

CONTESTACIÓN DE DEMANDA PROCESO RAD.11001310300520220048000

Demandantes: DIANA MARÍA GALÁN CAMARGO y otros Demandados: IPS CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM, CLÍNICA PARTENÓN y otros.

Rodrigo Martinez <rodrigomartinez@mvuabogados.com>

Lun 16/01/2023 4:21 PM

Para: Juzgado 05 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C.

<ccto05bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>;luisfernel@yahoo.com <luisfernel@yahoo.com>;Karla Vanessa Velasquez Orjuela <notificaciones@famisanar.com.co>;direcciongeneral@clinicapartenon.com <direcciongeneral@clinicapartenon.com>

Señor

JUEZ QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C

E.S.D

Referencia: CONTESTACIÓN DE DEMANDA PROCESO RAD.**11001310300520220048000**

Demandantes: DIANA MARÍA GALÁN CAMARGO y otros Demandados: IPS CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM, CLÍNICA PARTENÓN y otros.

RODRIGO MARTÍNEZ GÓMEZ identificado con cédula de ciudadanía No. 79.791.554 de Bogotá D.C y Tarjeta Profesional No. 123.276 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado especial de la entidad **IPS CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM** persona jurídica identificada con NIT 860.013.570-3 y parte demandada dentro del proceso debidamente identificado en la referencia conforme el poder debidamente otorgado el cual anexo, por medio de la presente y encontrándome dentro del término de traslado conferido por la ley, me permito presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA**

Remitiendo copia a las demás partes procesales conforme lo establecido por la ley 2213 de 2022.

--

RODRIGO MARTÍNEZ GÓMEZ

C.C. 79'791.554 de Bogotá

T.P. 123.276 C.S.J.

tel: 3112870448 email: rodrigomartinez@mvuabogados.com

Carrera 7 No 74 B -56 Oficina 604 Bogotá D.C.

Bogotá D.C, 16 de enero de 2023

Señor
JUEZ QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C
E.S.D

Referencia: CONTESTACIÓN DE DEMANDA PROCESO
RAD.11001310300520220048000

Demandantes: DIANA MARÍA GALÁN CAMARGO y
otros

Demandados: IPS CAJA DE COMPENSACIÓN
FAMILIAR CAFAM, CLÍNICA PARTENÓN y otros.

Señor Juez,

RODRIGO MARTÍNEZ GÓMEZ identificado con cédula de ciudadanía No. **79.791.554** de Bogotá D.C y Tarjeta Profesional No. **123.276** del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado especial de la entidad **IPS CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM** persona jurídica identificada con NIT **860.013.570-3** y parte demandada dentro del proceso debidamente identificado en la referencia conforme el poder debidamente otorgado el cual anexo, por medio de la presente y encontrándome dentro del término de traslado conferido por la ley, me permito presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** conforme los fundamentos fácticos y jurídicos que expondré a lo largo del presente escrito.

I. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Desde ya le manifiesto a su señoría que **ME Opongo** a la prosperidad de las pretensiones declarativas y de condena solicitadas por la parte actora por carecer de sustento fáctico y jurídico que respalden las mismas, de conformidad con las excepciones de mérito que más adelante se formularán y demostrarán.

II. FRENTE A LOS HECHOS

1. ES CIERTO.
2. ES CIERTO. Según la información consignada en la historia clínica de la paciente.
3. PARCIALMENTE CIERTO. El presente acápite tiene diferentes supuestos por los cuales resulta pertinente pronunciarse frente a cada uno de manera independiente.

3.1 ES CIERTO. Que la señora GALÁN CAMARGO ingresó por el área de urgencia al centro de atención CAS SUBA el 4 de enero de 2014 en horas de la madrugada. Así como el diagnóstico otorgado y la aplicación de medicamentos.

3.2 **NO ES UN HECHO.** La afirmación realizada por el apoderado de la parte actora en relación con habersele “*enmascarado el cuadro que presentaba sin un examen previo de laboratorio a pesar de dolor abdominal*” no corresponde a un hecho sino a una apreciación subjetiva del mismo que carece de fundamento fáctico.

En efecto la paciente ingresó en horas de la madrugada manifestando un cuadro de multiplicidad de síntomas de los cuales los principales fueron diarrea, vómito y dolor abdominal tipo cólico:

SUBJETIVO :

EDAD: 34 AÑOS OCUPACION: E. CIVIL: ACOMPAÑANTE: SOLA MC: DIARREA Y VÓMITO ENF. ACTUAL: DESDE LAS 7 PM DE AYER, LUEGO DE INGESTA DE UN SANDUCHE, REFIERE DIARREA LIQUIDA SIN SANGRE 7 VECES, VÓMITO PERIÓDICO, DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO. NO FIEBRE. REV POR SISTEMAS: GU: NO DISURIA, NO POLAQUIURIA GI: LO ANOTADO C/P: NO TOS, NO DISNEA ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: SIND. TUNEL DEL CARPO BILATERAL. QUIRÚRGICOS: NIEGA TOXICOALÉRGICOS: NIEGA ALERGIAS. HOSPITALARIOS: NIEGA FARMACOLÓGICOS: NIEGA GO:G4P3V3C3A1 FUR:7.12.2013 PLANIF: POMEROY FAMILIARES: NIEGA

Razón por la cual procede el profesional a realizar examen físico y revisión de signos vitales de la paciente cuyos resultados correspondieron a:

OBJETIVO :

BUEN ESTADO GENERAL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA TA:119/84 FC:78x/min FR:16x/min T: 36.6 SAO2:95% P: 69 Kg. C/C: MUCOSA ORAL SEMISECA ROSADA. OJOS: SIN ICTERICIA C/P: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAgregados. ABD: BLANDO, DEPRESIBLE, LEVEMENTE DOLOROSO A LA PALPACION EN MESOGASTRIO, NO HAY MASAS NI MEGALIAS. EXTREMIDADES: SIN EDEMAS SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, NO HAY SIGNOS MENINGEOS

ANÁLISIS :

PACIENTE CON ENF DIARREICA AGUDA Y SÍNDROME EMÉTICO, CON DESHIDRATACION LEVE.

PLAN :

B HIOSCINA 20 MG IM, METROCILOPRAMIDA 10 MG IM, SS COPROSCÓPICO. REVALORAR.

Por lo anterior y encontrándose los signos vitales de la paciente dentro de los límites normales procedió entonces el profesional a otorgar un tratamiento a los síntomas que fueron informados por la paciente en su ingreso y que pudieron ser confirmados posteriormente como: “DIARREA AGUDA, SÍNDROME EMÉTICO Y DESHIDRATACIÓN LEVE” en ningún momento el profesional recetó medicamentos para el tratamiento de dolor, toda vez que como registra el profesional no era focalizado y al examen físico se registró como “LEVEMENTE DOLOROSO A LA PALPACIÓN EN MESOGASTRIO” siendo entonces un síntoma adicional al cuadro referido por la paciente y no como un síntoma cardinal.

Con todo procede entonces el profesional a recetar medicamentos para el tratamiento de dicha sintomatología, así como examen de Colposcopia y ordenó revalorar a la paciente luego de la aplicación del tratamiento sin que en ningún momento fuera dada de alta en dicha oportunidad¹.

4. **NO ES CIERTO.** Lo primero que resulta pertinente poner de presente al despacho es que, como se puede evidenciar en la historia clínica de la paciente, la misma durante la consulta del día 4 de enero de 2022 no acudió nuevamente al centro médico como lo manifiesta el apoderado de la parte actora pues la misma dentro de la primera consulta que fue realizada en la madrugada desde esa misma fecha y con base en los hallazgos referidos dentro del examen físico, la paciente fue remitida al área de laboratorio para realizar un examen de Colposcopia, así como ser revalorada por un profesional luego de la aplicación de los medicamentos recetados con el fin de analizar con la primera prescripción, cuál era el estado actual de la sintomatología de ingreso tras 12 horas de seguimiento.

¹Medicamentos aplicados a la paciente:

Hioscina: El butilbromuro de hioscina (también conocido como bromuro de butilscopolamina o buscapina) es un compuesto de amonio cuaternario derivado de la hioscina, un alcaloide presente en algunas plantas del género Duboisia, como por ejemplo la Duboisia myoporoides.

La hioscina butilbromuro es un antiespasmódico. Como lo sugiere el nombre, estos fármacos contienen y alivian espasmos. Se utiliza en el tratamiento de las molestias y el dolor causados por espasmos abdominales. No enmascara el dolor, como los analgésicos, sino que actúa sobre la causa del dolor: el espasmo muscular mismo. (Énfasis fuera de texto) Tomado de: <https://www.iqb.es/basicas/farma/farma04/b058.htm>

Metoclopramida 10 MG: Metoclopramida es una benzamida perteneciente al grupo de los neurolépticos que se utiliza por sus propiedades antieméticas y procinéticas para la prevención y tratamiento de náuseas y vómitos, así como en los trastornos funcionales del aparato digestivo Tomado de: https://www.aemps.gob.es/informa/notas_informativas/medicamentos_uso_humano-3/seguridad-1/2013/ni-muh_fv_22-2013-metoclopramida/#:~:text=Metoclopramida%20es%20una%20benzamida%20perteneciente.trastornos%20funcionales%20del%20aparato%20digestivo.



Con todo, la REVALORACIÓN ordenada en horas de la mañana fue realizada a la paciente a las 2:04 PM de la misma fecha. Cuyos resultados de dicha valoración los consigna la historia clínica como:

EVOLUCION :

1 Jan 4 2014 2:04PM

SUBJETIVO : CONTROL ASISTE A CONTROL PERO DICE QUE N HA RECOGIDO MUESTRA DE COPROSCOPICO PORQUE DESDE LAS 2 AM NO PRESENTA NUEVOS DEPOSICIONES LIQUIDAS, REFEIRE QUE HA PRESENTADO 6 EPISODISOS EMETICOS LIQUIDA AMARILLA

OBJETIVO : TA 107-62 T 37 FC 80 FR 20 PESO 67 KG OXIMETRIA 94% BUEN ESTADO GENERAL HIDRATDAA FEBRIL LUCE ALGIDA MUCOSAS HUMEDAS FARINGE NORMAL CUELLO NO MASAS RUIDOS CARDIACS RITMICIOS SIN TAQUICARDIA RUIDISO RESPIRATORIOS SIN AGREAGDOS SIN DIFICULTAD RESPIROTIRA ABDOMEN RUIDIOS AUEMNTADOS EN FRECUENCIA DOLOROS EN FORMA DIFUSA SIN IRRITACION PERITONEAL PLUOPERCLUSION NEGATIVA NEUROLOGICO SIN DEFICIT

ANALISIS : PACIENTE RECONSULTA EL DIAD E HOY SINTOMA DE MUESTRA DE COPROSCOPICO REFEIRE AUEMNTO DEL VOMITO, NO ORESENTA DESHIRATAACION NI ABDOMEN AGUDO

PLAN : SE INDICA DIPRIONA 2 G IM METOCLORPAMDIA 10 MG IM REPOSO INTESTINAL 2 HORAS SE INDICA PEDIALYTE 60 PRA TOLERANCIA A LA VIA ORAL CONTROL

Autor : 1SUB LUNA AVILA TATIANA MILENA-MEDICO GENERAL

En relación con la manifestación de acompañamiento por parte del esposo de la paciente, a mi poderdante nada le consta en relación con dicho acompañamiento pues al ingreso de la consulta la única información consignada en la historia clínica es que la paciente ingresó sin acompañamiento². Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

5. **NO ES CIERTO:** Es importante resaltar que la paciente nunca fue dada de alta, no es posible evidenciar en los registros clínicos que desde el punto de vista médico a la paciente se le haya dado egreso, sino que, partiendo de la condición clínica, el objetivo siempre fue la verificación del resultado de las medidas terapéuticas iniciales y habiendo descartado situaciones que pusieran en riesgo su vida, se definió citar antes de las siguientes 12 horas para realizar control de la evolución de su enfermedad, quedando así desvirtuado lo referido en el hecho como *"una paciente reconsultante"*.

Además, en las descripciones del examen físico, así como lo referido en el diagnóstico de ingreso por parte de la paciente consignados en la historia clínica, en ningún momento se evidencia lo que refiere como: *"dolor en fosa iliaca derecha"*. Síntoma que sí es constitutivo y determinante para el diagnóstico de abdomen agudo o quirúrgico. Manifestación subjetiva del apoderado de la parte actora que carece de todo fundamento fáctico y corresponde a un juicio ex post de la situación.

6. **NO ES CIERTO:** Las manifestaciones de la parte actora en el presente acápite no corresponden a un hecho sino a una manifestación subjetiva del apoderado respecto de una supuesta negligencia por parte de los profesionales de IPS CAFAM, pues según el mismo, se apartaron de la *LEX ARTIS* aplicable al caso, respecto del diagnóstico y tratamiento de la sintomatología de ingreso de la señora GALÁN el 4 de enero de 2014. Valga decir cómo, dichas manifestaciones carecen de fundamento fáctico y probatorio en la medida en que las mismas han sido sustentadas por el apoderado con base en supuestos que no ocurrieron.

Como se ha aclarado en acápites anteriores para el día 4 de enero de 2014 la paciente no fue dada de alta en ningún momento por los profesionales del CAS SUBA, tampoco es cierto que el dolor que presentaba la paciente al momento de su ingreso y la sintomatología era igual que a la que presentó la paciente el 6 de enero de 2014 fecha del único reingreso.

Al revisar la historia clínica encontramos que los síntomas que motivaron la atención al servicio de urgencias (vómito, diarrea, dolor en la boca del estómago que) fueron abordados desde el punto de vista clínico y se realizaron las intervenciones necesarias para el manejo de esta, encontramos que la evaluación, diagnóstico y tratamiento instaurado en un servicio de urgencias de baja complejidad como es el habilitado en el CAS Suba (Servicio Nivel 1) fue el idóneo y acorde a la sintomatología referida por la paciente para ese momento. En igual sentido en relación con el dolor manifestado por la paciente, no fue un síntoma cardinal de ingreso, por el contrario fue desarrollándose a lo largo de su atención.

² ... "SUBJETIVO : EDAD: 34 AÑOS OCUPACIÓN: E. CIVIL: ACOMPAÑANTE: SOLA" ... (Extracto historia clínica de la señora GALÁN CAMARGO 4 de enero de 2014).

7.- **NO ES CIERTO.** Lo manifestado en el presente hecho por la parte actora carece de fundamento fáctico y probatorio. De acuerdo con la historia clínica de la paciente ingresa nuevamente a los servicios de urgencias el 6 de enero de 2014 en horas de la mañana cuyo diagnóstico de ingreso correspondió a “*DOLOR PELVICO Y PERINEAL*”

PROBLEMA :
DOLOR EN LA BOCA DEL ESTOMAGO

DIAGNOSTICO INGRESO :
R102 DOLOR PELVICO Y PERINEAL

ESTADO :
Estable

CONDICION :
Ninguna

SUBJETIVO :
PACIENTE DE 34 AÑOS EN SU 4TA RECONSULTA POR DOLOR ABDOMINAL QUE COMENZO DESDE EL DIA VIERNES EN EL MOMENTO YA SE HA DADO TRATAMIENTO CON GASTROENTERITIS Y COMO GASTRITIS PERO LA PACIENTE PERSISTE CON EL DOLO EN EL MOMENTO REFIERE DOLOR LOCALIZADO EN REGION PELVICA Y PRESENCIA DE FIEBRE DE 3 DIAS DE EVOLUCION POR LO CUAL RECONSULTA

Con el diagnóstico anterior proceden los profesionales a remitir a la paciente al área de medicina general en donde el profesional ROJAS MARIO ESTEBAN luego de realizar el examen físico a la paciente y conforme los hallazgos del mismo procede a ordenar paraclínicos de ayuda, así como dispuso la remisión de la paciente para que sea valorada por el área de cirugía general al otorgar como diagnóstico presunto “*DOLOR ABDOMINAL QUIRÚRGICO*”.

OBJETIVO :
SV TA 102/67 FC 100 FR 20 T 36.2 SAT 91 % AL AMBIENTE PESO 69 KG ABEZA MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL NO MASAS TORAX SIMETRICO SIN PRESENCIA DE TIRAJES INTERCOSTALES SIN RONCUS NI SIBILANCIAS, NO SOPLOS NO REFORZAMIENTOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE DISTENDIDO DOLOROSO A LA PALPACION EN REGION PELVICA Y EN FOSA ILIACA IZQUIERDA CON PRESENCIA DE REBOTE EN FOSA ILIACA IZQUIERDA CON SIGNO DE TALON + EXTREMIDADES BUENA PERFUSION DISTAL MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES FUERZA 5/5 ROT ++/+ +++ NEUROLOGICO SIN DEFICIT

ANALISIS :
PACIENTE CON ABDOMEN QUIRURGICO CON PRESENCIA DE SIGNOS DE IRRITACION LOCALIZADOS EN FOSA ILIACA IZQUIERDA EN EL MOMENTO CONSIDERO QUE LA PACIENTE DEBE SER VALORADA POR CIRUGIA GENERAL YA QUE LA PACIENTE PRESENTA SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL IDX ABDOMEN QUIRURGICO DE ORIGEN A DESCARTAR

PLAN :
PLAN LR BOLO 1000 CC CONTINUAR A 90 CC IV HORA RANITIDINA AMP 50 MG IV AHORA METOCLOPRAMIDA AMP 10 MG IV AHORA CURVA TERMICA CSV AC REMISION PARA CIRUGIA SS CUADRO HEMATICO PARCIAL DE URINA Y GRAVINDEX

Autor:
Jan 6 2014 7:14PM SUB ROJAS MARIO ESTEBAN

Es por lo anterior que, atendiendo al tipo de servicios con los que cuenta el CAS SUBA ordenó remitir a la paciente a una Clínica de segundo nivel que contara con servicios de cirugía general. Remisión que correspondió a la clínica PARTENÓN el 7 de enero de 2014, verdadero motivo de egreso de la paciente.

8.- ES CIERTO.

9.- **PARCIALMENTE CIERTO:** El presente acápite tiene varias situaciones de hecho por lo que resulta pertinente manifestarse frente a cada una de manera individual.

9.1- ES CIERTO: Tal como se manifestó en el acápite anterior que la señora GALAN CAMARGO acudió al servicio de urgencias al CAS SUBA el día 6 de enero de 2014 por dolor abdominal.

9.2- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto de las supuestas manifestaciones que elevó al profesional respecto de ser la cuarta vez que ingresaba por el mismo dolor. Pues dicha información no reposa en la historia clínica de la paciente, así como tampoco tiene soporte respecto de las anteriores consultas consignadas. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

9.3- **NO ES CIERTO:** Que la paciente haya sido remitida a la clínica PARTENÓN con diagnóstico de apendicitis aguda, pues el diagnóstico otorgado por el profesional correspondió a ABDOMEN AGUDO; diagnóstico que correspondió con la sintomatología

por cual ingresó el día 6 de enero de 2014 diferente a la de su consulta anterior de fecha 4 de enero de 2014.

10.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto del procedimiento quirúrgico manifestado por la parte actora toda vez que el mismo fue realizado por una Clínica que no tiene ningún tipo de relación con mi poderdante. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

11.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto de los detalles de la recuperación de la señora GALÁN CAMARGO posterior a la intervención quirúrgica realizada en la clínica PARTENÓN toda vez que la misma fue realizada por una Clínica que no tiene ningún tipo de relación con mi poderdante. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

12.- **NO ES UN HECHO:** Lo manifestado en el presente acápite no corresponde a un hecho sino a la reiteración de una manifestación subjetiva por parte del apoderado de la parte actora; que como se ha manifestado a lo largo de este escrito carece de fundamentos fácticos y probatorios. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

13.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto al supuesto diagnóstico que le otorgaran a la señora GALÁN CAMARGO tiempo después del procedimiento quirúrgico que le fue practicado; pues no registra la historia clínica de la paciente atención posterior por parte de profesionales de IPS CAFAM. Ahora bien, respecto del nexo causal que manifiesta el apoderado respecto del deterioro del estado de salud de la señora GALAN CAMARGO por supuesta negligencia por parte de IPS CAFAM, la misma carece de fundamento fáctico y probatorio y, por ende, nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso que nos convoca respecto de dicho nexo causal.

14.- **ES CIERTO.** Conforme la información consignada en la historia clínica de la paciente.

15.- **ES CIERTO.** Tal como lo consigna la historia clínica de la señora GALÁN CAMARGO luego de haberle prestado todos los servicios que requería por la condición inicial y al haber cumplido el tiempo de observación pertinente, habiendo garantizado la prueba de tolerancia a la vía oral y adecuado control del dolor, con resultados de ayudas diagnóstica y ecografía en niveles normales tal como lo manifestó la misma paciente: "**ME SIENTO MUCHO MEJOR ME PASO EL DOLOR DE ESTOMAGO TENGO HAMBRE**" proceden los profesionales a dar egreso con indicaciones de manejo sintomático y signos de alarma como motivo para consultar y así lo hizo en las siguientes 10 horas.

16.- **NO ES CIERTO.** La paciente reingresa al CAS CAFAM SUBA el día 26 de marzo de 2014 a las 7:03 AM tal como registra la historia clínica de reingreso de esta, al haber regresado por presentar nuevamente la sintomatología de "DOLOR DE ESTÓMAGO" que había superado horas antes, acatando los signos de alarma y recomendaciones otorgadas por los profesionales.

El diagnóstico de ingreso de la paciente correspondió a:

PROBLEMA :
DOLOR DE ESTOMAGO

DIAGNOSTICO INGRESO :
R101 DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR

ESTADO :
Estable

CONDICION :
Ninguna

SUBJETIVO:
Ocupación: AUXILIAR DE COCINA RECONSULTA Clasificación de triage por enfermería: 3 EA: Paciente con cuadro desde las 1 am de ayer, 30 horas de dolor abdominal en abdomen superior, constante, niega pirosis, vomito en multiples ocasiones, refiere pintas de sangre, niega hematemesis, desde anoche aprox. 15 episodios, niega fiebre, disuria ocasional hoy, polaquiuria, tenesmo vesical hoy, ultima deposicion ayer, sin diarrea, niega rectorragia. Niega episodios previos similares, se ingresa ayer a observacion para estudio de dolor, estudios paradiagnosticos bilirrubinas totales normales, transaminasas normales, fosfatasa alcalina normal, amilasa 96 u/l, ecografia de abdomen total normal, EKG normal, manejo con ranitidina, dipirona, metoclopramida, hidratacion IV, refiere disminucion del dolor momentaneamente, por lo cual se da salida, reconsulta por persistencia de dolo y vomito. RXS: no refiere otros Antecedentes: Patológicos: niega Hospitalarios: niega Farmacológicos: niega Quirúrgicos: apendicectomía, pomeroy, cesarea #3 Tóxicos: niega Alérgico: niega Familiares: niega FUR: 22 -03-2014, ciclos irregulares, G4C3V3A1

Con este diagnóstico los profesionales procedieron a realizar examen físico a la paciente y constatar los resultados de las ayudas diagnósticas prácticas procediendo el profesional a ordenar el ingreso a observación de la paciente, ordenar la práctica de nuevas ayudas diagnósticas y ordenar su remisión para ser valorada por el área de cirugía general. Servicio que, como ya se ha manifestado, al ser el CAS CAFAM NIVEL I no cuenta con el mismo ordenando remisión a otro centro de salud de mayor nivel a la paciente para que fuera tratada por dicha área, tal como sucedió horas después a la Clínica PARTENÓN centro autorizado por la EPS de la paciente.

OBJETIVO :
Al examen paciente alerta, orientada, fascies algicas, quejumbrosa, ingresa caminando TA: 113/73 , T: 36.6 , FC: 60 , FR: 18, saO2: 97 % , peso: 67 KG C/c : mucosa oral semihumeda, sin aftas, no exudado, pupilas normorreactivas a la luz, isocoricas, escleras anictericas, no masas, no adenopatias, sin rigidez nuczal C/p: ruidos cardiacos ritmicos, murmullo vesicular hasta bases, sin roncus, sin crepitos, sin retracciones Abdomen: blando, distendido, ruidos intestinales disminuidos, percusion abdominal normal, no masas, dolor a la palpacion difusa, predomina en epigastrio, hipocondrio izquierdo y fosa iliaca izquierda, blumberg negativo, puño percusion derecha dolorosa, murphy negativo ext: no edema, fuerza 5/5, neurologica: glasgow 15/15, sin signos de focalizacion

ANALISIS :
Pacientede 34 años, con cuadro de 30 horas de dolor abdominal, en abdomen superior, asociado a multiples episodios de vomito, estudios paraclinicos del 25-03-2014 de funcion hepatica normales, amilasa normal, ecografia de abdomen total normal, sin embargo reconsulta por persistencia de dolor intenso en abdomen superior y vomito, no descarto patologia biliar vs pancreatitis?, por lo cual ingreso a observacion, ss valoracion y manejo por cirugía general ss hemograma, pcr, amilasa, uroanalysis, gram, bhcg Ver ordenes medicas

PACIENTE: GALAN CAMARGO DIANA MARIA

CAFAMEmayorga
PAG: 1

NOTA DE ALTA

MEDICA:

Fecha Alta:

Mar 26 2014 2:32PM

Autor:

SUB BORRERO ORTIZ MARINA ISABEL, MEDICO GENERAL

Diagnostico Alta:

R101 DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR

Comentarios Dx:

sinsigno de dificultad respiratoria

Complicacion Principal:

ninguna

Nota Alta:

paciente femenina de 34 años de edad dx: dolor abdominal 2 enfermedad hepatobiliar obstructiva 3 enfermedad diverticular +a paciente refiere avumiento del dolor abdominal generalizado acompañado de vomito en multiples ocasiones de contenido biliar niega fiebre niega otra sintomatologia reporte de hemograma leucocitos 15.4, neutrofilos 85, linfocitos 10.4, htc 43, hb 15, plaquetas 369, gonadotropiana 0.1 amilasa 64, pcr 6 uroanalysis ambar nitritos negativos , leucocitos 1°C, hemtaies 3xc, bacterias escasas, grma d eorion sin bacterias OBJETIVO: FR 19x/min FC 61x/min TA 120/70 mmhg t 37°C saturación 94% Glasgow 15/15 paciente conciente orientado activo reactivo, mucosa oral humeda, normocéfalo orofaringe sin alteración cuello móvil sin adenopatía , tórax simétrica expansible sin tiraje murmullo vesicular sin agregados, no disminuido , ruidos cardíaco rítmico sin soplo, abdomen blando depresible no masa ni megalia no dolor al palpaicon superficial , dolor a la palpación profunda blumberg engativo rosuing negativo psaa negativo , murphy negativo , no signo de irritación peritoneal , puños percusión negativa , extremidades simétrica sin edema , eutrófica, pulso periféricos presente, columna lumbar lineal sin desviación , sin dolor al palpación , sin déficit neurológico activa, reactiva , no alteración de pares craneales, no signo meningeos , ANALISIS: paciente con reconsultante con cuadro confuso de dolor abdoamainal en estudio al examen físico activo reactivo con facie algida abdomen blando doloroso o a la palpacion profunda sin signo de irritacion peritoneal puño percusion negativa , con persistencia de dolor abdominal y episodio emeticos en manejo de hidratacion y analgesico , aceptado en clinica partenon , 14:25 remitido en ambulancia serviamet movil 5 auxilair elian garcia PLAN: recomendaciones

Recomendaciones:

previas

18.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto de sucesos que pudieron ocurrir durante la atención de la señora GALÁN CAMARGO en la clínica PARTENÓN al no tener ninguna injerencia en la misma, así como no presentar ningún tipo de relación con la clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

19.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto de los resultados de las ayudas diagnósticas practicadas a la señora GALÁN CAMARGO en la clínica PARTENÓN al no tener ninguna injerencia en la misma, así como no presentar ningún tipo de relación con la clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

20.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto del diagnóstico otorgado a la señora GALÁN CAMARGO y su posterior tratamiento en la clínica PARTENÓN al no



tener ninguna injerencia en la misma, así como no presentar ningún tipo de relación con la clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

21.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto de las ayudas ordenadas a la señora GALÁN CAMARGO en la clínica PARTENÓN al no tener ninguna injerencia en la misma, así como no presentar ningún tipo de relación con la clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

22.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto de la evolución de la señora GALÁN CAMARGO en la clínica PARTENÓN al no tener ninguna injerencia en la misma, así como no presentar ningún tipo de relación con la clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

23.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto del dolor presuntamente presentado por la paciente durante su hospitalización en la clínica PARTENÓN. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

24.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto de las ayudas ordenadas a la señora GALÁN CAMARGO en la clínica PARTENÓN al no tener ninguna injerencia en la misma, así como no presentar ningún tipo de relación con la clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

25.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto de los procedimientos y tratamientos otorgados a la señora GALÁN CAMARGO por los profesionales de la clínica PARTENÓN, así como de los antecedentes de “peritonitis generalizada” manifestados por el apoderado de la parte actora. Pues no presenta injerencia en la atención ni diagnóstico de estos, así como no presenta relación de ningún tipo con la clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

26.- **NO ES UN HECHO:** Lo consignado en el presente hecho no corresponde a un supuesto fáctico sino a la manifestación subjetiva del apoderado de la parte actora respecto de la atención de los profesionales de la clínica PARTENÓN que en nada le consta a mi poderdante respecto de esta. La manifestación carece de los elementos de tiempo, modo y lugar para ser considerada como un supuesto fáctico. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

27.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto de las indicaciones médicas brindadas a la señora GALÁN CAMARGO posterior a su egreso de la clínica PARTENÓN, así como su acatamiento respecto de las mismas. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

28.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto de los síntomas presentados por la paciente el día 31 de marzo de 2014 ni el motivo de ingreso y/o tratamiento otorgado a la misma por los profesionales de la clínica JUAN CORPAS. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

29.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto a la atención otorgada a la misma por los profesionales de la clínica JUAN CORPAS. Pues no presenta injerencia en la atención ni diagnóstico de estos, así como no presenta relación de ningún tipo con la clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

30.- **NO ME CONSTA:** Reiteramos que a mi poderdante nada le consta respecto a la atención otorgada a la misma por los profesionales de la clínica JUAN CORPAS. Pues no presenta injerencia en la atención ni diagnóstico de estos, así como no presenta relación de ningún tipo con la clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

31.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto de la intervención quirúrgica y demás procedimientos que fueron practicados a la señora GALÁN CAMARGO en la Clínica JUAN CORPAS pues en igual sentido no presentó injerencia alguna en dicho procedimiento, así como tampoco presenta ningún tipo de relación con la clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.



