

TRASLADO No. 06
(Art. 110 Código General del Proceso)

POR EL TERMINO DE CINCO (05) DIAS SE FIJA EN TRASLADO EL ESCRITO DE EXCEPCIONES DE MÉRITO PRESENTADAS POR LOS LLAMADOS EN GARANTIA SEGUROS DEL ESTADO S.A. y ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO, SANDRA ELIANA VILLOTA ROMERO y ANA MARIA BELTRAN GARCIA.

SE FIJA EN LISTA POR UN DIA HOY 02 DE MARZO DE 2023 Y CORRE A PARTIR DE LAS 8 A.M. DEL DÍA 03, 06, 07, 08 Y 09 DE MARZO DE 2023.

La secretaria,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Linda Xomara Barón Rojas', written in a cursive style.

LINDA XOMARA BARON ROJAS

37

CARLOS JULIO SALAZAR FIGUEROA.
CARRERA 3. # 11 – 55 OF. 305 CALI.
TELEFAX 8836872.

SEÑOR.
JUEZ 04 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI.
E. S. D.

REF. VERBAL DE RESPONSABILIDAD MEDICA.
DEMANDANTE. EDWIN ARLEY CUADROS ARANGO Y OTROS.
DEMANDADOS. GRUPO OPERADOR HOSPITALARIO POR
OUTSORUCING G OCHO S.A.S.
RAD. 2018-00140.

R2. 04. CIVIL. CALI.
15/04/2018

CARLOS JULIO SALAZAR FIGUEROA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Cali, identificado con la C.C. 12.983.608 de Pasto, abogado titulado en ejercicio, con T.P. 89.926 C.S.J. actuando en mi calidad de apoderado judicial de SEGUROS DEL ESTADO S.A, persona jurídica con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, y sucursal en Cali, matriculada en el registro mercantil de la misma ciudad bajo el número 112627 – 2, quien esta representada legalmente por su gerente señor ANDRES FELIPE GONZALEZ MUÑOZ, mayor de edad, vecino de la ciudad de Cali, identificado con la C.C. 94.403.778 de Cali, según poder que me ha conferido y que obra en el proceso, respetuosamente y estando dentro del término legal, contesto la demanda verbal de responsabilidad médica que el demandante EDWIN ARLEY CUADROS ARANGO Y OTROS, ha interpuesto y a la vez también contesto el LLAMAMIENTO EN GARANTIA que le propusiera la demandada GRUPO OPERADOR HOSPITALARIO POR OUTSORCING - G OCHO S.A.S a mi poderdante y en los siguientes términos:

CAPITULO PRIMERO.

CONTESTACION DE LA DEMANDA PROPUESTA POR EL SEÑOR EDWIN ARLEY CUADROS ARANGO Y OTROS.

A LOS HECHOS DE LA DEMANDA.

AL HECHO 1.1. No me consta lo narrado en este hecho, ya que mi poderdante es llamada en garantía por uno de los demandados, el grupo operador hospitalario por outsourcing – G ocho S.A.S. y no conoce a la demandante, ni ha tenido ningún vínculo contractual con ella, no constándole los pormenores del embarazo y la afiliación a la entidad de salud y los procedimientos médicos practicados en las diferentes entidades de salud.

Sin embargo de conformidad con el artículo 167 del C.G.P. deberá la parte actora probar lo que indica en este hecho.

AL HECHO 1.2. . No me consta lo narrado en este hecho, ya que mi poderdante es llamada en garantía por uno de los demandados, el grupo operador hospitalario por outsourcing – G ocho S.A.S. y no conoce a la demandante, ni ha tenido ningún vínculo contractual con ella, no constándole los pormenores del embarazo y la afiliación a la entidad de salud y los procedimientos médicos practicados en las diferentes entidades de salud.

Sin embargo de conformidad con el artículo 167 del C.G.P. deberá la parte actora probar lo que indica en este hecho.

8
3

AL HECHO 1.3. . No me consta lo narrado en este hecho, ya que mi poderdante es llamada en garantía por uno de los demandados, el grupo operador hospitalario por outsourcing – G ocho S.A.S. y no conoce a la demandante, ni ha tenido ningún vínculo contractual con ella, no constándole los pormenores del embarazo y la afiliación a la entidad de salud y los procedimientos médicos practicados en las diferentes entidades de salud.

Sin embargo de conformidad con el artículo 167 del C.G.P. deberá la parte actora probar lo que indica en este hecho.

AL HECHO 1.4. . No me consta lo narrado en este hecho, ya que mi poderdante es llamada en garantía por uno de los demandados, el grupo operador hospitalario por outsourcing – G ocho S.A.S. y no conoce a la demandante, ni ha tenido ningún vínculo contractual con ella, no constándole los pormenores del embarazo y la afiliación a la entidad de salud y los procedimientos médicos practicados en las diferentes entidades de salud.

Sin embargo de conformidad con el artículo 167 del C.G.P. deberá la parte actora probar lo que indica en este hecho.

AL HECHO 1.5. . No me consta lo narrado en este hecho, ya que mi poderdante es llamada en garantía por uno de los demandados, el grupo operador hospitalario por outsourcing – G ocho S.A.S. y no conoce a la demandante, ni ha tenido ningún vínculo contractual con ella, no constándole los pormenores del embarazo y la afiliación a la entidad de salud y los procedimientos médicos practicados en las diferentes entidades de salud.

Sin embargo de conformidad con el artículo 167 del C.G.P. deberá la parte actora probar lo que indica en este hecho.

AL HECHO 1.6. . No me consta lo narrado en este hecho, ya que mi poderdante es llamada en garantía por uno de los demandados, el grupo operador hospitalario por outsourcing – G ocho S.A.S. y no conoce a la demandante, ni ha tenido ningún vínculo contractual con ella, no constándole los pormenores del embarazo y la afiliación a la entidad de salud y los procedimientos médicos practicados en las diferentes entidades de salud.

Sin embargo de conformidad con el artículo 167 del C.G.P. deberá la parte actora probar lo que indica en este hecho.

AL HECHO 1.7. . No me consta lo narrado en este hecho, ya que mi poderdante es llamada en garantía por uno de los demandados, el grupo operador hospitalario por outsourcing – G ocho S.A.S. y no conoce a la demandante, ni ha tenido ningún vínculo contractual con ella, no constándole los pormenores del embarazo y la afiliación a la entidad de salud y los procedimientos médicos practicados en las diferentes entidades de salud.

Sin embargo de conformidad con el artículo 167 del C.G.P. deberá la parte actora probar lo que indica en este hecho.

AL HECHO 1.8. . No me consta lo narrado en este hecho, ya que mi poderdante es llamada en garantía por uno de los demandados, el grupo operador hospitalario por outsourcing – G ocho S.A.S. y no conoce a la demandante, ni ha tenido ningún vínculo contractual con ella, no constándole los pormenores del embarazo y la

afiliación a la entidad de salud y los procedimientos médicos practicados en las diferentes entidades de salud.

Sin embargo de conformidad con el artículo 167 del C.G.P. deberá la parte actora probar lo que indica en este hecho.

AL HECHO 1.9. No me consta lo narrado en este hecho, ya que mi poderdante es llamada en garantía por uno de los demandados, el grupo operador hospitalario por outsourcing – G ocho S.A.S. y no conoce a la demandante, ni ha tenido ningún vínculo contractual con ella, no constándole los pormenores del embarazo y la afiliación a la entidad de salud y los procedimientos médicos practicados en las diferentes entidades de salud.

Sin embargo de conformidad con el artículo 167 del C.G.P. deberá la parte actora probar lo que indica en este hecho.

AL HECHO 10. . No me consta lo narrado en este hecho, ya que mi poderdante es llamada en garantía por uno de los demandados, el grupo operador hospitalario por outsourcing – G ocho S.A.S. y no conoce a la demandante, ni ha tenido ningún vínculo contractual con ella, no constándole los pormenores del embarazo y la afiliación a la entidad de salud y los procedimientos médicos practicados en las diferentes entidades de salud.

Sin embargo de conformidad con el artículo 167 del C.G.P. deberá la parte actora probar lo que indica en este hecho.

AL HECHO 1.11. Es cierto, así se desprende de la prueba documental aportada.

A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA.

SEGUROS DEL ESTADO S.A. entidad llamada en garantía, se opone rotundamente a una declaración de responsabilidad de la entidad GRUPO OPERADOR HOSPITALARIO POR OUTSOURCING- G OCHO S.A.S, por los supuestos daños y perjuicios ocasionados a los demandantes, por no haberse supuestamente evaluado a tiempo la atención médica a la menor gestante PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRLADO, se trataba de un feto macrosómico, que en el parto se presentaron traumatismos al recién nacido a nivel de hombro derecho y daño secundario de las raíces nerviosas del plexo braquial al menor , dictaminado con lesión del plexo braquial derecho de tipo axonotmeses, - parálisis del ERB y padecer la madre del menor en la etapa posparto un proceso infeccioso que requirió hospitalización y manejo con antibiótico, denominado infección nosocomial.

Debe tenerse presente que la tal como lo confiesa la menor gestante inició su control prenatal, recibiendo toda la atención médica pertinente, seguimiento a su gestación, citas con psicología, nutrición, habiéndose indicado que el feto crecía pen percentiles adecuados siendo calificado su embarazo de alto riesgo por se menor de edad y adolescente, sin evidenciarse en ningún momento tal como posteriormente lo viene a firmar la parte actora que se trataba de un feto macrosómico, ya llegado el alumbramiento la menor ingresa por el servicio de urgencias por referir contracciones, que debido a malo pujos se reforzó con manejo de oxitocina, monitorización continua, pero poco descenso por lo que fue remitida a la sala de partos, requiriendo de realización de manobra de cristeiler ,

y logrado un parto exitoso, se coloca en contacto piel a piel con la madre analizando su atención sin complicaciones. tal como se demuestra con la historia clínica que sobre el caso particular obra dentro del proceso.

Siguiendo con la revisión de la historia clínica se demuestra, que los médicos adscritos a la entidad demandada, realizaron todos los procedimientos necesarios y requeridos de conformidad con la *lex artis* aplicable para el caso debatido y en donde se pudo confirmar con el análisis de la historia clínica, que los procedimientos médicos realizados a la paciente fueron peritos y acorde a la ciencia médica, sin existir negligencia o impericia en su actuar, pues como se evidencia en su historia clínica el personal médico brindó la atención oportuna a fin de lograr el nacimiento del menor.

Así mismo, en cuanto al pico febril de la menor PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO, le fue brindada la atención requerida, siéndole prescrito medicamentos y exámenes de laboratorio, logrando su recuperación dándole de alta y orden de salida ello por sospecha de infección por manipulación en el alumbramiento activo.

Conforme a lo anterior, nos oponemos a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, en especial la que endilga responsabilidad a título de culpa y las pretensiones que buscan un resarcimiento económico por los supuestos perjuicios patrimoniales y extra patrimoniales de los demandantes, que de paso sea decir no se han demostrado

Por lo tanto están llamadas al fracaso las pretensiones que esgrime los demandantes, en una infundada responsabilidad médica de la entidad GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S y en ausencia total de los presupuestos de la responsabilidad médica que se le pudiera predicar a la demandada.

Siguiendo lo anterior me pronunció una a una de las pretensiones de la siguiente manera:

A LA PRETENSION 2.1. Me opongo rotundamente a que se declare civilmente responsable al GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S- GRUPO G OCHO S.A.S. y reconocer y pagar a favor de los demandantes los perjuicios morales supuestamente ocasionados por la fallas en la atención médica de la menor PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO y su hijo ANTHONY CUADROS CEBALLOS, teniendo en cuenta las consideraciones anteriores.

A LA PRETENSION 2.2. Me opongo a la condena en contra de la entidad GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S- GRUPO G OCHO S.A.S a para la indemnización de los perjuicios morales de acuerdo a la sentencia de unificación jurisprudencial allí citada.

A LA PRETENSION 2.2.1. Me opongo a que se condene al OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S, a pagar perjuicios morales a favor del señor EDWIN ARLEY CUADROS ARANGO en la suma señalada en esa pretensión, teniendo en cuenta la argumentación sobre inexistencia de responsabilidad que se indicó anteriormente.

A LA PRETENSION 2.2.2. Me opongo a que se condene al OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S, a pagar perjuicios morales a favor

de la menor PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO en la suma señalada en esa pretensión, teniendo en cuenta la argumentación sobre inexistencia de responsabilidad que se indicó anteriormente.

A LA PRETENSION 2.2.3. Me opongo a que se condene al OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S, a pagar perjuicios morales a favor del menor ANTHONY CUADROS CEBALLOS en la suma señalada en esa pretensión, teniendo en cuenta la argumentación sobre inexistencia de responsabilidad que se indicó anteriormente.

A LA PRETENSION 2.2.4. Me opongo a que se condene al OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S, a pagar perjuicios morales a favor del señor JOSÉ TARCISIO CEBALLOS GIRALDO en la suma señalada en esa pretensión, teniendo en cuenta la argumentación sobre inexistencia de responsabilidad que se indicó anteriormente.

A LA PRETENSION 2.2.5. Me opongo a que se condene al OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S, a pagar perjuicios morales a favor de la señora MARÍA ARACELLY GIRALDO GÓMEZ en la suma señalada en esa pretensión, teniendo en cuenta la argumentación sobre inexistencia de responsabilidad que se indicó anteriormente.

A LA PRETENSION 2.2.6. Me opongo a que se condene al OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S, a pagar perjuicios morales a favor de la señora MARÍA IRMA ARANGO VILLAMIL en la suma señalada en esa pretensión, teniendo en cuenta la argumentación sobre inexistencia de responsabilidad que se indicó anteriormente.

A LA PRETENSION 2.2.7. Me opongo a que se condene al OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S, a pagar perjuicios morales a favor del señor MANUEL MARÍA CUADROS MENDOZA en la suma señalada en esa pretensión, teniendo en cuenta la argumentación sobre inexistencia de responsabilidad que se indicó anteriormente.

A LA PRETENSION 2.2.8. Me opongo a que se condene al OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S, a pagar perjuicios morales a favor de la señora LILIANA AMPARO CEBALLOS GIRALDO en la suma señalada en esa pretensión, teniendo en cuenta la argumentación sobre inexistencia de responsabilidad que se indicó anteriormente.

A LA PRETENSION 2.2.9. Me opongo a que se condene al OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S, a pagar perjuicios morales a favor de la señora YOLANDA INÉS CEBALLOS GIRALDO en la suma señalada en esa pretensión, teniendo en cuenta la argumentación sobre inexistencia de responsabilidad que se indicó anteriormente.

A LA PRETENSION 2.2.10. Me opongo a que se condene al OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S, a pagar perjuicios morales a favor de la señora MARÍA GORETTI CEBALLOS GIRALDO en la suma señalada en esa pretensión, teniendo en cuenta la argumentación sobre inexistencia de responsabilidad que se indicó anteriormente.

A LA PRETENSION 2.2.11. Me opongo a que se condene al OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S, a pagar perjuicios morales a favor del señor RAUL CUADROS MENDOZA en la suma señalada en esa pretensión, teniendo en cuenta la argumentación sobre inexistencia de responsabilidad que se indicó anteriormente.

42

A LA PRETENSION 2.2.12. Me opongo a que se condene al OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S, a pagar perjuicios morales a favor MANUEL MARÍA CUADROS MENDOZA en la suma señalada en esa pretensión, teniendo en cuenta la argumentación sobre inexistencia de responsabilidad que se indicó anteriormente.

A LA PRETENSION 2.2.13. Me opongo a que se condene al OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S, a pagar perjuicios morales a favor del señor WILSON ARLEY CUADROS ARANGO en la suma señalada en esa pretensión, teniendo en cuenta la argumentación sobre inexistencia de responsabilidad que se indicó anteriormente.

A LA PRETENSION 2.2.14. Me opongo a que se condene al OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S, a pagar perjuicios morales a favor de la señora LUA ÁNGELA CUADROS ARANGO en la suma señalada en esa pretensión, teniendo en cuenta la argumentación sobre inexistencia de responsabilidad que se indicó anteriormente.

A LOS FUNDAMENTOS DE DERECHO.

No le asiste a la parte actora el derecho invocado, por cuanto hay ausencia de responsabilidad médica por parte de las demandadas.

EXCEPCIONES A LA DEMANDA.

La compañía SEGUROS DEL ESTADO S.A. coadyuva todas las excepciones de fondo que la entidad demanda GRUPO OPERADOR HOSPITALARIO POR OUTSOURCING-6 OCHO S.A.S. ha interpuesto como son:

ACTO MEDICO CON PERTINENCIA, DILIGENCIA Y CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS, INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS PROPIOS DE LA RESPONSABILIDAD Y CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR, las cuales se sustentan en los mismos términos que ha expuesto la parte demandada en sus excepciones y por lo cual solicito se las declare probadas.

Adicional a lo anterior propongo las siguientes excepciones:

1. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA DE LA DEMANDADA GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.

Bien es sabido que de conformidad con el régimen de responsabilidad aplicable en Colombia¹, por regla general², la responsabilidad civil extracontractual requiere de un elemento subjetivo imputable al presunto generador del perjuicio, que es la culpa; sin ésta, no hay lugar a proferir reproche de responsabilidad alguno.

¹ El artículo 2341 del código civil reza lo siguiente: "ARTICULO 2341. RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL. El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido."

² Se exceptúan actividades especiales, como por ejemplo las denominadas "actividades peligrosas", ninguna de ellas correspondiendo a la actividad objeto del presente debate.

De forma que, aun en los eventos en que se evidencie la existencia de un daño directamente ocasionado por un sujeto determinado, será necesario establecer de manera clara e inequívoca la existencia de culpa, so pena de tener por inexistente la responsabilidad en cabeza del demandado.

La responsabilidad en todos los casos está construida sobre tres elementos fundamentales: el daño, el hecho que lo produce y el nexo causal entre este último y el primero. Si no existe daño, no hay responsabilidad y si aquel no puede ser atribuible a alguien en particular no hay nexo causal.

De otra parte, la jurisprudencia del Honorable Consejo de Estado relativa al régimen de responsabilidad médico hospitalario a trasegado entre la culpa presunta, la carga dinámica de la prueba y la falta probada. No obstante, pese a la alternancia o fluctuaciones de la posición de esa corporación frente al tema de interés, lo cierto es que en la actualidad ha tendido a mantener o reivindicar si se quiere la línea que opta por el régimen de falta probada, y solo excepcionalísimamente ha abordado recientemente la posición de la culpa presunta. Esta consideración encuentra sustento en el minucioso recuento y análisis que sobre el particular realiza en su reciente texto el Doctor y Magistrado Enrique Gil Botero, quien apelando a la sentencia hito de 31 de agosto de 2006 que de momento permanece inalterada, reafirma la anterior exposición.

Textualmente el doctrinante referido aclara sobre el tema en trata lo siguiente:

*"A partir del año 2000, la aplicación general de la falla presunta, se desplazó y fue sustituida por el concepto de carga dinámica de la prueba, de carácter relativo en cuanto a los deberes probatorios de las partes en el proceso, y que genera la posibilidad de un nuevo replanteamiento para volver a la posición original de falla presunta. Sin embargo, debe advertirse que mediante sentencia de de agosto de 2006, la Sección Tercera del consejo de Estado, pretendió volver las cosas a su estado original, esto es, instaurar el sistema de falla probada, correspondiéndole, en consecuencia al demandante, acreditar todos los elementos de la responsabilidad médica."*³

Así entonces, corresponde a quien alega la falta que pretende le sea reparada, en este caso la parte demandante, probarla, acudiendo a los medios de prueba dispuestos en la ley para tal fin, y si fruto de su intervención no logra satisfacer la carga que le ha sido impuesta, se verá inexorablemente avocado al fracaso de sus pretensiones.

