07/16/2017
Posología: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral
- SULFATO FERROSO TABLETA RECUBIERTA O CAPSULA 300 MG, No. 30 Fecha Entrega: 08/16/2017
Posología: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral

DIAGNOSTICO: (D64.9) ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO

Tipo de Dx: IMPRESIÓN DIAGNOSTICA - DX Clase de Dx: INICIAL (CONSULTA)

LEINAD YAMILE MORAN MARIN

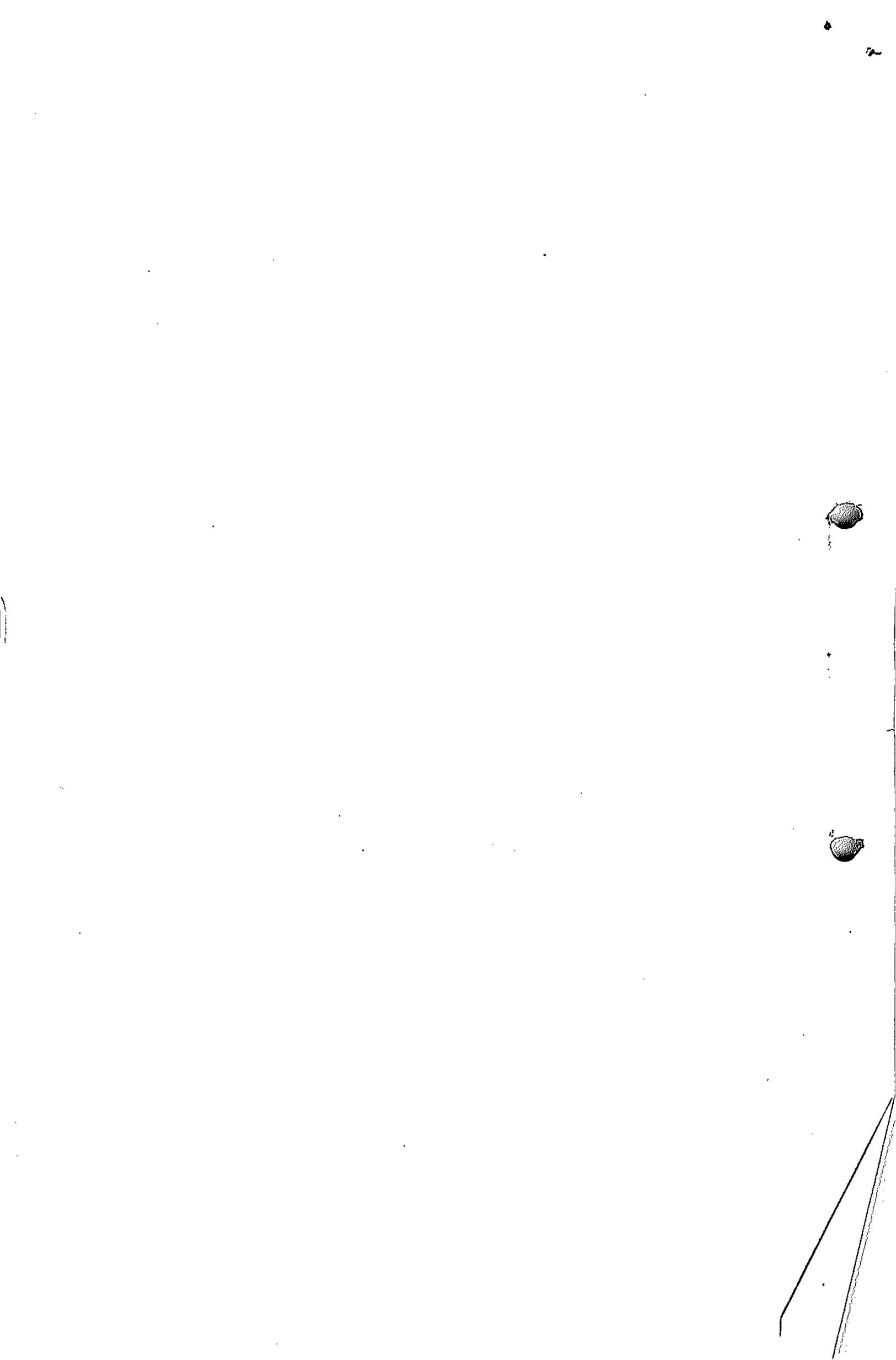
MEDICINA GENERAL

Tipo de Identificación: Cedula de Ciudadanía

Numero de Identificación: 266717

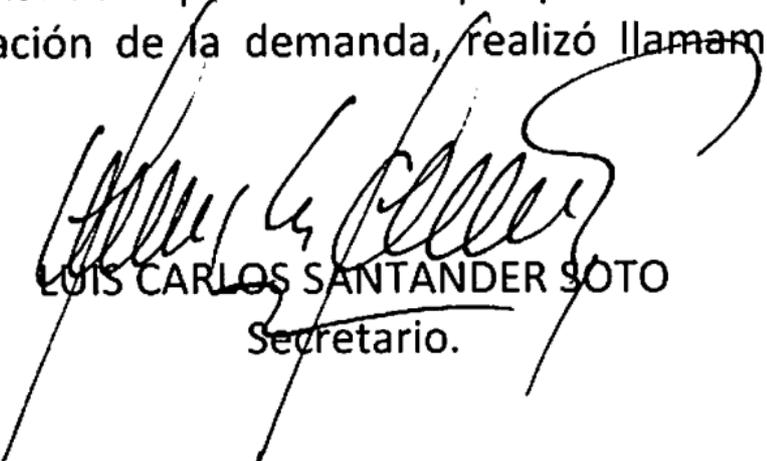
Registro Profesional: 26671729

Código Institucional: 8482000046



SECRETARÍA. JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO EN ORALIDAD
Santa Marta, 27 de junio de 2019

Al Despacho de la señora Jueza, paso el proceso VERBAL, promovido por DIANA PATRICIA BOLAÑO Y OTROS contra SALUD TOTAL E.P.S. Y OTROS, con radicado 2019-00049.00, informándole que se recibió por parte de la demandada SALUD TOTAL E.P.S. contestación de la demanda, realizó llamamiento en Garantía. Sírvase ordenar.



LUIS CARLOS SANTANDER SOTO
Secretario.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO
D.T.C.H. DE SANTA MARTA - MAGDALENA

Santa Marta, ocho (8) de julio de dos mil diecinueve (2019)

ASUNTO A DECIDIR

Procede el Juzgado a pronunciarse dentro de la demanda verbal seguido por DIANA PATRICIA BOLAÑO FLÓREZ Y OTROS contra CLÍNICA LA MILAGROSA S.A. Y OTROS.

CONSIDERACIONES

La parte demandante presentó memorial en el que informó que la citación personal del demandado HUGO ARRIETA ORTIZ no fue posible por cuanto no residía en la dirección que informó en la audiencia de conciliación, señaló que sus mandantes desconocen la dirección del demandado por lo que solicitan que sea emplazado.

En relación con la situación que nos ocupa establece el Art. 291 del C.G.P.: *"4. Si la comunicación es devuelta con la anotación de que la dirección no existe o que la persona no reside o no trabaja en el lugar, a petición del interesado se procederá a su emplazamiento en la forma prevista en este código."*

A su vez, enseña el Art. 108 del C.G.P.: *"Cuando se ordene el emplazamiento a personas determinadas o indeterminadas, se procederá mediante la inclusión del nombre del sujeto emplazado, las partes, la clase del proceso y el juzgado que lo requiere, en un listado que se publicará por una sola vez en un medio escrito de amplia circulación nacional o local, o en cualquier otro medio masivo de comunicación, a criterio del juez, para lo cual indicará al menos dos (2) medios de comunicación."*

Por otra parte, se advierte que la parte demandante no ha agotado la notificación de todos los demandados.

Establece el Art. 317 del C.G.P.: "1. Cuando para continuar el trámite de la demanda, del llamamiento en garantía, de un incidente o de cualquiera otra actuación promovida a instancia de parte, se requiera el cumplimiento de una carga procesal o de un acto de la parte que haya formulado aquella o promovido estos, el juez le ordenará cumplirlo dentro de los treinta (30) días siguientes mediante providencia que se notificará por estado."

A fin de poder continuar con el trámite procesal se hace indispensable que la parte actora notifique a los demás demandados el auto admisorio de la demanda.

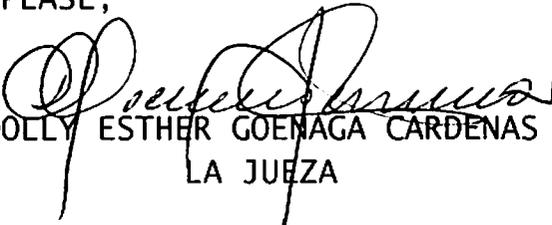
Por lo diserto el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Santa Marta,

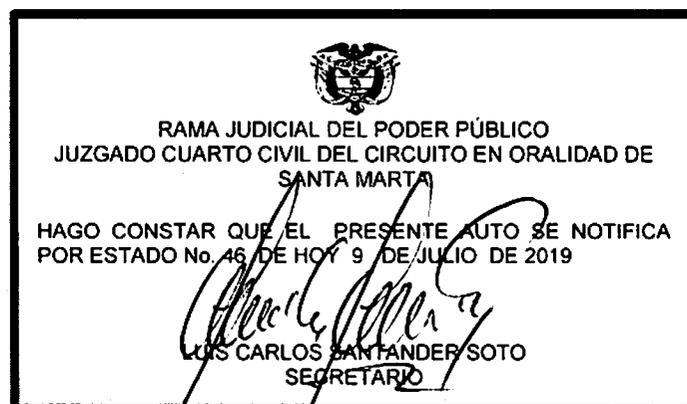
RESUELVE

1.- Emplácese al demandado HUGO ARRIETA ORTIZ de conformidad a lo enseñado en el Art. 108 del C.G.P., el emplazamiento deberá ser publicado en un medio escrito de amplia circulación nacional ya bien sea en "El Tiempo o "El Espectador, el cual debe publicarse en día domingo".

2.- Solicitar a la parte ejecutante que agote la carga procesal en cuanto a la notificación de los demandados, se le concede un término de treinta (30) días, de conformidad con lo dispuesto en el Art. 317 del C.G.P.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,


DOLLY ESTHER GOENAGA CARDENAS
LA JUEZA





REPÚBLICA DE COLOMBIA
 RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
 JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTA MARTA
 CALLE 23 N. 5-53 EDIFICIO BENAVIDES MACEA
 SANTA MARTA, COLOMBIA
 HORARIO: LUNES - VIERNES 8:00 A.M. - 12:00M Y 2:00 P.M. - 6:00 P.M.

NOTIFICACION POR AVISO

SEÑOR	FECHA
CLINICA LA MILAGROSA S.A. Calle 22 No. 13A-15 Santa Marta	Julio 12 de 2019

No de Radicación del proceso	Naturaleza del proceso	Fecha de Providencias
Rad. 2019-00049-D0	verbal	30-04-2019

DEMANDANTE	DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ, GANILO MARTINEZ y SANTIAGO MARTINEZ
DEMANDADOS	SALUD TOTAL EPS S.A., CLINICA LA MILAGROSA S.A. y HUGO ARRIETA ORTIZ

Por medio de este aviso le notifico las providencias calendadas abril 30 de 2019, donde se admitió la demanda de la referencia por parte del Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Santa Marta y se ordenó notificar a los demandados.

Se advierte que la notificación se considerará cumplida al finalizar el día siguiente al de la fecha de entrega de este aviso.

Si esta NOTIFICACION COMPRENDE ENTREGA DE COPIAS DE DOCUMENTOS, usted dispone de tres días para retirarlos de este despacho judicial, vencido los cuales comenzará a contarse el respectivo término del traslado. Dentro de este último podrá manifestar lo que considere pertinente en defensas de sus intereses.

Para notificar mandamiento de pago.

ANEXO: COPIA DEL AUTO DE FECHA ABRIL 30 DE 2019.

Dirección del despacho
 CALLE 23 Y 5-53 EDIFICIO BENAVIDES MACEA
 SANTA MARTA, COLOMBIA


DIANA BOVEA MENDINUETA
 C.C. 57.456.474 de Santa Marta
 T.P. No. 90.285 Consejo Superior de la Judicatura



REPUBLICA DE COLOMBIA
JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO
D.T.C.H. DE SANTA MARTA
CALLE 23 # 5-63 OFICINA 207 TEL 4214942
EDIFICIO BENAVIDES MACEA

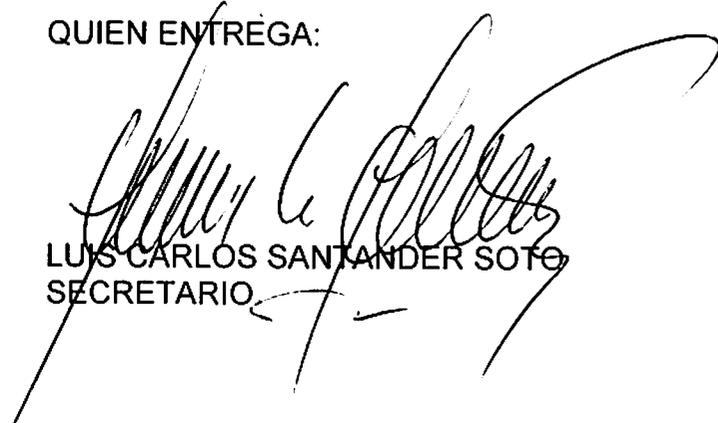
ACTA DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

En Santa Marta, a los dieciocho (18) días del mes de julio de dos mil diecinueve (2019), siendo las 03:00 de la tarde, compareció la señora JENY ESTHER PACHECO CALLEJAS, quien se identificó con la cédula de ciudadanía número 32.662.527 expedida en Barranquilla, en su condición de representante para asuntos judiciales de la demandada CLÍNICA LA MILAGROSA S.A., al interior del presente proceso VERBAL promovido por DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ Y OTROS contra SALUD TOTAL E.P.S.-S Y OTROS, quien manifestó haber sido notificado por aviso, y se presenta al Despacho para recibir el traslado de la demanda, por lo que se acerca a esta Secretaría solicitando los mismos. Los cuales se le hacen entrega, con copia de la demanda. Entrega al Despacho la notificación por aviso por ellos recibida para hacer parte del expediente.

QUIEN RECIBE:


JENY ESTHER PACHECO CALLEJAS
C.C. N° 32.662.527 de Barranquilla.

QUIEN ENTREGA:


LUIS CARLOS SANTANDER SOTO
SECRETARIO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO
SANTA MARTA – MAGDALENA

DESPACHO JUDICIAL	NOMBRE DE LA PERSONA CITADA O EMPLAZADA	PARTE DEMANDANTE	PARTE DEMANDADA	OBJETO DEL AUTO	NATURALEZA DEL PROCESO
JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTA MARTA El emplazamiento se entenderá surtido transcurridos quince (15) días después de la publicación de este listado en el Registro Nacional de Emplazados (Art. 108 del C.G.P.)	HUGO ERNESTO ARRIETA ORTIZ C.C. No. 73.198.835	DIANA PATRICIA BOLAÑO FLÓREZ C.C. No. 1.082.938.135, DANILO ENRIQUE MARTÍNEZ HOYOS C.C. No. 7.142.213 y SANTIAGO ANDRÉS MARTÍNEZ BOLAÑO NIUP 1084455838	SALUD TOTAL EPS NIT. No. 800.130.907-4, CLÍNICA LA MILAGROSA S.A. NIT. NO. 800067515-1 y HUGO ERNESTO ARRIETA ORTIZ C.C. No. 73.198.835	NOTIFICACIÓN DEL AUTO ADMISORIO DE LA DEMANDA DE FECHA 30 DE ABRIL DE 2019	PROCESO DECLARATIVO VERBAL RADICADO 47001315300420190004900

LUIS CARLOS SANTANDER SOTO
SECRETARIO
SECRETARIA
Santa Marta
JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO

Recibi Diana Boreo
Fecha Julio 19-2019



DIANA BOVEA MENDINUETA

ABOGADO

Ces
22/07/19
9:30am
27/06/19

Señora

JUEZ CUARTA CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTA MARTA

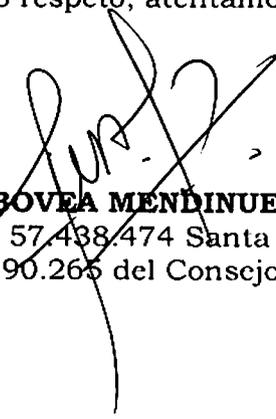
E. S. D.

REF: Proceso Verbal Instaurado por **DIANA BOLAÑO** y Otros, contra **SALUD TOTAL EPS S.A., CLINICA LA MILAGROSA S.A.,** y **HUGO ARRIETA ORTIZ.**

Rad: 2019-00049.

Con el debido respeto me dirijo a Usted, en mi calidad de apoderada de los Demandantes, a fin de aportar la certificación expedida por la empresa de Mensajería 472, en donde consta que se recibió la notificación por Aviso por parte de la demandada Clínica La Milagrosa S.A.

Con todo respeto, atentamente.


DIANA BOVEA MENDINUETA

C.C. No. 57.438.474 Santa Marta

T.P. No. 90.266 del Consejo Superior de la Judicatura



Entregando lo mejor de los colombianos

472

983

Certificación de entrega

Servicios Postales Nacionales S.A.

Certifica:

Que el envío descrito en la guía cumplida abajo relacionada, fue entregado efectivamente en la dirección señalada.

472

SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A NIT 900.062.917-9

NOTIEXPRESS POR AVISO



Centro Operativo: PO.SANTA MARTA Fecha Admisión: 12/07/2019 11:40:48
Orden de servicio: Fecha Aprox. Entrega: 13/07/2019

YP003552095CO

8902 460

Valores	Destinatario	Remitente		Causal Devoluciones:	
		Nombre/ Razón Social: DIANA BOVEA		RE Refusado	CI C2 Conado
		Dirección: CARRERA 1 # 28A-70 APTO 501C NIT/C.C.T.I: 36892666		NE No existe	NI N2 No contactado
Referencia:		Teléfono: 3017741938	Código Postal:	NS No reside	FA Fatoceido
Ciudad: SANTA ANA_MAGDALENA		Depto: MAGDALENA	Código Operativo: 8507060	NR No reclamado	AC Apartado Clausurado
Nombre/ Razón Social: CLINICA LA MAGLAGROSA S.A.S		Dirección: CALLE 22 # 13A-19		BE Desconocido	FM Fuerza Mayor
Tel:		Código Postal: 470004317	Código Operativo: 8902460	Firma nombre y/o peso de quien recibe:	
Ciudad: SANTA MARTA_MAGDALENA		Depto: MAGDALENA		C.C. <i>Yvoldina Martínez</i> Tel: <i>39098005</i>	
Peso Físico (gms): 200		Dico Contener:		Fecha de entrega: 07/07/2019	
Peso Volumétrico (gms): 0		Observaciones del cliente:		Distribuidor: <i>Alfonso Rivas</i>	
Peso Facturado (gms): 200				Gestión de entrega: <i>21/07/2019</i>	
Valor Declarado \$0				150719	
Valor Flete: \$0.000					
Costo de manejo: \$0					
Valor Total: \$0.000					

8507 060 PO.SANTA MARTA NORTE



85070608902460YP003552095CO

Principales Regras de Servicio: ...

La información aquí contenida es auténtica e inmodificable.

Código Postal: 110911
Diag. 25G # 95A - 55, Bogotá D.C.

Línea Bogotá: (57-1) 472 2005
Línea Nacional: 01 8000 111 210

www.4-72.com.co

22 JUL 2019

SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A.



DIANA BOVEA MENDINUETA

ABOGADO

484

Señora

JUEZ CUARTA CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTA MARTA

E. S. D.

REF: Proceso Verbal Instaurado por **DIANA BOLAÑO** y Otros, contra **SALUD TOTAL EPS S.A., CLINICA LA MILAGROSA S.A.,** y **HUGO ARRIETA ORTIZ.**

Rad: 2019-00049.

Con el debido respeto me dirijo a Usted, en mi calidad de apoderada de los Demandantes, a fin de aportar el periódico El Tiempo de fecha 28 de julio de 2019, en donde fue publicado el edicto emplazatorio al demandado Hugo Arrieta Ortiz.

Con todo respeto, atentamente.

DIANA BOVEA MENDINUETA

C.C. No. 57.438.474 Santa Marta

T.P. No. 90.265 del Consejo Superior de la Judicatura

CS. OK

Clasif

8.6

Notaria, mediante Acta No. veintuno (21) de fecha 23 de Julio del año 2019, se ordena la publicación de este Edicto en el periódico de Amplia Circulación Nacional y en una emisora de alta audiencia en esta localidad, en cumplimiento de lo dispuesto por el Artículo tresco (30) del Decreto 902 de 1988, ordenándose además su fijación en lugar visible de la Notaría por el término de diez (10) días. El presente Edicto se fija a los 23 días de Julio del año dos mil dieinueve (2019), a las 10.00 am. NOTA DE DESTACACIÓN: El presente EDICTO fue designado hoy durante diez (10) días hábiles, en la Secretaría de este Despacho. DIEGO CAJEDO LARA, NOTARIO UNICO DE TALAVERA, CASANARE. CL2597345

EDICTO EMPLAZATORIO.- ARTICULO 103 C.G.P. Año dieciséis (16) días del diecinueve (19) del mes de Agosto del 2019. El Juzgado Primero Civil Municipal de Puerto Asís, EMPLAZA: A la Sociedad Comercial SERES I.P.S. S.A.S. identificada con N.º. Na. 90101268-9, demandado con N.º. Na. 90101268-9, demandado con el fin de notificarle personalmente del auto proferido dentro del proceso No. 865564089000-2019-00034-00, que dispone ordenar el Mandamiento de Pago en su contra, fechado de veintidós (22) de marzo de dos mil diecinueve (2019). Se advierte al emplazado, que si no comparece dentro de los cinco (5) días siguientes a la transmisión del presente EDICTO, se procederá a designar Curador Ad Litem con quien se surtirán la notificación y si fuera el caso lo representará hasta la terminación del proceso. El emplazamiento se hará en una emisora de amplia difusión y/o sea Tres Fronteras, Páramo Estrella, La Reina, Que Buena Estrella, rroyo Estrella, La Reina, Que Buena Estrella, cualquier día entre los seis (6) de la mañana y las once (11) de la noche, a exigencia de la parte interesada, la cual deberá tener fe que el expediente continúa sobre su emisión o transmisión, según por el administrador o funcionario WILSON EDWIN SALVA MONTAÑA, Secretario Ad Hoc. CL25973507

EDICTO.- EL JUZGADO PRIMARIO MUNICIPAL DE SAN AGUSTÍN DE SIENA, BOYACÁ EMPLAZA: A EVANGELINA HAZZ MONROY HERRERA DETERMINADA, HEDEROS INDETERMINADOS, DE VICENTE DIAZ RUIZ Y DEMÁS PERSONAS INDETERMINADAS Y/O TODOS LOS QUE SE CREAN CON DERECHO A INTERVENIR, DENTRO DEL PROCESO DE PERTENENCIA No. 2019-0028, siendo demandante la señora YINETH ORACIÓN PERA, residente de parte del predio de mayor extensión denominado "EL CEDRO" y en su nombre se firmará "EL CAJONITO" ubicado en la Vereda El Charro Antioqueño del Municipio de San Miguel de Sema Boyacá, con una área de 2 Ha. 5.300.031, cédula catastral 00000000 2000 8000 y con folio de matrícula inmobiliaria No. 071-0371 de la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Chiquitocá, el cual se admitió en esta Juzgado, mediante providencia de fecha trece (13) de junio de dos mil diecinueve (2019). Para los efectos indicados en el Artículo 103 del Código General del Proceso, se expide copia del presente EDICTO para su publicación en la emisora Radio Fronteras de Chiquitocá y Periódico EL TIEMPO. Se expide el presente, hoy veintidós (22) de junio de dos mil diecinueve (2019) a la hora de los ocho (8:00) de la mañana ROSALBA PERA ROSAS, Secretaria. CL25973913

EDICTO.- LA SUSCRITA SECRETARIA DEL JUZGADO UNICO PRIMARIO MUNICIPAL DE BELÉN DE LOS ANDOQUES, CAQUETA, EMPLAZA: Al señor MARCO ORAR GUTIERREZ BALLESTRERO, identificado con la c.c. 4.508.534, cuya inhabilitación o paradero se desconocen, y a TODAS LAS PERSONAS INDETERMINADAS interesadas, a fin de que comparezcan ante este Juzgado a recibir notificación personal del auto QUE ADMITIO LA PRESENTE DEMANDA VERBAL DE PERTENENCIA POR PRESCRIPCIÓN ADQUISITIVA EXTRAORDINARIA, de fecha junio 28/13 proferido dentro del proceso VERBAL No. 2019-00044-00, según en su contra, siendo demandante ANITA QUEIROZ MURCIA, mediante apoderada Dra. LUZ DARY CALDERÓN GUZMÁN. Se le advierte a los emplazados que si pasados 15 días luego de la publicación de este Edicto en el periódico y en Registro Nacional de Emplazados, no comparece a notificarle, se le designará CURADOR AD-LITEM, con quien se surtirán la notificación y se continuará el proceso. Para dar cumplimiento al Artículo 103 del Código General del Proceso, se libra el presente EDICTO EMPLAZATORIO, hoy a las veintidós (22) días del mes de junio de dos mil diecinueve (2019), su publicación deberá hacerse en el periódico EL TIEMPO, S.A.S.

presente en el presente proceso, hasta su terminación. Para efectos del Art. 103 del C.G.P., se entrega el presente Edicto emplazatorio a la parte oponente hoy, para que haga la publicación en un periódico de amplia circulación en el ámbito nacional o local en un día Domingo, o en cualquier otro medio masivo de comunicación (Radio Universidad, Esca del Asasia, Coconacho Estéreo, Perico Nacional, Q Radio) lo cual se podrá realizar cualquier día entre las seis (6) am. y las Once (11) pm. DIANA ANILEDY FALGECÓ BARROS, SECRETARIA. CL25973914

EDICTO EMPLAZATORIO.- NATURALEZA DEL PROCESO: PROCESO DE SUCESION DEMANDANTE: Gloria Inés Pineda Mendoza, CAUSANTE OSCAR REBE PÉREZ HERRERA, IDENTIFICACIÓN c.c. 9321788. ALZADO VEINTE (20) DE FAMILIA DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ, NUMERO DE RADICACION: 1000300-20-2018-00688-00. Fecha acto apertura sucesión: 23 de febrero de 2018 y su conexión de fecha 28 de febrero de 2019 FECHA DE AUTO QUE ODEBE EL EMPLAZAMIENTO: 23 de octubre de 2018. El Juzgado VEINTE (20) DE FAMILIA DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ, por medio del presente edicto, emplaza a todas aquellas PERSONAS INDETERMINADAS que se crean con derecho a intervenir derecho en la causa moratoria o proceso de sucesión de OSCAR REBE PÉREZ HERRERA (QUE.F.D.), quien en vida se identificó a con la c.c. 93.217.88, para que en el término de ley y de conformidad con lo preceptuado en el Artículo 490 del C.G. del P., comparezcan al despacho a notificarle de la apertura del proceso sucesoral de la referencia, autos de fecha: 23 de octubre de 2018 y su conexión de fecha 28 de febrero de 2019. Lo anterior conforme al Artículo 103 del código general del proceso. Se advierte a los emplazados que, si dentro del término concedido no comparecen a notificarse, se les nombra Curador Ad-Litem para que los represente en el proceso hasta su terminación. CL25973940

EDICTO.- REFERENCIA 15.728-B.- JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA. (37) de mayo de 2019. El Juzgado TERCERO ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA, EMPLAZA: A LA CORPORACION DE ABASTOS DE BOYACA, entidad demandada en el presente asunto, cuya residencia se desconocen, para que a más tardar en el término de QUINCE (15) DIAS A PARTIR DE LA PUBLICACION DEL PRESENTE EDICTO, a través de Apoderado Judicial comparezca a la Secretaría de este Despacho a recibir notificación personal de la demanda y del auto Admisivo dentro del MEDIO DE CONTROL DE REPETICIÓN RADICADO BAJO EL NUMERO: 15001-3203-010-2019-0010-00, que por conducto de apoderado judicial adhiere al MARCOPO DE TUNJA. Este Emplazamiento se efectúa de conformidad y en los términos señalados en los Artículos 293 y 103 del Código General del Proceso. Se advierte al Emplazado que el presente Edicto se entenderá surtido cinco (5) días después de publicada la información en el registro nacional de Emplazados y si dentro del término señalado no comparece, se le designará Curador Ad Litem, con quien se surtirán la notificación y se proseguirá el Proceso hasta su terminación. MARTHA CECILIA TORCARBUCHO PRACORA, SECRETARIA. CL25973922

AVISO.- REPUBLICA DE COLOMBIA, RAMA JUDICIAL DEL PODER PUBLICO, OFICINA DE APOYO PARA LOS JUZGADOS DE FAMILIA DE EJECUCION DE SENTENCIAS DE BOGOTÁ D.C. Calle 71 No. 9-29/30, Piso 4. Edificio Vinesy Solís Torralba, Tel: 3407599. LA SUSCRITA PROSECRETARIA UNIVERSITARIA, AVISA: Que dentro del proceso de INTERDICCION JUDICIAL / RENOVACION DE GUARDA 2004-0575 (86) presentado por el señor(a) A LINA YADIRA SALAZAR TAFUR, juez 2o de Ejecución en Asuntos de Familia de Bogotá, mediante sentencia de fecha 25 de Abril del 2016, ACEPTA la renuncia del señor(a) MARÍA JULIETA TAFUR DE SALAZAR para ejercer la curaduría de su hijo del señor(a) MARÍA JULIETA TAFUR DE SALAZAR, quien tendrá a su cargo la administración de los bienes del interdicción ordenando otorgarle a fin de que se sirva instruir en los folios correspondientes al magistrado del Registro Civil de Nacimiento del Interdicción y en los demás libros respectivos. Admitiendo se le designa como CURADOR(A) SUPLENTE a LISETTE NATHALY SALAZAR TAFUR, para los fines previstos en el numeral 7º del Artículo 586 del C.G.P., se publica el presente AVISO en un diario de Amplia Circulación Nacional, hoy 24 JULIO 2019. ELSA MARINA PUEZ PARRA, PROSECRETARIA UNIVERSITARIA. CL25973923

un período de amplia circulación en el Registro en cumplimiento a lo dispuesto por el Artículo 30 del Decreto 902 de 1988, ordenándose además su fijación en un lugar visible de la Notaría, por el término de diez (10) días. El presente Edicto, se fija hoy veintidós (24) de julio del año dos mil diecinueve (2019), siendo las ocho de la mañana (8:00 a.m.). JHON JAIRO CASTAÑO JIMENEZ, NOTARIO UNICO DEL CIRCULO CHAPARRAL (TOLIMA). El presente EDICTO se designa hoy cinco (5) de Agosto del año dos mil diecinueve (2019), siendo las seis de la tarde (6:00 p.m.). JHON JAIRO CASTAÑO JIMENEZ, NOTARIO UNICO DEL CIRCULO CHAPARRAL (TOLIMA). CL25973946

EDICTO EMPLAZATORIO.- República de Colombia, Juzgado Catorce Civil Municipal de Ciudad de Cartagena, departamento de Bolívar, Edificio Central del Cij. Carrera 5 No. 36-22 Cartagena departamento de Bolívar. El Juzgado Catorce Civil Municipal de Ciudad. EMPLAZA: A EMMANUEL ESCOBAR QUINTERO, identificado con cédula de ciudadanía 1032575.204 y ROSEY ANTONIO CARDONA QUINTERO, identificado con cédula de ciudadanía 170466.300, demandados en el Proceso Ejecutivo Singular de Menor Cuantía, para que comparezcan por sí o por medio de Apoderado Judicial a la Secretaría del Juzgado a recibir la notificación del Auto de Mandamiento de Pago de la fecha 14 de junio del año 2019, proferido en el Proceso Ejecutivo Singular de Cuantía Mínima, con Radicado 13 001-40 03 014 2019 00075 00, instaurado por la Cooperativa de Ahorro y Crédito Pío XII de Colombia Ltda., identificada con el N.º. Na. 890904902-8 en cambio de YANNY ALBERTO MAREN HERNANDEZ, EMMANUEL ESCOBAR QUINTERO y ROSEY ANTONIO CARDONA QUINTERO. El emplazamiento se entenderá surtido transcurridos cinco (5) días después de publicada la información en el Registro Nacional de Personas Emplazadas, y si la persona emplazada no comparece se le designará un Curador con quien se surtirán la notificación y se proseguirá el trámite del proceso. Para publicar en EL TIEMPO. CL259739475

EDICTO.- JUZGADO TRENTA Y SETE LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. Calle 14 No. 7-36 piso 6º edificio neopuebla BOGOTÁ. (37) de mayo de 2019. El SUICRITO SECRETARIO DEL JUZGADO TRENTA Y SETE LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C. EMPLAZA A: HEDEROS INDETERMINADOS DE ROSA MARÍA VELANDIA RUIZ C.C. Na. 2015424, NUMERO DE RADICADO: 1000300527 2018 000706 00. CLASE DE PROCESO: ORDENATIVO LABORAL DE PROBLEMA INSTANCIAS DEMANDANTE: GLADYS CECILIA OLAYA DE VILLANUEVA, DEMANDADO: COLPENSORES Y OTROS, JUZGADO QUE LO REQUIERE: 37 LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ. Fijado edicto emplazatorio y ordénese las correspondientes publicaciones del mismo en un periódico de amplia circulación, decidida la publicación, por secretaría decidiese el trámite comparendo ante el Registro Nacional de personas Emplazadas de conformidad con los Acuerdos PSAAH-10318 del 04 de marzo de 2014 y PSAAH-14046 del 18 de noviembre de 2015; corrigido el anterior, y solo cinco (5) días después de su publicación se entenderá surtido el emplazamiento. Se fija este Edicto en lugar visible de la Secretaría del Juzgado, hoy dieciséis (17) de mayo del dos mil diecinueve (2019), siendo las ocho de la mañana (8:00 am.). FREDY ALEXANDER QUICENO CAJEDO, Secretario. CL259739463

EDICTO.- EL SUICRITO SECRETARIO DEL JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA DEL DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO DE SANTA MARIA, EMPLAZA: A LOS HEREDEROS INDETERMINADOS del señor JORGE HERRERA TANARA RAMÍREZ, quien en vida se identificó con la cédula de ciudadanía No. 1032575.204, para que comparezca por sí o por medio de apoderado a este Juzgado a recibir notificación personal del auto admissivo de la demanda adido 20 de mayo de 2019, dentro del proceso de EXISTENCIA DE LA UNION MARITAL DE HECHO Y DISOLUCION Y LIQUIDACION DE LA SOCIEDAD PATRIMONIAL DE HECHO, incoado por NANCY ESTHER IBARRA DE AYOLA, contra herederos de JORGE HERRERA TANARA RAMÍREZ. Se advierte al emplazado que si pasados 15 días luego de la publicación de este Edicto en el periódico y en Registro Nacional de Emplazados, no comparece a notificarle, se le designará CURADOR AD-LITEM, con quien se surtirán la notificación y se continuará el proceso. Para dar cumplimiento al Artículo 103 del Código General del Proceso, se libra el presente EDICTO EMPLAZATORIO, hoy a las veintidós (22) días del mes de junio de dos mil diecinueve (2019), su publicación deberá hacerse en el periódico EL TIEMPO, S.A.S.

Emplazatorios De quien debe ser	
Persona Emplazada	
Indeterminados	
Anexo 2 Bravía Granda, de conformidad con lo dispuesto por los Artículos 203 y 103 del Código General del Proceso	
Herederos Indeterminados del señor Custodio Talíz (C.E.P.)	
Leonardo Vargas Martínez y Emilia Riza Morán	
PERSONAS INDETERMINADAS QUE SE CREAN CON DERECHO SOBRE EL INMUEBLE OBJETO DE ESTA LITIS	
Cecilia Julia Rodríguez Pérez	
Todos los Interesados en la Sucesión de la señora María Isabel Sánchez Cedeño, identificadas con cédula de ciudadanía número 41.137.430	
QUE DENTRO DEL PROCESO DE ACCIÓN POPULAR SE DECRETO: QUE SE PROTEJAN LOS DERECHOS COLECTIVOS DE UN NUMERO PLURAL DE PERSONAS EN PROTECCION AL GOCE DE UN AMBIENTE SANO, LA MANTENIMIENTO ADMINISTRATIVO, LA EXISTENCIA DEL RECURSO ECOLOGICO, EL MANEJO Y APROVECHAMIENTO RACIONAL DE LOS RECURSOS NATURALES PARA GARANTIZAR SU DESARROLLO SOSTENIBLE, CONSERVACION, RESTAURACION O DISTRIBUCION, LA CONSERVACION DE ESPECIES ANIMALES Y VEGETALES, PROTECCION DE AREAS DE ESPECIAL IMPORTANCIA ECOLOGICA, EL GOCE DEL ESPACIO PUBLICO, LA UTILIZACION PUBLICA Y LA REALIZACION DE LAS CONSTRUCCIONES, EDIFICACIONES Y PREVALENCIA AL BENEFICIO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS HABITANTES Y LOS DERECHOS DE LOS CONSUMIDORES Y USUARIOS	
Juan Manuel González Torres y demás personas que se crean con igual o mejor derecho sobre el bien inmueble identificado con Matrícula Inmobiliaria No. 490-12000	
1. Sheila Parra de Nieto, identificada con la cédula de Ciudadanía No. 20.419.966, 2. Danilo Parra León, identificada con la cédula de ciudadanía No. 2.864.331, 3. Esférico Parra León, identificada con la cédula de ciudadanía No. 193.714, 4. Elsa Helena Parra León, identificada con la cédula de ciudadanía No. 20.470.846, 5. Honorato Parra León, identificada con la cédula de ciudadanía No. 3.049.278, 6. Hugo Vicente Parra León, identificada con la cédula de ciudadanía No. 17.088.610, 7. Jaime Parra León, identificada con la cédula de ciudadanía No. 41.656.465, 8. Danilo Parra León, identificada con la cédula de ciudadanía No. 136.127, 10. José Alito Rodríguez Casas, identificada con la cédula de ciudadanía No. 2.871.333, 11. y a las personas Desconocidas e Indeterminadas que concluyeran hacer derechos en el presente proceso	
Personas que se crean con derecho sobre el bien inmueble, identificado con Matrícula Inmobiliaria No. 490-11723	
Joaquín Rondón Castellano, c.c. 1.023.771.050	
Personas Indeterminadas que se crean con derecho a intervenir en el proceso de Sucesión	
Hernández Fernando Álvarez Ramírez	
A quien se Emplaza: Elsa Luz Flores Fonseca, c.c. 43.741.225 y Cesar Augusto Díez Zambino, c.c. 94.098.194	
A quien se emplaza: Paola Olayuela de Pittors Yanet, c.c. 55.201.158	
Gabriel Enrique Gómez Cortés	
Hugo Ernesto Ariza Ortiz, c.c. No. 71.193.033	
Las personas Paz Olayuela, Jorge Javier Paz Olayuela, María Concepción Olayuela y Indeterminados del señor Jorge Francisco Paz Lopez (Act. 335 C.O.P.)	
Condones del Artículo 659 No. 3 del C.O.P. Se emplazan a quienes se crean con derecho al goce de la ganancia de los caudales, Jefferson Andrés Maza Vaca, Jeronán Andrés Maza Martínez, y de igual manera los herederos de los caudales por línea materna	

Barranquilla, mayo 20 de 2019.

Fecha: 13 agosto / 19
Hora: 2:50 P.M.
Asesora
De Flavia 486

Ref: Proceso: Verbal
Demandante: Diana Patricia Bolaño Florez – Danilo Martinez y Otros
Demandadas: Salud Total EPS -S S.A. Clínica La Milagrosa S.A. y Hugo Arrieta Ortiz
Radicación. 2019-00049-00
Contiene: Poder

Señor Dr.
**JUEZ CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO
DE SANTA MARTA**
E. S. D.



ELIZABETH CHARRIS SARMIENTO, mujer, mayor de edad, portador de la cédula de ciudadanía número 22.673.355 expedida en Santo Tomas Atlántico, domiciliada en la ciudad de Barranquilla, de la manera más atenta presento cordial saludo. Manifiesto a su Señoría que en primera instancia actúo en mi calidad de Representante Legal de la **CLINICA LA MILAGROSA S.A.** lo cual acredito con el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Barranquilla y en tal calidad confiero **PODER ESPECIAL** tan amplio y suficiente como cuanto a derecho se requiera en favor del **Dr. FLAVIO JOSE ORTEGA GÓMEZ**, varón, mayor de edad, portador de la cédula de ciudadanía número 8.684.605 de Barranquilla, Abogado Titulado con T.P. 41.698 del C.S. de la J. como Apoderado Principal; como apoderadas sustitutas las Dra. **JENY ESTHER PACHECO CALLEJAS**, mujer, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 32.662.527 expedida en la ciudad de Barranquilla, domiciliada en la ciudad de Barranquilla, Abogado Titulado con T.P.43.417 del C.S. de la J. La Dra. **YASMIN DE LA ROSA PEDROZA**, mujer mayor de edad, identificada con la cedula de ciudadanía número 32.747.709 de Barranquilla, Abogada Titulada con T.P.124.593 del C.S. de la J, la Dra. **ANDREA MERCEDES PEREZ TORRES**, mujer, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 1.143.134. 387 expedida en la ciudad de Barranquilla, domiciliada en la ciudad de Barranquilla, Abogada Titulada con T.P. 254.562 del C.S. de la J. **GLORIA ESTEFANY MUÑOZ CHARRIS**, mujer, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 1.047.341.505 expedida en Santo Tomas, Abogada Titulada con T.P. No. 258.115 del C.S. de la J y la Dra. **KARINA PAOLA BUITRAGO RICAURTE**, mujer mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía número 22.698.414 de Suan, Abogada Titulada con T.P.167.137 del C.S. de la J. La Dra. **LESLIE MATILDE NIEBLES TORRES**, mujer mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía numero 22.551.646 expedida en la ciudad de Barranquilla, abogada Titulada con T.P. N° 166.044 del C.S de la J. Poder que confiero en los siguientes términos y estipulaciones: - **PRIMERO**. Para que actuando en nombre y representación de la poderdante, inicien y lleven hasta su terminación todos los tramites que por Ley se requieran para la defensa integral de su personería dentro del proceso de la referencia.- Los apoderados pueden recibir la Notificación Personal del Auto Admisorio de la demanda referenciada y sin restricción alguna, pueden renunciar a términos de ejecutoria, traslado y notificación y en forma especial y en su oportunidad procesal, descarrer el traslado y **PRESENTAR LA CONTESTACION DELA DEMANDA**, para lo cual **PEDIRA QUE SE NIEGUEN LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDANTE** y en su lugar, **SOLICITAR QUE SE DECRETEN LAS QUE FORMULEN A NOMBRE DE SU MANDANTE**. - - Tienen facultades para renunciar a términos de ejecutoria, traslado y notificación, presentar las Excepciones procedentes, Recursos, y/o Incidentes a que hubiere lugar y todo sin la menor limitación incluyendo la tacha de falsedad y Nulidad. - Pueden presentar, practicar, pedir, sustentar y controvertir las pruebas que se requieran y en general realizar todos los actos que requiera la personería de la poderdante de una manera tal que la misma en ningún momento quede sin la debida representación. —

13.0K

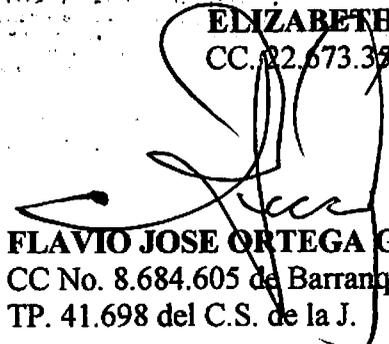
Ref: Proceso: Verbal
Demandante: Diana Patricia Bolaño Florez – Danilo Martinez y Otros
Demandadas: Salud Total EPS -S S.A. Clínica La Milagrosa S.A. y Hugo Arrieta Ortiz
Radicación: 2019-00049-00
Contiene: Poder

SEGUNDO. Los apoderados en forma amplia pueden renunciar, sustituir el poder, revocar sustituciones y reasumir y en general realizar todos los actos que la Norma Procesal le permite a los apoderados y todos los necesarios para el cumplimiento del mandato conferido. Solicito se les reconozca personería a los apoderados y las facultades que por medio del presente instrumento se le han conferido.

Del Señor Juez, Muy atte.


ELIZABETH CHARRIS SARMIENTO
CC. 22.673.355 Santo Tomas Atlántico

Acepto:

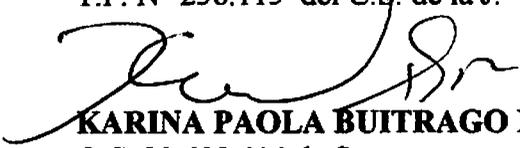

FLAVIO JOSE ORTEGA GOMEZ.
CC No. 8.684.605 de Barranquilla.
TP. 41.698 del C.S. de la J.


JENY ESTHER PACHECO CALLEJAS.
C.C No. 32.662.527 de Barranquilla.
TP- 43.417 del C.S. de la J.


YASMIN DE LA ROSA PEDROZA
C.C.No. 32.747.709 de Barranquilla
T.P.No.124.593 del C. S. de la J.


ANDREA MERCEDES PEREZ TORRES.
CC. No. 1.143.134. 387 de Barranquilla.
TP- 254.562 del C.S. de la J.


GLORIA ESTEFANY MUÑOZ CHARRIS
CC. N° 1.047.341.505 de Santo Tomas.
T.P. N° 258.115 del C.S. de la J.


KARINA PAOLA BUITRAGO RICAURTE.
C.C. 22.698.414 de Suan
T.P. 167.137 del C.S. de la J.


LESLIE MATILDE NIEBLES TORRES
CC. 22.551.646 de Barranquilla
T.P. N° 166.044 del C.S. de la J.

DEBERÁ SER
TERCERA DEL CÍRCULO
BARRANQUILLA
CASADO

NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA
ALFONSO LUIS AVILA FAGUL
DILIGENCIA DE PRESENTACION PERSONAL Y
RECONOCIMIENTO

El suscrito Notario certifica que este escrito fue presentado personalmente por:

SUZABETH CHARRIS SARMIENTO

Identificado con: 37.613.376 de SANTO TOMAS

Quien declara que su contenido es cierto, que la firma y huella puesta en él, es suya.

[Handwritten signature]

04 JUN. 2019

NOTARIO TERCERO DE BARRANQUILLA

HUELLA DEL
COMPARECIENTE



Cidoba Rinca

Señor:

JUEZ CUARTO (4º) CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTA MARTA

E. _____ S. _____ D.

Asunto: MEMORIAL APORTANDO SOPORTES DE ENVIO DE CITATORIO DE NOTIFICACIÓN PERSONAL DEL LLAMADO EN GARANTÍA CLÍNICA LA MILAGROSA

Proceso Verbal No. 2019-00049

Demandantes: DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ, DANIELO ENRIQUE MARTÍNEZ HOYOS Y SANTIAGO ANDRÉS MARTINEZ BOLAÑO.

Demandados: SALUD TOTAL EPS-S S.A., CLÍNICA LA MILAGROSA S.A. Y EL DR. HUGO ERNESTO ARRIETA ORTIZ

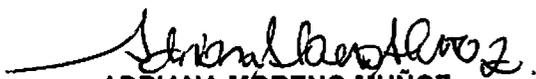
ADRIANA MORENO MUÑOZ mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 35.253.883 de Fusagasugá, abogada en ejercicio con tarjeta profesional No. 158.155 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como mandataria general de **SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL SUBSIDIADO S.A.** identificada con sigla **SALUD TOTAL E.P.S. S.A.**, por medio del presente escrito me permito allegar a su despacho los siguientes documentos que acreditan las gestiones adelantadas para notificar al representante legal de la Clínica La Milagrosa, del auto admisorio del llamamiento en garantía promovido por mi representado:

-Certificado expedido por la empresa de correos inter rapidísimo, mediante la cual consta que el 4 de agosto de 2019, fue entregado al llamado en garantía el citatorio de notificación personal.

-Guía No. 3000206182514, mediante la cual consta la remisión de la notificación y el pago de la suma de \$11.000

-Copia del citatorio, cotejado con el original que remitido al llamado en garantía.