32.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto de los detalles de la recuperación de la señora GALÁN CAMARGO en la clínica JUAN CORPAS. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

33.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto del ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos durante su proceso de recuperación en la clínica JUAN CORPAS pues no presentó injerencia alguna en dicho procedimiento, así como tampoco presenta ningún tipo de relación con la clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

34.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto de los procedimientos realizados a la paciente durante su postoperatorio en la clínica JUAN CORPAS. pues no presentó injerencia alguna en dicho procedimiento, así como tampoco presenta ningún tipo de relación con la clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

35.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto de dicho procedimiento realizado a la paciente durante su postoperatorio en la clínica JUAN CORPAS pues no presentó injerencia alguna en dicho procedimiento, así como tampoco presenta ningún tipo de relación con la clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

36.- **NO ME CONSTA;** A mi poderdante nada le consta respecto de las condiciones de hospitalización de la señora GALÁN CAMARGO en la clínica JUAN CORPAS pues no presenta ningún tipo de relación con la clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

37.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto de las complicaciones posteriores a la hospitalización que manifiesta el apoderado que sufrió la señora GALÁN CAMARGO, pues no presentó injerencia alguna respecto a la hospitalización de la paciente y los procesos realizados por la clínica JUAN CORPAS. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

38.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto del alta médica de la señora GALÁN CAMARGO ni respecto de la malla que debían colocarle los profesionales tiempo después pues no presentó injerencia alguna respecto de dichos procedimientos, así como tampoco presenta ningún tipo de relación con la clínica. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

39.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto de los riesgos del posterior procedimiento al que debía someterse la señora GALÁN CAMARGO ni de la decisión tomada por la misma, así como tampoco de los motivos de dicha decisión, pues no tuvo injerencia alguna en ninguno de los sucesos relatados. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

40.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto de su situación laboral, pues no tuvo injerencia alguna respecto de dicha situación. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

41.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto de la desafortunada afectación en las relaciones de vida conyugal de la señora GALÁN CAMARGO, pues no tuvo injerencia o conocimiento algunos respecto de dicha situación. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

42.- **NO ES UN HECHO:** El presente acápite no constituye un hecho sino una manifestación subjetiva elevada por el apoderado de la parte actora respecto de una supuesta negligencia e indebido diagnóstico por parte de mi poderdante, misma que reiteramos carece de fundamento fáctico y probatorio. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

43.- **NO ME CONSTA:** A mi poderdante nada le consta respecto de la situación laboral que presentó del cónyuge de la señora GALÁN CAMARGO, pues no tuvo injerencia o



conocimiento algunos respecto de dicha situación. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

44.- ES CIERTO. Según consta en constancia de centro de conciliación.

III. EXCEPCIONES DE MÉRITO

I. AUSENCIA DE CULPA POR INEXISTENCIA DE DIAGNÓSTICO ERRADO Y TRATAMIENTO TARDÍO.

La presente excepción se fundamenta en los fundamentos fácticos que se encuentran consignados a lo largo de la historia clínica de la señora DIANA GALÁN CAMARGO, mismos que como se ha relatado a lo largo de la presente contestación en el acápite correspondiente a la contestación de los hechos, difiere en sobremanera respecto de los supuestos de hechos por los cuales el apoderado de la parte actora fundamenta sus pretensiones, mismo que valga decir desde ya, resultan contrarios a la realidad clínica que presentó la paciente los días 4 de enero de 2014, 6 y 7 de enero y, posteriormente, meses después los días 25 y 26 de marzo de la misma anualidad.

Y es que, como se ha relatado al señor juez en los acápites precedentes, manifiesta la parte actora que los profesionales médicos adscritos a IPS CAFAM CAS SUBA fueron negligentes y se apartaron de la *LEX ARTIS* aplicada a la materia al no haber ordenado toma de paraclínicos el 4 de enero de 2014, en donde a criterio del apoderado de la parte actora resultaba fundamental para el diagnóstico de abdomen agudo que padecía la paciente y, que en un acto negligente no dieron tratamiento adecuado a la misma dando de alta en varias oportunidades y haciendo que la misma reingresara con una misma sintomatología 4 veces hasta obtener el diagnóstico de abdomen agudo, desplegándose así -según sostiene- una conducta negligente, tardía y desencadenante para los hechos ocurridos con posterioridad.

Cuando lo cierto es que a la señora GALÁN CAMARGO se le brindaron todos y cada uno de los servicios con que contaba la entidad para la fecha de los hechos y con base en su nivel de atención primario, basado en la sintomatología de ingreso de la paciente, así como los hallazgos al examen físico del día 4 de enero de 2014 sin que pudiera otorgarse un diagnóstico definitivo con base en el desarrollo de su condición, razón por la cual, en últimas, tampoco fue posible otorgarle salida y ordenar alta médica conforme consigna la historia clínica de la paciente.

1.1 ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN DE LA PACIENTE EL DÍA 4 DE ENERO DE 2014:

El día 4 de enero de 2014 siendo las 2:00 am ingresó la señora DIANA MARCELA GALÁN CAMARGO manifestado que la sintomatología que presentaba correspondía a:

“DIARREA Y VOMITO ENF. ACTUAL: DESDE LAS 7 PM DE AYER, LUEGO DE INGESTA DE UN SANDUCHE, REFIERE DIARREA LÍQUIDA SIN SANGRE 7 VECES, VOMITO PERIODICO, DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO. NO FIEBRE. REV POR SISTEMAS: GU: NO DISURIA, NO POLAQUIURIA GI: LO ANOTADO C/P: NO TOS, NO DISNEA ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: SIND. TUNEL DEL CARPO BILATERAL. QUIRÚRGICOS: NIEGA TOXICOLÓGICOS: NIEGA ALERGIAS. HOSPITALARIOS: NIEGA FARMACOLÓGICOS: NIEGA GO: G4P3V3C3A1 FUR:7.12.2013 PLANIF: POMEROY FAMILIARES: NIEGA”
(Énfasis propio)

Razón por la cual como diagnóstico presuntivo de ingreso se consignó: “A09X DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO”; con lo anterior se procedió a remitir a la paciente para su atención por el área de medicina general a las 2:13 am, aproximadamente 15 minutos luego de su ingreso. De los hallazgos registrados a su revisión y examen físico se consignaron:



OBJETIVO: BUEN ESTADO GENERAL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA TA:119/84 FC:78xmin FR:16xmin T: 36.6 SA02:95% P: 69 Kg. C/C: MUCOSA ORAL SEMISECA ROSADA. OJOS: SIN ICTERICIA C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREGREGADOS. ABD: BLANDO, DEPRESIBLE, LEVEMENTE DOLOROSO A LA PALPACION EN EMSOGASTRIO, NO HAY MASAS NI MEGALIAS. EXTREMIDADES: SIN EDEMAS SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, NO HAY SIGNOS MENINGEOS (Énfasis fuera de texto).

Con estos resultados procedió el galeno a concluir como análisis: **“PACIENTE CON ENF DIARREICA AGUDA Y SÍNDROME ANÉMICO, CON DESHIDRATACIÓN LEVE”** ordenando entonces conforme a dicho cuadro clínico la práctica de una cproscopia junto con aplicación de medicamentos como: **“B HIOSCINA 20 MG IM, METOCLOPRAMIDA 10 MG IM, SS COPROSCOPICO”** ordenando además revalorar a la apaciente posterior a la aplicación de estos y práctica del examen de laboratorio.

Frente a dichos resultados, análisis y tratamiento en donde la DIARREA AGUDA se presentó como síntoma cardinal para el tratamiento la literatura médica y las Guías de Práctica Clínica en el Área de Urgencias del Ministerio de Salud de Colombia aplicables para el año 2014 definen esta patología como:

...La diarrea aguda (DA) se define como el cuadro que se caracteriza por incremento en el número de deposiciones (más de 2 a 3 en el día), con alteración en la consistencia –típicamente líquidas–, que pueden o no presentar algún grado de deshidratación y que de acuerdo al agente causal pueden estar acompañadas de moco y sangre y estar asociadas o no con síntomas generales como fiebre, escalofrío, náuseas o cólicos abdominales, y con una duración no mayor de 14 días. (Énfasis fuera de texto) ...³.

Frente al diagnóstico de esta patología se consigna:

ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS

*En la mayoría de los pacientes con cuadros de EDA leve o moderada **no se requiere practicar pruebas diagnósticas paraclínicas**. En pacientes con cuadros severos o tóxicos, o en el contexto de un cuadro de diarrea en un paciente inmunodeprimido, es importante realizar cultivos de las materias fecales para identificar patógenos bacterianos invasivos, en especial para E. coli 0157:H7. (Énfasis propio)⁴.*

Respecto del tratamiento se indica que:

TRATAMIENTO

*1. Ante la ausencia de fiebre, deshidratación o hematoquezia, el manejo del paciente con DA **debe estar más dirigido a controlar los síntomas que a proveer un diagnóstico y tratamiento específico y altamente depurado**.*

Las razones para esta recomendación son:

- a) La gran mayoría de los pacientes tienen un cuadro clínico autolimitado que es fundamentalmente producido por virus (agente Norwalk, rotavirus).*
- b) Las pruebas para el diagnóstico etiológico preciso (como cultivo de materia fecal o investigación fecal de huevos o parásitos) pueden ser muy costosas.*

³ Colombia. Ministerio de la Protección Social. 2009. *Guías para el manejo de urgencias*. N.p.224: Minprotección. <https://www.bovaca.gov.co/SecInfraestructura/images/CDGRD/Documentos%20de%20Inter%C3%A9s/Guia%20para%20el%20Manejo%20de%20Urgencias%20Tomo%202.pdf>.

⁴ Ibidem, N.P: 226.



c) Casi todas las enfermedades de causa no viral remiten espontáneamente en una semana. Además, en las fases tempranas de la DA el tratamiento debe estar dirigido a prevenir o reducir la deshidratación, aliviar los síntomas y evitar los factores dietéticos que puedan prolongar la enfermedad. El suero de rehidratación oral, a base de electrolitos con glucosa, debe ser suministrado a todos aquellos pacientes incapaces de mantener su estado de hidratación solamente con dieta líquida clara.

En pacientes con dolor abdominal severo tipo cólico se pueden prescribir en forma cuidadosa antidiarreicos a base de peptina, loperamida o difenoxilato, los cuales pueden ayudar a retornar más pronto a la normalidad, e incluso pueden disminuir la pérdida de líquidos⁵.

CONCLUSIÓN:

Es por lo anterior que a manera de conclusión, una vez puede analizarse la conducta de los galenos a la luz de la literatura esta fue diligente y en cumplimiento con la misma para tratar el cuadro clínico que la paciente presentó en dicha oportunidad, que, a diferencia de lo que la parte actora ha manifestado, no correspondía a una sintomatología propia de abdomen agudo razón por la cual la manifestación subjetiva respecto del uso de paraclínicos carece de fundamento científico que apoye la misma, pues tan es así, que incluso la paciente para el tratamiento de diarrea aguda y cuadro hemático no presentaba los síntomas propios de un cuadro de nivel grave o tóxico, sus signos vitales eran normales, así como su nivel de deshidratación era leve; según lo indicado por la propia literatura y corrobora la historia clínica.

Valga decir por demás, que como prueba del correcto análisis y tratamiento de la paciente se encuentran los resultados obtenidos en la re consulta de la paciente en donde informa no haber podido recolectar la prueba necesaria para el examen de coproscópico toda vez que no había vuelto a presentar deposiciones líquidas solo cuadros eméticos y un aumento en la frecuencia de dolor, razón por la cual, una vez realizado nuevamente el examen físico a pesar del aumento de dolor se descarta la presencia de abdomen agudo pues la sintomatología que presentaba la paciente no correspondía a dicha patología, valoración física que resulta esencial para el diagnóstico de abdomen agudo como se procederá a exponer en acápite posteriores.

Por último, es importante resaltar cómo la paciente nunca tuvo un reingreso, la revaloración ordenada en la madrugada del 4 de enero y realizada horas más tarde corresponde a una sola consulta y debe ser valorada de forma íntegra, pues incluso, ni siquiera en dicha revaloración realizada se otorgó el alta médica a la paciente, se recetaron medicamentos en espera de la respuesta y evolución de la enfermedad de dichos medicamentos.

1.2 ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN DE LA PACIENTE EL DÍA 6 DE ENERO DE 2014

Como único reingreso que tuvo la señora GALÁN CAMARGO a las instalaciones del CAS CAFAM SUBA se registra en la historia clínica el día 6 de enero de 2014 siendo las 6:45 pm cuyo diagnóstico de ingreso valga decir difiere al presentado en la oportunidad anterior (4 de enero de 2014) correspondiendo a:

...RECONSULTA POR DOLOR ABDOMINAL QUE COMENZO DESDE EL DIA VIERNES EN EL MOMENTO YA SE HA DADO TRATAMIENTO CON GASTROENTERITIS Y COMO GASTRITIS PERO LA PACIENTE PERSISTE CON EL DOLOR EN EL MOMENTO REFIERE DOLOR LOCALIZADO EN REGION PELVICA Y PRESENCIA DE FIEBRE DE 3 DIAS DE EVOLUCION POR LO CUAL RECONSULTA...

Con este panorama como diagnóstico presunto de ingreso se consignó: “R102 DOLOR PELVICO Y PERINEAL”; con motivo a ser el dolor abdominal síntoma cardinal de esta

⁵ Ibidem. P. 228



consulta se procedió a remitir a la paciente para su atención por el área de medicina general a las 7:14 pm, aproximadamente 30 minutos luego de su ingreso. De los hallazgos registrado a su revisión y examen físico se consignaron:

OBJETIVO : SV TA 102/67 FC 100 FR 20 T 36.2 SAT 91 % AL AMBIENTE PESO 69 KG ABEZA MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL NO MASAS TORAX SIMETRICO SIN PRESENCIA DE TIRAJES INTERCOSTALES SIN RONCUS NI SIBILANCIAS, NO SOPLOS NO REFORZAMIENTOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE DISTENDIDO DOLOROSO A LA PALPACION EN REGION PELVICA Y EN FOSA ILIACA IZQUIERDA CON PRESENCIA DE REBOTE EN FOSA ILIACA IZQUIERDA CON SIGNO DE TALON + EXTREMIDADES BUENA PERFUSION DISTAL MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES FUERZA 5/5 ROT ++/++++ NEUROLOGICO SIN DEFICIT.

Con estos resultados procede el profesional a concluir como análisis:

“PACIENTE CON ABDOMEN QUIRURGICO CON PRESENCIA DE SIGNOS DE IRRITACION LOCALIZADOS EN FOSA ILIACA IZQUIERDA EN EL MOMENTO CONSIDERO QUE LA PACIENTE DEBE SER VALORADA POR CIRUGIA GENERAL YA QUE LA PACIENTE PRESENTA SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL IDX ABDOMEN QUIRIGICO DE ORIGEN A DESCARTAR”.

Ordenando la remisión de la paciente por el área de cirugía general y la toma de paraclínicos que refuercen el diagnóstico de abdomen quirúrgico.

Remisión que como ya se ha indicado en acápites anteriores debía ser a un centro de atención de mayor nivel que contará con los servicios de cirugía general en donde pudieran otorgarle a la paciente un diagnóstico definitivo y tratamiento acorde con el mismo.

Traslado que ocurrió a las 12:02 am a través de servicio de ambulancia con destino a la Clínica PARTENÓN con resultados de paraclínicos que confirmaron el diagnóstico al presentar la paciente **Hemograma con leucocitosis y neutrofilia.**

Frente al abdomen agudo o abdomen quirúrgico la literatura médica ha definido el mismo como:

Una condición clínica caracterizada por dolor abdominal, de instalación rápida, usualmente mayor a 6 horas y menor a 7 días, generalmente acompañado de síntomas gastrointestinales y/o sistemáticos de compromiso variable del estado general, que requiere un diagnóstico preciso y oportuno, con el fin de determinar la necesidad o no de un tratamiento quirúrgico de urgencia. Lo esencial del abdomen agudo como síndrome clínico es el dolor, y en la patología quirúrgica suele ser el primer síntoma...⁶.

El abdomen agudo no es un diagnóstico clínico definitivo, pues requiere de confirmación a través de examen específico o inspección para determinar la patología exacta, de acuerdo con el criterio del profesional de la salud tratante.

Respecto del diagnóstico de abdomen agudo según el diario americano de emergencias médicas, ha consignado que es de vital importancia la realización de un excelente examen físico complementado con ayudas diagnósticas.

“Para llegar a un adecuado diagnóstico es de vital importancia realizar una historia clínica completa y un excelente examen físico, ya que el enfoque del abdomen agudo está basado en un 80% en la historia clínica y el examen físico y un 20% en las ayudas diagnósticas. Se debe hacer énfasis en el dolor, que es un

⁶ Colombia. Ministerio de la Protección Social. 2009. *Guías para el manejo de urgencias*. N.p.137: Minprotección. <https://www.boyaca.gov.co/SecInfraestructura/images/CDGRD/Documentos%20de%20Inter%C3%A9s/Guia%20para%20el%20Manejo%20de%20Urgencias%20Tomo%202.pdf>

síntoma cardinal en el abdomen agudo y que según estudios el de causa quirúrgica precede a otros síntomas como vómito, fiebre, náuseas siendo a la inversa para los dolores de causa médica. Con respecto al dolor se debe preguntar: Aparición, irradiación, características, intensidad y síntomas asociados⁷”.

CONCLUSIÓN

Descendiendo al caso en concreto, los síntomas evidenciados en el examen físico de la paciente durante su estadía en el CAS CAFAM SUBA, consistentes en: “*Abdomen: Blando, depresible, sin masas ni megalias, intensamente doloroso a la palpación profunda en fosas iliacas, Blumberg Positivo. Rovsing Positivo, Psoas Positivo. Taloneo Positivo. Ruidos intestinale*”, se enmarcan en aquellos que corresponden al denominado abdomen agudo.

Teniendo en cuenta lo anterior y el protocolo de abordaje médico para el dolor abdominal agudo y la atención brindada por los profesionales del CAS CAFAM SUBA en relación con el nivel de complejidad y los servicios de este, **el diagnóstico clínico fue correcto** y soportado en los hallazgos de los profesionales de la salud, consignados en la historia clínica de la paciente y que dieron lugar a su remisión.

Ahora bien, respecto de lo oportuno y diligente que fue el tratamiento de la señora GALÁN CAMARGO incluyendo su remisión en ambulancia a un centro de atención de mayor nivel que correspondió a la clínica PARTENÓN, se dio en un lapso no superior a las 6 horas, por lo que la conducta fue diligente y atendiendo a los criterios de buena práctica y manejo de urgencias.

1.3 ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN DE LA PACIENTE LOS DÍAS 25 Y 26 DE MARZO DE 2014:

Si bien, las conductas desplegadas por los profesionales adscritos al CAS CAFAM SUBA no fueron objeto de reproche por la parte actora si resulta pertinente manifestar como la conducta desplegada en aquella oportunidad también fue diligente y acorde tanto a sintomatología que presentaba la paciente remitiéndola a un centro de mayor complejidad en donde nuevamente en solicitud del servicio de cirugía general dicha remisión fue en tiempo menor a 6 horas.

1.4 RÉGIMEN DE LA CULPA PROBADA APLICADA AL CASO EN PARTICULAR

De manera general, la culpa es un defecto, desviación o extravío de la conducta, apartarse de una regla, baremo o patrón, “*es la violación de un deber preexistente, es decir, la omisión de la diligencia exigible para prevenir o evitar el daño*”⁸. En materia médica, es considerada como la responsabilidad que se funda sobre la falta, es decir, se precisa la demostración de esa falta como factor de atribución para que haya responsabilidad.

La jurisprudencia colombiana, tanto de la Corte Suprema de Justicia, como del Consejo de Estado, han determinado que la responsabilidad por la prestación del servicio de salud es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la culpa, para la responsabilidad el título de imputación principal bajo el cual es posible configurar la responsabilidad por la actividad médica. Actividad que valga decir corresponde a una obligación de medio en el entendido en que: “*el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su*

⁷ Kizer KW, Vassar MJ. Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly. American Journal Emergency Medical 1998: 16(4):357.

⁸ Prevot, Juan Manuel. Responsabilidad civil de los médicos. Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2008, pág. 238.



alcance para curar al enfermo; de suerte que, en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación”⁹.

De lo anterior y traído al caso que nos ocupa contrario a lo afirmado por el apoderado de la parte actora podemos concluir que:

- 1) El protocolo de atención y abordaje inicial de la paciente tanto el día 4 de enero de 2014 como el 6 de enero de 2014 en el servicio de urgencias del CAS CAFAM SUBA, fue acorde y conforme la guía de atención de urgencias del Ministerio de Protección Social y correspondiente a los servicios de su nivel de complejidad como prestador de servicios de salud.
- 2) El análisis y tratamiento otorgado a la paciente en relación con la sintomatología presentada para el día 4 de enero de 2014 fue correcto y correspondía al cuadro clínico de la paciente de acuerdo con la literatura médica reseñada. En igual sentido cuando ingresa nuevamente el día 6 de enero de 2014 cuya sintomatología ha correspondido al cuadro de abdomen agudo en relación con los hallazgos y protocolos considerados y relatados a través de este escrito.
- 3) El procedimiento de remisión a un centro médico de mayor complejidad era el paso a seguir de acuerdo con el protocolo establecido y se realizó en los tiempos previstos, con el fin de que fuera a través del área de cirugía general quien le diera un diagnóstico definitivo al estado de salud de la paciente y eventual tratamiento.
- 4) Finalmente, y conforme a que los diagnósticos, tratamiento y protocolo seguido por los profesionales adscritos al CAS CAFAM SUBA se encontraron acordes con la *lex artis* aplicable a la materia de manera diligente y oportuna no puede predicarse que haya configuración alguna del elemento culpa como juicio de imputación a mi poderdante y en consecuencia de ello tampoco atribuirse responsabilidad alguna.

II. AUSENCIA DE NEXO CAUSAL

De acuerdo con el ordenamiento jurídico colombiano, Arts. 2341 y 1616 del Código Civil, la relación de causalidad entre el daño sufrido por una persona y la conducta o el hecho realizado por otra, es un requisito indispensable para la configuración de la responsabilidad civil. Siendo la actividad médica una obligación de medio y no de resultado, el nexo de causalidad en esta materia, a diferencia de la culpa, no admite, por norma general, ningún tipo de presunción¹⁰.

Descendiendo en el sub iudice, y remitiéndose a los fundamentos jurídicos de la demanda, no se evidencia proposición jurídica que estructure, evidencie y pruebe la relación de causalidad entre la atención prestada en el Centro de Atención CAS CAFAM SUBA los días 4 de enero de 2014 y 6 de enero de 2014 con las consecuencias y/o secuelas que desafortunadamente sufrió la señora GALÁN CAMARGO luego de presentarse una obstrucción intestinal y posterior peritonitis por perforación del intestino delgado, aproximadamente 2 meses después de la atención en el CAS CAFAM, que valga reiterar por demás fueron cuadros clínicos que fueron diagnosticados y tratados por dos centros de Salud de mayor complejidad y que no presentan ningún tipo de relación con IPS CAFAM, así como tampoco presentó injerencia alguna en dichos sucesos.

Contrario a lo manifestado por el apoderado de los demandantes en la demanda, mi poderdante sí garantizó y prestó los servicios médicos de calidad requeridos por la paciente en el servicio de urgencias, de lo que dan cuenta los tiempos de atención y procedimientos ejecutados conforme la sintomatología que la misma presentaba, lo que denota la inexistencia de negligencia por parte de los profesionales.

⁹ Corte Suprema de Justicia sentencia de 12 de septiembre de 1985 (G.J. No. 2419, págs. 407 y s.s) reiterada en sentencia SC12947-2016 MP Margarita Cabello Blanco.

¹⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 25 de abril de 2009, exp. 5847.



“De manera que para imputar responsabilidad a la IPS de la cual dependen los profesionales de la salud, el juez habrá de tomar en cuenta sólo aquellas acciones, omisiones o procesos que según su marco valorativo incidieron de manera preponderante en el daño sufrido por el usuario o cargarlos a la cuenta de aquellos sujetos que tuvieron control o dominio en la producción del mismo. De este modo se atribuye el hecho dañoso a un agente determinado”¹¹.

Es por ello que atendiendo a la teoría de causalidad adecuada, que en materia de responsabilidad médica ha acogido la Honorable Corte Suprema de Justicia, no se encuentra que la atención inicial recibida por la paciente haya incidido de manera alguna en el daño alegado, pues incluso la causa material que quiere atribuir la parte actora respecto de una complicación de apendicitis aguda como lo es peritonitis resulta el evento desencadenante meses después para las complicaciones que ocurrieron por un diagnóstico de ÍLEO PARALÍTICO CON PERITONITIS GENERALIZADA POR PERFORACIÓN INTESTINAL; fueron diagnosticadas y tratadas por entidades ajenas y de mayor complejidad a mi poderdante, tanto en la primera oportunidad por la CLÍNICA PARTENÓN como respecto de la segunda por la CLÍNICA JUAN CORPAS, razón por la cual ni le consta ni tuvo injerencia frente a las mismas.

Aunado a la anterior y más allá de la supuesta causalidad que se pretende trasladar a mi poderdante, el análisis de causalidad debe preceder siempre al de la existencia de la culpa en los casos en que esta se requiere para estructurar la responsabilidad como elemento autónomo, concluyendo entonces como se expuso en la excepción anterior la inexistencia del elemento culpa y la ausencia además del nexo causal entre las conductas diligentes desplegadas por los galenos de IPS CAFAM SUBA y el supuesto daño atribuido el juicio de imputación de responsabilidad se cae de su propio peso.

Por último, en relación con este aspecto, cabría mencionar también que tampoco presentaría relación alguna o nexo de causalidad el hecho de haber suministrado medicamentos para el dolor, los que, según él, “enmascararon los síntomas” como pretende se infiera por el demandante. Si se revisa la historia clínica bajo criterios de razonabilidad y, sobre todo, evitando hacer un juicio ex post sino ex ante como corresponde, se comprueba como la atención brindada por el CAS CAFAM y el suministro de medicamentos en su momento obedecieron al real motivo de ingreso por la consulta, los síntomas cardinales referidos y la escala de dolor y molestia referido por la paciente. Lo que, además de quedar constatado con los registros de la historia clínica, conforme la literatura médica y las guías adoptadas para tales situaciones, indican que ante la escala de dolor que refiera la paciente en razón a una atención humanitaria tal situación no debe perpetuarse, más, cuando la paciente conforme el cuadro que informó manifestó mejoría, incluso, el llegar a tener hambre y, sobre todo, cuando científicamente está comprobado que el espectro de ese tipo de medicamentos para manejo del dolor son relativamente cortos frente a lo que fue el desarrollo de las patologías de la paciente, su evolución, diagnóstico, atención e intervención posterior de parte de entidades que contaban con especialistas y con mayor nivel de complejidad. Ello, aunado al hecho que como demuestra el expediente, el diagnóstico definitivo y la causa del inconveniente se genera con posterioridad a las intervenciones (apendicitis, cuadro de peritonitis por perforación intestinal y obstrucción intestinal).

III. CASO FORTUITO

El caso fortuito, en materia de responsabilidad médica, ha sido definido por la jurisprudencia como:

“Se han extraído diferencias entre la fuerza mayor y el caso fortuito. Se indica que la primera es aquel suceso conocido imprevisible e irresistible que es ajeno y exterior a la actividad o al servicio que causó el daño es decir causa extraña y externa al sujeto. El caso fortuito por el contrario es irresistible, proviene de la estructura de la actividad de aquel, sin exigir la absoluta imprevisibilidad de su ocurrencia, pues requiere que no se haya previsto en el caso en concreto y puede

¹¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 24 de agosto de 2016, exp. 13925.



ser desconocido, permanecer oculto; de tal manera que no constituye una verdadera causa extraña con virtualidad para suprimir la imputabilidad del daño...”