Ahora bien, si por cualquiera de los factores antes enunciados se comprueba la inexistencia de responsabilidad del tomador de la póliza en el marco del contrato de seguro, tampoco habrá obligación de ninguna índole frente al asegurador. Es importante precisar entonces de entrada ante ese Honorable Despacho, que la activación de la póliza de seguro por medio de la cual es traída mi prohijada al proceso, solo puede materializarse siempre que, de conformidad con lo prescrito en el artículo 1127 del Código de Comercio, el asegurado, en este caso la entidad GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S-GRUPO G OCHO S.A.S., sea en efecto, el responsable de la ocurrencia del siniestro o de los perjuicios ocasionados a la menor demandante y su hijo, junto a su núcleo familiar y además que ese evento este amparado dentro de la respectiva póliza de seguro en cuanto a su vigencia y que no existan exclusiones que permitan no indemnizar el riesgo pactado.

³ Ver Enrique Gil Botero, "Responsabilidad extracontractual del Estado" sexta edición, pag 561.

44

En nuestro caso en concreto.

Se expresa por la parte actora y se vislumbra en la historia clínica aportada que la menor gestante, PAOLA ANDREA CEBALLOS GRIALDO, ingresó a la clínica COMFENALCO VALLE, donde se le diagnostica embarazo con riesgo obstétrico alto por ser menor de edad.

La entidad, conforme a los lineamientos y parámetros establecidos para el tratamiento y seguimiento del embarazo de la paciente, brinda toda la atención médica requerida, el día del alumbramiento recibió la atención en el servicio de maternidad, que encontrándose en trabajo de parte con malos pujos se reforzó con oxitocina, requirió monitorización continua pero que por el poco descenso se necesitó servicio de ginecología de turno, quien decide trasladarla a la sala de partos, parto que requirió de realización de maniobra de cristeler, una vez se dio el nacimiento del menor se le brindaron las atenciones al recién nacido evidenciándose que presentó focalización a nivel de MSD, PARESIA IMPORTANTE MACROSIIA FETAL, EXPULSIVO DIFICIL POR RESENTACION COMUESTA DIGANOSTICADO CON PARALISSS DE ERB DISTAL.

Sin embargo debe decirse que durante el proceso de gestación del feto, las atenciones recibidas a la madre y las ecografías practicadas, jamás se evidenció un feto macrosómico., pues se evidencio el crecimiento en perctiles adecuados, que tampoco hubo indicación para realizar cesárea, pues su trabajo de parto, siempre estuvo orientado hacia la vía vagina, que es la mejor alternativa para la madre y al bebe.

En cuanto al pico febril de la menor PAOLA ANDREA CEBALOS GIRALDO, debido al análisis de hemograma reportado se decidió por parte del personal médico tratante por riesgo de endometiritits manejo con medicamentos y hospitalización por 3 días, los cuales fueron prorrogados y una vez recuperada ordenan su salida.

Siguiendo con la revisión de la historia clínica se demuestra, que los médicos adscritos a la entidad demandada, realizaron todos los procedimientos necesarios y requeridos de conformidad con la *lex artis* aplicable para el caso debatido y en donde se pudo confirmar con el análisis de la historia clínica, que los procedimientos médicos realizados al paciente fueron peritos y acorde a la ciencia médica, sin existir negligencia o impericia en su actuar, toda vez que brindó la asistencia médica necesaria a la demandante en la etapa gestante, durante el parto y postparto y al recién nacido.

En ese orden de ideas, no se han probado los requisitos de la responsabilidad civil extracontractual, en este caso el nexo causal entre el daño y la culpa de la entidad.

2. EXCEPCIÓN GENÉRICA.

Presento de antemano como excepción genérica, cualquier circunstancia que llegare a ser probada a lo largo del presente proceso y que constituya un acontecimiento de hecho que pueda ser interpretado como exculpatorio de las

26

pretensiones presentadas por la demandante por lo que el despacho debe declarar probada esta excepción.

CON RESPECTO A LAS PRUEBAS SOLICITADAS POR LA PARTE DEMANDANTE PRUEBA PERICIAL.

En forma respetuosa me opongo a la solicitud de decreto de prueba pericial al Instituto de Medicina legal que hace la parte demandante, toda vez que de conformidad con los artículos 227, 229 y 230 del C.G.P. la parte que requiera valerse de un dictamen pericial, deberá aportarlo y no esperar que el Juez lo decrete, ya que bajo este sistema oral, es la parte quien debe aportarlo y el decreto de prueba oficiosa solo procede en los eventos del artículo 229 y 230 del C.G.P. lo que no ha sucedido en este caso, ya que no existe amparo de pobreza que se haya decretado por el despacho en favor del demandante.

PRUEBAS QUE SE SOLICITAN.

Con el fin de probar las excepciones propuestas, solicito al despacho se sirva decretar la práctica de las siguientes pruebas:

INTERROGATORIO DE PARTE A LOS DEMANDANTES.

Solicito señor Juez, se sirva citar y hacer comparecer a todos los demandantes, en la fecha que su despacho indique, para que rindan interrogatorio de parte que de manera verbal les hará el suscrito sobre los hechos de la demanda y las excepciones propuestas.

A los demandantes se los puede ubicar en la dirección que ha dado dentro de la demanda principal.

PRUEBA TESTIMONIAL CONTRAINTERROGATORIO.

Solicito respetuosamente, se sirva decretar el contrainterrogatorio que hará el suscrito, a todos los testigos que decrete el despacho en favor de todas las partes, incluidos los testigos técnicos solicitados por las partes, con el objeto de que se pueda ejercer el derecho de contradicción de los testimonios.

CONTRADICCION DE DICTAMENES.

Respetuosamente solicito, que en el evento de que el despacho decrete el dictamen pericial de alguna de las partes que lo haya aportado y de conformidad con el artículo 228 del C.G.P. se sirva citar al perito a la audiencia, para que absuelva el interrogatorio que el suscrito hará sobre el dictamen aportado, para ejercer el derecho de contradicción del dictamen.

FUNDAMENTOS Y RAZONES DE HECHO Y DE DERECHO.

Como presupuestos axiológicos de la pretensión y elementos de responsabilidad civil, se debe verificar lo siguiente: hecho, culpa, nexo causal y daño. En nuestro caso en particular, el demandante no ha establecido dentro del proceso, la culpa y la relación de causalidad entre el daño y la culpa, que son elementos y carga probatoria de quien pretende el reconocimiento de un derecho a su favor en esta clase de procesos.

46

Respecto al llamamiento en garantía y contrato de seguro, particularmente las pólizas por la cual se llama en garantía, asume como riesgos los derivados de los actos u omisiones de la entidad asegurada a través de sus médicos, donde se pactaron varias exclusiones y límites al contrato de seguro y como tal deberán ser debidamente analizadas por el despacho, para analizar la eventual responsabilidad de SEGUROS DEL ESTADO S.A.

De afectarse la póliza de responsabilidad civil profesional por la cual se nos llama en garantía, deberá hacerse por concepto de los perjuicios que se acrediten causados por el tomador de la misma en los límites, anexos, deducibles y pactos convencionales del contrato de seguro (artículos 1047, 1056, 1057, 1079 y 1103 del C.Co.)

CAPITULO II.

CONTESTACION DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA FORMULADO POR LA ENTIDAD GRUPO OPERADOR HOSPITALARIO POR OUTSORCING – G OCHO S.A.S.

FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA.

AL PRIMERO. Es cierto, pero es importante destacar para una clara comprensión del asunto, que las coberturas de las diversas pólizas de seguros que expide la compañía, están estrictamente sujetas a las coberturas, amparos, condiciones que regulan su extensión y alcance, las causales de exoneración, límites asegurados, deducibles e.t.c. de tal suerte que cualquier pronunciamiento debe hacerse conforme a las estipulaciones que contiene la póliza de seguro y las condiciones particulares y generales que hacen parte de la misma y las normas que sobre el contrato de seguro contiene el C.Co.

Cabe destacarse que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumpla con la condición pactada de la que depende para su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro, o sea que el evento en cuestión este previsto en el amparo otorgado siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad, por ende la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de la póliza, es decir a sus diversas condiciones por lo tanto siempre se deberán atender los riesgos asumidos por la convocada los valores asegurados para cada uno de los amparos, las exclusiones, los deducibles y las normas del contrato de seguro.

AL SEGUNDO. Es cierto, pero es importante destacar para una clara comprensión del asunto, que las coberturas de las diversas pólizas de seguros que expide la compañía, están estrictamente sujetas a las coberturas, amparos, condiciones que regulan su extensión y alcance, las causales de exoneración, límites asegurados, deducibles e.t.c. de tal suerte que cualquier pronunciamiento debe hacerse conforme a las estipulaciones que contiene la póliza de seguro y las condiciones particulares y generales que hacen parte de la misma y las normas que sobre el contrato de seguro contiene el C.Co.

Cabe destacarse que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumpla con la condición pactada de la que depende para su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro, o sea que el evento en cuestión este previsto en el amparo otorgado siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la

49

exonere de responsabilidad, por ende la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de la póliza, es decir a sus diversas condiciones por lo tanto siempre se deberán atender los riesgos asumidos por la convocada los valores asegurados para cada uno de los amparos, las exclusiones, los deducibles y las normas del contrato de seguro.

AL TERCERO. Es cierto.

AL CUARTO. Es cierto que la demanda se interpone dentro del término de la vigencia de la póliza por la cual se nos llama en garantía, pero los hechos no ocurrieron dentro de la vigencia de la póliza, por lo que corresponde analizar si se cumplen con los requisitos de la cobertura CLAIMS MADE, los cuales se analizaran dentro de las excepciones propuestas al llamamiento en garantía.

De otro lado es preciso indicar y para una clara comprensión del asunto, que las coberturas de las diversas pólizas de seguros que expide la compañía, están estrictamente sujetas a las coberturas, amparos, condiciones que regulan su extensión y alcance, las causales de exoneración, límites asegurados, deducibles e.t.c. de tal suerte que cualquier pronunciamiento debe hacerse conforme a las estipulaciones que contiene la póliza de seguro y las condiciones particulares y generales que hacen parte de la misma y las normas que sobre el contrato de seguro contiene el C.Co.

Cabe destacarse que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumpla con la condición pactada de la que depende para su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro, o sea que el evento en cuestión este previsto en el amparo otorgado siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad, por ende la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de la póliza, es decir a sus diversas condiciones, por lo tanto siempre se deberán atender los riesgos asumidos por la convocada, los valores asegurados para cada uno de los amparos, las exclusiones, los deducibles y las normas del contrato de seguro.

AL QUINTO. No me consta, pues en este hecho se involucra una póliza con la compañía ALLIANZ SEGUROS S.A. de manera que nos atenemos a lo que indique dicha póliza.

AL SEXTO: Es cierto pero debe aclararse, que falta por enunciar los requisitos de la cobertura CLAIMS MADE y que corresponden a que la reclamación se haga en vigencia de la póliza y que el asegurado haya tenido póliza durante el periodo de retroactividad y que a la vez no exista interrupción de póliza con SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Sobre estos requisitos nos pronunciaremos dentro de las excepciones propuestas frente al llamamiento en garantía.

AL SEPTIMO. Es cierto.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA.

Solicita la parte que nos llama en garantía, que en el evento de una condena en contra de la entidad GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSORCING S.A.S G – OCHO, seguros del estado s.a. indemnice a las víctimas o reembolse lo pagado por dicha entidad, de conformidad con lo pactado en el contrato de seguro.

48

Manifiesto que mi representada se opone rotundamente al llamamiento en garantía, en la medida en que excedan los límites y coberturas acordadas, o desconozcan las condiciones generales y particulares de la póliza, las exclusiones y las disposiciones que rigen el contrato de seguro, así como también si exceden el amparo otorgado, no se demuestra la realización del riesgo asegurado o se compruebe una cláusula de exclusión o la ocurrencia de los hechos por fuera de la vigencia de la póliza o la exoneración de responsabilidad del asegurado o la falta de los requisitos para otorgar la cobertura CLAIMS MADE por la cual se pretende afectar la póliza de seguro.

En nuestro caso en particular la entidad llamante en garantía, pretende que se afecte la póliza de seguro expedida por mi poderdante, haciendo uso de la figura CLAIMS MADE, ya que como muy bien se desprende de la demanda, los hechos de la atención médica no ocurrieron en vigencia de la póliza de seguro, lo que quiere decir que quien nos llama en garantía solicita se dé cobertura al periodo de retroactividad pactado a partir del 1 de abril del año 2015.

Para que opere esta figura se dijo expresamente en la carátula de la póliza lo siguiente:

“CLAMIS MADE – Para siniestros ocurridos a partir del 01/04/2015 y hasta las 23 horas y 59 minutos de la (fecha de inicio de vigencia de la póliza a ser acordada) reclamados por primera vez al asegurado y al asegurador durante la vigencia de la póliza. (Siempre que el asegurado haya tenido póliza durante el periodo de retroactividad. Y que no exista periodo de interrupción con seguros del estado.) En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman, no podrá ser superior a 10 años contados al momento de la reclamación al asegurado o asegurador.”

Acorde a lo anteriormente expresado, se deduce que para que opere la cobertura CLAIMS MADE, existen tres requisitos indispensables que se deben cumplir, ya que si alguno de esos requisitos no se cumplen, no existe obligación de la compañía de seguros de indemnizar.

El primer requisito se refiere a que el periodo de retroactividad, solo va desde el primero de abril del año 2015, hasta la fecha de inicio de vigencia de la póliza contratada. (01/04/2015 al 30/04/2019), siempre y cuando la reclamación presentada al asegurado o al asegurador, se haya hecho en vigencia de la póliza, lo que no ocurre en este caso, pues la reclamación que se le hizo al asegurado mediante audiencia de conciliación en el centro de conciliación de la Universidad Santiago de Cali, data de fecha 19 de octubre del año 2017, fecha en la cual no se había aún expedido la póliza de seguro de responsabilidad civil profesional Clínicas y Hospitales número 55-03-101002871, la cual empezó vigencia a partir del 30 de abril de 2019 al 30 de abril del año 2020. Por lo que este requisito no se cumple para dar cobertura al siniestro presentado, siendo responsabilidad única y exclusiva de la compañía de seguros ALLIANZ SEGUROS S.A. ya que para la fecha de ocurrencia del siniestro 27,28,29 y 30 de Junio de 2017, esa póliza si estaba vigente.

El segundo requisito se refiere a que el asegurado dentro de todo el periodo de retroactividad, haya tenido póliza de seguro de responsabilidad civil profesional con cualquier compañía de seguros.

Se desprende dentro del llamamiento en garantía, que la entidad llamante para la fecha del siniestro 27 al 30 de Junio de 2017, tenía contratada una póliza de seguro con la entidad ALLIANZ SEGUROS S.A. por lo que es esta compañía de

49

seguros la que debe pronunciarse sobre indemnización alguna, ya que para la fecha de la reclamación presentada al asegurado, SEGUROS DEL ESTADO S.A. no había expedido póliza alguna que asegurara la responsabilidad civil de quien nos llama en garantía.

El tercer requisito se refiere a que no exista periodo de interrupción con SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Frente a esta requisito diremos que tampoco se cumple, toda vez que a la fecha del siniestro y a la fecha de la reclamación que se le hace al asegurado 19 de octubre del año 2017, mi poderdante aún no había expedido póliza alguna que amparara a quien nos llama en garantía, fuera de que la reclamación al asegurado no se hizo en vigencia de la póliza expedida por SEGUROS DEL ESTADO S.A. sino en vigencia de la póliza expedida por ALLIANZ SEGUROS S.A.

Bajo lo anterior, nos oponemos al llamamiento en garantía, por cuanto SEGUROS DEL ESTADO S.A. no está obligado a indemnizar los perjuicios causados a los demandantes por falta de cobertura del siniestro.

EXCEPCIONES DE FONDO QUE TIENEN QUE VER CON LA POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES NUMERO 55-03-101002871 EXPEDIDA POR SEGUROS DEL ESTADO S.A.

1. AUSENCIA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA POLIZA Y SU CONSECUENTE INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION DE INDEMNIZAR POR PARTE DE SEGUROS DEL ESTADO S.A.

En este punto es necesario advertir, que la presente póliza tiene una cobertura combinada, es decir modalidad ocurrencia (cuando los hechos ocurren en vigencia de la póliza), y modalidad Claims Made, tal y como se evidencia en la carátula de la póliza. (tiene que ver con periodo de retroactividad y reclamaciones presentadas en vigencia de la póliza.)

En nuestro caso en particular la entidad llamante en garantía, pretende que se afecte la póliza de seguro expedida por mi poderdante, haciendo uso de la figura CLAIMS MADE, ya que como muy bien se desprende de la demanda, los hechos de la atención médica no ocurrieron en vigencia de la póliza de seguro, lo que quiere decir que quien nos llama en garantía solicita se dé cobertura al periodo de retroactividad pactado a partir del 1 de abril del año 2015.

Para que opere esta figura se dijo expresamente en la carátula de la póliza lo siguiente:

“CLAMIS MADE – Para siniestros ocurridos a partir del 01/04/2015 y hasta las 23 horas y 59 minutos de la (fecha de inicio de vigencia de la póliza a ser acordada) reclamados por primera vez al asegurado y al asegurador durante la vigencia de la póliza. (Siempre que el asegurado haya tenido póliza durante el periodo de retroactividad. Y que no exista periodo de interrupción con seguros del estado.) En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman, no podrá ser superior a 10 años contados al momento de la reclamación al asegurado o asegurador.”

Acorde a lo anteriormente expresado, se deduce que para que opere la cobertura CLAIMS MADE, existen tres requisitos indispensables que se deben cumplir, ya que si alguno de esos requisitos no se cumplen, no existe obligación de la compañía de seguros de indemnizar.

El primer requisito se refiere a que el periodo de retroactividad, solo va desde el primero de abril del año 2015, hasta la fecha de inicio de vigencia de la póliza contratada. (01/04/2015 al 30/04/2019), siempre y cuando la reclamación presentada al asegurado o al asegurador, se haya hecho en vigencia de la póliza, lo que no ocurre en este caso, pues la reclamación que se le hizo al asegurado mediante audiencia de conciliación en el centro de conciliación de la Universidad Santiago de Cali, data de fecha 19 de octubre del año 2017, fecha en la cual no se había aún expedido la póliza de seguro de responsabilidad civil profesional Clínicas y Hospitales número 55-03-101002871, la cual empezó vigencia a partir del 30 de abril de 2019 al 30 de abril del año 2020. Por lo que este requisito no se cumple para dar cobertura al siniestro presentado, siendo responsabilidad única y exclusiva de la compañía de seguros ALLIANZ SEGUROS S.A. ya que para la fecha de ocurrencia del siniestro 27,28,29 y 30 de Junio de 2017, esa póliza si estaba vigente.

El segundo requisito se refiere a que el asegurado dentro de todo el periodo de retroactividad, haya tenido póliza de seguro de responsabilidad civil profesional con cualquier compañía de seguros.