Atentamente,


ADRIANA MORENO MUÑOZ
C.C. N° 35.253.883 de Fusagasugá
T.P. N° 158.155 del Consejo Superior de la Judicatura



CERTIFICADO DE ENTREGA



INTER RAPIDISIMO S.A. Con licencia del Ministerio de Tecnología de la Información y las comunicaciones No. 1189 y atendiendo lo establecido en el Código General Del Proceso, se permite certificar la entrega del envío con las siguientes características:

DATOS DEL ENVÍO

Número de Envío 700027559884	Fecha y Hora de Admisión 31/07/2019 15:32:45
Ciudad de Origen BOGOTÁ/CUNDICOL	Ciudad de Destino SANTA MARTA/MAGD\COL
Dice Contener NOTIFICACIONES / CITACIÓN ART. 291	
Observaciones COTEJADA	
Centro Servicio Origen 3338 - PTO/BOGOTÁ/CUND/COL/CRA 15 # 104 - 76	

REMITENTE

Nombres y Apellidos(Razón Social) SALUD TOTAL EPS - S S.A. BOGOTÁ	Identificación 8001309047
Dirección CARRERA 18 # 109 - 15. BOGOTÁ	Teléfono 3210284578

DESTINATARIO

Nombre y Apellidos (Razón Social) CLINICA LA MILAGROSA S.A. / ELIZABETH CHARRIS SARMIENTO	Identificación
Dirección CALLE 22 # 13 A - 19	Teléfono 0

INTER RAPIDISIMO S.A.
NO: 800211648 7
Fecha y Hora de Admisión
31/07/2019 03:32 p.m.
Fecha y Hora de Entrega
01/08/2019 06:00 p.m.

BOGOTÁ BQA

SANTA MARTA/MAGD\COL
CLINICA LA MILAGROSA S.A. / ELIZABETH CHARRIS SARMIENTO
CALLE 22 # 13 A - 19

NOTIFICACIONES

Notificaciones

Valor Comercial	\$ 10.000,00
Valor de este Rem.	1
Valor por transporte	0
Valor por otros	0
Valor de material	0
Valor Comercial	NOTIFICACIONES / CITACION ART. 291

SALDO TOTAL EPS - S S.A. BOGOTÁ 8001309047

CARRERA 18 # 109 - 15 BOGOTÁ
3210284578
BOGOTÁ/CUNDICOL

Fecha de entrega: 01/08/2019 06:00 p.m.

Notificaciones

Nombre y apellido

DIAGNOSTICO

Fecha de entrega: 01/08/2019 06:00 p.m.

Nombre: ELIZABETH CHARRIS SARMIENTO

Apellidos: SARMIENTO

Cédula o Nit: 3210284578

Firma y sello de notario

Firma: *Edith...*

Cod. Puntos origen: 0314 PUNTO 3338 BOGOTÁ

IMPRESIONADO EN BOGOTÁ

ENTREGADO A:

Nombre y Apellidos (Razón Social) FIRMA	Identificación
Fecha de Entrega 04/08/2019	

CERTIFICADO POR:

Nombre Funcionario ANA LUCIA ZAPATA PARRA	Fecha de Certificación 05/08/2019 21:48:36
Cargo SUPERVISOR REGIONAL	Código PIN de Certificación 1d53f21e-de4c-45e4-bae8-7cb83957752d
Guía Certificación 3000206182514	

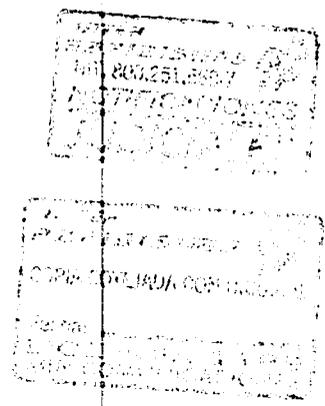
Salud Total EPS (BOGOTÁ EPS - c(109)
SIGSC: 0806199023
Folios: 1
Fecha: 08/06/2019 11:40:32 AM
Origen: INTER RAPIDISIMO
Destino: CONCILIACIONES

CON LO ANTERIOR SE CONFIRMA QUE EL DESTINATARIO VIVE O LABORA EN ESTE LUGAR CERTADA

La Prueba de Entrega original de esta Certificación reposa en el archivo de nuestra empresa por disposición de la DIAN. La información aquí contenida es auténtica e inmodificable y el número de guía es único, puede ser consultado en la página web <https://www.interrapidisimo.com/sigue-tu-envio> o a través de nuestra APP INTER RAPIDISIMO - Sigue tu Envío. En caso de requerir una copia de la Certificación Judicial puede solicitarla en cualquiera de nuestros puntos de atención por un costo adicional.

JUEZ CUARTO (4º) CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTA MARTA
Calle 23 No. 5-63 Edificio Benavides Macea
Santa Marta (Magdalena)

**CITACIÓN PARA DILIGENCIA NOTIFICACIÓN PERSONAL
LLAMAMIENTO EN GARANTÍA
ARTÍCULO 291 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO**



Fecha: 30 de julio de 2019.

Doctor:
ELIZABETH CHARRIS SARMIENTO
Representante legal y/o quien haga sus veces
CLÍNICA LA MILAGROSA S.A.
Calle 22 No. 13 A-19
Santa Marta

Numero radicado de proceso / Naturaleza del Proceso / Fecha de la providencia
2019-00049 Verbal 8 de julio de 2019

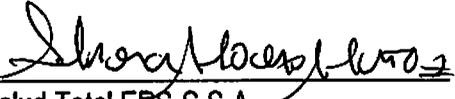
Demandantes: Demandados:
Diana Patricia Bolaño Florez Salud Total EPS-S S.A, Clínica La Milagrosa
Danilo Martinez y Santiago Martinez Dr. Hugo Arrieta Ortiz

Sírvase comparecer a este Despacho de inmediato dentro de los 5 x 10, 30 días hábiles siguientes a la entrega de esta comunicación de lunes a viernes, con el fin de notificarse personalmente de la providencia proferida en el indicado proceso.

Empleado responsable

Firma

Parte interesada


Salud Total EPS-S S.A.
Apoderada: Adriana Moreno Muñoz

Juzgado: 13 agosto / 19
hora: 3:30 P.M.
Juzgado
3 fotos

491

Señor:
JUEZ CUARTO (4º) CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTA MARTA
E. _____ S. _____ D.

Asunto: MEMORIAL APORTANDO SOPORTES DE ENVIO DE CITATORIO DE NOTIFICACIÓN PERSONAL DEL LLAMADO EN GARANTÍA ALLIANZ SEGUROS S.A.

Proceso Verbal No. 2019-00049

Demandantes: DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ, DANIELO ENRIQUE MARTÍNEZ HOYOS Y SANTIAGO ANDRÉS MARTINEZ BOLAÑO.

Demandados: SALUD TOTAL EPS-S S.A., CLÍNICA LA MILAGROSA S.A. Y EL DR. HUGO ERNESTO ARRIETA ORTIZ

ADRIANA MORENO MUÑOZ mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 35.253.883 de Fusagasugá, abogada en ejercicio con tarjeta profesional No. 158.155 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como mandataria general de **SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL SUBSIDIADO S.A.** identificada con sigla **SALUD TOTAL E.P.S. S.A.**, por medio del presente escrito me permito allegar a su despacho los siguiente documentos que acreditan las gestiones adelantadas para notificar a Allianz Seguros S.A. del auto admisorio del llamamiento en garantía promovido por mi representado:

-Certificado expedido por la empresa de correos inter rapidísimo, mediante la cual consta que el 1º de agosto de 2019, fue entregado al llamado en garantía el citatorio de notificación personal.

-Guía No. 3000206169514, mediante la cual consta la remisión de la notificación y el pago de la suma de \$10.000

-Copia del citatorio, cotejado con el original que remitido al llamado en garantía.

Atentamente,



ADRIANA MORENO MUÑOZ
C.C. N° 35.253.883 de Fusagasugá
T.P. N° 158.155 del Consejo Superior de la Judicatura



CERTIFICADO DE ENTREGA



INTER RAPIDISIMO S.A. Con licencia del Ministerio de Tecnología de la Información y las comunicaciones No. 1189 y atendiendo lo establecido en el Código General Del Proceso, se permite certificar la entrega del envío con las siguientes características:

DATOS DEL ENVÍO

Número de Envío 700027560152	Fecha y Hora de Admisión 31/07/2019 15:36:24
Ciudad de Origen BOGOTÁ/CUNDICOL	Ciudad de Destino BOGOTÁ/CUNDICOL
Dice Contener NOTIFICACIONES / CITACIÓN. ART. 291	
Observaciones COTEJADA	
Centro Servicio Origen 3338 - PTO/BOGOTÁ/CUNDICOL/CRA 15 # 104 - 76	

REMITENTE

Nombres y Apellidos(Razón Social) LUD TOTAL EPS - S S.A. BOGOTÁ	Identificación 8001309047
Dirección CARRERA 18 # 109 - 15. BOGOTÁ	Teléfono 3210284578

DESTINATARIO

Nombre y Apellidos (Razón Social) ALLIANZ SEGUROS S.A / IGNACIO JOSE DEL CJ VALENTIN BORJA NOBOA	Identificación
Dirección CARRERA 13 A # 29-24	Teléfono 0

BOGOTÁ/CUNDICOL

ALLIANZ SEGUROS S.A / IGNACIO JOSE DEL CJ VALENTIN BORJA NOBOA
CARRERA 13 A # 29-24

SOBRE MANEJA

Notificaciones

Valor Base \$ 2.800,00
Valor Seguro \$ 0,00
Valor otros Gastos \$ 2.800,00
Valor otros Controles \$ 0,00
Valor total \$ 5.600,00
CANTIDAD

BOGOTÁ/CUNDICOL

01 AGO 2019

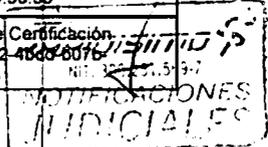
Andrés Parro
C.C. 7.569.722

ENTREGADO A:

Nombre y Apellidos (Razón Social) SELLO DE RECIBIDO Y CORRESPONDENCIA	
Identificación	Fecha de Entrega 01/08/2019

CERTIFICADO POR:

Nombre Funcionario ANA LUCIA ZAPATA PARRA	Fecha de Certificación 01/08/2019 19:56:38
Cargo SUPERVISOR REGIONAL	Código PIN de Certificación 50211432-d0b2-4668-8076-686f57be5cc3
Guía Certificación 3000206169514	



SELLA DE RECIBIDO Y CORRESPONDENCIA

BOGOTÁ/CUNDICOL

01/08/2019 19:56:38

Fecha: 01/08/2019 02:06:24 PM

Origen: INTER RAPIDISIMO

Destino: NOTIFICACIONES

NO ACEPTADA

CONFIRMA QUE EL DESTINATARIO VIVE O LABORA EN ESTE LUGAR.

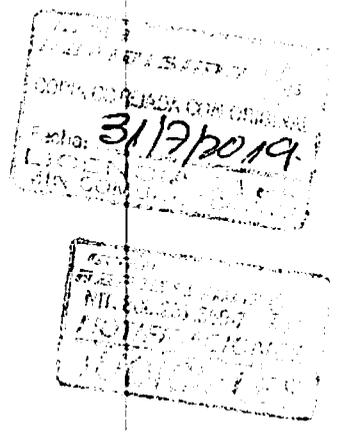
En el archivo de nuestra empresa por disposición de la DIAN. La información aquí contenida es auténtica e inmodificable y el número de guía es único, puede ser consultado en la página web <https://www.interrapidisimo.com/sigue-tu-envio> o a través de nuestra APP INTER RAPIDISIMO - Sigue tu Envío. En caso de requerir una copia de la Certificación Judicial puede solicitarla en cualquiera de nuestros puntos de atención por un costo adicional. Aplica condiciones y Restricciones

www.interrapidisimo.com - serviciotododocumentos@interrapidisimo.com Bogotá D.C. Carrera 30 No. 7- 45

PBX: 560 5000 Cel: 323 2554455

JUEZ CUARTO (4º) CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTA MARTA
Calle 23 No. 5-63 Edificio Benavides Macea
Santa Marta (Magdalena)

CITACIÓN PARA DILIGENCIA NOTIFICACIÓN PERSONAL
LLAMAMIENTO EN GARANTÍA
ARTÍCULO 291 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO



Fecha: 30 de julio de 2019.

Doctor:
IGNACIO JOSÉ DEL CJ VALENTÍN BORJA NOBOA
Representante legal y/o quien haga sus veces
ALLIANZ SEGUROS S.A.
Carrera 13 A No. 29-24
Bogotá D.C.

Numero radicado de proceso / Naturaleza del Proceso / Fecha de la providencia
2019-00049 Verbal 8 de julio de 2019

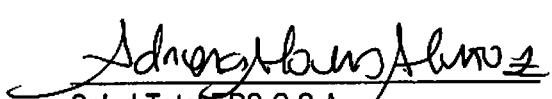
Demandantes: Demandados:
Diana Patricia Bolaño Florez Salud Total EPS-S S.A, Clínica La Milagrosa
Danilo Martinez y Santiago Martinez Dr. Hugo Arrieta Ortiz

Sírvase comparecer a este Despacho de inmediato dentro de los 5 10 x, 30 días hábiles siguientes a la entrega de esta comunicación de lunes a viernes, con el fin de notificarse personalmente de la providencia proferida en el indicado proceso.

Empleado responsable

Firma

Parte interesada


Salud Total EPS-S S.A.
Apoderada: Adriana Moreno Muñoz

Recibí: 14 agosto / 19
Hora: 4:30 P.M.
Jmii
371 Johns

Santa Marta (Magdalena), 09 de Agosto del 2.019.

Ref. Proceso.	Verbal.
Demandantes.	Diana Patricia Bolaño Flores y Otros.
Demandadas.	SALUD TOTAL - CLINICA LA MILAGROSA.
Rad.	2019 - 00049 - 00.

Contiene: 1o) Respuesta de Clínica La Milagrosa.

2º) Excepciones de Fondo. Autorización Paciente Pomeroy.

Señores.

JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO.

E. S. D.

JENY ESTHER PACHECO CALLEJAS, mujer, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía numero 32.662.527 expedida en la ciudad de Barranquilla (Atlántico) y la Tarjeta Profesional de Abogada No. 43.417 del C.S. de la J., domiciliada en la ciudad de Barranquilla (Atlántico), con transito permanente en la ciudad de Santa Marta (Magdalena), de la manera más atenta y respetuosa presento cordial saludo.

Manifiesto a su Señoría, que actúo en mi condición de Apoderada Especial Suplente de la entidad **CLINICA LA MILAGROSA. S.A.**, lo cual acredito con el poder especial que me confirió la Dra. **ELIZABETH CHARRIS SARMIENTO** en su condición de Gerente – Representante Legal Principal, poder que en original con reconocimiento de texto y firma por ante Notario, entregue al Juzgado junto con el llamamiento en garantía a la aseguradora contratada por mi mandante y en tal calidad y por estar en oportunidad para ello, manifiesto que **DESCORRO** el traslado que a mi poderdante se le hizo del auto admisorio dictado dentro del proceso de la referencia y al hacerlo, preciso que desde ahora y para siempre mi poderdante se **OPONE** de una manera **TOTAL** e **INTEGRAL** a todas y cada una de las Pretensiones de los Demandantes y **PIDO** se **NIEGUEN** en un todo y que en su lugar, se concedan en forma igual o similar las que impetra mi poderdante por medio del presente instrumento y que se relacionan más adelante.

Son **FUNDAMENTOS** para la **OPOSICION** a las pretensiones de los demandantes y en especial de las **PETICIONES** de mi representada y en primera instancia, **No existir la PRUEBA que pueda demostrar el OBLIGATORIO NEXO DE CAUSALIDAD entre los servicios médicos hospitalarios integrales que en la IPS CLINICA LA MILAGROSA, le fueron suministrados a la paciente DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ en cada uno de los dos ingresos a la citada IPS y en segunda instancia, los que se le prestaron al hijo de la paciente durante su nacimiento y a partir de tal momento hasta el doloroso y sentido fallecimiento,** por parte de los miembros de los diferentes equipos de salud que atendieron a la paciente y a su menor hijo y los DAÑOS y/o alteraciones que presentaba la

Oh. OK

paciente en cada uno de sus ingresos y entre estos, vaginosis, que es un proceso infeccioso que muy posiblemente fue la causa de la calificación del embarazo como de alto riesgo y en especial, del parto prematuro.

Tampoco existe el obligatorio nexo de causalidad entre los servicios que a la paciente le fueron prestados por el Dr. HUGO ARRIETA cuando como ginecólogo le practico pomeroy en el mismo acto quirúrgico de la cesárea y los DAÑOS que hoy reclama la paciente por no poder tener más hijos y *no existe el necesario nexo causal, por cuanto tal como lo demuestra la historia clínica electrónica y lo confirmarían las pruebas que se arrimaran en oportunidad, la paciente una vez se le recomienda por el Dr. Arrieta que autorice cesárea por signo que indicaba inicio de sufrimiento fetal, le solicita al Ginecólogo que le practique pomeroy por considerar que con el hijo que está por nacer, tiene su paridad satisfecha,* demostrando la historia clínica que el Ginecólogo tramito el consentimiento informado inicialmente a las 8.39AM y el segundo a las 9.14AM del 10 de Junio del 2.017, documento que fue impreso y firmado por la paciente en forma posterior a la cesárea, por la sencilla razón de que en tal momento la prioridad era la cesárea por el sufrimiento fetal que se estaba adicionando.

Es Muy importante tener en cuenta que para el momento en que la paciente firma el consentimiento informado que contiene la autorización para el pomeroy y la explicación en cuanto al tipo de procedimiento, las complicaciones que se podían presentar y que no era ciento por ciento un procedimiento de planificación seguro por que se podía dar un embarazo por recanalización de las trompas, *está totalmente consiente y orientada en todas sus esferas, ya que la anestesia que le colocaron y como fue raquídea, no le afecta su capacidad de comprensión, razonamiento y libre determinación, máxime cuando la historia clínica demuestra que no se le coloco ningún sedante o relajante una vez termino la cesárea que le hubiere causado somnolencia o alteración de la conciencia.*

De igual manera NO existe el obligatorio NEXO DE CAUSALIDAD entre los dolorosos y lamentable DAÑOS que sufrió el recién nacido después del segundo día de su prematuro nacimiento y los servicios médicos hospitalarios integrales que le fueron prestados inicialmente por el Dr. HUGO ARRIETA cuando por cesárea de URGENCIA ante signo claro de inicio de sufrimiento fetal, lo extrae del vientre materno y una vez nace, por el PEDIATRA de la unidad y al día siguiente de su nacimiento, por el pediatra de piso en dos oportunidades y a partir del segundo día siguiente al nacimiento y una vez presenta signos de inicio de complicaciones *asociadas en un todo a ser un recién nacido prematuro y en concreto: "Vómitos en un prematuro", ingreso a la UCIN con atención inicial dentro de la misma UCIN, con criterios de UCIN INTERMEDIA y en forma posterior ante su mala evolución, atención con criterios de UCIN INTENSIVA, estando entre la principal complicación que presento el recién nacido, entero colitis necrosante que no pudo ser revertida muy a pesar de su diagnóstico y tratamiento oportuno, complicación que tuvo desarrollo negativo y genero las demás complicaciones y entre estas, sepsis tardía, coagulación intravascular diseminada, hemorragia*

pulmonar difusa, disturbio metabólico, disturbio hidro electrolítico, convulsión y todo esto fue el nexo causal del fallecimiento del recién nacido.

De igual manera tenemos que NO existe ni esta arrimada al proceso ni se podrá allegar, *la PRUEBA MEDICO CIENTIFICO que siquiera a título de Indicio Leve en su forma de contingente, pueda PROBAR en legal forma, UNO cualquiera de los elementos de la Responsabilidad dentro de los procesos por responsabilidad médica y que son actuar con FALTA de oportunidad, pertinencia o actuar con Imprudencia, Impericia o Falta de Diligencia o mediante el quebrantamiento de Reglamentos y al NO poderse probar uno de estos elementos, NO se le puede imputar ningún tipo de responsabilidad a ninguno de los médicos que conformaron los diferentes equipos de salud que en la IPS CLINICA LA MILAGROSA, atendieron a partir de cada uno de los dos ingresos de la paciente DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ y a su hijo durante su nacimiento y partir de tal momento, ya que NO existe el principal elemento de la responsabilidad y en concreto, la CULPA por acción o por omisión, culpa que conforme la Jurisprudencia reciente y por tener los médicos obligación de MEDIOS y NUNCA de resultado en los casos como el que es objeto de la Litis, siempre es PROBADA y jamás presunta.*

Tenemos que en contrario de la no existencia de ningún tipo de prueba que demuestre uno de los obligatorios elementos de la responsabilidad médica, *existen PLENAS PRUEBAS MEDICO CIENTIFICAS y entre ellas, la Historia Clínica, Literatura Médica y Declaraciones de los Médicos Especialistas y Experticia Medico Científico que se arrimaran al proceso en su oportunidad, que demuestran en forma apodíctica, que toda la Atención Medico Hospitalaria Integral que se le suministro al paciente, estuvo apegada en un todo a la OPORTUNIDAD, RACIONALIDAD, PERTINENCIA, PRUDENCIA, DILIGENCIA y PERICIA indicados en los Protocolos Médicos y que por lo tanto, NO tuvo ningún tipo de responsabilidad el EQUIPO DE SALUD (Conforme la Resolución 1.995 de 1.999, el equipo de Salud está conformado por los Médicos Especialistas Tratantes, los Consultantes, Médicos Generales, Enfermeras Profesionales, Auxiliares de Enfermería, Técnicos, Camilleros) que en la IPS. CLINICA LA MILAGROSA, atendieron a la paciente a partir de su ingreso, con respecto de las complicaciones que presento en cada uno de sus ingreso y en concreto, vaginosis, la cual conforme la literatura médica pudo ser con alta probabilidad, la causa directa y única del parto prematuro, lo cual fue el nexo causal de las complicaciones que sufrió el recién nacido y que no permitieron que asimilara los múltiples tratamientos que se le ordenaron y suministraron al recién nacido y por ende, es procedente decretar la total falta de responsabilidad de CLINICA LA MILAGROSA. S.A.*

PRETENSIONES DEMANDADA.

Como resultado directo de todo lo indicado y en especial de la realidad de los hechos y de las pruebas que están arrimadas al proceso y las que se allegaran, SOLICITO de la manera más humilde y rogada ratifico la Petición para que el Señor Juez NIEGUE en un todo las pretensiones de los demandantes y en especial, que en forma Similar o Semejante, en la ratio decidendi de la sentencia se manifieste, lo siguiente: -

1o) Que la totalidad de los Servicios Médicos Hospitalarios Integrales suministrados por los profesionales de la salud que conformaron los equipos de salud que atendieron a la paciente DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ y a su menor hijo en la IPS. CLINICA LA MILAGROSA, se ajustaron en un todo a la Oportunidad, Pertinencia, Racionalidad, Prudencia, Pericia y Diligencia indicados en los protocolos médicos y/o en las guías de manejo medico y/o en la literatura médica y de igual manera, a la norma legal vigente.

2o) Que NO EXISTIÓ conducta Medica revestida de Imprudencia y/o Impericia y/o Falta de Diligencia y/o de oportunidad y/o de pertinencia y mucho menos quebrantamiento de reglamentos o norma legal imputable a uno o varios de los miembros de los equipos de salud que en la IPS CLINICA LA MILAGROSA atendieron a la paciente y al recién nacido y por lo tanto, NO existe ningún tipo de responsabilidad de CLINICA LA MILAGROSA. S.A., ni de ninguno de los miembros de los equipos de salud.

3o) Que NO EXISTE EL OBLIGATORIO NEXO DE CAUSALIDAD entre los servicios médicos hospitalarios integrales que en la IPS CLINICA LA MILAGROSA se le prestaron a la paciente DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ y a su menor hijo durante su nacimiento y a partir de tal momento y los DAÑOS con que ingreso la paciente y mucho menos con respecto de los DAÑOS que sufrió el recién nacido y que tuvieron como nexo de causal único, las COMPLICACIONES que presento el recién nacido a partir del segundo día de su nacimiento y tuvieron como nexo causal único, ser prematuro.

4o) Que ni la entidad CLINICA LA MILAGROSA. S.A., ni los médicos que conformaron los diferentes equipos de salud que atendieron a la paciente a partir de su ingreso a la IPS CLINICA LA MILAGROSA y al producto del embarazo durante su nacimiento y a partir de tal momento, están obligados a pagarle suma de dinero alguna a los demandantes o a otras personas, por ninguno de los conceptos que se reclaman con la demanda, ni por ningún otro concepto.

5o) Que se condene en Costas Procesales y en forma especial al pago de Agencias en Derecho a los Demandantes, las cuales deben pagarle a la demandada por conducto de mi persona dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la ejecutoria del auto que ordene su pago y apruebe su liquidación.

RESPUESTA A LOS HECHOS DE LA DEMANDA.

1o) Al primer punto de los Hechos.

No le consta a mi mandante lo que se dice y debe ser probado.

2o) Al Segundo Punto de los Hechos.

Lo que se dice en cuanto a las atenciones por consulta externa de la EPS, no le consta a mi poderdante por cuanto no tuvo ningún tipo de participación directa o indirecta, *pero es muy importante tener en cuenta que desde el inicio de los hechos, se incurre por parte de la Ilustre Jurista Demandante en varios errores graves que demuestran la total improcedencia de la demanda por total desconocimiento de los protocolos médicos y de las normas que regulan los servicios médicos, estando entre los graves errores, los siguientes:*

2-a) El resultado de la ecografía del 21 de Diciembre del 2.016 y que se dice fue: "embrión único con fetocardia positiva", *no descartaba que el feto pudiere tener algún tipo de alteración, sin poder dejar de tener en cuenta, que el producto del embarazo no presento ni al momento de su nacimiento ni posteriormente, signos de malformaciones congénitas y en especial, que el nexo causal único de las complicaciones que presento, fue el hecho cierto de ser prematuro.*

2-b) Lo que se dice fue un "diagnostico" en las consultas de los días 1 y 4 de Febrero y 17 de Marzo del 2.017 y así mismo en la consulta del 18 de Abril y que se denomina "Supervisión del embarazo de alto riesgo", NO es un diagnóstico y es solo una recomendación de la médico que atiende a la paciente.

2-c) El hecho de reconocerse que la médico que atendió el curso del embarazo, registro varias veces, supervisión de un embarazo de alto riesgo, *demuestra total anfibología entre lo que en forma cierta recomendó la médico y lo que se dice en hechos siguientes en cuanto a que fue un embarazo normal, ya que no lo fue.*

3o) Al Tercer Punto de los Hechos.

ES CIERTO PARCIALMENTE por cuanto se OMITE muy a pesar de que se conoce, informar que la paciente ingreso por URGENCIA a la IPS CLINICA LA MILAGROSA el 28 de Mayo del 2.017 a las 11.110 y el motivo del ingreso registrado por el médico de la Urgencia, fue dolor pélvico y referir que tenía contracciones uterinas, por lo cual se ordenó uteroinhibicion y maduración pulmonar, estudios, laboratorios, tratamiento y pide valoración por Ginecología.

La paciente fue valorada por el Dr. HUGO ARRIETA como ginecólogo el mismo día del ingreso y registra los datos producto de la valoración y como diagnóstico: "Amenaza de parto prematuro", por considerar que se trata de una paciente con un embarazo pretermino, con actividad uterina irregular y que la sintomatología presentada era secundaria a infección vaginal y como existía riesgo de un parto

prematureo y NO se contaba con cupo en la UCIN NEONATAL, se inició maduración pulmonar y se le solicitó a SALUD TOTAL la remisión, la cual se dio al día siguiente a la IPS CLINICA REINA CATALINA de la ciudad de Barranquilla, ya que según se informó por los funcionarios de tal EPS, no les fue posible encontrar cupo en UCIN en la ciudad de Santa Marta.

Es de suma importancia tener en cuenta que conforme la literatura médica que se aporta como prueba médico científica, el PERFIL BIOFISICO es un estudio que de preferencia se ordena en el tercer trimestre del embarazo y *su principal objetivo es controlar los movimientos corporales; el tono muscular; los movimientos respiratorios; el estado del líquido amniótico y el ritmo cardiaco y en especial, ante un parto prematuro o sospecha de complicaciones, pero no descarta malformaciones cardiacas o coronarias congénitas.*

De igual manera es muy importante tener en cuenta que tanto al ingreso como al egreso de la citada IPS, confirmaron el diagnóstico que hizo el Dr. HUGO ARRIETA en el primer ingreso de la paciente a la IPS CLINICA LA MILAGROSA y en concreto, VAGINOSIS y es muy importante, *por cuanto conforme lo indican los protocolos médicos, la literatura médica y lo confirmaran los médicos que rendirán declaración jurada, tal infección fue la muy probable causa del nacimiento prematuro del hijo de la paciente y la prematuridad fue la causa única de las complicaciones que presentó el recién nacido a partir del segundo día a su nacimiento.*

La literatura médica sobre las infecciones vaginales y su relación con los partos prematuros, determina lo siguiente: "Las infecciones vaginales se caracterizan por síntomas como flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, dispareunia y mal olor vaginal, por invasión de patógenos como resultado de un desbalance en el ecosistema vaginal. Son responsables del 31% al 47,9% de los partos pretermino.

Las infecciones vaginales se encuentran presentes en el 57,1% de las adolescentes con parto pretérmino, similar a la literatura, que reporta que son responsables del 31% al 47,9% de los partos pretérmino. El antecedente de infección vaginal incrementa 2,46 veces el riesgo de presentar parto pretérmino ($p=0,01$), puesto que la exposición a patógenos vaginales durante el embarazo desencadena un proceso inflamatorio que a su vez provoca el trabajo de parto o la rotura prematura de las membranas".-

4o) Al Cuarto Punto de los Hechos.

Como quiera que tiene varios hechos sustancialmente diferentes, contesto a cada uno de ellos de la siguiente manera:

4-a) Lo que se dice en el primer párrafo, no le consta a mi mandante por cuanto no tuvo participación directa o indirecta.

4-b) Al Segundo, tercero y cuarto párrafo. ES CIERTO PARCIALMENTE por cuanto se OMITEN datos de suma importancia y lo CIERTO y que demuestra la historia clínica, es lo siguiente:

4-b-1) "Fecha: 09/06/2017 07:31.Motivo de Consulta/ Ingreso: "TENGO CONTRACCIONES". Enfermedad Actual: paciente con embarazo de 34.6 semanas por FUM quien refiere cuadro clínico de aproximadamente 12 horas de evolución consistente en dolor lumbar irradiado a abdomen tipo contracción cada 10 minutos con duración 30 segundos asociado a sangrado vaginal moderado el cual se incrementa en las últimas horas".

"G2 p1 (36 semanas) a0

FUM: 08/10/2016----> 34.6 semanas

ECO 22/11/2016: 5 semanas---> 33.3 semanas

ECO 28/03/2017: 24.5 sem --->35.1 sem placenta anterior

Epicrisis: 31/05/2017: cervicometria longitud de cervix 4cms oci cerrado".

"Signos Vitales:

Presión arterial (mmHg): 110/60, Presión arterial media (mmhg): 76 Frecuencia cardiaca (Lat/min): 78 Frecuencia respiratoria (Respi/min): 18 Temperatura (°C): 37 Saturación de oxígeno (%): 99 Intensidad del dolor: 6.

Examen Físico:

Regiones del cuerpo humano

Aspectos generales : buenas condiciones generales

Cabeza y cuello : normal

Tórax : normal

Abdomen : au:32cms globoso por útero grávido feto único longitudinal cefálico

Fcf:145lpm

Extremidades superiores : normal

Genitourinario : cuello cerrado, formado, posterior, cefálico, con salida de tapón mucoso

Extremidades inferiores : normal

Piel y faneras : normal

Sistema nervioso central : normal

Análisis clínico: paciente con embarazo de 34.6 semanas quien refiere sangrado vaginal desde anoche, en el momento paciente estable, con actividad uterina irregular, fcf: 147lpm, sin cambios cervicales, no sangrado al examen físico. Se valora paciente en conjunto con ginecología (Dr. Antolín) quien ordena hospitalizar con diagnóstico de amenaza de parto prematuro. Se realiza refuerzo de maduración pulmonar dado que esta se realizó hace más de 10 días

Plan de Manejo: se valora con ginecología quien ordena:

1. Hospitalizar

2. Dieta normal
3. Ssn 0.9% pasar a 500cc iv ahora luego tapón venoso
4. Nifedipino 20mg ahora luego 10mg cada 6 horas
5. Acetaminofén 500mg vo cada 8 horas
6. Hioscina 20mg iv cada 8h
7. Betametasona 12mg im ahora du
8. Ss/ ecografía obs trans abdominal + eco doppler
9. Ss/ monitoreo fetal
10. ss/ hemograma y parcial de orina con sonda
11. Csv ac.

4-b-2) Valorada a las 15.33 por la Dra. XILENA GOONZALEZ como médico de piso, quien registra iguales condiciones hemodinámicas, neurológicas, vasculares de la paciente similares a las que hicieron la Dra. MAURENT OSPINO en conjunto con el Dr. ANTOLIN ORTIZ al ingreso de la paciente y confirma orden para realización de los estudios, laboratorios y demás.

4-b-3) NO ES CIERTO en manera alguna que el resultado del dopler descartara malformaciones congénitas, ya que el mismo hace referencia es la circulación placentaria donde se evalúa la arteria umbilical, la arteria cerebral media, el ductus venoso (vaso a nivel abdominal entre otros), pero no se realiza evaluación cardiaca minuciosa y para ello, lo indicado es un ecocardiograma fetal, *recordando que el recién nacido no presento malformación congénita de ningún tipo y que la causa de su deceso, fueron las complicaciones que presento por ser prematuro.*

4-b-4) Fecha: 09/06/2017 21:44. Primera Valoración del Dr. Libar Emilio Blanco como Ginecólogo y segunda valoración por Ginecología a partir del ingreso.

Idx:

- Embarazo de 33.3 semanas por eco temprana y 34.6 semanas por fum
- Amenaza de parto pretermino

Quien actualmente refiere ausencia de contracciones, niega salida de líquido, niega síntomas premonitorios. Al examen se constata ausencia de actividad uterina, actualmente hemodinámicamente estable sin signos de respuesta inflamatoria sistémica.

Plan: continuar igual manejo.

Signos vitales.

Presión arterial (mmHg): 110/60, Presión arterial media (mmhg): 76 Frecuencia cardiaca (Lat/min): 78 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 18 Temperatura(°C): 37 Saturación de oxígeno(%): 99 Intensidad del dolor: 0

Regiones del cuerpo humano

Aspectos generales: alerta, consciente, orientada, tranquila.

Cabeza y cuello: normal

Tórax: normal

Abdomen: feto único, longitudinal, cefálico, sin actividad uterina, movimientos fetales presentes, au: 32cm fcf: 148lpm

Extremidades superiores: normal

Genitourinario: normoconfigurado. Tv: cérvix posterior, formado, permeable a un dedo. Tapón mucoso en guante.

Extremidades inferiores: normal

piel y faneras: normal

sistema nervioso central: norma

Análisis de resultados

Análisis paraclínicos: monitoreo fetal: categoría I

Análisis resultados: paciente quien actualmente refiere ausencia de contracciones, niega salida de líquido, niega síntomas premonitorios.

Al examen se constata ausencia de actividad uterina, actualmente hemodinámicamente estable sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, con monitoreo fetal categoría I.

se le explica a la paciente quien dice entender y aceptar.

Plan de manejo

Justificación de estancia: actualmente refiere ausencia de contracciones, niega salida de líquido, niega síntomas premonitorios. Al examen se constata ausencia de actividad uterina, actualmente hemodinámicamente estable sin signos de respuesta inflamatoria sistémica. Plan: continuar igual manejo”.-

4-c) En cuanto a lo que se dice en forma tendenciosa en el último párrafo del hecho, NO ES CIERTO en manera alguna que la paciente fue valorada solo por estudiantes de medicina y lo UNICO CIERTO y que demuestra la historia clínica, es que la paciente fue atendida a su ingreso por el Dr. ANTOLIN ORTIZ como Ginecólogo en compañía de la Dra. MAURENT OSPINO; - En forma posterior y en concreto a las 15.33, fue atendida por la Dra. XILENA GONZALEZ quien es médico general; - Posteriormente y a las 21.44 fue atendida por el Dr. LIBAR BLANCO como Ginecólogo, quien en su turno la valoro en la madrugada del 10 de Junio y después a las 5.31 y así mismo, por el Dr. HUGO ARRIETA a las 8.20 y fue el Dr. Arrieta quien le RECOMENDO a la paciente AUTORIZAR CESAREA DE URGENCIA, por cuanto encontró un signo de sufrimiento fetal *que NO se había presentado y en concreto, desaceleración del ritmo cardiaco del feto, ante las contracciones uterinas.*

5o) Al Quinto Punto de los Hechos.

Como tiene varios hechos que son totalmente diferentes y suceden en tiempos diferentes, contesto a cada uno de ellos de la siguiente manera:

5-a) Al Párrafo primero.

NO ES CIERTO lo que en forma contraria a lo que demuestra la historia clínica se dice sin fundamento alguno y en concreto, en cuanto a que la paciente fue valorada a las 5.AM por estudiante de medicina en práctica y lo UNICO CIERTO, es que la paciente siempre fue atendida por médicos generales ya titulados y con experiencia y por tres ginecólogos.

5-b) Al párrafo segundo.

ES CIERTO PARCIALMENTE por cuanto se OMITEN datos muy importantes de la valoración hecha por el Dr. Libar Blanco como Ginecólogo, cuando por tercera oportunidad valoro en su turno a la paciente.

5-c) Al tercer párrafo.

ES CIERTO PARCIALMENTE por cuanto se OMITEN datos de suma importancia, estando entre lo que se OMITE, que el Dr. ARRIETA le RECOMIENDA a la paciente que AUTORICE CESAREA por cuanto ha encontrado un signo que indica inicio se sufrimiento fetal y en concreto, desaceleración momentánea de la frecuencia fetal en cada contracción uterina y también se OMITE informar que en este momento, la paciente le *manifiesta al Dr. Arrieta, que autoriza la cesárea, pero pide que en el mismo acto quirúrgico le haga ligadura de trompas (Pomeroy), por cuanto con el hijo que está por nacer, da por satisfecha su paridad.*

5-d) Al cuarto párrafo.

ES CIERTO PARCIALMENTE por cuanto se OMITEN datos de suma importancia y la historia clínica demuestra lo siguiente:

A las 09:00 horas enfermería registra que la paciente ingresa al servicio de cirugía.

A las 09:15 enfermería registra que traslada a la paciente al quirófano N° 2, a esa misma hora deja registro que el anestesiólogo coloca anestesia raquídea.

A las 09:30 horas enfermería registra que el Dr. Arrieta inicia procedimiento quirúrgico.

“A las 09:39 horas enfermería registra que nace producto de sexo masculino con Apgar 9/10 y a los diez minutos apgar de 10/10.

A las 10:00 horas enfermería registra que termina procedimiento quirúrgico sin complicaciones.

La Dra. Lina Torres Meléndez como pediatra anota: Bebe femenina fruto de madre de 25 años, gestación de 34.6 semanas controlada nacida por cesárea por amenaza de parto termino, adaptación espontanea.

Análisis de Resultados: perfil infeccioso negativo para vih, sífilis, toxoplasma y hepatitis b

Signos Vitales: Presión arterial (mmHg): 90/70, Presión arterial media(mmHg): 76
Frecuencia cardiaca(Lat/min): 120 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 50
Temperatura(°C): 37.6 Saturación de oxígeno(%): 96 Fracción inspirada de oxígeno(%): 21
Peso al ingreso del Recién Nacido(g): 2340 Peso(Kg): 2.34 Talla al ingreso del Recién Nacido(cm): 47
Talla(cm): 47 Perímetro cefálico Recién Nacido(cm): 32.5 Perímetro torácico(cm): 28.5 Perímetro torácico Recién Nacido(cm): 28.5

Plan de manejo:

Mantener eutérmico

Lactancia materna a libre demanda

Curación de ónfalo

Vacunar con hepatitis b y bcg

Cuidados generales del rn

Seguimiento a hemoclasificación y tsh

Se solicita glucometría c/ 6 horas preprandiales avisar si es menor a 50 mg7dl.

El recién nacido es dejado con su madre quien inicia suministro de alimentación con leche materna y no presenta en las primeras veinticuatro horas siguientes al nacimiento, ningún tipo de complicación y mucho menos signos de malformaciones congénitas, siendo muy importante tener en cuenta que la valoración de la pediatra demuestra por el hecho de presentar un apgar de 9/10 al momento de nacer y al poco tiempo de 10/10 y por los demás registros, tuvo una buena adaptación al medio ambiente una vez se separa del vientre de su madre y sin presentar ningún tipo de dificultad respiratoria inicialmente, todo lo cual demuestra y con muy alta probabilidad, que el inicio de sufrimiento fetal que diagnostico el Dr. Hugo Arrieta y que fue solucionado en forma oportuna, NO le causo ningún tipo de daño al recién nacido estando dentro del vientre, ni en el momento de su nacimiento, ni en forma posterior.

6°) Al Sexto Punto de los HECHOS.

NO ES CIERTO nada de lo que se dice en cuanto a las horas que se relacionan y mucho menos en cuanto a que la paciente no autorizo ni solicito el pomeroy y lo UNICO CIERTO es que tal como lo demuestra la historia clínica electrónica y cuyos registros son totalmente inalterables, demuestra que el Dr. HUGO ARRIETA a las 8.39 AM, del 10 de Junio del 2.017, realiza el primer consentimiento informado del POMEROY y que en forma posterior realiza un segundo consentimiento informado y en ambos documentos, registra que le explica a la paciente todo lo referente al pomeroy, las posibles complicaciones y en especial, que no es un procedimiento ciento por ciento seguro y que puede

presentarse una recanalización de las trompas y darse un embarazo y la paciente confirmo su solicitud para que se le hiciera la ligadura de trompas.

Tal como lo demuestro con la CERTIFICACION expedida por el Ingeniero de Sistemas MARLON CARDENAS PIÑERES en su condición de Jefe de Sistemas de CLINICA LA MILAGROSA, en la historia clínica electrónica de la paciente DIANA BOLAÑO FLOREZ, figura diligenciado un primer consentimiento informado que indica que la paciente solicito y autorizo POMEROY a las 8.30 AM del 10 de Junio y así mismo, un segundo consentimiento informado que también contiene autorización para pomeroy con las debidas explicaciones, realizado a las 9.14AM del mismo día, indicando que ningún registro que se ingresa a la historia clínica electrónica, puede ser modificado una vez se accesa al sistema.

El motivo por el cual no se pudo imprimir el consentimiento informado para que lo firmara la paciente antes de la cesárea y en concreto a las 8.39 AM y/o a las 9.14AM, fue por cuanto el Dr. Hugo Arrieta y como debe ser, dio total prioridad a la cesárea por existir signos de inicio de un sufrimiento fetal y es por ello que la impresión del consentimiento informado figura realizada en forma posterior al inicio del procedimiento, documento que fue firmado por la paciente después de terminar la cesárea y cuando estaba totalmente recuperada de la anestesia en la parte que se le durmió, sin poder olvidar que la anestesia fue raquídea y por lo tanto siempre tuvo total lucidez mental de sus actos y de todo su entorno, ya que solo se adormece de la zona raquídea hacia abajo.

Adicionalmente, tenemos que la historia clínica y en concreto el record de anestesia, demuestra que por no requerirlo la paciente, una vez termino la cesárea, no se le aplico ningún relajante o sedante que le pudiere podido causar somnolencia y/o algún tipo de amnesia retrograda y/o de perturbación de su conciencia, que le hubiere impedido tener total conciencia en el momento en que firmo el consentimiento, que se reitera, fue elaborado una vez la paciente ingresa al quirófano por su PETICION EXPRESA, CLARA y CONCRETA de que se le hiciera POMEROY.

7º) Al Séptimo Punto de los Hechos.

Como tiene varios hechos totalmente diferentes, contesto a cada uno de ellos de la siguiente manera:

7-a) Al Primer Párrafo.

Incurriendo en otro GRAVE ERROR, se dice: “.., es tratado por la amenaza de parto prematuro y no ...” y es un GRAVISIMO ERROR, por cuanto a partir del momento del nacimiento, ya no se puede hablar de amenaza de parto prematuro por cuanto ya se dio el parto y una cosa muy diferente, es que el recién nacido y por cuanto así lo determinan los protocolos médicos, es prematuro al no haber podido completar como mínimo las treinta y siete (37) semanas de gestación.

7-b) Al Segundo Párrafo.

ES CIERTO PARCIALMENTE por cuanto SE OMITEN datos de suma importancia y la historia clínica demuestra lo siguiente:

“11/06/2017 10:16, se registra nueva nota de PEDIATRIA quien realiza **NOTA DE INGRESO al servicio DE NEONATO** e indica como **Motivo de Consulta** vomito- pretermino, anotando en la **Enfermedad Actual** que es : RN de sexo masculino producto de segundo embarazo de 33,4 semanas de edad gestacional por eco temprana y 35 semanas por FUM, que tiene un score de Ballar para 35 semanas. Que es hijo de una madre de 25 años, con parto por cesárea por sufrimiento fetal agudo, grupo sanguíneo 0+, VDRL no reactivo, VIH TOXOPLASMA HB NEGATIVO, con perfil infeccioso negativo no procesos infecciosos durante el embarazo. Que él bebe nace vigoroso sin dificultad respiratoria sin déficit neurológico. Que en la noche presenta emésis post-prandial de contenido alimentario, ausencia de deposiciones, glicemia en 48 mg.

Le encuentra los siguientes Signos Vitales: Presión arterial (mmHg): 57/30, Presión arterial media(mmhg): 39 Peso al ingreso del Recién Nacido (g): 2300 Frecuencia cardiaca (Lat/min): 130 Saturación de oxígeno (%): 100 Frecuencia respiratoria (Respi/min): 42 Temperatura (°C): 36.7.

En el examen físico con respecto al abdomen anota un onfalo con tres vasos y abdomen leve mente distendido sin megalias con circunferencia abdominal de 30 cm.

En cuanto a lo neurológico indica que esta activo, reactivo a estímulos con reflejos primitivos presentes. Es decir condición neurológica adecuada.

El mismo día 11/06/2017 a las 16:56 - en Ronda de PEDIATRIA se anota que es el primer día de vida y esta su primer día de hospitalización con los siguientes diagnósticos

- 1-Recien nacido pretermino bajo peso
- 2-Riego inherentes a prematurez
- 3-Vomitos del recién nacido

Se reporta una diuresis 1cc cc/kilo/hora, una deposición y una glucometría 66 mg/dl- Todo lo anterior dentro de lo normal.

Los signos vitales de ese momento son Presión arterial (mm/hg): 57/30, presión arterial media (mm/hg):39, frecuencia cardiaca (lat/min): 142 frecuencia respiratoria (respi/min): 32 temperatura (°C): 36.7 saturación de oxígeno(%)100 con fracción inspirada de oxígeno(%): 21. Valores que son normales para su condición de pre-termino y su edad.

El examen físico indica que esta afebril con sonda orogastrica con drenaje escaso, sin signos de dificultad respiratoria, ruidos cardiacos sin soplo, ritmicos, llenado capilar de 2 seg, el abdomen tiene disminución de la distención, y sistema nervioso central normal. **Indica que las glucometrias están estables, se evidencia escasa salida de líquido claro por SOG y que realiza una deposición (meconio).**

7-c) Al Tercer Párrafo.

NO ES CIERTO que al recién nacido se le dio el diagnostico de ATRESIA DEL ESOFAGO SIN MENCION DE FISTULA y NO puede ser cierto y en primera instancia, por cuanto conforme la Literatura Médica, la atresia del esófago es un transtorno del aparato digestivo en el cual el esófago no se desarrolla apropiadamente y por ello los alimentos que ingiere el paciente no llegan al abdomen y se presentan complicaciones inmediatas y es una anomalía congénita; En segunda instancia, por cuanto de haberse diagnosticado tal patología con fundamento en signos que nunca presento el recién nacido y en el resultado de estudios especializados que no se ordenaron por total ausencia de signos, *hubiere sido imposible que el paciente hubiere podido ingerir leche materna durante los dos primeros días de vida y mucho menos, haber hecho el total de deposiciones que realizo y la historia clínica nos demuestra que a los pocas de horas de nacido fue dejado con su madre y que ingirió leche materna.*

7-d) Al Cuarto Párrafo.