En el caso que nos ocupa aunque no existe una absoluta imprevisibilidad respecto de la ocurrencia de una complicación quirúrgica y/o a secuelas provenientes de la gravedad de una enfermedad o patología como lo fueron las que presentó la señora GALÁN CAMARGO luego de presentar un diagnóstico de íleo paralítico y posterior peritonitis generalizada por perforación intestinal con necrosis de tejido del intestino lo que ocasionó que tuvieran que retirar parte del mismo, dicha situación si era absolutamente imprevisible e irresistible para mi representada, pues tanto el 4 de enero como el 6 de enero de 2014 los médicos adscritos al CAS CAFAM SUBA: i) no fueron quienes diagnosticaron la apendicitis aguda, ni la supuesta peritonitis alegada por la parte actora; ii) tampoco decidieron la realización de la intervención quirúrgica practicada a la paciente; iii) tampoco diagnosticaron meses posteriores la obstrucción intestinal que presentó la paciente, así como tampoco el íleo paralítico ni la peritonitis generalizada por perforación intestinal; iv) tampoco estuvieron presentes en su tratamiento, ni en las intervenciones quirúrgicas realizadas, razón por la cual consecuentemente constituyen unas situaciones de caso fortuito que desbordan el límite de responsabilidad atribuible a mi cliente por no existir solidaridad entre ésta y la clínica PARTENÓN, por ser dos personas jurídicas distintas, no subordinadas, ni dependientes entre sí.

IV. HECHO DE UN TERCERO

Se fundamenta esta excepción como causal de exoneración, partiendo del hecho que los presuntos causantes directos del daño son terceros ajenos a mi poderdante como interviniente en el juicio de responsabilidad. Para el caso sub judice, entre la Caja de Compensación Familiar Cafam como persona jurídica y la EPS FAMISANAR, no existe un vínculo legal ni jurídico que permita inferir subordinación o dependencia que a su vez devenga en la solidaridad que la ley adjudica a las instituciones prestadoras de servicios de salud, respecto de sus dependientes.

El artículo 185 de la Ley 100 de 1993 establece que *“son funciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley”*, servicio que le fue efectivamente prestado por mi poderdante a la paciente, cuando esta acudió al servicio de consulta externa en múltiples oportunidades.

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, señaló:

“El juicio de imputación del hecho como obra de las instituciones prestadoras del servicio de salud quedará desvirtuado si se prueba que el daño no se produjo por el quebrantamiento de los deberes legales de actuación de la IPS, sino a otra razón, como por ejemplo a la conducta de uno o varios agentes particulares ajenos del marco funcional de la IPS; o, en fin, a la intervención jurídicamente relevante de un tercero, de la propia víctima o a un caso fortuito”¹² (énfasis propio).

Como ya se ha expuesto previamente y, según consta en la historia clínica de la paciente, esta requería ser trasladada a un centro de salud de mayor complejidad que contara con los servicios de Cirugía General para lo cual, tal remisión se encontraba a cargo de la EPS FAMISANAR a la cual se encontraba el paciente para momento de ocurrencia de los hechos.

Remisión que queda consignada en la historia Clínica del paciente en donde los trámites de referencia y contra referencia fueron regulados por el ente asegurador, quienes lograron que la paciente fuera aceptada en la Clínica PARTENÓN tanto el 7 de enero de 2014 como el 26 de marzo de la misma anualidad; clínica que, jurídicamente resulta ser un tercero extraño por quien no se debe responder. Del recuento fáctico presentado en la contestación de la demanda se encuentra que el presunto hecho generador de la demanda que si bien

¹² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia 225 del 25 de abril de 2009, Exp. 5847.



intentan atribuir a mi representada sucede a consecuencia de la patología de íleo paralítico y la peritonitis generalizada por perforación intestinal, cuyo diagnóstico y tratamiento fueron realizados tanto en la clínica PARTENÓN como en la clínica JUAN CORPAS sujeto que en igual sentido tampoco presenta ningún tipo de relación ni subordinación con IPS CAFAM.

V. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD

Siendo la prestación del servicio médico asistencial una obligación de medio y no de resultado, al prestador de servicios de salud solo le es endilgable responsabilidad por culpa probada, y, para probar la culpa, se hace necesario demostrar la irregularidad o violación de un deber.

En punto del diagnóstico médico, *“El médico debe acercarse y observar al paciente como un ser humano, con todas sus particularidades, físicas y espirituales, y realizar así su análisis percatándose de todos los factores que posibilitan su obrar”*. Teniendo en cuenta los aspectos de su actividad, *“El médico sólo compromete su responsabilidad si incurre en un error inexcusable o si falta de otra manera a la técnica y reglas científicas prescritas”*.

En este sentido, la ley colombiana es clara al indicar que el médico debe emplear medios diagnósticos debidamente aceptados por instituciones científicas legalmente reconocidas y el ministerio de salud nacional, situación que se dio en este asunto como está descrito ampliamente en la historia clínica de la paciente con la cantidad de exámenes diagnósticos realizados y atención por equipo interdisciplinario de especialistas a sus múltiples patologías.

Como se ha expresado a lo largo del escrito de contestación a diferencia de lo manifestado por el apoderado de la parte actora los médicos de la IPS Cafam no faltaron en modo alguno a la técnica y reglas prescritas para el caso tratado de manera oportuna y diligente tanto el día 4 de enero de 2014 como 6 de enero de 2014 sin que pueda predicarse ningún tipo de relación causal entre las conductas desplegadas en dicha oportunidad y los desafortunados sucesos que padeció la señora GALAN CAMARGO **aproximadamente 3 meses después** de haber realizado la misma, el diagnóstico es aceptado de acuerdo con criterios científicos, de conformidad con el art. 12 de la ley 23 de 1981, lo cual denota ausencia total de culpa en la conducta ejecutada, ausencia de nexo causal y, por ende, exonerante de responsabilidad.

IV. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

De acuerdo con el artículo 206 del CGP, me permito objetar el juramento estimatorio formulado por la parte demandante, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1.- Siendo el daño emergente las erogaciones o menoscabo patrimonial sufrido por los demandantes como consecuencia del daño alegado, corresponde a estos probar la existencia de dichas erogaciones, no obstante, en la demanda se limita a una enunciación de unos rubros como daño emergente.

Cuando se pretende una indemnización por este concepto, quien la alega debe demostrar no solo que el daño aconteció, sino que además debe cuantificar el perjuicio de manera fehaciente, respaldado con medios de prueba que dan certeza de su existencia y cuantificación, sin embargo, lo pretendido no cuenta con sustento fáctico ni probatorio que permita inferir y menos probar su existencia.

2.- El lucro cesante pasado o consolidado, hace referencia al dinero o ganancia que el afectado con el daño deja de percibir como consecuencia de este, que para este asunto valga decir que si bien la parte actora liquida el perjuicio con base en una supuesta incapacidad que presenta la parte actora, no obstante, no es menos cierto que dentro de los mismos documentos aportados por la señora GALÁN CAMARGO responsa que la misma era cotizante y continuó ejerciendo sus labores como empleada, nótese cómo incluso de las pruebas documentales allegadas por la parte actora y que reposan en el expediente se



encuentra a folio 378 la carta de renuncia presentada por la señora GALÁN CAMARGO a su trabajo como auxiliar de cocina en el Jardín Social Piedra Verde por motivos completamente ajenos a su estado de salud a tenor literal se extrae: *“Esto obedece a motivos por sentirme agobiada por mis compañeras y al no soportarlas a ellas ni ellas a mi”*; en igual sentido a folio 400 reposa elaboración de acta de concertación de fecha 31 de julio de 2014 con el área de salud ocupacional para seguir con sus labores pero modificando las mismas acorde con las necesidades que presentó la señora durante el postoperatorio de laparotomía realizada. Así mismo, tampoco reposa prueba en relación con algún dictamen de una Junta Regional de discapacidad médica que acredite algún tipo de pérdida de capacidad laboral que fundamentara lo solicitado en este rubro y en particular los ingresos no recibidos en virtud del daño alegado.

3.- Me relevo de objetar los perjuicios por daño extrapatrimonial, por estar expresamente excluidos del juramento estimatorio, de conformidad con el inciso 6° del artículo 206 del Código General del Proceso.

V. PRUEBAS

Solicito sean decretadas como pruebas las siguientes:

Documentales

1. Historia clínica de la señora DIANA MARCELA GALÁN CAMARGO, correspondiente a su atención en el CAS CAFAM SUBA.
2. Ministerio de la Protección Social. 2009. Guías para el manejo de urgencias Tomo II. Como documento propio de la Lex Artis aplicable al caso.

Interrogatorio Pericial

De acuerdo con el artículo 228 del CGP, solicito se sirva decretar el interrogatorio de la doctora doctora que rindió el dictamen aportado por los demandantes para que absuelva interrogatorio que formularé en audiencia.

Interrogatorio de Parte

Solicito se decrete el interrogatorio de los demandantes, para que absuelva el cuestionario que LUZ ANGELA SANABRIA ROJAS formularé en audiencia, así como los representantes legales de IPS CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM, EPS FAMISANAR Y CLÍNICA PARTENÓN.

FRENTE A LA SOLICITUD PROBATORIA DE LOS DEMANDANTES

Desde ya le solicito al señor Juez sírvase NO DECRETAR como prueba pericial el documento remitido por la parte actora como dictamen pericial el informe realizado por la doctora LUZ ANGELA SANABRIA ROJAS al no cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 226 del Código General del Proceso al no anexar los soportes correspondientes respecto a los requisitos consignados en el numeral 5: *“La lista de casos en los que haya sido designado como perito o en los que haya participado en la elaboración de un dictamen pericial en los últimos cuatro (4) años. Dicha lista deberá incluir el juzgado o despacho en donde se presentó, el nombre de las partes, de los apoderados de las partes y la materia sobre la cual versó el dictamen.”* Dicha lista brilla por su ausencia dentro de los anexos del informe razón por la cual su calidad de perito no se encuentra acreditada.

VI. PETICIÓN

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, así como los argumentos de hecho y de derecho que integran la presente contestación, solicito a la Sra. Juez respetuosamente:



1. Declarar probadas las excepciones propuestas;
2. Denegar las pretensiones de la demanda;
3. Condenar en costas a los demandantes.

VII. ANEXOS

Allego como anexos de la demanda los enunciados en el acápite de pruebas, así como poder especial debidamente otorgado a favor del suscrito para actuar dentro del presente proceso y los documentos que acreditan mi calidad de abogado.

VIII. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Invoco como fundamentos de derecho de la presente contestación de demanda, los Arts. 2341, 2344 y s.s. del Código Civil. La ley 23 de 1981, así como la jurisprudencia y doctrina reseñada en la contestación de la demanda.

IX. NOTIFICACIONES

Mi poderdante, recibirá notificaciones en la Avenida Carrera 68 No 90-88 Bloque 4, Piso 4, teléfonos: (+57) 1 6468000 Ext. 2293 -2244.

El suscrito apoderado recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 74 B-56, Edificio Corficaldas, Oficina 604 en Bogotá; tel: 3112870448; email: rodrigomartinez@mvuabogados.com

Del Sr. Juez, Cordialmente,



RODRIGO MARTÍNEZ GÓMEZ
C.C. 79'791.554 de Bogotá
T.P. 123.276 C.S.J.





Bogotá D.C. 10 de octubre de 2022

Señor

JUZGADO QUINTO (5) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C

E.S.D.

Referencia: Poder proceso declarativo de
responsabilidad extracontractual Rad.

11001310300520220048000

**DEMANDANTE: DIANA MARCELA GALÁN
CAMARGO y otros.**

**DEMANDADO: CAJA DE COMPENSACIÓN
FAMILIAR CAFAM IPS y otros.**

RICARDO ANDRÉS URRUTIA GARCÍA, identificado con la cédula de ciudadanía número **77'193.632** de Valledupar, actuando en Representación de la Caja de Compensación Familiar CAFAM, manifiesto que confiero poder especial amplio y suficiente al doctor **RODRIGO MARTÍNEZ GÓMEZ**, abogado con tarjeta profesional N° **123.276** del C.S.J., para que asuma nuestra defensa y represente nuestros intereses en el asunto de la referencia.

El doctor **MARTINEZ GÓMEZ** se encuentra facultado para notificarse, contestar la demanda, responder cualquier requerimiento, actuar en este trámite y en todos los que se generen de éste a favor de los intereses de la IPS CAFAM, recurrir, sustituir, recibir, reasumir, realizar llamamiento en garantía cuando se requiera y, en general, llevar a cabo todas las actuaciones inherentes a este tipo de mandatos.

Con toda consideración,

RICARDO ANDRÉS URRUTIA GARCÍA

C.C. 77'193.632 de Valledupar

Rep. Legal CAFAM

Acepto:

RODRIGO MARTÍNEZ GÓMEZ

C.C 79'791.554 de Bogotá.

T.P. 123.276 C.S.J.

correo electrónico registrado en URNA: rodrigomartinez@mvuabogados.com

NOTARIA 52 DE BOGOTÁ D.C.
FIRMA AUTENTIFICADA

SE AUTORIZA A
INSISTENCIA DEL
INTERESADO DEL

DILIGENCIA DE AUTENTICACION

El suscrito Notario 52 del Circulo de Bogotá, CERTIFICA que la firma que aparece en el presente documento es similar a la

registrada en la Notaría por: Ricardo

Andrés Urrutia Garzón
según confrontación que se ha hecho de ella

Bogotá D.C. 28 OCT 2022



A large, stylized handwritten signature in black ink.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.791.554**

MARTINEZ GOMEZ

APELLIDOS

RODRIGO

NOMBRES



FIRMA



220258

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

123276

Tarjeta No.

03/07/2003

Fecha de
Expedicion

04/06/2003

Fecha de
Grado

RODRIGO

MARTINEZ GOMEZ

79791554

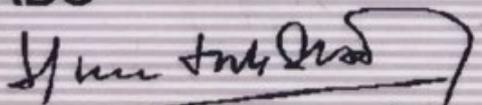
Cedula

CUNDINAMARCA

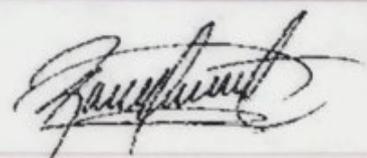
Consejo Seccional

EXTERNADO

Universidad



Presidente Consejo Superior
de la Judicatura





FECHA DE NACIMIENTO

03-MAY-1977

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

A+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

04-JUL-1995 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00173911-M-0079791554-20090829

0015531471A 1

1150105685

AGENCIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

FESA SA

11/2002-26135

40497

**ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.**

**SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS.**

SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ, D.C., 12 DE ENERO DEL 2023

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL:
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

EL SUSCRITO DELEGADO PARA LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA Y LAS MEDIDAS ESPECIALES, CON FUNDAMENTO EN LAS INSCRIPCIONES DEL REGISTRO DE LAS ENTIDADES BAJO LA VIGILANCIA DE LA SUPERINTENDENCIA.

CERTIFICA

NOMBRE: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM
NIT. 8600135703

DOMICILIO: 3
DIRECCIÓN: AK 68 No. 90-88
TELÉFONO: 6176400, 6131451
EMAIL PARA NOTIFICACIONES JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS:
notificacionesjudiciales@cafam.com.co

CONSTITUCIÓN Y OBJETO: LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM ES UNA ENTIDAD PRIVADA SIN ÁNIMO DE LUCRO, ORGANIZADA COMO CORPORACIÓN QUE CUMPLE FUNCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 21 DE 1982, ARTÍCULO 42, Y LA LEY 789 DE 2002, ARTÍCULO 16, SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS Y LAS DEMÁS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN SUSTITUYAN O ADICIONEN. GOZA DE PERSONERÍA JURÍDICA CONFERIDA POR MEDIO DE LA RESOLUCIÓN No. 2731 DE FECHA 03/10/1957 EMITIDA POR EL MINISTERIO DE JUSTICIA, SE ENCUENTRA FACULTADA PARA DESARROLLAR LAS FUNCIONES PREVISTAS EN LOS ARTÍCULOS 41 Y 62 DE LA LEY 21 DE 1982, EL ARTÍCULO 16 DE LA LEY 789 DE 2002, SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS Y LAS DEMÁS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN

CERTIFICA

REPRESENTACIÓN LEGAL:

DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 40 DE LOS ESTATUTOS, LA REPRESENTACIÓN LEGAL Y LA ADMINISTRACIÓN DIRECTA DE LA CORPORACIÓN ESTÁN A CARGO DEL DIRECTOR ADMINISTRATIVO, QUIEN SERÁ ELEGIDO POR EL CONSEJO DIRECTIVO EN SU PRIMERA REUNIÓN PARA PERÍODOS DE CUATRO AÑOS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SU ELECCIÓN Y SIN PERJURIO DE SU REMOCIÓN POR EL CONSEJO DIRECTIVO EN CASO QUE NO SE LLEVE A EFECTO LA ELECCIÓN, CONTINUARÁ COMO DIRECTOR ADMINISTRATIVO QUIEN HAYA SIDO ELEGIDO PARA EL PERÍODO INMEDIATAMENTE ANTERIOR.

DIRECTORES ADMINISTRATIVOS	NOMBRES	CÉDULA DE CIUDADANÍA	RESOLUCIÓN MEDIANTE LA CUAL SE APROBÓ SU DESIGNACIÓN
PRINCIPAL	Luis Gonzalo Giraldo Marín	17.094.468	0076 15/03/2005
SUPLENTE	Ricardo Andrés Urrutia García	77.193.632	698 08/11/2016

CERTIFICA

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL:

a) Representar a la Corporación judicial y extrajudicialmente, hacer uso de la firma de la Corporación y constituir cuando fuere el caso apoderados especiales. b) Cumplir y hacer cumplir la ley, estos estatutos, los reglamentos de la Corporación y las decisiones de la Asamblea General y del Consejo Directivo. c) Asistir con voz pero sin voto a las reuniones ordinarias y extraordinarias de la Asamblea General y del Consejo Directivo. d) Presentar a la Asamblea General en su reunión ordinaria las cuentas, inventarios, balances y memorias sobre la marcha de la Corporación. e) Convocar a la Asamblea General y al Consejo Directivo a las reuniones ordinarias y extraordinarias, conforme a la Ley, los estatutos y reglamentos. f) Delegar en empleados de la Corporación determinadas funciones. g) Dentro de los límites, estatutarios y reglamentarios, girar, aceptar, endosar, negociar en cualquier forma títulos valores y ejecutar y celebrar todos los actos o contratos que se requieran para el cumplimiento de los fines de la Corporación. h) Nombrar y remover libremente los empleados de la Corporación, señalarles funciones y asignaciones dentro de los límites que señale el Consejo Directivo en los respectivos reglamentos. i) Celebrar todos los actos de disposición y administración necesarios y conducentes al logro del objeto de la Corporación, con el sólo límite de que todo acto o contrato cuya cuantía exceda de la suma fijada por la Asamblea General debe ser aprobado por el Consejo Directivo, conforme a la Ley. j) Cuidar de la recaudación e inversión de los fondos de la Corporación. k) Cumplir las demás funciones que le asigne la Asamblea General y el Consejo Directivo y las que por la naturaleza de su cargo le correspondan. l) Implementar los procedimientos de control y revelación, verificar su operatividad al interior de la Corporación y su adecuado funcionamiento, así como las funciones relativas al control interno de conformidad con lo establecido por el Consejo Directivo en materia de riesgos. m) Las demás que le asigne la ley.

LIMITACIONES PARA CONTRATAR:

EN REUNIÓN ORDINARIA ADELANTADA EL 29 DE MARZO DE 2022 Y CUYAS DECISIONES CONSTAN EN EL ACTA NO. 72, LOS ASAMBLEÍSTAS APROBARON DE FORMA UNÁNIME MANTENER EL MONTO DE 15.000 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES COMO LÍMITE DEL DIRECTOR ADMINISTRATIVO PARA CONTRATAR SIN AUTORIZACIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO (DECISIÓN APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR MEDIANTE RESOLUCIÓN NO. 354

DEL 9 DE JUNIO DE 2022). EN REUNIÓN ORDINARIA ADELANTADA EL 05 DE JUNIO DE 2019 Y CUYAS DECISIONES CONSTAN EN EL ACTA NO. 69, LOS ASAMBLEÍSTAS APROBARON DE FORMA UNÁNIME MANTENER EL MONTO DE 15.000 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES COMO LÍMITE DEL DIRECTOR ADMINISTRATIVO PARA CONTRATAR SIN AUTORIZACIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO (DECISIÓN APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR MEDIANTE RESOLUCIÓN NO. 646 DEL 24 DE OCTUBRE DE 2019). FUE AUTORIZADO POR LA ASAMBLEA GENERAL DE AFILIADOS MEDIANTE ACTA NO. 68 DE LA CORPORACIÓN, PARA CONTRATAR SIN AUTORIZACIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO HASTA POR QUINCE MIL SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (15000 S.M.L.M.V.), DECISIÓN APROBADA POR ESTA SUPERINTENDENCIA MEDIANTE RESOLUCIÓN NO. 0350 DEL 7 DE JUNIO DE 2018. FECHA DE EJECUTORIA 25/06/2018. FUE AUTORIZADO POR LA ASAMBLEA GENERAL DE AFILIADOS MEDIANTE ACTA NO. 67 DE LA CORPORACIÓN, PARA CONTRATAR SIN AUTORIZACIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO HASTA POR QUINCE MIL SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (15000 S.M.L.M.V.), DECISIÓN APROBADA POR ESTA SUPERINTENDENCIA MEDIANTE RESOLUCIÓN NO. 0436 DEL 21 DE JUNIO DE 2017. FECHA DE EJECUTORIA 24/07/2017. MEDIANTE ACTA DE ASAMBLEA NO. 65 DE FECHA 6 DE ABRIL DE 2015, SE APROBÓ LA CUANTÍA HASTA LA CUAL PUEDE CONTRATAR EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO SIN AUTORIZACIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO EN 15.000 S.M.M.L.V. DECISIÓN APROBADA POR ESTE ENTE CON RESOLUCIÓN NO. 00279 DEL 27 DE MAYO DE 2015. (EJECUTORIADA 30/06/2015)

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES ANTE AUTORIDADES JURISDICCIONALES

NOMBRE:

Miguel Eduardo González Bohórquez
C.C. No. 19'330.359 expedida en Bogotá, D.C.
T.P. No.

DESIGNACIÓN APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 0474 DEL 10/09/2009

NOMBRE:

Ricardo Andrés Urrutia García
C.C. No. 77.193.632 expedida en Valledupar
T.P. No. 122418 del C.S.J.

DESIGNACIÓN APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 0704 DEL 03/12/2008

NOMBRE:

Luis Fernando Mora Bravo
C.C. No. 12.994.833 expedida Pasto
T.P. No. 81474 del C.S.J.

DESIGNACIÓN APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 0704 DEL 03/12/2008

NOMBRE:

Daniel Gómez Guerrero
C.C. No. 81.717.255 de Bogotá D.C.
T.P. No. 202.820

DESIGNACIÓN APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR MEDIANTE
RESOLUCIÓN No. 0765 DEL 04/12/2012

CERTIFICA

CONSEJO DIRECTIVO

PERIODO 2022-2026

REPRESENTANTES DE LOS EMPLEADORES APROBADOS MEDIANTE LA RESOLUCIÓN No. 0354 del
09/06/2022 Y AUTORIZADOS PARA EL EJERCICIO DEL CARGO A PARTIR DEL 21/06/2022:

EMPLEADORES

PRINCIPAL		
RENLÓN	AFILIADO	DESIGNADO
PRIMER RENLÓN	Empresa: Bavaria S.A. Nit Empresa: 860005224-6 Dirección Empresa: Carrera 53A No. 127 – 35 de Bogotá, D.C.	Principal 1: Alberto Preciado Arbeláez Cédula: 3.229.529 de Usaquén
SEGUNDO RENLÓN	Empresa: Pontificia Universidad Javeriana Nit Empresa: 860013720-1 Dirección Empresa: Carrera 7ª No. 40 – 62, Edificio Emilio Arango de Bogotá, D.C.	Principal 2: Jairo Humberto Cifuentes Madrid Cédula: 19.472.979 de Bogotá, D.C.
TERCER RENLÓN	Empresa: Colombiana de Telecomunicaciones S.A. E.S.P. Nit Empresa: 860.013.720-1 Dirección Empresa: Transversal 60 No. 114 A -55 de Bogotá, D.C.	Principal 3: Alfonso Gómez Palacio Cédula: 79.469.826 de Bogotá, D.C.
CUARTO RENLÓN	Empresa: Azul & Blanco Millonarios FC S.A. - MILLONARIOS FC Nit Empresa: 900430878-9 Dirección Empresa: Calle 90 No. 19 – 41 Oficina 501 de Bogotá, D.C.	Principal 4: Jorge Enrique Camacho Matamoros Cédula: 3.226.530 de Bogotá, D.C.
QUINTO RENLÓN	Empresa: Seguros Bolívar S.A. Nit Empresa: 860002180-7 Dirección Empresa: Avenida El Dorado No. 68B -31, Piso 10 de Bogotá, D.C.	Principal 5: Camilo Andrés Hernández Becerra Cédula: 79.389.185 de Bogotá, D.C.
SUPLENTE		
RENLÓN	AFILIADO	DESIGNADO



PRIMER RENGLÓN	Empresa: Universidad Nacional de Colombia Nit Empresa: 899999063-3 Dirección Empresa: Carrera 45 No. 26 -85 Edificio Uriel Gutiérrez Piso 5 Oficina 571 de Bogotá, D.C.	Suplente 1: Pablo Enrique Abril Contreras Cédula: 19.358.648 de Bogotá, D.C.
SEGUNDO RENGLÓN	Empresa: Credibanco S.A. Nit Empresa: 860.032.909-7 Dirección Empresa: carrera 68 No 75 A 50 de Bogotá D.C.	Suplente 2: Gustavo Leaño Concha Cédula: 80.409.425 de Bogotá D.C.
TERCER RENGLÓN	Empresa: Atento Colombia S.A. Nit Empresa: 830065842-5 Dirección Empresa: Calle 67 No. 12 – 35 de Bogotá, D.C.	Suplente 3: Miguel José López Estrada Cédula: 94.305.777 de Palmira
CUARTO RENGLÓN	Empresa: Universidad Santo Tomás Nit Empresa: 860012357-6 Dirección Empresa: Carrera 9a No. 51-11 de Bogotá	Suplente 4: José Joaquín Castro Rojas Cédula: 79.385.637 de Bogotá
QUINTO RENGLÓN	Empresa: Universidad Sergio Arboleda Nit Empresa: 860.351.894-3 Dirección Empresa: Calle 74 No. 14 - 14 de Bogotá	Suplente 5: Ana Paola Osorio Estupiñán Cédula: 1024491652 de Bogotá
SEXTO RENGLÓN	Empresa: Nit Empresa: Dirección Empresa:	Suplente 6: Cédula:
SÉPTIMO RENGLÓN	Empresa: Nit Empresa: Dirección Empresa:	Suplente 7: Cédula:
OCTAVO RENGLÓN	Empresa: Nit Empresa: Dirección Empresa:	Suplente 8: Cédula:
NOVENO RENGLÓN	Empresa: Nit Empresa: Dirección Empresa:	Suplente 9: Cédula:
DÉCIMO RENGLÓN	Empresa: Nit Empresa: Dirección Empresa:	Suplente 10: Cédula:

REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES DESIGNADOS MEDIANTE LA RESOLUCIÓN No. 1433 del 05/05/2022 PROFERIDA POR EL MINISTERIO DE TRABAJO Y AUTORIZADOS PARA EL EJERCICIO DEL CARGO POR ESTA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR A PARTIR DEL 26/05/2022:

TRABAJADORES



PRINCIPAL		
REGLÓN	TRABAJADOR	AFILIADO
PRIMER REGLÓN	Principal 1: William Fredy Rincón Vargas Cédula: 79.450.331 de Bogotá, D.C.	Empresa: BBVA COLOMBIA Nit Empresa: 860.003.020-1 Dirección Empresa: Carrera 9 No 72 – 21 de Bogotá, D.C.
SEGUNDO REGLÓN	Principal 2: Gustavo Serpa Mendoza Cédula: 160.396 de Bogotá D.C.	Empresa: Inmobiliaria y Constructora el Greco L.T.D.A. Nit Empresa: 860.529.170-6 Dirección Empresa: Trasversal 1 No 84 - 09 de Bogotá D.C.
TERCER REGLÓN	Principal 3: Guillermo Charcas Rojas Cédula: 3.041.867 de Girardot	Empresa: Sindicato Nacional de Trabajadores de la Industria Automotriz y Similares de Colombia SINTRAUTOSCOL Nit Empresa: 860.048.843-1 Dirección Empresa: Carrera 29 No 12 B 34 Int 10 de Bogotá, D.C.
CUARTO REGLÓN	Principal 4: Néstor Raúl Bojacá Castañeda Cédula: 79.527.973 de Bogotá, D.C.	Empresa: Imprenta Nacional Nit Empresa: 830.001.113-1 Dirección Empresa: Carrera 66 No 24 - 09 de Bogotá, D.C.
QUINTO REGLÓN	Principal 5 Carlos Abel Saavedra Zafra Cédula: 13.952.225 de Vélez	Empresa: Contraloría General de la República Nit Empresa: 899.999.067-2 Dirección Empresa: Carrera 69 No 44 - 35 piso 16 de Bogotá, D.C.
SUPLENTE		
REGLON	TRABAJADOR	AFILIADO
PRIMER REGLÓN	Suplente 1 Eduardo Gomez Guerrero Cédula: 79.908.575 de Bogotá, D.C.	Empresa: Ingeniería Estructural y Construcciones LTDA. Nit Empresa: 900.262.339-1 Dirección Empresa: Vía a Cota Km 5 de Bogotá, D.C.
SEGUNDO REGLÓN	Suplente 2 Jorge Eliecer Galindo Pimentel Cédula: 79.057.587 de Bogotá	Empresa: Unidad Nacional de Protección Nit Empresa: 900.475.780-1 Dirección Empresa: Carrera 63 No 14 - 97 de Bogotá D.C.
TERCER REGLÓN	Suplente 3 Gloria Stella Angarita Salamca Cédula: 51.940.209 de Bogotá, D.C.	Empresa: procuraduría General de la Nación Nit Empresa: 899.999.119-7 Dirección Empresa: Carrera 5 No 15 - 80 piso 7 de Bogotá, D.C.
CUARTO REGLÓN	Suplente 4 Maira Alejandra Vasquez Castellanos Cédula: 1.075.599.417 de Pacho	Empresa: Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana Nit Empresa: 899.999.025-3 Dirección Empresa: Av Carrera 68 No 68 B 31 de Bogotá, D.C.