Se desprende dentro del llamamiento en garantía, que la entidad llamante para la fecha del siniestro 27 al 30 de Junio de 2017, tenía contratada una póliza de seguro con la entidad ALLIANZ SEGUROS S.A. por lo que es esta compañía de seguros la que debe pronunciarse sobre indemnización alguna, ya que para la fecha de la reclamación presentada al asegurado, SEGUROS DEL ESTADO S.A. no había expedido póliza alguna que asegurara la responsabilidad civil de quien nos llama en garantía.

El tercer requisito se refiere a que no exista periodo de interrupción con SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Frente a esta requisito diremos que tampoco se cumple, toda vez que a la fecha del siniestro y a la fecha de la reclamación que se le hace al asegurado 19 de octubre del año 2017, mi poderdante aún no había expedido póliza alguna que amparara a quien nos llama en garantía, fuera de que la reclamación al asegurado no se hizo en vigencia de la póliza expedida por SEGUROS DEL ESTADO S.A. sino en vigencia de la póliza expedida por ALLIANZ SEGUROS S.A.

Acorde a lo anterior, no hay cobertura frente al siniestro presentado, toda vez que la reclamación al asegurado por parte de la víctima, mediante audiencia de conciliación en un centro de conciliación, no se hizo en vigencia de la póliza expedida por mi poderdante por lo que no existe obligación de indemnizar por parte de SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Solicito se sirva declarar probada esta excepción.

EXCEPCIONES SUBSIDIARIAS.

En el evento de que la anterior excepción no se declare probada, solicito se sirva tener en cuenta a manera de excepciones subsidiarias las siguientes:

1. SUBLIMITE EVENTOS EN MODALIDAD CLAIMS MADE.

Se pactó dentro de la carátula de la póliza, concretamente en las condiciones generales de la misma que se encuentran inmersas en ellas, que cuando se trate de siniestros reclamados bajo la modalidad CLAIMS MADE, el limite por evento

57

solo será de \$500.000.000 quinientos millones de pesos en errores u omisiones, de manera que si se llegara a afectar esta póliza de seguro, la obligación de seguros del estado s.a. solo llegaría hasta la suma de \$500.000.000 millones de pesos como límite del valor asegurado, claro está descontando su deducible que corresponde al 15% de la indemnización, mínimo 10 SMMLV.

Es hasta ahí, donde pende la obligación de mi poderdante por consiguiente no se la puede condenar por otro valor superior de conformidad con el artículo 1079 del C.Co.

2. DEDUCIBLE DE LA POLIZA No. 55-03-101002871.

Es importante tener en cuenta, que dentro de la póliza de seguro que se pretende afectar, está estipulado el deducible; entiéndase este como el valor que debe ser asumido por el asegurado en caso de siniestro, este deducible es equivalente al 15 % de la indemnización, mínimo 10 SMMLV en el valor de la pérdida en errores u omisiones.

De lo expresado anteriormente se entiende que en el evento de una poco probable condena en contra de mi representada, el despacho deberá descontar al valor de la indemnización el deducible pactado que equivale al 15% de la indemnización.

Solicito declarar probada esta excepción.

3. REDUCCION DEL SEGURO POR PAGO DE SINIESTRO.

Se propone esta excepción, de conformidad con el artículo 1111 del C.Co. que a su tenor literal reza:

“la suma asegurada se entenderá reducida, desde el momento del siniestro, en el importe de la indemnización pagada por el asegurador”.

Por lo que en una eventual condena que se le haga a mi poderdante, el despacho debe tenerse en cuenta las sumas pagadas en anteriores siniestros ocurridos dentro de la póliza No. 55-03-101002871, es decir se reducirá el monto del valor asegurado hasta el importe pagado.

En nuestro caso en particular, existe otra demanda en otro juzgado que afectan la póliza por la cual se nos ha llamado en garantía, por lo que en el evento de que se indemnice por ese otro siniestro, la compañía solo estará obligada a pagar hasta la reducción del límite asegurado y en el evento de que se haya agotado no existirá obligación de indemnizar.

La otra demanda es:

JUZGADO 2 CIVIL DEL CIRCUITO DE BUENAVENTURA.
DEMANDANTE. BERNARD EUGENE MITCHEL Y OTROS.
DEMANDADO. CONFENALCO VALLE DE LA GENTE Y OTROS.
RAD. 2018 00012

Solicito declarar probada esta excepción.

4. LIMITE DE RESPONSABILIDAD.

Como bien es sabido, la responsabilidad civil profesional a cargo de esta aseguradora contratada mediante la póliza No. 55-03-101002871, se encuentra limitada, no solo por lo establecido en la ley sino por lo pactado entre las partes dentro del contrato de seguro, que entre otras cosas además de sus amparos,

12

exclusiones y demás características, establece de manera expresa la suma asegurada para cada evento cubierto por la misma.

El artículo 1056 del código del comercio precisa que es potestad de las aseguradoras asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés a la cosa asegurable, el patrimonio o la persona asegurada.

El código de comercio además consagra en su artículo 1079 que "el asegurador no estará obligado a responder sino hasta la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074" (negrita y subrayado fuera del texto original).

Esta disposición busca además de proteger la actividad asegurada, dándole el respectivo soporte jurídico para salvaguardarla, define el campo de acción que tiene el o los beneficiarios de las diferentes pólizas de seguros, estableciendo los límites pecuniarios dentro de los cuales pueden realizar sus respectivos reclamos, lo que se traduce en una amplia seguridad jurídica para las partes intervinientes dentro de esta actividad.

Es de anotar que para tener claridad sobre el valor asegurado y los límites de la póliza en cuanto a sus aspectos económicos, nos ayuda a determinar demás elementos del contrato de seguros como lo son la aplicación de deducibles y el pago de la prima.

Hablar del valor asegurado, constituye de manera directa el límite que permitió cubrir la realización del riesgo garantizado. El cual por razones legales no es posible exceder así el valor del siniestro supere el contratado en la póliza, a menos que las partes así lo hayan pactado de manera expresa dentro de la misma.

La corte suprema de justicia, en reiteradas ocasiones ha hecho referencia al valor asegurado, a continuación, traigo a colación algunos de ellos.

En sentencia del 24 de mayo de año 2000, MP Manuel Ardila Velásquez, se estableció que:

"De esta mujer, descartado como quedo en la aseguradora demandada hubiese contraigo la obligación de cancelar la suma que a título de mutuo acuerdo recibió Leonor Dossman de Orozco de parte de la inmobiliaria bolívar y constituyendo la suma asegurada no otra cosa que el límite máximo de la obligación que para el asegurador genera el siniestro -art 1079 C.CO- surge con claridad que, en el evento de ocurrir este, el asegurador quedaba obligación a responder hasta la ocurrencia de la suma asegurada pero por el monto del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado".

Y en el mismo sentido en sentencia del 14 de diciembre del 2011 MP José Antonio Castillo Rugeles, se precisó que:

Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta corporación, el valor de la prestación a cargo de la aseguradora, en lo que tiene que ver en los seguros contra daños, se encuentra delimitado tanto por el valor asegurado, como por las provisiones contenidas en el art. 1089 del código de comercio..."

"relativamente al primero de aquellos límites, es decir el valor asegurado débase destacar, en primer lugar, que constituye por mandato del numeral 7 del art. 1047 ejusdem, una de las mencionadas que debe contener la póliza, o por lo menos, la forma de precisarlo; al paso que por virtud de la prescripción contenida en el art. 1079 ibidem, " el asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 1074". Se trata, en fin, de una condición específica de la póliza que además de

poner de relieve la cantidad de la protección requerida por el asegurado, en este caso mediante una declaración unilateral, demarca el monto máximo de la indemnización o suma asegurada que la aseguradora debe pagar en caso del siniestro; sin dejar de lado que también, sirve de base para calcular junto con otros factores técnicos la prima que el tomador debe pagar.

En el caso bajo la Litis y en virtud de la autonomía de la voluntad de las partes en los contratos de seguro, se incluyó un límite del valor asegurado cuando se haga reclamaciones por la modalidad CLAIMS MADE, el cual va por evento hasta la suma de \$500.000.000 millones de pesos mcte.

Por lo anterior, ninguna hipotética condena en contra de mi representada podrá sobrepasar el monto atrás referido, en ningún evento, ni aun cuando la improbable condena al asegurado sea mayor y sin perjuicio de la aplicación del artículo 1111 del Código de Comercio, relativo a la reducción del valor asegurado por pagos parciales, además de la aplicación del deducible que se pactó y que se propuso en anterior excepción, haciendo la salvedad que si el valor del deducible a cargo del seguro no llega a superarse no se podrá condenar a mi poderdante.

5. EXCEPCION GENERICA.

Que se sustenta en los hechos de la demanda, las contestaciones y demás que se lleguen a probar dentro del proceso y que sirvan de fundamento a la defensa no alegada, conforme a lo estipulado en el art. 306 del código general del proceso.

III. PRUEBAS.

Documental aportada: Póliza de seguro de responsabilidad civil profesional No. 55-03-101002871 con vigencia del 29 de abril de 2019 al 29 de abril de 2020, la se aporta en 6 folios y contiene inmersa sus condiciones generales y particulares.

OFICIOS. Solicito se sirva oficiar a la entidad SEGUROS DEL ESTADO S.A. para que certifiquen si a la fecha y por concepto de la póliza de seguro de responsabilidad civil profesional No. 55-03-101002871, la entidad SEGUROS DEL ESTADO S.A. ha efectuado algún pago por algún otro siniestro que reduzca el valor asegurado de la póliza expedida.

El objeto de esta prueba es probar la excepción de reducción del valor asegurado.

IV. ANEXOS.

- Póliza de responsabilidad civil profesional No. 55-03-101002871.

V. FUNDAMENTO DE DERECHO.

Téngase como fundamentos de derecho los artículos 1127, 1131, 1081 y 1057 del Código de Comercio, los artículo 64, 65 y 66 del CGP y las demás normas y jurisprudencia relacionada.

VI. NOTIFICACIONES.

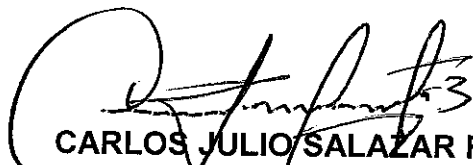
A mi representado SEGUROS DEL ESTADO S.A. en la carrera 11 No. 90-20 de la ciudad de Bogotá D.C. correo electrónico juridico@segurosdelestado.com.

Del suscrito como apoderado de la compañía SEGUROS DEL ESTADO S.A. en la carrera 3. # 11 – 55 oficina 305 edificio pielroja de la ciudad de Cali, Celular 318 3848980, correo electrónico carlosjuliosalazar@hotmail.com para lo cual autorizo al despacho para que se me notifique de todas las providencias que se profieran en ese correo electrónico.

Del llamante en garantía en la dirección que han indicado en el llamamiento y su correo electrónico.

Del demandante en la dirección que han indicado en su llamamiento y su correo electrónico.

Del señor Juez, respetuosamente,


CARLOS JULIO SALAZAR FIGUEROA.
C.C. 12.983.608 de Pasto.
T. P. 89.926 del C. S. de la J.

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
CLINICAS Y HOSPITALES**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN PEREIRA	SUCURSAL PEREIRA	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 55-03-101002871	ANEXO No. 0
TOMADOR GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S - G OCHO S.A.S			NIT	900.612.531-0
DIRECCION CR 66 NRO. 9 - 20			TELEFONO	3865310
CIUDAD CALI, VALLE				
ASEGURADO GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S - G OCHO S.A.S			NIT	900.612.531-0
DIRECCION CR 66 NRO. 9 - 20			TELEFONO	3865310
CIUDAD CALI, VALLE				
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 09 / 05 / 2019	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 04 / 2019	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 29 / 04 / 2020	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 30 / 04 / 2019	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 29 / 04 / 2020
INTERMEDIARIO SEGUROS & ASESORIAS Y CIA LTDA	CLAVE AGE 83059	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO
				% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES	\$ 1,500,000,000.00		
		\$ 1,500,000,000.00		

DEDUCIBLES: * 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMLIV en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

CUBRE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL QUE LE SEA IMPUTABLE AL ASEGURADO, POR LESIONES PERSONALES Y/O MUERTE QUE SE OCACIONEN A TERCEROS, EN HECHOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y CAUSADOS DIRECTAMENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO Y POR UN SERVICIO MEDICO, QUIRURGICO, DENTAL O DE ENFERMERA, LEGALMENTE HABILITADOS PARA EJERCER Y ESPECIFICADOS EN LA POLIZA

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****1,500,000,000.00	PRIMA:	\$ *****51,000,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****9,690,000.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****60,690,000.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 7 NO 19-28 PISO 12, TELÉFONO 5124482 - PEREIRA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 30.07.2018.1329.P.06.ERC001A, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

55-03-101002871
FIRMA AUTORIZADA



(415)770998021167 (8020)11012104552974 (3900)000060690000 (96)20190614

REFERENCIA PAGO:
11012104552974

MARATAPASCO

CLIENTE
Oficina Principal: Cra. 11 No. 90 - 20 Bogotá D.C. Teléfono 2186977

TOMADOR

DOCUMENTO EQUIVALENTE A UNA FACTURA * NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE I.V.A. REGIMEN COMUN

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101002871	0
TOMADOR	GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S - G OCHO S.A.S	NIT	900.612.531-0
DIRECCION	CR 66 NRO. 9 - 20 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	3865310
ASEGURADO	GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S - G OCHO S.A.S	NIT	900.612.531-0
DIRECCION	CR 66 NRO. 9 - 20 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	3865310
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA PARA EMPRESAS DE LA SALUD (CLINICAS Y HOSPITALES)

TOMADOR: GRUPO OPERADOR CLINICA HOSPITALARIO POR OUTSOURCING - G OCHO SAS
NIT: 900.612.531
ASEGURADO: GRUPO OPERADOR CLINICA HOSPITALARIO POR OUTSOURCING - G OCHO SAS
NIT: 900.612.531

La presente poliza otorga cobertura para las operaciones en las siguientes ciudades:

- Cali
- Popayan
- Santander de Quilichao
- Pereira
- Armenia
- Manizales
- Ibague
- Barranquilla

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O LOS DE LEY
VIGENCIA: 12 MESES - INICIO DE VIGENCIA A SER ACORDADO
TIPO DE INSTITUCION: CLINICA
NIVEL DE ATENCION: I
No. DE CAMAS: CERO - DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO
No. DE AMBULANCIAS: CERO - DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO
SINIESTRALIDAD: SI - DE ACUERDO CON LO INFORMADO EN LA SOLICITUD DEL SEGURO

BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA - Para siniestros ocurridos durante la vigencia de la poliza y reclamados dentro del periodo de prescripcion de la ley Colombiana (Codigo Comercio en concordancia con el Codigo Civil).

CLAIMS: Para siniestros ocurridos a partir del 01/04/2015 y hasta las 23 horas y 59 minutos de la fecha de inicio de vigencia de la poliza. Siempre que el asegurado haya tenido poliza durante el periodo de retroactividad. Y que no exista periodo de interrupcion con Seguros del Estado. En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman, no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al Asegurado o Asegurador.

CONDICIONADO

GENERAL: FORMA 06/07/2018-1329-P-06-ERC004A

En adiccion a las condiciones generales, la presente poliza se rige ademas por las condiciones particulares aqui descritas.

LIMITE

ASEGURADO: \$1.500.000.000 - limite maximo de responsabilidad de Seguros del Estado, el cual solo podra ser afectado asi:

SUB-LIMITE EVENTOS EN MODALIDAD OCURRENCIA: \$1.500.000.000
SUB-LIMITE EVENTOS EN MODALIDAD CLAIMS MADE: \$500.000.000

La suma asegurada es un limite unico y combinado de responsabilidad e incluire todos los gastos de defensa (incluyendo las fianzas, cuotas para expertos y demas gastos relacionados con la defensa de un asegurado) para la vigencia. La suma asegurada sera aplicable a toda y cada perdida o serie de perdidas provenientes de un solo evento o una serie de eventos, sin importar el numero de eventos o reclamantes.

RELACION DE PROFESIONALES: MEDICOS GENERALES: 5
TOTAL DE PROFESIONALES REPORTADOS: 5

COBERTURAS:

1. AMPARO BASICO: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD:

SEGURESTADO ampara la responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra el asegurado derivada de la actividad descrita en la poliza de acuerdo con lo informado en la declaracion de asegurabilidad, e indemnizara hasta el limite de valor asegurado pactado para cada amparo y en exceso de los deducibles establecidos, los perjuicios patrimoniales y extra patrimoniales que cause el asegurado a pacientes y/o terceros siempre que los hechos ocurran durante la vigencia de la poliza y se encuentren debidamente probados.

CLAIMS MADE - Para siniestros ocurridos a partir del 01/04/2015 y hasta las 23 horas y 59 minutos de la (Fecha de inicio de vigencia de la poliza a ser acordada) reclamados por primera vez al Asegurado y al Asegurador durante la vigencia de la poliza. (Siempre que el asegurado haya tenido poliza durante el periodo de retroactividad. Y que no exista periodo de interrupcion con Seguros del Estado). En todo caso, la fecha de ocurrencia del evento por el cual reclaman, no podra ser superior a 10 años contados al momento de la reclamacion al Asegurado o Asegurador.

A consecuencia de actos erroneos, negligencia, impericia, accion u omision, cometidos de manera involuntaria en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por personal que este vinculado bajo relacion laboral con el asegurado mediante contrato y/o convenio especial o autorizados por este para ejercer en sus instalaciones al servicio del mismo, siempre y cuando figuren dentro de la relacion de profesionales y/o auxiliares de la salud asegurados bajo esta poliza y por los cuales sea civilmente responsable el asegurado.

Quando se trate de acuerdos de conciliacion (judicial o extrajudicial) que realice el asegurado, debe mediar autorizacion expresa de SEGURESTADO para poder acceder a la cobertura otorgada bajo esta poliza.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101002871	0
TOMADOR	GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S - G OCHO S.A.S	NIT	900.612.531-0
DIRECCION	CR 66 NRO. 9 - 20	TELEFONO	3865310
	CIUDAD CALI, VALLE		
ASEGURADO	GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S - G OCHO S.A.S	NIT	900.612.531-0
DIRECCION	CR 66 NRO. 9 - 20	TELEFONO	3865310
	CIUDAD CALI, VALLE		
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

Toda suma que SEGURESTADO deba pagar como consecuencia de un siniestro amparado en la poliza, reducira en igual proporcion el limite del valor asegurado para la cobertura afectada.

Paragrafo: SEGURESTADO, indemnizara los perjuicios extra patrimoniales, cuando se haya generado perdida economica como consecuencia directa de daños materiales o personales al beneficiario de la respectiva indemnizacion por un evento amparado por la poliza.

2. EXTENSIONES DE COBERTURA:

Este producto se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por:

2.1 SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS:

SEGURESTADO cubre la responsabilidad civil profesional del asegurado por el suministro, formulacion o administracion de alimentos y bebidas, materiales medicos, quirurgicos, dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervision directa de este, esten registrados ante la autoridad competente y sean necesarios para el tratamiento y/o prestacion del servicio.

o obstante lo anterior, se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante, sin perjuicio de las demas exclusiones señaladas en el capitulo II de este condicionado.