En cuanto a los registros PARCIALES de la historia clínica en las fechas que se relacionan, es importante ACLARAR que además de ser registros parciales, se intenta decir en forma no cierta, que hubo días en que el paciente no fue valorado en sala de neonatos o a partir de su ingreso a la UCIN NEONATAL, *siendo importante tener en cuenta el gran error en que se incurre cuando después del registro parcial del 19 de Junio, se dice: "A partir de este momento el paciente es enviado a Cuidados Intensivos" y es un GRAVE ERROR, por cuanto la historia clínica demuestra que el paciente ingreso a la UCIN INTERMEDIA, el doce (12) de Junio y el motivo fueron los vómitos y una glicemia inferior a 48, ya que se trataba de un prematuro.*

Es en demasía importante tener en cuenta lo siguiente:

7-d-1) El motivo de ingreso a la unidad neonatal fue por los vómitos en el contexto de un recién nacido pretermino. De acuerdo con los lineamientos de criterios de ingreso a las unidades de cuidados neonatales, de la Asociación Colombiana de neonatología, se tomó como criterio para el ingreso del paciente el siguiente: "Intolerancia o suspensión de la vía oral con requerimiento de líquidos endovenosos a permanencia. (Diferentes expansores de volumen)". *(Este criterio corresponde a los criterios de ingreso a cuidados intermedios)*

Se debe aclarar que las unidades de cuidados intensivos neonatales no son diferentes a las unidades de cuidados intensivos intermedios. Según resolución de habilitación 2003 del 2014 define en relación a infraestructura lo siguiente para unidad de cuidados neonatales en el ámbito intermedio:

Cuenta con los siguientes ambientes, áreas o espacios y características exclusivos, delimitados, señalizados y de circulación restringida, que pueden ser compartidos con cuidado intensivo y básico, siempre y cuando se tengan separadas claramente las áreas de cada servicio. Para la unidad de cuidados intensivos dice en infraestructura: Cumple lo exigido para unidad de cuidado intermedio neonatal.

Lo anterior para dejar claro que el área de atención es la misma para cuidados intermedios e intensivos y son los cuidados que se le dan al paciente dependiendo del diagnóstico y gravedad del padecimiento, el que indicara si está en cuidados intensivos o intermedios. La infraestructura y la tecnología usadas en estas unidades permite sin necesidad de movilizar al paciente de un área a otra área, que en el mismo espacio tenga las condiciones para uno u otro tipo de atención.

7-d-2) El día 10 que nace el paciente tiene un proceso de transición vida intrauterina a extrauterina adecuada. Ya se anotó que tuvo un buen Apgar y que se dejó al lado de la madre para que recibiera lactancia materna, con indicación de controlar la glucosa sanguínea. El día 11 el recién nacido presenta vómitos que contienen leche ingerida, además presenta una glucometría de 48. La presencia de vómitos y la glucometría de 48 son las razones que indican pasar al recién nacido a la unidad neonatal como ya se anotó anteriormente a cuidados intermedios por presentar "intolerancia a la vía oral, es decir los vómitos" y por ello se le colocó suero dextrosado endovenoso.

7-d-3) Entre los días 11 y 14 de junio se registra en el día 14/06/2017 en la evolución médica de las 09:18, que es un recién nacido pretermino bajo peso, que tiene los riesgos inherentes a prematurez, vómitos del recién nacido con sospecha de enterocolitis necrotizante e ictericia neonatal. Se considera resuelta la hipoglicemia, se reporta una diuresis de 3.4cc/kilo/hora, presencia de 2 deposiciones en 24 horas consideradas normales, se encuentra un tórax simétrico sin agregados pulmonares, ruidos cardiacos sin soplo, el abdomen no está distendido, es blando e indoloro a la palpación, no hay regalías y la peristalsis es positiva. Se le encuentra una ictericia con Kramer. Se considera que el ayuno se debe suspender porque el abdomen es clínicamente normal y se le había iniciado el día 13/06/17 estímulo trófico el cual había tolerado. ***Se considera que tiene un buen patrón respiratorio con saturaciones adecuadas y que hemodinámicamente se mantiene estable.***

7-d-4) El recién nacido presentó deposiciones desde el segundo día de vida las cuales reposan como registros en las notas de enfermería y en las notas de evolución de los pediatras. Estas deposiciones fueron de tipo meconial que corresponden a las deposiciones normales de un recién nacido. Le fue practicado el

76
50'

primer RX de abdomen. No se solicitó valoración por cirugía pediátrica en los primeros días siguientes al ingreso a la UCIN intermedia, ya que no se tenía obstrucción intestinal o malformación externa que indicara que el recién nacido requería un procedimiento quirúrgico. Se consideró de manejo médico. La valoración por cirugía pediátrica se solicitó el 17/06/2017 20:16 por la posibilidad de intervención quirúrgica.

7-d-5) En el corazón fetal la circulación de la sangre no tiene el mismo patrón luego del nacimiento en el que se debe hacer un proceso de transición hasta tener el patrón de circulación que tiene el niño mayor y el adulto. El principal motivo por el cual el feto debe tener un patrón circulatorio diferente, es porque el feto no respira por lo tanto a los pulmones no le llega sangre en cantidad para que sea oxigenada. Por ello el feto dispone de unas aberturas dentro del corazón y unos conductos por los cuales la sangre sufre desviaciones y poder circular por el cuerpo. Una vez se da el nacimiento esas aberturas y conductos debe cerrarse y en ese proceso de cierre se pueden presentar soplos que desaparecen con los días. También se dan casos en que el recién nacido a pesar de estar en ese proceso de transición con la aberturas y conductos abiertos no presente soplos y sea días después cuando ya se ha adaptado a un patrón circulatorio de el niño mayor, aparezcan soplos por malformaciones congénitas. Dichos soplos aparecen una semana después del nacimiento. En el caso especial de los recién nacidos prematuros en algunos casos esos conductos fetales de los cuales uno de ellos se llama Ducto arterioso, al nacer se cierra pero puede volver a abrirse o no cerrarse completamente producto de la condición de prematuro o eventos patológicos asociados. Cuando se da esta alteración, el recién nacido no tiene soplo el día que nace y este aparece luego del tercer día de vida.

7-d-6) Durante los primeros días no se suministró antibióticos porque en la historia clínica materna no se encontraron datos para que el recién nacido se considerara el riesgo de sepsis. Dado que la condición de prematuridad puede ser el único factor para considerar el riesgo de sepsis, se le solicitó hemograma y PCR de los cuales se encuentra anotación en notas médicas que el reporte fue normal.

7-d-7) El día 14 06/2017 En nota de evolución médica aparece el diagnóstico de sospecha de sepsis, sin embargo se anota que el estado clínico del paciente es bueno y que no hay datos clínicos para considerar el diagnóstico como tal. Se recalca que el recién nacido viene tolerando los aportes lácteos como estímulo trófico.

7-d-8) El diagnóstico de ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE se indica el día 17/06/2018 ante la presencia de deposiciones diarreicas, posteriormente sanguinolentas y la presencia de distensión abdominal. El tratamiento una vez se consideró el diagnóstico fue suspender los aportes enterales, deja la sonda nasogástrica a libre drenaje, se tomó hemocultivos y se inició antibióticos.

7-d-9) En relación con el diagnóstico de enterocolitis en recién nacidos pretérminos, se presenta en la primera semana de vida y frecuentemente está asociada otros factores como la drogadicción materna (no reportada), anomalías intestinales como aganglionsis (que se manifiesta con ausencia de deposiciones y gran distensión abdominal en las primeras 48 a 72 horas de vida que el paciente no presentaba) o atresias no evidentes porque el paciente tenía sonda orogástrica descartando la atresia esofágica y al suministrarle leche por la sonda mostro integridad de la permeabilidad de intestinos ya que realizaba deposiciones); cardiopatías congénitas (no tenía según lo reportado en el ecocardiograma), y estrés perinatal que afectaría el flujo mesentérico.

7-d-10) En relación con la ENTEROCOLITIS, NO se ha identificado una sola causa clara para el desarrollo. Su fisiopatología es entendida de manera incompleta. Sin embargo observaciones epidemiológicas sugieren una causa multifactorial. La combinación de una predisposición genética, inmadurez intestinal, y la falta de balance entre el tono y la capacidad de los vasos sanguíneos más delgados que se pueden en cierta forma obstruir espontáneamente y llevarían a isquemia intestinal, acompañado de una alta probabilidad de colonización microbiana anormal, y una mucosa intestinal inmunológicamente muy reactiva con una respuesta exagerada a agentes como las bacterias. Lo anterior confluiría como factores predisponentes para su aparición. La enterocolitis puede aparecer así no se tenga ni siquiera el antecedente de sufrimiento fetal, Y solo por la condición de prematurez.

7-d-11) Una vez se presenta la ENTEROCOLITIS, se desencadena una serie de alteraciones sistémicas: SEPSIS TARDIA por aparecer después del tercer día de vida. La gran reacción inflamatoria del intestino y la respuesta de todo el organismo (respuesta sistémica) lleva a COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA, que es la activación de lo que se llama cascada de la coagulación que termina por consumir todos los factores que tienen que ver con la coagulación y termina manifestándose no que todo se coagula sino al contrario, como hemorragias y entre ellas la HEMORRAGIA PULMONAR DIFUSA. Se producen además DISTURBIOS METABOLICOS, DISTURBIOS HIDRO ELECTROLITICOS (HIPERCALCEMIA E HIPONATREMIA como consecuencia de alteraciones en la regulación del agua corporal y de los solutos (electrolitos que son sodio, potasio, cloro calcio entre otros) y por compromiso en la función del riñón que es el que se encarga de regular estas alteraciones. La CONVULSION puede estar asociada a estos trastornos hidro-electrolíticos o por el estado grave del paciente tener una deficiente llegada de sangre al cerebro y por ello menor oxígeno y esta falta de oxígeno producir la convulsión. Se sigue anotando RIESGOS INHERENTES A PREMATUREZ ya que el prematuro no es solo un ser que pesa poco y es pequeño. La prematurez es que biológicamente no se ha cumplido el ciclo que estipula la naturaleza y que por los estudios se ha establecido que debe ser mínimo 37 semanas para que se cumpla la madurez. Todo bebe que nace antes de ese tiempo no tiene los órganos funcionalmente desarrollados para adaptarse al mundo exterior y tendrá dificultades transitorias o

permanentes e incluso morir por no lograrlo. Por este motivo siempre un prematuro tendrá riesgos inherentes a esa condición.

7-d-12) El 20 de Junio de 2017 se le practico al paciente ecocardiograma. En este se reporta como conclusión, "Conducto arterioso permeable de 3mm", "Relación aurícula izquierda/aorta de 1.7/1" e "Insuficiencia tricúspide moderada".

7-d-13) El ductus arterioso o conducto arterioso, es una estructura necesaria durante la vida fetal, que permite el paso de sangre de la arteria pulmonar a la aorta, de tal forma que solo el 10 - 15% del volumen sistólico del ventrículo derecho pasa a los pulmones para irrigación de tejido pulmonar y no para intercambio gaseoso. Una vez se da el nacimiento, se produce la transición del patrón de circulación fetal, al patrón neonatal (adulto), con el inicio de la función respiratoria pulmonar (primeras respiraciones), y se inicia el cierre del ductus arterioso y del foramen oval. Se ha logrado comprobar, que existe un cierre funcional del ductus en un 50% de los recién nacidos a término en las primeras 24 horas de vida y prácticamente del 100% a las 72-96 horas (tercer a cuarto día de vida) y el cierre anatómico con remodelación del tejido ductal en 2 a 3 semanas. En los recién nacidos prematuros, justamente por la misma prematuridad la estructura propia del ductos puede no tener la formación necesaria para cerrarse por ello el fracaso en el cierre del ductos en el prematuro. Se suma al no cierre del ductos procesos inflamatorios como la sepsis, la enterocolitis que o no permiten el cierre o si ya se había cerrado que se abra nuevamente. En los prematuros a veces no se ausculta el soplo (no se oye) o hay momentos en que se puede oír mejor. De ahí la variabilidad en las notas de los médicos que unos lo reportan y otros no.

7-d-14) El día 19/06/2017 15:46 - es valorado por el Dr José Romero cirujano pediatría y anota: paciente con DX de ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE, con distensión abdominal, asociado a debito por sonda nasogástrica bilioso en poca cantidad, ayer deposiciones escasas sanguinolentas. Hidratado, no toxico, buen llenado capilar abdomen, blando, depresible, distendido, no se palpan masas impresiona leve dolor a la palpación, no irritación peritoneal. Radiografía de abdomen con asas distendidas, edema interasas, liquido libre en cavidad, no neumoperitoneo. Paciente con soporte con dopamina. No impresiona quirúrgico en el momento - manejo médico. Se revalora mañana en la mañana con nueva radiografía de abdomen, sigue igual manejo por UCIN.

7-d-15) El día 20/06/2017 08:05 en nota de evolución de la Dra. Sandra Vélez registra que el paciente se encuentra en delicadas condiciones con cuadro de enterocolitis necrotizante IIB, control radiológico de abdomen del día de hoy es valorado en conjunto con CX PEDIARTICA DR JOSE ROMERO que descarta perforación intestinal en el momento por lo que no se llevara a cirugía el día de hoy e indica ayuno de 10 días y manejo medico control.

7-d-16) El día 20/06/2017 a las 21:36 se evidencio episodio convulsivo dado por chupeteo por lo cual se indica tratamiento de impregnación con fenobarbital y se

deja de mantenimiento 5.5 mg cada 12 horas (5 mg/k/d). En la misma fecha y pero a las 20:30 horas (previo a la convulsión) se anota recién nacido pretermino malas condiciones con cuadro de enterocolitis necrotizante IIB coagulación intravascular diseminada, hemodinamicamente inestable hipotenso a pesar de recibir dopamina, dice que además frio pálido y mal. Esta condición clínica es la explicada anteriormente en la que por el estado de hipotensión no le circulaba sangre adecuadamente al cerebro y por ello oxígeno deficiente y eso produce convulsiones.

7-d-17) Se anota en la evolución del día 21/06/2017 a las 8:30 am. neurológico perjudicado por sedación, indicando lo anterior que el examen neurológico del paciente no tenía la expresión real por estar recibiendo sedación ya que se encontraba en ventilación mecánica además de que esa sedación le aliviara en algo si había presencia de dolor. Se indica que cuando se encuentre hemodinamicamente más estable se realizara TAC de cráneo. Luego de un episodio convulsivo se puede producir daño neurológico que en este paciente no se podía determinar en ese momento clínico.

7-d-18) El hígado produce bilis. La bilis es secretada por el hígado a través de la vía biliar al interior de los intestinos, específicamente en la parte del intestino que está pegado al estómago y se llama duodeno. En condiciones normales, la bilis continua por el interior de los intestinos hacia las partes inferiores por el peristaltismo intestinal y finalmente es eliminada con las heces. Es esta bilis la que le da en parte el color y olor a las heces. Cuando los intestinos están funcionando mal, especialmente muy lentos o paralizados (que el peristaltismo esta lento o no se presenta), la bilis no desciende por los intestinos como ocurre normalmente y se acumula en el duodeno. Como el duodeno está pegado al estómago, cuando el duodeno se repleta de bilis esta ingresa al estómago y es lo que aparece como vómitos verdes o drenaje verde por la sonda orogastrica. No significa daño hepático.

7-d-19) El origen de la hemorragia pulmonar es el mismo del proceso sistémico del paciente en el contexto de la sepsis. Contribuye el hecho de ser prematuro con pulmones aún en proceso de desarrollo. El tratamiento en ese momento fue la ventilación mecánica. Y si tiene que ver con la muerte del paciente ya que la sangre de la hemorragia se deposita en los alveolos que es donde se incorpora el oxígeno al cuerpo. Si el alveolo está lleno de sangre no se incorpora el oxígeno al cuerpo y se produce hipoxia que lleva a la muerte. Se indicó tratamiento con transfusión de plasma plaquetas, glóbulos rojos y vitamina K.

7-d-20) La resolución 2003 de 2014 dice, en la parte de talento humano para las unidades neonatales establece lo siguiente para los médicos:

Intermedio:

Cuenta con:

1. Pediatra.

Disponibilidad de:

1. Neonatología.

Intensivo

Cuenta con:

1. Neonatología o Pediatra.

Disponibilidad de:

1. Neonatología, si el servicio no cuenta con éste recurso.

Para la fecha la unidad contaba con Neonatología presencial y disponible. Además de un pediatra por turno donde no estuviera presencial el Neonatólogo.

8º) Al Octavo Punto de los Hechos.

No le consta a mi poderdante nada de lo que se relaciona y en el evento de que se logre probar, ello en manera alguna determina responsabilidad directa o indirecta de mi poderdante en el presunto daño, ya que no incurrió en culpa de ningún tipo y está demostrado que el lamentable nexo causal de los DAÑOS que sufrió el recién nacido, fueron las complicaciones que sufrió por ser prematuro y en especial, no asimilar los tratamientos que conforme los protocolos médicos se le ordenaron y suministraron al paciente en forma oportuna.

9º) Al Noveno Punto de los Hechos.

No le consta a mi poderdante lo que se dice y se confirma que ella no tiene ningún tipo de responsabilidad y no tiene ninguna obligación para pagar algún tipo de indemnización a ninguno de los demandantes.

10º) Al Décimo Punto de los Hechos.

No le consta a mi poderdante lo que se dice y se confirma que ella no tiene ningún tipo de responsabilidad y no tiene ninguna obligación para pagar algún tipo de indemnización a ninguno de los demandantes.

11º) Al Décimo Primer Punto de los Hechos.

No le consta a mi poderdante lo que se dice y se confirma que ella no tiene ningún tipo de responsabilidad y no tiene ninguna obligación para pagar algún tipo de indemnización a ninguno de los demandantes.

12º) Al Décimo Punto de los Hechos.

No le consta a mi poderdante lo que se dice y se confirma que ella no tiene ningún tipo de responsabilidad y no tiene ninguna obligación para pagar algún tipo de indemnización a ninguno de los demandantes.

13º) Al Décimo Tercer Punto de los Hechos.

No se concilio ni se puede conciliar, por cuanto está demostrado que ninguno de los médicos que formaron parte de los múltiples equipos de salud que atendieron a la paciente y a su menor hijo durante su nacimiento y en forma posterior, incurrieron en error médico de ningún tipo y por lo tanto, no tiene obligación de pagar ninguna suma de dinero por ningún concepto a ninguno de los demandantes ni a ninguna otra persona.

OPOSICION TOTAL E INTEGRAL FUNDAMENTOS CONSTITUCIONALES Y JURISPRUDENCIALES DE LA DEMANDA.

Señoría, manifiesto que me OPONGO en forma total e integral, a los fundamentos constitucionales y jurisprudenciales que se relacionan acto seguido de los hechos de la demanda de la referencia, precisando que los FUNDAMENTOS PRINCIPALES mas no los únicos de la oposición, es todo lo explicado y demostrado al contestar cada uno de los hechos de la demanda y así mismo, lo que figura en la primera parte, solicitando y precisando que con fundamento en el Principio de la Economía Procesal, se tengan como parte integral de esta oposición, todo lo explicado y demostrado y así mismo, lo que demuestran las plenas pruebas aportadas y las que se arrimaran al proceso, las cuales demuestran que nada de lo indicado por la Ilustre Abogada Demandante, tienen aplicación en el presente caso.

EXCEPCIONES DE MÉRITO.

Con fundamento en el C.de.P.C., me permito manifestar que propongo EXCEPCIONES DE MÉRITO, las cuales tiene por objeto ANIQUILAR en un todo las Pretensiones de la Demandante y que en su lugar, se concedan las PETICIONES que he formulado.

1º) INEXISTENCIA DEL OBLIGATORIO NEXO DE CAUSALIDAD entre los Servicios Médicos Hospitalarios Integrales suministrados por el EQUIPO DE SALUD que atendieron a la paciente DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ en la IPS CLINICA LA MILAGROSA en cada uno de sus ingresos y de igual forma al hijo de la citada paciente durante su nacimiento y en forma posterior y los DAÑOS que tenía la paciente desde antes de los dos ingresos a tal IPS y mucho menos con relación a los DAÑOS que en forma muy lamentable sufrió el recién nacido en forma posterior a su nacimiento.

JURISPRUDENCIA - DOCTRINA.

Enseña la Jurisprudencia de la Honorable Corte Suprema de Justicia, que los MÉDICOS TIENEN OBLIGACIÓN DE MEDIO Y NO DE RESULTADO y que

solo están obligados a actuar con la Prudencia, Pericia y Diligencia indicados en los Protocolos Médicos.

Sobre el NEXO DE CAUSALIDAD en cuanto a la Responsabilidad Medica ha dicho la H.C.S. de J., lo siguiente: "Enfocado el asunto desde el punto de vista de los elementos integrantes de la Responsabilidad, puede sentarse como Regla general que en los Litigios sobre Responsabilidad Medica DEBE ESTABLECERSE LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD entre el Acto imputado al Médico y el Daño sufrido por el paciente. Por lo tanto, el Medico NO SERÁ RESPONSABLE DE LA CULPA O FALTA QUE SE LE IMPUTA, SI NO CUANDO ESTAS HAYAN SIDO LAS DETERMINANTES DEL PERJUICIO CAUSADO. Al demandado le incumbe probar esa relación de causalidad o en otros términos, DEBE DEMOSTRAR LOS HECHOS DE DONDE SE DESPRENDE AQUELLA".

Tratadistas Internacionales como Peirano Facio sostienen: "El sentido común se niega a admitir la existencia de un Daño que debe ser reparado por quien NO HA CONTRIBUIDO A SU REALIZACIÓN, DEBE DARSE NECESARIAMENTE, CIERTA RELACIÓN ENTRE EL DAÑO CAUSADO Y LA CONDUCTA del que está llamado a responder por el mismo. Así las cosas, el daño en el cuerpo o en la salud debe ser consecuencia de la conducta indebida del facultativo, para que PUEDA PREDICARSE RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL DE LA MEDICINA".-

Tratadistas Nacionales como Javier Tamayo sostienen: "Daño Civil Indemnizable es el menoscabo a las facultades jurídicas que tiene una persona para disfrutar de un bien patrimonial o extrapatrimonial. Este daño es indemnizable CUANDO EN FORMA ILÍCITA ES CAUSADO por alguien diferente a la Víctima".

De igual forma el Dr. Serio Yépez sostiene: "Así las cosas, el daño en el cuerpo o en la salud, debe ser consecuencia de la conducta indebida del facultativo, para que pueda PREDICARSE RESPONSABILIDAD EN EL PROFESIONAL de la Medicina".-

NEXO DE CAUSALIDAD.

1º) Sentencia 15.737 de fecha 23 de Mayo del 2.008. Magistrada Ponente: Dra. Ruth Estella Correa Palacio. Actor. Carlos Muñoz. Demandado. ISS.

1-a) "De manera más reciente se precisó que la exigencia de un "grado suficiente de probabilidad", NO implica la exoneración del deber de demostrar la existencia del vínculo causal entre el DAÑO y la ACTUACION MEDICA, que hiciera posible imputar a la entidad que prestara el servicio, si no que esta era una regla de prueba, con fundamento en la cual el vínculo causal podía ser acreditado de manera indirecta, mediante indicios".

1-b) Vale señalar que en materia de responsabilidad estatal para el caso médico, el asunto NO puede ser resuelto con la sola constatación de la intervención causal en la actuación médica, **si no que esa actuación de ser CONSTITUTIVA DE UNA FALLA DEL SERVICIOS y ser es una CAUSA ADECUADA.** – Esta afirmación resulta relevante para aclarar que si bien de conformidad con lo previsto en el Art. 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuricidad del daño, NO es suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que surja el derecho a la indemnización, **si no que requiere que dicho daño sea imputable a la administración, y no lo será cuando su intervención aunque vinculada causalmente al daño NO fue la CAUSA EFICIENTE del mismo sino que este constituyo un efecto no previsible o evitable, de la misma enfermedad que sufría el paciente**". (En negrillas y en mayúsculas, es nuestro).

1-c) "También ha señalado la Sala que para que haya lugar a la reparación NO es necesario acreditar que una adecuada prestación del servicio médico asistencial hubiera impedido el daño, porque bastaría con establecer que la falla del servicio le resto al paciente oportunidades de sobrevivir o de curarse. Se trata en este caso de lo que la doctrina ha considerado como la "pérdida de una oportunidad", cuya aplicación, a pesar de la simplicidad en la formulación ofrece grandes dificultades, pues el daño en tales eventos estaría en los límites entre el daño cierto y el eventual, dado que la oportunidad que puede tener un enfermo de recuperar su salud es aleatoria, regularmente difícil de establecer en términos porcentuales.

Se destaca que la determinación de la pérdida de la oportunidad NO puede ser una mera especulación, es necesario que de manera científica quede establecido cual era la posibilidad real del paciente de recuperar su salud o preservar su vida, y que esa expectativa real haya sido frustrada por omisiones o erradas acciones en la actuación médica. En este aspecto hay que prestar la máxima atención y no resolver como pérdida de oportunidad en los cuales lo que se presentan son dificultades al establecer el nexo causal".

SUSTENTO.

No existe la PRUEBA que pueda demostrar el OBLIGATORIO NEXO DE CAUSALIDAD entre los servicios médicos hospitalarios integrales que en la IPS CLINICA LA MILAGROSA, le fueron suministrados a la paciente DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ en cada uno de los dos ingresos a la citada IPS y en segunda instancia, los que se le prestaron al hijo de la paciente durante su nacimiento y a partir de tal momento hasta el doloroso y sentido fallecimiento, por parte de los miembros de los diferentes equipos de salud que atendieron a la paciente y a su menor hijo y los DAÑOS y/o alteraciones que presentaba la paciente en cada uno de sus ingresos y entre estos, vaginosis, que es un proceso infeccioso que muy posiblemente fue la causa de la calificación del embarazo como de alto riesgo y en especial, del parto prematuro.

517

Tampoco existe el obligatorio nexo de causalidad entre los servicios que a la paciente le fueron prestados por el Dr. HUGO ARRIETA cuando como ginecólogo le practico pomeroy en el mismo acto quirúrgico de la cesárea y los DAÑOS que hoy reclama la paciente por no poder tener más hijos y *no existe el necesario nexo causal, por cuanto tal como lo demuestra la historia clínica electrónica y lo confirmarían las pruebas que se arrimaran en oportunidad, la paciente una vez se le recomienda por el Dr. Arrieta que autorice cesárea por signo que indicaba inicio de sufrimiento fetal, le solicita al Ginecólogo que le practique pomeroy por considerar que con el hijo que está por nacer, tiene su paridad satisfecha,* demostrando la historia clínica que el Ginecólogo tramito el consentimiento informado inicialmente a las 8.39AM y el segundo a las 9.14AM del 10 de Junio del 2.017, documento que fue impreso y firmado por la paciente en forma posterior a la cesárea, por la sencilla razón de que en tal momento la prioridad era la cesárea por el sufrimiento fetal que se estaba adicionando.

Es Muy importante tener en cuenta que para el momento en que la paciente firma el consentimiento informado que contiene la autorización para el pomeroy y la explicación en cuanto al tipo de procedimiento, las complicaciones que se podían presentar y que no era ciento por ciento un procedimiento de planificación seguro por que se podía dar un embarazo por recanalización de las trompas, *está totalmente consiente y orientada en todas sus esferas, ya que la anestesia que le colocaron y como fue raquídea, no le afecta su capacidad de comprensión, razonamiento y libre determinación, máxime cuando la historia clínica demuestra que no se le coloco ningún sedante o relajante una vez termino la cesárea que le hubiere causado somnolencia o alteración de la conciencia.*

De igual manera NO existe el obligatorio NEXO DE CAUSALIDAD entre los dolorosos y lamentable DAÑOS que sufrió el recién nacido después del segundo día de su prematuro nacimiento y los servicios médicos hospitalarios integrales que le fueron prestados inicialmente por el Dr. HUGO ARRIETA cuando por cesárea de URGENCIA ante signo claro de inicio de sufrimiento fetal, lo extrae del vientre materno y una vez nace, por el PEDIATRA de la unidad y al día siguiente de su nacimiento, por el pediatra de piso en dos oportunidades y a partir del segundo día siguiente al nacimiento y una vez presenta signos de inicio de complicaciones *asociadas en un todo a ser un recién nacido prematuro y en concreto: "Vómitos en un prematuro", ingreso a la UCIN con atención inicial dentro de la misma UCIN, con criterios de UCIN INTERMEDIA y en forma posterior ante su mala evolución, atención con criterios de UCIN INTENSIVA, estando entre la principal complicación que presento el recién nacido, entero colitis necrosante que no pudo ser revertida muy a pesar de su diagnóstico y tratamiento oportuno, complicación que tuvo desarrollo negativo y genero las demás complicaciones y entre estas, sepsis tardía, coagulación intravascular diseminada, hemorragia pulmonar difusa, disturbio metabólico, disturbio hidro electrolítico, convulsión y todo esto fue el nexo causal del fallecimiento del recién nacido.*

2o) INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA DENOMINADOS FALTA de Oportunidad, Pertinencia Racionalidad o IMPERICIA, FALTA DE DILIGENCIA y/o IMPRUDENCIA.

JURISPRUDENCIA - DOCTRINA.

Sobre la Impericia ha dicho la H.C.S. de J., lo siguiente: “Quien ejerce arte o profesión está obligado a tener los conocimientos técnicos respecto de la actividad y a llevarla a cabo distinguiendo adecuadamente las distintas situaciones que se le presentan y los Medios de que se valen, como también a poseer y encontrarse en condiciones físicas e intelectuales para su desempeño.

Con respecto a la NEGLIGENCIA se ha dicho por la Doctrina y entre ellos por el Dr. Sergio Yépez lo siguiente: “La negligencia se traduce en la NO aplicación de las Técnicas Médicas y los Procedimientos Terapéuticos cuando estos son conocidos por el facultativo y, a pesar de ello, no los utiliza en su accionar, AGRAVANDO LA SALUD DEL PACIENTE”.

Así mismo se ha dicho sobre la IMPRUDENCIA lo siguiente: “Se presenta cuando una conducta temeraria que se realiza sin diligencia y el debido cuidado, ocasiona daño en la salud del paciente”.

Tratadistas como Romeo Casabona sostienen: “Podemos decir que un resultado perjudicial para el paciente será objetivamente previsible si lo hubiere sido para cualquier otro Medico puesto en la misma situación del actuante, conociendo los antecedentes del caso y el estado de la Medicina y en la Especialidad de que se trate”.

SUSTENTO.

NO existe ni esta arrimada al proceso ni se podrá allegar, la PRUEBA MEDICO CIENTIFICO que siquiera a título de Indicio Leve en su forma de contingente, pueda PROBAR en legal forma, UNO cualquiera de los elementos de la Responsabilidad dentro de los procesos por responsabilidad médica y que son actuar con FALTA de oportunidad, pertinencia o actuar con Imprudencia, Impericia o Falta de Diligencia o mediante el quebrantamiento de Reglamentos y al NO poderse probar uno de estos elementos, NO se le puede imputar ningún tipo de responsabilidad a ninguno de los médicos que conformaron los diferentes equipos de salud que en la IPS CLINICA LA MILAGROSA, atendieron a partir de cada uno de los dos ingresos de la paciente DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ y a su hijo durante su nacimiento y partir de tal momento, ya que NO existe el principal elemento de la responsabilidad y en concreto, la CULPA por acción o por omisión, culpa que conforme la Jurisprudencia reciente y por tener

519

los médicos obligación de MEDIOS y NUNCA de resultado en los casos como el que es objeto de la Litis, siempre es PROBADA y jamás presunta.

Tenemos que en contrario de la no existencia de ningún tipo de prueba que demuestre uno de los obligatorios elementos de la responsabilidad médica, ***existen PLENAS PRUEBAS MEDICO CIENTIFICAS y entre ellas, la Historia Clínica, Literatura Médica y Declaraciones de los Médicos Especialistas y Experticia Medico Científico que se arrimaran al proceso en su oportunidad, que demuestran en forma apodíctica, que toda la Atención Medico Hospitalaria Integral que se le suministro al paciente, estuvo apegada en un todo a la OPORTUNIDAD, RACIONALIDAD, PERTINENCIA, PRUDENCIA, DILIGENCIA y PERICIA indicados en los Protocolos Médicos y que por lo tanto, NO tuvo ningún tipo de responsabilidad el EQUIPO DE SALUD*** (Conforme la Resolución 1.995 de 1.999, el equipo de Salud está conformado por los Médicos Especialistas Tratantes, los Consultantes, Médicos Generales, Enfermeras Profesionales, Auxiliares de Enfermería, Técnicos, Camilleros) ***que en la IPS. CLINICA LA MILAGROSA, atendieron a la paciente a partir de su ingreso, con respecto de las complicaciones que presento en cada uno de sus ingresos y en concreto, vaginosis, la cual conforme la literatura médica pudo ser con alta probabilidad, la causa directa y única del parto prematuro, lo cual fue el nexo causal de las complicaciones que sufrió el recién nacido y que no permitieron que asimilara los múltiples tratamientos que se le ordenaron y suministraron al recién nacido y por ende, es procedente decretar la total falta de responsabilidad de CLINICA LA MILAGROSA. S.A.***

CONCLUSIÓN.

Esta demostrado que jamás ni nunca existió FALTA DE OPORTUNIDAD, PERTINENCIA o RACIONALIDAD y mucho menos que se actuó con IMPRUDENCIA, IMPERICIA o FALTA DE DILIGENCIA y por el contrario, en todo momento se actuó con la OPORTUNIDAD, PERTINENCIA, RACIONALIDAD, PRUDENCIA, PERICIA y DILIGENCIA indicados en los Protocolos Médicos y por lo tanto, LA EXCEPCIÓN PROPUESTA DEBE DECLARARSE PROBADA.

3º) CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Conforme la Ley 23 de 1.981, el Decreto 3380 de 1.981, la Jurisprudencia y la Doctrina, las cirugías que son autorizadas por un paciente que en el momento de dar la autorización, tiene plena conciencia, de presentarse COMPLICACIONES, el medico está totalmente exonerado de responsabilidad.

De igual manera cuando un paciente **solicita y autoriza al médico para que le practique una cirugía, mediante la cual la cercenara una parte de su órgano y en el caso de las mujeres en edad reproductiva, para que le haga un pomey,** el paciente o la paciente no puede en forma posterior pretender que el médico le

cancela una indemnización por la cirugía que le practico, por el solo hecho de arrepentirse o por que por variar las situaciones que la llevaran a tomar la decisión, cambiaron.

La historia clínica electrónica y cuyos registros son totalmente inalterables, demuestra que en el caso concreto, que el Dr. HUGO ARRIETA a las 8.39 AM del 10 de Junio del 2.017, realiza el primer consentimiento informado del POMEROY y que en forma posterior realiza un segundo consentimiento informado y en ambos documentos, registra que le explica a la paciente todo lo referente al pomeroy, las posibles complicaciones y en especial, que no es un procedimiento ciento por ciento seguro y que puede presentarse una recanalización de las trompas y darse un embarazo y la paciente confirmo su solicitud para que se le hiciera la ligadura de trompas.

Tal como lo demuestro con la CERTIFICACION expedida por el Ingeniero de Sistemas MARLON CARDENAS PIÑERES en su condición de Jefe de Sistemas de CLINICA LA MILAGROSA, en la historia clínica electrónica de la paciente DIANA BOLAÑO FLOREZ, figura diligenciado un primer consentimiento informado que indica que la paciente solicito y autorizo POMEROY a las 8.30 AM del 10 de Junio y así mismo, un segundo consentimiento informado que también contiene autorización para pomeroy con las debidas explicaciones, realizado a las 9.14AM del mismo día, indicando que ningún registro que se ingresa a la historia clínica electrónica, puede ser modificado una vez se accesa al sistema.

El motivo por el cual no se pudo imprimir el consentimiento informado para que lo firmara la paciente antes de la cesárea y en concreto a las 8.39 AM y/o a las 9.14AM, fue por cuanto el Dr. Hugo Arrieta y como debe ser, dio total prioridad a la cesárea por existir signos de inicio de un sufrimiento fetal y es por ello que la impresión del consentimiento informado figura realizada en forma posterior al inicio del procedimiento y firmado por la paciente después de terminar la cesárea y cuando estaba totalmente recuperada de la anestesia en la parte que se le durmió, sin poder olvidar que la anestesia fue raquídea y por lo tanto siempre tuvo total lucidez mental de sus actos y de todo su entorno, ya que solo se adormece de la zona raquídea hacia abajo.

Adicionalmente, tenemos que la historia clínica y en concreto el record de anestesia, demuestra que por no requerirlo la paciente una vez termino la cesárea, no se le aplico ningún relajante o sedante que le pudiere podido causar somnolencia y/o algún tipo de amnesia retrograda y/o de perturbación de su conciencia, que le hubiere impedido tener total conciencia en el momento en que firmo el consentimiento, que se reitera, fue elaborado una vez la paciente ingresa al quirófano por su PETICION EXPRESA, CLARA y CONCRETA de que se le hiciera POMEROY.

En CONCLUSION, el consentimiento informado que FIRMO la paciente y que contiene su VOLUNTAD para que se le hiciera pomeroy, es totalmente VALIDO y

ello determina que se debe negar la petición de los demandantes para que el Ginecólogo y demás demandadas, le cancelen alguna tipo de indemnización.

4º) GENERICA.

Con fundamento en lo dispuesto por el Código General del Proceso, PIDO se DECLARE PROBADA LA EXCEPCION DE FONDO QUE RESULTE PROBADA, teniendo en cuenta que la norma procesal determina que las excepciones de fondo son en principio y por regla general, INNOMINADAS y que lo importante, es que se PRUEBE dentro del proceso, uno o varios hechos que hagan nugatorias las peticiones de los demandantes y por ello se deba absolver de toda responsabilidad a los demandados.

RATIFICACIÓN PETICIONES.

Por todo lo indicado, RATIFICO LAS PETICIONES PARA QUE SE DECLAREN PROBADAS LAS EXCEPCIONES DE FONDO O DE MÉRITO QUE HE PROPUESTO O UNA CUALQUIERA DE ELLAS, lo cual debe generar como consecuencia, QUE SE NIEGUEN LAS PRETENSIONES DEL DEMANDANTE y se CONCEDAN las que he solicitado.

PRUEBAS.

1o) TESTIMONIALES.

Con el objeto de confirmar que NO se incurrió en falla medica de ningún tipo y en especial, que el nexo causal de los daños que sufrió la paciente DIANA PATRICIA BOLAÑO antes del ingreso a la IPS CLINICA LA MILAGROSA y en concreto, proceso infeccioso vaginal y que fue con alta probabilidad la causa del parto prematuro y así mismo, que los DAÑOS que en forma lamentable sufrió el hijo de la paciente y que desarrollo al día siguiente de su nacimiento, tuvieron como único nexo de causalidad su prematurez y las COMPLICACIONES que sufrió por ser prematuro, me permito SOLICITAR se ordene citar y hacer comparecer al despacho del Señor Juez, a los médicos que me permito relacionar, para que declaren todo lo que saben y les consta.

- 1-a) **Dr. TITO ACEVEDO** en su condición de Director de la UCIN de la IPS CLINICA LA MILAGROSA, quien entre sus funciones, está la de revisar los tratamientos y evoluciones de todos los pacientes; -
- 2º) **Dr. ANTOLIN ORTIZ** en su condición de Ginecólogo que valoro a la paciente una vez ingresa el 9 de Junio del 2.017; -
- 3º) **Dra. SANDRA VELEZ** en su condición de NEONATOLOGA que valoro al paciente en la UCIN; -
- 4º) **Dra. LINA TORRES** en su condición de PEDIATRA que valoro al paciente una vez nace y una vez ingresa a la UCIN; -
- 5º) **Dr. JOSE MARIA ROMERO** en su condición de Cirujano Pediatra, quien valoro en varias oportunidades al recién nacido; -
- 6º) **Dr. RICAR FIORILLO** en su

condición de PEDIATRA que valoro al recién nacido; - 7º) Dr. ARMANDO ROMERO en su condición de Director de Garantía a la Calidad y Auditoria Medica y como tal, hace ronda diaria para verificar que los pacientes están recibiendo tratamiento oportuno.

Por tener el total de los médicos que SOLICITO sean citados y se les reciba declaración de todo lo que sepan sobre la atención de la paciente y les conste en forma directa o por supervisión, tienen su domicilio en la IPS CLINICA LA MILAGROSA, PIDO la citación se les haga llegar al domicilio de mi mandante de la ciudad de Santa Marta.

2o) INTERROGATORIO DE PARTE CON RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS Y DE FIRMA.

Solicito se sirva citar y hacer comparecer a los Señores DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ; - DANILO ENRIQUE MARTINEZ HOYOS, para que bajo la gravedad del juramento y en forma personal, declare sobre todo lo que he descrito y conteste el Interrogatorio de parte que le formulare y de igual manera, para que reconozcan el contenido de los documentos que les pondré de presente y la firma de los mismos.

3º) INTERROGATORIO DE PARTE CON RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS Y FIRMA.

PIDO se ordene citar y hacer comparecer al despacho del Juzgado, al Dr. HUGO ARRIETA ORTIZ en su condición de parte demandada, para que bajo la gravedad del juramento y en forma personal, declare sobre todo lo que he descrito y conteste el Interrogatorio de parte que le formulare y de igual manera, para que reconozcan el contenido de los documentos que les pondré de presente y la firma de los mismos.

4º) DOCUMENTAL. Pido al Señor Juez, que tenga como PRUEBAS DOCUMENTALES, los que aporta el demandante para que dada su importancia y que demuestran la total improcedencia de la demanda, los mismos se tengan como pruebas del proceso y NO puedan ser retirados del mismo por el demandante.

En especial, SOLICITO que se tenga como PRUEBA DOCUMENTAL, los siguientes documentos: a) Las Copias completas de las historias clínica **que se entregan con este instrumento.**

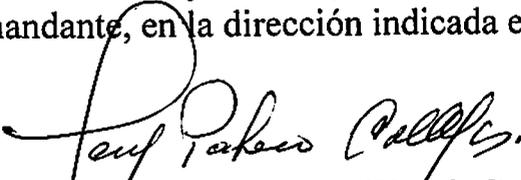
De igual manera PIDO se tengan como PRUEBAS MEDICO CIENTIFICAS, las diferentes literaturas médicas que entrego con este instrumento, precisando que las mismas conforme la Ley 23 de 1.981, fueron extraídas de páginas Web de prestigiosas Universidades y/o Clínicas Internacionales y cada literatura médica, tiene el link o correo electrónico en donde se puede verificar su veracidad.

0/23

NOTIFICACIONES.

Mi mandante recibirá notificaciones en su domicilio de la ciudad de Barranquilla (Atlántico), mi persona las recibirá en Barranquilla, en la carrera cuarenta y ocho (48) numero sesenta y nueve - ochenta y nueve (69-89) o en la Secretaria de su Digno Despacho. Para la demandante, en la dirección indicada en la demanda.

Del Señor, Muy Atte:



JENY ESTHER PACHECO CALLEJAS.-

CCNo. 32.662.527 de Barranquilla.

TF. 43.417 del C.S. de la J.

cc. Archivo.



Clínica La Milagrosa S.A.
Puertas Abiertas Para Su Salud
Nit. 800.067.515-1



Certificado SC-CER167284

Santa Marta, 12 de agosto de 2019

A QUIEN INTERESE

Yo MARLON YESITH CARDENAS PIÑERES identificado con cédula número 1118828205 de Riohacha (La Guajira), en calidad de Jefe de Sistemas de la Clínica la Milagrosa S.A., certifico que en la historia clínica con Id Único 229384-2 correspondiente a la paciente DIANA BOLAÑO FLOREZ identificada con cédula 1082938135, se evidencian dos consentimientos informados diligenciados por el Dr. HUGO ARRIETA ORTÍZ ginecobstetra identificado con cédula 73198835, con fecha 10 de junio del 2017 el primero a las 08:39 horas y el segundo a las 09:14 horas, en el sistema Servinte Clinical Suite, el cual una vez diligenciado y guardado no permite modificación alguna.

Cordialmente


MARLÓN CARDENAS PINERES
Cc 1118828205 de Riohacha
Jefe de Sistemas

Calle 22 No. 13 A - 09 PBX: 4351847 Ext.:24004
cmilagrosa@clinicalamilagrosa.co
Santa Marta - Colombia

Versión: 24-04-2019

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1082938135	
Paciente: DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/07/1991	
Edad y género: 28 Años, Femenino	
Identificador único: 229384-2	Responsable: SALUD TOTAL EPS-S S.A. SUBSIDIADO

Fecha: 10/06/2017 08:39 - Sede: CLINICA LA MILAGROSA - Ubicación: HOSP URGENCIA - Servicio: HOSP URGENCIA

PACIENTE MAYOR DE EDAD CONSCIENTE - ORIE - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PACIENTE MAYOR DE EDAD
CONSCIENTE - ORIENTADO

Fecha de diligenciamiento: 2017/06/10

Estado ingreso: VIVO

Nombre Acompañante: ELIESER BOLAÑO Parentesco: PAPA

Médico Tratante: HUGO ERNESTO ARRIETA ORTIZ

Registro Médico No. 12124 Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Médico Anestesiólogo:

Registro Médico No.

Procedimiento Quirúrgico, Invasivo y/o Terapéutico y/o Dermatológico y/o Quimioterapia y/o Imagenología y/o Diálisis a Realizar:

CESAREA SEGMENTARIA MAS POMEROY

Yo, DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 1082938135 expedida en la ciudad de SANTA MARTA B, declaro que estando consciente, orientado y en pleno uso de mis facultades mentales y en desarrollo de la interconsulta previa al procedimiento quirúrgico que se me practicará, lo cual sucede con la suficiente antelación al acto quirúrgico, declaro que en forma clara y de una manera que he podido comprender, que se me ha informado por parte del Dr. HUGO ERNESTO ARRIETA ORTIZ, como Médico que me practicará Cirugía y/o Procedimiento Invasivo y/o Terapéutico y/o Procedimiento Dermatológico y/o Quimioterapia y/o Estudio comprendido dentro de la Imagenología y/o Diálisis y por el Dr. , quien suministrará la Anestesia en los actos en que sea necesaria, lo siguiente:

1º) Se me ha hecho conocer cual es la patología diagnosticada y/o sobre la cual se ha hecho impresión diagnóstica; para lo cual se me hizo valoración previa en la cual se ordenaron los exámenes generales y especializados necesarios y en forma posterior valoración final y en especial, que la Patología Diagnosticada y/o la Impresión Diagnostica registrada, es la que posiblemente me está causando las complicaciones y/o alteraciones en mi salud que he sentido y que le he referido a los Médicos en las interconsultas realizadas, incluyendo la consulta preanestésica. -

2º) Se me ha Informado en forma amplia y suficiente, la finalidad que pretende obtener el Médico Tratante y el Equipo de Salud que me ha atendido y me atenderá, con el procedimiento quirúrgico y/o terapéutico y/o el enunciado en la primera parte de este instrumento, el cual se considera como el que posiblemente y con sujeción a la escuela practica de Medicina en que se ha formado el Medico Tratante, ofrece mayores posibilidades para corregir las alteraciones que se me están presentando como producto de la patología que se me diagnosticó y/o sobre la cual se ha realizado Impresión Diagnostica, precisando que estoy totalmente de acuerdo con el objetivo que posiblemente se obtenga. -----

3º) Se me ha explicado que desde el inicio del procedimiento, durante el mismo o en forma posterior a su terminación incluyendo todo el período del postoperatorio, bien como efecto del procedimiento o de la misma patología y/o como resultado de los medicamentos que se me administraran durante todas las etapas que comprende el tratamiento incluyendo los anestésicos que decida utilizar el anestesiólogo, se pueden presentar diversas reacciones adversas no deseadas y/o complicaciones que están previstas en la Literatura Medica pero que al Medico le son imposibles de predecir y/o evitar y que entre estas, se encuentran las que se relacionaran mas adelante, aceptando que según el Informe del Medico Tratante, son las mas comunes que figuran en la

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1082938135	
Paciente: DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/07/1991	
Edad y género: 28 Años, Femenino	
Identificador único: 229384-2	Responsable: SALUD TOTAL EPS-S S.A. SUBSIDIADO

Literatura Medica y en los Protocolos Médicos, mas no las únicas que se pueden presentar y entre ellas, las siguientes:

3-a)
 SE LE EXPLICA A LA PACIENTE Y AL PADRE DE LA PACIENTE QUE SEGUIRA HOSPITALIZADA PARA REALIZAR CESAREA CON POMEROY DE URGENCIAS, POR ESTRECHEZ GENERAL DE LA PELVIS, CON EMBARAZO DE 40 SEMANAS 4 DIAS, CON CESAREA ANTERIOR, EN TRABAJO DE PARTO EN FASE LATENTE EN PACIENTE G2 C1 V1 CON PARIDAD SATISFECHA SOLICITUD DE POMEROY, LO QUE ENTIENDEN Y ACEPTAN, SE LES EXPLICA LOS BENEFICIOS, RIESGOS Y COMPLICACIONES INHERENTES O ASOCIADOS A LA CESAREA CON POMEROY, TALES COMO HEMORRAGIAS, DURANTE Y/O DESPUES DE LA CESAREA, INFECCIONES Y/O HEMATOMAS DE LA HERIDA E INTRAABDOMINALES, ASI COMO LESIONES DE ORGANOS VECINOS COMO INTESTINO, RECTO Y VÉJIGA, COMPLICACIONES ESTAS QUE PODRIAN REQUERIR TRANSFUSIONES DE SANGRE, CUIDADOS INTENSIVOS Y EN CASIONES CIRUGIAS ADICIONALES COMO LA HISTERECTOMIA, ES DECIR, SACARLE EL UTERO O MATRIZ COMO MEDIDA PARA SALVAR LA VIDA DE LA PACIENTE, ADEMS SE LES INFOMRA QUE EL POMEROY COMO TODO METODO DE ANTICONCEPCION TIENE UN PORCENTAJE DE FALLAS DE 4 POR MIL, ES DECIR, DE CADA MIL PACIENTES A LAS QUE SE LES REALIZA EL POMEROY A CUATRO SIN QUE EL MEDICO O LA PACIENTE PUEDAN ADVERTIRLO O EVITARLO, EN POCOS MESES O MUCHOS AÑOS DESPUES, UNA O LAS DOS TROMPAS UTERINAS SE PODRIAN RECANALIZAR O FISTULIZAR Y DAR LUGAR A TENER UN NUEVO EMBARAZO NO ESPERADO, YA SEA INTRAUTERINO NORMAL O ECTOPICO EN UNA TROMPA, CON TODAS LAS COMPLICACIONES QUE ESTO ACARREARIA, TODO ESTO LO ENTIENDEN Y ACEPTAN FIRMANDO EL PRESENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

4º) Autorizo al Médico Tratante, al Anestesiólogo y demás miembros que conformaran el Equipo de Salud que me atenderá, para que inicien y lleven hasta su terminación, todos los actos, procedimientos y demás que conforme los Protocolos y/o Guías de Manejo Médico y/o la Literatura Medica, se requieran para la realización del procedimiento quirúrgico y/o terapéutico y/o el relacionado en la primera parte de este instrumento que he autorizado se me practique, precisando que asumo en forma y personal y sin solidaridad del equipo medico o de la IPS CLINICA LA MILAGROSA S.A, la responsabilidad por los posibles efectos negativos que se me presenten como producto de una complicación y/o reacción adversa que se pudiere presentar durante una cualquiera de las etapas del o de los procedimientos quirúrgicos y/o terapéuticos que se me practicaran, todo lo cual comprende cualquier daño, lesión, secuela, limitación, incapacidad permanente o parcial o de cualquier otro tipo, incluyendo los potencialmente fatales.- - - Manifiesto que relevo de toda responsabilidad a la entidad IPS CLINICA LA MILAGROSA S.A y las personas que conformaran el Equipo de Salud que me atenderá durante la estancia hospitalaria, por los posibles Daños, secuelas, lesiones, complicaciones, limitaciones funcionales, incapacidades parciales o permanentes y/o resultados potencialmente fatales, que se me puedan presentar y ya causa sea un hecho diferente a la falla o el error medico demostrado. - - - -

5º) Autorizo de manera expresa y concreta al Medico Tratante para que en el evento de que durante cualquier etapa del procedimiento quirúrgico y/o terapéutico o en forma posterior al mismo se presenten complicaciones y/o se evidencien hechos o situaciones inicialmente no previstas y/o que no se pudieron percibir en los exámenes realizados, modifique en forma parcial o sustancial, el procedimiento quirúrgico y/o terapéutico inicialmente previsto y si el Medico lo considera necesario conforme las Guías de Manejo Medico y/o la Literatura Medica y los hallazgos, haga la extensión del procedimiento a otra parte u órgano y/o parte de mi cuerpo y si es necesario como mecanismo para intentar preservar mi salud y/o mi vida, la extracción de los mismos o parte de ellos y todo lo anterior, sin que el Medico requiera suspender el procedimiento y esperar que pueda recuperar mi estado de conciencia para la autorización para iniciar nuevo procedimiento, ya que he comprendido por las explicaciones que se me han suministrado, que Médicamente un segundo procedimiento conlleva riesgos de complicaciones y/o que las acciones de respuesta deben ser inmediatas . - - - - -

6º) De igual manera manifiesto que se me ha explicado de una manera sencilla y amplia, que existen alternativas no quirúrgicas mediante tratamientos clínicos no invasivos que posiblemente generen los mismos resultados que se pretenden obtener con la cirugía, pero reconociendo que el Medico Tratante en desarrollo de la obligación de consejo y con fundamento en su experiencia y conocimientos, no las recomienda y por ello, he decidido la opción quirúrgica, la cual autorizo.