QUINTO RENGLÓN	Suplente 5 Juan Alberto Barrios Gazabon Cédula: 18.855.782 de San Benito Abad	Empresa: Municipio de Girardot . Nit Empresa: 890.680.378-4 Dirección Empresa: Calle 16 con Carrera 8 Esquina Girardot de Bogotá, D.C.
SEXTO RENGLÓN	Suplente 6: Cédula:	Empresa: Nit Empresa: Dirección Empresa:
SÉPTIMO RENGLÓN	Suplente 7: Cédula:	Empresa: Nit Empresa: Dirección Empresa:
OCTAVO RENGLÓN	Suplente 8: Cédula:	Empresa: Nit Empresa: Dirección Empresa:
NOVENO RENGLÓN	Suplente 9: Cédula:	Empresa: Nit Empresa: Dirección Empresa:
DÉCIMO RENGLÓN	Suplente 10: Cédula:	Empresa: Nit Empresa: Dirección Empresa:

CERTIFICA

REVISOR FISCAL

PERIODO 2020-2023 Ó SU DESIGNACIÓN

REVISORES FISCALES	PERSONA JURIDICA	NOMBRES	CÉDULA DE CIUDADANÍA	TARJETA PROFESIONAL	RESOLUCIÓN MEDIANTE LA CUAL SE APROBÓ SU DESIGNACIÓN
PRINCIPAL	Deloitte Ltda NIT. 860008836-7	Germán Enrique Correa Gutiérrez	80.022.773	116506-T	0723 12/11/2021
SUPLENTE	N/A	Juan Carlos García Rodas	10.113.344	33613-T	0723 12/11/2021

Documento firmado digitalmente
 Identificador: hHYF 7d9e W0+I OB6G 4uuL 4VND Rw4=
 La validez de este documento puede verificarse en: <https://gtss.ssf.gov.co/SedeElectronica>

Carlos Andrés Esquiaqui Rangel

SUPERINTENDENTE DELEGADO PARA LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA Y LAS MEDIDAS ESPECIALES

Identificador: hHyF 7d9e W0+I OB6G 4uuL 4VND Rw4=

La validez de este documento puede verificarse en: <https://gtss.ssf.gov.co/SedeElectronica>

Documento firmado digitalmente

**SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO
FAMILIAR**

Carrera 69 No. 25 B – 44 Pisos 3, 4 y 7
PBX: (57+1) 348 7800 Bogotá - Colombia
Línea Gratuita Nacional: 018000 910 110 en Bogotá D.C.: 3487777
www.ssf.gov.co - email ssf@ssf.gov.co

República de Colombia



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social

Viceministerio de Salud y Bienestar

Guías

para Manejo de

Urgencias

3ª Edición

TOMO II

Grupo Atención de Emergencias y Desastres

Convenio

FEDERACIÓN PANAMERICANA DE ASOCIACIONES
DE FACULTADES [ESCUELAS] DE MEDICINA
FEPAFEM

2009

DOLOR ABDOMINAL AGUDO

*Jorge Alberto Ospina Londoño, MD, FACS
Profesor Asociado, Facultad de Medicina Universidad Nacional
Director Médico, Clínica del Country
Bogotá, Colombia*

INTRODUCCIÓN

Definición

El Abdomen Agudo es una condición clínica caracterizada por dolor abdominal, de instalación rápida, usualmente mayor a 6 horas y menor a 7 días, generalmente acompañado de síntomas gastrointestinales y/o sistémicos, de compromiso variable del estado general, que requiere un diagnóstico preciso y oportuno, con el fin de determinar la necesidad o no de un tratamiento quirúrgico de urgencia. La esencia del abdomen agudo como síndrome clínico es el dolor, y en la patología quirúrgica suele ser el primer síntoma.

En la evaluación del abdomen agudo se persiguen básicamente tres objetivos:

1. Establecer un diagnóstico diferencial y un plan de evaluación clínica e imaginológica.
2. Determinar si existe indicación para un tratamiento quirúrgico; la participación del cirujano desde el momento mismo del ingreso del paciente es fundamental.

3. Preparar el paciente para un tratamiento quirúrgico de forma tal que se minimice la morbilidad y la mortalidad.

En la evaluación de un paciente con dolor abdominal debe seguirse un método diagnóstico que incluya un interrogatorio preciso dirigido a establecer su forma de aparición, progresión, irradiación, migración, localización y las condiciones que lo alivian o exacerban; en segundo término, debe determinarse la presencia de síntomas asociados, su secuencia de aparición y relación con el dolor, especialmente aquellos pertinentes al tracto gastrointestinal y genitourinario.

El examen físico detallado incluye evaluación del estado general, registro de los signos vitales, inspección, auscultación, percusión y palpación abdominal, búsqueda de signos específicos, y finalmente el examen genital y rectal.

En esta condición clínica se cumple especialmente el aforismo médico de “si al terminar el interrogatorio no tiene un diagnóstico, muy probablemente tampoco lo tendrá al concluir el examen físico y menos aún con exámenes paraclínicos”.

Se podría afirmar que no existe Abdomen Agudo sin dolor abdominal, y que en las entidades que requieren tratamiento quirúrgico en el Abdomen Agudo, usualmente todas comienzan con dolor.

Los impulsos del dolor originado en la cavidad peritoneal son transmitidos tanto del sistema nervioso autónomo, como de los tractos espinotalámico lateral y anterior. Los impulsos del dolor conducidos por el tracto espinotalámico lateral se caracterizan fácilmente y tienen buena localización. Este es el dolor de irritación peritoneal parietal. El paciente localiza el dolor y lo señala con uno o dos dedos.

Los impulsos dolorosos transmitidos a través del sistema autónomo desde los órganos intraabdominales se originan en isquemia o dilatación de una víscera, o en contracciones peristálticas del músculo liso para vencer una obstrucción intraluminal. Este dolor no es bien localizado, suele ser difuso y se sitúa generalmente en la parte media del abdomen; es el dolor de irritación peritoneal

visceral. El paciente no es capaz de localizar su dolor y pasea su mano de una manera circular en la porción media del abdomen.

Las relaciones anatómicas segmentarias entre las vías autónoma y espinotalámica dan origen a un dolor visceral referido. El dolor puede no estar localizado en el sitio donde existe la patología, sino que puede referirse fuera del abdomen. Por ejemplo, situaciones intraabdominales que irritan el diafragma, como los abscesos subfrénicos, el hemoperitoneo o la úlcera perforada, pueden originar impulsos nerviosos que ascienden por vía del nervio frénico hasta el nivel de C4 y ser percibidos entonces en la base del cuello o en el hombro.

Aunque las vías de propagación del dolor no se encuentran bien definidas, estas siguen un patrón convencional, que permite en muchas situaciones sugerir algunos diagnósticos específicos:

Hombro izquierdo	Pancreatitis, derrame pleural izquierdo, trauma esplénico úlcera perforada
Hombro derecho	Úlcera perforada, pleuritis derecha, absceso subfrénico, trauma hepático
Región subescapular derecha	Enfermedad biliar
Región inguinal y genital	Enfermedad urogenital, apendicitis, hernia inguinal
Región sacra	Enfermedades de genitales y recto, aneurisma aórtico roto
Región lumbar	Pancreatitis, aneurisma aórtico roto, cólico renal, úlcera penetrada

El dolor puede presentarse de manera súbita, gradual o lenta, o puede ser la agudización de un dolor previo, de cronicidad variable, como ocurre en la úlcera perforada, la ruptura del aneurisma aórtico o del embarazo ectópico.

Algunas entidades causantes de abdomen agudo obligan a consulta rápida por la intensidad del dolor, o por los síntomas que pueden acompañarlo. Tal es el caso del dolor intenso producido por la úlcera perforada, o el síncope producido por la

ruptura del aneurisma aórtico o el embarazo ectópico, en contraste con dolores que comienzan con menor intensidad como la apendicitis aguda, la diverticulitis y algunas formas leves de pancreatitis aguda.

CAUSAS DE DOLOR DE APARICIÓN SÚBITA

- Úlcera péptica perforada.
- Ruptura de embarazo ectópico.

- Ruptura de aneurisma aórtico.
- Disección aórtica.
- Torsión testicular u ovárica.
- Hematoma de la vaina de los rectos.
- Litiasis ureteral.
- Infarto agudo de miocardio.

CAUSAS DE DOLOR DE APARICIÓN GRADUAL

- Apendicitis.
- Colecistitis.
- Úlcera péptica.
- Obstrucción del intestino delgado.
- Diverticulitis de Meckel.
- Pancreatitis.
- Anexitis.
- Diverticulitis.
- Infecciones del tracto urinario.
- Retención urinaria.

CAUSAS DE DOLOR DE APARICIÓN LENTA

- Obstrucción intestinal baja.
- Neoplasias.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Apendicitis complicada.
- Abscesos intraabdominales.

Deben establecerse con precisión las modificaciones en la intensidad del dolor, en el transcurso del tiempo, desde la aparición de los síntomas: cómo ha variado el dolor en el curso del tiempo, si se presentan períodos de remisión, si existe intermitencia, o si se ha presentado alivio y bajo qué condiciones.

El dolor de aquellas entidades en las que aparece súbitamente, suele mantener una intensidad constante y sin alivio.

El dolor de la apendicitis aguda se refiere inicialmente como molestias digestivas vagas, que el

paciente relaciona con algún alimento ingerido previamente y aparece horas más tarde con intensidad progresiva. En ocasiones puede aliviarse por la perforación del apéndice.

En la colecistitis aguda el dolor se presenta gradualmente hasta alcanzar una meseta, que se mantiene. Algunas veces se presenta alivio progresivo, hasta quedar solamente una sensación de resentimiento local.

En la obstrucción intestinal alta es característica la intermitencia del dolor: se presentan períodos de exacerbación cortos, seguidos de otros de menor intensidad un poco más largos hasta aparecer nuevamente el dolor. En la obstrucción intestinal baja los períodos de exacerbación son más espaciados que en la obstrucción del intestino delgado. Sin embargo, cuando hay isquemia intestinal por estrangulación, esta forma de presentación puede modificarse y el dolor se hace de intensidad sostenida.

La migración del dolor se refiere al cambio en la localización del dolor en el transcurso de la enfermedad. El dolor, percibido inicialmente en una determinada localización, cambia a otra. Es necesario diferenciar este concepto del de irradiación del dolor, que consiste en que el dolor percibido en un punto determinado se propaga, o se refiere a otro lugar, pero se continúa percibiendo en su sitio original.

Es característica la forma como el dolor de la apendicitis aguda, inicialmente percibido como una molestia de intensidad variable en el epigastrio, va descendiendo en el curso del tiempo para situarse luego en la región periumbilical y finalmente en la fosa ilíaca derecha en el punto de Mc Burney.

En la colecistitis aguda el dolor se percibe en el epigastrio y posteriormente migra hacia el hipocondrio derecho. En la diverticulitis aguda el dolor se siente inicialmente en la región periumbilical y posteriormente se sitúa en la fosa ilíaca izquierda.

Existen muchas formas de referirse al tipo de dolor: dolor quemante, ardor, punzante, cólico, mo-

lestia, pesadez, mordisco o picada. Sin embargo, en la práctica clínica el tipo de dolor podría resumirse así:

Cólico leve: se refiere a la percepción de una sensación de calambre abdominal, de poca intensidad y rara vez está asociado con patología abdominal de importancia.

Cólico intermitente: el dolor es de mayor intensidad, se presenta en períodos de exacerbación cortos y de gran intensidad, seguidos de alivio por un lapso de algunos minutos. Es el dolor típico de la obstrucción intestinal.

Cólico continuo: es similar al anterior, pero prácticamente no existen períodos de alivio: el dolor es constante, aunque su intensidad puede variar. Esta forma de presentación es común en la obstrucción intestinal alta, la colecistitis aguda y la litiasis ureteral.

Dolor continuo: el dolor se mantiene en el curso del tiempo y su intensidad no es cambiante. Es el dolor típico de la úlcera perforada, la pancreatitis aguda, la distensión de las vísceras huecas, la peritonitis, o el hemoperitoneo.

El dolor puede ser de localización difusa (visceral) o precisa (parietal). En general, la mayoría de los órganos permiten una localización precisa del dolor.

Dolor en epigastrio: el dolor localizado en la parte alta del abdomen se relaciona con las vísceras allí ubicadas, como también con algunas estructuras torácicas. Sin embargo, algunos dolores relacionados con patología intestinal delgada o colónica y la apendicitis pueden comenzar con dolor en el epigastrio. Las causas más comunes de dolor en el epigastrio son la colecistitis aguda, la úlcera péptica complicada y la apendicitis aguda en fase inicial.

En la colecistitis aguda el dolor suele comenzar en el epigastrio y posteriormente migrar hacia el hipocondrio derecho, reflejándose a la región dorsal y subescapular y puede exacerbarse con los movimientos respiratorios.

En la úlcera péptica puede existir o no el antecedente de dolor crónico epigástrico, exacerbado por el ayuno, la ingesta de xantinas, alcohol o algunos medicamentos y de alivio por algunos alimentos. Cuando la úlcera se complica con perforación, el dolor comienza en el epigastrio y rápidamente se generaliza, se alivia con la quietud y se exagera con los movimientos corporales e incluso hasta con los respiratorios. Cuando existe penetración de una úlcera, el dolor se refiere a la región dorso lumbar e interescapular.

En la pancreatitis aguda, el dolor comienza en el la región epigástrica, se propaga hacia los hipocondrios (en banda) y hacia la región lumbar. En formas severas de pancreatitis, el dolor puede generalizarse a todo el abdomen manteniendo una especial sensibilidad en la región epigástrica. El dolor se alivia un poco con la posición fetal.

Otras causas de dolor epigástrico pueden estar relacionadas con un origen extraabdominal y siempre deben ser tenidas en cuenta en el diagnóstico diferencial: procesos inflamatorios pleurales basales, las neumonías asociadas y el infarto agudo de miocardio. El dolor pleurítico se caracteriza por propagación al hombro y a la región dorsal, y su relación con los movimientos respiratorios. Aquellas entidades que producen irritación diafragmática como la colecistitis aguda, los abscesos subfrénicos, la úlcera perforada y la esplenomegalia pueden simular dolores pleuríticos.

El infarto miocárdico debe ser incluido siempre en el diagnóstico diferencial del dolor epigástrico. En nuestro medio debe considerarse el absceso hepático amebiano. El dolor suele ser de aparición lenta, localizado en el epigastrio o en el hipocondrio derecho y, dependiendo de su localización, puede aumentar con los movimientos respiratorios y acompañarse de signos en el examen del tórax. Su irradiación es similar a la de la colecistitis aguda, pero se diferencia de ella en la cronicidad de su aparición y en su intensidad.

CAUSAS DE DOLOR EPIGÁSTRICO

- Úlcera péptica.
- Úlcera péptica complicada.
- Colecistitis aguda.
- Apendicitis (inicialmente).
- Pancreatitis.
- Obstrucción intestinal (inicialmente).
- Absceso hepático.
- Absceso subfrénico.
- Esplenomegalia.
- Hepatomegalia.
- Pleuritis y neumonías basales.
- Infarto agudo de miocardio.

Dolor en mesogastrio: el dolor en la parte media del abdomen, hacia la región periumbilical, puede estar relacionado con las entidades que hemos mencionado anteriormente. En la apendicitis aguda, por ejemplo, el dolor puede ser percibido en los períodos iniciales en esta región y posteriormente migrar hacia el cuadrante inferior derecho. En la diverticulitis, en fase temprana, el dolor puede tener esta ubicación y luego migrar hacia el flanco y la fosa ilíaca izquierda. Los dolores originados en una obstrucción intestinal, también pueden ser percibidos en esta zona horas después de comenzar o cuando ya se ha complicado con gangrena o perforación.

Debe tenerse siempre en mente la posibilidad de aneurisma aórtico roto o en inminencia de ruptura. Se caracteriza por aparición súbita, de intensidad alta y poco variable, propagado hacia la región lumbar y glútea y puede ser confundido con pancreatitis o patología renal o ureteral; por otra parte, puede estar asociado con el hallazgo de una masa pulsátil en el examen físico y anemia y compromiso circulatorio en los casos de ruptura.

CAUSAS DE DOLOR EN MESOGASTRIO

- Apendicitis (inicialmente).

- Obstrucción intestinal.
- Pancreatitis.
- Hernias epigástrica o umbilical.
- Eventración.
- Isquemia o Gangrena Intestinal.
- Diverticulitis colónica.
- Diverticulitis de Meckel.
- Ruptura de aneurisma aórtico.

Dolor en hipogastrio: el dolor en la parte inferior del abdomen es quizás el más difícil de evaluar en el paciente con abdomen agudo. Puede originarse por el contenido de vísceras ubicadas en la parte alta del abdomen que se han perforado, o en patología propia de las estructuras allí localizadas. La posibilidad de diverticulitis perforada debe contemplarse cuando el cuadro se localiza en la parte izquierda e inferior del abdomen (“apendicitis izquierda”).

El dolor de la enfermedad pélvica inflamatoria aguda se instala gradualmente, un poco más lentamente que la apendicitis aguda, suele ser bilateral y se acompaña de menos síntomas gastrointestinales asociados. Antecedentes de flujo vaginal, menstruación reciente, uso de dispositivo intrauterino y los hallazgos de dolor a la movilización del cuello uterino en el tacto vaginal o rectal, ayudan en el diagnóstico diferencial.

El dolor de la torsión ovárica se inicia súbitamente, es de gran intensidad, no tiene períodos de alivio y se localiza desde el comienzo en la región baja del abdomen y en el tacto vaginal o rectal se encuentra una masa exquisitamente dolorosa que ocupa un fondo de saco.

El Síndrome de Mittelschmerz ocurre en la parte media del ciclo menstrual y se debe al dolor producido por la ruptura del folículo de Graaf. Su instalación es súbita y su intensidad es constante, pero se alivia progresivamente en un período no mayor de 6-12 horas.

El dolor del embarazo ectópico roto puede estar precedido de un pródromo de dolor en la parte in-

inferior del abdomen, de duración variable; posteriormente, cuando ocurre la ruptura, el dolor cambia, se agudiza y aumenta su intensidad; se acompaña de síntomas de hipotensión ortostática y evidencia clínica de hemorragia. Cuando el sangrado ha sido importante, el dolor se generaliza a todo el abdomen y los hallazgos físicos van más allá de la región pélvica. Los antecedentes menstruales, del uso de dispositivo intrauterino, de enfermedad pélvica previa y de ligadura de trompas son importantes, que sumados a los hallazgos en el examen físico de signos evidentes de hemorragia, permiten la diferenciación con otras entidades.

En la evaluación del dolor localizado en esta región abdominal debe tenerse siempre en cuenta la existencia de síntomas urinarios, polaquiuria, disuria, nicturia o hematuria, pues algunas formas de infección pueden presentarse con dolores en esta localización. La forma de presentación, la irradiación a la región lumbar y genital del dolor, y la inquietud del paciente son características en la litiasis ureteral. En pacientes varones mayores, algunas veces, la retención urinaria secundaria a obstrucción prostática puede presentarse como un cuadro de abdomen agudo. Ante la presencia de una masa en la región hipogástrica en un varón mayor de 55 años, debe considerarse esta entidad y establecer su diagnóstico mediante la evacuación vesical.

En pacientes ancianos, generalmente asociado con problemas pulmonares y tos, puede presentarse un dolor súbito localizado en la parte inferior del abdomen, de gran intensidad y seguido de la aparición de una masa de crecimiento rápido, ubicada en la parte inferior y lateral del abdomen, que corresponde al hematoma espontáneo de la vaina de los rectos secundario a ruptura de los vasos epigástricos. En ocasiones la magnitud del sangrado es tal, que se presentan signos evidentes de hipovolemia secundaria a hemorragia, y puede confundirse con ruptura de aneurisma aórtico o ílaco.

CAUSAS DE DOLOR EN EL HIPOGASTRIO

- Apendicitis.

- Anexitis.
- Embarazo ectópico roto.
- Torsión ovárica.
- Diverticulitis.
- Mittelschmerz.
- Infección urinaria.
- Aneurisma aórtico roto.
- Litiasis ureteral.
- Retención urinaria.
- Hernias inguinales.
- Hematoma de la vaina del recto.

Relación con la respiración: cuando el dolor se incrementa con los movimientos respiratorios, generalmente es debido a algún proceso inflamatorio cercano al diafragma, como ocurre en la colecistitis aguda, el absceso hepático o subfrénico y la úlcera perforada. Esta relación puede observarse durante los movimientos respiratorios los cuales suelen ser superficiales y cortos, sin patrón abdominal.

Relación con las comidas: el dolor de la colecistitis aguda puede seguir a la ingesta de algunos tipos de alimentos como las grasas. El de la úlcera péptica suele aliviarse con la ingesta de alimentos. En pancreatitis se relaciona con el antecedente de ingestión de comidas abundantes o alcohol.

EL VÓMITO

Es el síntoma que más comúnmente acompaña al dolor abdominal en el paciente con abdomen agudo. El vómito aparece precozmente en el paciente con abdomen agudo; se deben determinar sus características, cantidad, contenido.

El vómito se relaciona con las siguientes causas:

Vómito reflejo secundario a inflamación peritoneal parietal o visceral

Ocurre precozmente en el desarrollo de una enfermedad abdominal, pero usualmente sigue al dolor. Puede ser precedido o no de náuseas y

su contenido es gástrico y con mínima cantidad de bilis. Cuando la enfermedad es más severa, el vómito se repite y cada vez su contenido es de aspecto más intestinal (verde) y menos gástrico (claro, alimentos). En la medida que la enfermedad abdominal progresa y la inflamación intraperitoneal se extiende, las náuseas y el vómito pueden hacerse más frecuentes.

Vómito por obstrucción del tracto gastrointestinal o de una víscera hueca (uréteres, conducto cístico o colédoco)

En la obstrucción del tracto gastrointestinal, también puede presentarse un vómito reflejo inicial. Posteriormente las características de frecuencia, contenido y olor cambian con el nivel de la obstrucción.

En la dilatación aguda del estómago el contenido del vómito suele ser abundante, de olor característico, mínimamente mezclado con bilis y su presentación se acompaña de distensión dolorosa que se alivia con el vómito. Esta condición clínica acompaña al íleo postoperatorio, al trauma abdominal, la diabetes y a procesos infiltrativos gástricos (linfoma).

El vómito de la obstrucción pilórica en el adulto es típicamente de contenido gástrico claro, no mezclado con bilis, se acompaña de regurgitación, es abundante y su contenido se relaciona con alimentos ingeridos previamente, aún días antes, acorde con la capacidad de dilatación del estómago dada por la cronicidad.

En la obstrucción del intestino delgado el vómito puede ser inicialmente reflejo y de contenido alimenticio o claro. Cuando la obstrucción es alta el vómito es más frecuente que cuando es más distal; el contenido claro y alimenticio visto inicialmente, luego cambia a un verde claro biliar, hasta un verde oscuro. El olor cambia del olor gástrico característico a un olor fecaloide, que refleja la descomposición bacteriana del contenido intestinal y no a materia fecal que regurgita.

En la obstrucción colónica, el vómito no representa un síntoma importante. Si bien puede presen-

tarse un vómito reflejo inicial, posteriormente el proceso abdominal cursa sin vómito. Cuando aparece vómito en una obstrucción del colon, este es un evento tardío y refleja más bien otra condición intraperitoneal. El vólvulus del sigmoide es tal vez la excepción a esta pauta, pues en esta entidad el vómito es muy similar al que caracteriza la obstrucción del intestino delgado distal.

Vómito originado en el sistema nervioso central

La causa del vómito puede ser secundaria a irritación del sistema nervioso central. Las lesiones que aumentan la presión intracraneana causan vómito de origen central, lo mismo que algunos medicamentos narcóticos.

Este origen del vómito debe tenerse en cuenta especialmente en pacientes traumatizados. El médico tiene la tendencia a ubicar la causa del vómito en el tracto gastrointestinal olvidando que el vómito puede ser causado en lesiones que ocupan espacio en el cráneo.

ANORMALIDADES EN LA FUNCIÓN INTESTINAL

En igual forma a como se han investigado las características del dolor y del vómito deben averiguarse las alteraciones de la función intestinal en el abdomen agudo.

En primer término, se establece cuál es hábito intestinal del paciente para tener una base que permita cuantificar la magnitud de sus alteraciones.

Típicamente la incapacidad para expulsar flatos es característica de la obstrucción intestinal. Sin embargo el paciente obstruido puede presentar expulsión de flatos y aun hacer deposición en los períodos iniciales de obstrucción. Este hecho refleja más la presencia de gas o materia fecal distal a la obstrucción que la ausencia de obstrucción.

El íleo reflejo que acompaña a la mayoría de los procesos inflamatorios intra-peritoneales hace que el paciente manifieste sensación de distensión, incapacidad para pasar flatos y constipación. Estos hechos deben analizarse a la luz de otros

hallazgos clínicos, pues expresan más una obstrucción refleja o funcional que mecánica.

Se puede presentar diarrea no solo en procesos infecciosos bacterianos y parasitarios intestinales, sino también en procesos inflamatorios pélvicos: pelviperitonitis, anexitis, apendicitis, embarazo ectópico. Esta diarrea típicamente es escasa, frecuente y se acompaña de urgencia y tenesmo rectal; refleja un proceso irritativo local sobre la pared del recto.

Los antecedentes de deposiciones sanguinolentas, deben alertar sobre patología colónica, principalmente diverticulitis y carcinoma. La presencia de acolia indica la existencia de ictericia de tipo obstructivo.

La distensión abdominal también acompaña a muchos procesos abdominales. Es producto de la dilatación intestinal causada por íleo reflejo u obstrucción mecánica. Es común en la peritonitis, la pancreatitis y la obstrucción intestinal. Es mayor en la obstrucción intestinal baja que en la obstrucción del intestino delgado proximal.

SÍNTOMAS GENITOURINARIOS

Muchas causas de abdomen agudo pueden estar ubicadas en el tracto urinario o en los genitales. Al igual que se ha hecho con el dolor, el vómito y las alteraciones de la función intestinal, deben establecerse con precisión la presencia de síntomas urinarios y genitales y los antecedentes relacionados con la menstruación.

Se debe interrogar por disuria, frecuencia urinaria, color de la orina, coluria asociada a ictericia y a acolia, hematuria y antecedentes de obstrucción urinaria baja.

En la infección urinaria se puede presentar disuria o aumento de la frecuencia urinaria con la mayor frecuencia, pero también en procesos inflamatorios pélvicos relacionados con apendicitis, anexitis, diverticulitis complicada y embarazo ectópico.

La hematuria suele acompañar a procesos infecciosos, litiasis, trauma o neoplasia del árbol urinario. Sin embargo, la presencia de hematuria en

pacientes con abdomen agudo debe hacer sospechar litiasis.

En la mujer en edad reproductiva debe ponerse especial atención a la historia menstrual. Es necesario precisar con exactitud si hay una vida sexual activa, los métodos de anticoncepción empleados y la fecha de la última menstruación.