2.2 USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD

SEGURESTADO cubre la responsabilidad civil profesional del asegurado por la posesion y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnostico o terapeutica, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos esten reconocidos por la ciencia medica y que el asegurado realice los servicios de mantenimiento especificados y estipulados por el fabricante.

2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

A consecuencia del uso de sus predios, labores y operaciones por:

A. La propiedad, uso o posesion de los predios en donde el asegurado ejerce y/o desarrolla su actividad profesional de la salud y que aparecen descritos en la caratula de la poliza.

B. Las labores u operaciones que lleva a cabo el asegurado en el desarrollo de su actividad profesional de la salud en las instalaciones que aparecen descritas en la caratula de la poliza.

C. La responsabilidad civil extracontractual solidaria que recae sobre el asegurado en forma directa por daños causados por los contratistas y subcontratistas a su servicio, en desarrollo de las actividades para las cuales fueron contratados. Para tal fin la cobertura descrita en este numeral operara en exceso de las polizas que cada contratista y/o subcontratista debe tener contratadas, que en todo caso su valor asegurado no podra ser inferior a \$50.000.000

Este amparo no se extiende a las instalaciones y aparatos de las IPS con las que tenga convenio el asegurado.

La cobertura otorgada para el personal administrativo (incluidos profesionales de la salud que trabajen en el area administrativa) se encuentra dentro del amparo de RCE de esta poliza, por ende la cobertura profesional no se extiende a los mismos.

2.4 GASTOS DE DEFENSA

SEGURESTADO indemnizara al asegurado los gastos de defensa en que incurra, que incluyen las costas, los honorarios de abogados y expensas necesarias, hasta por el valor asegurado, siempre y cuando sean justificados y razonables; y hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal o pleito en su contra y en la que se pretenda demostrar su responsabilidad por cualquier reclamacion que pueda constituirse en una perdida demostrada bajo los terminos de este seguro.

Los gastos de defensa seran reconocidos siempre y cuando los hechos por los que se demanda o se reclama hayan ocurrido durante la vigencia de la poliza y causados en desarrollo de la actividad amparada bajo las condiciones generales y particulares de la presente poliza.

SEGURESTADO reconocera como honorarios profesionales los establecidos en las condiciones particulares de la poliza, previa aplicacion del deducible en la caratula de la misma.

En los procesos penales y del tribunal de etica medica los costos y gastos de defensa en que incurra el asegurado se pagaran por reembolso por SEGURESTADO, siempre y cuando el asegurado sea declarado inocente o el delito por el cual sea sentenciado no corresponda a un hecho doloso.

LIMITES Y SUBLIMITES ASEGURADOS:

COBERTURA SUBLIMITE EVENTO/VIGENCIA Los sublimites indicados hacen parte del limite asegurado y no en adiccion al mismo.

- AMPARO BASICO

- SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MEDICOS

- USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD

SUBLIMITE EVENTOS EN MODALIDAD OCURRENCIA: \$1.500.000.000 SUBLIMITE EVENTOS EN MODALIDAD CLAIMS MADE: \$500.000.000 En todo caso la responsabilidad maxima de Seguros del Estado es \$1.500.000.000

- RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL (opera solo para eventos ocurridos durante la vigencia de la poliza - ocurrencia pura)

Hasta \$500.000.000 Evento - Vigencia

- GASTOS DE DEFENSA (el sublimite para este amparo aplica de acuerdo al sublimite otorgado para cada modalidad -actuando como limite unico por evento y vigencia y no en adiccion)

Hasta 10% evento Hasta 20% vigencia

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101002871	0
TOMADOR	GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S - G OCHO S.A.S	NIT	900.612.531-0
DIRECCION	CR 66 NRO. 9 - 20 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	3865310
ASEGURADO	GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S - G OCHO S.A.S	NIT	900.612.531-0
DIRECCION	CR 66 NRO. 9 - 20 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	3865310
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

DEDUCIBLES:

- GASTOS DE DEFENSA (para las 2 modalidades): 10% de la perdida - mínimo 1\$MMLV
- DEMAS EVENTOS: 15% de la perdida - mínimo 10 \$MMLV

EXCLUSIONES:

Bajo este contrato **SEGURESTADO** no sera responsable del pago por costos y/o perjuicios originados a consecuencia de o generados de manera directa o indirecta por:

1. Reclamaciones por daños geneticos en el caso que se determine que dichos daños hayan sido causados por un evento adverso provocado por un acto medico no deseado, organismos patogenos y/o factor hereditario, descubiertos en el momento o un tiempo despues del nacimiento y que hayan podido ocurrir desde la concepcion hasta antes del nacimiento, incluyendo el parto.
2. Daños y/o perjuicios derivados del ejercicio de una profesion de la salud con fines diferentes al diagnostico o terapia, de actos medicos prohibidos por la ley o que se presten sin la autorizacion de la autoridad competente.
3. Reclamaciones contra el asegurado por la prestacion de servicios por personal de la salud, que no tenga una relacion contractual con el asegurado.
4. Perjuicios causados por la prestacion de servicios por personas que no estan legalmente habilitadas para ejercer la profesion o no cuentan con la respectiva autorizacion o licencia otorgada por la autoridad competente en Colombia.
5. Perjuicios causados en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por personal de la salud bajo la influencia de sustancias alcoholicas, toxicas o narcoticas.
6. Perjuicios causados con aparatos, equipos y/o dispositivos medicos que no cuentan con aprobacion y registro de la entidad de vigilancia y control -INVIMA- y que no tengan reconocimiento por la ciencia medica (sociedades cientificas). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.
7. Perjuicios causados por intervenciones y/o tratamientos medicos no reconocidos por las diferentes sociedades cientificas y que no esten incluidos en forma expresa en la clasificacion unica de procedimientos en salud vigente -cups- (resolucion 5171 de 2017 del ministerio de salud y proteccion social y las normas que la modifiquen). En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervencion en tales casos.
8. Responsabilidad civil profesional por procedimientos quirurgicos de tipo estetico o cosmetico, salvo que se trate de intervenciones o cirugia reconstructiva posterior a un accidente o cirugia correctiva de anomalías congenitas, siempre que sea realizada por un especialista.
9. Responsabilidad civil profesional por tratamientos medicos de fertilidad humana, que sustituyen el proceso natural de la reproduccion (facilitan el embarazo) por cualquiera de las tecnicas de reproduccion asistida, ya sea por inseminacion artificial o fecundacion in vitro.
10. Responsabilidad civil por tratamientos destinados a la interrupcion del embarazo.
Para el caso especifico del aborto (interrupcion voluntaria del embarazo) quedan amparados los daños a consecuencia de una intervencion que corresponda al cumplimiento de una obligacion legal y/o constitucional, como:
I- Cuando la continuacion del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un medico.
II- Cuando exista grave malformacion del feto que haga inviable su vida, certificada por un medico.
III- Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminacion artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas, o de incesto.
11. Responsabilidad civil profesional por emision de dictámenes periciales y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesion o daño causado por el tratamiento de un paciente en actividades de la salud.
12. Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con la infeccion con virus tipo VIH (sida) y/o virus hepatitis, o cualquiera de sus derivados o variedades mutantes.
13. Sanciones punitivas o ejemplarizantes, tales como multas o penalidades impuestas por un juez o sanciones de caracter administrativo.
14. Perjuicios causados a personas que ejerzan actividades profesionales, auxiliares o cientificas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y que, como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como radiacion ionizante o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la poliza y a riesgos de infeccion o contagio de enfermedades o agentes patogenos.
En todo caso, no tienen cobertura las reclamaciones presentadas en beneficio directo o indirecto de cualquier personal de la salud amparado bajo esta poliza.
15. Esta exclusion no aplica cuando el profesional de la salud afectado estuviere en condicion de paciente.
16. Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales, que no provengan de una defensa judicial amparada por esta poliza.
17. Reclamaciones por perjuicios causados por la aplicacion de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, cuando esta no fuere aplicada por un especialista y en una institucion de salud acreditados para este fin.
18. Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos judiciales donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable.
19. Toda responsabilidad como consecuencia de abandono y/o negativa de atencion al paciente. Salvo lo señalado en el articulo 7 de la ley 23 de 1981 y las que la modifiquen, que dice: cuando no se trate de casos de urgencia, el medico podra excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestacion de sus servicios, en razon de los siguientes motivos:
A. Que el caso no corresponda a su especialidad?
B. Que el paciente reciba la atencion de otro profesional que excluya la suya?
C. Que el enfermo rehuse cumplir las indicaciones prescritas,
Caso en el cual **SEGURESTADO**, sin que se entienda como aceptacion de responsabilidad y cobertura por el amparo basico, respaldara al asegurado unicamente en la extension de cobertura de gastos de defensa hasta el limite pactado en la caratula de la poliza y con sujecion a las condiciones generales, siempre que se encuentre documentado en la historia clinica y corresponda a omisiones o actuaciones derivadas de su actividad.
20. Responsabilidad civil por productos farmaceuticos, o responsabilidad civil del fabricante de productos farmaceuticos.
21. Violacion del secreto profesional.
22. Perdidas ocasionadas por una falla en reconocimiento electronico de fechas, ya sea por parte de un equipo o de un software.
23. Cualquier responsabilidad que surja del incumplimiento de algun convenio verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de exito, que garantice el resultado de cualquier tipo de acto medico, quirurgico o terapeutico. Asi, como del incumplimiento parcial o total, tardio o defectuoso de pactos o convenios que vayan mas alla del alcance de la responsabilidad civil del asegurado.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
PEREIRA	EMISION ORIGINAL	55-03-101002871	0
TOMADOR	GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S - G OCHO S.A.S	NIT	900.612.531-0
DIRECCION	CR 66 NRO. 9 - 20 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	3865310
ASEGURADO	GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S - G OCHO S.A.S	NIT	900.612.531-0
DIRECCION	CR 66 NRO. 9 - 20 CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	3865310
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

23. Actos medicos o hechos conocidos por el asegurado antes del inicio de la presente poliza o del periodo de retroactividad que lleven a una reclamacion que pretenda afectar la cobertura de la misma.
24. Procesamiento de hemoderivados, plasma total o factores sanguineos en bancos de sangre que sean extra institucionales y que operen en forma independiente de un hospital o clinica del asegurado.
25. La transmision de enfermedades a pacientes y/o terceros, por el asegurado y/o profesionales y/o auxiliares de la salud al servicio del asegurado durante la prestacion de servicios y/o tratamientos de la salud, cuando el personal asegurado y/o el asegurado sabe o deberia saber que es portador de una enfermedad.
26. Actos medicos indirectos, y de los nominados extracorporeos, tales como investigacion, experimentacion, autopsia, etc.
27. Actos medicos que se efectuen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o características distintivas, aunque sea con el consentimiento del paciente.
28. Filtraciones contaminantes, residuos patologicos, asi como los gastos y costos de leyes especificas o normas administrativas para limpiar, disponer, tratar, remover o neutralizar tales contaminantes o residuos patologicos.
29. Organismos patogenicos.
30. Responsabilidad derivada del transporte de pacientes en ambulancias o aeronaves; la tenencia, mantenimiento, uso o manejo de vehiculos motorizados de cualquier naturaleza, ya sean aereos, terrestres o acusticos, y se usen para realizar la actividad asegurada, asi como los daños causados a los vehiculos mismos, o bienes dentro de ellos, o a sus ocupantes, incluyendo pacientes del asegurado.
31. Atencion o tratamiento domiciliario, servicio de hospitalizacion en casa (SHEC) y programa de hospitalizacion domiciliaria (PHD), salvo cuando se preste con ocasion a un contrato de prestacion de servicios con una Empresa de Servicios de Salud.
32. Por daños a bienes muebles o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado. O daños a aeronaves, trenes, ferrocarriles, embarcaciones maritimas o fluviales.
33. Mala fe y/o dolo del tomador, asegurado o beneficiario.
34. Responsabilidad civil patronal, practicas laborales incorrectas o de cualquier obligacion de la cual el asegurado pudiese resultar responsable en virtud del incumplimiento de las disposiciones vigentes de salud ocupacional o normatividad de tipo laboral sobre prevencion de riesgos laborales, accidentes de trabajo o enfermedad laboral, compensacion para desempleados o beneficios por muerte, invalidez o incapacidad, o bajo cualquier ley o institucion de seguridad social semejante, sea publica o privada.
35. Responsabilidad civil de directores y administradores.
36. Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a:
 - I- Guerra, invasion, actos de enemigo extranjero, hostilidades, acciones y operaciones belicas (con o sin declaracion o estado de guerra), guerra civil, huelga, paros patronales, motin, comocion civil o alborotos populares que revelen el caracter de o como consecuencia de asonada, sublevacion militar, insurreccion, rebelion, revolucion, conspiracion, actos mal intencionados de terceros y otros hechos o delitos contra la seguridad interior o exterior del pais, aunque no sean a mano armada, poder militar o usurpado. Confiscacion, requisita, nacionalizacion o detencion por cualquier poder civil o militar legitimo o usurpado, destruccion daños a los bienes por orden de cualquier gobierno de jure o de facto o de cualquier autoridad nacional, estatal o municipal o actividades por orden de cualquier individuo o personas que actuando en nombre propio o en conexcion con cualquier grupo u organizacion cuyo objeto sea el derrocamiento del gobierno de jure o de facto o presion sobre el gobierno por terrorismo u otros medios violentos.
 - II- Cualquier acto de terrorismo incluyendo, pero no limitado al uso de fuerza o violencia y/o la amenaza de la misma, dirigidos a o que causen daño, lesion, estrago o interrupcion o comision de un acto peligroso para la vida humana o propiedad, en contra de cualquier persona, propiedad o gobierno, con objeto establecido o no establecido de perseguir intereses economicos, etnicos, nacionalistas, politicos, raciales o intereses religiosos, sean declarados o no.
37. Cualquier acto, error, omision u obligacion que involucre asbesto, su uso, exposicion, presencia, existencia, deteccion, remocion, eliminacion en cualquier ambiente, construccion o estructura.
38. Toda responsabilidad sea cual fuere su naturaleza, que directa o indirectamente se produzca por cualquier de las siguientes causas o como consecuencia de las mismas o cuya existencia o creacion hayan contribuido directa o indirectamente:
 - I- La accion de energia atomica
 - II- Radiaciones ionizantes, o contaminacion por radioactividad producida por cualquier combustible nuclear o por cualquier residuo nuclear producto de la combustion de material nuclear. Explosion, escape de calor, irradiaciones procedentes de la transmutacion de nucleos de atomos de radioactividad.
 - III- La radioactividad, toxicidad y otras propiedades peligrosas de cualquier artefacto nuclear explosivo o componentes nucleares. Asi como los efectos de radiaciones provocadas por todo ensamblaje nuclear, asi como cualquier instruccion o peticion para examinar, controlar, limpiar, retirar, contener, tratar, desintoxicar o neutralizar materias o residuos nucleares.
39. Originada en, basada en, o atribuible directa o indirectamente a actos del personal al servicio del asegurado en su caracter de funcionarios o servidores publicos segun lo define la ley correspondiente.
40. Responsabilidad civil profesional derivada de actividades administrativas.
41. La falta o el incumplimiento completo o parcial, del suministro de servicios publicos, tales como electricidad, agua, gas, telefono.
42. El deslizamiento de tierras, fallas geologicas, terremotos, temblores, asentamientos, cambios en los niveles de temperatura o agua, inconsistencia del suelo o subsuelo, lluvias, inundaciones, erupcion volcanica o cualquier otra perturbacion atmosferica o de la naturaleza, asi como tambien los daños causados por la accion paulatina de gases, vapores, sedimentaciones o desechos como humo, hollin, polvo y otros, humedad, moho hundimiento del terreno y sus mejoras, como corrimiento de tierras, vibraciones, filtraciones, derrames, o por inundaciones de aguas estancadas o corrientes de agua.
43. Actuaciones mediante las cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.
44. La contaminacion del medio ambiente, incluyendo contaminacion por ruido, que no sea consecuencia de un acontecimiento accidental, subido e imprevisto.
45. El uso, transporte o almacenamiento de explosivos, asi como el uso de armas de fuego
46. Carga o descargue de bienes fuera de los predios del asegurado, descritos en la poliza.
47. Obligaciones adquiridas por el asegurado en virtud de contratos (responsabilidad civil contractual). Asi como la inobservancia o violacion de disposiciones legales o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
48. Hurto, falsificacion, abuso de confianza y en general, cualquier acto de apropiacion indebida de terceros y/o empleados del asegurado.
49. Responsabilidad civil profesional individual del personal al servicio del asegurado.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	PEREIRA	TIPO DE MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	POLIZA No. 55-03-101002871	ANEXO No. 0
TOMADOR	GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S - G OCHO S.A.S		NIT	900.612.531-0
DIRECCION	CR 66 NRO. 9 - 20	CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	3865310
ASEGURADO	GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S - G OCHO S.A.S		NIT	900.612.531-0
DIRECCION	CR 66 NRO. 9 - 20	CIUDAD CALI, VALLE	TELEFONO	3865310
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

- 50. Ausencia no justificada del consentimiento informado a que tiene derecho todo paciente capaz, antes de ser intervenido o sometido a un procedimiento medico
- 51. Se excluye cualquier reclamacion por perjuicios a pacientes y/o terceros por el uso de aparatos y/o equipos cuando no se hayan realizado los mantenimientos a los mismos, de acuerdo a las recomendaciones del fabricante del equipo.
- 52. Casos en los que el paciente decida no continuar con el tratamiento, en los cuales debe firmar el disentimiento informado.

AMBITO TERRITORIAL: Colombia

LEGISLACION APLICABLE: Colombiana

CONDICIONES ADICIONALES:

FECHA MAXIMA PARA EL PAGO DE LA PRIMA: 30 dias calendarios contados desde la fecha de inicio de vigencia de la poliza.

GARANTIAS A CARGO DEL TOMADOR / ASEGURADO:

- Mantener en perfectas condiciones los equipos utilizados incluyendo la realizacion de los servicios de mantenimiento de acuerdo las estipulaciones de los fabricantes.
- Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad.
- Todo y cada procedimiento debera contar con el consentimiento informado, la autorizacion para realizacion de la cirugia e intervencion, diligenciada y firmada por:
 - a) El paciente, cuando este sea mayor de edad. En caso de ser un menor de edad debera estar firmada por los padres o acudientes.
 - b) El (os) Medico(s) tratante(s) y
 - c) La Enfermera asistente o un testigo
- 4. El Asegurado garantiza mantener la historia clinica del paciente al dia y debidamente diligenciada.
- 5. El asegurado debe garantizar que los profesionales de la salud que suministra en ejercicio de su actividad social, cuentan con idoneidad en Colombia para ejercer su actividad de la salud.

REQUISITOS PARA EXPEDICION (SUBJETIVIDADES):

Los terminos aqui incluidos estan sujetos a recibir la siguiente informacion y ser confirmada su aceptacion por parte de Seguros del Estado S.A antes del inicio de vigencia:

- Solicitud del Seguro propuesta por Seguros del Estado actualizada
- Comunicacion indicando que no existe conocimiento de algun evento que pueda afectar la cobertura otorgada bajo la presente poliza.