7º) Declaro que se me informo sobre los derechos que como paciente tengo y entre estos, el poder revocar

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1082938135	
Paciente: DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/07/1991	
Edad y género: 25 Años, Femenino	
Identificador único: 229384-2	Responsable: SALUD TOTAL EPS-S S.A. SUBSIDIADO

Fecha: 10/06/2017 09:14 - Sede: CLINICA LA MILAGROSA - Ubicación: HOSP URGENCIA - Servicio: HOSP URGENCIA

PACIENTE MAYOR DE EDAD CONSCIENTE - ORIE - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PACIENTE MAYOR DE EDAD
CONSCIENTE - ORIENTADO**

Fecha de diligenciamiento: 2017/06/10

Estado Ingreso: VIVO

Nombre Acompañante: ELIESER BOLAÑO Parentesco: PADRE

Medico Tratante: HUGO ARRIETA ORTIZ

Registro Medico No. 12124 Especialidad: GINECOLOGIA

Medico Anestesiólogo: CARLOS PERTUZ

Registro Medico No.

Procedimiento Quirúrgico, Invasivo y/o Terapéutico y/o Dermatológico y/o Quimioterapia y/o
Imagenología y/o Diálisis a Realizar:

CESAREA Y POMEROY

Yo, DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 1082938135 expedida en la ciudad de SANTA MARTA, declaro que estando consciente, orientado y en pleno uso de mis facultades mentales y en desarrollo de la interconsulta previa al procedimiento quirúrgico que se me practicará, lo cual sucede con la suficiente antelación al acto quirúrgico, declaro que en forma clara y de una manera que he podido comprender, que se me ha informado por parte del Dr. HUGO ERNESTO ARRIETA ORTIZ como Médico que me practicará Cirugía y/o Procedimiento Invasivo y/o Terapéutico y/o Procedimiento Dermatológico y/o Quimioterapia y/o Estudio comprendido dentro de la Imagenología y/o Diálisis y por el Dr. CARLOS PERTUZ, quien suministrará la Anestesia en los actos en que sea necesaria, lo siguiente:

1º) Se me ha hecho conocer cual es la patología diagnosticada y/o sobre la cual se ha hecho impresión diagnóstica, para lo cual se me hizo valoración previa en la cual se ordenaron los exámenes generales y especializados necesarios y en forma posterior valoración final y en especial, que la Patología Diagnosticada y/o la Impresión Diagnóstica registrada, es la que posiblemente me está causando las complicaciones y/o alteraciones en mi salud que he sentido y que le he referido a los Médicos en las interconsultas realizadas, incluyendo la consulta preanestésica. -

2º) Se me ha Informado en forma amplia y suficiente, la finalidad que pretende obtener el Médico Tratante y el Equipo de Salud que me ha atendido y me atenderá, con el procedimiento quirúrgico y/o terapéutico y/o el enunciado en la primera parte de este instrumento, el cual se considera como el que posiblemente y con sujeción a la escuela práctica de Medicina en que se ha formado el Médico Tratante, ofrece mayores posibilidades para corregir las alteraciones que se me están presentando como producto de la patología que se me diagnosticó y/o sobre la cual se ha realizado Impresión Diagnóstica, precisando que estoy totalmente de acuerdo con el objetivo que posiblemente se obtenga. -----

3º) Se me ha explicado que desde el inicio del procedimiento, durante el mismo o en forma posterior a su terminación incluyendo todo el periodo del postoperatorio, bien como efecto del procedimiento o de la misma patología y/o como resultado de los medicamentos que se me administraran durante todas las etapas que comprende el tratamiento incluyendo los anestésicos que decida utilizar el anestesiólogo, se pueden presentar diversas reacciones adversas no deseadas y/o complicaciones que están previstas en la Literatura Médica pero que al Médico le son imposibles de predecir y/o evitar y que entre estas, se encuentran las que se relacionaran mas adelante, aceptando que según el Informe del Médico Tratante, son las mas comunes que figuran en la

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1082938135	
Paciente: DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/07/1991	
Edad y género: 25 Años, Femenino	
Identificador único: 229384-2	Responsable: SALUD TOTAL EPS-S S.A. SUBSIDIADO

Literatura Médica y en los Protocolos Médicos, mas no las únicas que se pueden presentar y entre ellas, las siguientes:

3-a)

LESION DE ORGANOS INTERNOS (VASCULAR, VEJIGA, URETERES, INTESTINOS), NECESIDAD DE HISTERECTOMIA, NECESIDAD DE TRANSFUSION, HEMORRAGIA MASIVA, INFECCIONES, PARO CARDIACO, MUERTE MATERNA, TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, EMBOLISMO DE LIQUIDO AMNIOTICO.

4º) Autorizo al Médico Tratante, al Anestesiólogo y demás miembros que conformaran el Equipo de Salud que me atenderá, para que inicien y lleven hasta su terminación, todos los actos, procedimientos y demás que conforme los Protocolos y/o Guías de Manejo Médico y/o la Literatura Médica, se requieran para la realización del procedimiento quirúrgico y/o terapéutico y/o el relacionado en la primera parte de este instrumento que he autorizado se me practique, precisando que asumo en forma y personal y sin solidaridad del equipo medico o de la IPS CLINICA LA MILAGROSA S.A, la responsabilidad por los posibles efectos negativos que se me presenten como producto de una complicación y/o reacción adversa que se pudiere presentar durante una cualquiera de las etapas del o de los procedimientos quirúrgicos y/o terapéuticos que se me practicaran, todo lo cual comprende cualquier daño, lesión, secuela, limitación, incapacidad permanente o parcial o de cualquier otro tipo, incluyendo los potencialmente fatales.- - Manifiesto que relevo de toda responsabilidad a la entidad IPS CLINICA LA MILAGROSA S.A y las personas que conformaran el Equipo de Salud que me atenderá durante la estancia hospitalaria, por los posibles Daños, secuelas, lesiones, complicaciones, limitaciones funcionales, incapacidades parciales o permanentes y/o resultados potencialmente fatales, que se me puedan presentar y cuya causa sea un hecho diferente a la falla o el error medico demostrado. - - - -

5º) Autorizo de manera expresa y concreta al Medico Tratante para que en el evento de que durante cualquier etapa del procedimiento quirúrgico y/o terapéutico o en forma posterior al mismo se presenten complicaciones y/o se evidencien hechos o situaciones inicialmente no previstas y/o que no se pudieron percibir en los exámenes realizados, modifique en forma parcial o sustancial, el procedimiento quirúrgico y/o terapéutico inicialmente previsto y si el Medico lo considera necesario conforme las Guías de Manejo Medico y/o la Literatura Médica y los hallazgos, haga la extensión del procedimiento a otra parte u órgano y/o -parte de mi cuerpo y si es necesario como mecanismo para intentar preservar mi salud y/o mi vida, la extracción de los mismos o parte de ellos y todo lo anterior, sin que el Medico requiera suspender el procedimiento y esperar que pueda recuperar mi estado de conciencia para la autorización para iniciar nuevo procedimiento, ya que he comprendido por las explicaciones que se me han suministrado, que Médicamente un segundo procedimiento conlleva riesgos de complicaciones y/o que las acciones de respuesta deben ser inmediatas . - - - - -

6º) De igual manera manifiesto que se me ha explicado de una manera sencilla y amplia, que existen alternativas no quirúrgicas mediante tratamientos clínicos no invasivos que posiblemente generen los mismos resultados que se pretenden obtener con la cirugía, pero reconociendo que el Medico Tratante en desarrollo de la obligación de consejo y con fundamento en su experiencia y conocimientos, no las recomienda y por ello, he decidido la opción quirúrgica, la cual autorizo.

7º) Declaro que se me informo sobre los derechos que como paciente tengo y entre estos, el poder revocar antes del acto quirúrgico, la autorización que he concedido; Respeto de mis derechos Constitucionales y como parte de ello, mis creencias sin poder ser discriminado y que se mantenga confidencialidad total de los registros de mi historia clínica y así mismo, en cuanto a mis obligaciones y entre ellas, las de cumplir con los tratamientos médicos que se me ordenen y en especial a partir del alta hospitalaria y el respeto de los miembros del equipo de salud que me atenderá. También se me informo en forma amplia, en cuanto a que al interior de la IPS CLINICA LA MILAGROSA S.A existen y se aplican protocolos de seguridad.

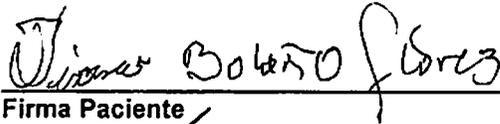
8º) Este instrumento esta regido y comprende en forma integral, las políticas de seguridad que aplican en la IPS CLINICA LA MILAGROSA S.A y respeta en un todo los Derechos Constitucionales y Legales del paciente, asi como sus deberes.

Se firma el presente instrumento por todos los que en el mismo hemos intervenido, previa la advertencia

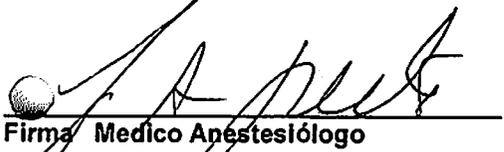
Firmado electrónicamente

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1082938135	
Paciente: DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/07/1991	
Edad y género: 25 Años, Femenino	
Identificador único: 229384-2	Responsable: SALUD TOTAL EPS-S S.A. SUBSIDIADO

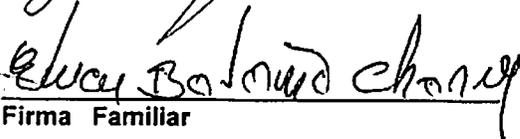
se reconoce como nuestras las firmas, como cierto todo su contenido y en especial, que todo lo consignado ha sucedido en realidad.


Firma Paciente

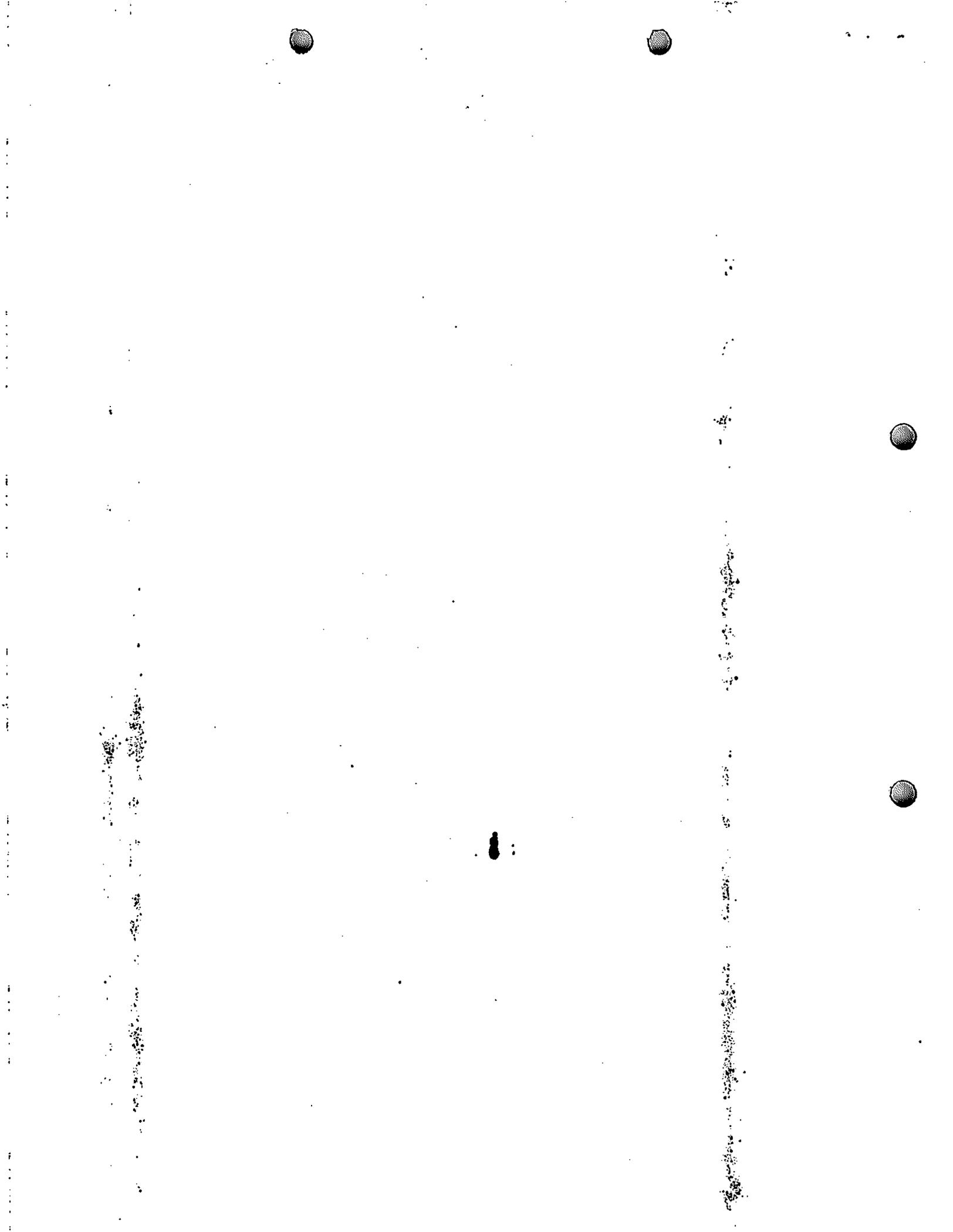

Firma Medico Tratante


Firma Medico Anestesiólogo

Firma Testigo


Firma Familiar

Firmado por: HUGO ERNESTO ARRIETA ORTIZ, GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, Registro 12124, CC 73198835



94.3 Tratamiento inicial y de rutina en el paritorio

Waldemar A. Carlo

Los lactantes de bajo riesgo pueden colocarse inicialmente sobre el abdomen de la madre tras el alumbramiento; la limpieza de secreciones de la boca mediante una aspiración suave con una jeringa o una sonda de goma blanda puede ser de ayuda en caso de que haya una gran cantidad de líquido en la boca o las fosas nasales. En países de recursos escasos, la limpieza de la cara, la nariz y la boca con un paño suave puede ser tan eficaz como el método de jeringa. No obstante, la mayoría de los recién nacidos respira de forma espontánea sin dificultades y no necesitan ningún método para limpiar sus vías respiratorias. La mayor parte de los lactantes que parecen estar sanos pueden permanecer junto a su madre para facilitar el establecimiento del vínculo materno y la lactancia. La demora en el pinzamiento del cordón umbilical (unos 30 segundos) puede disminuir la incidencia de anemia en la lactancia. Si se sospechara dificultad respiratoria, se trasladará al niño a un lugar cálido para su observación.

El índice de Apgar es un método práctico para evaluar de manera sistemática a los recién nacidos justo después del parto (tabla 94-2). Una puntuación baja puede deberse a sufrimiento fetal, pero también a otros factores como la prematuridad o a los efectos de fármacos administrados a la madre durante el trabajo de parto (tabla 94-3). El índice de Apgar no sirve para predecir el pronóstico del desarrollo neurológico. De hecho, la puntuación es normal en la mayoría de los pacientes que después presentan parálisis cerebral, y la incidencia de ésta es muy baja en lactantes con índices de Apgar de 0-3 a los 5 minutos (pero mayor que en los lactantes con índices de 7-10). El índice de Apgar bajo y el pH en la sangre de la arteria umbilical permiten predecir la mortalidad neonatal. Un índice de 0-3 a los 5 minutos de vida es una situación poco frecuente, pero predice de manera más fiable la mortalidad neonatal que un valor del pH de la arteria umbilical de 7 o menos (en recién nacidos a término y pretérmino); la presencia conjunta de estas dos variables aumenta el riesgo relativo de muerte neonatal en lactantes a término y pretérmino (tabla 94-4).

Tabla 94-3 Factores que influyen sobre el índice de Apgar*

FALSOS POSITIVOS (SIN ACIDOSIS FETAL O HIPOXIA; APGAR BAJO)

- Prematuridad
- Analgésicos, opiáceos, sedantes
- Sulfato de magnesio
- Traumatismo cerebral agudo
- Parto precipitado
- Miopatía congénita
- Neuropatía congénita
- Traumatismos de la médula espinal
- Anomalías del sistema nervioso central
- Anomalías pulmonares (hernia diafragmática)
- Obstrucción de las vías respiratorias (atresia de coanas)
- Neumonía congénita y sepsis
- Episodios previos de asfixia fetal (recuperada)
- Hemorragia-hipovolemia

FALSOS NEGATIVOS (ACIDOSIS; APGAR NORMAL)

- Acidosis materna
- Valores altos de catecolaminas fetales
- Algunos recién nacidos a término

*Independientemente de la etiología, un índice de Apgar bajo por asfixia fetal, inmadurez, depresión del sistema nervioso central u obstrucción de las vías respiratorias identifica a los neonatos que necesitan una reanimación inmediata.

Tabla 94-4 Incidencia de las muertes neonatales en 132.228 niños nacidos a término de parto único (en la semana 37 de gestación o posteriores) en relación con el índice de Apgar calculado a los 5 minutos de vida*

ÍNDICE DE APGAR A LOS 5 MINUTOS	N.º DE NACIDOS VIVOS	N.º DE MUERTES NEONATALES (POR CADA 1.000 NACIDOS)	RIESGO RELATIVO (IC 95%)
0-3	86	21 (244)	1.460 (835-2.555)
4-6	561	5 (9)	53 (20-140)
7-10	131.581	22 (0,2)	1

*Se toma como grupo de referencia a los neonatos con una puntuación de 7-10 en el índice de Apgar a los 5 minutos de vida.

IC, intervalo de confianza.

De Casev BM, McIntire DD, Leveno KJ: *The continuing value of the Apgar*

Tabla 94-2 Índice de Apgar del recién nacido*

SIGNO	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	Menor de 100	Mayor de 100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Lento, irregular	Bueno, llanto
Tono muscular	Flácido	Cierto grado de flexión de las extremidades	Movimiento activo
Respuesta a la sonda nasal (comprobada después de limpiar la orofaringe)	Ausente	Gesticula	Tos o estornudo
Color	Azul, pálido	Cuerpo rosado, extremidades azuladas	Completamente rosado

* Los cinco signos enumerados se evalúan una vez transcurridos sesenta segundos completos desde el nacimiento del niño (independientemente del estado de la placenta y del cordón umbilical), y a cada uno se le asigna un valor de 0, 1 o 2. Una puntuación total de 10 indica el mejor estado posible de un recién nacido. Un recien nacido con una puntuación de 0-3 necesita una reanimación inmediata.

Modificada de Apgar V: A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant, Curr Res Anesth Analg 32:260-267, 1953.

159
532

ELSEVIER

Avda. Josep Tarradellas, 20-30, 1.º, 08029, Barcelona, España

Nelson. Textbook of Pediatrics

© 2016 by Elsevier, Inc. All rights reserved

Previous editions copyrighted © 2011, 2007, 2004, 2000, 1996, 1992, 1987, 1983, 1979, 1975, 1969, 1964, 1959

ISBN original: 978-1-4557-7566-8

This translation of *Nelson. Textbook of Pediatrics*, 20th ed, by Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph W. St Geme III, and Nina F. Schor, was undertaken by Elsevier España and is published by arrangement with Elsevier Inc.

Esta traducción de *Nelson. Textbook of Pediatrics*, 20th ed, de Robert M. Kliegman Bonita Stanton, Joseph W. St Geme III y Nina F. Schor, ha sido llevada a cabo por Elsevier España y se publica con el permiso de Elsevier Inc.

Nelson. Tratado de pediatría, 20.ª ed., de Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph W. St Geme III, and Nina F. Schor.

© 2016 Elsevier España; 17.ª edición © 2004; 18.ª edición © 2009; 19.ª edición © 2011 Elsevier España

ISBN: 978-84-9113-015-4

978-84-9113-013-0 (Volumen 1)

978-84-9113-014-7 (Volumen 2)

eISBN: 978-84-9113-017-8

Fotocopiar es un delito. (Art. 270 C.P.)

Para que existan libros es necesario el trabajo de un importante colectivo (autores, traductores, dibujantes, correctores, impresores, editores...). El principal beneficiario de ese esfuerzo es el lector que aprovecha su contenido.

Quien fotocopia un libro, en las circunstancias previstas por la ley, delinque y contribuye a la «no» existencia de nuevas ediciones. Además, a corto plazo, encarece el precio de las ya existentes.

Este libro está legalmente protegido por los derechos de propiedad intelectual. Cualquier uso, fuera de los límites establecidos por la legislación vigente, sin el consentimiento del editor, es ilegal. Esto se aplica en particular a la reproducción, fotocopia, traducción, grabación o cualquier otro sistema de recuperación de almacenaje de información.

Advertencia

La medicina es un área en constante evolución. Aunque deben seguirse unas precauciones de seguridad estándar, a medida que aumenten nuestros conocimientos gracias a la investigación básica y clínica habrá que introducir cambios en los tratamientos y en los fármacos. En consecuencia, se recomienda a los lectores que analicen los últimos datos aportados por los fabricantes sobre cada fármaco para comprobar la dosis recomendada, la vía y duración de la administración y las contraindicaciones. Es responsabilidad ineludible del médico determinar la dosis y el tratamiento más indicado para cada paciente en función de su experiencia y del conocimiento de cada caso concreto. Ni los editores ni los directores asumen responsabilidad alguna por los daños que pudieran generarse a personas o propiedades como consecuencia del contenido de esta obra.

El editor

Depósito legal: B.8.431 - 2016

Impreso en China



COLCIENCIAS



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

PROSPERIDAD
PARA TODOS

Guía de práctica clínica del recién nacido sano

Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia

2013 - Guía No. 02

Centro Nacional de Investigación en Evidencia
y Tecnologías en Salud CINETS

5.3.1.5 Fundamentación

La medición de la vitalidad es un aspecto fundamental dentro del proceso de la adaptación neonatal inmediata y debe ser clínica, sencilla, homologable, verificable, comparable y sustentable en investigación de buena calidad, conocimiento y experiencia.

La escala con la que tradicionalmente se evalúa la vitalidad desde hace más de 50 años fue ideada por Virginia Apgar, que definió cinco aspectos fundamentales en la evaluación inicial de todo recién nacido.

Los expertos participantes en el desarrollo de la guía, sintetizan los aspectos relacionados con el uso clínico y correcta interpretación de la valoración de APGAR así:

1. 1. La escala de Apgar sirve para valorar la evolución de la adaptación del recién nacido.
2. 2. No debe ser utilizada para indicar el inicio de maniobras de reanimación, dado que no se puede esperar hasta un minuto para empezar la reanimación en los recién nacidos que están deprimidos. La reanimación debe iniciarse al momento en que se detecta que el recién nacido requiera apoyo.
3. 3. Se considera que un recién nacido está estable cuando el Apgar es igual o mayor a 7.
4. 4. Se considera tener en cuenta las siguientes pautas en cada uno de los puntos a evaluar en la escala (ARC 2010):
 - Tono y respuesta a la estimulación: el tono es subjetivo, pero debe evaluarse que haya postura de flexión y movimiento de las extremidades. El recién nacido que está extendido y no se mueve probablemente necesita reanimación activa. Si la respuesta no es activa, el secarlo energicamente pero con gentileza con una toalla suave debe estimular al recién nacido.
 - No es recomendable darles palmadas, sacudirlos o sostenerlos por los pies, ya que estas prácticas pueden tener riesgos y no han mostrado utilidad. Debe garantizarse que el cuello y cabeza están en posición neutra, particularmente si el tono es bajo.
 - Respiración: después de los esfuerzos iniciales, el recién nacido puede hacer una pausa por unos pocos segundos y luego reanudar su respiración. Por esto, puede ser difícil evaluar la respiración en los primeros minutos. Sin embargo, si se mantienen una frecuencia cardíaca mayor de 100/min es poco probable que vaya a ser necesaria una reanimación.
 - Si hay retracciones o hundimiento de las costillas inferiores y del esternón, o ruido espiratorio continuado, es probable que se necesiten esfuerzos de ventilación. Si hay apnea persistente, particularmente asociada con hipotonía y frecuencia cardíaca menor de 100/min, es un signo serio de necesidad de ventilación con presión positiva.



[Página Principal](#) → [Enciclopedia médica](#) → Acidosis metabólica

Dirección de esta página: [//medlineplus.gov/spanish/ency/article/000335.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000335.htm)

Acidosis metabólica

Es una afección en la cual hay demasiado ácido en los líquidos corporales.

Causas

La acidosis metabólica ocurre cuando el cuerpo produce demasiado ácido. También puede ocurrir cuando los riñones no están eliminando suficiente ácido del cuerpo.

Hay varios tipos de acidosis metabólica.

La acidosis diabética se presenta cuando sustancias ácidas, conocidas como cuerpos cetónicos, se acumulan en el cuerpo. Esto ocurre con mayor frecuencia cuando la diabetes tipo 1 no está controlada. También se conoce como cetoacidosis diabética y CAD.

La acidosis hiperclorémica resulta de la excesiva pérdida de bicarbonato de sodio del cuerpo. Esto puede suceder con la diarrea intensa.

La acidosis láctica resulta de la acumulación de ácido láctico. Puede ser causada por:

- Alcohol
- Cáncer
- Ejercitarse por mucho tiempo
- Insuficiencia hepática
- Medicinas como los salicilatos
- Falta prolongada de oxígeno a causa de *shock*, insuficiencia cardíaca o anemia grave
- Convulsiones

Otras causas de acidosis metabólica incluyen:

- Enfermedad renal (acidosis tubular distal y acidosis tubular renal proximal)
- Intoxicación con ácido acetilsalicílico (*aspirin*), etilenglicol (se encuentra en anticongelantes) o metanol
- Deshidratación intensa

Síntomas

La mayoría de los síntomas son causados por la enfermedad o afección subyacente que está provocando la acidosis metabólica. Este tipo de acidosis con frecuencia causa por sí sola respiración rápida. También puede actuar confundido o muy cansado. La acidosis metabólica grave puede llevar a shock o muerte. En algunas situaciones, la acidosis metabólica puede ser una afección leve y continua (crónica).

Pruebas y exámenes

Estos exámenes pueden ayudar a diagnosticar la acidosis. También pueden determinar si la causa es un problema respiratorio o un problema metabólico. Los exámenes pueden incluir:

- Gasometría arterial
- Panel metabólico básico, (un grupo de exámenes de sangre que miden sus niveles de sodio y potasio, la función renal, y otros químicos y funciones)
- pH de la orina
- Cetonas en la orina o cetonas en la sangre
- Examen de ácido láctico
- Gasometría arterial

Se pueden requerir otros exámenes para determinar la causa de la acidosis.

Tratamiento

El tratamiento está orientado a los problemas de salud que están causando la acidosis. En algunos casos, se puede administrar bicarbonato de sodio (el químico en la soda para hornear) para reducir la acidez de la sangre. A menudo, usted recibirá muchos líquidos a través de una vena.

Expectativas (pronóstico)

El pronóstico dependerá de la enfermedad subyacente causante de la afección.

Posibles complicaciones

La acidosis metabólica puede llevar a que se presente *shock* o la muerte.

Cuándo contactar a un profesional médico

Busque ayuda médica si presenta síntomas de cualquier enfermedad que pueda causar acidosis metabólica.

Prevención

La cetoacidosis diabética se puede prevenir manteniendo la diabetes tipo I bajo control.

Referencias



[Página Principal](#) → [Enciclopedia médica](#) → [Atresia esofágica](#)

Dirección de esta página: [//medlineplus.gov/spanish/ency/article/000961.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000961.htm)

Atresia esofágica

Es un trastorno del aparato digestivo, en el cual el esófago no se desarrolla apropiadamente. El esófago es el tubo que normalmente lleva el alimento desde la boca hasta el estómago.

Causas

La atresia esofágica (AE) es una anomalía congénita. Esto significa que ocurre antes del nacimiento. Existen varios tipos. En la mayoría de los casos, la parte superior del esófago termina y no se conecta con su parte inferior ni con el estómago.

La mayoría de los bebés con AE tienen otro defecto llamado fistula traqueoesofágica (FTE). Esto es una conexión anormal entre el esófago y la tráquea.

Además, los bebés con AE/FTE a menudo tienen traqueomalacia. Esto es una debilidad y flacidez de las paredes de la tráquea, lo que puede causar que la respiración suene aguda o ruidosa.

Algunos bebés con AE/FTE tienen otros defectos también, con mayor frecuencia defectos cardíacos.

Síntomas

Los síntomas de AE pueden incluir:

- Coloración azulada de la piel (cianosis) con el intento de alimentación
- Tos, náuseas y asfixia con el intento de alimentación
- Babeo
- Alimentación deficiente

Pruebas y exámenes

Antes del nacimiento, una ecografía realizada a la madre puede mostrar presencia de demasiado líquido amniótico. Esto puede ser un signo de AE u otra obstrucción del tubo digestivo del bebé.

El trastorno por lo general se detecta poco después del nacimiento cuando trata de alimentarse y después tose, se ahoga y se pone morado. Si se sospecha de AE, el proveedor de atención médica tratará de pasar una sonda pequeña de alimentación a través de la boca o de la nariz del bebé hasta el estómago. Si esta sonda no puede

pasar hasta el estómago, probablemente se le diagnosticará AE al bebé.

Posteriormente se realiza una radiografía que revelará cualquiera de las siguientes situaciones:

- Una bolsa llena de aire en el esófago.
- Aire en el estómago y el intestino.
- Si se ha introducido una sonda de alimentación antes de la radiografía, esta aparecerá enrollada en la parte superior del esófago.

Tratamiento

La AE es una emergencia quirúrgica. La cirugía para reparar el esófago se lleva a cabo tan pronto como es posible después del nacimiento de manera que no se presente daño a sus pulmones y que se lo pueda alimentar.

Antes de la cirugía, no se alimenta al niño por vía oral y necesitará nutrición intravenosa (IV). Se toman cuidados para prevenir la broncoaspiración con secreciones.

Expectativas (pronóstico)

Un diagnóstico temprano ofrece una mejor posibilidad de un buen desenlace clínico.

Posibles complicaciones

El bebé puede inhalar saliva y otras secreciones hacia los pulmones, causando neumonía por aspiración, asfixia y posiblemente la muerte.

Otras complicaciones pueden incluir:

- Problemas en la alimentación
- Reflujo (regurgitación repetitiva del alimento desde el estómago) después de la cirugía
- Estrechamiento (estenosis) del esófago debido a cicatrización a causa de la cirugía

La prematuridad puede complicar la afección. También pueden presentarse defectos en otras partes del cuerpo, como se mencionó más arriba.

Cuándo contactar a un profesional médico

Normalmente, este trastorno se diagnostica poco después del nacimiento.

Llame al proveedor de su bebé de inmediato si el bebé vomita en forma repetitiva después de las comidas o si presenta dificultades respiratorias.

Referencias

Madanick R, Orlando RC. Anatomy, histology, embryology, and developmental anomalies of the esophagus. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology/Diagnosis/Management*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 42.

Rothenberg SS. Esophageal atresia and tracheoesophageal fistula malformations. In: Holcomb GW, Murphy JP, Ostlie DJ, eds. *Ashcraft's Pediatric Surgery*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:chap 27.

Ultima revisión 9/27/2017

Versión en inglés revisada por: Jatin M. Vyas, MD, PhD, Assistant Professor in Medicine, Harvard Medical School; Assistant in Medicine, Division of Infectious Disease, Department of Medicine, Massachusetts General Hospital, Boston, MA. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team.

Traducción y localización realizada por: DrTango, Inc.

¿Le ha ayudado esta página?

No me es de ayuda

De gran ayuda



A.D.A.M., Inc. está acreditada por la URAC, también conocido como American Accreditation HealthCare Commission (www.urac.org). La acreditación de la URAC es un comité auditor independiente para verificar que A.D.A.M. cumple los rigurosos estándares de calidad e integridad. A.D.A.M. es una de las primeras empresas en alcanzar esta tan importante distinción en servicios de salud en la red. Conozca más sobre la política editorial, el proceso editorial y la política de privacidad de A.D.A.M. A.D.A.M. es también uno de los miembros fundadores de la Junta Ética de Salud en Internet (Health Internet Ethics, o Hi-Ethics) y cumple con los principios de la Fundación de Salud en la Red (Health on the Net Foundation: www.hon.ch).

La información aquí contenida no debe utilizarse durante ninguna emergencia médica, ni para el diagnóstico o tratamiento de alguna condición médica. Debe consultarse a un médico con licencia para el diagnóstico y tratamiento de todas y cada una de las condiciones médicas. En caso de una emergencia médica, llame al 911. Los enlaces a otros sitios se proporcionan sólo con fines de información, no significa que se les apruebe. © 1997-2019 A.D.A.M., Inc. La duplicación para uso comercial debe ser autorizada por escrito por ADAM Health Solutions.



U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894 U.S. Department of Health and Human Services

National Institutes of Health

Página actualizada 31 julio 2019

1. ¿Qué es la anhedonia?

Hedoné es una palabra griega que significa placer, la anhedonia significa por tanto **falta de placer**.

La anhedonia es un término que **expresa la incapacidad de disfrutar de las cosas agradables de la vida** y de experimentar placer, tanto en el aspecto físico, como psicológico o social.

La anhedonia puede **reducirse a un aspecto concreto**, como puede ser el disfrute por la comida, las relaciones sexuales, las actividades de ocio, etc. o puede **suponer una respuesta generalizada** ante cualquier circunstancia de la vida.

La anhedonia **no es en sí misma un síndrome o un trastorno, sino un síntoma** que nos indica la existencia de ese trastorno.

La ausencia de sentimientos placenteros es una **situación anormal** y nos lleva a pensar que la persona que la padece, sufre un trastorno de carácter grave.

Es uno de los indicadores más evidentes de la depresión, pero también se produce esta carencia en otros casos, como en los **esquizofrénicos** o en los alcohólicos y drogadictos durante el síndrome de abstinencia.

En muchos momentos de nuestras vidas todos sufrimos una cierta incapacidad para disfrutar de las cosas, **cuando estamos tristes** por alguna mala noticia o preocupados, **estresados** o **irritados** por cualquier circunstancia, nuestra capacidad de disfrute es prácticamente nula.

Por eso, para que esta incapacidad la podamos considerar como un síntoma de un trastorno, ha de ser prolongada en el tiempo. No obstante ha de ser el médico psiquiatra el que debe considerar si nuestra incapacidad para disfrutar es normal o es el síntoma de una patología.

2. Causas de la anhedonia

La causa de la aparición de la anhedonia desde un punto de vista fisiológico se debe a una alteración en **nuestro cerebro que impide que se genere la dopamina**, que es una sustancia química que se encuentra en el cerebro y que es la causante de las sensaciones placenteras.

En situaciones depresivas o de un gran estrés o ansiedad, el cerebro se bloquea y es incapaz de generar esta sustancia.

La depresión, la esquizofrenia y las drogas son las principales causantes de la anhedonia, sobre todo cuando esta es generalizada y afecta a todas las actividades de nuestra vida.

De tal manera que la anhedonia se establece como uno de los principales síntomas para el diagnóstico de la depresión.

Cuando la pérdida de las sensaciones placenteras no es generalizada, sino que afecta a algún aspecto concreto, se puede explicar por otras razones. La pérdida del placer sexual o del gusto por la comida puede ser causada por la utilización de cierto tipo de medicamentos como los antidepresivos.

3. Diagnóstico de la anhedonia

Estar inmerso en una depresión o en un estado de ansiedad hace que las cosas que usualmente nos hacían disfrutar, dejen de importarnos y de tener sentido para nosotros.

Esto afecta, por ejemplo, a nuestro **apetito** y a las **relaciones sexuales**, pero lo que inmediatamente y de una manera especial se ven afectadas son las **satisfacciones de tipo social**.

La persona deja de disfrutar de las relaciones sociales, huye de fiestas y de relacionarse con gente que no sea de su entorno más cercano, se vuelve huidiza y huraña.

En psicología se han establecido dos tipos de cuestionarios para diagnosticar el grado de la anhedonia y sus causas, son las llamadas escalas de Chapman.

El primer cuestionario basa sus preguntas en la capacidad del paciente de obtener satisfacciones de tipo físico, el segundo cuestionario interroga acerca de la capacidad para tener satisfacciones de tipo social. El segundo cuestionario se ha revelado mucho más útil para el diagnóstico de la anhedonia y sus causas, de tal manera que a través de éste se han podido diagnosticar y observar el desarrollo de enfermedades como la esquizofrenia, también el cuestionario sobre insatisfacción social ha sido muy valioso para el estudio y tratamiento de trastornos como el autismo, que tiene como una de sus principales características la anhedonia social.

4. Tratamiento de la anhedonia

Como hemos explicado anteriormente, la anhedonia no es en si un trastorno, sino un **síntoma**, por esta razón la anhedonia no se puede tratar directamente, lo que se ha de tratar es el trastorno que ha originado a ese síntoma.

Por ello, es muy importante **hacer el diagnóstico de cual es la causa** que la origina y actuar sobre esa causa.

Cuando la causa es una depresión, habrá que hacer un tratamiento específico para dicha enfermedad y sólo cuando esta mejore, la anhedonia empezará a remitir y el paciente volverá a tener ilusión y ganas de disfrutar.

60
543

Esto mismo se puede aplicar a cualquier otra causa, si el origen es la esquizofrenia o la drogadicción, habrá que hacer un tratamiento específico para cada caso y será cuando mejore el trastorno, cuando la anhedonia vaya remitiendo.

Biophysical Profile

¿Qué es un perfil biofísico?

Un perfil biofísico es una prueba que a veces se recomienda durante el tercer trimestre del embarazo. Se suele realizar si hay inquietudes sobre la salud del bebé. Esto se puede deber a los resultados de otras pruebas, a determinados síntomas del embarazo, o a que su embarazo sea de alto riesgo

El perfil biofísico combina dos pruebas para controlar la salud general del bebé por nacer: una prueba sin estrés y una ecografía.

- **Prueba sin estrés.** Este estudio verifica sus contracciones y la frecuencia cardíaca del bebé. Se mide con dispositivos (sensores) sujetos a correas que se colocan alrededor de la panza. Sin estrés significa que nada de lo que se hace durante la prueba le causa estrés al bebé.
- **Evaluación ecográfica.** Es muy similar a las ecografías que se hacen en otros momentos del embarazo. Un proveedor de atención médica usará una máquina de ultrasonido para ver dentro del útero y examinar al bebé que tiene en su vientre.

Durante el perfil biofísico, su proveedor de atención médica observará cinco áreas principales para controlar la salud del bebé: los movimientos corporales, el tono muscular, los movimientos respiratorios, el líquido amniótico y el ritmo cardíaco.

A cada una de estas cinco áreas se le asigna un puntaje de 0 (anormal) o 2 (normal). Los puntos se suman para llegar a un número final entre 0 y 10. En general, un resultado de 8 o 10 es normal, mientras que uno de 6 está en el límite. Por debajo de 6 indica posibles problemas. Es posible que se requieran pruebas adicionales.

El resultado de la prueba también puede ayudar a su proveedor de atención médica a determinar si su bebé necesita nacer antes del término esperado del embarazo.

¿Por qué podría necesitar un perfil biofísico?

Se suele realizar si hay preocupaciones sobre la salud del bebé. Por ejemplo, si el movimiento fetal disminuyó, si hay un problema con el crecimiento del feto o si el embarazo supera las 42 semanas. Pero, el simple hecho de que su proveedor de atención médica sugiera un perfil biofísico no significa que haya algo malo con su bebé.

Es posible que tenga otras razones para recomendarlo.

¿Cuáles son los riesgos de perfil biofísico?

El perfil biofísico es un procedimiento sencillo, seguro e indoloro. Para la prueba sin estrés, el proveedor de atención médica coloca dos cinturones alrededor de su panza. Los dispositivos (sensores) adheridos a estos cinturones controlan sus contracciones y la frecuencia cardíaca del bebé. Para realizar la ecografía, el proveedor le colocará un gel en la panza. Después, deslizará una vara de ultrasonido (transductor) presionando sobre el gel. Esto proporcionará una imagen del interior del útero. Las imágenes se ven en un monitor.

Los riesgos de esta prueba para usted y su bebé son mínimos. Se manifestaron algunas preocupaciones respecto de realizar ecografías por períodos prolongados de tiempo. Pero realizar una de vez en cuando no parece presentar riesgos para el bebé.

Es posible que existan otros riesgos según su condición específica. Recuerde hablar con su proveedor de atención médica sobre cualquier preocupación que tenga antes de la prueba.

¿Cómo me preparo para un perfil biofísico?

No tiene que hacer nada para prepararse para un perfil biofísico. Es probable que la prueba se haga en el consultorio de su proveedor de atención médica. No necesita ser hospitalizada. Por lo general, el perfil biofísico se realiza entre las 32 y 34 semanas de embarazo.

¿Qué sucede durante un perfil biofísico?

El perfil biofísico suele hacerse en una sala privada del consultorio de su médico.

Por lo general, un perfil biofísico sigue este proceso:

1. Su proveedor de atención médica le explicará el procedimiento. Hágale todas las preguntas que necesite sobre la prueba.
2. Es posible que le pidan que se desvista y se ponga una bata de hospital.
3. Se acostará sobre una mesa de examen o una cama.
4. La prueba sin estrés se hace primero. El proveedor de atención médica le colocará un cinturón con un dispositivo (sensor) alrededor de la panza. Este sensor verifica la frecuencia cardíaca de su bebé. La podrá ver en una pantalla.
5. El proveedor de atención médica le colocará un segundo cinturón y un sensor junto al primero. Éste mide sus contracciones. Aunque todavía falten algunas semanas para el parto, es normal que tenga contracciones a esta altura del embarazo. Esta parte de la prueba suele tomar entre 20 y 30 minutos.
6. Si su bebé no se mueve durante la prueba, no se asuste. Puede ser que esté dormido. Si esto sucede, es posible que una enfermera intente despertarlo con un zumbador.
7. Se retiran los cinturones y dispositivos. Esta parte de la prueba se terminó.
8. La parte de la ecografía puede tomar hasta 1 hora. El proveedor de atención médica colocará gel tibio sobre la piel de su abdomen.
9. El médico pasará una pequeña vara manual (transductor) sobre el gel y su panza. Las imágenes de su bebé en el útero aparecerán en una pantalla.
10. El proveedor de atención médica observará los movimientos respiratorios y corporales y el tono muscular del bebé. También medirá el líquido amniótico alrededor del bebé.
11. Cuando esta parte del examen esté completa, el proveedor limpiará el gel de su panza. Se puede vestir.

¿Qué sucede después de un perfil biofísico?

Su proveedor de atención médica otorgará una puntuación a la salud de su bebé de acuerdo con los resultados de las cinco áreas monitoreadas: movimientos del cuerpo, tono muscular, movimientos respiratorios, líquido amniótico y ritmo cardíaco.

El médico le explicará el significado de la puntuación. Si es menor de lo que su proveedor de atención médica esperaba, puede sugerirle programar el parto para una fecha anterior a la prevista. Esto puede implicar inducir el parto. O realizar un parto por cesárea.

Si la puntuación del bebé está dentro del rango normal, su proveedor de atención médica puede decidir que todo está bien. Puede seguir con su embarazo normalmente y esperar que el trabajo de parto empiece solo. Quizás le pidan que repita la prueba en un par de semanas.

No es necesario tomar precauciones especiales después de un perfil biofísico.

Tal vez su proveedor de atención médica le dé otras instrucciones, según su situación específica.

Próximos pasos

Antes de aceptar hacerse la prueba o el procedimiento, confirme si sabe lo siguiente:

- El nombre de la prueba o procedimiento
- La razón por la que le harán la prueba o el procedimiento
- Qué resultados esperar y qué significan
- Los riesgos y beneficios de la prueba o del procedimiento
- Cuáles son los posibles efectos secundarios o complicaciones
- Cuándo y dónde se hará la prueba o el procedimiento.
- Quién le hará la prueba o el procedimiento y qué títulos o diplomas tiene esa persona.
- Qué sucedería si no se hace la prueba o el procedimiento
- Si hay alguna prueba o procedimiento alternativos que podría considerar
- Cuándo y cómo recibirá los resultados
- A quién llamar después de la prueba o el procedimiento si tiene preguntas o problemas
- Cuánto tendrá que pagar por la prueba o el procedimiento

Náuseas y vómitos

Miguel A. Montoro*, Inmaculada Lera, Julio Ducons**

*Departamento de Medicina. Universidad de Zaragoza

Unidad de Gastroenterología y Hepatología. Hospital San Jorge. Huesca

**Servicio de Digestivo. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción

Las náuseas y los vómitos constituyen un motivo muy frecuente de consulta en el ámbito de la atención primaria de salud, en los servicios de urgencias y en las consultas de gastroenterología. Los costes derivados de esta patología son importantes. Ello obedece tanto al consumo de recursos sanitarios, como a la pérdida de horas de trabajo (absentismo) y a la pérdida de productividad en el puesto de trabajo (presentismo). Dos ejemplos que apoyan estas afirmaciones son el coste que representa el tratamiento de los vómitos que acompañan a las infecciones entéricas (125.000 millones de dólares/año en los EEUU)¹ y la pérdida de productividad laboral atribuible a las náuseas y vómitos del embarazo (8,5 millones de días de trabajo/año, en el Reino Unido)². Los vómitos que acompañan a la quimioterapia para el tratamiento del cáncer y aquellos que aparecen en el curso de un postoperatorio constituyen nuevos ejemplos de condiciones que, al prolongar la estancia hospitalaria, gravan el coste sanitario. Los tres objetivos básicos del médico que asiste a un paciente con náuseas y vómitos son por este orden de prioridad: 1) identificar y tratar las complicaciones asociadas; 2) discernir la causa del síndrome con un consumo racional de recursos y 3) corregir los síntomas y el trastorno que los ha originado.