La historia de retardo menstrual o amenorrea reciente debe conducir a la investigación de un embarazo ectópico. El antecedente de una menstruación reciente, la presencia de flujo vaginal o el empleo de dispositivo intrauterino hacen sospechar procesos inflamatorios anaxiales. Cuando el dolor ha aparecido en mitad de un ciclo menstrual, el Mittelschmerz debe incluirse en el diagnóstico diferencial.

EXAMEN FÍSICO

Con frecuencia el médico tiene la tentación de empezar el examen del paciente por el abdomen. Sin embargo, aunque este es el foco central de atención, el examen físico debe hacerse completo y en orden.

EVALUACION GENERAL

El examen del paciente realmente se inicia durante el interrogatorio. El médico debe estar atento al relato del paciente mientras observa su apariencia general, sus gestos de dolor y su actitud; su aspecto de enfermedad aguda o crónica; la intensidad de su dolor reflejada en el rostro, la frecuencia del dolor, y si se exacerba o alivia; si su respiración es superficial o entrecortada evitando el movimiento de la pared abdominal; si esta inquieto o tranquilo; si prefiere estar acostado o camina desesperadamente.

Se examina el estado de las mucosas para establecer el grado de hidratación, la presencia de ictericia y el color de las mucosas.

PULSO Y TEMPERATURA

El hallazgo de un pulso rápido puede estar relacionado con el aumento de la temperatura, ser

la primera manifestación de un estado hipovolémico antes de que se presente un descenso de la presión arterial, o solamente ser el reflejo de la intensidad del dolor.

La existencia de un pulso normal en pacientes ancianos puede ser el reflejo de una enfermedad cardíaca asociada, o ser secundario a la ingesta de medicamentos β -bloqueadores, más que a la ausencia de una condición abdominal patológica.

La temperatura debe registrarse oral o rectalmente; la temperatura medida en la axila no es confiable. La fiebre se relaciona con procesos inflamatorios intraperitoneales, no necesariamente de origen bacteriano, pero la coexistencia de escalofrío hace pensar en bacteriemia.

Las temperaturas por encima de 39°C son comunes en peritonitis, salpingitis, pielonefritis e infección urinaria. Otras condiciones abdominales cursan con temperaturas más bajas. Picos febriles son característicos en los abscesos intraabdominales. En los extremos de la vida o en pacientes severamente sépticos, la hipotermia más que la fiebre puede ser manifestación de un proceso intraperitoneal.

EXAMEN ABDOMINAL

Completado el examen general del paciente y ya tranquilizado, se procede con el examen del abdomen.

Una vez se ha relajado el paciente se deben retirar las almohadas e iniciar la evaluación abdominal en forma ordenada siguiendo los pasos tradicionales de la semiología clásica.

Inspección

Es indispensable tomarse el tiempo necesario para una adecuada inspección. Se debe descubrir la totalidad del abdomen, incluida la parte inferior del tórax, los genitales y las regiones inguinales. Se observa el color de la piel, la presencia de hernias o cicatrices que orienten hacia el diagnóstico de obstrucción intestinal o permitan concluir que

el paciente ya tuvo, por ejemplo, una apendicetomía previa. La coloración azul del ombligo (Signo de Cullen) puede verse en pacientes con sangrado intraperitoneal y la equimosis en los flancos y la región dorsal puede verse en hemorragias retroperitoneales asociadas a pancreatitis o ruptura de aneurisma aórtico (signo de Grey Turner).

Se debe observar el contorno abdominal, si existe distensión, excavación, pulsaciones o masas anormales y el grado de tensión en la pared abdominal. Una severa distensión abdominal está asociada a un íleo reflejo u obstructivo o a peritonitis generalizada. Es característico el contorno abdominal del paciente con vólvulus sigmoideo.

Auscultación

Aunque se tiene la tendencia a auscultar muy rápidamente el abdomen, las características de los ruidos intestinales pueden ser de gran valor y por tanto deben analizarse por tiempo suficiente.

En términos generales, la ausencia de ruidos intestinales tiene la connotación de estar ante una catástrofe abdominal con peritonitis. Los sonidos intestinales del íleo reflejo se encuentran disminuidos en intensidad y frecuencia, pero rara vez están ausentes, y tienen un típico sonido de burbuja que refleja la presencia de gas y aire intraluminal.

En la obstrucción intestinal, durante la fase inicial, los sonidos se encuentran aumentados en intensidad y frecuencia, y este fenómeno se hace más aparente con mayor intensidad el dolor. Sin embargo, en estadios tardíos de obstrucción intestinal, los ruidos intestinales son prácticamente indistinguibles de los auscultados en el íleo reflejo.

Los sonidos también pueden estar aumentados en frecuencia e intensidad en las enteritis, diarreas y sangrados digestivos. Debe buscarse la presencia de soplos, se encuentran en el aneurisma aórtico o de las arterias viscerales.

Percusión

Permite averiguar si la distensión abdominal obedece a líquido o a gas intraperitoneal y su distribución.

La percusión de vísceras sólidas como el bazo o el hígado permite establecer clínicamente su tamaño. La pérdida de la matidez del hígado es característica de aire libre intraperitoneal secundaria a la ruptura de una víscera hueca, más frecuentemente el estómago, el duodeno o el colon. La percusión timpánica en la parte media del abdomen y de un sonido mate en la región de los flancos es característica de la existencia de líquido intraperitoneal. Si se cambia la posición del paciente y las zonas de matidez cambian a los sitios declives, se puede pensar que existe una gran cantidad de líquido libre en la cavidad peritoneal.

La percusión de las distintas zonas del abdomen, empezando por las zonas de menos dolor, hasta llegar a la zona donde el dolor es más intenso, permite evaluar la irritación peritoneal sin necesidad de recurrir al molesto signo de rebote (Blumberg). Si la percusión despierta intenso dolor en una determinada área, puede ser interpretado como signo característico de irritación peritoneal. Efecto similar puede ser encontrarse al pedir al paciente que tosa, que salte o transporte sobre una superficie rugosa.

Palpación

El sitio de mayor intensidad del dolor debe ser el de la primera maniobra de palpación. Identificado tal sitio, la palpación se traslada al sitio más distante posible, primero con palpación superficial, apoyando inicialmente las yemas de los dedos y finalmente la totalidad de la mano del examinador.

Se establece inicialmente la textura de la pared abdominal buscando zonas de mayor rigidez, mientras se observa cuidadosamente la cara del paciente en búsqueda de signos de dolor. A medida que la palpación progresa se va haciendo más profunda evaluando la contractura de la pared abdominal y la presencia de dolor en puntos determinados.

Algunos pacientes pueden hacer defensa voluntaria del abdomen, y este hecho debe evaluarse cuidadosamente. La defensa voluntaria suele

desaparecer durante la expiración, por lo cual es útil pedir al enfermo que respire profundamente durante la palpación abdominal. En ocasiones es conveniente distraerlo pidiendo que permita examinar su faringe o su cavidad oral, mientras se continúa la palpación abdominal, o volver a la auscultación haciendo la palpación con la campana del fonendoscopio mientras el paciente piensa que el médico lo está auscultando. El pedir al paciente que flexione sus muslos favorece la relajación de la pared abdominal y ayuda a diferenciar una defensa voluntaria de una verdadera defensa secundaria a un proceso inflamatorio intraperitoneal.

El hallazgo de defensa localizada a una región específica del abdomen hace pensar que existe un proceso irritativo local, pues no es posible hacer defensa voluntaria únicamente localizada a una zona específica del abdomen.

La palpación profunda es solamente posible cuando no existe irritación peritoneal y con ella se busca la presencia de masas, pulsaciones anormales relacionadas con dilataciones aneurismáticas, o precisar el tamaño del hígado o el bazo. Debe evaluarse el área renal realizando palpación bimanual sobre la pared anterior y la región lumbar, buscando la presencia de masas renales (baloteo renal)

En ocasiones es útil pedir al paciente que levante la cabeza, con lo cual se tensionan los músculos de la pared abdominal anterior. Si durante esta maniobra se produce dolor, el dolor probablemente obedece a causas intrínsecas de la pared abdominal o a procesos inflamatorios relacionados con el peritoneo parietal anterior.

Es muy frecuente el empleo en la práctica clínica del clásico signo de rebote (Blumberg) como inequívoco de irritación peritoneal. Aunque no cabe duda de su utilidad, despierta gran molestia en el paciente, especialmente en los niños y de hacerse al comienzo del examen, con seguridad va a hacer muy difícil la palpación ulterior. Este signo puede ser reemplazado por la percusión abdominal, como el señalado anteriormente.

Signos especiales

Signo del psoas: con el paciente acostado en decúbito supino y la extremidad inferior completamente extendida se le pide elevarla, mientras el examinador hace resistencia. Si despierta dolor, se puede concluir que existe un proceso irritativo sobre el músculo psoas, relacionado con el apéndice o un absceso retroperitoneal; también puede observarse en las hernias discales lumbares bajas.

Signo de Rovsing: es característico de la apendicitis aguda, y consiste en la aparición de dolor en el punto de Mc Burney mientras se palpa o se percute la fosa ilíaca izquierda.

Signo de Murphy: mientras se palpa el punto cístico se pide al paciente que haga una inspiración profunda. Este signo positivo caracteriza a la colecistitis aguda cuando se produce la detención repentina de la inspiración por el dolor. Puede presentarse también en procesos inflamatorios relacionados con el hígado y en los procesos pleuropulmonares basales derechos.

Signo de Kehr: es el dolor referido a los hombros, especialmente el izquierdo, cuando se palpa la región superior del abdomen, y clásicamente caracteriza a la ruptura esplénica. Es más evidente en la posición de Trendelenburg.

EXAMEN RECTAL Y GENITAL

No puede faltar en los pacientes con dolor abdominal agudo y puede aportar información importante.

El primer paso es explicar al paciente la importancia del examen y que no habrá dolor sino tan solo una molestia pasajera. Se emplean guantes bien lubricados, idealmente con una jalea anestésica. Se introduce suavemente el dedo hasta obtener una relajación completa del esfínter anal. Se evalúa el tono del esfínter, la temperatura y se inicia la palpación por la pared posterior examinando cuidadosamente sus características, con el fin de excluir neoplasias; se evalúa la próstata o el cuello

uterino, buscando dolor que puede relacionarse con procesos inflamatorios prostáticos o anexiales; se examina el fondo de saco de Douglas para detectar abombamiento por líquido pélvico.

Es útil realizar simultáneamente la palpación del abdomen en aquellas zonas en las cuales la palpación abdominal dejó alguna duda, pues la molestia producida por el examen rectal puede distraer temporalmente el dolor abdominal, permitiendo distinguir defensa voluntaria de defensa verdadera. Por último, se establece si hay materia fecal en el recto, sus características y la presencia de sangre.

En la mujer, el examinador cambia sus guantes y procede con el tacto vaginal. Evalúa la temperatura vaginal, la consistencia del cuello (el cuello del embarazo es blando), las características de su orificio externo (suele estar entreabierto en los abortos), el dolor a la movilización cervical que caracteriza los procesos inflamatorios anexiales y el embarazo tubárico. Luego, con la ayuda de la otra mano, realiza palpación abdominal y así, bimanualmente, examina los fondos de saco en búsqueda de abombamiento producido por líquido, o la presencia de masas tubáricas (embarazo ectópico) u ováricas dolorosas (torsión). Al igual que en el tacto rectal, esta maniobra distrae la atención de la paciente y permite examinar algunas zonas abdominales que hayan presentado dudas durante la palpación abdominal. Finalmente se examina el guante buscando la existencia de flujo vaginal.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El laboratorio, las imágenes y algunas formas invasoras pretenden confirmar o excluir la impresión diagnóstica.

PRUEBAS DE LABORATORIO

Cuadro hemático

El descenso en la hemoglobina y el hematocrito en presencia de dolor abdominal debe ser interpretado como causado por sangrado intraperito-

neal. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los cambios en el hematocrito pueden tomar un tiempo hasta que se produzca movimiento de líquidos del espacio intersticial e intracelular para compensar las pérdidas, o se haya iniciado la reanimación con líquidos intravenosos. El descenso en el recuento de eritrocitos es indicativo de pérdida crónica de sangre, como puede ocurrir en la enfermedad ulcerosa péptica o en algunas neoplasias del tracto gastrointestinal.

La leucocitosis es un hallazgo común en las entidades que producen inflamación intraperitoneal; sin embargo, algunas pueden cursar con recuento de células blancas normal o aun bajo, como ocurre en estados sépticos avanzados y en los extremos de la vida, hecho asociado, en general, con mal pronóstico. Tiene mayor importancia el recuento diferencial de leucocitos. El hallazgo de formas inmaduras (bandas, mielocitos y metamielocitos), conocido en la práctica clínica como “desviación a la izquierda”, es indicativo de respuesta medular a la infección.

Aspecto muy importante en la evaluación del recuento de leucocitos es su seguimiento repetido durante el curso de la enfermedad; el incremento en exámenes seriados durante el curso de la enfermedad tiene valor predictivo positivo.

Química sanguínea

- **Bilirrubinas:** la bilirrubina elevada es confirmatoria del hallazgo clínico de ictericia. Cuando la elevación es a expensas de la bilirrubina directa, esta puede relacionarse con colestasis secundaria a obstrucción biliar, aunque bien puede presentarse como respuesta a algunos estados sépticos. Para que exista ictericia clínicamente detectable, las cifras de bilirrubina deben ser superiores 2,5 mg/dL.
- **Fosfatasa alcalina:** puede elevarse en colestasis, aunque no es posible distinguir si la elevación es secundaria a colestasis intra o extrahepática, por lo cual el hallazgo de fosfatasa alcalina elevada es poco específico. Su principal valor está relacionado con la elevación en presencia de obstrucción biliar.
- **Electrolitos:** son reflejo del trastorno homeostático producido por el vómito, la diarrea o la pérdida de líquidos en tercer espacio. Las implicaciones de las alteraciones electrolíticas son fundamentalmente terapéuticas y deben tenerse presentes al planear la reposición de la volemia.
- **Glicemia:** una glucosa sanguínea alta puede reflejar solamente la respuesta metabólica a la infección. No obstante, en los pacientes diabéticos, su elevación puede ser el principal indicador de una descompensación originada en una infección intraperitoneal.
- **Nitrógeno ureico (BUN) y creatinina séricos:** estas pruebas son indicativas del estado de la función renal. Su elevación puede señalar solamente un estado hipovolémico. El valor de la creatinina sérica debe ser tenido en cuenta antes de ordenar estudios con medio de contraste intravenoso, específicamente la tomografía computadorizada.
- **Amilasas:** es común el uso de la determinación de amilasas para confirmar el diagnóstico de pancreatitis. Es de mayor utilidad la determinación de las isoenzimas. La amilasa pancreática se eleva en cerca del 80% de los pacientes con pancreatitis aguda. La elevación de amilasas no pancreáticas puede ser producto de un estado inflamatorio en otros órganos productores de amilasa: intestino delgado, glándulas salivares, hígado o aparato genital. La determinación de la amilasa urinaria en muestra colectada durante 6 horas confirma el diagnóstico de pancreatitis aguda.
- **Gonadotropina coriónica (HCG):** es una hormona secretada por el tejido trofoblástico. Es un test que bien puede realizarse en suero u orina, y el hallazgo positivo es confirmatorio de embarazo. Más de 95% de las mujeres con embarazo ectópico tienen test positivo. Cuando se emplea la medición de la subunidad beta, aumenta su especificidad. Una β -HCG negativa no excluye el diagnóstico de

embarazo ectópico. Un nivel bajo, usualmente menos de 400 mUI, se ve en el embarazo ectópico; niveles superiores se encuentran en el embarazo intrauterino.

Proteína C reactiva: es un indicador no específico de inflamación aguda. Un paciente con dolor abdominal de más de doce horas de evolución con Proteína C reactiva normal tiene menos de 2% de probabilidad de tener apendicitis aguda. Al igual que con el recuento de leucocitos, los cambios en exámenes repetidos tiene gran valor predictivo.

Uroanálisis: densidad urinaria elevada es reflejo de deshidratación. La presencia de glucosa es manifestación de hiperglicemia. Proteinuria puede indicar enfermedad renal y la presencia de bilis se observa en la ictericia.

Leucocituria sugiere el diagnóstico de infección urinaria, pero también puede presentarse cuando existe inflamación de órganos adyacentes al tracto urinario. Un recuento leucocitario mayor de 20 por campo es altamente sugestivo de infección urinaria. Es útil la coloración de Gram del sedimento urinario para confirmar la infección. Nitritos en la orina son indicativos de la presencia de gérmenes productores de nitritos, como ocurre en las infecciones por *Proteus*.

La hematuria siempre es anormal. Un recuento de hematíes bajo es posible en cuadros de infección urinaria; sin embargo, cuando la hematuria es de mayor proporción se debe sospechar litiasis, trauma o neoplasia.

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Radiografía de tórax

En la evaluación del dolor abdominal agudo la radiografía del tórax puede tener gran valor. Permite descartar o confirmar procesos pleuropulmonares que puedan causar dolor abdominal. Sin embargo, el hallazgo de derrame pleural o de atelectasias basales es común en pacientes con patología abdominal, principalmente ubicada en la parte superior, y sería un error interpretar el dolor abdo-

minal como causado por este hecho. Tal situación ocurre en abscesos subfrénicos, hepáticos, peritonitis, ruptura esplénica o pancreatitis, entre otros.

En la radiografía de pie debe buscarse la presencia de aire libre subdiafragmático que es siempre indicativo de la ruptura de una víscera hueca. Sin embargo, la ausencia de neumoperitoneo no necesariamente lo excluye. En ocasiones puede ser útil la administración de aire a través de una sonda nasogástrica para producir neumoperitoneo si se sospecha perforación de úlcera duodenal o gástrica.

Radiografía simple de abdomen

Generalmente no aporta mayor información, pero en determinadas circunstancias puede ser útil. Idealmente deben obtenerse radiografías de pie y en decúbito. Cuando es imposible realizar radiografías de pie, se las toma en decúbito lateral izquierdo luego de permanecer algunos minutos en esa posición, para detectar aire libre intraperitoneal.

El aire libre intraperitoneal suele verse en la porción más alta del abdomen, inmediatamente por debajo de la cúpula diafragmática en la radiografía tomada en posición de pie. La causa más común es la perforación de una úlcera péptica, aunque también puede aparecer como resultado de la perforación de otra víscera. Cuando un paciente ha sido recientemente operado por patología abdominal, se puede observar aire sub-diafragmático, que disminuye progresivamente, y puede permanecer hasta por dos semanas después de la intervención. Un aumento en el neumoperitoneo durante este lapso es altamente sugestivo de absceso abdominal o de perforación de víscera hueca.

El aire puede no estar libre completamente en la cavidad, pero puede dibujar el riñón derecho (retroneumoperitoneo) en casos de ruptura duodenal. La presencia de neumobilia es consistente con el diagnóstico de fístula bilioentérica o puede encontrarse después de operaciones de derivación biliodigestiva (esfinteroplastia, coledocodu-

denostomía). La pared vesicular puede verse dibujada por aire en casos de colecistitis enfisematosa, entidad relativamente común, especialmente en pacientes diabéticos descompensados con abdomen agudo y en hombres de edad avanzada con enfermedad vascular degenerativa.

Debe observarse cuidadosamente la distribución del patrón gaseoso intestinal. Normalmente, el aire se encuentra solamente en el colon. El hallazgo de aire dentro del intestino delgado siempre es anormal. Para establecer el diagnóstico de obstrucción intestinal deben existir tres elementos:

- Distensión de asas proximales al sitio de obstrucción.
- Ausencia de gas distal al sitio de la obstrucción.
- Presencias de niveles hidroaéreos escalonados.

En contraste con el cuadro obstructivo, en el íleo reflejo se observan asas delgadas y colónicas dilatadas, con presencia de gas en el colon distal, sin el aspecto escalonado de la obstrucción intestinal.

La obstrucción colónica es menos frecuente que la obstrucción del intestino delgado y es generalmente debida a vólvulus o neoplasia. Se caracteriza por la dilatación del colon proximal, con ausencia de gas distal al sitio de obstrucción y, dependiendo de la competencia de la válvula ileocecal, puede verse dilatación secundaria del intestino delgado. En el vólvulus del sigmoide la imagen es característica y consiste en dilatación masiva del colon con un asa que semeja un neumático cuya convexidad ocupa la porción derecha del abdomen. En el vólvulus del ciego hay dilatación masiva de este, y se ubica en el cuadrante superior izquierdo dando la imagen característica del "grano de café". La competencia de la válvula ileocecal puede ser un hallazgo de importancia, pues ante una obstrucción distal y una válvula cecal competente, el segmento colónico intermedio se comporta como una obstrucción en asa cerrada, muy susceptible a la perforación. Cuando el ciego alcanza un diámetro mayor de 10 cm puede decirse que existe perforación inminente.

Otros hallazgos de utilidad en la radiografía simple del abdomen pueden ser calcificaciones anormales en la vesícula, en el trayecto pieloureteral, en el área pancreática en casos de pancreatitis crónica, o fecalitos en el cuadrante inferior derecho en algunos pacientes con apendicitis aguda, particularmente en los niños lactantes.

El hallazgo de neumobilia y obstrucción intestinal concomitante puede sugerir obstrucción intestinal por cálculos biliares ("íleo biliar"). Pueden también encontrarse calcificaciones en los vasos arteriales intraabdominales, especialmente en la aorta abdominal, más aparentes en la proyección lateral, y son indicativos de aneurisma cuando su diámetro es mayor a 2 cm.

El borramiento de las líneas de los psoas, la obliteración de la grasa paracólica y la situación medial y separada de las asas son signos de líquido intraabdominal.

Urografía excretora

Especialmente útil para establecer la obstrucción del trato urinario en pacientes con sospecha de litiasis. Es posible observar calcificaciones anormales en el trayecto ureteral en la radiografía preliminar y dilatación proximal o retardo en la excreción durante las placas contrastadas.

En los últimos años la urografía ha sido reemplazada por la tomografía helicoidal sin empleo de medio de contraste ("Urotac"). Es rápida y fácil de obtener, y en pacientes con urolitiasis y síntomas atípicos permite evaluar otras causas de dolor abdominal.

Radiografías con medio de contraste

Rara vez están indicadas en el estudio diagnóstico del abdomen agudo. El colon por enema puede ser útil para investigar obstrucción intestinal de origen colónico, pero se encuentra absolutamente contraindicado cuando se sospecha gangrena o perforación intestinal.

El estudio de las vías digestivas altas prácticamente no tiene indicación en situaciones de urgencia.

Puede tener alguna utilidad en la diferenciación del íleo paralítico con la obstrucción mecánica en casos complicados, pero en la práctica clínica la tomografía con multidetectores la ha reemplazado.

Ultrasonografía (ecografía)

Puede ser útil en el diagnóstico de algunas entidades causantes de abdomen agudo; su sensibilidad y especificidad son dependientes del operador.

El uso principal reside en el diagnóstico de la enfermedad litiásica biliar. Para diagnosticar cálculos vesiculares deben existir tres elementos:

- Focos ecogénicos dentro de la luz vesicular.
- Movimientos gravitacionales de ese foco con los cambios de posición.
- Producción de una sombra acústica subyacente a ese foco ecogénico.

El diagnóstico de colecistitis se fundamenta en el engrosamiento de la pared vesicular y la presencia de líquido perivesicular. También es útil para establecer si existe dilatación de la biliar intra o extrahepática, pero es poco segura para demostrar la litiasis del colédoco. Es altamente sensible en la demostración de lesiones focales del hígado y en la evaluación renal. En situaciones de urgencia, la visualización del páncreas suele ser difícil por interposición de gas, pero si logra verse un aumento de la glándula o colecciones peripancreáticas puede establecerse el diagnóstico sonográfico de pancreatitis. Para la evaluación del diámetro y las características de la pared y la luz aórtica cuando se sospecha aneurisma aórtico la ecografía es un examen rápido y altamente sensible.

Se ha empleado también para el diagnóstico de apendicitis, con frecuencia creciente. Un apéndice mayor de 7 mm, no compresible, constante en varias imágenes sugiere el diagnóstico de apendicitis. En la mujer con dolor abdominal bajo, la ultrasonografía abdominal especialmente si se complementa con un estudio transvaginal, juega papel bien importante. Puede confirmar la presencia de embarazo ectópico, anomalías inflamatorias de los anexos o masas ováricas.

Tomografía axial computadorizada (TAC)

Preferentemente la TAC debe practicarse empleando medio intravenoso y oral. Es útil en el diagnóstico de gas o líquido libre en la cavidad peritoneal. Permite evaluar detalladamente las vísceras sólidas y las estructuras retroperitoneales (páncreas, aorta). Es de gran valor en el diagnóstico de abscesos intraperitoneales, y en casos seleccionados puede ser útil para guiar un drenaje percutáneo. Cuando se sospecha diverticulitis, la TAC es de gran utilidad para confirmar el diagnóstico, y de hecho es el estudio de elección.

En algunos casos de apendicitis de difícil diagnóstico, la TAC puede ser de gran valor.

Si bien la TAC es empleada con frecuencia creciente en la evaluación y diagnóstico de muchas condiciones abdominales, en ningún caso debe reemplazar la completa evaluación clínica.

ELECTROCARDIOGRAMA

Todo paciente con factores de riesgo para enfermedad coronaria debe tener un ECG en el curso de su evaluación por dolor abdominal, a fin de detectar infarto agudo del miocardio o anomalías del ritmo como fibrilación auricular, que puedan complicarse con embolia mesentérica.

LAPAROSCOPIA

La experiencia cada vez mayor con la colecistectomía laparoscópica y la laparoscopia ginecológica ha incrementado el uso de esta herramienta en el diagnóstico del abdomen agudo. Por ser un procedimiento invasor no carente de complicaciones y que requiere anestesia general, su uso se reserva para casos difíciles, en los que se evita la dilación del diagnóstico y se disminuye la tasa de laparotomías innecesarias.

Actualmente su uso está centrado fundamentalmente en el diagnóstico y manejo de la apendicitis aguda, en el tratamiento de la colecistitis aguda y en algunas condiciones ginecológicas como el embarazo ectópico.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Ahn SH, Mayo-Smith WW, Murphy BL, et al. Acute nontraumatic abdominal pain in adult patients: abdominal radiography compared with CT evaluation. *Radiology* 2002; 225:159-64.
2. Flasar MH, Cross R, Goldberg E. Acute abdominal pain. *Prim Care* 2006; 33:659-84.
3. Flasar MH, Goldberg E. Acute abdominal pain. *Med Clin North Am* 2006; 90:481-503.
4. Golash V, Willson PD. Early laparoscopy as a routine procedure in the management of acute abdominal pain: a review of 1,320 patients. *Surg Endosc* 2005; 19:882-5.
5. Mackerse AB, Lane MJ, Gerhardt RT, et al. Nontraumatic acute abdominal pain: unenhanced helical CT compared with threeview acute abdominal series. *Radiology* 2005; 237:114-22.
6. Martinez JP, Mattu A. Abdominal pain in the elderly. *Emerg Med Clin North Am* 2006; 24:371-88.
7. Ng CS, Watson CJ, Palmer CR, et al. Evaluation of early abdominopelvic computed tomography in patients with acute abdominal pain of unknown cause: prospective randomised study. *BMJ* 2002; 325:1387.
8. Nyhus LM, Vitello JM, Condon RE. *Abdominal Pain*. 1st ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1995.
9. Purcell TB. Nonsurgical and extraperitoneal causes of abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am* 1989; 7:721-40.
10. Salem TA, Molloy RG, O'Dwyer PJ. Prospective study on the role of C-reactive protein (CRP) in patients with an acute abdomen. *Ann R Coll Surg Engl* 2007; 89:233-7.
11. Salky BA, Edey MB. The role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of abdominal pain syndromes. *Surg Endosc* 1998; 12:911-4.
12. Schechter WP. *Peritoneum and Acute Abdomen*. En *Surgery: Basic Science and Clinical Evidence*. Norton JA, Bollinger AA, Chang AE et al. Springer, New York, 2001.

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

*Fernando Sierra, MD
Jefe, Sección de Gastroenterología
Departamento de Medicina Interna
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá*
*María Teresa Domínguez Torres, MD
Oficina de Recursos Educativos
FEPAFEM
Bogotá, Colombia*

La diarrea aguda (DA) se define como el cuadro que se caracteriza por incremento en el número de deposiciones (más de 2 a 3 en el día), con alteración en la consistencia –típicamente líquidas–, que pueden o no presentar algún grado de deshidratación y que de acuerdo al agente causal pueden estar acompañadas de moco y sangre y estar asociadas o no con síntomas generales como fiebre, escalofrío, náuseas o cólicos abdominales, y con una duración no mayor de 14 días.

EPIDEMIOLOGÍA

En la última década del siglo XX la enfermedad diarreica aguda (EDA) ha representado uno de los problemas de salud pública más serios en los países en desarrollo y se constituye en una de las principales causas de enfermedad y muerte en los niños menores de 5 años, con una tasa de mortalidad de aproximadamente 3,2 millones por año. En promedio, los niños padecen 3,3 episodios de diarrea al año, pero en algunas áreas llega a nueve episodios.