170

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
Avenida 4 Norte 7N-46 Oficina 335 Centro Comercial Centenario
5240655 EXT 115- 3212681293
CALI - COLOMBIA
cenescarria@gmail.com

SEÑOR
JUEZ CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

JUZ. 84. CIVIL. QTO. CALI.
AUG 26 '19 PM 4:04

PROCESO: VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL
DEMANDANTE: EDWIN ARLEY CUADROS, OTROS
DEMANDADOS: GRUPO OCHO OPERADOR HOSPITALARIO POR
OUTSORSING, OTROS
LLAMADO EN GARANTIA: SANDRA ELIANA VILLOTA ROMERO, OTROS
RADICACION: 2018-00140-00

ASUNTO: CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA CLÍNICA FARALLONES, CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y PROPOSICIÓN DE EXCEPCIONES.

Respetado señor Juez:

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Cali, identificado con la cedula de ciudadanía No. 94.537.402 y portador de la tarjeta profesional No. 262.921 del C.S. de la J., en mi condición de apoderado judicial de la médica, especialista en Ginecología y Obstetricia Dra. **SANDRA ELIANA VILLOTA ROMERO**, en su condición de llamada en garantía dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito, me permito contestar dentro del término legal, el llamamiento en garantía formulado por **GRUPO OCHO OPERADOR HOSPITALARIO POR OUTSORSING** y la demanda de responsabilidad civil médica, con base en los argumentos que expondré.

Manifiesto señor Juez que desde ya me opongo a las pretensiones, las declaraciones y condenas solicitadas en el llamamiento en garantía, así como también me opongo a las pretensiones, las declaraciones y condenas solicitadas en la demanda por carecer de fundamento legal y jurídico, como se demostrara más adelante y a lo largo del proceso.

I. A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

AL HECHO-1. Como quiera que el llamante hace varias afirmaciones acerca de varias personas en este hecho y de diferentes situaciones, por lo que debería por lo menos por técnica haber separado cada llamamiento en garantía; hace que me refiera a este hecho de la siguiente manera:

- **NO NOS CONSTA**, el tipo de vinculación entre los Doctores ESTEBAN DAVID ASTUDILLO, VIVIANA MARCELA MESA y ANA MARIA BELTRAN con el Grupo Operador Hospitalario por Outsourcing – G Ocho SAS.
- **NO ES CIERTO** que entre el Grupo Operador Hospitalario por Outsourcing – G Ocho SAS y la Dra. SANDRA ELIANA VILLOTA existiera un contrato de prestación de

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA

ABOGADO

RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA

Avenida 4 Norte 7N-46 Oficina 335 Centro Comercial Centenario

5240655 EXT 115- 3212681293

CALI - COLOMBIA

cenescarria@gmail.com

servicios mi poderdante no recuerda haber suscrito contrato directamente con el llamante, la Dra. VILLOTA prestaba sus servicios en la época de los hechos a la IPS COMFENALCO VALLE, entidad que era administrada por el Grupo Operador Hospitalario por Outsourcing – G Ocho SAS. En este punto vale la pena anotar, que la llamante, no aporta ningún documento, donde se acredite las obligaciones que supuestamente tenía en la relación contractual que aduce existía entre el Grupo Operador Hospitalario por Outsourcing – G Ocho SAS ni las obligaciones que se hubiesen estipulado a cargo de la Dra. SANDRA ELIANA VILLOTA; mucho menos que esta tuviera a cargo un deber de garantía respecto del llamante; más aún cuando en el hecho 4 del llamamiento en garantía confiesa el llamante que ellos eran únicamente administradores de la IPS COMFENALCO VALLE, entidad en la que prestaba sus servicios mi poderdante; desconocemos, los términos en que se dio el contrato entre la IPS COMFENALCO VALLE y el Grupo Operador Hospitalario por Outsourcing – G Ocho SAS para la administración de la clínica.

Por otro lado, debo decir que la sola existencia de un contrato de prestación de servicios, por no acredita que la Dra. VILLOTA, deba pagar al llamante, las sumas de dinero a que eventualmente este obligado a pagar este último por la declaración de responsabilidad civil en el proceso que nos ocupa. Incumple con la carga de probar el Grupo Operador Hospitalario por Outsourcing – G Ocho SAS, los supuestos de hecho que en el que soporta el llamamiento en garantía, puesto que no aporta prueba documental u otro medio de prueba que permitiera al juez dilucidar que existiera realmente una relación contractual entre llamante y la Dra. Villota, no acredita, a que se había obligado la doctora Villota con la llamante, menos aún que se hubiera obligado a responder por ellos en casos de condenas judiciales.

- **ES PARCIALMENTE CIERTO**, que la Dra. VILLOTA participó en la atención del parto que se refiere en la demanda; ya que, no conocía previamente a la paciente, únicamente fue llamada por la médica general para tender una emergencia obstétrica que hubiera podido terminar en la muerte del feto, ante la no progresión de la fase del expulsivo del trabajo de parto y un expulsivo prolongado; por parte de la Dra. ANA MARIA BELTRAN médica general que estaba a cargo del parto de la paciente y la había evolucionado hasta ese momento; sin embargo, este hecho tampoco acredita, que mi poderdante deba pagar al llamante, las sumas de dinero que eventualmente se vea obligado a pagar ante una eventual condena judicial en el caso que nos ocupa; cuando nos refiramos a los hechos de la demanda, ahondaré en la participación de mi poderdante en la atención de la paciente, para explicar que tampoco asiste razón a los demandantes pues no hubo fallas en el proceso de atención del parto, que hubieran sido la causa directa de la lesión del plexo braquial y parálisis de ERB que se refiere en la demanda.

AL HECHO-2. ES PARCIALMENTE CIERTO que la Dra. VILLOTA participó en la atención del parto que se refiere en la demanda; ya que, no conocía previamente a la paciente, únicamente fue llamada por la médica general para tender una emergencia obstétrica que hubiera podido terminar en la muerte del feto, ante la no progresión de la fase del expulsivo del trabajo de parto y un expulsivo prolongado; por parte de la Dra. ANA MARIA BELTRAN médica general que estaba a cargo del parto de la paciente y la había evolucionado hasta ese momento; sin embargo, este hecho tampoco acredita, que mi poderdante deba pagar al llamante, las sumas de dinero que eventualmente se vea obligado a pagar ante una eventual condena judicial en el caso que nos ocupa. Cuando nos refiramos a los hechos de la demanda, ahondaré en la participación de mi poderdante en la atención de la paciente, para explicar que tampoco asiste razón a los demandantes pues no hubo fallas en el proceso de atención del parto, que hubieran sido la causa directa de la lesión del plexo braquial y parálisis de ERB que se refiere en la demanda

AL HECHO SIN NÚMERO. Es cierto, la llamante fue demandada dentro del proceso que nos ocupa, por las atenciones en salud brindadas por un equipo interdisciplinario a la paciente PAOLA ANDREA CEBALLOS. No obstante, ello no acredita que mi poderdante deba pagar al llamante, las sumas de dinero que eventualmente se vea obligado a pagar ante una eventual condena judicial en el caso que nos ocupa.

AL HECHO CUARTO (SIC). ES CIERTO, la Dra. VILLOTA, prestaba sus servicios a la IPS COMFENALCO VALLE, desconozco la vinculación del Grupo Operador Hospitalario por Outsourcing – G Ocho SAS con la IPS COMFENALCO VALLE para su administración, en todo caso, esta relación es ajena a mi poderdante.

Llama la atención, como la llamante por un lado se defiende en la contestación de la demanda afirmando que se revela inexistencia de culpa del personal científico de la clínica que atendió a la paciente, y que los daños y perjuicios alegados por la demandante se debieron a complicaciones propias o inherentes al paciente y su condición, más no se relacionan directa y necesariamente con el acto médico; y aduce que se obró por parte del personal médico con diligencia, cuidado, oportunamente, atendiendo los protocolos y no se obró con culpa. Y por el otro lado solicita que en caso de ser condenada por la actividad del equipo médico, se ordene al llamado en garantía pagar sin solidaridad las obligaciones derivadas de la sentencia, lo que no es un derecho, sino una especulación sin soporte legal; desatendiendo además que la IPS es responsable directo de acuerdo con lo dispuesto en la ley 100 de 1993.

No existe derecho legal y contractual que fundamente el presente llamamiento en garantía. Considera el suscrito, que el llamamiento en garantía realizado a la Dra. Villota no es procedente en este caso, pues no hay ni contrato ni ley que disponga que la Dra. Villota tiene algún tipo de obligación de garantía con la llamante.

NO ES CIERTO, que el hecho que la Dra. Villota hubiese atendido a la paciente, le permita a la LLAMANTE exigir al médico que represento, que le pague el monto de la indemnización que tuviere que pagar el llamante en caso de una eventual condena.

Sobre este tema se ha pronunciado el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Villavicencio, Sala Civil, Rad.200400098. MP. OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE. ACTUAL MAGISTRADO DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN CIVIL, al dirimir un asunto como el que nos ocupa, determinó:

En este punto, nótese que la única prueba que existe sobre el nexo entre el doctor Acosta Torres y Saludcoop E.P.S., para la fecha de los hechos objeto de este proceso, se encuentra en el acápite de "*práctica profesional*" de la hoja de vida anexa al escrito de contestación del llamamiento en garantía (fl. 13 c.2) e incluso de la certificación expedida el 7 de junio de 2005 por el Director Médico de la Clínica Saludcoop Llanos, que da cuenta de un "*contrato de prestación de servicios profesionales asistenciales plan obligatorio de salud*" durante el periodo comprendido entre el 1º de septiembre de 2000 y el 31 de octubre de 2002 (fl. 23 c.2), pruebas a todas luces insuficientes para documentar la obligación resarcitoria o indemnizatoria que según la llamante pesaba sobre su llamado, que ni siquiera puede inferirse de las normas de ética médica consagradas en la Ley 23 de 1981 o de la responsabilidad solidaria a que alude el artículo 2341 del Código Civil que, en rigor, tan sólo le confiere a quien ha sufrido un daño la posibilidad de dirigir su acción de responsabilidad contra todos los coautores del daño o contra uno sólo de ellos por el valor total de los perjuicios sufridos, sin que tal disposición pueda ser entendida como fundamento del deber legal de garantía que la demandada le enrostra al hoy apelante.

II. A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

A pesar que la demandada **GRUPO OPERADOR HOSPITALARIO POR OUTSOURING – G OCHO SAS** específica en su petición de que en caso de una eventual sentencia condenatoria de reconocimiento y pago de perjuicios a favor de la parte demandante, condene directamente al llamado en garantía Dra. SANDRA ELIANA VILLOTA a pagar directamente las indemnizaciones a que sea condenada, ME OPONGO rotundamente por no existir obligación legal, ni contractual que lo mande, ni conducta reprochable en este llamamiento, ni culpa de mi poderdante.

Se recuerda que la obligación de la IPS es independiente, a pesar que haya una unidad de fin con el médico tratante, razón por la cual no siempre existe solidaridad por el solo hecho de coexistir en un debate judicial, pues es conocido que en casos en que la falla es administrativa, institucional, no está llamado a responder el médico tratante. Razón por la

cual tiene responsabilidad directa derivada de la Constitución y la Ley sobre los servicios que presta, lo que indica que no existe fundamento legal, ni contractual que obligue a la llamada en garantía a reembolsar a la llamante suma alguna, o responder en su lugar para el pago de presuntos perjuicios.

Por otra parte no está determinada la obligación legal, ni contractual que lo mande, ni conducta reprochable en este llamamiento, ni dolo o culpa grave de mi poderdante.

III. A LAS PRUEBAS DEL LLAMANTE EN GARANTÍA

La llamante en garantía solo aporta 3 pruebas documentales, así:

1. Demanda y aportadas por los demandantes; la demanda no es una prueba, es la mera manifestación de los demandantes; y los documentos anexos a la demanda no acreditan nada respecto del fundamento del llamamiento en garantía; es decir, que se esas pruebas no se colige que se hubiera pactado una obligación de garantía en cabeza de mi poderdante a favor del llamante, repito no existe obligación contractual o legal exigible a la Dra Villota, para que reembolse a la llamante las sumas de dinero que eventualmente sea condenada a pagar a favor de los demandantes.
2. Testimonios, todavía no se han evacuado, por lo que nos referiremos a ello en los alegatos de conclusión.
3. Copias de documentos, nos referiremos a cada una así:
 - Contrato laboral de la medico general, no es un documento del que se desprendan obligaciones entre la Dra Sandra Villota y la llamante, pues fue suscrito por personas distintas a ella.
 - Copia de la certificación de la contadora frente al pago de Honorarios y retención en la fuente con sus planillas adjuntas; sobre estos documentos haré referencia únicamente a los que tienen que ver con la Dra. Sandra Villota, los demás son de otros profesionales, obran en el cuaderno del llamamiento a folios 32 – 50.

Respecto de la certificación de la contadora Folio 32 y 33 me permito manifestar que no acredita vinculación contractual entre el **GRUPO OPERADOR HOSPITALARIO POR OUTSOURING – G OCHO SAS** y la Dra. VILLOTA, pues en dicho documento, lo que dice es que prestó sus servicios profesionales como Ginecóloga y Obstetra en la Clínica Comfenalco desde octubre de 2016 hasta enero de 2018; no afirma que hubiera prestado sus servicios al **GRUPO OPERADOR HOSPITALARIO POR OUTSOURING – G OCHO SAS**; quien repito según confesión de ellos mismos, hacía las veces de administrador de la Clínica Comfenalco.

Respecto a los documentos adicionales Folios 34 -50 se trata de una copia del libro auxiliar de **GRUPO OPERADOR HOSPITALARIO POR OUTSOURING – G OCHO SAS**, donde en el encabezado, no se especifica la sede en que prestó sus servicios, el documento dice “SEDE: TODAS LAS SEDES” y lo único que refiere es que se hacen pagos de honorarios de prestación de servicios como Ginecóloga y Obstetra, sin especificar nada más. De hecho, si revisamos, los documentos, no hay ninguno que refiera el pago de honorarios en la fecha 27 de junio de 2017, fecha en que se atendió a la paciente.

IV.EXCEPCIONES DE FONDO DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

A. RESPONSABILIDAD DIRECTA DEL GRUPO OPERADOR HOSPITALARIO POR OUTSOURING – G OCHO SAS

El Decreto 2309 de octubre 15 de 2002 habla de lo que se denomina una “garantía de calidad”, la cual, se refiere al conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, y en este punto cabe preguntarse si se está exigiendo a las IPS algo más que diligencia y cuidado, podría llegar a pensarse que la norma quiso imponer una carga superior a las IPS, respecto a la de los profesionales de la salud. Esta creencia se reitera al tener en cuenta que el artículo 6 del citado decreto, establece como características para mejorar la calidad de la atención de salud, la seguridad, entendiendo por esta “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”. La entidad prestadora de salud es responsable frente al usuario.

Puede entenderse además, que la IPS es responsable frente a su usuario, al tenerse en cuenta que él no posee una libertad plena a la hora de elegir el profesional de la salud o la institución hospitalaria que va a atenderlo.

La solidaridad se predica debido a la unidad de objeto prestaciones y la relación existente de los codeudores entre sí y de éstos con el acreedor, ligadas a la identidad del interés lesionado y del daño producido, la que permite hacer el predicamento de solidaridad. El objeto de la obligación es exactamente el mismo, razón por la que demanda un comportamiento uniforme (tanto de la I.P.S como de sus agentes), guiado por un mismo fin, cual es el cumplimiento de los deberes contractuales originalmente adquiridos. En consecuencia, puede establecerse que, en la medida en que se presente una falla, un daño o una defectuosa prestación del servicio, el paciente cuenta con la facultad de demandar a la IPS (como en el presente), porque el perjuicio sería consecuencia de un incumplimiento de los deberes que tiene esta institución frente al afiliado.

Atendiendo a lo anteriormente expuesto, es que afirmo que hay responsabilidad directa de la IPS como PRESTADORA de salud, ya que es tal entidad quien tiene la obligación constitucional de la prestación del servicio de salud (a pesar de que lo haga a través de un personal contratado que ejecute su deber). Pretender llamar en garantía a un médico, para que sea garante de su responsabilidad, es desconocer que ellos se encuentran vinculados al proceso como prestadores del servicio constitucionalmente exigido, y no existe norma que obligue al médico a responder por el hecho ajeno.

A pesar de la unidad en el objeto prestaciones, la responsabilidad directa que al **GRUPO OPERADOR HOSPITALARIO POR OUTSOURCING – G OCHO SAS** le atañe, no puede trasladarse a otra persona, por ser ellos a quienes legalmente se les exige la obligación. Debe el **GRUPO OPERADOR HOSPITALARIO POR OUTSOURCING – G OCHO SAS**, responder por las obligaciones que le son exigibles directamente como entidad prestadora en vez de pretender trasladar su responsabilidad a quien ejecuta su deber.

De lo anteriormente expuesto, se colige, que le atañe al llamante, una responsabilidad directa, fundamentada en la Constitución y la ley; y frente a dicha responsabilidad directa, no existe derecho legal o contractual que obligue a la LLAMADA EN GARANTÍA Dra. **SANDRA VILLOTA** a pagar a favor de los demandantes en caso de condena; no existe en el proceso prueba si quiera sumaria de la obligación legal o contractual alegada por el LLAMANTE.

B. NO EXISTE OBLIGACIÓN LEGAL O CONTRACTUAL DEL LLAMADO EN GARANTÍA RESPECTO DEL LLAMANTE.

El H. Consejo de Estado, en Sentencia nº 70001-23-33-000-2013-00101-01 de Consejo de Estado - Sección Tercera, de 25 de Mayo de 2016; MP Dr. CARLOS ALBERTO ZAMBRAO BARRERA hizo varias precisiones respecto de la figura del llamamiento en garantía:

*“El llamamiento en garantía es una figura procesal que, dada la existencia de una relación legal o contractual previa, entre el demandado y un tercero, permite vincular a éste con el propósito de definir, de una vez, su obligación de responder por la condena que llegase a sufrir el llamante. Se trata, entonces, de una relación de carácter sustancial que subyace a la principal del proceso, sin entidad suficiente para enervarla, de ahí las exigencias para la vinculación en orden a impedir que, con pretexto del llamamiento, se entorpezca la definición de la litis. Esta figura ha sido instituida en aras del principio de economía procesal, el cual enseña que en un mismo juicio puede resolverse, además, el llamado derecho de “reversión”, entre quien podría sufrir una condena y su garante, legal o contractualmente obligado a asumirla. **Procede cuando, entre la parte convocada y un tercero en la contienda, existe una relación de garantía, de modo que bien pueden resolverse, de una vez, las obligaciones de quien fuera primeramente demandado y las de éste con aquel que podría verse obligado a afrontar las resultas del juicio**” (subrayas y negrillas fuera de texto).*

EL GRUPO OPERADOR HOSPITALARIO POR OUTSOURING – G OCHO SAS es una persona jurídica privada y llama en garantía a una persona natural, por lo que para definir en el proceso este llamamiento en garantía, se deberán tener en cuenta, las disposiciones que regula esta figura en materia civil; La H. CORTE SUPREMA DE JUSTICIA SALA CIVIL, en sentencia del 6 de mayo de 2016, Radicación No. 54001-31-03-004-2004-00032-01; Magistrado ponente Dr. LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA; SC5885-2016 hizo varias precisiones respecto de la figura del llamamiento en garantía:

“La relación material del llamamiento involucra únicamente al llamante y a la llamada. No se expande a ningún otro sujeto procesal ni siquiera a la parte actora, al punto que solo será objeto de estudio en el evento de prosperidad de las súplicas” (...)