Definiciones

La náusea se define como la sensación desagradable e inminente de vomitar. Se localiza vagamente en el epigastrio o la garganta y puede o no culminar en un vómito. El vómito se refiere a la eyección enérgica del contenido gastrointestinal a través de la boca, mediante contracciones involuntarias de la musculatura de la pared torácica y abdominal. Las arcadas consisten en movimientos espasmódicos de la musculatura toracoabdominal en la que co-

OBJETIVOS DE ESTE CAPÍTULO

- 1) Conocer las causas implicadas en la patogénesis de la náusea y el vómito.
- 2) Subrayar la importancia de la historia clínica, examen físico y pruebas elementales de laboratorio para discernir el origen de los síntomas.
- 3) Conocer las complicaciones asociadas al vómito y las distintas opciones terapéuticas.

REFERENCIAS CLAVE

1. Quigley EM, Hasler WL, Parkman HP. AGA technical review on nausea and vomiting. *Gastroenterology* 2001;120:263-286.
2. American Gastroenterological Association medical position statement: nausea and vomiting. *Gastroenterology* 2001;120:261-263.
3. Trost JR, Feldman M. El paciente con náuseas y vómitos. En: Montoro M, Bruguera M, Gomollón F, Santolaria P, Vilardell F, eds. Principios Básicos de gastroenterología para el médico de familia, 2.ª edición. Jarp- yo Editores. Madrid, 2002:229-245.

existen una inspiración forzada contra un cierre de la boca y de la glotis, sin llegar a exteriorizar el contenido gástrico. Otros términos que deben ser tenidos en cuenta en el diagnóstico diferencial son la regurgitación y la rumiación³. La regurgitación consiste en el retorno del contenido gastrointestinal hacia la boca, sin el esfuerzo y la participación de la musculatura del abdomen y diafragma que caracterizan al vómito. Finalmente, la rumiación es una condición en la que el alimento, después de ha-

ber sido regurgitado, es masticado y deglutido de nuevo, generalmente en el curso de una comida o después de ella. Incide con mayor frecuencia en niños y adultos con retraso mental, aunque también se ha descrito en adultos con inteligencia normal.

¿Cómo se produce el vómito?

El acto del vómito obedece a un mecanismo motor complejo y bien coordinado que incluye el descenso de los diafragmas, acompañado de contracciones intensas y mantenidas de la musculatura abdominal, que elevan la presión intragástrica. Una contracción fásica y simultánea del píloro impide la propulsión caudal del contenido gástrico, forzando la apertura del esfínter esofágico inferior, tras la relajación simultánea del cuerpo y fundus gástrico. Todo ello permite la eyección anterógrada del contenido intragástrico que es expulsado por la boca. La elevación del paladar blando por los pilares posteriores de las fauces impide que el material expulsado penetre en la rinofaringe, en tanto que el cierre de la glotis impide la aspiración del contenido gástrico, a la vía respiratoria.

Fisiopatología del vómito

Diversos estudios experimentales llevados a cabo en animales y extrapolados al ser humano han permitido conocer que el acto del vómito se describe como un complejo arco reflejo neural (figura 1). Los diferentes estímulos capaces de provocar vómitos responden, por lo general, a dos tipos de mecanismos.

- 1) Estímulos que influyen directamente sobre el centro del vómito (CV). Éste se localiza en la formación reticular del tronco del encéfalo y recibe impulsos aferentes viscerales procedentes del tracto gastrointestinal (faringe, estómago, intestino, conductos biliares, mesenterio y peritoneo) y de otros órganos como el corazón y sistema uroexcretor. La inflamación, isquemia, oclusión y perforación de estas estructuras genera impulsos que son conducidos por el vago y el simpático activando el CV. En este proceso se hallan implicados algunos neurotransmisores como la dopamina, histamina y serotonina que actúan a través de la interacción con sus respectivos receptores (D_2 , H_1 y HT_3 , respectivamente).
- 2) Estímulos que influyen sobre la zona gatillo quimiorreceptora (ZGQ). Ésta se localiza en el

área postrema, en el suelo del cuarto ventrículo e integra diversos receptores (D_2 , H_1 , M_1 y HT_3) que responden a diversos estímulos químicos, neurotransmisores endógenos y neuropéptidos. Entre ellos se incluyen, agentes quimioterápicos, diversas drogas y toxinas y la hipoxia. Los impulsos procedentes de la región vestibular y ciertas alteraciones metabólicas incluyendo la uremia y la cetoacidosis diabética también pueden inducir vómitos por este mecanismo (tabla 1). Se piensa que la ZGQ transmite la señal generada por estos estímulos directamente al centro del vómito.

Una vez activado el CV, éste transmite señales eferentes a través del vago, nervio frénico y nervios espinales hacia el estómago, intestino delgado, diafragma y musculatura abdominal, responsables, en última instancia, de la secuencia final del vómito: el aumento de la presión intragástrica y la expulsión del contenido gastroesofágico hacia la boca.

El conocimiento de los receptores que interactúan con los estímulos descritos ha permitido el desarrollo de fármacos que al ejercer un efecto antagonista sobre los mismos resultan eficaces para tratar el vómito. Tal es el caso de las drogas antido-paminérgicas (p. ej.: metoclopramida, domperidona y haloperidol), o de los fármacos antagonistas de los receptores HT_3 (ondansetrón, granisetron) esenciales en el tratamiento del vómito asociado al uso de citostáticos³ (ver más adelante).

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de las náuseas y vómitos es amplio e incluye un amplio espectro de condiciones clínicas (tabla 2). La mayoría de ellas pueden ser incluidas en cualquiera de estas categorías: 1) toxinas y fármacos, incluyendo la quimioterapia antineoplásica; 2) causas viscerales que engloban afecciones gastrointestinales, cardiovasculares y nefrourológicas; 3) enfermedades del sistema nervioso central (SNC) causantes de hipertensión endocraneal y/o trastornos vestibulares y 4) trastornos hormonales o endocrino-metabólicos, incluyendo el embarazo; una 5.ª categoría se reserva para una miscelánea de causas que incluyen las náuseas y vómitos que aparecen en el postoperatorio, el síndrome de los vómitos cíclicos, y las causas psicógenas.

- 3) Medicaciones y agentes tóxicos: las náuseas y los vómitos figuran entre los efectos adver-

TABLA I. Estímulos que influyen sobre la zona quimiorreceptora

Fármacos:

- Agonistas de la dopamina.
- Digoxina.
- AINE.
- Opiáceos.
- Nicotina.
- Antineoplásicos.

Alteraciones metabólicas:

- Uremia.
- Cetoacidosis diabética.
- Hipoxemia.
- Hipercalcemia.

Toxinas bacterianas:

- *Clostridium perfringens*.
- *Bacillus cereus*.
- *Estafilococo aureus*.

Radioterapia.

tos de numerosos fármacos (tabla 3). En tal caso suelen aparecer precozmente tras iniciar el tratamiento, lo que constituye una pista importante para establecer una relación causa-efecto. Muchos de estos fármacos son de uso muy frecuente. Entre ellos cabe destacar algunos agentes dopaminérgicos (L-dopa, bromocriptina), parches de nicotina, digoxina, diuréticos, antiarrítmicos y antihipertensivos, así como hipoglucemiantes orales, antiinflamatorios no esteroideos y anticonceptivos orales. Un subgrupo dentro de este apartado es el enfermo oncológico. Tanto los analgésicos opiáceos empleados para el control del dolor, como la propia quimioterapia antineoplásica pueden hallarse claramente implicados en la patogenia de los síntomas. En el último caso, los vómitos pueden aparecer de modo precoz (en menos de 24 h), tardío (en más de 24 h) o incluso antes de la administración del citostático, un hecho relativamente frecuente después de varios ciclos ("vómitos de anticipación"). La intoxicación por alcohol puede producir un episodio de náuseas y vómitos y los bebedores asiduos pueden experimentar náuseas a primera hora de la mañana. A su vez, la náusea y el vómito figuran entre la lista de efectos secundarios de muchos prepa-

rados de herbolarios. Por tanto, el médico debe obtener una historia minuciosa en relación con la toma de medicaciones, drogas ilícitas y uso de alcohol, incluyendo medicinas que se dispensan sin receta médica y remedios herbarios⁵.

- 1) **Causas viscerales de origen gastrointestinal o hepatobiliar, cardiovascular o nefrourológico:** como ya se ha mencionado, la inflamación, isquemia, distensión o perforación de una víscera genera impulsos que son transmitidos por aferentes vagales o del sistema simpático hasta el centro del vómito. Por tanto, una amplia miscelánea de procesos que afectan a órganos tanto intraabdominales (estómago, intestino, hígado, páncreas y vías biliares y sistema uroexcretor), como extraabdominales (miocardio y arterias coronarias) puede manifestarse con náuseas y vómitos (tabla 2). Este punto es importante, dado que la presencia de náuseas y vómitos caracteriza tanto a la presencia de entidades propiamente gastrointestinales (colecistitis, pancreatitis, apendicitis, oclusión intestinal o isquemia mesentérica) como extraintestinales (pielonefritis, cólico renoureteral, angina de pecho o infarto de miocardio). La distensión de la cápsula de Glisson en el curso de una hepatitis aguda o de una insuficiencia cardíaca congestiva (hígado de estasis) puede provocar vómitos por este mecanismo. Un subgrupo de especial relevancia en este apartado, debido a su elevada prevalencia, es el de las infecciones gastrointestinales por virus y bacterias. Éstas son capaces de producir náuseas y vómitos por un doble mecanismo: activando mecanismos de inflamación en la mucosa del intestino (con implicación directa en la liberación de neurotransmisores serotoninérgicos) y liberando toxinas que ejercen un efecto directo sobre la zona gatillo quimiorreceptora. La gastroenteritis por virus produce además gastroparesia, un trastorno caracterizado por la incapacidad del estómago para adajar su contenido. Muchos enfermos con gastroenteritis de etiología vírica refieren sensación nauseosa y vómitos por este mecanismo antes de presentar diarrea. Otros pacientes presentan náuseas y vómitos debido a la presencia de una gastroparesia y/o pseudoobstrucción intestinal de curso crónico. Numerosas causas pueden estar implicadas en este síndrome (ver capítulo 25). La dispepsia funcional, un trastorno muy frecuente en las consultas de atención primaria, representa el paradigma de trastorno funcional

TABLA 2. Diagnóstico diferencial de las náuseas y vómitos.

<p> }] Fármacos (Ver tabla 3) }] Causas infecciosas <ul style="list-style-type: none"> • Gastroenteritis vírica o bacteriana • Hepatitis • Ingesta de toxinas bacterianas • Infecciones no gastrointestinales <ul style="list-style-type: none"> – Otitis media – Meningitis – Pielonefritis <p> }] Causas endocrinometabólicas <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo • Uremia • Diabetes • Hiper- e hipoparatiroidismo • Hiper- e hipotiroidismo. • Enfermedad de Addison • Porfiria aguda intermitente <p> }] Alteraciones del SNC <ul style="list-style-type: none"> • Migraña • Hipertensión endocraneal <ul style="list-style-type: none"> – Tumores cerebrales – Hemorragia cerebral o cerebelosa – Absceso cerebral – Hidrocefalia • Alteraciones vestibulares <ul style="list-style-type: none"> – Laberintitis aguda – Enfermedad de Meniere – Cinetosis – Tumores • Enfermedades desmielinizantes <p> }] Alteraciones psiquiátricas <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos ansiodepresivos • Trastornos de conducta alimentaria • Vómitos psicógenos • Dolor • Percepciones anómalas del olor y del sabor <p> }] Causas viscerales <p> }] 1. Extraintestinales <ul style="list-style-type: none"> • Nefrourológicas <ul style="list-style-type: none"> – Cólico nefrítico – Pielonefritis aguda – Hidronefrosis • Cardiovasculares <ul style="list-style-type: none"> – Síndrome coronario agudo – Insuficiencia cardíaca congestiva – Ablación con radiofrecuencia </p></p></p></p></p></p>	<p> }] 2. Intestino y peritoneo <ul style="list-style-type: none"> • Inflamación visceral <ul style="list-style-type: none"> – Gastroduodenitis – Úlcera péptica – Hepatitis aguda – Cólico biliar – Colecistitis aguda – Colangitis aguda – Pancreatitis aguda – Apendicitis aguda – Diverticulitis aguda – Enfermedad inflamatoria intestinal – Enfermedad pélvica inflamatoria – Salpingitis – Inflamación peritoneal de origen metabólico (fiebre mediterránea familiar, porfiria, intoxicación por plomo, déficit de C1-inhibidor esterasa, etc.) – Adenocarcinoma de páncreas • Obstrucción intestinal <ul style="list-style-type: none"> – Mecánica <ul style="list-style-type: none"> – Estenosis pilórica – Adherencias intraperitoneales – Hernias – Neoplasias – Vólvulo – Invaginación – Funcional <ul style="list-style-type: none"> – Gastroparesia (diabetes, vagotomía, etc.) – Seudoobstrucción intestinal crónica – Dispepsia funcional – Dismotilidad secundaria a trastornos sistémicos: amiloidosis, escleroderma • Isquemia intestinal <ul style="list-style-type: none"> – Isquemia mesentérica aguda – Isquemia mesentérica crónica – Colitis isquémica • Perforación a peritoneo libre <p> }] Causas viscerales extraintestinales <p> }] Miscelánea <ul style="list-style-type: none"> • Náuseas y vómitos postoperatorios • Síndrome de vómitos cíclicos </p></p></p>
---	--

TABLA 3. Medicaciones de uso común que pueden producir náuseas y vómitos

<p>} Quimioterápicos para el cáncer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Graves <ul style="list-style-type: none"> – Cisplatino – Dacarbacina – Mostaza nitrogenada • Moderados <ul style="list-style-type: none"> – Metrotexate – Citarabina • Leves <ul style="list-style-type: none"> – 5-fluorouracilo – Vinblastina – Tamoxifeno <p>} Analgésicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspirina® • AINE • Analgésicos opiáceos • Antigotosos <p>} Medicaciones cardiovasculares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Digoxina • Antiarrítmicos (quinidina, amiodarona) • Antihipertensivos (β-bloqueantes, diuréticos, calcioantagonistas) 	<p>} Antibióticos/antivirales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eritromicina • Tetraciclina • Sulfonamidas • Tuberculásticos (isoniacida) • Aciclovir <p>} Antidiabéticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metformina <p>} Antiparkinsonianos (agonistas dopaminérgicos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bromocriptina • Levodopa <p>} Anticonvulsivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fenitoína • Carbamacepina <p>} Antiasmáticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teofilina <p>} Anestésicos</p> <p>} Inmunosupresores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Azatioprina <p>} Otros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sulfasalacina • Nicotina • Abuso de alcohol • Hipervitaminosis
---	---

causante de náuseas y vómitos. Estos pacientes suelen referir dolor o malestar en la línea media superior del abdomen, de curso crónico e intermitente, que no puede atribuirse a una anomalía bioquímica o estructural del tracto digestivo.

- } Enfermedades del sistema nervioso central y trastornos vestibulares. Diversas afecciones cerebrales pueden ser una causa de vómitos con o sin náuseas asociadas. Éstas incluyen fundamentalmente dos subgrupos. a) Aquellas que cursan con un cuadro de hipertensión endocraneal (tumores, malformaciones congénitas, infarto cerebral, hemorragia parenquimatosa o subaracnoidea e infecciones) y b) Aquellas que cursan con vértigo. En este subgrupo se incluyen la migraña, la cinetosis o sensación de mareo asociada al movimiento, la laberintitis, el síndrome o enfermedad de Ménière y la presencia de tumores de la fosa posterior. En el

último subgrupo, la náusea y el vómito resultan de la activación de receptores histaminérgicos H_1 y muscarínicos M_1 y no de receptores dopaminérgicos o serotoninérgicos, lo que debe ser tenido en cuenta a la hora de seleccionar el antiemético apropiado.

- } Trastornos hormonales y endocrinometabólicos. Algunas enfermedades endocrinometabólicas pueden cursar con vómitos. Las más frecuentes son la uremia, la cetoacidosis y la hipercalcemia, que pueden producir náuseas y vómitos al activar la ZGQ del área postrema. Otras como el hipertiroidismo, hipotiroidismo e hipoparatiroidismo pueden ser causa de náuseas y vómitos al originar anomalías motoras en el tracto digestivo. El embarazo constituye probablemente, la causa endocrinológica más frecuente de náuseas y vómitos. De hecho, llega a afectar al 70% de las gestantes en el primer tri-

mestre del embarazo. Aunque la patogenia de este trastorno no es clara, su mayor prevalencia entre las mujeres que presentan síntomas similares durante la toma de anticonceptivos orales sugiere una relación directa con los niveles de estrógenos y progesterona. Numerosos estudios coinciden en señalar que este trastorno es más frecuente entre las primigestas jóvenes con un nivel educativo más bajo y obesidad. Aunque la concomitancia de estos factores incrementa la probabilidad de náuseas y vómitos en el embarazo, éstas pueden aparecer en cualquier mujer gestante⁶. Como promedio, los síntomas aparecen y finalizan 39 y 84 días después de la pérdida de la menstruación. Si bien la mayoría presentan un curso leve y desaparecen en el segundo trimestre, entre un 1-5% de los casos desarrollan una hiperemesis gravídica, término que implica la aparición de anomalías hidroelectrolíticas y malnutrición que obligan a hospitalizar a la gestante. Los vómitos que aparecen en el tercer trimestre presentan connotaciones distintas y, a menudo, reflejan la existencia de una esteatosis gravídica. Ésta puede conducir a un estado de insuficiencia hepática, acompañado de coagulación intravascular diseminada y elevada morbimortalidad materno-infantil⁷.

- 1) **Miscelánea:** aunque la mayoría de los pacientes con náuseas y vómitos pueden ser incluidos en cualquiera de las categorías señaladas, existen algunas condiciones específicas que deben ser igualmente consideradas. Éstas incluyen las náuseas y vómitos postoperatorios, el síndrome de vómitos cíclicos y los vómitos psicógenos.
 - ☐ **Náuseas y vómitos postoperatorios:** su prevalencia oscila según las series comunicadas con tasas promedio de 37% y 23% para las náuseas y vómitos respectivamente. Las mujeres jóvenes son más vulnerables. Otros factores que aumentan la probabilidad de este trastorno han quedado reflejados en la tabla 4⁸.
 - ☐ **Vómitos cíclicos:** este síndrome conocido también como "migraña" o "epilepsia" abdominal, consiste en la aparición de brotes episódicos de náuseas y vómitos, asociados a menudo con episodios de migraña, vértigo y atopia. Los ataques suelen durar un promedio de unas 20 horas y se repiten 6-8 veces por año. Suelen comenzar sobre los 5 años y afectan con mayor frecuencia al sexo feme-

TABLA 4. Factores que incrementan la probabilidad de náuseas y vómitos postoperatorios

- Historia previa de vómitos postoperatorios.
- Historia previa de cinetosis.
- Utilización de óxido nítrico en inhalación.
- Uso concomitante de opiáceos.
- Anestesia general (vs anestesia regional).
- Tiempo operatorio prolongado.
- Intervenciones sobre el oído medio.
- Intervenciones ginecológicas.
- Cirugía abdominal a cielo abierto (vs. laparoscópica).

nino⁹. Su patogenia parece relacionarse con una liberación incontrolada de prostaglandinas por parte de la hipófisis.

- ☐ **Vómitos psicógenos:** algunos vómitos de etiología no aclarada pueden tener su origen en conflictos psicológicos que conducen a estados de ansiedad o depresión mayor. Suelen afectar con mayor frecuencia a mujeres jóvenes, particularmente si muestran rasgos de dependencia emocional o una historia reciente o pasada de maltratos físicos, sexuales o psicológicos. Datos que apoyan esta etiología son a) la existencia de antecedentes familiares del mismo problema; b) una historia que data desde la infancia; c) su carácter matutino o inmediatamente postingesta, sin náuseas previas; d) la facilidad para contener o inducir el vómito y e) la escasa relevancia que el enfermo concede a su problema. Aunque el apetito suele estar conservado, a menudo coexiste un estado de adelgazamiento. Suelen responder mal a los tratamientos antieméticos, siendo más útil la adopción de medidas de apoyo anímico o afectivo y psicoterapia¹⁰.

Aproximación al paciente con náuseas y vómitos

A pesar del amplio espectro de posibilidades etiológicas, una proporción mayoritaria de casos puede ser diagnosticada por los datos que proporciona la historia clínica, el examen físico y algunas pruebas elementales de laboratorio. En ciertos casos se hace necesaria la realización de algunas pruebas complementarias que varían en función del modo de presentación del síndrome (véase más ade-

84
5571

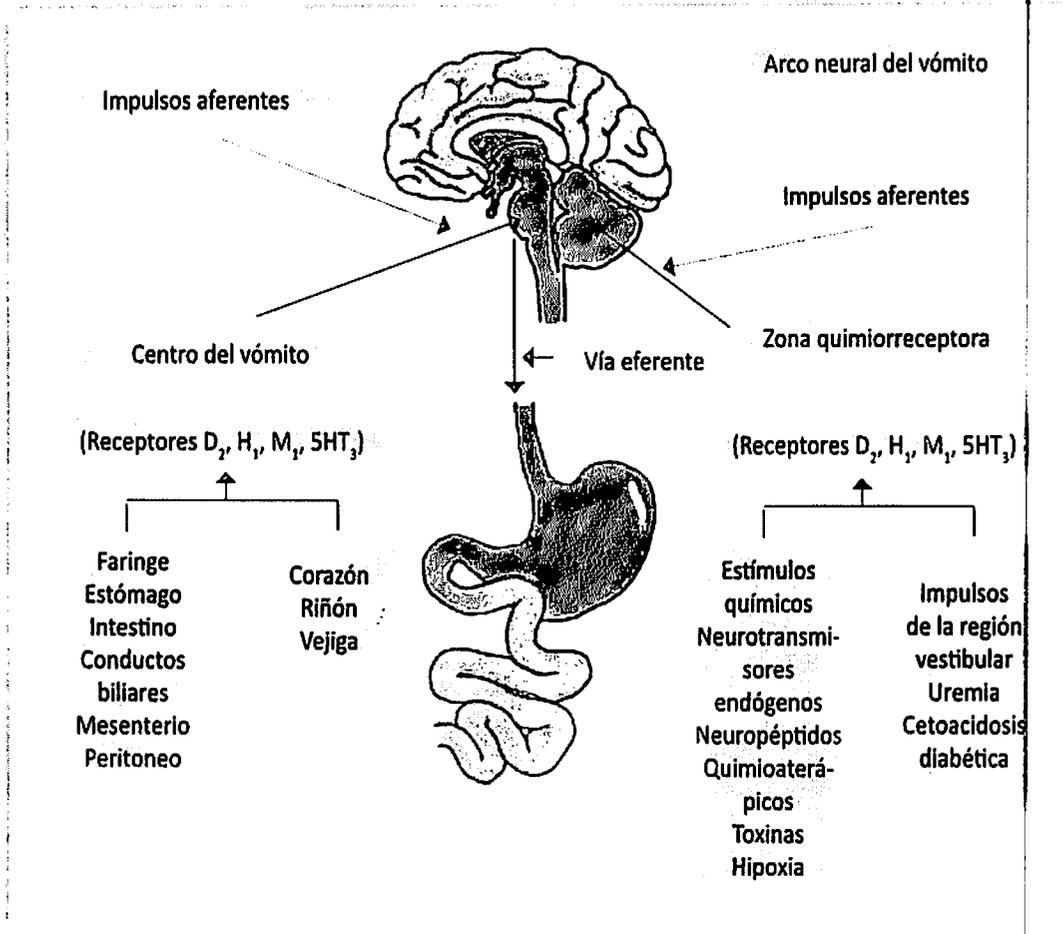


Figura 1. Estímulos y mecanismos implicados en la fisiopatología del vómito.

lante). La literatura médica abunda en diferentes modos de afrontar el diagnóstico^{3,5,11,12}, pero pocas descripciones resultan tan ilustrativas como la de Mark Feldman *et al.*³.

Historia clínica

Las cuestiones esenciales que deben ser investigadas son:

- 1) Duración, frecuencia y gravedad de los síntomas.
- 1) relación de los síntomas con las comidas.
- 1) Características organolépticas del vómito.
- 1) Síntomas asociados.

Respecto al primer punto —duración de los síntomas— deben distinguirse claramente los vómitos de reciente instauración de aquellos de curso crónico (superior a 1 mes). Por lo general, cuando los síntomas se han iniciado hace uno o dos días como

máximo, debe pensarse en la posibilidad de una gastroenteritis infecciosa o en la prescripción de una medicación nueva, incluyendo la probabilidad de una tentativa de suicidio (intoxicación por paracetamol) y la administración de citostáticos. Una clave importante en el diagnóstico de las gastroenteritis infecciosas por virus o toxinas (*Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus*, *Estafilococo aureus*) es su curso autolimitado (inferior a 5 días). La reciente aparición de náuseas y vómitos en una mujer fértil obliga a considerar la posibilidad de un embarazo. Otras entidades que cursan con vómitos de instauración aguda son aquellos procesos que cursan con hipertensión endocraneal, incluyendo traumatismos, hemorragia aguda, meningitis y abscesos cerebrales. El vómito suele formar parte del complejo sintomático del paciente que consulta por un dolor abdominal agudo. Algunos de estos pacientes requerirán una intervención quirúrgica para la resolución de sus síntomas. Una característica co-

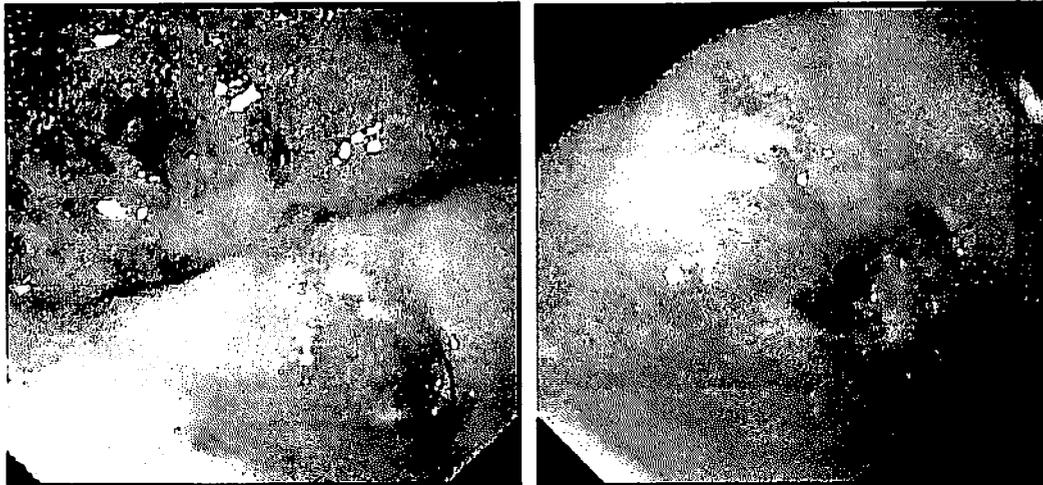


Figura 2. Úlcera péptica cercana al canal pilórico.

mún a todos ellos es que el dolor abdominal suele preceder al vómito. Así ocurre, por regla general, en la apendicitis, colecistitis, pancreatitis, oclusión intestinal e isquemia mesentérica. Otras entidades como el infarto agudo de miocardio o el cólico nefrítico suelen acompañarse de náuseas y vómitos, aunque en todos estos casos, el vómito no es el síntoma guía o principal. Por supuesto, el vómito puede ser un síntoma que acompaña al comienzo de un trastorno endocrinometabólico como la uremia, cetoacidosis diabética y fallo suprarrenal.

Algunos pacientes describen síntomas que se hallan presentes en el momento de su evaluación, pero que se iniciaron algunas semanas o meses atrás. En estos casos, no debe subestimarse la contribución de algún fármaco en su etiología, especialmente digoxina o teofilina, cuyos niveles plasmáticos deberían ser monitorizados. Los vómitos de curso crónico (superior a 1 mes) requieren una evaluación distinta e incluyen un amplio espectro de posibilidades diagnósticas, incluyendo fenómenos de dismotilidad gastrointestinal (gastroparesia y pseudoobstrucción intestinal crónica) y causas psicógenas.

Respecto al segundo punto —relación de los síntomas con las comidas— es un hecho admitido que la cronología del vómito y su ritmo prandial constituyen una valiosa ayuda para el diagnóstico. Deben distinguirse los vómitos matutinos, aquellos que ocurren durante o inmediatamente después de una comida, los que suceden en la primera hora post-ingesta y los vómitos tardíos (más de 12 horas).

TABLA 5. Causas más frecuentes de vómitos matutinos.

- Embarazo.
- Alcoholismo.
- Uremia.
- Goteo postnasal.
- Aumento de la presión intracraneal.
- Vómitos postgastrectomía.

Las náuseas y vómitos matutinos (incluso antes del desayuno) ocurren básicamente en cuatro tipos de situaciones: el embarazo, el alcoholismo, la uremia y la hipertensión endocraneal (tabla 5). Los vómitos que aparecen durante o inmediatamente después de la ingesta deben sugerir una causa psicógena o la presencia de una úlcera cercana al canal pilórico (figura 2). Algunas condiciones inflamatorias que cursan con dolor abdominal como síntoma relevante (colecistitis, pancreatitis) suelen cursar con signos manifiestos de intolerancia alimenticia. En tal caso, el vómito suele aparecer en un intervalo inferior a una hora después de la ingesta. Finalmente, los vómitos que aparecen en un intervalo superior a 12 horas deben sugerir una obstrucción del píloro o un cuadro de dismotilidad.

Un tercer punto, hace referencia a las características organolépticas del vómito. El contenido, sabor u olor del vómito, nuevamente proporciona pistas de interés para el diagnóstico (tabla 6). Existen dos extremos que merecen una mención especial; 1) la

555

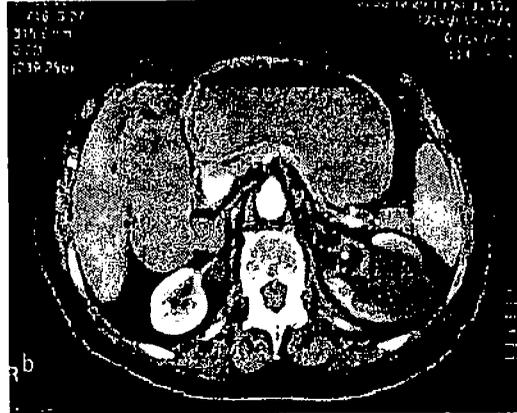


Figura 3. Obstrucción duodenal por mesenteritis retráctil (a) radiología baritada que permite ver una estenosis de la 3.ª porción duodenal. La fuga de bario a las vías biliares se explica por la existencia previa de una coledocoduodenostomía. (b) TAC abdominal que muestra la dilatación del estómago y el duodeno.

TABLA 6. Características organolépticas que pueden ser claves en el diagnóstico etiológico del vómito

Alimentos ingeridos > 12 h
 Alimentos ingeridos > 24-48 h

Alimentos no digeridos

Presencia de bilis
 Olor fétido

Gastroparesia
 Estenosis pilórica
 Obstrucción del intestino proximal
 Acalasia
 Divertículo-Zenker
 Excluye estenosis pilórica
 Obstrucción intestinal
 Íleo secundario a peritonitis
 Fístula gastrointestinal
 Sobrecrecimiento de bacterias

presencia de alimentos no digeridos, más propia de la regurgitación que del vómito propiamente dicho, sugiere la presencia de una estasis de alimento en la luz del esófago, una circunstancia típica del divertículo de Zenker, la acalasia y la obstrucción mecánica del esófago. 2) La presencia de vómitos retencionistas (más de 12 horas desde que fueron ingeridos) sugiere poderosamente la presencia de una estenosis pilórica o un trastorno motor. Si además, el contenido del vómito es fecaloideo y de olor pestilente, debe sospecharse íleo, oclusión mecánica del intestino delgado o colon o fístula gastrocólica (figura 3). Otras propiedades sobre las que debe ser interrogado el paciente son la presencia de bilis

(excluye estenosis del píloro) y el hallazgo de restos hemáticos (sangre fresca o "poso de café").

Finalmente existe un cuarto punto que debe de ser minuciosamente investigado: la presencia de **síntomas asociados**. Mención especial requieren los siguientes:

1) **Dolor abdominal:** por regla general, el dolor abdominal agudo tiene un peso específico de suficiente relevancia como para considerar al vómito como un síntoma secundario. En tal caso, el diagnóstico diferencial debe centrarse en el dolor abdominal y no en el vómito, dado que aquél es el motivo real de consulta. Algunas consideraciones pueden tener interés en este

punto. Ya se ha mencionado, por ejemplo, que el dolor abdominal suele preceder al vómito (y no al contrario) en la mayoría de los cuadros de dolor abdominal agudo que van a requerir laparotomía. El vómito suele aliviar el dolor propio de una úlcera péptica (probablemente al liberar al cráter ulceroso del efecto irritante del pH ácido). Ello no ocurre, sin embargo, en otros procesos abdominales como la colecistitis, la pancreatitis o la apendicitis, donde el vómito no logra aliviar los síntomas. Un alivio temporal del dolor, puede obtenerse, tras el vómito, cuando la causa del dolor guarda relación con una obstrucción intestinal. En el último caso, los vómitos suelen ser un síntoma importante si la obstrucción afecta a tramos proximales del intestino. En las oclusiones del colon, sin embargo, predomina la distensión abdominal y el vómito es menos frecuente y más tardío. El cólico nefrítico es una de las condiciones clínicas que puede cursar con vómitos paroxísticos como síntoma relevante.

- 1 Fiebre: la presencia de fiebre obliga a considerar una enfermedad de naturaleza infecciosa, bien sea de origen intraabdominal o sistémica. En el primer caso, es obligado valorar la posibilidad de una gastroenteritis aguda, particularmente si existen mialgias, diarrea o afectación simultánea de otros familiares. La peritonitis como complicación evolutiva de un cuadro abdominal agudo explica la aparición de dolor abdominal, vómitos y fiebre en este orden cronológico. Los ejemplos más representativos de infecciones extraintestinales que cursan con vómitos son la pielonefritis, la otitis y la meningitis.
- 1 Síntomas neurológicos: la cefalea constituye el síntoma guía de la migraña, un cuadro que suele cursar con náuseas y vómitos como síntomas asociados. La asociación de cefalea, rigidez de nuca y obnubilación debe sugerir de inmediato un cuadro de meningitis. Síntomas similares pueden aparecer en la hemorragia subaracnoidea y en tumores primarios o metastáticos así como en abscesos cerebrales que cursan con hipertensión endocraneal. Aunque se ha enfatizado el valor del "vómito en escopetazo" como síntoma sospechoso de hipertensión endocraneal, solo una proporción minoritaria de estos pacientes presentan vómitos de estas características. Los tumores de la fosa posterior pueden cursar con vértigo, un síntoma que acompaña a otros procesos otoneurológicos como el síndrome

de Ménière, el neurinoma del acústico y la laberintitis.

- 1 Ictericia: cuando el vómito se asocia a ictericia y/o síntomas de colestasis, suele haber un cálculo impactado en el cístico o el colédoco distal. El adenocarcinoma de la cabeza del páncreas que obstruye el colédoco puede cursar con ictericia y vómitos, producidos tanto por la congestión biliar, como por un mecanismo de inhibición paraneoplásica de la motilidad antroduodenal causante de gastroparesia. La hepatitis aguda es una causa conocida de ictericia asociada a manifestaciones dispépticas que incluyen náuseas y vómitos. El fallo hepático fulminante puede producir vómitos debido a la liberación de toxinas en el torrente circulatorio y al aumento de la presión intracraneal que se observa en estos casos. En la mujer embarazada, la presencia de vómitos e ictericia en el tercer trimestre debe sugerir esteatosis gravídica y en algunos casos obliga a interrumpir la gestación.
- 1 Pérdida de peso: este síntoma puede reflejar un estado de malnutrición secundario a la imposibilidad de alimentarse por vía oral, una circunstancia frecuente en la gastroparesia y en la obstrucción pilórica, o ser un síntoma que forma parte de la causa primaria del vómito (por ej: depresión, cáncer o hipertiroidismo).
- 1 Otros síntomas asociados: algunos síntomas como el dolor precordial asociado a síntomas vegetativos, incluyendo náuseas y vómitos, forman parte del espectro sintomático del síndrome coronario agudo. El médico debe estar atento cuando los mismos síntomas afectan a un paciente con factores de riesgo coronario que no refiere dolor precordial, sino dolor en epigastrio, una característica no infrecuente en el infarto de cara diafragmática. Algunos síntomas sistémicos, pueden sugerir una condición endocrinometabólica, conectivopatía, amiloidosis que pueden estar implicados en la patogénesis de una pseudoobstrucción intestinal crónica.

Exploración física

El examen físico proporciona datos importantes, tanto para evaluar la repercusión de los vómitos sobre el organismo, como para determinar la causa del síndrome. Algunos datos de la exploración general poseen un gran valor, incluyendo la presencia de ictericia, bocio, linfadenopatías o alteraciones cutáneas. La presencia de alguno de estos signos

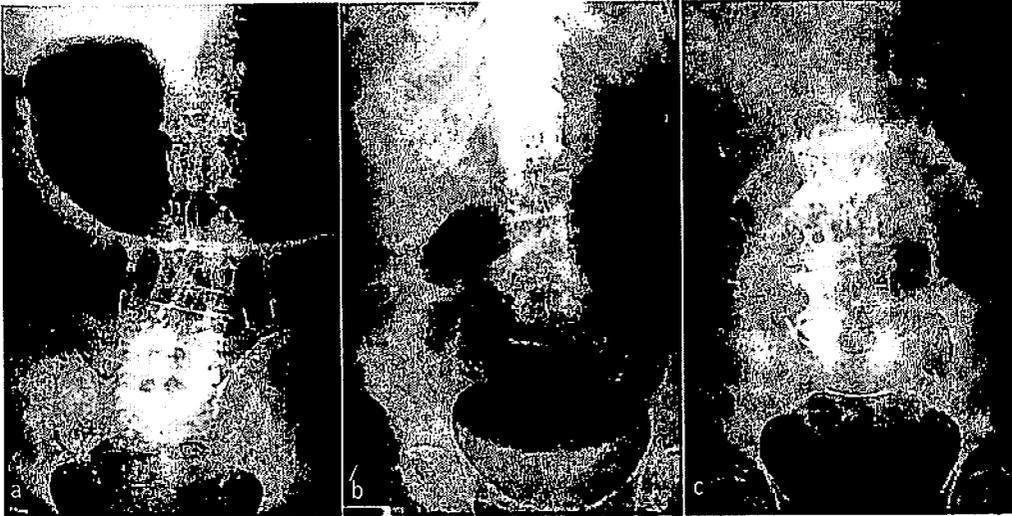


Figura 4. Radiografía simple de abdomen que muestra tres condiciones clínicas causantes de náuseas y vómitos. a) Gastroparesia en el contexto de cetoacidosis diabética (obsérvese la atonia y dilatación del estómago cuya silueta se aprecia contrastada por gas). b) Imagen de estenosis pilórica con retención aérea en la luz del cuerpo gástrico y antro. c) Obstrucción del intestino delgado. En la imagen se aprecia una gran distensión de las asas del intestino delgado.

puede centrar el diagnóstico diferencial, limitando el espectro de posibilidades diagnósticas. Tres aspectos de la exploración requieren una especial consideración:

- › Las constantes que informan sobre el estado hemodinámico.
- › La exploración del abdomen.
- › La exploración neurológica.

Respecto al primer punto, es interesante observar que una tensión arterial y frecuencia cardíaca normales en decúbito supino no asegura un correcto estado de la volemia. No es infrecuente que al adoptar la sedestación durante 1-2 minutos se aprecie un incremento del pulso superior a 20x' o un descenso de la PA sistólica > 20 mmHg o de la tensión diastólica > 10 mmHg. Estos signos sugieren efectivamente la presencia de una depleción significativa de volumen del compartimento extracelular. Por el contrario la evidencia de hipotensión ortostática, sin un incremento simultáneo de la frecuencia cardíaca, sugiere neuropatía autónoma.

La exploración del abdomen debe seguir un orden meticuloso incluyendo la inspección, palpación, percusión y auscultación. Todas ellas pueden proporcionar pistas de gran valor. La inspección, por ejemplo puede mostrar un abdomen distendido con o sin peristaltismo visible de lucha. Estos da-

tos sugieren poderosamente la presencia de una oclusión intestinal. La presencia de una cicatriz de laparotomía previa o de una hernia abdominal posee un inusitado valor para relacionar la etiología de la oclusión con una brida postquirúrgica o una hernia encarcerada, respectivamente. La palpación cuidadosa del abdomen puede revelar la existencia de áreas de hipersensibilidad compatibles con un estado de inflamación visceral. Cuando ésta se circunscribe al epigastrio, debe considerarse la posibilidad de una úlcera péptica gastroduodenal. Otros diagnósticos posibles son la colecistitis, la pancreatitis, la apendicitis y la diverticulitis. En todos estos casos, la palpación descubre áreas de hiperalgia en los cuadrantes abdominales correspondientes. La percusión (y la auscultación) pueden mostrar un sonido típico de "chapoteo" que resulta audible cuando el abdomen es movido de lado a lado—"signo del bazuqueo". Este signo solo tiene valor cuando han pasado al menos 4-6 horas desde la última ingesta y sugiere la presencia de una estasis gástrica asociada a un estado de gastroparesia, síndrome de estenosis pilórica u obstrucción del intestino delgado proximal (figura 4). El silencio abdominal indica íleo, que puede ser secundario a isquemia, inflamación peritoneal o trastornos electrolíticos, tales como hipopotasemia. Un tacto rectal puede ser de utilidad para demostrar la presencia de san-

gre macroscópica u oculta, sugestivas de malignidad o isquemia.

La exploración neurológica, a menudo pasada por alto, es importante en el paciente con náuseas y vómitos. De hecho, puede aportar información crucial para el diagnóstico en los pacientes con hipertensión endocraneal, meningitis o vértigo. Una exploración sistemática de los pares craneales, así como la búsqueda intencionada de un edema de papila, rigidez de nuca o nistagmo, pueden ser de valiosa ayuda para el diagnóstico.

Exámenes de laboratorio

En los casos agudos de curso autolimitado, las pruebas de laboratorio pueden ser innecesarias. Sin embargo en los casos más graves o de curso prolongado, los exámenes de laboratorio permiten conocer las consecuencias metabólicas y nutricionales del vómito, a la vez que proporcionan información útil para descifrar la etiología⁵. La evaluación inicial debe incluir determinaciones de glucemia, urea, electrolitos séricos, calcio y un análisis elemental de orina. Estas determinaciones permiten detectar enfermedades metabólicas, que pueden hallarse implicadas en la patogénesis de los vómitos como la diabetes, insuficiencia renal, hiper- o hipoparatiroidismo, a la vez que reflejan las consecuencias inherentes a la pérdida de electrolitos tales como hiponatremia, hipernatremia (hemoconcentración) o alcalosis hipoclorémica e hipopotasémica. El hemograma puede ser útil para detectar un estado de anemia consecutivo a condiciones inflamatorias o a una pérdida aguda o crónica de sangre. A su vez, la presencia de leucocitosis con desviación izquierda sugiere el padecimiento de una condición de naturaleza inflamatoria o infecciosa. Otras pruebas de laboratorio que proporcionan información de utilidad para el diagnóstico son el perfil hepático, incluyendo enzimas de citolisis (AST/ALT) y de colestasis (F. alcalina y GGT), una investigación de amilasas en sangre y orina, lipasa (cuando la elevación de amilasas no puede atribuirse con claridad a una pancreatitis aguda) y una determinación de hormona tiroestimulante (TSH) y de cortisol (particularmente si se ha detectado una hiponatremia significativa, que puede sugerir enfermedad de Addison). Todas estas pruebas deben solicitarse en un contexto clínico apropiado^{5,13}. Un ejemplo claro es la necesidad de solicitar niveles plasmáticos de digoxina, teofilina o salicilatos en

pacientes que toman este tipo de medicaciones y presentan vómitos de un origen no aclarado.

Pruebas complementarias

Aunque la historia clínica, el examen físico y las pruebas elementales de laboratorio pueden orientar el diagnóstico en una proporción importante de casos, otros necesitan de algunas pruebas complementarias para certificar el diagnóstico. Éstas incluyen, por regla general, pruebas de imagen o estudios de motilidad. La elección de unas u otras depende de la sospecha clínica. El protocolo suele ser distinto según la duración de los síntomas.

VÓMITOS DE INSTAURACIÓN AGUDA

A menudo, la forma de presentación clínica y el contexto en que se desarrollan los síntomas son suficientemente claros y no se requieren pruebas complementarias (ej: vómitos que aparecen en el contexto de una intoxicación alimentaria o una gastroenteritis vírica con afectación simultánea de otros familiares o amigos cercanos). Para el resto de los casos, tiene un inusitado interés formativo seguir los siguientes pasos.

- 1 Considerar la posibilidad de una causa yatrogénica o un problema endocrinometabólico. En este punto deben investigarse fármacos de reciente prescripción (incluyendo remedios herbarios), citostáticos y problemas metabólicos (ej: diabetes). En una mujer en edad fértil debe valorarse siempre la posibilidad de embarazo.
- 2 Considerar la posibilidad de un origen otoneurológico. Este apartado incluye problemas cerebrovasculares causantes de hipertensión endocraneal (tumores, traumatismos), infecciones (meningoencefalitis), o trastornos vestibulares causantes de vértigo. Las exploraciones deben dirigirse hacia la sospecha clínica y pueden incluir un examen del fondo de ojo, punción lumbar, TC cerebral, RMN y pruebas funcionales para evaluar el VIII par.
- 3 Valorar la posibilidad de una causa visceral de origen extraintestinal: básicamente causas cardiovasculares y nefrourológicas, incluyendo la cardiopatía isquémica y el cólico renal. No es inhabitual atribuir los vómitos a un origen gastrointestinal, sin haber considerado estas posibilidades.
- 4 Evaluar una condición propiamente gastroenterológica:

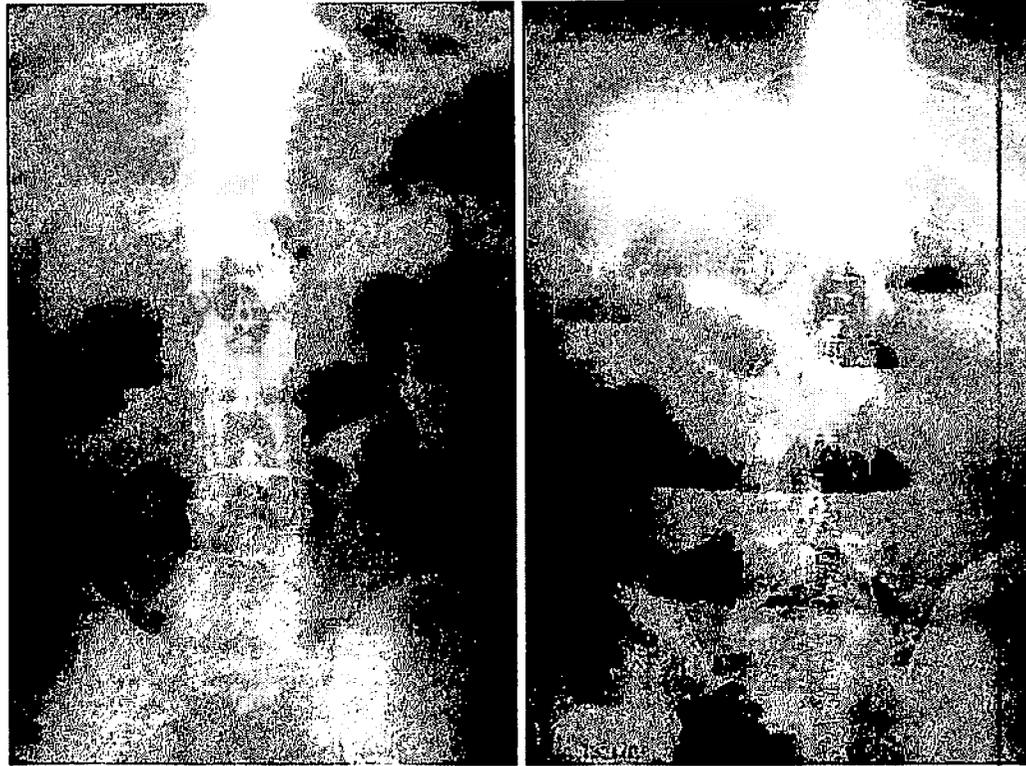


Figura 5. Oclusión del intestino delgado, como causa de vómitos de instauración aguda. a) Asas del intestino delgado dilatadas a distintos niveles. b) En bipedestación se aprecian niveles hidroaéreos. La radiografía permite observar los clips metálicos de una laparotomía reciente (obstrucción por brida postoperatoria).