La mayor morbimortalidad se presenta en los niños menores de dos años, y se estima que aproximadamente 80 a 90% de las muertes por diarrea ocurre en ese grupo de edad. Otros factores que incrementan la mortalidad son la deshidratación, desnutrición y otras infecciones graves; sin embargo, la enfermedad diarreica también afecta a otros grupos de edad (Ministerio de Salud, 2000). Se estima que del total de muertes que suceden por diarrea en todo el mundo, más de 90% son en menores de cinco años, causadas por agentes etiológicos diferentes al cólera.

Más de 95% de los casos de EDA son autolimitados y no requieren pruebas paraclínicas ni tratamiento específico. La EDA de etiología viral frecuentemente es autolimitada y dura entre 24 y 48 horas, mientras que la EDA de etiología bacteriana se identifica con mayor frecuencia en los casos de diarrea severa.

Aunque los datos epidemiológicos son escasos, se estima que la enfermedad diarreica aguda

ocurre una vez al año por persona en los Estados Unidos. Fuera de los 250 millones de episodios anuales de diarrea aguda infecciosa, un millón de episodios por EDA se hospitalizan y 6.000 de estos casos conducen a la muerte. Generalmente, la mortalidad se presenta únicamente en la población infantil, en la vejez y en pacientes inmunodeprimidos. Cerca de la mitad de los episodios ocurren en epidemias, usualmente generadas a partir de agua o alimentos contaminados; los restantes ocurren de manera esporádica.

En Colombia, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2000, la prevalencia de esta patología es de 14% en menores de cinco años, siendo el grupo más afectado el de 6 a 11 meses, seguido por el grupo de 12 a 23 meses. Esta prevalencia aumenta a medida que aumenta el orden del nacimiento y la menor educación de la madre. De igual forma, la presencia de enfermedad diarreica es mayor en la zona rural que en la urbana, pero la diferencia no es muy grande (16% vs. 13%). Predomina en las regiones pacífica, central y oriental, especialmente en el litoral del pacífico (22%), Cauca-Nariño (19%) y el antiguo Caldas (18%).

Ciertos síntomas clínicos (fiebre, cólicos abdominales, sangre en las heces), signos (leucocitos en la materia fecal, sangre oculta, anemia y eosinofilia) y algunos aspectos del medio ambiente del paciente donde potencialmente adquiere la diarrea (hospitalización, uso de antibióticos, quimioterapia, viajes al exterior) incrementan la posibilidad de identificar el agente causal patógeno en 10 y 20% de los casos.

Los cuadros de diarrea nosocomial casi nunca son producidos por bacterias o parásitos enteroinvasivos. El *Clostridium difficile* es el agente causal en 20 y 30% de los casos.

ETIOLOGÍA

La enfermedad diarreica es causada principalmente por agentes infecciosos como bacterias,

virus y parásitos, pero también puede ser producida por ingestión de fármacos o toxinas, alteraciones en la función intestinal, intolerancia a algunos alimentos y reinstauración de nutrición enteral después de un ayuno prolongado (**tabla1**).

Tabla 1. Algunos de los numerosos agentes causales de EDA

Virus
Norovirus
Rotavirus
Astrovirus
Adenovirus
Bacterias
<i>Clostridium difficile</i>
<i>Campylobacter</i>
<i>Escherichia coli</i> (enterotoxigénica; enterohemorrágica)
<i>Salmonella</i>
<i>Shigella</i>
<i>Yersinia</i>
Vibrios
Protozoos
Giardia
<i>Entamoeba histolytica</i>
<i>Cryptosporidium</i>
<i>Isospora belli</i>
<i>Cyclospora</i>

Tomado de Goodgame R. A bayesian approach to acute infectious diarrhea in adults. *Gastroenterol Clin N Am* 2006; 35:249-73.

Diferentes escenarios epidemiológicos de EDA se muestran en la **tabla 2**. La presencia o ausencia de estos puede alterar dramáticamente la proba-

bilidad de que cierto agente etiológico sea la causa de la diarrea. Los hallazgos clínicos y de laboratorio que están asociados con la diarrea, también influyen la probabilidad de que cierto tipo de patógeno sea el agente causal (Tabla 3).

Tabla 2. Escenarios epidemiológicos que cambian la probabilidad de ciertos patógenos

Viajero
Hospital
Uso de antibióticos
Exposición [mariscos crudos, animales de finca, mascotas (anfibios o reptiles), selva]
Epidemias (período de incubación por pocas horas, por un día, más largo)
Guarderías
Ancianos
Hombres homosexuales

Tomado de Goodgame R. A bayesian approach to acute infectious diarrhea in adults. *Gastroenterol Clin N Am* 2006; 35:249-73.

Tabla 3. Hallazgos clínicos que pueden cambiar la probabilidad de ciertos patógenos

Dolor epigástrico
Náusea y vómito
Dolor abdominal central
Materia fecal de consistencia acuosa
Materia fecal sanguinolenta
Temperatura >101.3°F
Dolor abdominal bajo
Tenesmo y dolor rectal
Duración de la diarrea por más de una semana
Duración de la diarrea por más de dos semanas

Síndrome hemolítico urémico
Leucocitos en materia fecal
Ulceración del colon
Proctitis
Pseudomembranas
Enfermedad crónica (cirrosis, diabetes mellitus)
Imunodeficiencia (trasplante de órganos, quimioterapia, hipogamaglobulinemia)
HIV (CD4 > 200/mL, CD4 < 200/mL, CD4 < 75/mL)

Tomado de Goodgame R. A bayesian approach to acute infectious diarrhea in adults. *Gastroenterol Clin N Am* 2006; 35:249-73.

ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS

En la mayoría de los pacientes con cuadros de EDA leve o moderada no se requiere practicar pruebas diagnósticas paraclínicas.

En pacientes con cuadros severos o tóxicos, o en el contexto de un cuadro de diarrea en un paciente inmunodeprimido, es importante realizar cultivos de las materias fecales para identificar patógenos bacterianos invasivos, en especial para *E. coli* 0157:H7.

Un solo cultivo es suficiente para identificar la mayoría de patógenos que producen cuadros enteroinvasores; en cambio, en casos de diarrea por parásitos o *Clostridium difficile*, se requiere el cultivo de al menos tres muestras de materia fecal (Tabla No. 4).

La endoscopia del colon es innecesaria en la mayoría de los casos de EDA. En pacientes con cuadros severos, donde no se logre el cultivo del patógeno causal, o en casos que se prolonguen más de dos semanas, se indica la realización del examen endoscópico.

Tabla 4. Características operativas de las pruebas diagnósticas en la diarrea aguda

Pruebas Diagnósticas	Sensibilidad, %	Especificidad, %	Likelihood Ratio	
			Resultado (+)	Resultado (-)
Infección enteroinvasiva				
Leucos en fecales	20-90	20-90	0,25-9,0	0,11-4,0
Sangre oculta	20-90	20-90	0,25-9,0	0,11-4,0
Infección parásitos				
Examen O y P	80-90	80-90	4,0-5,0	0,10-0,20
EIA+ o DFA+	90-95	95-99	18-95	0,05-0,11
<i>Clostridium difficile</i>				
Cultivo fecales	95	95	19	0,05
Cultivos toxina tisular	67	99	67	0,33
EIA	70-95	95-99	14-95	0,05-0,32

*EIA = enzyme immunoassay (inmunoanálisis enzimático).
 DFA = direct fluorescent antibody (anticuerpo fluorescente directo).
 Examen O y P: examen para huevos (ova) y parásitos.

Situaciones de riesgo y grupos de alto riesgo para diarrea infecciosa

Viaje reciente

Países en vías de desarrollo, áreas tropicales:

- Fuerzas de paz y trabajadores voluntarios.
- Acampantes (agua no potable).

Comida inusual o circunstancias de la ingesta

- Frutos de mar, mariscos, especialmente crudos.
- Restaurantes y casas de comida rápida.
- Banquetes y picnics.

Homosexuales, trabajadores sexuales, consumidores de drogas IV, riesgo de infección por VIH

- Síndrome de intestino gay.
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Uso reciente de antimicrobianos

Instituciones

- Instituciones psiquiátricas.
- Hogares de ancianos.
- Hospitales

Tabla 5. Claves epidemiológicas para establecer el diagnóstico de diarrea infecciosa

Vehículo	Patógeno típico
Agua (incluyendo comestibles lavados)	<i>Vibrio cholerae</i> , agente Norwalk, organismos <i>Giardia</i> y <i>Cryptosporidium</i>
Alimentos	
Aves de corral	<i>Salmonella</i> , <i>Campylobacter</i> y <i>Shigella</i> sp.
Carne vacuna	<i>E. Coli</i> Enterohemorrágica, <i>Taenia saginata</i>

Continúa

Vehículo	Patógeno típico
Carne de cerdo	Platelmintos
Frutos de mar y mariscos (incluyendo sushi crudo y gefite fish)	<i>Vibrio cholerae</i> , <i>vibrio parahaemolítico</i> y <i>vibrio</i> , platelmintos y <i>anisakis</i>
Quesos	<i>Listeria sp.</i>
Huevos	<i>Salmonella sp.</i>
Alimentos con mayonesa o crema	Intoxicación por alimentos con <i>Staphylococcus</i> y <i>clostridium</i> , <i>Salmonella</i>
Tartas	<i>Salmonella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Cryptosporidium</i> y <i>Giardia sp</i>
De animales a personas (mascotas y animales de granja)	La mayoría de las bacterias entéricas, virus y parásitos
Persona a persona (incluyendo contacto sexual)	
Hogares diurnos	<i>Shigella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Cryptosporidium</i> y <i>Giardia sp.</i> ; virus; <i>Clostridium difficile</i>
Hospital, antibióticos o quimioterapia	<i>Clostridium difficile</i>
Pileta de natación	<i>Giardia</i> y <i>Cryptosporidium sp.</i>
Viajes al extranjero	<i>E. coli</i> de varios tipos; <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Giardia</i> y <i>Cryptosporidium sp.</i> ; <i>Entamoeba histolytica</i> .

TRATAMIENTO

Recomendaciones para el tratamiento adecuado del paciente con diarrea aguda:

1. Ante la ausencia de fiebre, deshidratación o hematoquezia, el manejo del paciente con DA debe estar más dirigido a controlar los síntomas que a proveer un diagnóstico y tratamiento específico y altamente depurado. Las razones para esta recomendación son:
 - a) La gran mayoría de los pacientes tienen un cuadro clínico autolimitado que es fundamentalmente producido por virus (agente *Norwalk*, *rotavirus*).
 - b) Las pruebas para el diagnóstico etiológico preciso (como cultivo de materia fecal o investigación fecal de huevos o parásitos) pueden ser muy costosas.
 - c) Casi todas las enfermedades de causa no viral remiten espontáneamente en una se-

mana. Además, en las fases tempranas de la DA el tratamiento debe estar dirigido a prevenir o reducir la deshidratación, aliviar los síntomas y evitar los factores dietéticos que puedan prolongar la enfermedad. El suero de rehidratación oral, a base de electrolitos con glucosa, debe ser suministrado a todos aquellos pacientes incapaces de mantener su estado de hidratación solamente con dieta líquida clara.

En pacientes con dolor abdominal severo tipo cólico se pueden prescribir en forma cuidadosa anti-diarréicos a base de peptina, loperamida o difenoxilato, los cuales pueden ayudar a retornar más pronto a la normalidad, e incluso pueden disminuir la pérdida de líquidos. Es frecuente que los cuadros clínicos de DA (virales o parasitarios de intestino delgado) se acompañen de un déficit transitorio (por semanas o meses) en la actividad de la disacaridasa lactasa. Por tal razón, a todos los pacientes con el cuadro de DA se les debe

- indicar una dieta carente de lactosa. Esta recomendación evita un sinnúmero de contratiempos y gastos innecesarios en cuadros clínicos que se hacen prolongados por dietas mal prescritas.
2. El examen coproscópico, en que se tiñe una muestra de materia fecal con el colorante de Wright, permite identificar en forma bastante adecuada la presencia de leucocitos; es de fácil ejecución, altamente disponible, barato y con una razonable sensibilidad y especificidad (cerca de 75%) para establecer el diagnóstico de diarrea invasiva de origen infeccioso, ya sea bacteriana o amibiana. Si el examen muestra menos de tres leucocitos por campo, se debe continuar la terapia sintomática antes de indicar el cultivo de materia fecal o sangre u otras pruebas más costosas y complicadas, como serían PCR o serología para parásitos o virus exóticos o poco frecuentes.
 3. Si la diarrea continúa sintomática por más de una semana, se debe realizar un cultivo de materia fecal y, además, practicar sigmoidoscopia con el fin de observar la mucosa y determinar la necesidad de tomar biopsias. Ante la sospecha de giardias (carácter clínico, epidemiología local, etc.) se puede administrar tratamiento empírico a base de metronidazol, ya que este parásito difícilmente se visualiza en la materia fecal.
 4. Cuando se decide realizar cultivo de materia fecal, en todos se debe indicar además un cultivo en medio selectivo para *Campylobacter fetus* subespecie jejuni debido a que este microorganismo:
 - a) Es la causa más común de diarrea en adultos.
 - b) Puede asumir clínica y endoscópicamente la apariencia de enfermedad inflamatoria intestinal o de una diarrea pseudomembranosa.
 - c) Puede causar enfermedad que dura varios meses.
 - d) El tratamiento con eritromicina suele acortar significativamente su curso.

La *Aeromonas hydrophila* es reconocida actualmente como una causa importante de DA en adultos, particularmente en pacientes que han recibido antibióticos recientemente o que han consumido agua no tratada. La bacteria es sensible a trimetropimsulfa o ciprofloxacina.
 5. Se debe sospechar diarrea pseudomembranosa por *Clostridium difficile* en pacientes que
 - a) Desarrollan el cuadro diarreico entre los 7 y 30 días después de haber recibido tratamiento con cualquier antibiótico (más comúnmente cefalosporinas o clindamicina).
 - b) Hayan estado hospitalizados por más de siete días.
 - c) Hayan sido tratados con quimioterapia para lesiones malignas.
 - d) Tengan leucocitos y/o moco y/o sangre en las materias fecales. En estos pacientes se deben realizar cultivos fecales selectivos para identificar la bacteria o indicar el estudio con ELISA para identificar las toxinas. Ante cualquier sospecha se debe iniciar tratamiento empírico con metronidazol o vancomicina según los recursos locales.
 6. Se presenten con cuadros muy tóxicos de DA (fiebre, deshidratación, sangre y abundante moco en la materia fecal). Estos comúnmente requieren hospitalización con rehidratación y equilibrio de los electrolitos por vía oral (en lo que más se pueda tolerar) o intravenosa, además de suministrar antibióticos en forma empírica mientras se obtienen los resultados de los cultivos y exámenes específicos que se soliciten al ingreso. Es importante que a todos los pacientes se les indique aislamiento entérico.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Barbut F, Leluan P, Antoniotti G et al. Value of routine stool cultures in hospitalized patients with diarrhea. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1995; 14:346-9.
2. Chitkara YK, McCasland KA, Kenefic L. Development and implementation of cost-effective guide-lines in the laboratory investigation of diarrhea in a community hospital. *Arch Intern Med* 1996; 156:1445-8.
3. De Bruyn G, Hahn S, Borwick A. Antibiotic treatment for travellers' diarrhea. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (3):CD002242.
4. Goodgame R. A bayesian approach to acute infectious diarrhea in adults. *Gastroenterol Clin N Am* 2006; 35:249-73.
5. Ilnyckj A. Clinical evaluation and management of acute infectious diarrhea in adults. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30:599-609.
6. Manabe YC, Vinetz JM, Moore RD et al. Clostridium difficile colitis: an efficient clinical approach to diagnosis. *Ann Intern Med* 1995; 123:835-40.
7. McMahon ZH, Dupont HL. The history of acute infectious diarrhea. *Aliment and Pharmacol Ther* 2007; 25:759-69.
8. Ministerio de la Protección Social-Instituto Nacional de Salud. Protocolo de mortalidad por EDA. Versión actualizada 2007.
9. Slutsker L, Ries AA, Greene KD et al. Escherichia coli O157:H7 diarrhea in the United States: clinical and epidemiologic features. *Ann Intern Med* 1997; 126:505-13.
10. Talan D, Moran GJ, Newdow M et al. Etiology of bloody diarrhea among patients presenting to United States emergency departments: prevalence of Escherichia coli O157:H7 and other enteropathogens. *Clin Infect Dis* 2001; 32:573-80.
11. Trinh C, Prabhakar K. Diarrheal diseases in the elderly. *Clin Geriatr Med* 2007; 23:833-56.

Identificación Paciente

Paciente: GALAN CAMARGO DIANA MARIA

ID. Paciente: GLCMDN79100201

Identificación: CC 52540135

Sexo: F

Edad al Ingreso: 34 años 3 meses 2 dias

Fecha de Ingreso: Jan 4 2014 2:00AM

Cama : SINCS

Fecha de Egreso:

Dependencia: CONSULTA URGENCIAS SUBA

Tipo de alta :

[FORMATOS](#)

NOTA INGRESO :

PROBLEMA :

DIAGNOSTICO INGRESO :

A09X DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

ESTADO :

Estable

CONDICION :

Ninguna

SUBJETIVO :

EDAD: 34 AÑOS OCUPACION: E. CIVIL: ACOMPAÑANTE: SOLA MC: DIARREA Y VOMITO ENF. ACTUAL: DESDE LAS 7 PM DE AYER, LUEGO DE INGESTA DE UN SANDUCHE, REFIERE DIARREA LIQUIDA SIN SANGRE 7 VECES, VOMITO PERIODICO, DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO. NO FIEBRE. REV POR SISTEMAS: GU: NO DISURIA, NO POLAQUIURIA GI: LO ANOTADO C/P: NO TOS, NO DISNEA ANTECEDENTES PATOLOGICOS:SIND. TUNEL DEL CARPO BILATERAL QUIRURGICOS: NIEGA TOXICOALERGICOS: NIEGA ALERGIAS. HOSPITALARIOS:NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGA GO:G4P3V3C3A1 FUR:7.12.2013 PLANIF: POMEROY FAMILIARES: NIEGA

OBJETIVO :

BUEN ESTADO GENERAL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA TA:119/84 FC:78xmin FR:16xmin T: 36.6 SA02:95% P: 69 Kg. C/C: MUCOSA ORAL SEMISECA ROSADA. OJOS:SIN ICTERICIA C/P:RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREGREGADOS. ABD: BLANDO, DEPRESIBLE, LEVEMENTE DOLOROSO A LA PALPACION EN EMSOGASTRIO. NO HAY MASAS NI MEGALIAS. EXTREMIDADES: SIN EDEMAS SNC: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, NO HAY SIGNOS MENINGEOS

ANALISIS :

PACIENTE CON ENF DIARREICA AGUDA Y SINDROME EMETICO, CON DESHIDRATAACION LEVE.

PLAN :

B HIOSCINA 20 MG IM, METROCLOPRAMIDA 10 MG IM, SS COPROSCOPICO. REVALORAR.

Autor:

Jan 4 2014 2:13AM FLO CARVAJAL MALAVER ALBERTO

Autor:

Jan 4 2014 2:13AM MEDICO GENERAL

EVOLUCION :

1 Jan 4 2014 2:04PM

SUBJETIVO : CONTROL ASISTE A CONTROL PERO DICE QUE N HA RECOGIDO MUESTRA DE COPROSCOPICO PORQUE DESDE LAS 2 AM NO PRESENTA NUEVOS DEPOSICIONES LIQUDIAS, REFEIRE QUE HA PRESENTADO 6 EPISODISO EMETICOS LIQUIDA AMARILLA

OBJETIVO : TA 107-62 T 37 FC 80 FR 20 PESO 67 KG OXIMETRIA 94% BUEN ESTADO GENERAL HIDRATDAA FEBRIL LUCE ALGIDA MUCOSAS HUMEDAS FARINGE NORMAL CUELLO NO MASAS RUIDOS CARDIAOS RITMCIOS SIN TAQUCAIRDIA RUDISO RESPIRATORIOS SIN AGREAGDOS SIN DIFICULTAD RESPIROTIRA ABDOMEN RUDIOS AUEMNTADOS EN FRECUENCIA DOLROOS EN FORMA DIFUSA SIN IRRITACION PERITONEAL PU;OPERCUSIION NEGATIVA NEUROLGOICO SIN DEFICIT

ANALISIS : PACIENTE RECONSULTA EL DIAD E HOY SINTOMA DE MUESTRA DE COPROSCOPICO REFIERE AUEMNTO DEL VOMITO, NO ORESENTA DESHIRATACION NI ABDOMEN AGUDO

PLAN : SE INDICA DIPRIONA 2 G IM METOCLORPAMDIA 10 MG IM REPOSO INTESTINAL 2 HORAS SE INDICA PEDIALYTE 60 PRA TOLERANCIA A LA VIA ORAL CONTROL

Autor : 1SUB LUNA AVILA TATIANA MILENA-MEDICO GENERAL

INDICACIONES :

MEDICAMENTOS :

1 Jan 4 2014 1:57PM Activa

Fecha Terminación: Indefinida METOCLOPRAMIDA AMPOLLA. X 10 MG P651293; IM

Autor: SUB LUNA AVILA TATIANA MILENA-MEDICO GENERAL

Comentarios :

Respuestas : Jan 4 2014 2:01PM CLI MEDINA CUPAJITA JENNY LASBLEIDY

Tolera; Intramuscular; se adm metoclopramida 10 mg im sin complicaicones teresa

MEDICAMENTOS :

2 Jan 4 2014 1:57PM Activa

Fecha Terminación: Indefinida DIPIRONA AMPOLLA 1 GRAMO X2ML P938671; 2G IM

Autor: SUB LUNA AVILA TATIANA MILENA-MEDICO GENERAL

Comentarios :

Respuestas : Jan 4 2014 2:01PM CLI MEDINA CUPAJITA JENNY LASBLEIDY

Tolera; Intramuscular; se adm dipirona 2 gr im sin complicaciones teresa

ORDENES DE MANEJO :

1 Jan 4 2014 2:13AM Activa

Fecha Terminación: Indefinida

Orden: SS COPROSCOPICO

Autor: FLO CARVAJAL MALAVER ALBERTO-MEDICO GENERAL

Comentarios:

Respuestas : No se ha registrado

RECETA :

Jan 4 2014 2:13AM

FLO CARVAJAL MALAVER ALBERTO

METOCLOPRAMIDA AMPOLLA. X 10 MG P651293, 1 Ampolla cada 24 hrs. durante 1 día(s)

Cantidad Solicitada : 1 AMP

Recomendacion : APLICAR IM

Jan 4 2014 2:13AM

FLO CARVAJAL MALAVER ALBERTO

HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA AMPOLLA 20MG/2.5G, 1 Ampolla cada 24 hrs. durante 1 día(s)

Cantidad Solicitada : 1 AMP

Recomendacion : APLICAR IM

Identificación Paciente

Paciente: GALAN CAMARGO DIANA MARIA

ID. Paciente: GLCMDN79100201

Identificación: CC 52540135

Sexo: F

Edad al Ingreso: 34 años 3 meses 4 dias

Fecha de Ingreso: Jan 6 2014 6:45PM

Cama : SINCS

Fecha de Egreso: Jan 7 2014 12:02AM

Dependencia: CONSULTA URGENCIAS SUBA

Tipo de alta : REMITIDO

[FORMATOS](#)

NOTA INGRESO :

PROBLEMA :

DOLOR EN LA BOCA DEL ESTOMAGO

DIAGNOSTICO INGRESO :

R102 DOLOR PELVICO Y PERINEAL

ESTADO :

Estable

CONDICION :

Ninguna

SUBJETIVO :

PACIENTE DE 34 AÑOS EN SU 4TA RECONSULTA POR DOLOR ABDOMINAL QUE COMENZO DESDE EL DIA VIERNES EN EL MOMENTO YA SE HA DADO TRATAMIENTO CON GASTROENTERITIS Y COMO GASTRITIS PERO LA PACIENTE PERSISTE CON EL DOLO EN EL MOMNETO REFIERE DOLOR LOCALIZADO EN REGION PELVICA Y PRESENCIA DE FIEBRE DE 3 DIAS DE EVOLUCION POR LO CUAL RECONSULTA

OBJETIVO :

SV TA 102/67 FC 100 FR 20 T 36.2 SAT 91 % AL AMBIENTE PESO 69 KG ABEZA MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL NO MASAS TORAX SIMETRICO SIN PRESENCIA DE TIRAJES INTERCOSTALES SIN RONCUS NI SIBILANCIAS, NO SOPLOS NO REFORZAMIENTOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE DISTENDIDO DOLOROSO A LA PALPACION EN REGION PELVICA Y EN FOSA ILIACA IZQUIERDA CON PRESENCIA DE REBOTE EN FOSA ILIACA IZQUIERDA CON SIGNO DE TALON + EXTREMIDADES BUENA PERFUSION DISTAL MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES FUERZA 5/5 ROT +++/++++ NEUROLOGICO SIN DEFICIT

ANALISIS :

PACIENTE CON ABDOMEN QUIRURGICO CON PRESENCIA DE SIGNOS DE IRRITACION LOCALIZADOS EN FOSA ILIACA IZQUIERDA EN EL MOMENTO CONSIDERO QUE LA PACIENTE DEBE SER VALORADA POR CIRUGIA GENERAL YA QUE LA PACIENTE PRESENTA SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL IDX ABDOMEN QUIRIGICO DE ORIGEN A DESCARTAR

PLAN :

PLAN LR BOLO 1000 CC CONTINUAR A 90 CC IV HORA RANITIDINA AMP 50 MG IV AHORA METOCLOPRAMIDA AMP 10 MG IV AHORA CURVA TERMICA CSV AC REMISION PARA CIRUGIA SS CUADRO HEMATICO PARCIAL DE ORINA Y GRAVINDEX

Autor:

Jan 6 2014 7:14PM SUB ROJAS MARIO ESTEBAN

NOTA INGRESO :

Autor:

Jan 6 2014 7:14PM MEDICO GENERAL

EVOLUCION :

1 Jan 6 2014 8:48PM

SUBJETIVO : Impresión Diagnóstica: 1- Dolor abdominal quirurgico Paciente quien refiere persistir con dolor intenso calificado como 10/10

OBJETIVO : Examen físico: Buen estado general, afebril, hidratada, consciente, orientada, muy ágida, colaboradora TA:125/73 FC:104/Min FR: 20/Min T37.4 °C Sat Oxígeno:93 % Ojos: Pupilas isocóricas normoreactivas a la luz Otorrino: Orofaringe normal, mucosa oral húmeda Otoscopia: Normal bilateral Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos, bien timbrados, sin soplos. Murmullo vesicular simétrico, sin agregados pulmonares Abdomen: Blando, depresible, sin masas ni megalias, intensamente doloroso a la palpación profunda en fosas iliacas, Blumberg Positivo. Rovsing Positivo, Psoas Positivo. Taloneo Positivo. Ruidos intestinales ++ Genitourinario: Normal Extremidades: Normal, pulsos periféricos presentes, llenado capilar menor de 2 seg. Neurológico: Sin déficit motor o sensitivo aparente

ANALISIS : Paciente con cuadro clinico ccompatible con apendicitis aguda, hemodinámicamente estable, en tramite de remisión aún no efectiva para manejo por cirugía general, pendiente reportes de laboratorio

PLAN : 1- Continuar manejo médico instaurado 2- Insistir en remisión

Autor : 1SUB TOBAR GUTIERREZ JAVIER FRANCISCO-MEDICO GENERAL

2 Jan 6 2014 11:43PM

SUBJETIVO : Laboratorio reporta: Hemograma: Hb: 14.7 gr/dl. Hcto: 40.4%. Leucocitos: 12.990/mm3. Neutrofilos: 81.8%, Linfocitos: 10.1%, Monocitos: 7.1%. Plaquetas: 233.000/mm3. Gonadotropina corionica: <0.1 mUI/mL Uroanálisis: Amarillo. Limpido. d: 1.000, Ph: 7. Leucocitos: 25/ul. Proteinas: 25 mg/dl. Nitritos; netgativos, Glucosa: Normal. Cuerpos cetonicos: 5. Sangre: 25/ul Sedimento urinario: Leucocitos: 2-4/campo. Bacterias: EScasas. Celulas epiteliales: 3-5/uL. Uratos amorfos: Escasos

OBJETIVO :

ANALISIS : Hemograma con leucocitosis y neutrofilia. Uroanalis dentro de limites normales. Prueba de embarazo Negativa Paciente aceptada en Clinica Partenon Pendiente tarslado

PLAN :

Autor : 2SUB TOBAR GUTIERREZ JAVIER FRANCISCO-MEDICO GENERAL

INDICACIONES :

MEDICAMENTOS :

1 Jan 6 2014 7:17PM Activa

Fecha Terminación: Indefinida RANITIDINA AMPOLLA X 50 MG P777234; 50 MG IV AHORA

Autor: SUB ROJAS MARIO ESTEBAN-MEDICO GENERAL

Comentarios :

Respuestas : Jan 6 2014 7:30PM SUB MINA GONZALEZ LUZ DARY

Tolera; Intravenosa; Se administran 50 mg de ranitidina lento y diluido previo consentimiento verbal

MEDICAMENTOS :

2 Jan 6 2014 7:17PM Activa

Fecha Terminación: Indefinida METOCLOPRAMIDA AMPOLLA. X 10 MG P651293; 10 MG IV AHORA

Autor: SUB ROJAS MARIO ESTEBAN-MEDICO GENERAL

Comentarios :

Respuestas : Jan 6 2014 7:52PM SUB MINA GONZALEZ LUZ DARY

Tolera; Intravenosa; Se administran 10 mg de metoclopramida lento y diluido previo consentimiento ver

SOLUCIONES :

1 Jan 6 2014 7:18PM Activa

Fecha Terminación: Indefinida LACTATO DE RINGER X 500ML; BOLO 1000 CC CONTINUAR A 90 CC IV HORA

Autor: SUB ROJAS MARIO ESTEBAN-MEDICO GENERAL

Comentarios : .