Con el llamamiento en garantía, tiene dicho la Corte, se suscita un ‘evento de acoplamiento o reunión de una causa litigiosa principal con otra de garantía que le es colateral, dando lugar a una modalidad acumulativa cuyos alcances precisa el art. 57 del C. de P.C.’ (...), que conjuga dos relaciones materiales distintas. Por un lado, la que une al demandante con el demandado, y por el otro, la que liga al demandado con el llamado: ‘la del demandante contra el demandado, en procura de que este sea condenado de acuerdo con las pretensiones de la demanda contra él dirigida; y la del demandado contra el llamado en garantía a fin de que éste lo indemnice o le reembolse el monto de la condena que sufre’ (...) (Destacado fuera de texto).

Por supuesto, el llamamiento que la demandada efectúa a un tercero para que responda por ella ante una eventual condena, no puede asimilarse o equipararse a una acción directa de la víctima, muy a pesar de su vinculación al proceso, pues, itérase, el nexo que determinó su inserción a la litis no provino de la actora (afectada por el siniestro). Contrariamente, significativas diferencias entre esas hipótesis ponen de presente que el llamamiento en garantía dista de establecer una relación equiparable al ejercicio de la acción directa; por ejemplo, a manera meramente explicativa, la llamada en garantía una vez sea vinculada al proceso, no goza de traslado de la demanda y sus anexos, situación natural, pues su vinculación derivó del nexo, legal o contractual, para con el llamante; la relación subyacente que en este caso vincula a los demandantes con la demandada es de índole extracontractual, mientras que la que liga a la llamada en garantía con el convocante es estrictamente contractual; el funcionario judicial al momento de definir la instancia debe resolver el nexo existente entre el llamado y el llamante, más no entre aquel y el actor. En fin, no existe entre la demandante y la llamada en garantía una relación procesal de características similares a la establecida entre aquella y la demandada.

Sobre este tema se ha pronunciado el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Villavicencio, Sala Civil, Rad.200400098. MP. OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE. ACTUAL MAGISTRADO DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN CIVIL, al dirimir un asunto como el que nos ocupa, determinó:

En este punto, nótese que la única prueba que existe sobre el nexo entre el doctor Acosta Torres y Saludcoop E.P.S., para la fecha de los hechos objeto de este proceso, se encuentra en el acápite de "*práctica profesional*" de la hoja de vida anexa al escrito de contestación del llamamiento en garantía (fl. 13 c.2) e incluso de la certificación expedida el 7 de junio de 2005 por el Director Médico de la Clínica Saludcoop Llanos, que da cuenta de un "*contrato de prestación de servicios profesionales asistenciales plan obligatorio de salud*" durante el periodo comprendido entre el 1º de septiembre de 2000 y el 31 de octubre de 2002 (fl. 23 c.2), pruebas a todas luces insuficientes para documentar la obligación resarcitoria o indemnizatoria que según la llamante pesaba sobre su llamado, que ni siquiera

puede inferirse de las normas de ética médica consagradas en la Ley 23 de 1981 o de la responsabilidad solidaria a que alude el artículo 2341 del Código Civil que, en rigor, tan sólo le confiere a quien ha sufrido un daño la posibilidad de dirigir su acción de responsabilidad contra todos los coautores del daño o contra uno sólo de ellos por el valor total de los perjuicios sufridos, sin que tal disposición pueda ser entendida como fundamento del deber legal de garantía que la demandada le enrostra al hoy apelante.

De acuerdo con lo anterior, lo que debe definir el Juez, al dictar su fallo de fondo, son dos relaciones litigiosas distintas; la primera entre el demandante y la demandada (**GRUPO OPERADOR HOSPITALARIO POR OUTSOURING – G OCHO SAS**) donde se ocupará de establecer si la demandada es Civilmente responsable o no, de acuerdo con lo que pruebe el demandante dentro del proceso (Daño, Culpa y Nexo Causal); al resolver este litigio primigenio es inocuo resolver si existe responsabilidad civil de alguno de los llamados en garantía.

Luego, y solo en el remoto evento que **GRUPO OPERADOR HOSPITALARIO POR OUTSOURING – G OCHO SAS** resulte declarado civilmente responsable, deberá el Juez resolver el litigio entre este y los llamados en garantía, donde debe determinar en todo caso si existe o no existe obligación de garantía de la Dra. VILLOTA con el llamante, insistimos que esta no existe. Por lo que deberán negarse las pretensiones del llamamiento en garantía.

Así lo entendió nuestro Tribunal Superior de Cali, Sala Civil, en decisión de la Sala Civil MP Carlos Alberto Romero Sanchez, radicación 76001-31-03-011-2005-00192-02, donde dijo:

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA ¹⁷⁹
ABOGADO

RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
Avenida 4 Norte 7N-46 Oficina 335 Centro Comercial Centenario
5240655 EXT 115- 3212681293
CALI - COLOMBIA
cenescarria@gmail.com

El vínculo entre llamante y llamado que la Corte en el mismo proveído, necesariamente debe estar edificado sobre una obligación legal o contractual de garantía, y no en la responsabilidad que pueda tener la citada persona jurídica (Llamada) frente a la parte actora. Se trata de relaciones independientes, de allí que la derivada del llamado de anterior como garante, constituye una controversia que debe dirimirse en forma separada de la que originariamente se planteó entre las partes, cuyo estudio, además, está supeditado a la prosperidad que alcancen las pretensiones de los actores, y en los casos en que procede el reembolso, éste debe realizarse a favor de quien lo convocó, y no a quien promovió el juicio.

Esta, y no otra, es la razón en que se funda la convocatoria de los médicos Jorge Eduardo Saa, María Ximena Paz, María del Pilar Escobar y Teresa María Troisi López, empero en este asunto no se acredita disposición legal ni obligación contractual, que así lo imponga a los citados profesionales. Por lo anterior, la responsabilidad que aquí se ha encontrado probada, habrá de radicarse exclusivamente en cabeza de la entidad demandada, sin perjuicio de lo que adelante se dirá respecto del alcance del llamamiento de la empresa aseguradora.

De acuerdo con lo anterior, solicito de manera respetuosa, se declare probada esta excepción propuesta.

C. INNOMINADA.-

Me refiero con ello a cualquier hecho o derecho a favor de mi mandante que resultare probado dentro del proceso y al cual me referiré en los Alegatos de Conclusión.

A continuación procederé a dar contestación a la DEMANDA, en este mismo escrito así:

V. A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Con fundamento en la contestación de esta demanda por considerarlas infundadas, por no existir causa ni obligación pendiente, nos oponemos a todas y cada una de las pretensiones y en especial a que se declare responsable a la doctora VILLOTA, ya que su actuar fue el adecuado, correcto y aceptado por la ciencia médica actual en su condición de especialista en Ginecología y Obstetricia, habiéndole prestado por su parte a la paciente la atención médica necesaria. Especialmente nos oponemos a:

DAÑO MORAL. Nos oponemos al reconocimiento del perjuicio solicitado a título de "DAÑO MORAL", de \$31.249.680 (40 SMLMV) a favor de EDWIN ARLEY CUADROS ARANGO (En su condición de Padre y Esposo); de \$31.249.680 (40 SMLMV) a favor de PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO (en su condición de Madre y afectada directa); de \$31.249.680 (40 SMLMV) a favor de ANTHONY CUADROS CEBALLOS (en su condición de afectado directo); de \$15.624.840 (20 SMLMV) a favor de JOSE TARCISIO CEBALLOS

180
CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO

RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
Avenida 4 Norte 7N-46 Oficina 335 Centro Comercial Centenario
5240655 EXT 115- 3212681293
CALI - COLOMBIA
cenescarría@gmail.com

GIRALDO (En su condición de abuelo); de \$15.624.840 (20 SMLMV) a favor de MARIA ARACELLY GIRALDO GOMEZ (En su condición de abuela); de \$15.624.840 (20 SMLMV) a favor de MARIA IRMA ARANGO VILLAMIL (En su condición de abuela); de \$15.624.840 (20 SMLMV) a favor de MANUEL MARIA CUADROS MENDOZA (En su condición de abuelo); de \$10.9374.388 (14 SMLMV) a favor de LILIANA AMPARO CEBALLOS GIRALDO (En su condición de tía), de \$10.9374.388 (14 SMLMV) a favor de YOLANDA INES CEBALLOS GIRALDO (En su condición de tía), de \$10.9374.388 (14 SMLMV) a favor de MARIA GORETTI CEBALLOS GIRALDO (En su condición de tía), de \$10.9374.388 (14 SMLMV) a favor de RAUL CUADROS MENDOZA (En su condición de tío), de \$10.9374.388 (14 SMLMV) a favor de MANUEL MARIA CUADROS MENDOZA (En su condición de tío), de \$10.9374.388 (14 SMLMV) a favor de WILSON ARLEY CUADROS MENDOZA (En su condición de tío), de \$10.9374.388 (14 SMLMV) a favor de LUZ ANGELA CUADROS MENDOZA (En su condición de tía).

Esta pretensión en cabeza de cada uno de los demandantes debe descartarse por ser contraria a los límites jurisprudenciales de la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, y por carecer de los elementos para la declaratoria de la responsabilidad conforme a las excepciones presentadas; adicionalmente, cada uno de los reclamantes, deberán acreditar ese daño que aducen se les causó; este nunca se presume, ya que el solo hecho de ser familia, no confirma que efectivamente hubieran sufrido ese daño moral; de hecho, revisando la historia clínica, en nota del 3 de noviembre de 2016 se escribió "REFIERE QUE LAS RELACIONES CON LA FAMILIA, " MALS MI MAMA ES TESTIGO DE JEHOVA, DESPUES QUE MI MAMA S EMETIO EN LA RELIGION MI PAPA TOMA MUCHOS, MI HERMANA ES MONJA Y MI OTRA HERMANA ESTA CDASADA", " ME AFECTA LA DESUNIUNON DE LA FAMILIAR", AMTES DE SER TESTIGO DE JEHOVA ERA FELIXZ, NO HA ESTADO EN MI VIDA, BUSCO REFUGIO EN MI NOVIO" AMIGOS " CASI NO TENGO AMIGOS, ME COHIBEN PARA SALIR ME DEPRIMO POR QUE ME SIENTO SOLA., HE POENSADO EN IRME DE MI CASA, LA FAMILAI DE MI NOVIO ME QUERE MUCHO" UN DIA VI A MI PAPA CON OTRA VIEJA"" Y ES ESTABA BORRACHO EL TOMA MUCHO POR QUE MI MAMA SE VOLVIO TESTIGO DE JEHOVA. SUS EXPECTATIVAS HACIA FUTURO SON. TRABAJAR "DESDDDE CHIQUITA ME EDIJERON QUE NO IBAN A GASTAR MAS PLATA EN COLEGIO NI BOTANDO PLATA A MI ME DIJERON QUE NPO PODIA ESTUDIAR " lo que sugiere una relación familiar bastante disfuncional.

Posteriormente en consulta del 24 de noviembre de 2016, cuando ya estaba en embarazo refiere en consulta de psicología: "Pte ingresa a sesión por sus propios medios. Se da orientación de consulta. Refiere remiten del PYP. Refiere su situación en casa es difícil, refiere dif en comunicación, madre testigo de jehova, padre se ha vuelto tomador, hermana casada, otra en convento, es la única que vivía en la casa. Refiere actual padres se enteran que está en embarazo, refiere les deja una carta para que tomn la noticia refiere se va para casa de su pareja, refiere padres no se han comunicado" Psicóloga JANNY YULIETH GONZALEZ GARCIA.

El demandante afirma que la lesión del menor ANTHONY CUADROS CEBALLOS se encuentra entre el 16 y el 25%, sin que esto esté establecido, pues la tabla que anexa, solo se refiere a la afectación del brazo por ERB Duchene, es decir que para la última consulta

que anexan en la historia clínica, que es del 1 de enero de 2018, donde el neurólogo Cristian Andres Rojas Ceron describe textualmente "ANALISIS: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE PARALISIS DE ERB EN MEJORÍA EN MSD", posteriormente aparece un "estudio electromiografico de miembros superiores" el 1 de marzo de 2018, donde dice que encuentra "evidencia de recuperación parcial" realizado por el fisiatra GERARDO RIVERA ORTIZ; el paciente debía continuar en controles, y no sabemos actualmente cual es el estado de su evolución del Miembro superior derecho (MSD).

VI. A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO-1.1. Como quiera que el demandante hace una narración extensa de varios momentos distintos, situaciones personales de la actora y otros, de una manera poco técnica, me veo en la obligación de dar respuesta a cada una de las afirmaciones así:

NO NOS CONSTA la calidad de afiliación al sistema de seguridad social en salud de PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO.

NO NOS CONSTA lo acontecido con la paciente PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO antes del 27 de junio de 2017; no obstante lo anterior, vale la pena mencionar varias cosas omite a propósito el apoderado de los demandantes, por lo que haré referencia a esto así:

Revisando la historia clínica, en nota del 3 de noviembre de 2016 se escribió que la paciente PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO *"REFIERE QUE LAS RELACIONES CON LA FAMILIA, " MALS MI MAMA ES TESTIGO DE JEHOVA, DESPUES QUE MI MAMA S EMETIO EN LA RELIGION MI PAPA TOMA MUCHOS, MI HERMANA ES MONJA Y MI OTRA HERMANA ESTA CDASADA", " ME AFECTA LA DESUNIUN DE LA FAMILIAR", AMTES DE SER TESTIGO DE JEHOVA ERA FELIXZ, NO HA ESTADO EN MI VIDA, BUSCO REFUGIO EN MI NOVIO" AMIGOS " CASI NO TENGO AMIGOS, ME COHIBEN PARA SALIR ME DEPRIMO POR QUE ME SIENTO SOLA., HE POENSADO EN IRME DE MI CASA, LA FAMILAI DE MI NOVIO ME QUERE MUCHO" UN DIA VI A MI PAPA CON OTRA VIEJA"" Y ES ESTABA BORRACHO EL TOMA MUCHO POR QUE MI MAMA SE VOLVIO TESTIGO DE JEHOVA.*

SUS EXPECTATIVAS HACIA FUTURO SON. TRABAJAR "DESDDDE CHIQUITA ME EDIJERON QUE NO IBAN A GASTAR MAS PLATA EN COLEGIO NI BOTANDO PLATA A MI ME DIJERON QUE NPO PODIA ESTUDIAR" (SIC) lo que sugiere una relación familiar bastante disfuncional.

Posteriormente en consulta del 24 de noviembre de 2016, cuando ya estaba en embarazo refiere la paciente en consulta de psicología: *"Pte ingresa a sesión por sus propios medios. Se da orientación de consulta. Refiere remiten del PYP. Refiere su situación en casa es difícil, refiere dif en comunicación, madre testigo de jehova, padre se ha vuelto tomador, hermana casada, otra en convento, es la única que vivía en la casa. Refiere actual padres se enteran que está en embarazo, refiere les deja una carta para que tomn la noticia refiere se va para casa de su pareja, refiere padres no se han comunicado"* nota elaborada por la Psicóloga JANNY YULIETH GONZALEZ GARCIA. Lo que sugiere que la familia de PAOLA, hizo un rechazo al embarazo y no hay ninguna evolución donde se deje constancia de acompañamiento de su familia durante la gestación.

ES PARCIALMENTE CIERTO, que se trataba de un embarazo catalogado como de alto riesgo; la paciente, revisando la historia clínica, se considera un embarazo de alto riesgo psicosocial, por tratarse de una adolescente que además refirió rechazo de su familia a su embarazo y situación sentimental, lo que no quiere decir, que médicamente se tratara de un embarazo de alto riesgo, es decir, revisando las evoluciones del control prenatal, el binomio materno fetal estuvo en condiciones normales, durante toda la gestación, excepto por algunas infecciones vaginales que fueron tratadas.

Dentro de la historia clínica, se dejó constancia que en seguimiento de ecografías el feto iba creciendo en percentiles normales; En nota del 19 de mayo de 2017, a las 34,3 semanas de embarazo, se escribió en la historia clínica:

"ULTIMA ECOGRAFIA: FECHA: 10/5/17 PLACENTA: ANTERIOR FUNDICA GRADO II PRESENTACION: CEFALICO DD ILA: 19 CM PFE: 2198 GR EG: 33.1 SEMANAS", el 6 de junio en control de PyP se anotó: "ECOGRAFIA del 10 mayo " FETO cefalico, creciendo en p adecuados para 33 ss, **PFE 2198 g**" (resaltado es mío)

El 13 de junio de 2017 se anotó en la historia clínica:

"*ECOGRAFIAS: 1. 14.12.2017 TAMIZAJE GENETICO 11.5-13.5 SS: CRL PARA 12.1 SEMANAS SOMNOLUCENCIA NUCAL 1.2 MM, HUESO NASAL PRESENTE 2. 10.02.2017 FETO UNICO VIVO DE 20.3 PODALICO CRECIENDO EN PERCENTIL ADECUADO, ILA NORMAL, PLACENTA NORMOINSERTA. 3. 10.05.2017 **FETO UNICO VIVO DE 33.1 CEFALICO CRECIENDO EN PERCENTIL ADECUADO**, ILA NORMAL, PLACENTA NORMOINSERTA...*" en esta consulta se anotó en "ANALISIS Y PLAN"... "**GO VIA DE PARTO VAGINAL SEMANA 40 27.06.2017**" (Subrayas y negrillas son mías)

De lo anterior se colige, que el feto venía creciendo en percentiles normales, no se esperaba un feto grande y la vía de parto, y se estableció, que por el tamaño del feto, que repito se estimaba de un peso normal no macrosómico y la proporción de la pelvis que era ginecoide media, la vía del parto sería vaginal. En razón a ello, el riesgo alto obstétrico, lo determinaba la situación psicosocial de una adolescente rechazada por su familia, de acuerdo con la historia clínica.

AL HECHO-1.2. Como quiera que el demandante hace una narración extensa de varios momentos distintos, situaciones personales de la actora y otros, de una manera poco técnica, me veo en la obligación de dar respuesta a cada una de las afirmaciones así:

En primera medida, como quiera que el demandante trae a colación todo lo sucedido el día del parto 23 de junio de 2017; debo manifestar que tanto durante los controles prenatales, como la fecha en que se finalizó el embarazo, encontramos que el binomio materno fetal venía evolucionando de acuerdo a lo esperado; dentro del control prenatal se determinó que el parto sería natural, por vía vaginal ya que el feto venía creciendo dentro de los percentiles adecuados y la materna tenía una pelvis ginecoide media, es decir que había una buena relación entre el tamaño del feto y el canal de parto. Nada hacía pensar que el feto era macrosómico como se explica mas adelante se calculó por la médica que estaba evolucionando el parto que el peso al nacer sería de "**3.596 GR APROXIMADAMENTE**" y un parto en estas condiciones, en nuestro país es atendido por

médicos generales ya que como mencioné antes, fue catalogada de alto riesgo obstétrico por razones sociales, es decir, por tratarse de una adolescente y por su situación sicosocial, no por razones médicas; por lo que no se requería la presencia de un ginecólogo en el trabajo de parto a no ser que el médico general que lo atendiera lo requiriera por alguna situación sobreviniente; paso a explicar esta afirmación, con la historia clínica de la paciente y al mismo tiempo contestar cada una de las afirmaciones hechas por el demandante.