▣ **Primer paso: excluir obstrucción intestinal.**

La presencia de vómitos repetidos de aspecto bilio-fecaloideo, con o sin distensión, acompañados de dolor cólico y dificultad para la emisión de heces y gases debe sugerir un cuadro de oclusión mecánica del intestino. Si la oclusión es total, una Rx simple de abdomen puede mostrar niveles hidroaéreos típicos que avalan el diagnóstico (figura 5). La presencia de aerobilia debe sugerir íleo biliar (figura 6). Los casos en los que la obstrucción es parcial son más difíciles de diagnosticar y pueden beneficiarse de otros procedimientos de imagen como el tránsito intestinal con papilla baritada (la sensibilidad del procedimiento aumenta si se realiza enteroclisia) y la TAC del abdomen con contraste oral e intravenoso. Hoy en día, esta técnica resulta de elección para la detección y localización de la obstrucción intestinal, dado que proporciona información tanto de las causas intrínsecas como extrínsecas de oclusión (masas hepáticas, pancreato-biliares o retroperitoneales)¹⁴.

▣ **Segundo paso: considerar la posibilidad de un íleo asociado a un cuadro abdominal agudo.**

La presencia de silencio abdominal a la auscultación y asas distendidas en la Rx simple de abdomen debe sugerir la presencia de una parálisis intestinal. Aunque existen causas extraintestinales de íleo (ej: fractura vertebral), ordinariamente el íleo es la consecuencia de un cuadro abdominal agudo asociado a perforación, isquemia mesentérica aguda, o inflamación visceral avanzada (colecistitis-pancreatitis, apendicitis o diverticulitis). Estas condiciones son discutidas con mayor detalle en otras secciones de esta obra y casi siempre requieren una evaluación conjunta por médicos, cirujanos y radiólogos expertos en dolor abdominal agudo.

▣ **Tercer paso: excluir enfermedad biliopancreática o gastroduodenal.**

El vómito es un síntoma que acompaña con frecuencia a las enfermedades del tracto biliar y a condiciones inflamatorias del aparato digestivo supe-

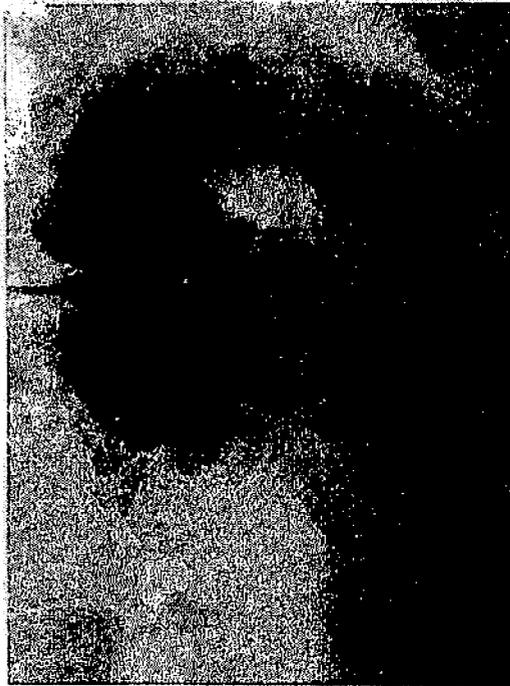


Figura 6. Rx simple de abdomen que muestra un asa de intestino delgado dilatada e imágenes de cálculos biliares en la luz del intestino (ileo biliar).

rior (enfermedad por reflujo gastroesofágico con esofagitis, úlcera gastroduodenal o gastroduodenitis). La elección del procedimiento (ecografía abdominal, endoscopia o radiología baritada) depende del contexto clínico.

VÓMITOS DE CURSO CRÓNICO Y RECIDIVANTE

Muchas de las causas implicadas en la etiopatogenia de los vómitos de instauración aguda pueden prolongarse en el tiempo justificando la aparición de síntomas de curso crónico. Por tanto, la historia clínica debe recabar información relativa al empleo de fármacos, quimioterapia, alteraciones endocrino-metabólicas conocidas o la posibilidad de un embarazo. Excluidas estas causas, el protocolo debe continuar explorando el tracto digestivo superior y la encrucijada hepatobiliar y pancreática. En este punto, el orden de las exploraciones debe estimarse en función de la orientación clínica. Probablemente no sea adecuado solicitar una gastroscopia en un paciente con sospecha de un cuadro biliar o una ecografía en un enfermo con sospecha de gastropatía por AINE. Tampoco debe olvidarse que la endoscopia y la radiología son exploraciones complementarias y no excluyentes. En algunos ca-

sos, la duodenografía hipotónica proporciona información de utilidad para el diagnóstico de tumores insospechados del duodeno o el síndrome de la arteria mesentérica superior, un cuadro caracterizado por la aparición de plenitud postprandial y vómitos de carácter bilioso que aparecen como consecuencia de la compresión ejercida por la arteria mesentérica superior sobre la segunda porción duodenal. Los síntomas suelen venir precipitados por episodios de reposo prolongado y adelgazamiento, una cirugía abdominal previa o un estado de hiperlordosis lumbar y alivian de forma característica con la adopción del decúbito prono. Cuando las exploraciones mencionadas no proporcionan evidencias a favor de una dolencia orgánica gastrointestinal, el siguiente paso, es evaluar la posibilidad de una causa insospechada de origen extraintestinal. Estas incluyen enfermedades del sistema nervioso central, trastornos vestibulares, trastornos metabólicos, hormonales o sistémicos y la disfunción autonómica (tabla 7). Descartadas estas opciones debe considerarse firmemente la posibilidad de un origen psicógeno del vómito, antes de someter al paciente a un protocolo de exploraciones dirigido a la búsqueda intencionada de un trastorno motor (gastroparesia o pseudoobstrucción intestinal).

En la gastroparesia existe un estado de hipomotilidad gástrica que provoca un retardo en el vaciamiento gástrico del alimento, parte del cual puede quedar retenido en su interior. A diferencia de la estenosis pilórica, no existe un obstáculo mecánico que dificulte el vaciamiento. Clínicamente se manifiesta por sensación de saciedad precoz, distensión postprandial, náuseas, vómitos y, en casos extremos, deterioro nutricional. Los vómitos pueden contener alimentos que han sido ingeridos diversas horas antes. Su diagnóstico se basa en la combinación de síntomas compatibles, la evidencia de un retraso en el vaciamiento gástrico demostrado por gammagrafía y la ausencia de patología obstructiva o de la mucosa demostrada por endoscopia o radiología. Con frecuencia existe una diabetes de larga evolución implicada en su etiopatogenia. La electrogastrografía, una técnica que permite el registro de la frecuencia y ritmo de la actividad mioeléctrica del estómago puede revelar en estos casos signos de taquigastria (superior a 4 ciclos/min) o de bradigastria (inferior a 2 ciclos/min). Estos hallazgos también han sido comunicados en otras condiciones que cursan con náuseas y vómitos como la cinetosis o el embarazo. La pseudoobstrucción intestinal es un síndrome originado por

TABLA 7. Pasos a seguir en el paciente con náuseas y vómitos de curso crónico

1.º paso	Historia, examen físico y analítica elemental, incluyendo hemograma, glucemia, urea, creatinina, ionograma (incluir calcemia) y hormonas tiroideas. Considerar desde el primer momento las siguientes etiologías: <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de fármacos o hierbas (monitorizar niveles de digoxina y teofilina). • Quimio o radioterapia • Alteración endocrino-metabólica conocida o sospechada. • Probabilidad de embarazo.
2.º paso	Considerar la posibilidad de una dolencia orgánica gastrointestinal. Indicar pruebas complementarias dirigidas a excluir enfermedad del tracto digestivo superior o de la encrucijada bilio-pancreática. El orden de las exploraciones depende del contexto clínico. <ul style="list-style-type: none"> • Gastroduodenoscopia y/o estudio gastroduodenal. • Ecografía abdominal. • Duodenografía hipotónica. • Tránsito intestinal / TC abdominal.
3.º paso	Evaluar la posibilidad de una enfermedad extradigestiva insospechada. <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno del SNC (TAC, angio-RMN). • Enfermedad vestibular (exploración O.R.L.). • Trastorno metabólico, hormonal o sistémico • Disfunción autonómica (hipotensión ortostática sin taquicardia).
4.º paso	Investigar un posible origen psicógeno ¹ .
5.º paso	Búsqueda intencionada de un trastorno motor: gastroparesia, seudoobstrucción intestinal crónica (Remitir a un centro especializado). <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar vaciado gástrico mediante gammagrafía, ecografía o comida de prueba con octanoico-¹³C. • Manometría intestinal. • Biopsia transmural de intestino delgado².

(1): El contexto clínico puede sugerir un origen psicógeno desde el principio, evitando pruebas complementarias innecesarias.

(2): Consultar capítulo 27 ("Oclusión y seudooclusión Intestinal").

la propulsión inefectiva del intestino, cuya función motora se ve comprometida por alteraciones del músculo liso, plexo mientérico o sistema nervioso extraintestinal (central, periférico o autónomo). Clínicamente se manifiesta por la aparición episódica de síntomas y signos de obstrucción intestinal, sin una causa mecánica que los justifique. Su diagnóstico requiere la confirmación de una manometría y obliga a una investigación exhaustiva para excluir causas secundarias antes de etiquetar el caso como idiopático. El lector puede encontrar una descripción más detallada de este síndrome en el capítulo 27. La tabla 8 muestra los pasos a seguir en el es-

tudio del paciente con náuseas y vómitos de curso crónico.

Complicaciones de las náuseas y vómitos

El paciente con náuseas y vómitos puede desarrollar dos tipos de complicaciones:

- 1) Trastornos hidroelectrolíticos y del estado de nutrición. El contenido del vómito es rico en hidrogeniones, sodio, potasio y cloro. Ello justifica que los vómitos reiterados puedan producir depleción de volumen (agravada por las pérdidas de sodio), y alcalosis hipoclorémica e hipopotasémica. El hiperaldosteronismo secun-

TABLA 8. Medicaciones utilizadas en el tratamiento de las náuseas y vómitos

Grupo farmacológico/ principio activo	Dosis	Indicaciones	Efectos adversos
Anticolinérgicos			
Escopolamina ¹	500-1.000 µg	Cinetosis	Estreñimiento Sequedad de boca
Antihistamínicos			
Mezlicina	25 mg <i>vo/i.m.</i> o <i>iv</i>	Cinetosis	Somnolencia
Difenhidramina	2 mg <i>vo/8 h</i> o 5 mg <i>i.m.</i> o <i>iv</i>	Trastornos laberínticos	Sequedad de boca
Ciclicina	2-4 mg <i>vo</i> en dosis única	Migraña	Estreñimiento
Fenotiacinas			
Proclorperacina	5-10 mg <i>vo i.m.</i> o <i>iv/6 h</i>	Vómitos inducidos por anestésicos y fármacos	Sedación
Prometacina	12,5-25 mg <i>vo/i.m/iv/6 h</i>	Gastroenteritis	Cambios de humor
Clorpromacina	10-25 mg <i>vo/i.m/iv/4 h</i>	Trastornos laberínticos	Reacciones distónicas
Tietilperacina	6,5 mg <i>vo</i> o <i>rectal</i> cada 8-12 h		Hiperprolactinemia
Benzamidas			
Metoclopramida	10 mg <i>vo/iv/6-8 horas</i>	Gastroparesia	Distonías
Domperidona	5 mg <i>vo/8 h</i>	Dispepsia funcional	Hiperprolactinemia
Clebopride	500 µg <i>vo/8 h</i>		Cambios de humor
Cinitaprida	1 mg <i>vo/8 h</i>		
Antagonistas 5-HT³			
Ondansetrón	8 mg <i>vo/12²</i>	Vómitos inducidos por quimioterapia	Cefalea
Granisetron	1 mg <i>vo/12 h</i> 3 mg <i>iv/8-12 h</i>		Dolor abdominal Estreñimiento/diarrea
Cannabinoides			
Dronabinol	15-25 mg/día	Vómitos incoercibles	Euforia Dependencia
Benzodiazepinas			
Loracepán	1-5 mg <i>vo/8-12 h</i>	Vómitos asociados a ansiedad y depresión	Somnolencia
Alprazolán	0,25-2 mg <i>vo/8-12 h</i>		Mareo Temblor Incoordinación Irritabilidad
Corticoesteroides			
Dexametasona	4 mg <i>iv/8 h</i>	Hipertensión endocraneal	Euforia
Metilprednisolona	0,5-1 mg/kg <i>vo</i> o <i>iv</i>		Hipertensión arterial Hiperglucemia
Butirofenonas			
Haloperidol	Individualizar la dosis	Vómitos postanestesia	Sedación
Droperidol	en cada paciente	Trastornos psiquiátricos	Somnolencia Taquicardia

(1) Disponible en parche transdérmico. Administrar 4-12 h antes del viaje.

(2) En quimioterapia altamente emetógena administrar 8-32 mg *iv* inmediatamente antes de la quimioterapia.



Figura 9. Esofagograma que muestra extravasación del contraste del 1/3 inferior del esófago al mediastino. Corresponde a un paciente de 42 años con una pancreatitis aguda enólica que presentó rotura del esófago como consecuencia de vómitos emitidos con violencia.

sas y la eliminación de bebidas carbonatadas que contribuyen a incrementar la distensión gástrica.

1) Tratamiento sintomático.

Existen diversos fármacos que han demostrado su utilidad para el control de las náuseas y vómitos⁴. Éstos pueden agruparse en fenotiacinas, antihistamínicos, anticolinérgicos, agonistas dopaminérgicos y antagonistas de la serotonina. Otros fármacos que han demostrado propiedades antieméticas son butirofenonas, cannabinoides, benzamidas, esteroides y benzodiacepinas. La tabla 9 recoge sus indicaciones y efectos adversos principales. La mayoría actúan bloqueando los receptores para los neurotransmisores implicados en la vía del vómito. El conocimiento de su fisiopatología ayuda a seleccionar el antiemético más apropiado para una condición específica. Se citan, algunas de las más frecuentemente observadas en la práctica clínica:

- **Cinetosis:** La sensación de mareo o vértigo asociada al movimiento es modulada por receptores vestibulares histaminérgicos y muscarínicos. De ahí que los síntomas puedan prevenirse o tratarse con antihistamínicos $-H_1$ y anti-muscarínicos. Entre los primeros, puede utilizarse mezlicina (25 mg vo/6 horas,

o en el momento de presentarse los síntomas) o difenhidramina (vo o rectal). Debe conocerse que la mezlicina es teratógena y está contraindicada en el embarazo. Entre los segundos puede utilizarse escopolamina (parches transdérmicos de 500-1.000 μg , 4-12 horas antes de emprender un viaje). Otros agentes antimuscarínicos más selectivos (antagonistas M_2 - M_3) como zamifenacin parecen igualmente efectivos. Deben tenerse en cuenta los efectos secundarios de estos fármacos derivados de sus propiedades anticolinérgicas: sedación, sequedad de boca y ocular, estreñimiento y retención de orina.

- **Gastroparesia:** en la gastroparesia y en los trastornos motores que producen retardo del vaciamiento gástrico (incluyendo un subgrupo de enfermos con dispepsia funcional), pueden resultar de utilidad los antieméticos con efectos procinéticos. Los más utilizados en el momento actual son los antidopaminérgicos, incluyendo la metoclopramida, domperidona, clebopride y cinitaprida. Su potencial beneficio debe ser contrastado con sus efectos adversos sobre el SNC (sedación, distonías), más frecuentes en niños y ancianos y dependientes

de la amplia distribución de muchos de estos receptores en diversos sistemas neuronales. La domperidona no atraviesa la barrera hematoencefálica y comporta menos riesgo de efectos extrapiramidales. Otro inconveniente de estos fármacos es que su utilidad terapéutica disminuye a largo plazo, lo que representa un problema en el manejo de los trastornos de curso crónico. La cisaprida actúa facilitando la liberación de acetilcolina en las neuronas del plexo mientérico, interviniendo como mediador un receptor HT4. Probablemente tenga además una débil acción antidopaminérgica. Su empleo ha demostrado ser de utilidad en el control de los síntomas de algunos pacientes con dispepsia funcional, gastroparesia y pseudoobstrucción intestinal crónica. Sin embargo, su uso ha sido restringido debido a sus potenciales efectos inductores de arritmias ventriculares. Éstas se han descrito en el contexto de coterapias con otros fármacos que deterioran el metabolismo de la cisaprida o alargan el intervalo QT. Finalmente, la eritromicina a la dosis de 3 mg/kg /8 horas por vía *iv* seguida de su administración oral (250 mg/8 h), durante 5-7 días ha demostrado mejorar la tasa de vaciamiento gástrico en situaciones de atonía gástrica. En el momento actual se están investigando otros macrólidos sin propiedades antibióticas, desprovistos de los efectos adversos de la eritromicina⁴.

- ❑ **Vómitos del embarazo.** Usualmente, no suelen prescribirse antieméticos antes de las 12 semanas de gestación. Aunque no existen claras evidencias de su efectividad, la piridoxina (25 mg/día) ha demostrado ser inocua. La presencia de hiperemesis obliga a hospitalizar a la gestante y llevar a cabo reposición hidroelectrolítica. El control de los síntomas puede obtenerse con tiamina *iv*. Los antieméticos que han demostrado ser efectivos en el manejo de la hiperemesis gravídica incluyen antihistamínicos como la mezlicina y fenotiacinas como la prometacina. Para los casos más graves puede indicarse proclorperacina parenteral, clorpromacina o metoclopramida. Un ensayo reciente ha demostrado la efectividad de la prednisolona oral¹⁵. Los casos auténticamente refractarios deben ser nutridos por vía parenteral o enteral.
- ❑ **Vómitos inducidos por la quimioterapia.** El ondansetrón y el granisetron, antagonistas

selectivos de los receptores 5HT₃, han demostrado ser eficaces en el tratamiento de las náuseas y de los vómitos inducidos por la quimioterapia. Los efectos secundarios incluyen cefalea, estreñimiento o diarrea y fatiga generalizada.

Resumen

Las náuseas y vómitos constituyen un síntoma frecuente en la práctica clínica. El espectro de posibilidades etiológicas es amplio e incluye no solamente afecciones gastrointestinales, sino trastornos cerebrovasculares causantes de hipertensión endocraneal, trastornos vestibulares y una amplia miscelánea de alteraciones sistémicas, hormonales y endocrinológicas. El protocolo diagnóstico varía en función del tiempo de evolución e incluye una anamnesis dirigida que incluye la búsqueda intencionada sobre el consumo de fármacos de nueva prescripción, un examen físico que permite además evaluar las consecuencias nutricionales del vómito y algunos exámenes básicos de laboratorio. Las pruebas complementarias deben orientarse en función del contexto clínico. Rara vez será necesaria una evaluación exhaustiva. La definición de un trastorno motor puede requerir, sin embargo, la intervención de un equipo altamente especializado. El tratamiento debe dirigirse no solamente al control de los síntomas, sino al de la causa subyacente y al de las complicaciones asociadas. Algunas condiciones requieren un tratamiento específico. Tal es el caso de la cinetosis, el embarazo, la gastroparesia y las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garthright WE, Archer DL, Kvenberg JE. Estimates of incidence and costs of intestinal infectious diseases in the United States. *Public Health Rep* 1988;103:107-15.
2. Gadsby R. Pregnancy sickness and symptoms: your questions answered. *Prof Care Mother Child* 1994;4:16-7.
3. Quigley EM, Hasler WL, Parkman HP. AGA technical review on nausea and vomiting. *Gastroenterology* 2001;120:263-286.
4. American Gastroenterological Association medical position statement: nausea and vomiting. *Gastroenterology* 2001;120:263-286.
5. Trost JR, Feldman M. El paciente con náuseas y vómitos. En: Montoro M, Bruguera M, Gomoillón F, Santolaria P, Vilardell F, eds. Principios

- Básicos de gastroenterología para el médico de familia, 2.ª edición. Jarpyo Editores. Madrid, 2002:229-245.
6. LaCroix R. Nausea and vomiting during pregnancy: A prospective study of its frequency, intensity, and patterns of change. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000;182 (4):931-7.
 7. Salmerón J. Ruiz Extremera A, Palacios A. Enfermedades digestivas en el curso de embarazo. En: Montoro M, Bruguera M, Gomollón F, Santolaria P, Vilardell F, eds. Principios Básicos de Gastroenterología para el Médico de Familia, 2.ª edición. Jarpyo Editores. Madrid, 2002: 705-721.
 8. Kenny GN. Risk factors for postoperative nausea and vomiting. *Anaesthesia* 1994;49:6-10.
 9. Li BU, Murria RD, Heitlinger LA, Robbins JL, Hayes JR. Heterogeneity of diagnoses presenting as cyclic vomiting. *Pediatrics* 1998;102:583-7.
 10. Olden KW, Drossman D. Psychosocial and psychiatric aspects of gastrointestinal disease. *Medical Clinics of North America* 2000;84: 1317-1324.
 11. Hasler WL. Approach to the patient with nausea and vomiting. Textbook of Internal Medicine, Kelley WN et al. 1997;3:808-817.
 12. Goroll AH, May LA, Mulley AG. Nausea and vomiting. *Primary Care Medicine* 1995;3:334-338.
 13. Koch KL. Approach to the patient with nausea and vomiting. In: Yamada T, Alpers DH, Owyang C, Powell DW, Silverstein FE, eds. Textbook of Gastroenterology, 2.ª ed. Lippincott. Philadelphia, 1995:731-749.
 14. Maglinte DD, Baltasar EJ, Kelvin FM, Megibow AJ. The role of radiology in the diagnosis of small-bowel obstruction. *AJR Am J Roentgenol* 1997;168:1171-80.
 15. Safari HR, Fassett MJ, Souter IC, Alsulyman OM, Goodwin TM. The efficacy of methylprednisolone in the treatment of hyperemesis gravidarum: a randomized, double-blind, controlled study. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:921-924.
 16. Adams PF, Hendershot GE, Marano MA. Current estimates from the National Health Interview Survey, 1996. *Vital Health Statistics* 1999;10:200.
 17. Ahmed S, Gupta R, Brancato R. Significance of nausea and vomiting during acute myocardial infarction. *American Heart Journal* 1978;95: 671-2.
 18. Banerjee S, LaMont JT. Treatment of Gastrointestinal Infections. *Gastroenterology* 2000;118: S48-S67.
 19. Biggs J. Vomiting and pregnancy. Causes and management. *Drugs* 1975;9:299-306.
 20. Borison H.L., and Wang, S.C. Physiology and pharmacology of vomiting. *Pharmacology Review* 1953;5:193.
 21. Borison HL, Borison R, McCarthy LE. Role of the area postrema in vomiting and related functions. *Fed Proc* 1984;43:2955-8.
 22. Grunberg SM, Hesketh AG. Control of chemotherapy-induced emesis. *New England Journal of Medicine* 1993;329:1790-6.
 23. Hasler WL. Approach to the patient with nausea and vomiting. Textbook of Internal Medicine, Kelley WN et al. 1997;3:808-817.
 24. Malagelada JR, Camilleri M. Unexplained vomiting: A diagnostic challenge. *Annals of Internal Medicine* 1984;101:211-8.
 25. Mitchelson F. Pharmacological agents affecting emesis. A review. *Drugs* 1992;43:295-315.
 26. Sahakian V, Rouse D, Sipes S, Rose N, Niebyl J. Vitamin B is effective therapy for nausea and vomiting of pregnancy: A randomised, double-blind placebo controlled-study. *Obstetrics and Gynecology* 1991;78:33-6.



[Página Principal](#) → [Enciclopedia médica](#) → Coagulación intravascular diseminada (CID)

Dirección de esta página: [//medlineplus.gov/spanish/ency/article/000573.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000573.htm)

Coagulación intravascular diseminada (CID)

Es un trastorno grave en el cual las proteínas que controlan la coagulación de la sangre se vuelven hiperactivas.

Causas

Cuando uno se hiere, las proteínas en la sangre que forman los coágulos sanguíneos viajan al sitio de la lesión para ayudar a detener el sangrado. Si estas proteínas se vuelven anormalmente activas en todo el cuerpo usted podría desarrollar CID. La causa subyacente normalmente se debe a inflamación, infección o cáncer.

En algunos casos de CID, se forman pequeños coágulos de sangre en los vasos sanguíneos. Algunos de estos coágulos pueden taponar los vasos y cortar el riego sanguíneo normal a órganos, como el hígado, el cerebro o los riñones. La falta de flujo sanguíneo puede dañar y ocasionar una lesión grave a los órganos.

En otros casos de CID, las proteínas de la coagulación en la sangre se consumen. Cuando esto sucede, usted puede estar en riesgo de sangrado serio, incluso a raíz de una lesión menor o sin lesión. También se puede presentar sangrado que comienza de manera espontánea. La enfermedad también puede provocar que sus glóbulos rojos sanos se fragmenten y se desintegren cuando viajan a través de los pequeños vasos que están llenos de coágulos.

Los factores de riesgo para la CID incluyen:

- Reacción a transfusión de sangre
- Cáncer, especialmente ciertos tipos de leucemia
- Inflamación del páncreas (pancreatitis)
- Infección en la sangre, especialmente por bacterias u hongos
- Enfermedad hepática
- Complicaciones del embarazo (como la placenta que queda después del parto)
- Cirugía o anestesia recientes
- Lesión tisular grave (como en quemaduras y traumatismo craneal)
- Hemangioma grande (un vaso sanguíneo que no está formado apropiadamente)

Síntomas

Los síntomas de la CID pueden incluir cualquiera de los siguientes:

- Sangrado, de muchos sitios en el cuerpo
- Coágulos de sangre
- Hematoma
- Caída de la presión arterial
- Dificultad para respirar
- Confusión, pérdida de la memoria o cambios en el comportamiento
- Fiebre

Pruebas y exámenes

Le pueden hacer cualquiera de los siguientes exámenes:

- Conteo sanguíneo completo (CSC) con análisis de frotis de sangre
- Tiempo parcial de tromboplastina (TPT)
- Tiempo de protrombina (TP)
- Examen de fibrinógeno en la sangre
- Prueba del dímero D

Tratamiento

No existe un tratamiento específico para la CID. El objetivo es determinar y tratar su causa subyacente.

Los tratamientos complementarios pueden incluir:

- Transfusiones de plasma para reponer los factores de coagulación de la sangre si se está presentando una gran cantidad de sangrado.
- Anticoagulante (heparina) para prevenir la coagulación de la sangre si se está presentando una gran cantidad de coágulos.

Expectativas (pronóstico)

El desenlace clínico depende de lo que esté causando el trastorno. La CID puede ser mortal.

Posibles complicaciones

Las complicaciones de la CID pueden incluir:

- Sangrado
- Falta de circulación a los brazos, las piernas o a órganos vitales
- Accidente cerebrovascular

FG
529

Cuándo contactar a un profesional médico

Acuda a la sala de urgencias o llame al número local de emergencias (911 en los Estados Unidos) si presenta sangrado que no se detiene.

Prevención

Consiga tratamiento oportuno para las afecciones que se sabe que provocan este trastorno.

Nombres alternativos

Coagulopatía de consumo; CID

Referencias

Napitolano M, Schmair AH, Kessler CM. Coagulation and fibrinolysis. In: McPherson RA, Pincus MR, eds. *Henry's Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods*. 23rd ed. St Louis, MO: Elsevier; 2017:chap 39.

Schafer AI. Hemorrhagic disorders: disseminated intravascular coagulation, liver failure, and vitamin K deficiency. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Goldman-Cecil Medicine*. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 175.

Última revisión 10/21/2017

Versión en inglés revisada por: Todd Gersten, MD, Hematology/Oncology, Florida Cancer Specialists & Research Institute, Wellington, FL. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team.

Traducción y localización realizada por: DrTango, Inc.

¿Le ha ayudado esta página?

No me es de ayuda

De gran ayuda



A.D.A.M., Inc. está acreditada por la URAC, también conocido como American Accreditation HealthCare Commission (www.urac.org). La [acreditación](#) de la URAC es un comité auditor independiente para verificar que A.D.A.M. cumple los rigurosos estándares de calidad e integridad. A.D.A.M. es una de las primeras empresas en alcanzar esta tan importante distinción en servicios de salud en la red. Conozca más sobre la [política editorial](#), [el proceso editorial](#) y [la poliza de privacidad](#) de A.D.A.M. A.D.A.M. es también uno de los miembros fundadores de la Junta Ética de Salud en Internet (Health Internet Ethics, o Hi-Ethics) y cumple con los principios de la Fundación de Salud en la Red (Health on the Net Foundation: www.hon.ch).

La información aquí contenida no debe utilizarse durante ninguna emergencia médica, ni para el diagnóstico o tratamiento de alguna condición médica. Debe consultarse a un médico con licencia para el diagnóstico y tratamiento de todas y cada una de las condiciones médicas. En caso de una emergencia médica, llame al 911. Los enlaces a otros sitios se proporcionan sólo con fines de información, no significa que se les apruebe. © 1997-2019 A.D.A.M., Inc. La

11/8/2019

Coagulación intravascular diseminada (CID): MedlinePlus en [Enciclopedia médica](#)

73
570

La duplicación para uso comercial debe ser autorizada por escrito por ADAM Health Solutions.

ADAM

U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894 U.S. Department of Health and Human Services

National Institutes of Health

Página actualizada 31 julio 2019



[Página Principal](#) → [Enciclopedia médica](#) → Coagulación intravascular diseminada (CID)

Dirección de esta página: [//medlineplus.gov/spanish/ency/article/000573.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000573.htm)

Coagulación intravascular diseminada (CID)

Es un trastorno grave en el cual las proteínas que controlan la coagulación de la sangre se vuelven hiperactivas.

Causas

● Cuando uno se hiere, las proteínas en la sangre que forman los coágulos sanguíneos viajan al sitio de la lesión para ayudar a detener el sangrado. Si estas proteínas se vuelven anormalmente activas en todo el cuerpo usted podría desarrollar CID. La causa subyacente normalmente se debe a inflamación, infección o cáncer.

En algunos casos de CID, se forman pequeños coágulos de sangre en los vasos sanguíneos. Algunos de estos coágulos pueden taponar los vasos y cortar el riego sanguíneo normal a órganos, como el hígado, el cerebro o los riñones. La falta de flujo sanguíneo puede dañar y ocasionar una lesión grave a los órganos.

En otros casos de CID, las proteínas de la coagulación en la sangre se consumen. Cuando esto sucede, usted puede estar en riesgo de sangrado serio, incluso a raíz de una lesión menor o sin lesión. También se puede presentar sangrado que comienza de manera espontánea. La enfermedad también puede provocar que sus glóbulos rojos sanos se fragmenten y se desintegren cuando viajan a través de los pequeños vasos que están llenos de coágulos.

● Los factores de riesgo para la CID incluyen:

- Reacción a transfusión de sangre
- Cáncer, especialmente ciertos tipos de leucemia
- Inflamación del páncreas (pancreatitis)
- Infección en la sangre, especialmente por bacterias u hongos
- Enfermedad hepática
- Complicaciones del embarazo (como la placenta que queda después del parto)
- Cirugía o anestesia recientes
- Lesión tisular grave (como en quemaduras y traumatismo craneal)
- Hemangioma grande (un vaso sanguíneo que no está formado apropiadamente)

Síntomas



Los síntomas de la CID pueden incluir cualquiera de los siguientes:

- Sangrado, de muchos sitios en el cuerpo
- Coágulos de sangre
- Hematoma
- Caída de la presión arterial
- Dificultad para respirar
- Confusión, pérdida de la memoria o cambios en el comportamiento
- Fiebre

Pruebas y exámenes

Le pueden hacer cualquiera de los siguientes exámenes:



- Conteo sanguíneo completo (CSC) con análisis de frotis de sangre
- Tiempo parcial de tromboplastina (TPT)
- Tiempo de protrombina (TP)
- Examen de fibrinógeno en la sangre
- Prueba del dímero D

Tratamiento

No existe un tratamiento específico para la CID. El objetivo es determinar y tratar su causa subyacente.

Los tratamientos complementarios pueden incluir:



- Transfusiones de plasma para reponer los factores de coagulación de la sangre si se está presentando una gran cantidad de sangrado.
- Anticoagulante (heparina) para prevenir la coagulación de la sangre si se está presentando una gran cantidad de coágulos.

Expectativas (pronóstico)

El desenlace clínico depende de lo que esté causando el trastorno. La CID puede ser mortal.

Posibles complicaciones

Las complicaciones de la CID pueden incluir:

- Sangrado
- Falta de circulación a los brazos, las piernas o a órganos vitales
- Accidente cerebrovascular



Cuándo contactar a un profesional médico

Acuda a la sala de urgencias o llame al número local de emergencias (911 en los Estados Unidos) si presenta sangrado que no se detiene.

Prevención

Consiga tratamiento oportuno para las afecciones que se sabe que provocan este trastorno.

Nombres alternativos

Coagulopatía de consumo; CID

Referencias

Napotilano M, Schmair AH, Kessler CM. Coagulation and fibrinolysis. In: McPherson RA, Pincus MR, eds. *Henry's Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods*. 23rd ed. St Louis, MO: Elsevier; 2017:chap 39.

Schafer AI. Hemorrhagic disorders: disseminated intravascular coagulation, liver failure, and vitamin K deficiency. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Goldman-Cecil Medicine*. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 175.

Ultima revisión 10/21/2017

Versión en inglés revisada por: Todd Gersten, MD, Hematology/Oncology, Florida Cancer Specialists & Research Institute, Wellington, FL. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team.

Traducción y localización realizada por: DrTango, Inc.

¿Le ha ayudado esta página?

No me es de ayuda

De gran ayuda



A.D.A.M., Inc. está acreditada por la URAC, también conocido como American Accreditation HealthCare Commission (www.urac.org). La acreditación de la URAC es un comité auditor independiente para verificar que A.D.A.M. cumple los rigurosos estándares de calidad e integridad. A.D.A.M. es una de las primeras empresas en alcanzar esta tan importante distinción en servicios de salud en la red. Conozca más sobre la política editorial, el proceso editorial y la poliza de privacidad de A.D.A.M. A.D.A.M. es también uno de los miembros fundadores de la Junta Ética de Salud en Internet (Health Internet Ethics, o Hi-Ethics) y cumple con los principios de la Fundación de Salud en la Red (Health on the Net Foundation: www.hon.ch).

La información aquí contenida no debe utilizarse durante ninguna emergencia médica, ni para el diagnóstico o tratamiento de alguna condición médica. Debe consultarse a un médico con licencia para el diagnóstico y tratamiento de todas y cada una de las condiciones médicas. En caso de una emergencia médica, llame al 911. Los enlaces a otros sitios se proporcionan sólo con fines de información, no significa que se les apruebe. © 1997-2019 A.D.A.M., Inc. La

11/8/2019

Coagulación intravascular diseminada (CID): MedlinePlus enciclopedia médica

80
574

La duplicación para uso comercial debe ser autorizada por escrito por ADAM Health Solutions.

ADAM

U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894 U.S. Department of Health and Human Services

National Institutes of Health

Página actualizada 31 julio 2019



Conducto arterial persistente

Descripción general

El conducto arterial persistente es una abertura constante entre los dos vasos sanguíneos principales que salen del corazón. La abertura, que se denomina «conducto arterial», es una parte normal del sistema circulatorio de los bebés antes de nacer y que, por lo general, se cierra poco después del nacimiento. Sin embargo, si permanece abierta, se llama «conducto arterial persistente».

A menudo, un conducto arterial persistente pequeño no causa problemas y puede que nunca necesite tratamiento. No obstante, un conducto arterial persistente grande que no se trata puede permitir que la sangre poco oxigenada fluya en la dirección errónea, lo que debilita el músculo cardíaco y causa insuficiencia cardíaca, así como otras complicaciones.

Las opciones de tratamiento contra el conducto arterial persistente comprenden el control, los medicamentos y el cierre mediante el cateterismo cardíaco o la cirugía.

Atención del conducto arterial persistente en Mayo Clinic

Síntomas

Los síntomas del conducto arterial persistente varían según el tamaño del defecto y si el bebé nació a término o de forma prematura. Es posible que, si el conducto arterial persistente es pequeño, no cause signos ni síntomas y no se detecte durante un tiempo, incluso hasta la adultez. Un conducto arterial persistente grande puede causar signos de insuficiencia cardíaca poco después del nacimiento.

El médico de tu bebé puede sospechar primero de un defecto cardíaco durante un control regular después de escuchar un soplo cardíaco mientras ausculta el corazón de tu bebé con un estetoscopio.

Un conducto arterial persistente grande que se encuentra durante la infancia o la niñez puede causar lo siguiente:

- Mala alimentación, que causa un crecimiento deficiente
- Sudoración al llorar o al comer
- Respiración acelerada o dificultad para respirar persistentes



- Cansancio fácil
- Frecuencia cardíaca acelerada

Cuándo consultar al médico

Comunícate con el médico si tu bebé o niño más grande:

- Se cansa con facilidad al comer o al jugar
- No aumenta de peso
- Pierde el aliento cuando come o llora
- Siempre respira aceleradamente o tiene dificultad para respirar

Causas

Los defectos del corazón congénitos surgen de manera temprana en el desarrollo del corazón, pero por lo general no existe una causa clara. Los factores genéticos podrían influir.

Antes del nacimiento, es necesario hacer una conexión vascular (conducto arterial) entre los dos vasos sanguíneos principales que salen del corazón —la aorta y la arteria pulmonar— para la circulación sanguínea del bebé. El conducto arterial desvía la sangre de los pulmones del bebé mientras se forman, y el bebé recibe oxígeno de la circulación de la madre.

Después del nacimiento, normalmente el conducto arterial se cierra en un plazo de dos o tres días. En los lactantes prematuros, la conexión toma más tiempo en cerrarse. Si la conexión permanece abierta, se conoce como «conducto arterial persistente».

La apertura anormal causa que circule demasiada sangre hacia el corazón y los pulmones del bebé. Si no se trata, puede aumentar la presión arterial en el bebé (hipertensión pulmonar) y el corazón del bebé podría agrandarse y debilitarse.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo por tener un conducto arterial persistente son los siguientes:

- **Nacimiento prematuro.** El conducto arterial persistente se produce con mayor frecuencia en los bebés que nacieron demasiado pronto que en aquellos que nacieron a término.
- **Antecedentes familiares y otras afecciones genéticas.** Los antecedentes familiares de defectos cardíacos y otras afecciones genéticas, como el síndrome de Down, aumentan el riesgo de tener un conducto arterial persistente.
- **Infección de la rubéola durante el embarazo.** Si contraes rubéola o sarampión alemán durante el embarazo, aumenta el riesgo de que tu bebé tenga defectos cardíacos. El virus de la rubéola atraviesa la placenta y se propaga a través del sistema circulatorio del bebé, lo que daña los vasos sanguíneos y los órganos, incluido el corazón.
- **Nacer a una altura elevada.** Los bebés que nacen a más de 10.000 pies (3048 m) tienen mayor riesgo de presentar un conducto arterial persistente que los bebés que nacen en alturas

más bajas.

- **Ser mujer.** El conducto arterial persistente es dos veces más frecuente en las niñas.

Complicaciones

Es posible que un conducto arterial persistente pequeño no cause complicaciones. Los defectos más grandes y sin tratar podrían causar:

- **Presión arterial alta en los pulmones (hipertensión pulmonar).** La circulación excesiva de sangre a través de las arterias principales del corazón por un conducto arterial persistente puede producir hipertensión pulmonar, lo cual puede causar daño pulmonar permanente. Un conducto arterial persistente grande puede provocar el síndrome de Eisenmenger, un tipo de hipertensión pulmonar irreversible.
- **Insuficiencia cardíaca.** Finalmente, un conducto arterial persistente puede causar que el corazón se agrande y debilite, lo que provoca insuficiencia cardíaca, una afección crónica en la que el corazón no puede bombear correctamente.
- **Infección cardíaca (endocarditis).** Las personas que presentan problemas estructurales del corazón, como conducto arterial persistente, tienen un mayor riesgo de contraer una inflamación del revestimiento interno del corazón (endocarditis infecciosa) que las personas con corazones saludables.

El conducto arterial persistente y el embarazo

La mayoría de las mujeres que tienen un conducto arterial persistente pequeño pueden tolerar el embarazo sin problemas. Sin embargo, tener mayores complicaciones o defectos, como insuficiencia cardíaca, arritmias o hipertensión pulmonar, puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo. Si tienes el síndrome de Eisenmenger, deberías evitar quedar embarazada, ya que puede ser mortal.

Si tienes un defecto cardíaco, reparado o no, analiza la planificación familiar con el médico. En algunos casos, las consultas antes de la concepción con médicos que se especializan en la enfermedad cardíaca congénita, genética y atención obstétrica de alto riesgo son necesarias. Algunos medicamentos para el corazón pueden causar problemas graves en el bebé en desarrollo y podría ser necesario suspender o ajustar los medicamentos antes de quedar embarazada.

Prevención

No existe una forma segura de evitar tener un bebé con un conducto arterial persistente. Sin embargo, es importante hacer todo lo posible para tener un embarazo saludable. A continuación, te damos algunos conceptos básicos:

- **Busca atención médica prenatal temprana, incluso antes de quedar embarazada.** Antes de quedar embarazada, habla con el médico sobre cómo dejar de fumar, reducir el estrés y suspender los métodos anticonceptivos. También habla sobre los medicamentos que tomas.
- **Sigue una dieta saludable.** Agrega un suplemento vitamínico que contenga ácido fólico.



- **Haz ejercicio regularmente.** Trabaja con el médico para establecer un plan de ejercicios que sea adecuado para ti.
- **Evita los riesgos.** Estos comprenden sustancias dañinas, como alcohol, cigarrillos y drogas ilegales. También evita los jacuzzis y los saunas.
- **Evita las infecciones.** Ponte al día con las vacunas antes de quedar embarazada. Ciertos tipos de infecciones pueden ser dañinas para un bebé en desarrollo.
- **Mantén la diabetes bajo control.** Si tienes diabetes, colabora con el médico para controlar la afección antes del embarazo y durante este.

Si tienes antecedentes familiares de defectos cardíacos u otros trastornos genéticos, considera hablar con un asesor en genética antes de quedar embarazada.

Escrito por el personal de Mayo Clinic

Cualquier uso de este sitio constituye su acuerdo con los términos y condiciones y política de privacidad para los que hay enlaces abajo.

[Términos y condiciones](#)

[Política de privacidad](#)

[Advertencia de prácticas en cuanto a privacidad](#)

Mayo Clinic es una organización sin fines de lucro, y el dinero recaudado con la publicidad en Internet apoya nuestra misión. Mayo Clinic no respalda ningún producto ni servicios de terceros que se anuncien.

[Política sobre publicidad y promoción](#)

[Oportunidades para publicidad y promoción](#)

Se puede reimprimir una sola copia de estos materiales para usar en forma personal y no comercial. "Mayo," "Mayo Clinic," "MayoClinic.org," "Mayo Clinic Healthy Living," y el triple escudo que es el logotipo de Mayo Clinic son marcas registradas de Mayo Foundation for Medical Education and Research.

© 1998-2019 Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). All rights reserved.



[Página Principal](#) → [Enciclopedia médica](#) → Enterocolitis necrosante

Dirección de esta página: [//medlineplus.gov/spanish/ency/article/001148.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001148.htm)

Enterocolitis necrosante

La enterocolitis necrosante (ECN) es la muerte del tejido intestinal. Y ocurre con mayor frecuencia en bebés prematuros o enfermos.

Causas

La ECN ocurre cuando el revestimiento de la pared intestinal muere. Este problema casi siempre se desarrolla en un bebé que está enfermo o es prematuro. Es probable que suceda mientras el bebé permanece en el hospital.

Se desconoce la causa exacta de este trastorno. Una disminución del flujo sanguíneo hacia el intestino puede dañar el tejido. Las bacterias en el intestino también pueden contribuir con el problema. De igual manera, los bebés prematuros tienen una respuesta inmunitaria no desarrollada para factores como bacterias o una disminución en el flujo sanguíneo. Un desequilibrio en la regulación inmunitaria parece estar relacionado con la ECN.

Los bebés que tienen un mayor riesgo de padecer esta afección incluyen:

- Bebés prematuros
- Bebés alimentados con leches maternizadas (fórmulas) en lugar de leche materna. (La leche materna contiene factores de crecimiento, anticuerpos y células inmunitarias que ayudan a prevenir el problema).
- Bebés en una guardería donde se ha presentado un brote
- Bebés que han recibido exanguinotransfusiones o que han estado gravemente enfermos

Síntomas

Los síntomas pueden aparecer de manera lenta o súbita y pueden incluir:

- Distensión abdominal
- Sangre en las heces
- Diarrea
- Problemas en la alimentación
- Falta de energía

- Temperatura corporal inestable
- Respiración, frecuencia cardíaca, o presión arterial inestables
- Vómitos

Pruebas y exámenes

Los exámenes pueden incluir:

- Radiografía abdominal
- Examen de sangre oculta en heces (guayacol)
- CSC (conteo sanguíneo completo)
- Niveles de electrolitos, gases sanguíneos y otros exámenes de sangre

Tratamiento

El tratamiento para un bebé que puede tener ECN casi siempre incluye:

- Suspender la alimentación entérica (tracto gastrointestinal)
- Sacar los gases del intestino introduciendo un tubo en el estómago
- Administrar líquidos intravenosos y nutrición
- Administrar antibióticos intravenosos
- Vigilar el estado del bebé con radiografías abdominales, exámenes de sangre y gasometría arterial

El bebé necesitará cirugía si hay una perforación intestinal o inflamación de la pared abdominal (peritonitis).

En esta cirugía, el médico:

- Extraerá el tejido intestinal muerto
- Realizará una colostomía o una ileostomía

El intestino podría reconectarse después de varias semanas o meses, cuando la infección se haya curado.

Expectativas (pronóstico)

La enterocolitis necrosante es una enfermedad seria. Hasta el 40% de los bebés muere a raíz de esto. El tratamiento oportuno y agresivo puede ayudar a mejorar el pronóstico.

Posibles complicaciones

Las complicaciones pueden incluir:

- Peritonitis
- Sepsis

- Perforación intestinal
- Estenosis intestinal
- Problemas renales causados por la incapacidad prolongada para tolerar la alimentación entérica y la necesidad de nutrición parenteral (intravenosa)
- Síndrome del intestino corto si se pierde una gran cantidad del intestino

Cuándo contactar a un profesional médico

Consiga atención médica urgente si se presenta cualquiera de los síntomas de enterocolitis necrosante. Los bebés que hayan sido hospitalizados por enfermedad o prematuridad están en mayor riesgo de sufrir este padecimiento. Se les vigila de cerca para buscar este problema antes de que puedan ir a casa.

Referencias

Caplan M. Neonatal necrotizing enterocolitis. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, eds. *Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 94.

Maheshwari A, Carlo WA. Digestive system disorders. In: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, Schor NF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 102.

Ultima revisión 5/14/2017

Versión en inglés revisada por: Neil K. Kaneshiro, MD, MHA, Clinical Assistant Professor of Pediatrics, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team.

Traducción y localización realizada por: DrTango, Inc.

¿Le ha ayudado esta página?

No me es de ayuda

De gran ayuda



A.D.A.M., Inc. está acreditada por la URAC, también conocido como American Accreditation HealthCare Commission (www.urac.org). La acreditación de la URAC es un comité auditor independiente para verificar que A.D.A.M. cumple los rigurosos estándares de calidad e integridad. A.D.A.M. es una de las primeras empresas en alcanzar esta tan importante distinción en servicios de salud en la red. Corozca más sobre la política editorial, el proceso editorial y la poliza de privacidad de A.D.A.M. A.D.A.M. es también uno de los miembros fundadores de la Junta Ética de Salud en Internet (Health Internet Ethics, o Hi-Ethics) y cumple con los principios de la Fundación de Salud en la Red (Health on the Net Foundation: www.hon.ch).