Respuestas : Jan 6 2014 7:30PM SUB MINA GONZALEZ LUZ DARY

Tolera; Intravenosa; Se canaliza con Jelco No 18 miembro superior izquierdo se inicia bolo de 1000 cc

CONTROL LIQUIDOS :

2101622 - Jan 6 2014 8:00PM

BALANCE :

CONTROL LIQUIDOS :

Autor : SUB TORRES MENDIVELSO, CRISTAL YULIETD
Fecha Terminacion: Jan 7 2014 12:00AM
Balance Liquidos : 1450

2101622 - Jan 6 2014 8:00PM

Liquidos de Ingreso :

-HIDRATACION PARENTERAL 1450

SIGNOS VITALES :

Signos :

Fecha : Jan 6 2014 9:58PM
Autor: SUB TORRES MENDIVELSO CRISTAL YULIETD
Tension Arterial: *Sistolica :* 120 *Diastolica:* 80 *Media :* 93
Temperatura : 36.7 *F. Respiratoria :* 18 *F. Cardiaca:* 74

Fecha : Jan 6 2014 7:56PM
Autor: SUB PEDROZA NIEVES ERIC DANIEL
Tension Arterial: *Sistolica :* 125 *Diastolica:* 73 *Media :* 90
Temperatura : 37.4 *F. Respiratoria :* 20 *F. Cardiaca:* 104

NOTAS DE ENFERMERIA :

1-Jan 6 2014 8:00PM

Autor: SUB PEDROZA NIEVES ERIC DANIEL

Estado de conciencia: Consciente

Subjetivo: DESDE EL VIERNES TENGO DOLOR EN EL ABDOMEN, HE VENIDO Y NO ME HE MEJORADO, NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS, WEIMAR GUZMAN ESPOSO. OBJETIVO: INGRESA PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS ALGUIDA, ALERTA CONCINTE ORIENTADA GLASGOW 15/15, TOLERANDO O2 AL AMBIENTE

Objetivo: SATURANDO 93%, SIN DISNEA, MUCOSA ORAL SEMISECA AFEBRIL, CEFALEA, MODERADA, VISION NORMAL, TORAX SIMETRICO SIN TIRAJES NI DOLOR, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE GLOBOSO, CON DOLOR INTENSO EN REGION PELVICA, Y FLANCO IZQ, IRRADIADO A REGION LUMBAR, PACTE NIEGA

Analisis: DISURIA Y HEMATURIA, EXTREMIDADES INTEGRAS SIN EDEMAS BUENA PERFUSIION Y PULSOS DISTALES +. ANALISIS: DOLOR ABDOMINAL. ACTIVIDADES: SE UBICA PACIENTE EN LA UNIDAD, SE BRINDA COMODIDAD Y SEGURIDAD, PREVIO CONSENTIMIENTO FIRMADO SE CANALIZA, VENA PLIEGUE

Plan: IZQ, CON YELCO 18, SE TOMA MUESTRAS, SE DEJA PASANDO BOLO DE 1000 CC DE LACTATO DE RINGER Y CONTINUA A 90 CC/H, SE ADMINISTRA PROTECCION GASTRICA SEGUN ORDEN MEDICA POR LA JEFE, SE TOMA MUESTRA PARA UROANALISIS, CON TECNICA ASEPTICA, -----

2-Jan 6 2014 8:00PM

Autor: SUB PEDROZA NIEVES ERIC DANIEL

Subjetivo: CONTINUACION DE NOTA ANTERIOR

Objetivo: CONTINUACION DE NOTA ANTERIOR

Analisis: SE INICIA PROCESO DE REMISION, PARA VALORACION POR CIRUGIA GENERAL, SE EXPLICA PROCESO, PACIENTE Y FAMILIAR REFIEREN COOMPRENDER Y ACEPTAR

Plan: VALORARA DOLOR, CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS, PACIENTE NADA VIA ORAL, PDTE REPORTES DE PARACLINICOS, Y RESPUESTA DE REMISION

3-Jan 6 2014 9:00PM

Autor: SUB TORRES MENDIVELSO CRISTAL YULIETD

Subjetivo: Paciente en compañía de familiar paciente manifiesta sentirse con dolor al igual manifiesta que no sufre de alergias a ningún medicamento

Objetivo: Recibo paciente despierto alerta orientado mucosas hidratadas tórax simétrico abdomen blando doloroso perfusión distal positiva vena periférica en miembro superior izquierdo pasando lactato a 100cc/H fio2 al 21% saturación 93 %

Analisis: ANALISIS: DOLOR ABDOMINAL. Se realiza toma de signos vitales previo consentimiento informado

Plan: p res de remiosn

4-Jan 6 2014 9:30PM

Autor: SUB TORRES MENDIVELSO CRISTAL YULIETD

Subjetivo: sale remiosn pára clínica de paretendon p ambulancia

Objetivo: sale remiosn pára clínica de paretendon p ambulancia

Analisis: sale remiosn pára clínica de paretendon p ambulancia

NOTAS DE ENFERMERIA :

Plan: sale remiosn pára clinbica de paretanon p ambulancia

5-Jan 7 2014 12:02AM

Autor: SUB TORRES MENDIVELSO CRISTAL YULIETD

Subjetivo: traslado.

Objetivo: traslado de paciente a clinica paternon.

Analisis: llega ambulancia por paciente , ambulancia serviomet movil 2 ,sale paciente en camilla de ambulancia conciente alerta afebril hidrayada saturando 93% al ambiente ,con lev pasando lactato de ringer a 100cc/h ,,,

Plan: sale estable en buen estado general en compñaia de familiar y auxiliar de ambulancia.

NOTA DE ALTA MEDICA:

Fecha Alta:

Jan 7 2014 12:02AM

Autor:

SUB TOBAR GUTIERREZ JAVIER FRANCISCO, MEDICO GENERAL

Diagnostico Alta:

K359 APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

Comentarios Dx:

Apendicitis aguda

Complicacion Principal:

Ninguna

Nota Alta:

Sale paciente remitida para Clínica Partenon en Móvil 2 de Serbiomed, en buen estado general, en compañía de familiar

Recomendaciones:

Remisión para manejo por Cirugía General

Identificación Paciente

Paciente: GALAN CAMARGO DIANA MARIA

ID. Paciente: GLCMDN79100201

Identificación: CC 52540135

Sexo: F

Edad al Ingreso: 34 años 5 meses 23 días

Fecha de Ingreso: Mar 25 2014 3:47AM

Cama : SINCS

Fecha de Egreso: Mar 25 2014 9:11PM

Dependencia: CONSULTA URGENCIAS SUBA

Tipo de alta : MANEJO AMBULATORIO

[FORMATOS](#)

NOTA INGRESO :

PROBLEMA :

DIAGNOSTICO INGRESO :

R101 DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR

ESTADO :

Estable

CONDICION :

Ninguna

SUBJETIVO :

PACIENTE DE 34 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE APROX 2 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN REGION EPIGASTRICA ASOCIADO A MULTIPLES EPISODIOS EMETICOS O REFIERE OTRA SINTOMATOLOGIA REVISION POR SISTEMAS NEUROLOGICO NO REFIERE CIRCULATORIO NO REFIERE RESPIRATORIO NO REFIERE DIGESTIVO DEPOSICION + URINARIO DIURESIS + PIEL NO REFIERE LINFATICO NO REFIERE COLAGENO NO REFIERE ORGANOS DE LOS SENTIDOS NO REFIERE ANTECEDENTES PATOLOGICOS NO REFIERE QUIRURGICOS CESAREA APENDICECTOMIA Y POMEROY ALERGICOS NO REFIERE TOXICO TOMADORA Y FUMADORA OCACIONAL TRAUMATOLOGICOS NO REFIERE VENEREOS NO REFIERE FAMILIARES NO REFIERE PERINATALES NO REFIERE AMBIENTALES NO REFIERE INMUNOLOGICOS NO REFIERE GINECOLOGICOS G4P3V3C3A0E0 MENARQUIA 12 FUR 22/203/2014 PLANIFICACION POMEROY

OBJETIVO :

PACIENTE ALERTA AFEBRIL EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SV TA 86/69 FC 66 FR 20 T 36.5 SAT94% AL AMBIENTE PESO 67 KG CABEZA MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL NO MASAS TORAX SIMETRICO NO RONCUS NO SIBILANCIAS NO SOPLOS NO REFORZAMIENTOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DISTENDIDO DOLOROSO A LA PALPACION EN REGION EPIGASTRICA E HIPOCONDRIOS DERECHO SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EXTREMIDADES BUENA PERFUSION DISTAL FUERZA 5/5 ROT ++/++++ NEURLOGICO SIN DEFICIT GLASGOW 15/15.

ANALISIS :

PACIENTE DE 34 AÑOS CON DOLOR EN REGION EPIGASTRICA CON MULTIPLES EPISODIOS EMETICOS EN EL MOMENTO AL EXAMEN FISICO SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL CON DOLOR EPIGASTRICO IRRADIADO A LA ESPALDA POR LO CUAL CONSIDERO INICIO DE MANEJO CON MEDICAMENTOS Y TOMA DE PARACLINICOS

PLAN :

PLAN RANITIDINA AMP 100 MG IM AHORA METOCLOPRAMIDA AMP 10 MG IM AHORA SS AMILASA Y FOSFATASA ALCALINA

Autor:

Mar 25 2014 4:08AM SUB ROJAS MARIO ESTEBAN

NOTA INGRESO :

Autor:

Mar 25 2014 4:08AM MEDICO GENERAL

EVOLUCION :

1 Mar 25 2014 8:33AM

SUBJETIVO : MC "CONTROL" EA PACINETE AISSTE A CONTROL TRAE REPORTE PARACLINICOS AMILASA 96 NORMAL FA 77 NORMAL REFIERE CUADRO CLINICO DE 7 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL EN EPIGASTRIO TIPO UREMICO ASOCIADO A DOLOR EN MESOGASTRIO TIPO COLICO NO IRRADIADO DE INTENSIDAD 10/10 EMESIS DE CONTENIDO ALIMENTARIO NUMERO 6 POSTERIOR A MANEJO MEDICO INSTAURADO HACE 3 HORAS CON PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGIA NIEGA OTRAS NIEGA DIARREA NIEGA SINTOMAS URINARIOS

OBJETIVO : PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL ALERTA CONCIENTE HIDRATADA TA 109/57 FC 60X FR 18X T 36 SATO2 98% MUCOSA ORAL SEMIHUMEDA OROFARINGE NORMAL CUELLO MOVIL NO ADENOPATIAS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS, DOLOROSO A LA PALPACION EN EPIGASTRIO Y MESOGASTRIO DISTENSION MARCO COLONICO ASCENDENTE NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL MURPHY NEGATIVO BLOMBERG NEGATIVO ROVSING NEGATIVO PSOAS NEGATIVO EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMAS PERFUSION < 2 SEG SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO GLASGOW 15/15

ANALISIS : PACIENTE CURS CON DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO DE INTENSIDAD 10/10 A PESAR DE MANEJO MEDICO INSTAURADO GASTRITIS AGUDA POR INTENSIDAD Y PERSISTENCIA CLINICA SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION SEGUN EVOLUCION DEFINIR CONDUCTA.

PLAN : OBSERVACION LEV SSN 0.9% 1000 CC BOLO CONTINUAR 100 CC HORA BUTIL BORMURO DE HIOSICNA DIPIRONA AMP IM AHORA SS EKG ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL CSV AC

Autor : 1GARCES SANCHEZ ROCIO DEL PILAR-MEDICO GENERAL

2 Mar 25 2014 9:10AM

SUBJETIVO : nota de las 09 00 am ekg no hay im agenes de isquemia ritmo sinusal fc 100

OBJETIVO :

ANALISIS :

PLAN :

Autor : 2SUB MORENO BEDOYA JAIME JAIR-MEDICO GENERAL

3 Mar 25 2014 11:31AM

SUBJETIVO : nota de las 10 30 am dx do or abdominal paciente quien refiere dolor ahora es intermitente niega melena niega rectorragia niega hematemesis refiere emesis + diuresis +

OBJETIVO : fc 98fr 22temp 36.5 SP02 93% TA 139 95 alerta,afebril mucosa húmeda, no signos de dificultad respiratoria, ANICTERICA ACIANOTICA, ojos pupilas isocóricas normorreactivas a la luz y acomodación, no nistagmos, CONJUNTIVAS levemente ictericas orofaringe no placas no escurrimiento posterior otoscopia no eritema no otorrea, cuello no masas no adenopatias, no rigidez nuchal cardiaco ritmico regular no agregados respiratorio murmullo vesicular simétrico no agregados, no retracciones abdomen doloroso en epiigastro a la palpación murphy negativo dolor leve en hipocondrio genital no exploró extremidades sin edema, perfusión normal neurologico no signos meningeos Glasgow 15

ANALISIS : paciente con cuadro de dolor en epigastrio eco abdomen total normal cuadro de dolor abdominal superior sin signos de irritación peritoneal a documentar cuadro inflamatorio hepático ?

PLAN : ss transaminasas y bilirrubinas nada vía oral

Autor : 3SUB MORENO BEDOYA JAIME JAIR-MEDICO GENERAL

4 Mar 25 2014 3:26PM

SUBJETIVO : hora de evolución 14:45 pm sin acompañante paciente femenino de 34 años de edad dx: 1.dolor abdominal 2. gastritis agudizada ? paciente refiere sentirse con dolor abdominal generalizado de intensidad 10/10 sin vomito no fiebre no dificultad respiratoria torelando vía oral diuresis positiva no fiebre deposiciones positivas

EVOLUCION :

OBJETIVO : FR22xmin FC 73xmin TA 110/70 mmhg t 37°C saturación 94% Glasgow 15/15 paciente conciente orientado activo reactivo, mucosa oral humeda, normocéfalo orofaringe sin alteración cuello móvil sin adenopatía , tórax simétrica expansible sin tiraje murmullo vesicular sin agregados, no disminuido , ruidos cardiaco rítmico sin soplo, abdomen blando depresible no masa ni megalia dolor a la palpación a la palpación profunda de predominio de flanco izquierdo , bulumberg negativo rosuing engativo psoa negativo , no signo de irritación peritoneal , puños percusión negativo , extremidades simétrica sin edema , eutrófica, pulso periféricos presente, columna lumbar lineal sin desviación , sin dolor al palpación , sin déficit neurológico activa, reactiva , no alteración de pares craneales, no signo meningeos ,

ANALISIS : paciente con cuadro clinico de aproximadamente 14 horas de evolucion con cuadro clinico consistente en dolor abdominal en epigastrio tipo colico irradiado a generalizado acompañada de vomito de contenido alimentario en multiplex episodio no contables niega otra sintomatologia niega episodio previos niega noxa contagio niega tratamiento , realizan creatinina 0.7 normales, ecografia renal y avia urinaria normales fosfata alcalaina negativas, amilasa normal , ecografia abdoamianl normal uronalisis sin signo de infeccion , transaminasa negativa bilirrubians normales al examen fisico paciente algida afebril activa reactiva mucosa oral humeda con persistencia de episodio de vomito , abdomen blando con dolro a al aplapcion profunda en de predominio de flanco izuquierdo , no signo de irritacion peritoneal en amnejo analgesico y hidraticion

PLAN : control de signo vitales y avisar cambios vigilar dolor abdominal nada via orla ver ordenes medicas

Autor : 4SUB BORRERO ORTIZ MARINA ISABEL-MEDICO GENERAL

5 Mar 25 2014 9:11PM

SUBJETIVO : diagnostico gastritis aguda diuresis positiva depsoion negativa tolera via oral, sin dolor

OBJETIVO : ta 120 80 fc 90 fr 18 satuirea 92 orl torax cp normal abdomen dolor al plapr el epigastrio extremiades normales

ANALISIS : pacinte con dolor abdominal secundario en plan de egreso da signos de alarma para su retorno

PLAN : da tratamiento incapacita 3 dias

Autor : 5SUB VILLEGAS DUQUE CARLOS GUSTAVO-MEDICO GENERAL

INDICACIONES :

MEDICAMENTOS :

1 Mar 25 2014 8:33AM Activa

Fecha Terminación: Indefinida HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA AMPOLLA 20MG/2.5G; IM AHORA

Autor: GARCES SANCHEZ ROCIO DEL PILAR-MEDICO GENERAL

Comentarios :

Respuestas : Mar 25 2014 8:47AM FLO PINZON TAMAYO CLAUDIA PATRICIA

Tolera; Intravenosa; PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO SE ADMINISTRA MEDICAMENTO ORDENADO

MEDICAMENTOS :

2 Mar 25 2014 2:58PM Activa

Fecha Terminación: Indefinida TRAMADOL CAPSULA X 50 MG; aplicar iv diluido y lento

Autor: SUB BORRERO ORTIZ MARINA ISABEL-MEDICO GENERAL

Comentarios :

Respuestas : Mar 25 2014 4:00PM FLO TEJEDOR PAEZ NELLY MILENA

Tolera; Intravenosa; se administra tramal 10 mg iv lento y diluido previo consentimiento de familia

MEDICAMENTOS :

3 Mar 25 2014 2:59PM Activa

Fecha Terminación: Indefinida METOCLOPRAMIDA AMPOLLA. X 10 MG P651293; iv diluido y lento

Autor: SUB BORRERO ORTIZ MARINA ISABEL-MEDICO GENERAL

Comentarios :

Respuestas : Mar 25 2014 3:10PM FLO TEJEDOR PAEZ NELLY MILENA

Tolera; Intravenosa; se administra metoclopramida 10 mg iv lento y diluido previo consentimiento de

MEDICAMENTOS :

4 Mar 25 2014 2:59PM Activa

Fecha Terminación: Indefinida RANITIDINA AMPOLLA X 50 MG P777234; aplicar iv diluido y lento

Autor: SUB BORRERO ORTIZ MARINA ISABEL-MEDICO GENERAL

Comentarios :

Respuestas : Mar 25 2014 3:00PM FLO TEJEDOR PAEZ NELLY MILENA

Tolera; Intravenosa; se administra ranitidina 50 mg iv lento y diluido previo consentimiento de fami

INDICACIONES :

MEDICAMENTOS :

5 Mar 25 2014 8:23PM Activa
Fecha Terminación: Indefinida DIPIRONA AMPOLLA 1 GRAMO X2ML P938671; iv diluida y lenta
Autor: SUB BORRERO ORTIZ MARINA ISABEL-MEDICO GENERAL
Comentarios :
Respuestas : Mar 25 2014 4:00PM FLO TEJEDOR PAEZ NELLY MILENA
Tolera; Intravenosa; Se administra dipirona 1 GR iv lento y diluido previo consentimiento De pacien

SOLUCIONES :

1 Mar 25 2014 8:34AM Activa
Fecha Terminación: Indefinida SOLUCION SALINA AL 0.9% X 500 ML BOLSA; SSN 0.9% 1000 CC BOLO CONTINUAR 100 CC HORA
Autor: GARCES SANCHEZ ROCIO DEL PILAR-MEDICO GENERAL
Comentarios : SSN 0.9% 1000 CC BOLO CONTINUAR 100 CC HORA
Respuestas : Mar 25 2014 8:48AM FLO PINZON TAMAYO CLAUDIA PATRICIA
Tolera; Intravenosa; PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO SE ADMINISTRA MEDICAMENTO ORDENADO

SOLUCIONES :

2 Mar 25 2014 8:23PM Activa
Fecha Terminación: Indefinida SOLUCION SALINA AL 0.9% X 1000 ML BOLSA; 1000cc en iv en bolo
Autor: SUB BORRERO ORTIZ MARINA ISABEL-MEDICO GENERAL
Comentarios : iv
Respuestas : Mar 25 2014 4:00PM FLO TEJEDOR PAEZ NELLY MILENA
Tolera; Intravenosa; Se administra solucion salina 1000cc y continuar a 100c/h previo consentimiento

ORDENES DE MANEJO :

1 Mar 25 2014 8:33AM Activa
Fecha Terminación: Indefinida
Orden: OBSERVACION
Autor: GARCES SANCHEZ ROCIO DEL PILAR-MEDICO GENERAL
Comentarios:
Respuestas : Mar 25 2014 8:47AM FLO PINZON TAMAYO CLAUDIA PATRICIA
Tolera; SE UBICA EN UNIDAD 12 CON BARANDAS ARRIBA

ORDENES DE MANEJO :

2 Mar 25 2014 8:34AM Activa
Fecha Terminación: Indefinida
Orden: SSN 0.9% 1000 CC BOLO CONTINUAR 100 CC HORA
Autor: GARCES SANCHEZ ROCIO DEL PILAR-MEDICO GENERAL
Comentarios:
Respuestas : Mar 25 2014 8:48AM FLO PINZON TAMAYO CLAUDIA PATRICIA
Tolera; PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO SE ADMINISTRA MEDICAMENTO ORDENADO

ORDENES DE MANEJO :

3 Mar 25 2014 8:34AM Activa
Fecha Terminación: Indefinida
Orden: SS EKG
Autor: GARCES SANCHEZ ROCIO DEL PILAR-MEDICO GENERAL
Comentarios:
Respuestas : Mar 25 2014 8:48AM FLO PINZON TAMAYO CLAUDIA PATRICIA
Tolera;

ORDENES DE MANEJO :

4 Mar 25 2014 11:33AM Activa
Fecha Terminación: Indefinida
Orden: ss tgo tgp bilirrubinas
Autor: SUB MORENO BEDOYA JAIME JAIR-MEDICO GENERAL
Comentarios:
Respuestas : Mar 25 2014 12:39PM FLO PINZON TAMAYO CLAUDIA PATRICIA
Tolera;

CONTROL LIQUIDOS :

2150716 - Mar 25 2014 8:47AM

BALANCE :

Autor : SUB JIMENEZ ESQUEA, NATAY LISSETH
Fecha Terminacion: Mar 25 2014 1:00PM
Balance Liquidos : 1500

2150716 - Mar 25 2014 8:47AM

Liquidos de Ingreso :

CONTROL LIQUIDOS : -HIDRATACION PARENTERAL 1500

Autor : FLO PAEZ MARTINEZ, DERLY ANDREA
Fecha Terminacion: Mar 25 2014 8:00PM
Balance Liquidos : 550

-HIDRATACION PARENTERAL 700

-VIA ORAL 100

2150899 - Mar 25 2014 1:00PM

Liquidos de Egreso :

-DIURESIS 250

Autor : SUB NAJAR BALLESTEROS, JUAN PABLO
Fecha Terminacion: Mar 25 2014 10:12PM
Balance Liquidos : 120

-HIDRATACION PARENTERAL 200

-DIURESIS 80

SIGNOS VITALES :

Signos :

Fecha : Mar 25 2014 2:26PM
Autor: FLO PAEZ MARTINEZ DERLY ANDREA
Tension Arterial: *Sistolica :* 108 *Diastolica:* 66 *Media :* 80
Temperatura : 37 *F. Respiratoria :* 20 *F. Cardiaca:* 73

Fecha : Mar 25 2014 8:24PM
Autor: FLO PAEZ MARTINEZ DERLY ANDREA
Tension Arterial: *Sistolica :* 122 *Diastolica:* 89 *Media :* 100
Temperatura : 36.9 *F. Respiratoria :* 20 *F. Cardiaca:* 78

Fecha : Mar 25 2014 10:10PM
Autor: SUB NAJAR BALLESTEROS JUAN PABLO
Tension Arterial: *Sistolica :* 116 *Diastolica:* 71 *Media :* 86
Temperatura : 36.7 *F. Respiratoria :* 18 *F. Cardiaca:* 77

Fecha : Mar 26 2014 2:07AM
Autor: SUB NAJAR BALLESTEROS JUAN PABLO
Tension Arterial: *Sistolica :* 110 *Diastolica:* 60 *Media :* 76
Temperatura : 36.6 *F. Respiratoria :* 16 *F. Cardiaca:* 77

Fecha : Mar 25 2014 1:32PM
Autor: SUB JIMENEZ ESQUEA NATAY LISSETH
Tension Arterial: *Sistolica :* 100 *Diastolica:* 61 *Media :* 74
Temperatura : 36.2 *F. Respiratoria :* 18 *F. Cardiaca:* 77

Fecha : Mar 25 2014 8:47AM
Autor: SUB FORERO SANABRIA SANDRA LILIANA
Tension Arterial: *Sistolica :* 139 *Diastolica:* 95 *Media :* 109
Temperatura : 36.2 *F. Respiratoria :* 22 *F. Cardiaca:* 98

NOTAS DE ENFERMERIA :

1-Mar 25 2014 8:46AM

Autor: SUB FORERO SANABRIA SANDRA LILIANA

Estado de conciencia: Consciente

Subjetivo: ME DUELE MUCHO EL ESTOMAGO" NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS,RESPONSABLE WILMAR GUZMAN

Objetivo: 08+40 INGRESA PACIENTE A OBSERVACION ALERTA CONCIENTE Y ORIENTADA EN REGULAR ESTADO GENERAL POR SUS PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑIA DE DRA GARCES,ALGICA,PALIDES MUCOCUTANEA,MUCOSAS ORALES SEMISECAS,NO DISNEA,NO CIANOSIS,CON SATURACION DE OXIGENO AL AIRE 91%,

Analisis: ABDOMEN BLANDO DOLOR INTENSO PARTE HIPOCONDRIOS E HIPOGASTRIO,EXTREMIDADES CON PULSOS Y PERFUSION DISTAL PRESENTES ANALISIS:PACIENTE CON DOLOR ABDOMEN SUPERIOR ACTIVIDADES:SE BRINDA COMODIDAD Y BIENESTAR, UNIDAD 11,CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES

Plan: PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE PIEL NATAY CANALIZA EN DORSO MANO IZQUIERDA CON JELCO 18,SE INICIA BOLO 1000CC SSN 0.9% PARA CONTINUAR A 100CC/HORA,SE INICIA MEDICACION ORDENADA,SE SOLICITA CITA PARA ECOGRAFIA ABDOMEN TOTAL,SE TOMA ELECTROCARDIOGRA PLAN:

2-Mar 25 2014 8:46AM

Autor: SUB FORERO SANABRIA SANDRA LILIANA

**NOTAS DE
ENFERMERIA :**

Subjetivo: NOTA COMPLEMENTARIA

Objetivo: NOTA

Análisis: NOTA

Plan: NADA VIA ORAL, HIDRATACION PARENTERAL, VIGILAR DOLOR, TOMA DE ECOGRAFIA, NUEVA VALORACION MEDICA

3-Mar 25 2014 9:00AM

Autor: SUB JIMENEZ ESQUEA NATAY LISSETH

Subjetivo: Nota

Objetivo: previa autorizacion de la paciente se toma electrocardiograma orden Dra Pilar Garces se entrega reporte al Dr Jaime Moreno para valoracion , jefe Claudia Pinzon solicita cupo para ecografia segun orden medica

Análisis: .

Plan: vigilar dolor, avisar cambios, nada via oral, hidratacion parenteral , pendiente toma de ecografia

4-Mar 25 2014 1:57PM

Autor: SUB JIMENEZ ESQUEA NATAY LISSETH

Subjetivo: paciente dice " me siento mal no se me quita el dolor"

Objetivo: Queda paciente estable, oximetria al ambiente de 94%, nada via oral, hidratada con liquidos endovenosos permeables segun orden medica , hemodinamicamente estable, diuresis 1

Análisis: paciente con dolor epigastrico 8/10 en escala del dolor, 2 episodios emeticos biliosos, ANALISIS: Paciente con dolor abdominal en estudio, ACTIVIDADES: 11+35 se toma muestra para aminotransferasas y bilirrubinas , Dr Moreno valoro reporte de ecografia

Plan: pendiente reportes de aminotransferasas, y bilirrubinas

5-Mar 25 2014 2:00PM

Autor: FLO PAEZ MARTINEZ DERLY ANDREA

Subjetivo: PACIENTE REFIERE " ME DUELE MUCHO EL ESTOMAGO TENGO NAUSEAS" NIEGA ALERGIAS

Objetivo: RECIBO PACIENTE EN CAMA DESPIERTA ALERTA CONCIENTE GLASGLOW 15/15 AFEBRIL MUCOSAS ORALES SEMIHUMEDAS ALGIDA CON EPISODIOS EMETICOS BUEN PATRON RESPIRATORIO SAT AL MEDIO 95% ABDOMEN DISTENDIDO DOLOR ABDOMINAL EN REGION EPIGASTRICA ACCESO VENOSO EN DORSO

Análisis: MANO IZQ SSN A 100CC/H PERMEABLE. DX MEDICO: DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO// DOLOR EN REGION EPIGASTRICO CON EPISODIOS EMETICOS

Plan: ACT: SE TOMAN SIGNOS SE REGISTRAN, ESCALA DE DOLOR 9/10 VIGILAR CURVA TERMICA PATRON RESPIRATORIO. PEN: REPORTE DE PARACLINICOS PARA DEFINIR CONDUCTA TERESA CONTRERAS.