NO NOS CONSTA, lo sucedido el día 23 de junio de 2017; sin embargo revisando la historia clínica que aporta el demandante, no encontré ninguna evolución médica de esa fecha; la valoración previa a este día es el 13 de junio de 2017, la realizó la Dra. MARIA VICTORIA SALAZAR MONTOYA en promoción y prevención quien anotó en la historia clínica:

*"ECOGRAFIAS: 1. 14.12.2017 TAMIZAJE GENETICO 11.5-13.5 SS: CRL PARA 12.1 SEMANAS SOMNOLUCENCIA NUCAL 1.2 MM, HUESO NASAL PRESENTE 2. 10.02.2017 FETO UNICO VIVO DE 20.3 PODALICO CRECIENDO EN PERCENTIL ADECUADO, ILA NORMAL, PLACENTA NORMOINSERTA. 3. 10.05.2017 **FETO UNICO VIVO DE 33.1 CEFALICO CRECIENDO EN PERCENTIL ADECUADO**, ILA NORMAL, PLACENTA NORMOINSERTA..." en esta consulta se anotó en "ANALISIS Y PLAN"... **GO VIA DE PARTO VAGINAL SEMANA 40 27.06.2017**" (Subrayas y negrillas son mías)*

De lo anterior se colige, que el feto venía creciendo en percentiles normales, no se esperaba un feto grande y se estableció, que por el tamaño del feto, que repito se estimaba de un peso normal no macrosómico y la proporción de la pelvis que era ginecoide media, la vía del parto sería vaginal.

NO NOS CONSTA, gran parte de la atención brindada a la paciente el día 27 de junio de 2017, ya que la Dra. VILLOTA, no fue llamada al inicio de la atención que se le brindó a la paciente este día; únicamente fue llamada por la médica general que estaba atendiendo el parto, ante las dificultades que se presentaron en la etapa del expulsivo; no obstante lo anterior, quisiera hacer varias precisiones respecto de toda la atención que se le brindó a la paciente en esta fecha, que encontramos ajustada a la lex artis, por todo el personal asistencial que la atendió:

Debo manifestar es que para el día 27 de junio de 2017, la Dra. VILLOTA, se encontraba de turno en la Clínica Comfenalco Valle, a partir de las 7 pm y era la única ginecóloga a cargo de toda la clínica, por lo que las atenciones que brinda en ese día, son cuando se le llama por parte de cualquiera de los servicios de la clínica, que incluyen urgencias, cuidado intensivo, hospitalización y partos.

La paciente ingresa en horas de la madrugada, mientras la Dra. Villota no había ingresado a turno aún, en el Triage realizado por la enfermera ENA VIVIANA BENITEZ se describe "Embarazada a termino con contracciones" a las 5:09 la enfermera la comenta u envía al piso 6 siendo aceptada por JORGE DAZA.

184

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
Avenida 4 Norte 7N-46 Oficina 335 Centro Comercial Centenario
5240655 EXT 115- 3212681293
CALI - COLOMBIA
cenescarria@gmail.com

Es evolucionada por la Dra. ESTEPHANIA LINARES LOAIZA médica general a las 06:43, quien realiza una evolución completa encontrando a una paciente y al feto en buenas condiciones generales, la evalúa de manera completa, anota los antecedentes familiares y personales, describe los antecedentes ginecológicos y anota:

*"INICIO SU CPN EN LA SEM: 12
GANANCIA DE PESO: ANTERIOR 69 KG, ACTUAL 76 KG
NIEGA HISTORIA DE HOSPITALIZACIONES DURANTE LA GESTACION. PRESENTO IVU LA CUAL RECIBIO TRATAMIENTO
TA DENTRO DE LIMITES DE NORMALIDAD DURANTE SU CPN. 100/60 MMHG PROMEDIO
VACUNACION: TD 30.11.2016/30.12.2016, INFLUENZA 30.12.2016, DPTA 28.03.2017"*

Anota los resultados de los exámenes paraclínicos que se le habían tomado previamente todos dentro de los límites normales; con el resultado de la última ecografía del 10 de mayo de 2017 y el examen físico, **calcula el peso estimado al nacer que sería de 3596 gramos, es decir, dentro de los límites normales:**

"ULTIMA ECOGRAFIA:

*FECHA: 10.05.2017
PLACENTA: ANTERIOR FUNDICA GRADO II, INSERCIÓN NORMAL
PRESENTACION: CEFALICO DORSO DERECHO
ILA: 19 CM, NORMAL
PFE: 2.198 GR--**3.596 GR APROXIMADAMENTE HOY**" (Resaltado es mío)*

Al examen físico toma signos vitales normales, una altura uterina de 30 cm, la frecuencia cardíaca fetal es de 130 latidos por minuto, lo que se considera en parámetros normales y para lo que nos interesa en el proceso, evalúa la capacidad de la pelvis catalogándola como Ginecoide media en siglas GM **"PELVIS: GM"**

De acuerdo a las condiciones del binomio materno-fetal, determina como plan **"ACETAMINOFEN 500 MG, 2 TABLETAS VIA ORAL
SE DEJA PACIENTE CON DEAMBULACION, SE REVALORARA EN 4 HORAS. SE SOLICITA MONITORIA FETAL. SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA.
SEGUN EXAMEN FISICO SE DEFINIRA CONDUCTA"**

La misma Dra. ESTEPHANIA LINARES evalúa a la paciente a las 9:53 anotando en la historia clínica que **"SE REVALORA A LA PACIENTE, COMENTA ACTIVIDAD UTERINA REGULAR DE AUMENTO DE INTENSIDAD, AL EXAMEN FISICO TV: 4-5 CM, B: 80%, E: -2, MEMBRANAS INTEGRAS.**

**MONITORIA FETAL CATEGORIA I. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES.
SE HOSPITALIZA PARA CONDUCCION DE TRABAJO DE PARTO. SE COMENTARA CON GINECOLOGA DE TURNO."**

Hasta esta hora, la Dra. VILLOTA, no había ingresado aún a turno.

Encuentra una buena evolución de la paciente y decide hospitalizarla para llevar trabajo de parto. A las 10:52, registra la enfermera ANA ISABEL SOTO ECHEVERRY que ingresa la paciente para trabajo de parto.

185

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
Avenida 4 Norte 7N-46 Oficina 335 Centro Comercial Centenario
5240655 EXT 115- 3212681293
CALI - COLOMBIA
cenescarria@gmail.com

A las 11:45 se realiza anotación en la historia clínica de la auxiliar de enfermería LINA MARCELA VALENCIA MANZANO quien describe en la historia clínica:

*"...ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA REFIERE SENTIRSE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES , NIEGA SIGNOS PREMONITORIOS LOS CUALES SE LE RECUERDAN, AFEBRIL SIN ALTERACION EN SU PATRON RESPIRATORIO, CON PIEL INTEGRAL CON DX ANOTADOS EN HC G1P0 EDAD GESTACIONAL 40SS SE OBSERVA ABDOMEN GRAVIDO DE ACUERDO A SU EDAD GESTACIONAL, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES PACIENTE CON ACTIVIDAD UTERINA DE BUENA INTENSIDAD Y DURACION (...) **DR HACE FIRMAR CONSENTIMIENTOS PERTINENTES** SE LE INDICA UBICARCE EN POSICION DE CUBITO LATERAL IZQUIERDO PARA DAR MAS OXIGENO A FETO Y REFIERE ENTENDER SE RELIZA MONITORIA FETAL DE CONTROL SE DEJA TRAZO EN HC"* (Resaltado es mío).

De acuerdo con lo anterior, el médico del servicio, le informó a la paciente los riesgos del trabajo de parto y el parto vaginal, solicitando la autorización a la paciente y su acompañante de la atención del parto vía vaginal, que es lo que se había definido desde sus controles prenatales. Los exámenes paraclínicos transcritos por la auxiliar de enfermería se encuentran normales.

Nuevamente es evolucionada a las 13:19 horas, en un trabajo de parto hasta ese momento normal, en fase latente; las monitorias fetales se realizan constantemente y de ello se deja registro en la historia clínica; a las 13:32 la evalúa la enfermera ANA ISABEL SOTO ECHEVERRY, quien describe que continúa con trabajo de parto; a las 14:27 la evalúa la auxiliar de enfermería MONICA ALVAREZ ABADIA, quien describe una buena evolución.

Siendo las 15:04 es valorada por la Dra. ANA MARIA BELTRAN, médica general quien describe que se encuentra en fase activa de trabajo de parto, con dilatación de 5cm, borramiento del 80%, estación -1 con actividad uterina irregular, por lo que inicia refuerzo de oxitocina titulable según actividad uterina; anota una frecuencia cardiaca fetal (FCF) de 150, considerada como normal y **"BISHOP FAVORABLE"** recomendando estar atentos a la evolución; cuando la médica general anota **BISHOP FAVORABLE** lo que quiere decir es que realizó el test de BISHOP conocido como **Índice de Bishop** es una puntuación que valora el cuello uterino en el trabajo de parto y ayuda a predecir si será requerida inducción del parto. La Dra ANA MARIA BELTRAN, valora nuevamente a la paciente a las 17:41 encontrando una evolución del trabajo de parto en parámetros normales, por lo que ordena continuar vigilando la evolución; la valora nuevamente a las 18:22 describiendo en la historia clínica **"DILATACIÓN DE 10 CM, BORRAMIENTO DEL 90%, ESTACIÓN -1 LE REALIZA AMNIOTOMÍA A LAS 18:23 CON PRESENCIA DE LIQUIDO CLARO EUTERMICO, ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, BINOMIO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, ATENTOS A EVOLUCIÓN"**

Como vemos, hasta este momento, el trabajo de parto venía evolucionando dentro de los parámetros normales y no había sido necesaria la presencia de especialista en ginecología y obstetricia, pues los médicos generales están capacitados para atender partos en condiciones normales; como mencioné antes, la Dra. VILLOTA ingresó a turno a las 19 horas (7pm) de este día

ATENCIÓN DEL PARTO

A las 20:20 se describe en la historia clínica que se traslada a la paciente a sala de partos en expulsivo; nota de MONICA ALVAREZ ABADIA Auxiliar de enfermería.

La Dra. VILLOTA, como se ha dicho, ingresó a turno este día a las 19 horas (7pm), ya en la fase de expulsivo, la ginecóloga que represento, es llamada por la médica general que venía atendiendo el parto Dra. ANA MARIA BELTRAN, debido a que se presentaron dificultades para la terminación del expulsivo, a pesar de haber reforzado con oxitocina había poco descenso, a pesar de tener dilatación completa y borramiento completo. En este punto, se hacía imperioso terminar el parto por el altísimo riesgo que le faltara oxígeno al feto, presentara sufrimiento fetal y una posible muerte o daño cerebral y neurológico al convertirse el parto en un expulsivo prolongado, por lo que se decide pasar a la sala de partos; transcribo la nota realizada por la Dra. BELTRAN:

"PACIENTE DE 16 AÑOS CON GESTACIÓN A TERMINO, DILATACIÓN COMPLETA, BORRAMIENTO COMPLETO, ESTACIÓN -1, CON MALOS PUJOS POR LO QUE SE REFORZO MANEJO CON OXITOCINA, MONITORIZACION CONTINUA, SIN EMBARGO POCO DESCENSO POR LO QUE ME COMUNICO CON GINECOLOGA DE TURNO DRA VILLOTA QUIEN DECIDE TRASLADAR A SALA DE PARTOS"

En la nota se describe el recién nacido en *"PRESENTACIÓN COMPUESTA"* esto quiere decir que la cabeza y el brazo del bebé salen primero al mismo tiempo por el canal vaginal, esto dificulta enormemente el parto vaginal, siendo imposible establecer esta condición previo al expulsivo que él bebe estaba en esa posición, que por sí sola genera distocia (el bebé se atasca en la pelvis de la madre) que es una emergencia médica; adicional a esta situación apenas visible en el momento del expulsivo, encontramos que en el caso de que nos ocupa, que se trataba de un feto macrosómico pesó 4000 gramos, sin que previamente se hubiera podido diagnosticar esta situación; también la macrosomía por si sola genera distocia. Ante esta situación de emergencia médica ya que conlleva posibles resultados adversos muy graves, como parálisis cerebral, encefalopatía hipoxica isquémica, **lesión del plexo braquial**, e incluso la muerte del bebe.

La distocia de hombros es una verdadera emergencia periparto que generalmente es impredecible y va asociada con una morbilidad perinatal, Se la define como la falta del paso espontáneo de los hombros a través de la pelvis, una vez extraída la cabeza fetal; En la Obstetricia de Williams, se cita que la distocia de hombros se presenta con una incidencia del 0,6 y 1,4% . "Jennet y cols (1992) proporcionaron evidencias de que la alteración del plexo braquial puede ocurrir antes del trabajo de parto" También resulta obvio que la predicción y por lo tanto la prevención de la distocia de hombro no es simple. Si bien hay diversos factores de riesgo estadísticamente asociado de manera evidente con la distocia de hombros; se ha demostrado que la identificación real de casos individuales antes del hecho es imposible.

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA

ABOGADO

RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA

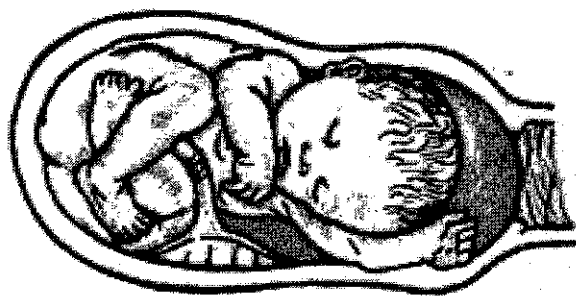
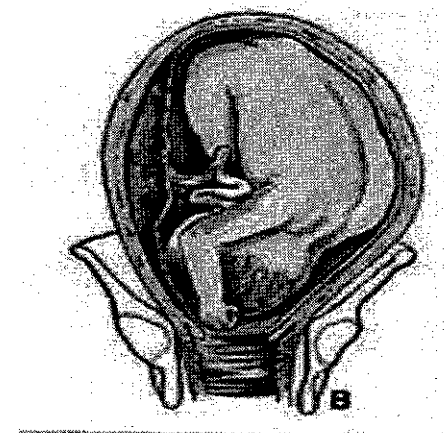
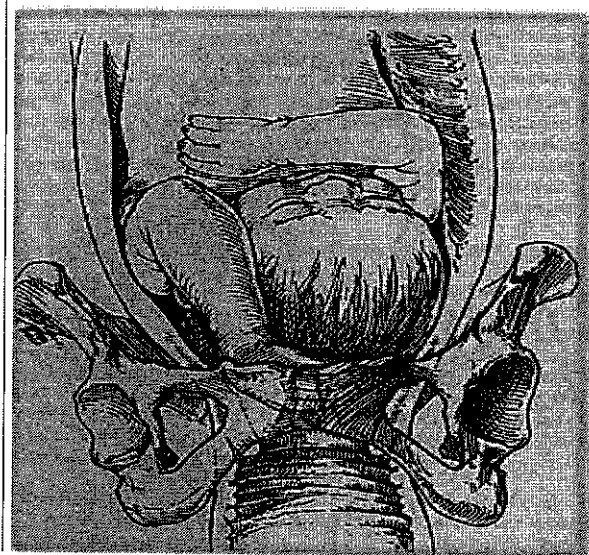
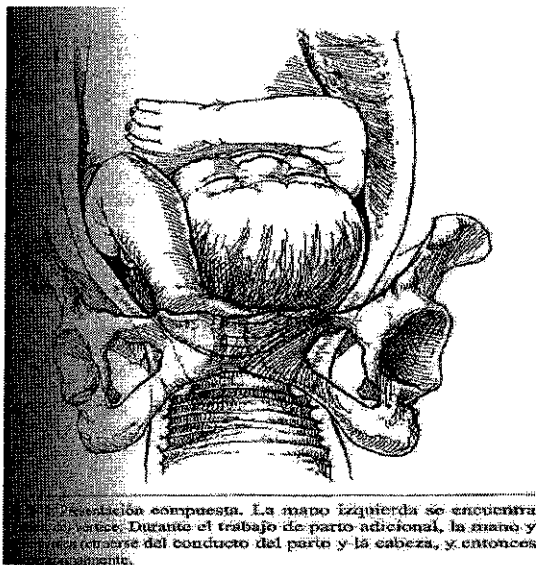
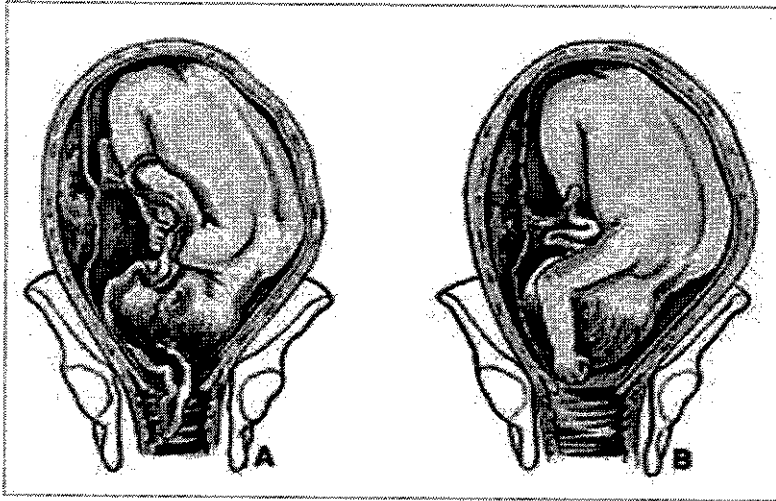
Avenida 4 Norte 7N-46 Oficina 335 Centro Comercial Centenario

5240655 EXT 115- 3212681293

CALI - COLOMBIA

cenescarria@gmail.com

Para mayor ilustración, traigo a colación imagenes de presentación compuesta:



La complicación de la presentación compuesta que tuvo la paciente es impredecible, sólo se evidenció durante la progresión del descenso a través del canal del parto donde en este caso particular junto con la cabeza también venía el brazo.

Esta situación de emergencia vital, (presentación compuesta del feto y macrosomía que generaron distocia) es la que se encuentra la Dra. VILLOTA al momento que es llamada por la médica que venía atendiendo el parto. Mi prohijada de manera rápida debe tomar una decisión de que hacer para finalizar el embarazo, para este momento, la realización de una cesárea generaba más riesgos para él bebe y la materna pues implicaba devolver al feto al útero, lo que podía generar hipoxia por falta de oxígeno, fracturas, y lesiones del plexo braquial; tenía otras opciones, todas riesgosas tanto para la seguridad de la madre como del bebe, el uso de instrumentos como ventosa obstétrica (vacuum extractor), el uso de fórceps, o de Espátulas de Velasco, que generan riesgos como desgarros, fracturas, lesiones en cara, lesiones del plexo braquial y otras, por lo que decide en pocos segundos que la vía maniobra más segura para el binomio materno fetal era la maniobra de kristeller, que se utiliza cuando como se describe en la historia clínica, el pujo de la materna es insuficiente en la historia se describió "CON MALOS PUJOS".