La información aquí contenida no debe utilizarse durante ninguna emergencia médica, ni para el diagnóstico o tratamiento de alguna condición médica. Debe consultarse a un médico con licencia para el diagnóstico y tratamiento de todas y cada una de las condiciones médicas. En caso de una emergencia médica, llame al 911. Los enlaces a otros sitios se proporcionan sólo con fines de información, no significa que se les apruebe. © 1997-2019 A.D.A.M., Inc. La duplicación para uso comercial debe ser autorizada por escrito por ADAM Health Solutions.

Institutos Nacionales de la Salud / Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU.



[Página Principal](#) → [Enciclopedia médica](#) → Ictericia del recién nacido

Dirección de esta página: [//medlineplus.gov/spanish/ency/article/001559.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001559.htm)

Ictericia del recién nacido

La ictericia en recién nacidos sucede cuando un bebé tiene un alto nivel de bilirrubina en la sangre. La bilirrubina es una sustancia amarilla que el cuerpo produce cuando reemplaza los glóbulos rojos viejos. El hígado ayuda a descomponer la sustancia de manera que pueda eliminarse del cuerpo en las heces.

Un nivel alto de bilirrubina provoca que la piel y la esclerótica de los ojos del bebé luzcan amarillas. Esto se llama ictericia.

Causas

Es normal que un bebé tenga un nivel de bilirrubina un poco alto después del nacimiento.

Cuando el bebé está creciendo en el vientre de la madre, la placenta elimina la bilirrubina del cuerpo del bebé. La placenta es el órgano que crece durante el embarazo para alimentar al bebé. Después del nacimiento, el hígado del bebé comienza a hacer este trabajo. Puede pasar algún tiempo para que el hígado del bebé sea capaz de hacer esto de manera eficiente.

La mayoría de los recién nacidos tienen algún color amarillento en la piel, o ictericia. Esto se llama ictericia fisiológica. Con frecuencia es más notoria cuando el bebé tiene de 2 a 4 días. La mayoría de las veces, no causa problemas y desaparece al cabo de 2 semanas.

Se pueden presentar dos tipos de ictericia en los recién nacidos que están siendo amamantados. Ambos tipos generalmente son inofensivos.

- La ictericia por la lactancia se observa en bebés lactantes durante la primera semana de vida. Es más probable que ocurra cuando los bebés no se alimentan bien o la leche de la madre es lenta para salir.
- La ictericia de la leche materna puede aparecer en algunos lactantes saludables después del día 7 de vida. Es probable que alcance su punto máximo durante las semanas 2 y 3, pero puede durar a niveles bajos durante un mes o más. El problema puede deberse a la forma en la que las sustancias en la leche materna afectan la descomposición de la bilirrubina en el hígado. Este tipo de ictericia es diferente de la ictericia por la lactancia.

La ictericia grave del recién nacido puede ocurrir si el bebé tiene una afección que aumente la cantidad de glóbulos rojos que necesitan ser reemplazados en el cuerpo, como:

- Formas anormales de las células sanguíneas (como la anemia drepanocítica)

- Incompatibilidades del grupo sanguíneo entre el bebé y la madre (incompatibilidad Rh)
- Sangrado por debajo del cuero cabelludo (cefalohematoma) causado por un parto difícil
- Niveles más altos de glóbulos rojos, lo cual es más común en bebés pequeños para su edad gestacional (PEG) y algunos gemelos
- Infección
- Falta de ciertas proteínas importantes, llamadas enzimas

Los factores que pueden dificultar la eliminación de la bilirrubina del cuerpo del bebé también pueden llevar a que se presente ictericia más grave, incluyendo:

- Ciertas medicinas
- Infecciones congénitas como rubéola, sífilis y otras
- Enfermedades que afectan el hígado o las vías biliares, como la fibrosis quística o la hepatitis
- Bajo nivel de oxígeno (hipoxia)
- Infecciones (sepsis)
- Muchos trastornos hereditarios o genéticos diferentes

Los bebés que han nacido demasiado temprano (prematuros) son más propensos a presentar ictericia que los bebés a término.

Síntomas

La ictericia causa una coloración amarillenta de la piel. El color algunas veces empieza en la cara y luego baja hasta el pecho, la zona ventral (abdomen), las piernas y las plantas de los pies.

Algunas veces, los bebés con ictericia severa pueden estar muy cansados y alimentarse mal.



Pruebas y exámenes

Los proveedores de atención médica vigilarán en busca de signos de ictericia en el hospital. Una vez que el recién nacido llega a su casa, suelen ser los familiares los que detectan la ictericia.

A cualquier bebé que parezca tener ictericia se le deben medir los niveles de bilirrubina de inmediato. Esto puede hacerse con un examen de sangre.

Muchos hospitales revisan los niveles de bilirrubina total en todos los bebés más o menos a las 24 horas de nacidos. Los hospitales usan sondas que pueden calcular el nivel de bilirrubina simplemente tocando la piel. Es necesario confirmar las lecturas altas con exámenes de sangre.

Los exámenes que probablemente se lleven a cabo incluyen:

- Hemograma o conteo sanguíneo completo
- Prueba de Coombs
- Conteo de reticulocitos

Se pueden necesitar pruebas adicionales para los bebés que necesiten tratamiento o cuyo nivel de bilirrubina total esté elevándose más rápidamente de lo esperado.

Tratamiento

La mayoría de las veces, no se requiere tratamiento.

Cuando se necesita tratamiento, el tipo dependerá de:

- El nivel de bilirrubina del bebé
- Qué tan rápido se ha estado elevando el nivel
- Si el bebé nació prematuro (los bebés prematuros tienen mayor probabilidad de tratamiento en niveles de bilirrubina más bajos)
- Cuál es la edad del bebé

Un bebé necesitará tratamiento si el nivel de bilirrubina es demasiado alto o se está elevando con mucha rapidez.

Un bebé con ictericia necesita ingerir muchos líquidos con leche materna o leche maternizada (fórmula):

- Alimente al bebé con frecuencia (hasta 12 veces al día) para estimular las deposiciones frecuentes. Esto ayuda a eliminar la bilirrubina a través de las heces. Pregunte a su proveedor antes de darle leche maternizada adicional a su recién nacido.
- En casos poco frecuentes, el bebé puede recibir líquidos extra a través de IV.

Algunos recién nacidos necesitan tratamiento antes de salir del hospital. Otros posiblemente necesiten regresar al hospital cuando tengan unos días de vida. El tratamiento en el hospital por lo regular dura de 1 a 2 días.

Algunas veces, se utilizan luces azules especiales en los bebés cuyos niveles de bilirrubina están muy altos. Estas luces funcionan ayudando a descomponer la bilirrubina en la piel. Esto se denomina fototerapia.

- El bebé se coloca bajo estas luces en una incubadora para mantener la temperatura constante.

- El bebé llevará puesto sólo un pañal y pantallas especiales para los ojos con el fin de protegerlos.
- El amamantamiento debe continuar durante la fototerapia, de ser posible.
- En contadas ocasiones, el bebé puede necesitar una vía intravenosa (IV) para suministrarle líquidos.

Si el nivel de bilirrubina no está demasiado alto o no se está elevando rápidamente, usted puede realizar la fototerapia en casa con una manta de fibra óptica, la cual contiene luces brillantes diminutas. También puede usar una cama que proyecta luz hacia arriba desde el colchón.

- Usted debe mantener la fototerapia sobre la piel de su hijo y alimentarlo cada 2 a 3 horas (10 a 12 veces al día).
- El personal de enfermería irá a su casa para enseñarle cómo usar la manta o la cama y para revisar a su hijo.
- El personal de enfermería volverá diariamente para verificar el peso, las alimentaciones, la piel y el nivel de bilirrubina de su hijo.
- Le pedirán que cuente la cantidad de pañales mojados y sucios.

En los casos más graves de ictericia, es necesario realizar una exanguinotransfusión. En este procedimiento, se reemplaza la sangre del bebé con sangre fresca. Aplicarles inmunoglobulina intravenosa a los bebés con ictericia severa también puede ser muy efectivo para reducir los niveles de bilirrubina.

Expectativas (pronóstico)

La mayoría de las veces, la ictericia del recién nacido no es dañina. En la mayoría de los bebés, la ictericia mejorará sin tratamiento al cabo de 1 a 2 semanas.

Un nivel muy alto de bilirrubina puede causarle daño al cerebro. Esto se denomina kernicterus. La afección casi siempre se diagnostica antes de que el nivel llegue a ser tan alto como para causar este daño. El tratamiento generalmente es efectivo.

Posibles complicaciones

Entre las complicaciones serias, pero poco comunes, de los altos niveles de bilirrubina están:

- Parálisis cerebral
- Sordera
- Kernicterus, que es daño cerebral a causa de niveles muy altos de bilirrubina

Cuándo contactar a un profesional médico

Todos los bebés deben ser examinados por un proveedor en los primeros 5 días de vida para verificar la presencia de ictericia:

- Los bebés que pasan menos de 24 horas en un hospital deben ser examinados a las 72 horas de vida.

- Los bebés dados de alta entre las 24 y 48 horas deben ser examinados de nuevo a las 96 horas de vida.
- Los bebés dados de alta entre 48 y 72 horas deben ser examinados de nuevo a las 120 horas de vida.

La ictericia es una emergencia si el bebé presenta fiebre, se torna apático o no se está alimentando bien. La ictericia puede ser peligrosa en los recién nacidos de alto riesgo.

La ictericia generalmente NO es peligrosa en los bebés nacidos a término y que no tienen otros problemas de salud. Llame al proveedor del bebé si:

- La ictericia es intensa (la piel es de color amarillo brillante)
- La ictericia continúa aumentando después de la consulta de control del recién nacido, se prolonga por más de 2 semanas o aparecen otros síntomas
- Los pies, particularmente las plantas, se tornan de color amarillo

Hable con el proveedor de su bebé si tiene preguntas.

Prevención

En los recién nacidos, cierto grado de ictericia es normal y probablemente no se pueda prevenir. El riesgo de ictericia grave a menudo puede reducirse alimentando a los bebés al menos de 8 a 12 veces al día durante los primeros días e identificando cuidadosamente a los bebés en mayor riesgo.

A todas las mujeres embarazadas se les deben practicar pruebas del grupo sanguíneo y anticuerpos inusuales. Si la madre es Rh negativa, se recomienda hacer pruebas de seguimiento en el cordón umbilical del bebé. Esto también puede hacerse si el grupo sanguíneo de la madre es O positivo.

El monitoreo cuidadoso de todos los bebés durante los primeros 5 días de vida puede prevenir la mayoría de las complicaciones de la ictericia. Esto incluye:

- Contemplar el riesgo de ictericia de un bebé
- Verificar el nivel de bilirrubina alrededor del primer día
- Programar al menos una consulta de control la primera semana de vida para los bebés que salen del hospital en 72 horas

Nombres alternativos

Ictericia del neonato; Hiperbilirrubinemia neonatal; Luces azules especiales - ictericia; Niño - piel amarilla; Neonato - piel amarilla

Instrucciones para el paciente

- Alta tras ictericia del recién nacido ([../patientinstructions/000296.htm](#))
- Ictericia del recién nacido - qué preguntarle al médico ([../patientinstructions/000257.htm](#))

Referencias

Cooper JD, Tersak JM. Hematology and oncology. In: Zitelli, BJ, McIntire SC, Nowalk AJ, eds. *Zitelli and Davis' Atlas of Pediatric Physical Diagnosis*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 12.

Kaplan M, Wong RJ, Burgis JC, Sibley E, Stevenson DK. Neonatal jaundice and liver diseases. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, eds. *Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Infant*. 11th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 91.

Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM. Digestive system disorders. In: Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21st ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 123.

Muchowski KE. Evaluation and treatment of neonatal hyperbilirubinemia. *Am Fam Physician*. 2014;89(11):873-878. PMID: 25077393
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077393 [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077393>].

Rozance PJ, Rosenberg AA. The neonate. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, et al, eds. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:chap 22.

Última revisión 2/19/2018

Versión en inglés revisada por: Neil K. Kaneshiro, MD, MHA, Clinical Professor of Pediatrics, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA. Internal review and update on 03/28/2019 by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team.

Traducción y localización realizada por: DrTango, Inc.

¿Le ha ayudado esta página?

No me es de ayuda

De gran ayuda



A.D.A.M., Inc. está acreditada por la URAC, también conocido como American Accreditation HealthCare Commission (www.urac.org). La acreditación de la URAC es un comité auditor independiente para verificar que A.D.A.M. cumple los rigurosos estándares de calidad e integridad. A.D.A.M. es una de las primeras empresas en alcanzar esta tan importante distinción en servicios de salud en la red. Conozca más sobre la política editorial, el proceso editorial y la política de privacidad de A.D.A.M. A.D.A.M. es también uno de los miembros fundadores de la Junta Ética de Salud en Internet (Health Internet Ethics, o Hi-Ethics) y cumple con los principios de la Fundación de Salud en la Red (Health on the Net Foundation: www.hon.ch).

La información aquí contenida no debe utilizarse durante ninguna emergencia médica, ni para el diagnóstico o tratamiento de alguna condición médica. Debe consultarse a un médico con licencia para el diagnóstico y tratamiento de todas y cada una de las condiciones médicas. En caso de una emergencia médica, llame al 911. Los enlaces a otros sitios se proporcionan sólo con fines de información, no significa que se les apruebe. © 1997-2019 A.D.A.M., Inc. La duplicación para uso comercial debe ser autorizada por escrito por ADAM Health Solutions.

U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894 U.S. Department of Health and Human Services

National Institutes of Health

Página actualizada 31 Julio 2019

PUNTAJE APGAR OBTENIDO EN RECIÉN NACIDOS CON SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN UN HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD. LAMBAYEQUE, PERÚ

Paula Yaipén-Sánchez ^{1,a}, Rocio Ordinola-Luna ^{1,a}, Luis Gonzáles-Cornejo ^{1,2},
Jorge Fernández-Mogollón ^{1,3,b}

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de puntuación Apgar del recién nacido con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo previo al parto, en un Hospital del Ministerio de Salud de Lambayeque, Perú 2016. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, de corte transversal y cuantitativo. Se obtuvieron las historias clínicas de aquellas gestantes cuyo feto tuvo como diagnóstico "sufrimiento fetal agudo" y sus respectivas fichas de reporte de nacimiento (neonatología) para conocer el puntaje Apgar al minuto y a los cinco minutos. **Resultados** Se obtuvieron 122 historias clínicas registradas con el diagnóstico de "sufrimiento fetal". Se encontró que el 73% de ellas, tuvo un puntaje Apgar "normal", el 10% presentó "depresión moderada" y el 17%, "depresión severa". En cuanto al Apgar a los cinco minutos, el 94% fue "normal", el 4% presentó "depresión moderada" y el 1,6% "depresión severa". De los aspectos diagnósticos para sufrimiento fetal agudo, más utilizados fueron: la frecuencia cardíaca alterada: 22,1%. La vía de culminación de la gestación con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, presenta un 81% por parto por cesáreas y el 19% por parto vaginal. El rango mínimo en minutos atendidos desde el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo a la culminación del embarazo fue de 22 minutos y el máximo de 656 minutos. **Conclusión:** La mayoría de los recién nacidos considerados como sufrimiento fetal agudo en el pre parto, tuvieron un puntaje Apgar "normal".

Palabras clave: Sufrimiento fetal agudo, Puntaje Apgar. (Fuente: DeCS BIREME)

FETAL DISTRESS AND APGAR SCORE IN A HOSPITAL OF LAMBAYEQUE, PERÚ

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to determine the level of Apgar score of the newborn with diagnosis of fetal distress before childbirth, in a Hospital of the Ministry of Health of Lambayeque, Peru 2016. **Materials and methods:** Descriptive, cross-sectional and quantitative study. The clinical records of pregnant women whose fetus was diagnosed as having "acute fetal distress" and their respective birth report cards (neonatology) were obtained to know the Apgar score at the minute and at five minutes. **Results** We obtained 122 medical records. It was found that 73% had a "normal" Apgar score, 10% presented "moderate depression" and 17%, "severe depression". As for Apgar at five minutes, 94% were "normal", 4% presented "moderate depression" and 1.6% "severe depression". Of the diagnostic aspects for acute fetal distress, the most used were the altered heart rate: 22.1%. The pathway to completion of gestation with diagnosis of acute fetal distress presents 81% for cesarean delivery and 19% for vaginal delivery. The minimum range in minutes served from the diagnosis of acute fetal distress to the completion of pregnancy was 22 minutes and the maximum of 656 minutes. **Conclusion:** The majority of infants considered as acute fetal distress in preterm labor had a "normal" Apgar score.

Keywords: Fetal distress, Apgar Score. (Source: MeSH NLM)

INTRODUCCIÓN

La atención al recién nacido tiene que ser lo más adecuado posible, ya que los cambios fisiológicos a las que se va a exponer y las complicaciones que se puedan dar al momento del parto se presentan de una manera súbita y su manejo debe ser rápido.

El sufrimiento fetal agudo, es una patología que se instala durante el trabajo de parto, siendo de evolución relativamente rápida, es una perturbación metabólica compleja debido a una insuficiencia placentaria conllevando a una alteración de la homeostasis fetal provocando alteración tisulares o la muerte fetal^(1,2).

El sufrimiento fetal agudo se presenta en un 15% de las gestantes en trabajo de parto aproximadamente, y es una de las principales causas de morbilidad neonatal^(3,4).

Este estado patológico tiene una frecuencia de solo el 3%, a nivel mundial, pero en Latinoamérica constituye la segunda causa de cesárea lo que evidencia el sobrediagnóstico, como por ejemplo: la incorrecta evaluación del monitoreo fetal intraparto o solo ante la presencia de meconio, inmediatamente se realiza el diagnóstico de Sufrimiento fetal agudo, a pesar que la mayoría de los autores, indican la

¹ Universidad de Chiclayo, Lambayeque, Perú.

² Médico Gineco-obstetra. Docente de la Facultad de Medicina. Universidad de Chiclayo.

³ Médico Epidemiólogo. Hospital Almanzor Aguinaga Aseño, Essalud. Lambayeque- Perú.

⁴ Bachiller en Medicina.

^a Unidad de investigación, Facultad de Medicina. Universidad de Chiclayo.

Correspondencia: Jorge Fernández Mogollón Correo: jorgeluis_59@yahoo.es

existencia de meconio como un signo de alarma, pero de ninguna manera como patognomónico de la patología en estudio⁽⁵⁾.

El score de Apgar es una de las herramientas más usada para evaluar al recién nacido, según la Academia Americana de Pediatría; su utilidad radica en indicar el momento para tomar acción rápida y si requiere o no de reanimación neonatal, a pesar de haber otras herramientas que podrían ser útiles, el apgar en comparación a otras es mucho más fácil identificar sus variables y poder aplicarla⁽⁶⁾.

El score Apgar se ha clasificado según la *International Classification of Disease*, define asfixia moderada a un Apgar al minuto menor o igual a 6, una asfixia severa menor o igual a 3 y una apgar normal mayo o igual de 7 a 10⁽⁷⁾.

El score de Apgar bajó a los cinco minutos y peor aún si ambas puntuaciones son bajas en el primer y quinto minuto está asociado en muchos casos a complicaciones neonatales como asfixia o depresión neonatal⁽⁸⁾.

La responsabilidad que tiene el profesional ante un diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es muy importante por lo que se puede presentar muertes perinatales, alteraciones neurológicas, psicomotoras que afectan al recién nacido durante toda su vida⁽⁹⁾.

Al valorar el puntaje Apgar al minuto, nos ayudará a conocer cuántos recién nacidos necesitaron algún tipo de reanimación, y el puntaje Apgar a los 5 minutos es un buen predictor de la mortalidad infantil, siendo este un buen marcador de la calidad de un hospital.

La importancia de conocer a tiempo el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo permite tomar la mejor decisión en cuanto al manejo de la finalización del parto: así aparece como alternativa la cesárea que es un procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en el abdomen y en el útero. Pero el riesgo de mortalidad materna y el riesgo para el niño es mayor comparado con el parto vaginal. Son varios los factores que inducirían al incremento del parto por cesárea, como por ejemplo suele culminar el trabajo de parto más rápidamente y a la vez es menos doloroso para la madre. Ello podría influir sobre el diagnóstico de las complicaciones fetales, siendo el sufrimiento fetal agudo uno de los más usados para su justificación⁽⁹⁾.

En nuestro medio, un hospital de la región, tuvo una frecuencia de cesáreas practicadas del 33,6 %. La indicación más frecuente fue la de cesárea segmentaria previa (25,6 %) y el sufrimiento fetal agudo (13,9 %) ⁽¹⁰⁾. Sin embargo no se han encontrado trabajos que mencionen con qué frecuencia los puntajes Apgar se corroboren con el diagnóstico de sufrimiento fetal previo al parto.

Así tenemos que Santos J, (2010), estudió 311 casos con perfil biofísico anormal. El Apgar al minuto menor a 7 se presentó en 0,3 % (10 casos) por lo tanto un 99 % de los

neonatos tuvo un Apgar normal al minuto de nacido. No hubo casos de Apgar anormal a los 5 minutos, Según la vía de terminación del embarazo, el 98 % de los casos fue por cesárea⁽¹¹⁾.

Llanos J. (2015); es un estudio cuantitativo- prospectivo de asociación. Se estudiaron 123 gestantes \geq 37 semanas, con test no estresante, valoración del índice de líquido amniótico y del perfil biofísico fetal modificado, cuyos resultados fueron comparados con el score apgar neonatal. Encontraron que el score apgar \geq a 7 se dio en el 94,3 % de los recién nacidos, solo el 13,3 % de los perfil biofísicos fetales modificados patológicos se asociaron a un Apgar bajo o igual a 7⁽¹²⁾.

Por todo lo expuesto, el objetivo del presente estudio fue determinar el nivel de puntaje Apgar en los recién nacidos con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo en el pre parto, en un hospital del Ministerio de Salud de la región Lambayeque, 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, de corte transversal. Se obtuvieron las historias clínicas de aquellas gestantes (2016) cuyo feto tenga como diagnóstico "sufrimiento fetal agudo", atendido por el personal de ginecología, o que haya nacido por parto eutócico como por cesárea, y se obtuvieron también sus respectivas fichas de reporte de nacimiento (neonatología) para conocer el puntaje Apgar al minuto y a los cinco minutos. Se excluyeron a aquellas historias cuyas gestantes tuvieran embarazos múltiples o con edad gestacional menor de 37 semanas o si tuvieran alguna anomalía congénita.

Se consideraron los permisos respectivos para la realización del presente estudio, además se consideró la confidencialidad de los datos obtenidos de las participantes tras la revisión de historias.

La información obtenida se registró en fichas de recolección de datos autoelaborada y evaluada por expertos en ginecología y pediatría. Posteriormente se ingresaron al SPSS para la realización de tablas de frecuencia.

RESULTADOS

Tabla 1: Puntaje Apgar al minuto y a los cinco minutos, del recién nacido con diagnóstico de Sufrimiento Fetal Agudo en un hospital de la región Lambayeque 2016.

Puntaje Apgar	Al minuto		A los cinco minutos	
	n	%	n	%
Depresión severa	21	17	2	1,6
Depresión moderada	12	10	5	4
Normal	89	73	115	94,4
Total	122	100	122	100

94
541

Tabla 2. Evolución del puntaje Apgar al primer minuto en los recién nacidos, comparado con el Apgar a los cinco minutos, en un hospital de la región Lambayeque, 2016.

Al minuto	A los cinco minutos					
	Normal		Depresión moderada		Depresión severa	
	n	%	n	%	n	%
Normal	89	72,9	0	0	0	0
Depresión moderada	12	9,8	0	0	0	0
Depresión severa	14	11,5	5	4	2	1,6

Tabla 3. Formas de diagnóstico más frecuente tomado en cuenta para el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, en un hospital de la región Lambayeque, 2016.

	n	%
Frecuencia cardíaca alterada	27	22,1
Monitoreo fetal electrónico, líquido amniótico y frecuencia cardíaca alterados	23	18,8
Frecuencia cardíaca y líquido amniótico alterados	23	18,8
Frecuencia cardíaca y monitoreo fetal electrónico alterados	20	16,3
Ninguno / no se evidenció	14	11,4
Por monitoreo fetal electrónico	12	9,8
Líquido amniótico anormal	2	1,6
Líquido amniótico y monitoreo fetal electrónico alterados	1	0,8

De los 122 casos evaluados, 23 de ellos tuvieron un tipo de parto eutócico (18,9%) y 99 de ellos (81,1%) fueron por cesárea.

DISCUSIÓN

En el estudio que realizó Santos J, hubo Apgar con depresión en 0,3%(10 casos) y el 99 % de los neonatos tuvo un Apgar al minuto normal, el Apgar a los 5 minutos, fue de 0 % de recién nacidos deprimidos. En nuestro estudio el Apgar a los 5 minutos resultó: 6 % Apgar con depresión de moderada a severa y un 94 % obtuvo Apgar normal. Si comparamos el Apgar con depresión al minuto y a los 5 minutos nos indicaría que hubo una recuperación rápida, ya que de 33 niños recién nacidos al minuto deprimidos se recuperaron a los 5 minutos 26 de ellos, se puede decir que probablemente fue oportuna la culminación del embarazo por parte del ginecólogo y la intervención rápida dada por el neonatólogo.

Esto es muy importante, ya que si un recién nacido obtiene puntaje Apgar bajo es un evento muy serio que de no mediar una adecuada y oportuna reanimación lo pone en riesgo de muerte o secuelas neurológicas de otros órganos, asimismo el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, señalan que el Apgar de 0 a 3 pasados los 5 minutos se utiliza como uno de los criterios sugestivos de agresión asfíctica intraparto, hemos encontrado en nuestro estudio que solo el 1,6 % (2 niños) continuó con depresión severa a los 5 minutos, vale mencionarlo ya que el Apgar a los 5 minutos es de valor pronóstico en neonatos, es buen predictor de la mortalidad infantil siendo este un buen marcador en la calidad de un hospital. Ahora es necesario saber que sólo el puntaje Apgar no necesariamente no predice daño neurológico sino que también éste depende de otros factores como edad gestacional, medicamentos consumidos por la madre, función cardiorrespiratoria, etc.

En el hospital en estudio, hemos encontramos que para diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, solo el 18,8 % utilizó monitoreo fetal electrónico anormal, líquido amniótico meconial y alteración de la frecuencia cardíaca fetal, por lo que clínicamente se podría llegar al diagnóstico de forma certera, mientras que el 22,1 % firmo el diagnóstico solo por alteración en la frecuencia cardíaca, sin tener en cuenta otro criterio, al menos que hayan presentado bradicardia. Llama la atención que existe un 11,4 % al que solo se colocó el diagnóstico, sin considerar ningún criterio clínico.

Los criterios diagnóstico si son bien observados nos pueden ayudar para actuar de forma correcta, pero también es importante poder valorar el perfil biofísico fetal ecográfico, ya que tiene alta sensibilidad para patologías maternas y fetales, pero debido a la escasez de equipos adecuados en nuestros establecimiento se proporciono datos no reales de la verdadera incidencia del problema, incrementando la incidencia de cesáreas, lo que conlleva a un mayor riesgo operatorio para la madre, intervenciones quirúrgicas innecesarias en fetos que no estén comprometidos y mayor consumo económico para el hospital.

El índice de cesáreas durante el año 2016 en el hospital donde se hizo el estudio fue de 41%. Sin embargo en el año 2010 – 2011, la frecuencia de cesáreas en ese hospital fue del 33,3%. Se observa que el porcentaje de cesáreas ha ido aumentando progresivamente a lo largo de estos años y la incidencia de cesáreas por sufrimiento fetal agudo es bastante alta según nuestro estudio. Cabe mencionar que la muerte perinatal y las secuelas neurológicas son las complicaciones obstétricas más graves, ocasionando un impacto devastador en los padres, la familia, el médico tratante y en la sociedad e incluso implicancias médico-legales; es por ello la posible justificación ante el aumento de cesáreas y el posible sobre diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, si comparamos el porcentaje de cesáreas con el Apgar al minuto nos resulta que el 81,1 % total de cesáreas, solo se debieron operar 25,4 % ya que nacieron con Apgar de moderado a severo.

Los resultados que se obtuvieron en cuanto al tiempo del diagnóstico de sufrimiento fetal agudo hacia la terminación del embarazo, la mediana resultó en 102.5 minutos, es decir que la mitad de partos con el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo fueron resueltos en aproximadamente 1 hora, el rango mínimo se realizó en 22 minutos y el rango máximo del parto se dio en 656 minutos (aproximadamente 11 horas). Sin embargo, debemos tomar en cuenta aquellas gestantes que llegaron a culminar el parto después de 11 horas, es casi imposible pensar que fueron casos de sufrimiento fetal agudo, siendo este un diagnóstico de emergencia.

Dentro de las limitaciones del estudio tenemos que la oficina de estadística del hospital estudiado registra sólo aquellos casos con sufrimiento fetal agudo, cuyo diagnóstico se registró en la historia clínica; de lo contrario ello no sería factible. Esto se traduciría en la existencia probable de un subregistro de los casos.

979
572

Para una óptima atención las instituciones hospitalarias deben encontrarse en condiciones que cuenten con disponibilidad de materiales, equipos de ayuda al diagnóstico adecuados, instrumentos para ser utilizados en el momento preciso.

Los autores del presente estudio declaran no tener conflicto de interés de ningún tipo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nozar MF, Fiol V, Martínez A, Pons J, Alonso J, Briozzo. Importancia de la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal intraparto como predictor de los resultados neonatales. *Rev Med Urug* 2008; 24: 94-101
2. Schwarcz RL, Duverges CA, Díaz AG, Fescina RH. *Obstetricia*. 6ta. Edición. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 2005; cap. 12:477-487
3. Lam N. Sufrimiento fetal y reanimación intrauterina. *Ginecol Obstet*. 1999 Perú; 39 (17): 10-29 disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/Vol_39N17/sufrimien_fetal.htm
4. Moss W, Darmstadt GL, Marsh DR, Black RE, Santosham M. Research priorities for the reduction of perinatal and neonatal morbidity and mortality in developing country communities. *J Perinatol* 2002; 22: 484-95. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12168128>
5. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. *Propuesta Normativa Perinatal*. Buenos Aires.: La Copia - 2008 -Tomo IV: 54 - 57.
6. Academia Americana de Pediatría. *Puntuación de Apgar*. Ed en Español. 2015; 136 (4).
7. Hubner M. *Asfisia perinatal*. Ed. Servicio neonatología hospital clínico universidad de Chile 2001. Cap. 9: 64-69. Disponible en: www.mauelossel.cl/BNN/NEO_U.pdf
8. Puentes R, Gómez D, Garrido L. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. *Salud Pub Mex*. 2004; 46:16-22.
9. Bustamante M, Vera O, Limo J, Patazca J. Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010-2011. *Revista Cuerpo Médico HNAAA* 2014; 7(1): 6-12.
10. Santos J. C., *Correlación entre Perfil Biofísico anormal y test de Apgar*. *Rev. Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia* 2010; (6): 23 - 26.
11. Llanos J. *perfil biofísico fetal modificado y score apgar hospital Sergio E. Bernales 2015*. Lima. Repositorio académico USMP. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2114/1/llanos_j.pdf

Revisión de pares: Recibido 08/09/17 Aceptado: 17/09/17



Índices estáticos y dinámicos de la hiperlactatemia

Ángeles-Velázquez JL¹, García-González AC¹, Díaz-Greene EJ², Rodríguez-Weber FL³

Resumen

La hiperlactatemia es un parámetro de gravedad utilizado ampliamente en el ámbito clínico en unidades hospitalarias de cualquier nivel de atención; sin embargo, es común la omisión de conceptos importantes relacionados con su fisiopatología, principalmente el desconocimiento de todas las causas de su producción, y el equilibrio que guarda con su depuración y con los factores que la alteran. Lo más frecuente en la práctica clínica es su asociación con la hipoxia tisular en la mayoría de los pacientes; sin embargo, este sesgo puede llevar a la no identificación de padecimientos subyacentes y a la elección de estrategias terapéuticas incorrectas. La hiperlactatemia no se correlaciona siempre con la estabilidad hemodinámica; es multifactorial y debe interpretarse de manera sistemática y minuciosa.

PALABRAS CLAVE: lactato, hiperlactatemia sostenida, pronóstico, índices dinámicos.

Med Int Méx. 2016 March;32(2):225-231.

Static and dynamic indexes of hyperlactatemia.

Ángeles-Velázquez JL¹, García-González AC¹, Díaz-Greene EJ², Rodríguez-Weber FL³

Abstract

Hyperlactatemia is a severity parameter used widely in the clinical services at the hospital units of any attention level; however, it is common the omission of important concepts related to its physiopathology, mainly the ignorance of all causes of lactate production and the balance that it keeps with its depuration, and the factors that alter this equilibrium. The most frequent situation in clinical practice is the association of hyperlactatemia to tissue hypoxia in most patients; nevertheless, it is well known that this can conduct to the misidentification of subjacent diseases, and to the election of incorrect therapeutic choices. Hyperlactatemia is not always correlated to hemodynamic stability; it is multifactorial and must be analyzed in a systematic and meticulous way.

KEYWORDS: lactate; sustained hyperlactatemia; prognosis; dynamic indexes

¹ Residente de Medicina Interna.
² Profesor titular del curso de Medicina Interna.
³ Profesor adjunto del curso de Medicina Interna.
Hospital Ángeles Pedregal. Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle, Ciudad de México.

Recibido: 31 de agosto 2015

Aceptado: enero 2016

Correspondencia:
Dr. Federico Rodríguez-Weber
fweber@saludangeles.com

Este artículo debe citarse como:
Ángeles-Velázquez JL, García-González AC, Díaz-Greene EJ, Rodríguez-Weber FL. Índices estáticos y dinámicos de la hiperlactatemia. Med Int Méx. 2016 mar;32(2):225-231.

107
594

Historia

El lactato o ácido láctico se describió en 1780 como producto derivado de la leche. Su existencia en la sangre humana se documentó en 1843 y en 1858 se asoció con el metabolismo anaerobio.¹ En la actualidad es un parámetro de evaluación de la gravedad en pacientes hospitalizados, principalmente en áreas críticas.

Fisiología del lactato

Se produce directamente por la reducción del piruvato por la lactato-deshidrogenasa en condiciones de alta demanda energética o de oxígeno; o a falta de éste. En la práctica clínica, la hiperlactatemia generalmente se asocia con condiciones de hipoxia tisular; sin embargo, éste no es siempre su mecanismo fisiopatológico, porque las concentraciones en sangre dependen del equilibrio de dos factores: su producción y su depuración. En el paciente sano, la mayor parte del lactato se produce en el músculo esquelético, la piel, el cerebro y los eritrocitos; mientras que la depuración se efectúa en su mayor parte por el hígado y el riñón.¹ El Cuadro 1 muestra la proporción de producción y depuración de lactato con los respectivos órganos implicados.

En el paciente crítico la producción de lactato está alterada, se produce en mayor proporción en los eritrocitos y se agregan nuevos sitios de producción: pulmones, leucocitos, tejidos espláncnicos y sitios locales de infección e inflamación.¹

Cuadro 1. Proporción y sitios de producción y depuración de lactato

Producción	Depuración
Músculo esquelético, 25 %	Hígado, 60%
Piel, 25%	Riñón, 30%
Eritrocitos, 20%	Músculo esquelético, 5%
Cerebro, 20%	Músculo cardíaco, 5%
Intestinos, 10%	

Las insuficiencias hepática y renal son causa de hiperlactatemia persistente por falla en la depuración y no por la producción constante del metabolito. Este concepto debe aplicarse a cada paciente de manera individual para la interpretación correcta de la hiperlactatemia en el contexto clínico y en la toma de decisiones terapéuticas.

Causas y tipos de hiperlactatemia

De acuerdo con su causa, la hiperlactatemia puede dividirse en dos grupos: tipo A, que resulta del metabolismo anaerobio por hipoxia tisular en cualquier parte del organismo, y tipo B, que incluye causas no anaerobias, y que a su vez se subdivide en tres grupos: causada por enfermedades subyacentes, como insuficiencia renal o hepática, llamada B1; causada por fármacos, o B2, y por errores innatos del metabolismo, o B3.² Ejemplos de esto serían los siguientes: B1 en el síndrome urémico, B2 como efecto de la metformina y B3 en la enfermedad de Niemann-Pick.

Otros mecanismos de hiperlactatemia son la leucocitosis asociada o no con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, ejercicio, metabolismo anaerobio de bacterias en infecciones severas, principalmente en abscesos, aumento de la glucólisis y gluconeogénesis secundario a síndrome de respuesta inflamatoria sistémica o a sepsis, y la proclividad que tienen los pacientes hipertensos crónicos a la producción elevada de lactato en tejidos periféricos con la disminución aguda de las cifras tensionales con presión arterial media en intervalos perfusorios (hipotensión relativa).^{1,3}

Una última consideración la tienen los pacientes que padecen cáncer en cualquier sitio, principalmente en órganos sólidos, y los pacientes postrasplantados, que comúnmente tienen concentraciones elevadas de lactato de manera permanente.²

10
595



Lactato y acidosis metabólica

Existe un número elevado de causas de acidosis metabólica que pueden cursar sin elevación de lactato, por lo que las causas de acidosis metabólica con hiperlactatemia deben analizarse de manera minuciosa. El lactato es un anión no medido y, por tanto, la acidosis que se asocia con su elevación tiene la característica principal de tener una brecha aniónica elevada o amplia.

El Cuadro 2 muestra una nemotecnia ampliamente conocida para recordar las causas de acidosis metabólica con brecha aniónica amplia, en inglés, MUDPILES.⁴

Un concepto más para recordar es cuando el ácido láctico al producirse en la sangre por sí solo produce acidosis, debido a que en presencia de pH mayor a 6.0 (fisiológico) se disocia en su forma iónica (lactato) más un ión hidrógeno.¹

Hiperlactatemia y metformina

La metformina es uno de los hipoglucemiantes orales más prescritos en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Quizá su efecto adverso más conocido es la acidosis láctica; sin embargo, es raro efectuar ese diagnóstico en un paciente que recibe ese tratamiento. Probablemente es un diagnóstico subestimado, porque al encontrar un paciente con acidosis láctica y administración

de metformina se asociará primeramente con otra causa que no sea el consumo del fármaco.⁵ De igual manera, el mecanismo de producción de lactato con el fármaco es poco claro; existen teorías que proponen que la hiperlactatemia por biguanidas está mediada por la inhibición exagerada de la gluconeogénesis hepática, y que esto, a su vez, altera de manera importante la depuración del lactato, en cuyo caso la producción del metabolito no estaría aumentada. Otro mecanismo es la disminución del consumo de oxígeno celular cuando las concentraciones de metformina están elevadas, ya sea por dosis elevadas o principalmente por depuración alterada en insuficiencia renal.⁵

Con independencia del mecanismo, se sabe que la hiperlactatemia en este caso es multifactorial y en la mayor parte de las ocasiones se encuentra un factor desencadenante, como infecciones, cetoacidosis, estado hiperosmolar o deshidratación, traumatismo, etcétera.

La prevalencia e incidencia de la acidosis láctica en pacientes con consumo de metformina no está determinada. En 2014, Guelho y colaboradores⁶ estimaron la magnitud de la hiperlactatemia con la administración de metformina; en pacientes diabéticos admitidos al servicio de urgencias por cualquier causa se encontraron concentraciones más altas de lactato en pacientes en tratamiento con metformina comparados con los que no la recibían (2.7 vs 1.6 mmol/L, p menor de 0.001), con riesgo de hiperlactatemia por metformina mayor a 20 veces (OR=25.10, p menor de 0.005).⁶

Conocer estos datos verifica que esta enfermedad podría ocurrir con más frecuencia de lo que la mayoría de los médicos piensa y apoya la identificación más oportuna y temprana en pacientes diabéticos con prescripción de metformina cuando son admitidos a las unidades hospitalarias.

Cuadro 2. Nemotecnia MUDPILES que resume las causas de acidosis metabólica con brecha aniónica amplia

- M Metanol-etanol
- U Uremia
- D Diabetes (cetoacidosis)
- P Propilenglicol
- I Ingestión (fármacos, éxtasis)
- L Lactato (hiperlactatemia)
- E Etilenglicol
- S Salicilatos

Concentraciones normales de lactato

Existen factores asociados con el sexo, la raza, la edad y comorbilidades que modifican la producción y depuración de lactato en cada persona. En una revisión sistemática realizada por Kruse y colaboradores⁷ en 2011, se reportó una concentración normal de 0.5 a 1.8 mmol/L en población general caucásica.

En la actualidad no existen puntos de corte establecidos ni escalas para estratificar la hiperlactatemia, por lo que se propone como leve (menor a 2 mmol/L), moderada (2.1 a 3.9 mmol/L) y severa (mayor a 4 mmol/L).⁸

Con base en las concentraciones normales y elevadas de lactato y su significado clínico, se considera que el lactato puede ser un parámetro para cribaje de pacientes en unidades hospitalarias. Se sugiere un valor de corte entre 2.0 y 2.5 mmol/L como criterio de hospitalización y valores menores para vigilancia estrecha de evolución y enfermedades subyacentes. Un valor de corte menor no tiene correlación clínica bien definida y puede llevar a la sobreadmisión de pacientes y en algunos casos a tratamientos agresivos innecesarios.⁷

Mediciones de lactato capilar, venoso y arterial

El patrón de referencia para la medición de lactato es la gasometría de sangre arterial; sin embargo, conlleva obstáculos para el personal de salud, principalmente por la dificultad técnica, y para el paciente, porque es dolorosa y comúnmente requiere varias punciones.

La sangre capilar contiene mayor cantidad de lactato que la sangre venosa y arterial, por lo que no debe utilizarse para su medición en el ámbito clínico.

Existe bibliografía que correlaciona la medición del lactato arterial con el venoso sin obtener

diferencias importantes.^{7,8} Se ha establecido una diferencia de 0.18 a 0.22 mmol/L de lactato más elevado en sangre venosa tomada de cualquier vena periférica que en muestras de sangre tomadas de la arteria radial.⁸ Esta diferencia es mínima y si se considera ese valor, la gasometría venosa puede utilizarse de manera confiable para medir lactato de ingreso y de manera subsecuente en los casos en que la toma de sangre arterial no pueda ser óptima o sea inaccesible.

Implicación pronóstica de la hiperlactatemia

El valor de hiperlactatemia al ingreso se correlaciona de manera proporcional con la mortalidad en pacientes hospitalizados, independientemente de su estabilidad hemodinámica; sin embargo, en el caso de pacientes en estado de choque, sin importar la causa, no existe una correlación directamente proporcional entre ésta y la magnitud de la hipoperfusión tisular.⁸

En pacientes sépticos sin estado de choque, la mortalidad alcanza una meseta cercana a 100% cuando el lactato se eleva a más de 8 mmol/L en las primeras 12 horas del ingreso y en pacientes en estado de choque esa meseta se alcanza con valores mayores de 18 mmol/L sin importar la resucitación hídrica, con aminos o ambas.^{8,9} Por tanto, la sola elevación del lactato aumenta la mortalidad en pacientes bien perfundidos y en muchos casos es independiente de insuficiencia orgánica.

Otro concepto de relevancia clínica es la vigilancia de los pacientes sépticos con hiperlactatemia en el contexto de hipoxia tisular secundaria a hipoperfusión. En estos casos el organismo aumenta la liberación de catecolaminas como mecanismo compensatorio y activa la neuroregulación de la presión arterial por diferentes mecanismos y mantiene en etapas iniciales la presión arterial media en intervalos perfusorios; es decir, la estabilidad

100
597



hemodinámica no es sinónimo de que el proceso hipóxico ha cesado. Esto hace de los signos vitales malos indicadores del estado de hipoxia del organismo; por ello, las mediciones de lactato deben realizarse de manera sistemática en las primeras horas de su ingreso en todos los pacientes críticos sin importar su estabilidad hemodinámica.

El concepto de la hiperlactatemia sostenida se ha estudiado en ensayos longitudinales,¹⁰⁻¹³ en los que se obtiene su correlación con la mortalidad en pacientes críticos y comparándolo con el valor del lactato al ingreso, que hasta el momento es la variable que predice mejor la mortalidad en esos pacientes.

Índices estáticos y dinámicos de la hiperlactatemia

El índice estático es el valor de una variable en una sola medición y su interpretación simultánea en el tiempo; por ejemplo, el valor del lactato al momento del ingreso, en cuyo caso puede interpretarse como aumento en la producción, disminución de la depuración o ambos.

En 2010, Nichol y colaboradores¹² analizaron una cohorte heterogénea de pacientes críticos, calcularon los índices estáticos y dinámicos de la hiperlactatemia. Se concluyó que la relación entre hiperlactatemia y mortalidad es independiente de la existencia o ausencia de sepsis. En cuanto a la hiperlactatemia sostenida, se observó que por cada unidad que ésta aumenta hay incremento en la mortalidad, cercano a 37% (p menor de 0.001) y para el delta lactato (magnitud en que el lactato aumenta con respecto al tiempo), la mortalidad se incrementa 15% por cada unidad de aumento (p menor de 0.001).

El índice dinámico es la magnitud con la que un valor cambia con el tiempo. En el caso de la hiperlactatemia, el índice dinámico analiza la duración de la elevación y su tendencia o comportamiento, por lo que puede utilizarse para formular hipótesis de mecanismos fisiopatológicos y de estrategias terapéuticas.¹⁰

Estos datos permiten reafirmar la asociación positiva entre la hiperlactatemia y la mortalidad, pero en mucho mayor magnitud con la hiperlactatemia sostenida que con la sola medición transversal de lactato al ingreso. Al considerar lo anterior, debe definirse de manera operativa a la hiperlactatemia sostenida. No existe un consenso acerca de este concepto; sin embargo, Nichol¹² define a la hiperlactatemia sostenida como la elevación del lactato mayor a 2.5 mmol/L por más de dos a seis horas y, con base en ello, indica la medición de la lactatemia cada dos a seis horas en pacientes críticos.

El Cuadro 3 enlista los índices estáticos y dinámicos aplicables para la hiperlactatemia.

En 1996, Bakker⁹ describió el concepto de la hiperlactatemia sostenida y le acuñó un término práctico para su fácil comprensión: en inglés, *lactime*. Lo propuso como una variable predictiva de insuficiencia orgánica múltiple en pacientes con choque séptico.

Se estima que la hiperlactatemia sostenida mayor de 4 mmol/L por más de 24 horas en pacientes críticos puede asociarse con mortalidad intrahospitalaria, incluso, de 89%. En pacientes posoperados hemodinámicamente estables, la elevación por encima de 4 mmol/L por más de 48 horas se asocia con aumento en la tasa de complicaciones y mortalidad intrahospitalaria.¹²

Cuadro 3. Índices estáticos y dinámicos de la hiperlactatemia

Índices estáticos	Índices dinámicos
Lactato de admisión	Magnitud y duración de la hiperlactatemia (hiperlactatemia sostenida)
Lactato mínimo	Delta lactato
Lactato máximo	% Delta lactato
	Tasa de depuración de lactato

Depuración del lactato

La depuración del lactato también es un índice dinámico de la hiperlactatemia y es una manera sencilla de analizar el comportamiento del mismo; los valores positivos indican disminución neta del lactato en sangre y, por el contrario, los valores negativos indican incremento neto en su concentración. Su interpretación es útil para la identificación temprana de estrategias terapéuticas inadecuadas o fallidas, o de enfermedades graves en las que la producción de lactato sobrepasa por mucho a su tasa de depuración.

Ha sido tema de estudios prospectivos en los que se propone como meta de resucitación en pacientes críticos. En 2004, Nguyen¹¹ estudió la depuración del lactato en pacientes sépticos y observó depuración de 38% en pacientes supervivientes contra 12% en los que fallecieron; asimismo, concluyó una disminución de 11% en el riesgo de muerte por cada incremento de 10% en la depuración. Para la tasa de depuración de 10% a las seis horas del ingreso se ha establecido la máxima sensibilidad (45%) y especificidad (68%) para predecir la mortalidad intrahospitalaria de pacientes críticos.¹¹

Hiperlactatemia y cirugía cardíaca

Otra mención merece la relación que guarda la hiperlactatemia con la cirugía cardíaca a cielo abierto, en cuyo contexto existe mucha controversia. Es lógico pensar que a mayor magnitud de hiperlactatemia (estática y dinámica) existe incremento en el riesgo de muerte. Sin embargo, respecto a la cirugía cardíaca se ha propuesto que el mecanismo de la elevación del lactato tiene que ver con el uso de las máquinas de circulación extracorpórea y no como tal con hipoperfusión, insuficiencia orgánica o ambas; además de que la elevación del lactato se manifiesta de manera tardía después de la operación y no en el periodo transoperatorio o posoperatorio

inmediato, como se esperaría. Por todo esto, no está claro si existe asociación en este contexto e incluso se propone que es inexistente.¹⁴

CONCLUSIONES

La correcta interpretación de la elevación del lactato en los diferentes escenarios clínicos requiere el conocimiento e integración de todos los mecanismos fisiopatológicos implicados en ella, porque al ser multifactorial, supone un concepto complejo de analizar y, por tanto, es susceptible de ser malentendido, guiando al clínico a la toma de decisiones incorrectas, falsamente fundamentadas, o a la omisión de datos importantes que repercuten en el diagnóstico y el tratamiento.