6-Mar 25 2014 3:15PM

Autor: FLO PAEZ MARTINEZ DERLY ANDREA

Subjetivo: PACIENTE REFIERE " ESTE DOLOR ES INSOPORTABLE"

Objetivo: PACIENTE CON EPISODIO EMETICO MUY ALGIDA DRA BORRERO REALIZA VALORACION MEDICA ORDENA ANALGESIA Y BOLO DE 1000CC/H SSN A 0.9%

Análisis: DX MEDICO: DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO// DOLOR EN REGION EPIGASTRICO CON EPISODIOS EMETICOS

Plan: ACT: SE INICIA PROTECCION GASTRICA, ANTIEMETICO ANALGESIA, PEN: NUEVA VALORACION PARA DEFINIR CONDUCTA TERESA CONTRERAS

7-Mar 25 2014 8:23PM

Autor: FLO PAEZ MARTINEZ DERLY ANDREA

Subjetivo: PACIENTE REFIERE "ME SIENTO MUCHO MEJOR ME PASO EL DOLOR DE STOMAGO TENGO HAMBRE"

Objetivo: ENTREGO PACIENTE EN CAMA DESPIERTA ALERTA COCIENTE ORIENTADA GLASGLOW 15/15 AFEBRIL HIDRATADA SAT AL MEDIO 95% ABDOMEN DISTENDIDO DOLOROSO ALA PAPANICOLAU ACCESO VENOSO EN DORSO MANO IZQ PASANDO SSN A 100CC/H.

Análisis: DX MEDICO: DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO// ACEPTA Y TOELRA VIA ORAL LIQUIDA

Plan: ACT: ENTREGA DE PACIENTE PEN: NUEVA VALORACION MEDICA DEFINIR CONDUCTA TERESA CONTRERAS

8-Mar 25 2014 10:10PM

Autor: SUB NAJAR BALLESTEROS JUAN PABLO

NOTAS DE ENFERMERIA :

Subjetivo: paciente en compañía de la mama

Objetivo: paciente es valorado por Dr Villegas el cual da de alta se retiran líquidos endovenosos se entrega formula de salida y se indican signos de alarma se entrega incapacidad ,sale paciente en compañía de familiar por sus

Analisis: DX MEDICO: DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO

Plan: salida

IMAGENOLOGIA :

Mar 25 2014 10:07AM - ECO ABDOMEN TOTAL

ECOGRAFÍA ABDOMEN TOTAL. CON TRANSDUCTOR SECTORIAL DE 3.5 MHZ SE REALIZÓ EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA CON LOS SIGUIENTES HALLAZGOS: NO HAY HEPATOMEGALIA NI LESIONES FOCALES EN EL PARÉNQUIMA HEPÁTICO. LA VESÍCULA BILIAR SE ENCONTRÓ DISTENDIDA FISIOLÓGICAMENTE, SIN ENGROSAMIENTO DE PAREDES, DEPÓSITO DE BARRO BILIAR O CÁLCULOS. NO HAY SIGNOS DE DILATACIÓN DE LA VÍA BILIAR INTRA O EXTRAHEPÁTICA. PÁNCREAS DE FORMA, TAMAÑO Y ECOGENICIDAD NORMAL. DIÁMETROS: CABEZA 12.7 MM, CUERPO 16.4 MM Y COLA DE 14 MM. RIÑONES CON ARQUITECTURA NORMAL, ADECUADAS RELACIONES CORTICOMEDULARES Y SIN EVIDENCIA DE FENÓMENOS OBSTRUCTIVOS O TUMORALES. MEDIDAS RD 93.8 X 36.7 MM, ESPESOR CORTICO-MEDULAR DE 11.4 MM. RI 97.2 X 45.5 MM, ESPESOR CORTICOMEDULAR DE 15.9 MM. ESPACIOS PERIRENALES LIBRES. BAZO DE TEXTURA HOMOGÉNEA. AORTA ABDOMINAL Y VENA CAVA INFERIOR NORMALES. VEJIGA DE CONTORNOS Y CAPACIDAD NORMAL. ÚTERO, NO GRÁVIDO, EN AF, DE CONTORNOS REGULARES. MEDIDAS 63 X 56 X 42.2 MM ANEXOS DE APARIENCIA SONOGRÁFICA NORMAL, SIN EVIDENCIA DE LESIONES INFLAMATORIAS O TU-MORALES, SÓLIDAS O QUÍSTICAS. ANEXO DERECHO 20.9 X 23.5 MM E IZQUIERDO 27.4 X 19.2 MM. FONDO DE SACO POSTERIOR LIBRE. NO SE ENCONTRÓ LÍQUIDO EN LA CAVIDAD PÉLVICA. LONGITUD DEL CÉRVIX 19.3 MM. OPINIÓN: ULTRASONIDO DE ABDOMEN TOTAL NORMAL. Interpretado por : C51 RADIOFAM TORRES MORENO CARLOS ARTURO

NOTA DE ALTA MEDICA:

Fecha Alta:

Mar 25 2014 9:11PM

Autor:

SUB VILLEGAS DUQUE CARLOS GUSTAVO, MEDICO GENERAL

Diagnostico Alta:

K297 GASTRITIS, NO ESPECIFICADA

Comentarios Dx:

s

Complicacion Principal:

s

Nota Alta:

da analgesicos y omperazol

Recomendaciones:

signos de alarma

Identificación Paciente

Paciente: GALAN CAMARGO DIANA MARIA

ID. Paciente: GLCMDN79100201

Identificación: CC 52540135

Sexo: F

Edad al Ingreso: 34 años 5 meses 24 días

Fecha de Ingreso: Mar 26 2014 7:03AM

Cama : SINCS

Fecha de Egreso: Mar 26 2014 2:32PM

Dependencia: CONSULTA URGENCIAS SUBA

Tipo de alta : REMITIDO

[FORMATOS](#)

NOTA INGRESO :

PROBLEMA :

DOLOR DE ESTOMAGO

DIAGNOSTICO INGRESO :

R101 DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR

ESTADO :

Estable

CONDICION :

Ninguna

SUBJETIVO :

Ocupación: AUXILIAR DE COCINA RECONSULTA Clasificación de triage por enfermería: 3 EA: Paciente con cuadro desde las 1 am de ayer, 30 horas de dolor abdominal en abdomen superior, constante, niega pirosis, vomito en multiples ocasiones, refiere pintas de sangre, niega hematemesis, desde anoche aprox. 15 episodios, niega fiebre, disuria ocasional hoy, polaquiuria, tenesmo vesical hoy, ultima deposicion ayer, sin diarrea, niega rectorragia. Niega episodios previos similares, se ingresa ayer a observacion para estudio de dolor, estudios paraclínicos bilirrubinas totales normales, transaminasas normales, fosfatasa alcalina normal, amilasa 96 u/l, ecografia de abdomen total normal, EKG normal, manejo con ranitidina, dipirona, metoclopramida, hidratacion IV, refiere disminucion del dolor momentaneamente, por lo cual se da salida, reconsulta por persistencia de dolo y vomito. RXS: no refiere otros Antecedentes: Patológicos: niega Hospitalarios: niega Farmacológicos: niega Quirúrgicos: apendicectomía, pomeyoy, cesarea #3 Tóxicos: niega Alérgico: niega Familiares: niega FUR: 22 -03-2014, ciclos irregulares, G4C3V3A1

OBJETIVO :

Al examen paciente alerta, orientada, fascies algicas, quejumbrosa, ingresa caminando TA: 113/73 , T: 36.6 , FC: 60 , FR: 18, saO2: 97 %, peso: 67 KG C/c : mucosa oral semihumeda, sin aftas, no exudado, pupilas normorreactivas a la luz, isocoricas, escleras anictericas, no masas, no adenopatias, sin rigidez nuca C/p: ruidos cardíacos rítmicos, murmullo vesicular hasta bases, sin roncus, sin crepitos, sin retracciones Abdomen: blando, distendido, ruidos intestinales disminuidos, percusion abdominal normal, no masas, dolor a la palpacion difusa, predomina en epigastrio, hipocondrio izquierdo y fosa iliaca izquierda, blumberg negativo, puño percusion derecha dolorosa, murphy negativo ext: no edema, fuerza 5/5, neurologico: glasgow 15/15, sin signos de focalizacion

ANALISIS :

Pacientede 34 años, con cuadro de30 horas de dolor abdominal, en abdomen superior, asociado a multiples episodios de vomito, estudios paraclínicos del 25-03-2014 de funcion hepatica normales, amilasa normal, ecografia de abdomen total normal, sin embargo reconsulta por persistencia de dolor intenso en abdomen superior y vomito, no descarto patologia biliar vs pancreatitis?, por lo cual ingreso a observacion, ss valoracion y manejo por cirugia general. ss hemograma, pcr, amilasa, uroanálisis, gram, bhcg Ver ordenes medicas

NOTA INGRESO :

PLAN :

Autor:

Mar 26 2014 8:22AM SUB SOLANO PRADA MARCELA NANCY CAROLINA

Autor:

Mar 26 2014 8:22AM MEDICO GENERAL

EVOLUCION :

1 Mar 26 2014 9:16AM

SUBJETIVO : dx dolor abdominal /sindrome emetico paciente quien refiere dolor abdominal epigastrio mesogastrio refiere mnesisi que presneta persistentemhte

OBJETIVO : fc 54fr 18 temp 36 SP02 93% TA 104 60 alerta,afebril muco sa humedas ,no signos de dificultad respiratoria ACIANOTICA, ojos pupilas isocoricas normorreactivaS a la luz y acomodacion, no nistagmos , CONJUNTIVIAS normales orofaringe no placas no escurreimiento posterior otoscopia no eritema no otorrea, cuello no masas no adenopatias, no rigidez nucal cardiaco ritmico regular no agregados respiratorio murmullo vesicular simetrico no agregados, no retracciones abdomen dpolorsoo emn epiugastrio mesogastrio y en fosas ilica s blomberg negativo genital no exploro extremidades sin edema, perfusion normal neurologico no signos meningeos Glasgow 15

ANALISIS : pacinete con cuadropd edolor abdomoinal persistente a estudio no e s calara la causa apendiciectomia hace apox 1 mes y mdio se debe documetra si hay patologia biliar y o enfer,edad diverticular el dolor es generalizado y vomito incoercible

PLAN : re,mision para manjeo integral mpor cx general s e insiste

Autor : 1SUB MORENO BEDOYA JAIME JAIR-MEDICO GENERAL

2 Mar 26 2014 2:28PM

SUBJETIVO : hora de evolucion : 13:30 pm sin acompaante paciente femenino de 34 años de edad dx: dolor abdominal 2. enfermedad hepatobiliar obstructiva 3. enfermedad diverticular ?? paciente refiere auemento del dolro abdominal generalizado acompañado de vomito en multiplex ocaciones de contenido biliar niega fiebr eniega otra sintomatologia reporte de hemogrma leucitos 15.4, neutrofilos 85, linfocitois 10.4, htc 43, hb 15, plaquetas 369, gonadotropiana 0.1 amilasa 64, pcr 6 uronalisis ambar nitritos negativos , leucitos 1*c, hemtaies 3xc, bactetrais escas , grma d eorian sin bacterias

OBJETIVO : FR19xmin FC 61xmin TA 120/70 mmhg t 37°C saturación 94% Glasgow 15/15 paciente conciente orientado activo reactivo, mucosa oral humeda, normocéfalo orofaringe sin alteración cuello móvil sin adenopatía , tórax simétrica expansible sin tiraje murmullo vesicular sin agregados, no disminuido , ruidos cardiaco ritmico sin soplo, abdomen blando depresible no masa ni megalia no dolor al plapaicon superficial , dolor a la palpación profunda blumbegr engativo rosuing negativo psoa negativo , murphy negativo , no signo de irritación peritoneal , puños percusión negativo , extremidades simétrica sin edema , eutrófica, pulso periféricos presente, columna lumbar lineal sin desviación , sin dolor al palpación , sin déficit neurológico activa, reactiva , no alteración de pares craneales, no signo meníngeos ,

ANALISIS : paciente con reconsultante con cuadro confuso de dolro abdoamainal en estudio al examen fisico activo reactivo con facie algida abdomen blando doloroso o a la palpacion profunda sin signo de irritacion peritoneal puño percucion negativa , con persistensia de dolor abdominal y episodio emeticos en manejo de hidratacion y analgeisco , aceptado en clinica partenon , 14:25 remitido en ambulacia serviomet movil 5 auxilair elian garcia

PLAN : recoemdaciones

Autor : 2SUB BORRERO ORTIZ MARINA ISABEL-MEDICO GENERAL

INDICACIONES :

MEDICAMENTOS :

1 Mar 26 2014 8:23AM Activa

Fecha Terminación: Indefinida METOCLOPRAMIDA AMPOLLA. X 10 MG P651293; aplicar IV ahora lento y diluido

Autor: SUB SOLANO PRADA MARCELA NANCY CAROLINA-MEDICO GENERAL

Comentarios :

Respuestas : Mar 26 2014 10:24AM FLO PINZON TAMAYO CLAUDIA PATRICIA

Tolera; Intravenosa; PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO SE ADMINISTRA MEDICAMENTO ORDENADO

INDICACIONES :**MEDICAMENTOS :**

2 Mar 26 2014 8:24AM Activa

Fecha Terminación: Indefinida RANITIDINA AMPOLLA X 50 MG P777234; 50 mg IV cada 8 horas

Autor: SUB SOLANO PRADA MARCELA NANCY CAROLINA-MEDICO GENERAL

Comentarios :

Respuestas : Mar 26 2014 10:26AM FLO PINZON TAMAYO CLAUDIA PATRICIA

Tolera; Intravenosa; PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO SE ADMINISTRA MEDICAMENTO ORDENADO

MEDICAMENTOS :

3 Mar 26 2014 9:17AM Activa

Fecha Terminación: Indefinida HIOSCINA BUTIL BROMURO SIMPLE AMPOLLA 20MG P362648; 1 ampolla iv cada 12 horas

Autor: SUB MORENO BEDOYA JAIME JAIR-MEDICO GENERAL

Comentarios :

Respuestas : Mar 26 2014 10:26AM FLO PINZON TAMAYO CLAUDIA PATRICIA

Tolera; Intravenosa; PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO SE ADMINISTRA MEDICAMENTO ORDENADO

MEDICAMENTOS :

4 Mar 26 2014 2:13PM Activa

Fecha Terminación: Indefinida DIPIRONA AMPOLLA 2.5G X 5ML P64568; iv diluida y lenta

Autor: SUB BORRERO ORTIZ MARINA ISABEL-MEDICO GENERAL

Comentarios :

Respuestas : No se ha registrado

SOLUCIONES :

1 Mar 26 2014 8:24AM Activa

Fecha Terminación: Indefinida SOLUCION SALINA AL 0.9% X 500 ML BOLSA; 500 cc en bolo, continuar a 100 cc/hr

Autor: SUB SOLANO PRADA MARCELA NANCY CAROLINA-MEDICO GENERAL

Comentarios : .

Respuestas : Mar 26 2014 10:26AM FLO PINZON TAMAYO CLAUDIA PATRICIA

Tolera; Intravenosa; PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO SE ADMINISTRA MEDICAMENTO ORDENADO

SOLUCIONES :

2 Mar 26 2014 2:23PM Activa

Fecha Terminación: Indefinida SOLUCION SALINA AL 0.9% X 1000 ML BOLSA; bolo de 1500cc y continuar a 100cc

Autor: SUB BORRERO ORTIZ MARINA ISABEL-MEDICO GENERAL

Comentarios : iv

Respuestas : No se ha registrado

ORDENES DE MANEJO :

1 Mar 26 2014 8:22AM Activa

Fecha Terminación: Indefinida

Orden: observacion

Autor: SUB SOLANO PRADA MARCELA NANCY CAROLINA-MEDICO GENERAL

Comentarios:

Respuestas : Mar 26 2014 10:23AM FLO PINZON TAMAYO CLAUDIA PATRICIA

Tolera;

ORDENES DE MANEJO :

2 Mar 26 2014 8:22AM Activa

Fecha Terminación: Indefinida

Orden: nada via oral

Autor: SUB SOLANO PRADA MARCELA NANCY CAROLINA-MEDICO GENERAL

Comentarios:

Respuestas : Mar 26 2014 10:24AM FLO PINZON TAMAYO CLAUDIA PATRICIA

Tolera;

ORDENES DE MANEJO :

3 Mar 26 2014 8:23AM Activa

Fecha Terminación: Indefinida

Orden: ss valoracion y manejo integral por cirugia general

Autor: SUB SOLANO PRADA MARCELA NANCY CAROLINA-MEDICO GENERAL

Comentarios:

Respuestas : Mar 26 2014 10:25AM FLO PINZON TAMAYO CLAUDIA PATRICIA

Tolera;

INDICACIONES :

ORDENES DE MANEJO :

4 Mar 26 2014 8:23AM Activa
Fecha Terminación: Indefinida
Orden: ss hemograma, pcr, amilasa, uroanálisis, gram, bhcg
Autor: SUB SOLANO PRADA MARCELA NANCY CAROLINA-MEDICO GENERAL
Comentarios:
Respuestas : No se ha registrado

ORDENES DE MANEJO :

5 Mar 26 2014 8:23AM Activa
Fecha Terminación: Indefinida
Orden: vigilar signos vitales, avisar cambios
Autor: SUB SOLANO PRADA MARCELA NANCY CAROLINA-MEDICO GENERAL
Comentarios:
Respuestas : No se ha registrado

ORDENES DE MANEJO :

6 Mar 26 2014 9:14AM Activa
Fecha Terminación: Indefinida
Orden: ss sonda nasogastrica
Autor: SUB MORENO BEDOYA JAIME JAIR-MEDICO GENERAL
Comentarios:
Respuestas : Mar 26 2014 10:28AM FLO PINZON TAMAYO CLAUDIA PATRICIA
Tolera;

CONTROL LIQUIDOS :

2151334 - Mar 26 2014 8:36AM

BALANCE :

Autor : SUB JIMENEZ ESQUEA, NATAY LISSETH
Fecha Terminacion: Mar 26 2014 10:00AM
Balance Liquidos : 700

2151334 - Mar 26 2014 8:36AM

Liquidos de Ingreso :

-HIDRATACION PARENTERAL 700

Autor : SUB JIMENEZ ESQUEA, NATAY LISSETH
Fecha Terminacion: Mar 26 2014 1:00PM
Balance Liquidos : 200

-HIDRATACION PARENTERAL 300

2151466 - Mar 26 2014 10:00AM

Liquidos de Egreso :

-PERDIDA POR Sonda GASTRICA 100

Autor : FLO PAEZ MARTINEZ, DERLY ANDREA
Fecha Terminacion: Mar 26 2014 2:30PM
Balance Liquidos : 150

-HIDRATACION PARENTERAL 150

SIGNOS VITALES :

Signos :

Fecha : Mar 26 2014 2:22PM
Autor: FLO PAEZ MARTINEZ DERLY ANDREA
Tension Arterial: Sistolica : 105 Diastolica: 68 Media : 80
Temperatura : 36.6 F. Respiratoria : 20 F. Cardiaca: 61

Fecha : Mar 26 2014 1:15PM
Autor: SUB JIMENEZ ESQUEA NATAY LISSETH
Tension Arterial: Sistolica : 117 Diastolica: 81 Media : 93
Temperatura : 36 F. Respiratoria : 18 F. Cardiaca: 63

Fecha : Mar 26 2014 8:36AM
Autor: SUB FORERO SANABRIA SANDRA LILIANA
Tension Arterial: Sistolica : 104 Diastolica: 60 Media : 74
Temperatura : 36.4 F. Respiratoria : 18 F. Cardiaca: 54

**NOTAS DE
ENFERMERIA :**

1-Mar 26 2014 8:36AM

Autor: SUB FORERO SANABRIA SANDRA LILIANA

Estado de conciencia: Consciente

Subjetivo: HE VOMITADO COMO 10 VECES,SIGO CON DOLOR ABDOMINAL,MOLESTIAS PARA ORINAR" NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS,RESPONSABLE WEIMAR GUZMAN

Objetivo: 08+30 INGRESA PACIENTE A OBSERVACION,ALERTA CONCIENTE Y ORIENTADA POR SUS PROPIOS MEDIOS,EN REGULAR ESTADO GENERAL,ALGICA,AFEBRIL,MUCOSAS ORALES HUMEAS,NO POLIPNEA,NO CIANOSIS CON SATURACION DE OXIJEN AL AMBIENTE 91&%,ABDOMEN BLANDO NO DISTENDIDO,DOLOR

Analisis: EN HIPOCONDRIOS,EXTREMIDADES CON PULSOS Y PERFUSION DISTAL PRESENTES ANALISIS:PACIENTE CON INTOLERANCIA DE LA VIA ORAL,DOLOR ABDOMINAL SIN MEJORIA,RECONSULTANTE,DISURIA ACTIVIDADES:SE BRINDA COMODIDAD Y BIENESTAR UNIDAD ,NORMAS DE ESTANCIA Y SEGURIDAD,

Plan: ASIGNACION DE MANILLA,PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE PIEL CANALIZO VENA RADIAL IZQUIERDA CON JELCO 16,SE TOMAN MUESTRAS,,SE INICIA BOLO 500CC SSN 0.9% PARA CONTINUAR A A100CC/HORA,SE INICIA MEDICACION ORDENADA

2-Mar 26 2014 8:36AM

Autor: SUB FORERO SANABRIA SANDRA LILIANA

Subjetivo: NOTA COMPLEMENTARIA

Objetivo: NOTA

Analisis: SE PROCESA MUESTRA HEMOGRAMA,AMILASA,PCR

Plan: NADA VJIA ORAL,HIRTACAION PARENTERAL,TOMA DE UROANALISIS Y GRAM,REMISION,VIGILAR SI HAY HEMATEMESIS

3-Mar 26 2014 10:00AM

Autor: SUB JIMENEZ ESQUEA NATAY LISSETH

Subjetivo: paciente dice " me duele mucho el estomago y no se emquitan las ganas de vomitar " en compañía del esposo Sr Weimar Guzman

Objetivo: paciente ansiosa, muy adolorida, liquidos endovenosos permeables segun orden medica , 3 episodios emeticos biliosos

Analisis: paciente muy adolorida con multiples episodios emeticos desde el ingreso, ACTIVIDADES: 09+50; por orden Dr Moreno, previa autorizacion de la paciente Teresa Baracaldo pasa sonda nasogastrica levin #18 por sosa nasal derecha sin complicaciones la anexa a

Plan: cystoflo pediatrico se observa libre drenage de contenido gastrico la fija, jefe Caludia plnzon administra hioscina simple IV diluida lenta por dolor y por orden medica, PLAN: nada via oral, hidratacion parenteral, avisar cambios, pendiente remision

4-Mar 26 2014 11:44AM

Autor: SUB JIMENEZ ESQUEA NATAY LISSETH

Subjetivo: nota

Objetivo: jefe Claudia Pinzon le informa a la paciente que fue aceptada en Clinica Partenon paciente acepta traslado, se conforma presencia del Sr Weimar Guzman (espos)

Analisis: nota : 10+50 Previo aseo de genitales, toma muestra para uroanalisis

Plan: pendiente llegada de ambulancia para traslado de la paciente

5-Mar 26 2014 1:56PM

Autor: SUB JIMENEZ ESQUEA NATAY LISSETH

Subjetivo: paciente dice " me siento muy mal " en compañía del esposo Sr Weimar Guzman

Objetivo: Queda paciente en su unidad, orientada,afebril, buen patron respiratorio oximetria al ambiente 93%, sonda naso gastrica a cystoflo se observa libre drenage, liquidos endovenosos permeables segun orden medica, no rubor piel sana en acceso venoso, manifies-

Analisis: ta dolor abdominal 10/10 en escala del dolor, extremidasde sin edema, diuresis espontanea 2, ANALISIS:Pciente con dolor abdominal en estudio, muy adolorida, nada via oral, 7 episodiso emeticos biliosos, ACTIVIDADES: control y registro de signos vitales,

Plan: recibio tratamiento segun orden medica, PLAN: vigilar dolor, avisar cambios, pendiente llegada de ambulancia para traslado de paciente a Clinica Partenon y valoracion medica de reportes de laboratorios

6-Mar 26 2014 2:00PM

Autor: FLO PAEZ MARTINEZ DERLY ANDREA

NOTAS DE ENFERMERIA :

Subjetivo: PACIENTE REFIERE " ME DUELE MUCHO ELL ESTOMAGO QUIERO QUE ME QUIETEN ESTA SONDA ME HACE VOMITAR MAS" NIEGA ALERGIAS FAMILIAR EN SALA WILMAR GUZMAN

Objetivo: RECIBO PACIENTE EN CAMA DESPIERTA ALERTA CONCIENTE GLASGLOW 15/15 AFEBRIL HIDRATADA CON SONDA NASOGASTRICA A DRENAJE MATERIAL JUGO GASTRICO, BUEN PATRON RESPIRATORIO SAT 95% AL MEDIO. 95% ABDOMEN DISTENDIDO ACCESO VENOSO RADIA DERECHA PASANDO SSN A 100CC

Análisis: EXTREMIDADES INTEGRAS PIEL SANA. DX MEDICO: DOLOR ABDOMINAL A ESTUDIO RECONSULTANTE// PACIENTE MUY ALGIDA

Plan: ACT: SE TOMAN SIGNOS SE REGISTRAN VIGILAR GASTO EMETICO, CIFRAS TENSIONALES. PEN: INGRESO DE AMBULANCIA TRASLADO A HOSPITAL SAN CARLOS. TERESA CONTRERAS

7-Mar 26 2014 2:30PM

Autor: FLO PAEZ MARTINEZ DERLY ANDREA

Objetivo: NOTA COMPLEMENTARIA

Análisis: NOTA COMPLEMENTARIA

Plan: ACT: INGRESA AMBULANCIA MOVIL 5 SERVIOMED AUX ELIAN GARCIA SE ENTREGA EKG ECOGRAFIA PARA CLINICOS REMISION DOCUMENTOS DE HISTORIA ANTERIOR, PACIENTE ESTABLE FAMILIAR WILMAR GUZMAN ESPOSO. TERESA CONTRERAS

NOTA DE ALTA MEDICA:

Fecha Alta:

Mar 26 2014 2:32PM

Autor:

SUB BORRERO ORTIZ MARINA ISABEL, MEDICO GENERAL

Diagnostico Alta:

R101 DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR

Comentarios Dx:

sin signo de dificultad respiratoria

Complicacion Principal:

ninguna

Nota Alta:

*paciente femenino de 34 años de edad dx: dolor abdominal 2. enfermedad hepatobiliar obstructiva 3. enfermedad diverticular +a paciente refiere aumento del dolor abdominal generalizado acompañado de vomito en multiplex ocaciones de contenido biliar niega fiebre niega otra sintomatología reporte de hemograma leucocitos 15.4, neutrofilos 85, linfocitos 10.4, htc 43, hb 15, plaquetas 369, gonadotropina 0.1 amilasa 64, pcr 6 uronálisis ambar nitritos negativos, leucocitos 1*c, hemtaies 3xc, bacterias escasas, grama de eorion sin bacterias OBJETIVO: FR 19x/min FC 61x/min TA 120/70 mmhg t 37°C saturación 94% Glasgow 15/15 paciente conciente orientado activo reactivo, mucosa oral húmeda, normocéfalo orofaringeo sin alteración cuello móvil sin adenopatía, tórax simétrica expansible sin tiraje murmullo vesicular sin agregados, no disminuido, ruidos cardíaco rítmico sin soplo, abdomen blando depresible no masa ni megalia no dolor al palpación superficial, dolor a la palpación profunda blumbegr engativo rosuing negativo psoa negativo, murphy negativo, no signo de irritación peritoneal, puños percusión negativo, extremidades simétrica sin edema, eutrófica, pulso periféricos presente, columna lumbar lineal sin desviación, sin dolor al palpación, sin déficit neurológico activa, reactiva, no alteración de pares craneales, no signo meníngeos, ANALISIS: paciente con reconsultante con cuadro confuso de dolor abdominal en estudio al examen físico activo reactivo con facie algida abdomen blando doloroso o a la palpación profunda sin signo de irritación peritoneal puño percusión negativa, con persistencia de dolor abdominal y episodios eméticos en manejo de hidratación y analgésico, aceptado en clínica partemon, 14:25 remitido en ambulancia serviomed movil 5 auxilair elian garcia PLAN: recomendaciones*

Recomendaciones:

previas