Los índices estáticos y dinámicos de la hiperlactatemia deben utilizarse de manera rutinaria en la práctica, porque la integración de éstos al contexto del paciente permite predecir el riesgo de muerte asociada y así lograr intervenciones terapéuticas oportunas que repercutan en el pronóstico. Los tres índices más importantes son: lactato al ingreso, hiperlactatemia sostenida y la tasa de depuración; al considerarlos, surgen algunas preguntas por resolver, tema de futuras investigaciones, principalmente la asociación de los mismos con escalas de pronóstico de gravedad de pacientes críticos y con su posible definición como metas de resucitación, porque existe evidencia que respalda que la reducción en el lactato podría ser tan efectiva como alcanzar una presión arterial media mayor a 65 mmHg, o una saturación venosa central mayor a 70%, metas de resucitación estandarizadas para el tratamiento de pacientes críticos.

REFERENCIAS

1. Dueñas y col. Perfusión tisular en el paciente crítico. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. 2012;12:117-119.
2. Housman Khosravani, et al. Occurrence and adverse effects on outcome of hyperlactatemia in the critically ill. *Critical Care Medicine* 2009;13.

106
599



3. Gutiérrez G, Jeffrey D W. The riddle of hyperlactatemia. *Critical Care* 2009;13:176.
4. Whittier WL, Rutecki GW. Primer on clinical acid-base problem solving. *Dis Mon* 2004;50:122-162.
5. Protti Alessandro, et al. Oxygen consumption is depressed in patients with lactic acidosis due to biguanide intoxication. *Critical Care* 2010;14:R22.
6. Guelho D, et al. Relation between metformin treatment and the development of hyperlactacidemia at the emergency room. *Acta Med Port* 2014;27:196-203.
7. Kruse O. Blood lactate as a predictor for in-hospital mortality in patients admitted acutely to hospital: a systematic review. *Scandinavian J Trauma* 2011;19:74.
8. Mickelsen ME, et al. Serum lactate is associated with mortality in severe sepsis independent of organ failure and shock. *Critical Care Med* 2009.
9. Bakker J, Gris P, Coffernils M, et al. Serial blood lactate levels can predict the development of multiple organ failure following septic shock. *Am J Surg* 1996;171:221-226.
10. Nichol A, et al. Dynamic lactate indices as predictors of outcome in critically ill patients. *Critical Care* 2001;15:R242.
11. Nguyen HB. Early lactate clearance is associated with improved outcome in severe sepsis and septic shock. *Crit Care Med* 2004;32.
12. Nichol A, et al. Relative hyperlactatemia and hospital mortality in critically ill patients: a retrospective multicentre study. *Critical Care* 2010;14:R25.
13. Nguyen HB. Lactate in the critically ill patients: an outcome marker with the times. *Critical Care* 2011;15:1016.
14. O'Connor E, Fraser JF. Hyperlactatemia in critical illness and cardiac surgery. *Critical Care* 2010;14:421.

AVISO PARA LOS AUTORES

Medicina Interna de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.



[Página Principal](#) → [Enciclopedia médica](#) → Nivel alto de potasio

Dirección de esta página: [//medlineplus.gov/spanish/ency/article/001179.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001179.htm)

Nivel alto de potasio

Es un problema en el cual el nivel de potasio en la sangre es más alto de lo normal. El nombre médico de esta afección es hipercalemia.

Causas

El potasio es necesario para que las células funcionen apropiadamente. Usted obtiene potasio a través de los alimentos. Los riñones eliminan el exceso de potasio a través de la orina para mantener un equilibrio adecuado de este mineral en el cuerpo.

Si los riñones no están funcionando bien, es posible que no sean capaces de eliminar la cantidad adecuada de potasio. Como resultado de esto, el potasio se puede acumular en la sangre. Esta acumulación también puede deberse a:

- Enfermedad de Addison: enfermedad en la cual las glándulas suprarrenales no producen suficientes hormonas
- Quemaduras sobre grandes zonas del cuerpo
- Ciertos fármacos para reducir la presión arterial, en la mayoría de los casos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) y bloqueadores de los receptores de angiotensina
- Daño a las células musculares y otras células por ciertas drogas, consumo excesivo de alcohol, convulsiones sin tratamiento, cirugía, lesiones por aplastamiento y caídas, ciertos fármacos para quimioterapia o ciertas infecciones
- Trastornos que provocan ruptura de las células sanguíneas (anemia hemolítica)
- Sangrado intenso del estómago o los intestinos
- Tomar potasio adicional, como sustitutos o suplementos de la sal
- Tumores

Síntomas

Los niveles altos de potasio a menudo no presentan síntomas. Cuando estos sí se presentan, pueden incluir:

- Náuseas o vómitos
- Dificultad respiratoria

- Pulso lento, débil o irregular
- Dolor de tórax
- Palpitaciones
- Desmayo repentino, cuando las palpitaciones son muy lentas o incluso se detienen

Pruebas y exámenes

El proveedor de atención médica llevará a cabo un examen físico y hará preguntas acerca de los síntomas.

Los exámenes que se pueden ordenar incluyen:

- Electrocardiograma (ECG)
- Nivel de potasio

El proveedor probablemente verificará el nivel de potasio en la sangre y ordenará análisis de sangre de la función renal periódicamente si:

- Le han recetado potasio adicional
- Tiene enfermedad renal prolongada (crónica)
- Toma medicamentos para tratar la enfermedad cardíaca o la presión arterial alta
- Utiliza sustitutos de la sal

Tratamiento

Se necesita tratamiento de emergencia si el nivel de potasio está muy elevado o si se presentan signos peligrosos, como cambios en un ECG.

El tratamiento de emergencia puede incluir:

- Calcio administrado por vía intravenosa (IV) para tratar los efectos sobre los músculos y el corazón de los niveles altos de potasio
- Glucosa e insulina administrados por vía intravenosa (IV) para ayudar a bajar los niveles de potasio el tiempo suficiente para corregir la causa
- Diálisis renal si la actividad renal es deficiente
- Medicamentos que ayudan a eliminar el potasio de los intestinos antes de que se absorba
- Bicarbonato de sodio si el problema es causado por acidosis
- Algunas pastillas de agua (diuréticos)

Los cambios en la dieta pueden ayudar a prevenir y tratar los niveles altos de potasio. Se le puede pedir que:

- Reduzca o evite los espárragos, los aguacates, las patatas, los tomates o la salsa de tomate, el cidrayote, la calabaza y las espinacas cocidas

- Disminuya o evite las naranjas y el jugo de naranja, las nectarinas, los kiwis, las uvas pasas u otros frutos secos, los bananos (plátanos), el melón, el melón verde y las ciruelas
- Evite tomar sustitutos de la sal si se le pide consumir una dieta baja en sal

Su proveedor puede hacer los siguientes cambios en sus medicamentos:

- Reducir o suspender los suplementos de potasio
- Suspender o cambiar las dosis de los medicamentos que está tomando, como medicamentos para enfermedad cardíaca y presión arterial alta
- Tomar un determinado tipo de diuréticos para reducir los niveles de potasio y líquido si tiene insuficiencia renal crónica

Siga las instrucciones de su proveedor al tomar sus medicamentos:

- NO suspenda ni comience a tomar medicamentos sin hablar primero con su proveedor
- Tome los medicamentos a tiempo
- Coméntele a su proveedor acerca de cualquier otro medicamento, vitaminas o suplementos que esté tomando

Expectativas (pronóstico)

Si se conoce la causa, como demasiado potasio en la dieta, el pronóstico es bueno una vez que el problema es corregido. En los casos graves o en aquellos con factores de riesgo en curso, es muy probable que el potasio alto sea recurrente.

Posibles complicaciones

Las complicaciones pueden incluir:

- El corazón de repente deja de latir (paro cardíaco)
- Debilidad
- Insuficiencia renal

Cuándo contactar a un profesional médico

Llame a su proveedor de inmediato si está vomitando, tiene palpitaciones, debilidad o dificultad para respirar, o si está tomando un suplemento de potasio y tiene síntomas de niveles altos de potasio.

Nombres alternativos

Hiperpotasiemia; Potasio - alto; Potasio alto en la sangre

Referencias

Mount DB. Disorders of potassium balance. In: Skorecki K, Chertow GM, Marsden PA, Taal MW, Yu ASL, eds. *Brenner and Rector's The Kidney*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 18.

Seifter JL. Potassium disorders. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Goldman-Cecil Medicine*. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 117.

Ultima revisión 11/20/2017

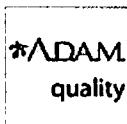
Versión en inglés revisada por: Laura J. Martin, MD, MPH, ABIM Board Certified in Internal Medicine and Hospice and Palliative Medicine, Atlanta, GA. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team.

Traducción y localización realizada por: DrTango, Inc.

¿Le ha ayudado esta página?

No me es de ayuda

De gran ayuda



A.D.A.M., Inc. está acreditada por la URAC, también conocido como American Accreditation HealthCare Commission (www.urac.org). La acreditación de la URAC es un comité auditor independiente para verificar que A.D.A.M. cumple los rigurosos estándares de calidad e integridad. A.D.A.M. es una de las primeras empresas en alcanzar esta tan importante distinción en servicios de salud en la red. Conozca más sobre la política editorial, el proceso editorial y la política de privacidad de A.D.A.M. A.D.A.M. es también uno de los miembros fundadores de la Junta Ética de Salud en Internet (Health Internet Ethics, o Hi-Ethics) y cumple con los principios de la Fundación de Salud en la Red (Health on the Net Foundation: www.hon.ch).

La información aquí contenida no debe utilizarse durante ninguna emergencia médica, ni para el diagnóstico o tratamiento de alguna condición médica. Debe consultarse a un médico con licencia para el diagnóstico y tratamiento de todas y cada una de las condiciones médicas. En caso de una emergencia médica, llame al 911. Los enlaces a otros sitios se proporcionan sólo con fines de información, no significa que se les apruebe. © 1997-2019 A.D.A.M., Inc. La duplicación para uso comercial debe ser autorizada por escrito por ADAM Health Solutions.

ADAM

U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894 U.S. Department of Health and Human Services

National Institutes of Health

Página actualizada 31 julio 2019



Síndrome metabólico

Descripción general

El síndrome metabólico es un grupo de trastornos que se presentan al mismo tiempo y aumentan el riesgo de enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular y diabetes tipo 2. Estos trastornos incluyen aumento de la presión arterial, niveles altos de azúcar en sangre, exceso de grasa corporal alrededor de la cintura y niveles anormales de colesterol o triglicéridos.

Tener solo uno de estos trastornos no significa que tienes síndrome metabólico. Pero sí significa que tienes un mayor riesgo de contraer una enfermedad grave. Y si desarrollas más de estos trastornos, tu riesgo de complicaciones, como la diabetes tipo 2 y las enfermedades cardíacas, aumenta aún más.

El síndrome metabólico es cada vez más frecuente, y hasta un tercio de los adultos estadounidenses lo tienen. Si tienes síndrome metabólico o cualquiera de sus componentes, los cambios radicales en el estilo de vida pueden demorar o incluso evitar la aparición de problemas de salud graves.

Síntomas

La mayoría de los trastornos asociados con el síndrome metabólico no tiene signos ni síntomas evidentes. Un signo que es visible es la circunferencia grande de la cintura. Si el azúcar en sangre es alto, podrías notar los signos y los síntomas de la diabetes, como aumento de la sed y la orina, cansancio y visión borrosa.

Cuándo debes consultar con un médico

Si sabes que presentas al menos un componente del síndrome metabólico, consulta al médico para ver si debes realizarte análisis para detectar otros componentes.

Causas

El síndrome metabólico se vincula estrechamente con el sobrepeso, la obesidad y la falta de actividad física.

También se vincula con una afección denominada resistencia a la insulina. En condiciones normales, el sistema digestivo descompone los alimentos que ingieres y los transforma en azúcar.

- La insulina es una hormona generada por el páncreas que ayuda al ingreso del azúcar a las células para utilizarla como combustible.

En las personas con resistencia a la insulina, las células no responden normalmente a la insulina y la glucosa no puede ingresar a las células con tanta facilidad. Como resultado, los niveles de glucemia aumentan incluso cuando tu cuerpo produce más insulina para intentar disminuir la glucemia.

Factores de riesgo

Los siguientes factores aumentan las posibilidades de tener síndrome metabólico:

- **La edad.** El riesgo de padecer síndrome metabólico aumenta con la edad.
- **Origen étnico.** En los Estados Unidos, los hispanos, en especial las mujeres hispanas, parecen tener el mayor riesgo de desarrollar síndrome metabólico.
- **Obesidad.** Tener sobrepeso, especialmente en el abdomen, aumenta el riesgo de síndrome metabólico.
- **Diabetes.** Es más probable que tengas síndrome metabólico si tuviste diabetes durante el embarazo (diabetes gestacional) o si tienes antecedentes familiares de diabetes tipo 2.
- **Otras enfermedades.** Tu riesgo de síndrome metabólico es más alto si alguna vez tuviste enfermedad del hígado graso no alcohólico, síndrome de ovario poliquístico o apnea del sueño.

Complicaciones

Tener síndrome metabólico puede aumentar el riesgo de desarrollar lo siguiente:

- **Diabetes tipo 2.** Si no realizas cambios en el estilo de vida para controlar tu exceso de peso, puedes desarrollar resistencia a la insulina, que puede causar un aumento en los niveles de azúcar en la sangre. Finalmente, la resistencia a la insulina puede provocar diabetes tipo 2.
- **Enfermedades del corazón y circulatorias.** El nivel de colesterol alto y la hipertensión arterial pueden contribuir a la acumulación de plaquetas en las arterias. Estas plaquetas estrechan y endurecen las arterias, lo que puede producir un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular.

Prevención

Un compromiso de por vida con un estilo de vida saludable puede prevenir las afecciones que causan el síndrome metabólico. Un estilo de vida saludable incluye lo siguiente:

- Hacer actividad física al menos 30 minutos la mayoría de los días
- Comer muchas verduras, frutas, proteínas magras y cereales integrales
- Limitar la sal y las grasas saturadas en tu dieta
- Mantener un peso saludable

- • No fumar

Escrito por el personal de Mayo Clinic

Cualquier uso de este sitio constituye su acuerdo con los términos y condiciones y política de privacidad para los que hay enlaces abajo.

[Términos y condiciones](#)

[Política de privacidad](#)

[Advertencia de prácticas en cuanto a privacidad](#)

Mayo Clinic es una organización sin fines de lucro, y el dinero recaudado con la publicidad en Internet apoya nuestra misión. Mayo Clinic no respalda ningún producto ni servicios de terceros que se anuncien.

[Política sobre publicidad y promoción](#)

[Oportunidades para publicidad y promoción](#)

Se puede reimprimir una sola copia de estos materiales para usar en forma personal y no comercial. "Mayo," "Mayo Clinic," "MayoClinic.org," "Mayo Clinic Healthy Living," y el triple escudo que es el logotipo de Mayo Clinic son marcas registradas de Mayo Foundation for Medical Education and Research.

© 1998-2019 Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). All rights reserved.



[Página Principal](#) → [Enciclopedia médica](#) → Nivel bajo de sodio

Dirección de esta página: //medlineplus.gov/spanish/ency/article/000394.htm

Nivel bajo de sodio

El nivel bajo de sodio es una afección en la cual la cantidad de sodio en la sangre es más baja de lo normal. El nombre médico de esta afección es hiponatremia.

Causas

El sodio se encuentra sobre todo en los líquidos corporales por fuera de las células. Es un electrolito (mineral). Este es muy importante para mantener la presión arterial. El sodio también se necesita para que los nervios, los músculos y otros tejidos corporales trabajen apropiadamente.

Cuando la cantidad de sodio en los líquidos por fuera de las células llega debajo de lo normal, el agua se traslada hacia estas para equilibrar los niveles. Esto provoca que las células se hinchen con demasiada agua. Las células del cerebro son especialmente sensibles a la hinchazón y esto provoca muchos de los síntomas de bajo nivel de sodio.

Cuando se tiene un nivel bajo de sodio (hiponatremia), este desequilibrio de líquidos con el sodio es causado por una de tres afecciones:

- Hiponatremia euvolémica: el agua corporal total se incrementa, pero el contenido de sodio del cuerpo permanece igual.
- Hiponatremia hipervolémica: el contenido tanto de agua como de sodio en el cuerpo aumentan, pero es mayor el aumento del agua.
- Hiponatremia hipovolémica: el cuerpo pierde tanto agua como sodio, pero la pérdida de sodio es mayor.

La hiponatremia puede ser causada por:

- Quemaduras que afectan una gran área del cuerpo
- Diarrea
- Diuréticos que incrementan el gasto urinario
- Insuficiencia cardíaca
- Enfermedades renales
- Cirrosis hepática

- Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIHAD)
- Sudoración
- Vómitos

Síntomas

Entre los síntomas comunes se encuentran:

- Confusión, irritabilidad, inquietud
- Convulsiones
- Fatiga
- Dolor de cabeza
- Inapetencia
- Debilidad muscular, espasmos o calambres
- Náuseas, vómitos

Pruebas y exámenes

El proveedor de atención médica llevará a cabo un examen físico completo y hará preguntas acerca de sus síntomas. Igualmente, se realizarán exámenes de sangre y orina.

Los siguientes exámenes de laboratorio pueden confirmar y ayudar a diagnosticar un nivel bajo de sodio incluyen:

- Grupo de pruebas metabólicas completas (incluye sodio en la sangre, el rango normal es de 135 a 145 mEq/L, o 135 a 145 nmol/L)
- Examen de osmolalidad de la sangre
- Osmolalidad de la orina
- Sodio en orina (los niveles normales son 20 mEq/L en una muestra aleatoria de orina y 40 a 220 mEq/L para una prueba de orina de 24 horas)

Tratamiento

Se debe diagnosticar y tratar la causa del nivel bajo de sodio. Si el cáncer es la causa de la afección, la radioterapia, la quimioterapia o la cirugía para extirpar el tumor pueden corregir el desequilibrio de sodio.

Otros tratamientos dependen del tipo específico de hiponatremia.

Los tratamientos pueden incluir:

- Líquidos por vía intravenosa (IV)
- Medicamentos para aliviar los síntomas

- Limitar la ingesta de agua

Expectativas (pronóstico)

El desenlace clínico depende de la afección que esté causando el problema. Un nivel bajo de sodio que ocurre en menos de 48 horas (hiponatremia aguda), es más peligrosa que el nivel bajo de sodio que se desarrolla lentamente con el tiempo. Cuando los niveles de sodio disminuyen lentamente durante un período de días o semanas (hiponatremia crónica), las células del cerebro tienen tiempo de adaptarse y la hinchazón es mínima.

Posibles complicaciones

En casos graves, el nivel bajo de sodio puede llevar a:

- Disminución de la conciencia, alucinaciones o coma
- Hernia cerebral
- Muerte

Cuándo contactar a un profesional médico

Cuando el nivel de sodio en el cuerpo es demasiado bajo, puede ser una emergencia potencialmente mortal. Llame a su proveedor si tiene síntomas de esta afección.

Prevención

Tratar la afección que está causando el nivel bajo de sodio puede ayudar.

Si usted practica cualquier deporte u otra actividad vigorosa, tome líquidos como bebidas para deportista que contengan electrolitos para mantener el nivel de sodio en el cuerpo en un rango saludable.

Nombres alternativos

Hiponatremia; Hiponatremia por dilución; Hiponatremia euvolémica; Hiponatremia hipervolémica; Hiponatremia hipovolémica

Referencias

Dineen R, Hannon MJ, Thompson CJ. Hyponatremia and hypernatremia. In: Jameson JL, De Groot LJ, de Kretser DM, et al, eds. *Endocrinology: Adult and Pediatric*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 112.

Little M. Metabolic emergencies. In: Cameron P, Jelinek G, Kelly A-M, Brown A, Little M, eds. *Textbook of Adult Emergency Medicine*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2015:section 12.

Ultima revisión 5/21/2017

610

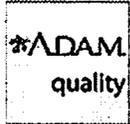
Versión en inglés revisada por: Laura J. Martin, MD, MPH, ABIM Board Certified in Internal Medicine and Hospice and Palliative Medicine, Atlanta, GA. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team.

Traducción y localización realizada por: DrTango, Inc.

¿Le ha ayudado esta página?

No me es de ayuda

De gran ayuda



A.D.A.M., Inc. está acreditada por la URAC, también conocido como American Accreditation HealthCare Commission (www.urac.org). La acreditación de la URAC es un comité auditor independiente para verificar que A.D.A.M. cumple los rigurosos estándares de calidad e integridad. A.D.A.M. es una de las primeras empresas en alcanzar esta tan importante distinción en servicios de salud en la red. Conozca más sobre la política editorial, el proceso editorial y la política de privacidad de A.D.A.M. A.D.A.M. es también uno de los miembros fundadores de la Junta Ética de Salud en Internet (Health Internet Ethics, o HI-Ethics) y cumple con los principios de la Fundación de Salud en la Red (Health on the Net Foundation: www.hon.ch).

La información aquí contenida no debe utilizarse durante ninguna emergencia médica, ni para el diagnóstico o tratamiento de alguna condición médica. Debe consultarse a un médico con licencia para el diagnóstico y tratamiento de todas y cada una de las condiciones médicas. En caso de una emergencia médica, llame al 911. Los enlaces a otros sitios se proporcionan sólo con fines de información, no significa que se les apruebe. © 1997-2019 A.D.A.M., Inc. La duplicación para uso comercial debe ser autorizada por escrito por ADAM Health Solutions.



U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894 U.S. Department of Health and Human Services
National Institutes of Health
Página actualizada 31 julio 2019

Trastornos Hidroelectrolíticos

Son alteraciones del contenido de agua o electrolitos en el cuerpo humano, cuando la cantidad de estas sustancias baja o aumenta.

Tiene causas diversas, una de las más importantes son las enfermedades diarreicas que junto a otros factores, como altas temperaturas, alimentos mal lavados o poca hidratación, provocan un desequilibrio en el buen funcionamiento del cuerpo; siendo los Adultos Mayores y los niños los grupos más afectados.

Síntomas

Si sospechas que padeces de trastornos hidroelectrolíticos, toma nota de la cantidad de veces que vas al baño, la cantidad de orina y si aparecen calambres abdominales y musculares.

Entre los síntomas se encuentran:

- Náuseas
- Debilidad
- Dolores musculares
- Deshidratación
- Hinchazón
- Respiración lenta
- Sed excesiva
- Sequedad en la boca
- Orina de color oscuro

Diagnóstico

Acude con tu médico para que realice el diagnóstico de desequilibrios electrolíticos. Él podrá solicitar que te realicen un análisis de orina o sangre, para valorar los niveles de potasio, sodio y calcio en tu cuerpo.

Recomendaciones

Si te diagnosticaron con trastorno hidroelectrolítico:

- Continúa con tu alimentación habitual
- No suspendas los alimentos sólidos
- Toma abundantes líquidos (agua hervida, caldos caseros)
- Procura consumir alimentos en pequeñas porciones (6 veces al día)
- Usa azúcar en lugar de edulcorantes dietéticos
- No suspendas la leche, ni la diluyas

Evita:

- Consumir verduras crudas (los primeros días)
- Alimentos que no estén bien cocidos
- Bebidas gaseosas
- Jugos envasados
- Alimentos preparados o conservados fuera de casa

Riesgos

Los trastornos del agua y electrolitos pueden llevar a problemas del corazón, alteraciones neurológicas, mal funcionamiento de todo el organismo e incluso la muerte.



AMC INGENIERIA ARQUITECTURA CONSULTORIA S.A.S.

NIT. No. 901.205.9017
Carrera 71 No. 86-51. Tel. (5) 3396736 CEL. 3012746782
Email: angelmartinaceballos@gmail.com

Barranquilla, Julio 8 del 2019.

SEÑORES
CLINICA GENERAL DE CIENAGA
Ciénaga (Magdalena)

ASUNTO: COTIZACION A TODO COSTO PROYECTO CONSTRUCCION
FARMACIA SEDE MAGISTERIO - SANTA MARTA (Magdalena)

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito presentar para su estudio y aprobación el Presupuesto detallado **A TODO COSTO** para el Proyecto **REUBICACION FARMACIA SEDE MAGISTERIO - SANTA MARTA (Magdalena)**

VALOR TOTAL PROPUESTA:

TOTAL COSTO DIRECTO	\$	71.115.080,00
ADMINISTRACION 7 %	\$	4.978.056,30
IMPREVISTOS 3%	\$	2.133.452,70
UTILIDAD 5%	\$	3.595.764,60
IVA SOBRE UTILIDAD (10%)	\$	675.593,36
VALOR TOTAL PRESUPUESTO	\$	82.457.946,86

SON: Ochenta y dos Millones Cuatrocientos Cincuenta y State Mil Novecientos Cuarenta y Seis Pesos m/cto.

FORMA DE PAGO:

- 1) PRIMER ANTICIPO 50%
- 2) SEGUNDO ANTICIPO AVANCES DEL 30%
- 3) TERCER PAGO DEL 20% CONTRA ENTREGA Y RECIBO A SATISFACCION



AMC INGENIERIA ARQUITECTURA CONSULTORIA S.A.S

NIT. No. 901.965.901-7
Carrera 71 No. 86-81 Tel. (B) 3396736 - CEL. 3012748782
Email: angelmartinezceballos@gmail.com

VALIDEZ DE LA OFERTA: 30 DIAS

OBSERVACIONES: LAS OBRAS ADICIONALES QUE SE PRESENTEN DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO DEBERAN SER AUTORIZADAS Y EVALUADAS POR EL CONTRATANTE.

NOTA: ESTE PRESUPUESTO NO INCLUYE: EQUIPOS DE AIRES ACONDICIONADOS, REDES DE VOZ Y DATO, CONTRA INCENDIO Y DOTACION.

TIEMPO DE ENTREGA:

El tiempo de Ejecución Previsto para la Ejecución del proyecto es de 90 días a partir del Momento en que se Reciba el Anticipo.

- **SE ANEXA PRESUPUESTO DETALLADO POR ITEMS**

Cordialmente,

**Am. ANGEL MARTINEZ CEBALLOS
GERENTE**

AMC INGENIERIA ARQUITECTURA CONSULTORIAS S.A.S



AMC INGENIERIA ARQUITECTURA CONSULTORIA S.A.S.
 Calle 71 No. 25-57 Tel: (5) 3229734 - Cel: 301276745
 Email: amc@amc-ingenieria.com

PROYECTO: CONSTRUCCION FARMACIA SUBMAGISTRIO SANTA MARTA
PREPUESTO GENERAL A TODO COSTO

FECHA: JUNIO 7 DEL 2018

ITEM	DESCRIPCION	UNID	CANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	PRELIMINARES				\$ 697.000,00
1.1	DISEÑO DE VEREDA	M2	1,00	20.000,00	20.000,00
1.2	CONDUCCION DE FIBRAS OPTICAS DE 100 METROS (100x100) DE 40x40	M2	10,00	22.000,00	220.000,00
1.3	CONDUCCION DE FIBRAS OPTICAS DE 100 METROS (100x100) DE 40x40	M2	20,00	112.000,00	224.000,00
1.4	TRAZADO Y HERAMIENTO	M2	10,00	1.000,00	10.000,00
2	EXCAVACIONES Y RELLENOS				2.054.000,00
2.1	EXCAVACION EN MASAS DE CONCRETO (40x40)	M3	31,00	6.855,00	213.555,00
2.2	EXCAVACIONES DE ZAPATAS	M3	11,50	15.000,00	172.500,00
2.3	RELLENOS Y COMPACTACION DE MATERIAL SUJECIONADO	M3	10,00	40.000,00	400.000,00
3	ESTRUCTURA				15.641.349,00
3.1	MEDICION Y PUNTO DE CONCRETO (100 PSI) DE 3.000 PSI (100x100x40) PARA MURDOS DE 100x100x40	M3	21,00	16.000,00	336.000,00
3.2	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,74	28.000,00	328.520,00
3.3	ZAPATAS DE CONCRETO (100x100x40) DE 3.000 PSI	M3	2,00	100.000,00	200.000,00
3.4	RECONCRETO DE CONCRETO DE 3.000 PSI	M3	1,50	500.000,00	750.000,00
3.5	DALLAS DE CONCRETO (100x100x40) DE 7.000 PSI (100x100x40) DE 10x10x40	M3	2,00	111.000,00	222.000,00
3.6	PRE-ALCANTARILLO DE CONCRETO (100x100x40) DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 10x10x40	M3	2,00	1.340.000,00	2.680.000,00
3.7	OSA METALICA DE 3"X4"X5" CM Y ANCHURA COMPLETA 3.000 PSI (100x100x40) DE 10x10x40	M3	0,00	145.000,00	0,00
3.8	LOTA DE ENLACE EN MORTARO DE CONCRETO UNIZANTE	M2	65,00	22.000,00	1.430.000,00
3.9	MEDICION Y PUNTO DE IMPERMEABILIZACION	M2	30,00	1.000,00	30.000,00
3.10	MAMPUESTA (PARETES Y PLANTILLAS)	M3	40,00	45.000,00	1.800.000,00
3.11	CONCRETO EN MORTARO DE 100x100x40	M3	40,00	1.000.000,00	40.000.000,00
3.12	LOTA DE ENLACE EN MORTARO DE 100x100x40	M2	110,00	20.000,00	2.200.000,00
3.13	PARTE DE MURDOS DE CONCRETO 100x100x40	M3	110,00	10.000,00	1.100.000,00
3.14	ALICATADO	M2	10,00	107.500,00	1.075.000,00
3.15	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	20.000,00	220.000,00
3.16	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.17	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.18	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.19	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.20	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.21	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.22	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.23	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.24	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.25	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.26	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.27	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.28	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.29	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.30	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.31	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.32	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.33	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.34	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.35	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.36	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.37	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.38	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.39	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.40	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.41	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.42	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.43	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.44	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.45	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.46	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.47	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.48	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.49	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00
3.50	CONCRETO DE 3.000 PSI (100x100x40) DE 20x20x40	M3	11,00	16.000,00	176.000,00

174
637



AMC INGENIERIA ARQUITECTURA CONSULTORIA S.A.S
 NIT: No. 90013415017
 Carrera 71 No. 84-91 Tel: (5) 3396726 CEL: 3012745783
 Email: amc@amcarchitect.com

PROYECTO: CONSTRUCCION FARMACIA SEDE MAGISTERIO SANTA MARTA
PRESUUESTO GENERAL A TODO COSTO

FECHA: JULIO DE 2011

CANT.	DESCRIPCION	UNID.	CANT.	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
02	DIVISIONES DE PERIFERIA DE 1 1/2" x 1 1/2" DE ALUMINO COLOR BLANCO A 200 ASISTIDO A 20 MIL. Incluye Vano Transaparente de 20mm. Incluye 2 (dos) Sillones Artisticos, Reclinables, Pleg. Tomador y Domo Accesorios.	UN	3.00	280.000,00	840.000,00
	VENTANAS DE PERIFERIA DE ALUMINO 30/30 COLOR BLANCO DE 1,20 X 1,00 Incluye Vano Transaparente de 20mm. Incluye 2 (dos) Sillones Artisticos, Reclinables, Pleg. Tomador y Domo Accesorios.	UN	1.00	300.000,00	300.000,00
	SUMINISTRO E INSTALACION DE PROTECTOR EN ALUMINO COLOR BLANCO DE 1 1/2" DE 1,20 X 2,00 (Quemador)	UN	1.00	180.000,00	180.000,00
	SUMINISTRO E INSTALACION DE PROTECTOR EN ALUMINO COLOR BLANCO DE 1 1/2" DE 1,00 X 2,00 (Fuera de Area de Farmacia)	UN	1.00	150.000,00	150.000,00
10	LIMPIEZA				550.000,00
01	LIVREZA Y NAL.	GR	1.00	850.000,00	850.000,00
	TOTAL COSTO DIRECTO				2.770.000,00
	ADMINISTRACION 7%				191.900,00
	IMPREVISTOS 3%				83.100,00
	UTILIDAD 5%				138.500,00
	IVA SOBRE UTILIDAD (11%)				152.375,00
	VALOR TOTAL PRESUPUESTO				3.235.875,00

TIEMPO DE EJECUCION: NOVENTA (90) DIAS
 FORMA DE PAGO: 40% ANTECO
 CON AVANCE DE OBRAS Y 60% SALDO CONTRA ENTREGA

NOTA: ESTE PRESUPUESTO NO INCLUYE EQUIPOS DE AINES ACORDEONADOR, REDONDO DE MOZ Y DATO, CONTRALIBRO Y RETENCION.

(Handwritten signature)

AMC INGENIERIA ARQUITECTURA CONSULTORIA S.A.S

HOJA # 1 de 47 Hojas

ADMISIONES Y ESTADISTICA	CLINICA LA MILAGROSA	Página: 1 de 1
cing 11.0.152	NIT: 800067515-1	Fecha: 2017/06/11
SERVINTE S.A.	4382101 SANTA MARTA	Hora : 08:26:13

HOJA DE INSCRIPCIÓN - INGRESO

DATOS PERSONALES		RIPS: 58735	CONSECUTIVO: 236966 - 1
Apellidos BOLAÑO FLOREZ		Nombre HIJO DE DIANA PATRICIA	Fecha de Nacimiento 2017/06/10
			Edad 1 Días
Sexo Masculino	Historia MS 140814374	Estado Civil SIN INFORMACION O NO API	Hos/Amb/Cons Hospitalizado
Servicio URGENCIAS		Remitido por	
Ocupación del Paciente		Entidad	Teléfono
Nombre de los Padres DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ		Nombre completo del Conyuge	
Dirección Actual del Paciente MZ 25 CASA 18 EL CISNE		Teléfono 3165170094	Zona Urbana / Rural Urbana
Municipio: SANTA MARTA		Departamento: MAGDALENA	
En caso urgente avisar a: DIANA BOLAÑO		Parentesco PADRE(S)	
Dirección: MZ 25 CASA 18 EL CISNE		Teléfono: 3165170034	

INGRESO			
Empresa / Particular Empresa	Nombre del Responsable SALUD TOTAL E P S	NIT o Cédula 0047	Tarifa ST
Dirección del Responsable CRA 18 No. 109-15		Teléfono Responsable 3698500	Poliza Nro. 140814374
Fecha de Ingreso 2017/06/11	Hora 08:21:56	Tipo de Servicio URGENCIAS	Médico Tratante CALDERON VARGAS ANGELA PATRICIA
EGRESO			
Fecha de Egreso	Hora	Causa de Egreso Alta [] Voluntario [] Traslado [] Fuga []	
Muerte Menos de 48 horas [] Más de 48 horas []			Días de Hospitalización

Firma del Paciente
Admitido por

Fecha :2017/06/11 Hora: 08:26:13 Usuario:yengarco Terminal:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: MS 140814374	
Paciente: HIJO DE DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 10/06/2017	
Edad y género: 12 Días, Masculino	
Identificador único: 236966-1	Responsable: SALUD TOTAL EPS-S S.A. SUBSIDIADO

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 11/06/2017 10:16 - Sede: CLINICA LA MILAGROSA - Ubicación: URGENCIAS MILAGROSA - Servicio: URGENCIAS

Nota de ingreso de neonato - Tratante - PEDIATRIA

NOTA DE INGRESO DE NEONATO

Indicador de rol: Tratante

Motivo de Consulta: vomito- pretermino

Enfermedad Actual: RN de sexo masculino producto de segundo embarazo de 33,4 sdg por eco temprana y 35 sem por fum, ballar 35 sem . hijo de madre de 25 años, parto por cesárea por sufrimiento fetal agudo, gs 0+, vdrl nr, perfil infeccioso negativo no procesos infecciosos durante el embarazo . nace vigoroso sin dificultad respiratoria sin deficit neurologico quien en la noche presenta emesis posprandial contenido alimentario, ausencia de deposiciones, glicemia en 48 mg.

Análisis de resultados: PERFIL INFECCIOSO VIH TOXOPLASMA HB NEGATIVO. MADRE O+

Signos Vitales:

Presión arterial (mmHg): 57/30, **Presión arterial media (mmhg):** 39 **Peso al ingreso del Recién Nacido (g):** 2300 **Frecuencia cardiaca (Lat/min):** 130 **Saturación de oxígeno (%):** 100 **Frecuencia respiratoria (Respi/min):** 42 **Temperatura (°C):** 36.7 **Peso (g):** 2300 **Talla al ingreso del Recién Nacido (cm):** 45.5 **Talla (cm):** 45 **Perímetro torácico (cm):** 29 **Perímetro cefálico (cm):** 31 **Perímetro torácico Recién Nacido (cm):** 29

Revisión Física

Revisión Física:

Piel: fina sin descamacion

Cabeza: normocefalo pc fontanela normotensa

Ojos: Normal

Orejas: Normal

Nariz: Normal

Boca: paladar integro

Cuello: Normal

Claviculas: Normal

Respiratorio: tolera oxigeno ambiente sin signos de dificultad respiratoria sin agregados pulmonares

Circulatorio: ruidos cardiacos sin soplo ritmicos

Abdomen: onfalo con tres vasos abdomen leve mente distendido sin megalias ca 30 cm

Sistema Genitourinario: masculino normoconfigurados testiculos en bolsas escrotales

Nervioso: activo reactivo a estímulos con reflejos primitivos presentes

Locomotor: Normal

Diagnóstico:

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 13/08/2019 09:38:28

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: MS 140814374	
Paciente: HIJO DE DIANA PATRICIA BOLANO FLOREZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 10/06/2017	
Edad y género: 12 Días, Masculino	
Identificador único: 236966-1	Responsable: SALUD TOTAL EPS-S S.A. SUBSIDIADO

NOTAS MÉDICAS

Diagnósticos activos después de la nota: P073 - RN PRE TERMINO , P920 - VOMITOS DEL RECIEN NACIDO (En Estudio).

Plan de Manejo:

Plan de Manejo: RN de sexo masculino producto de segundo embarazo de 33,4 sdg por eco temprana y 35 sem por fúm, ballar 35 sem . hijo de madre de 25 años, parto por cesárea por sufrimiento fetal agudo, gs 0+, vdrl nr, perfil infeccioso negativo no procesos infecciosos durante el embarazo , nace vigoroso sin dificultad respiratoria sin deficit neurologico quien en la noche presenta emesis posprandial contenido alimentario, ausencia de deposiciones, glicemia en 48 mg posterior a vomito previamente con glucometrias estables en a actualidad leve distencion abdominal.. neonato prtetermino tolerancia ala via oral con riesgos asociados s u prematurez por lo cial se decide su ingreso a la unidad.

CRITERIO INGRESO A INTERMEDIO:INTOLERANCIA O SUSPENSIÓN DE LA VÍA ORAL CON REQUIRIMIENTO DE LIQUIDOS ENDOVENOSOS DIFERENTES A EXPANSORES DE VOLUMEN

PLAN :
 NADA VIA ORAL
 SONDA A LIBRE DRENAJE
 LEV DAD 10% PASAR A 6.7 CC HORA
 HEMOGRAMA PCR
 RX ABDOMEN
 GLUCOMETRIA CADA 8 H
 MONITOREO INTERMEDIO

Firmado por: LINA MARCELA TORRES MELENDEZ, PEDIATRIA, Registro 2547, CC 36386311

ÓRDENES MÉDICAS

Interna/hospitalización - MEZCLAS
 11/06/2017 11:16
 DEXTROSA EN AGUA DESTILADA AL 10%

DAD 10% CORRER A 6.7 CC HORA 24 Horas, Bomba Infusión: SI
 NADA VIA ORAL
 Estado: TERMINADO

Interna/hospitalización - LABORATORIO CLINICO
 11/06/2017 11:17
 HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS
 PRETERMINO
 PRETERMINO
 Estado: TERMINADO

Interna/hospitalización - LABORATORIO CLINICO
 11/06/2017 11:18
 PROTEINA C REACTIVA- CUANTITATIVA NEFELOMETRIA
 Estado: TERMINADO

Interna/hospitalización - IMAGENOLOGIA
 11/06/2017 11:19
 872002 - RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 13/08/2019 09:38:28

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: MS 140814374	
Paciente: HIJO DE DIANA PATRICIA BOLAÑO FLOREZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 10/06/2017	
Edad y género: 12 Días, Masculino	
Identificador único: 236966-1	Responsable: SALUD TOTAL EPS-S S.A. SUBSIDIADO

NOTAS MÉDICAS

ÓRDENES MÉDICAS

PRETERMINO
 PRETERMINPO CON VOMITO
 Estado: TERMINADO

Interna/hospitalización - IMAGENOLOGIA
 11/06/2017 11:19
 I21601 - RX PORTATIL SIMPLE
 PRETERMINO
 Estado: TERMINADO

Fecha: 11/06/2017 16:56 - Sede: CLINICA LA MILAGROSA - Ubicación: UCI NEONATAL - Servicio: U C I NEONATAL -
 Habitación/Cama: UN6

Evolución neonato - Ronda - PEDIATRIA

Paciente de 1 Día, Género Masculino, 0 día(s) en hospitalización, 0 día(s) en cuidado crítico

Diagnósticos activos antes de la nota: RN PRE TERMINO, VOMITOS DEL RECIEN NACIDO (En Estudio)

EVOLUCIÓN NEONATO

Indicador de rol: Ronda

Subjetivo, Objetivo, Análisis: 2 DIA DE VIDA 1 DIA DE HOSPITALIZACION

DIAGNOSTICOS

- 1-RECIEN NACIDO PRETERMINO BAJO PESO
- 2-RIEGO INHERENTES A PREMATUREZ
- 3-VOMITOS DEL RECIEN NACIDO

TRA TAMIENTO NADA VIA ORAL. SONDA A LIBRE DRENAJE, LEV DAD 10% PASAR A 6.7 CC HORA

OBJETIVO INGRESO = 40.2 CC(17.4 CC/K/H) EGRESO =15CC CC BH=25.2 CC DIU 1CC CC/K/H EVACIACION
 =1 GLUCOMETRIA 66

Análisis de Resultados: HEMOGRAMA NORMAL PCR 0.3 NEGATIVA (11/07/17)

Signos Vitales

Presión arterial (mmHg): 57/30, Presión arterial media(mmhg): 39 Frecuencia cardiaca(Lat/min): 142 Frecuencia
 respiratoria(Respi/min): 32 Temperatura(°C): 36.7 Saturación de oxígeno(%): 100 Fracción inspirada de oxígeno(%): 21 Peso
 al ingreso del Recién Nacido(g): 2300 Peso(g): 2300 Talla al ingreso del Recién Nacido(cm): 45.5 Perímetro cefálico Recién
 Nacido(cm): 31 Perímetro torácico Recién Nacido(cm): 29 Edad gestacional corregida(Semanas): 35 Edad gestacional al
 nacer(Días): 245

Examen Físico

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 13/08/2019 09:38:28

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: MS 140814374	
Paciente: HIJO DE DIANA PATRICIA BOLANO FLOREZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 10/06/2017	
Edad y género: 12 Días, Masculino	
Identificador único: 236966-1	Responsable: SALUD TOTAL EPS-S S.A. SUBSIDIADO

NOTAS MÉDICAS

Examen Físico:

REGIONES DEL CUERPO HUMANO

ASPECTOS GENERALES : AFEBRIL

CABEZA Y CUELLO : NORMOCEFALO, SONDA OROGASTRICA A DRENAJE ESCASO

TORAX : SIN SOGROS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA RUIDOS CARDIACOS SIN SOPLO RITMICOS, LLENADO

CAPILAR 2 SEG

ABDOMEN : DISMINUCION DE LA DISTENCION NO MECONIO.

GENITOURINARIO : ANO PERMEABLE

PEL Y FANERAS : Normal

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL : Normal

Diagnostico

Diagnósticos activos después de la nota: P073 - RN PRE TERMINO , P920 - VOMITOS DEL RECIEN NACIDO (En Estudio).

Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: INTERMEDIO: NECESIDAD DE LIQUIDOS ENDOVENOSOS DIFERENTES S SOLUCIONES EXPNSORAS

Análisis Clínico: RN pretermino de 35 sem por ballar quien ingresa por emesis posprandial, distencion abdominal leve emesis . ausencia de deposiciones sin antecedentes infecciosos . glicemia en 48 mg posterior a vomito previamente con glucometrias estables en a actualidad mejora la distencion a traves de sonda se evidencia escasa salida de liquido claro realiza una deposicion (meconio) glucometria estable. tolera oxigeno ambiente sin signos de dificultad respiratoria hemodinamicamente estable se mantiene igual manejo pendiente reporte de rx abdomen

Plan de manejo: NADA VIA ORAL

SONDA A LIBRE DRENAJE

LEV DAD 10% PASAR A 6.7 CC HORA (4.8 MG/K7MIN)

RESULTADO RX ABDOMEN

GLUCOMETRIA CADA 8 H

MONITOREO INTERMEDIO

Firmado por: LINA MARCELA TORRES MELENDEZ. PEDIATRIA. Registro 2547, CC 36386311

Fecha: 12/06/2017 12:20 - Sede: CLINICA LA MILAGROSA - Ubicacion: UCI NEONATAL - Servicio: UCI NEONATAL - Habitación/Cama: UN6

Evolución neonato - Ronda - NEONATOLOGIA

Paciente de 2 Días Género Masculino. 1 día(s) en hospitalización 1 día(s) en cuidado crítico

Diagnosticos activos antes de la nota: RN PRE TERMINO VOMITOS DEL RECIEN NACIDO (En Estudio).

EVOLUCIÓN NEONATO

Indicador de rol: Ronda

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 13/08/2019 09:38 28

IDENTIFICACION DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: MS 140814374	
Paciente: HIJO DE DIANA PATRICIA BOLANO FLOREZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 10/06/2017	
Edad y género: 12 Días, Masculino	
Identificador único: 236966-1	Responsable: SALUD TOTAL EPS-S S.A. SUBSIDIADO

NOTAS MÉDICAS

Subjetivo, Objetivo, Análisis: EDAD 3 DIA DE VIDA 2 DIA DE HOSPITALIZACION

DIAGNOSTICOS

- 1-RECIEN NACIDO PRETERMINO BAJO PESO
- 2-RIEGO INHERENTES A PREMATUREZ
- 3-VOMITOS DEL RECIEN NACIDO

TRATAMIENTO: NADA VIA ORAL, SONDA A LIBRE DRENAJE, LEV DAD 10% PASAR A 6.7 CC HORA

OBJETIVO INGRESO = 147.4 CC(64 CC/K/H) EGRESO =142CC CC BH= +5.4 CC GU 2.8CC CC/K/H EVACIACION = 2 GLUCOMETRIA 53MG/DL TALLA 47CM PC 31CM PABD 30CM PT 29CM

Análisis de Resultados: HEMOGRAMA NORMAL PCR 0.3 NEGATIVA (11/07/17)

Signos Vitales

Presión arterial (mmHg): 51/35. Presión arterial media(mmhg): 40 Frecuencia cardiaca(Lat/min): 123 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 40 Temperatura(°C): 36.5 Saturación de oxígeno(%): 97 Peso al ingreso del Recién Nacido(g): 2300 Peso(g): 2300 Talla al ingreso del Recién Nacido(cm): 45.5 Perimetro cefálico Recién Nacido(cm): 31 Perimetro torácico Recién Nacido(cm): 29 Edad gestacional corregida(Semanas): 35 Edad gestacional al nacer(Días): 245

Examen Físico

Examen Físico:

REGIONES DEL CUERPO HUMANO

ASPECTOS GENERALES : EN REGULARES CONDICIONES , AFEBRIL , HIDRATADO , EUPNEICO

CABEZA Y CUELLO : NORMOCEFALA, APERTURA OCULAR ESPONTANEA PUPILAS ISOCORICAS

NORMOREACTIVAS A LA LUZ, PALADAR COMPLETO, MUCOSA ORAL HUMEDA, PABELLONES AURICULARES

NORMOIMPLANTADOS E INCURVADOS.CUELLO NORMAL - CLAVICULAS INTEGRAS.

TORAX : SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, MURMULLO VESICULAR AUDIBLE SIN SOBREGREGADOS

CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, BIEN TIMBRADOS, PRECORDIO

NORMODINAMICO, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES, RELLENO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS.

ABDOMEN : DISTENDIDO IMPRESIONA ALGO DOLOROS PERISTALSIS + SOG CON DRENAJE BILIOSO ESCASO

EXTREMIDADES SUPERIORES : Normal

GENITOURINARIO : Normal

EXTREMIDADES INFERIORES : Normal

PIEL Y FANERAS : Normal

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL : Normal

Diagnostico

Diagnósticos activos después de la nota: P073 - RN PRE TERMINO , P920 - VOMITOS DEL RECIEN NACIDO (En