Utilizando esta maniobra, que aunque controvertida salva vidas, logra salvar la vida del recién nacido, sin que sufriera hipoxia ni secuelas de tipo cerebrales que son sumamente graves; logrando obtener un recién nacido vivo, con adaptación neonatal normal; se coloca al recién nacido con la madre en contacto piel con piel; la ginecóloga se queda atendiendo a la madre y el recién nacido en estregado a pediatra; se realiza manejo activo del tercer periodo con oxitocina previniendo sangrado post parto, se sutura el desgarro generado por la macrosomía del bebe que pesó 4000 gramos con presentación compuesta. Posteriormente la paciente y su hijo fueron trasladados a la sala de puerperio.

Hasta aquí la atención de la ginecóloga que represento, quien con su atención, logró preservar la vida de la madre y el recién nacido, en una emergencia obstétrica; mi poderdante continuó con el turno como ginecóloga obstetra a cargo de toda la clínica, no se enteró de los acontecimientos posteriores, hasta ahora que se le notifica del llamamiento en garantía.

Hasta el momento, no se conocía, de la lesión del plexo braquial que presentó el recién nacido, vale la pena anotar, que después de consultar múltiple literatura al respecto, se puede afirmar, que la lesión del plexo braquial no es causada por la maniobra de Kristeller ya que esta se realiza presionando el fondo uterino desde la parte superior de este (parte alta del abdomen inmediatamente debajo de las costillas) utilizando presión externa de las manos en caso de contracciones débiles o insuficientes como el caso que nos ocupa; la lesión del plexo braquial se produce por el resultado del aumento del ángulo del cuello-hombro; esto genera fuerzas longitudinales de estiramiento que exceden la tolerancia de los nervios durante el momento del parto La presentación en el parto más común es la occipito izquierda anterior, por lo tanto, el hombro derecho se ubica anteriormente

durante el nacimiento y presenta más distocia, lo que explicaría que sea el más comprometido¹

En la literatura científica consultada, dice que:

“Hay algunos factores predisponentes, unos relacionados con el niño y otros con la madre. El sobrepeso del niño es el factor más importante. El peso de los niños afectados con parálisis braquial obstétrica es mayor de 500 a 1.000 gramos de lo normal. Una historia de diabetes de la madre con macrosomía del bebe, puede producir una distocia del hombro, especialmente durante la última fase del trabajo de parto, lo que ocasiona la tracción del plexo braquial (4,10-12). Otros factores a tener en cuenta, además de la diabetes, son la preclamsia, la duración prolongada del trabajo de parto, la presentación (vértice, de nalgas, o de otro tipo); si el parto fue complicado o no, y el uso de instrumentos para el parto”²

Como vemos, no se relaciona directamente con la maniobra de Kristeller, sino con factores asociados a la macrosomía fetal y la presentación anormal del feto, como en el caso que nos ocupa la presentación compuesta, o con el uso de instrumentos para el parto, tales como ventosa obstétrica (vacuum extractor), el uso de fórceps, o de Espátulas de Velasco, que en este caso no fueron utilizados.

Coinciden todas las fuentes consultadas con lo afirmado, es así como en el artículo médico Parálisis braquial obstétrica de etiología prenatal. Arch Pediatr Urug 2013; 84(1): 35-38 de los autores Dres. María Cecilia Dieguez, Alfredo Cerisola, Mario Moraes dice:

“La parálisis braquial obstétrica (PBO) es la parálisis de los músculos inervados por raíces nerviosas originadas en el plexo braquial. La incidencia es de 0,6 a 2,6 cada 1.000 nacidos vivos. Los factores de riesgo más importantes son distocia de hombro, macrosomía y el parto instrumental. Clásicamente la PBO ha sido considerada como consecuencia de una excesiva tracción del cuello fetal en el parto.”

Así también lo refiere el artículo científico La parálisis del plexo braquial asociada al nacimiento. Revisión de 30 casos de los autores A. García Bravo, A. Rodríguez Zurita, A. Melián Suárez, C. Blanco Soler, J.M^a Limiñana Cañal, J.A. García Hernández, A. Gómez García:

“Se diagnosticaron 30 casos de parálisis braquial asociada al nacimiento. La incidencia fue de 1,04%. Además del peso alto al nacimiento, otros factores relacionados con un aumento de la incidencia de parálisis braquial obstétrica fueron la presencia de distocia de hombros en el parto, la finalización del mismo

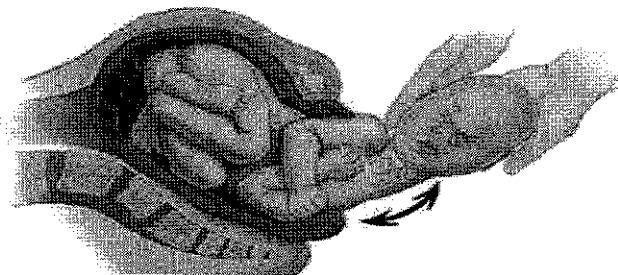
¹ Rev. Fac. Med. 2014 Vol. 62 No. 2: 255-263. ARTICULO DE REVISIÓN; Parálisis obstétrica del plexo braquial. Revisión del estado actual de la enfermedad; MD Enrique Manuel Vergara-Amador. Pág. 255.

² Rev. Fac. Med. 2014 Vol. 62 No. 2: 255-263. ARTICULO DE REVISIÓN; Parálisis obstétrica del plexo braquial. Revisión del estado actual de la enfermedad; MD Enrique Manuel Vergara-Amador Pág. 257.

mediante fórceps y test de Apgar y pH por debajo de los límites habituales. No se encontró ningún caso de parálisis distal."

De acuerdo con lo anterior, no existe relación de causalidad entre la maniobra de Kristeller realizada para salvar la vida del bebé y la lesión del plexo braquial que generó la parálisis del ERB del recién nacido; ya que esta lesión consideramos de acuerdo con la evidencia científica, se genera por dos situaciones que lastimosamente se presentaron en el parto, la primera es la presentación compuesta del feto y la segunda es la macrosomía fetal; ambas de manera independiente son causantes de distocia que a su vez es la que predispone la lesión del plexo braquial; la cual se produce por atascamiento del hombro del bebé en el canal vaginal que lo retiene y al realizar la extracción, hace que se estire el cuello hasta producir la lesión. En este caso las dos situaciones eran imprevisibles e irresistibles para la ginecóloga; quien a pesar de la dificultad del parto, logra extraer al bebé vivo y sin lesiones cerebrales que son las que más preocupan, cuando sucede lo mencionado.

Anexo imagen para ilustrar lo que es una distocia de hombro, en este caso generada por la macrosomía y la presentación compuesta, antes explicada, no por la maniobra de Kristeller que se realiza en la parte alta del abdomen.



AL HECHO-1.3. NO NOS CONSTA, como quiera que la **Dra. VILLOTA**, una vez se finaliza el trabajo de parto no volvió a tener contacto con la paciente.

AL HECHO-1.4. NO NOS CONSTA, como quiera que la **Dra. VILLOTA**, una vez se finaliza el trabajo de parto no volvió a tener contacto con la paciente. No obstante lo anterior, olvida el demandante referirse a la valoración que realizó el pediatra Dr ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO, el día 27 de junio de 2017 a las 23:12 horas quien anotó en la historia clínica:

*"...PTE CON FOCALIZACION A NIVEL DE MSD, PARECIA IMPORTANTE, **MACROSOMIA FETAL, EXPULSIVO DIFÍCIL POR PRESENTACION COMPUESTA. DEBE DESCARTARSE FX CLAVICULA CON AFECCION DEL PLEJO BRAQUIAL. EXPLICO A LA MAADRE. DEJO EN OBSERVAICON Y SS RX MSD.**"* (Subrayas y negrillas son mías)

El pediatra coincide con lo manifestado líneas atrás, que se trató de un expulsivo difícil, por la macrosomía y la presentación compuesta en que venía por el canal vaginal el bebé y

esto tiene relación directa con la lesión del plexo braquial que se confirmaría más adelante.

AL HECHO-1.5. NO NOS CONSTA, como quiera que la **Dra. VILLOTA**, una vez se finaliza el trabajo de parto no volvió a tener contacto con la paciente. De acuerdo con la historia clínica fue vista el 28 de junio de 2017 por el Ginecólogo Jorge Luis Orjuela Gil, quien reitera orden de terapia antibiótica, la cual se coloca de manera preventiva en el post parto; ya que existe riesgo de infección, el cual está asociado a la atención del parto en cualquier materna.

AL HECHO-1.6. NO NOS CONSTA, como quiera que la **Dra. VILLOTA**, una vez se finaliza el trabajo de parto no volvió a tener contacto con la paciente; no obstante de acuerdo con la historia clínica, la evolución de la paciente fue adecuada, hasta el alta.

AL HECHO-1.7. NO NOS CONSTA, como quiera que la **Dra. VILLOTA**, una vez se finaliza el trabajo de parto no volvió a tener contacto con la paciente. Respecto de las lesiones del plexo braquial, la mayoría de la literatura afirma que la tendencia es a la mejoría inclusive la evolución de muchos de los niños con este tipo de lesión, al cabo de el tiempo y las terapias, es a que no quedan lesiones de tipo permanente; en el caso que nos ocupa, deberá el demandante demostrar, si todavía tiene el menor, padecimiento relacionado con la lesión del plexo braquial y si esta ha mejorado o no.

AL HECHO-1.8. NO NOS CONSTA, como quiera que la **Dra. VILLOTA**, una vez se finaliza el trabajo de parto no volvió a tener contacto con el paciente. Respecto de las lesiones del plexo braquial, la mayoría de la literatura afirma que la tendencia es a la mejoría inclusive la evolución de muchos de los niños con este tipo de lesión, al cabo de el tiempo y las terapias, es a que no quedan lesiones de tipo permanente; en el caso que nos ocupa, deberá el demandante demostrar, si todavía tiene el menor, padecimiento relacionado con la lesión del plexo braquial y si esta ha mejorado o no.

AL HECHO-1.9. NO NOS CONSTA, como quiera que la **Dra. VILLOTA**, una vez se finaliza el trabajo de parto no volvió a tener contacto con el paciente. Respecto de las lesiones del plexo braquial, la mayoría de la literatura afirma que la tendencia es a la mejoría inclusive la evolución de muchos de los niños con este tipo de lesión, al cabo de el tiempo y las terapias, es a que no quedan lesiones de tipo permanente; en el caso que nos ocupa, deberá el demandante demostrar, si todavía tiene el menor, padecimiento relacionado con la lesión del plexo braquial y si esta ha mejorado o no.

AL HECHO-1.10. NO NOS CONSTA, como quiera que la **Dra. VILLOTA**, una vez se finaliza el trabajo de parto no volvió a tener contacto con el paciente. Respecto de las lesiones del plexo braquial, la mayoría de la literatura afirma que la tendencia es a la mejoría inclusive la evolución de muchos de los niños con este tipo de lesión, al cabo del tiempo y las terapias, es a que no quedan lesiones de tipo permanente; en el caso que nos ocupa,

deberá el demandante demostrar, si todavía tiene el menor, padecimiento relacionado con la lesión del plexo braquial y si esta ha mejorado o no.

AL HECHO-1.11. NO NOS CONSTA, el parentesco entre los demandantes; vale la pena anotar, que el hecho que se acredite parentesco no acredita que hubieran sufrido algún tipo de perjuicio, esto lo deberán acreditar dentro del proceso.

VII. EXCEPCIONES DE MERITO

HECHOS QUE FUNDAMENTAN LAS EXCEPCIONES

- Se trataba de un embarazo de una adolescente de 16 años, considerado de alto riesgo psicosocial, por relaciones disfuncionales con su familia y situaciones personales.
- En todos los controles prenatales el binomio materno fetal tuvo una evolución satisfactoria, dentro de lo esperado para un embarazo normal.
- El crecimiento del feto, se calculó en todas las ecografías tomadas a la paciente, como normal y creciendo dentro de percentiles adecuados para la edad gestacional.
- El cálculo del peso estimado al nacer, realizado por los galenos fue de **3.596 GR APROXIMADAMENTE**, considerado como normal.
- La evaluación de la pelvis de la materna dio como resultado una pelvis ginecoide media que en proporción con el tamaño fetal esperado se consideraba en una buena relación, adecuada para la vía de parto vaginal, que se determinó desde los controles prenatales. Por lo anterior, el parto de la paciente iba a ser atendido por medico general, personal capacitado y entrenado para atender partos en esas condiciones.
- El 27 de junio de 2017, la paciente ingresó a la clínica, con un embarazo a término, en horas de la mañana, siendo atendida por médico general en el servicio de partos de la Clínica; la Dra. VILLOTA, ingresó a turno ese día a las 19 horas (7pm)
- La evolución del trabajo de parto se dio dentro de lo esperable, inicialmente en fase latente que fue progresando a fase activa desde su ingreso a la clínica, con bienestar fetal normal informado en sus evoluciones de hoja médica.
- Como vemos, hasta este momento, el trabajo de parto venía evolucionando dentro de los parámetros normales y no había sido necesaria la presencia de especialista en ginecología y obstetricia, pues los médicos generales están capacitados para atender partos en condiciones normales; como mencioné antes, la Dra. VILLOTA ingresó a turno a las 19 horas (7pm) de este día.

- A las 20:20 se describe en la historia clínica que se traslada a la paciente a sala de partos en expulsivo; nota de MONICA ALVAREZ ABADIA Auxiliar de enfermería.
- La Dra. VILLOTA, como se ha dicho, ingresó a turno este día a las 19 horas (7pm), ya en la fase de expulsivo, la ginecóloga que represento, es llamada por la médica general que venía atendiendo el parto Dra. ANA MARIA BELTRAN, debido a que se presentaron dificultades para la terminación del expulsivo, a pesar de haber reforzado con oxitocina había poco descenso, a pesar de tener dilatación completa y borramiento completo. En este punto, se hacía imperioso terminar el parto por el altísimo riesgo que le faltara oxígeno al feto, presentara sufrimiento fetal y una posible muerte o daño cerebral y neurológico al convertirse el parto en un expulsivo prolongado, por lo que se decide pasar a la sala de partos; transcribo la nota realizada por la Dra. BELTRAN:

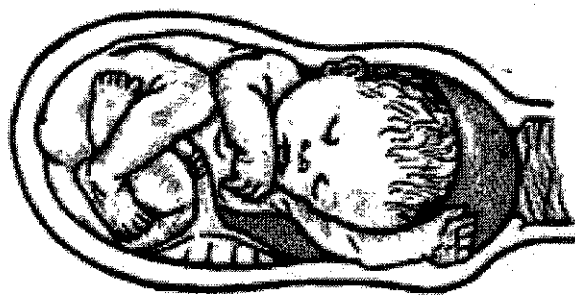
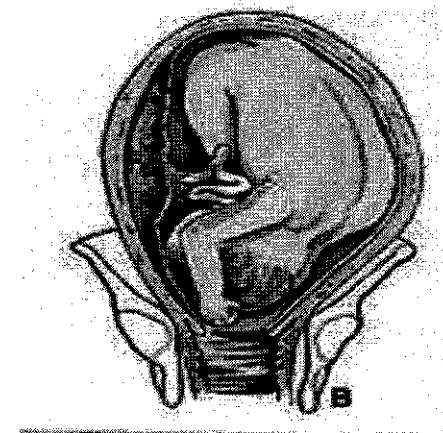
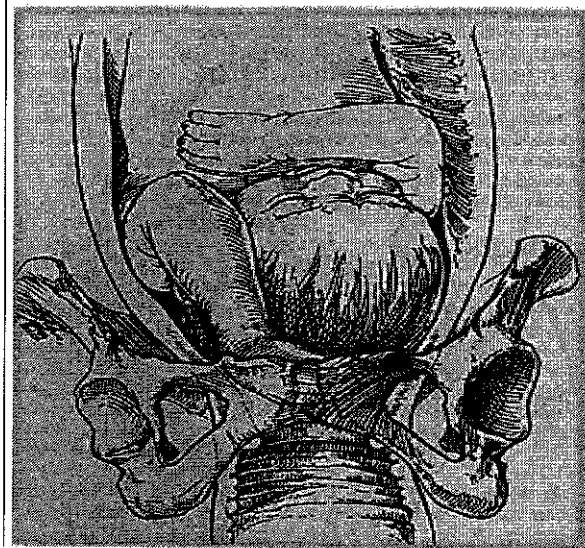
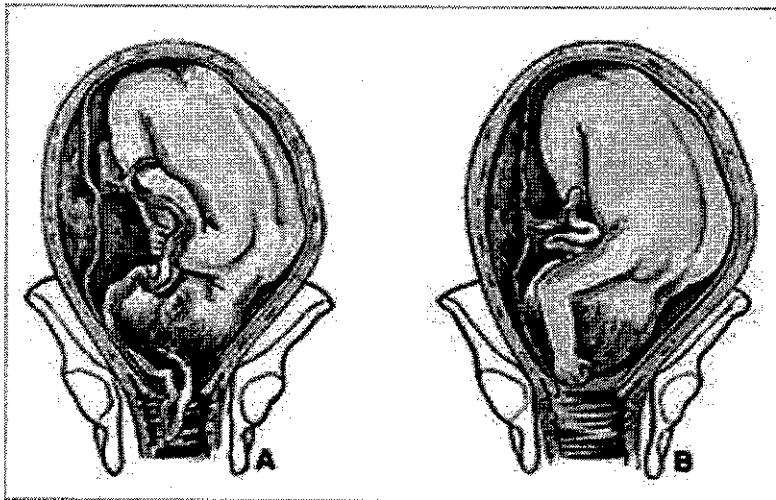
“PACIENTE DE 16 AÑOS CON GESTACIÓN A TERMINO, DILATACIÓN COMPLETA, BORRAMIENTO COMPLETO, ESTACIÓN -1, CON MALOS PUJOS POR LO QUE SE REFORZO MANEJO CON OXITOCINA, MONITORIZACION CONTINUA, SIN EMBARGO POCO DESCENSO POR LO QUE ME COMUNICO CON GINECOLOGA DE TURNO DRA VILLOTA QUIEN DECIDE TRASLADAR A SALA DE PARTOS”

En la nota se describe el recién nacido en “PRESENTACIÓN COMPUESTA” esto quiere decir que la cabeza y el brazo del bebé salen primero al mismo tiempo por el canal vaginal, esto dificulta enormemente el parto vaginal, siendo imposible establecer esta condición previo al expulsivo que el bebe estaba en esa posición, que por sí sola genera distocia (el bebé se atasca en la pelvis de la madre) que es una emergencia médica; adicional a esta situación apenas visible en el momento del expulsivo, encontramos que en el caso de que nos ocupa, que se trataba de un feto macrosómico pesó 4000 gramos, sin que previamente se hubiera podido diagnosticar esta situación; también la macrosomía por sí sola genera distocia. Ante esta situación de emergencia médica ya que conlleva posibles resultados adversos muy graves, como parálisis cerebral, encefalopatía hipoxica isquémica, **lesión del plexo braquial**, e incluso la muerte del bebe.

La distocia de hombros es una verdadera emergencia periparto que generalmente es impredecible y va asociada con una morbilidad perinatal, Se la define como la falta del paso espontáneo de los hombros a través de la pelvis, una vez extraída la cabeza fetal; En la Obstetricia de Williams, se cita que la distocia de hombros se presenta con una incidencia del 0,6 y 1,4% . “Jennet y cols (1992) proporcionaron evidencias de que la alteración del plexo braquial puede ocurrir antes del trabajo de parto” También resulta obvio que la predicción y por lo tanto la prevención de la distocia de hombro no es simple. Si bien hay diversos factores de riesgo estadísticamente asociado de manera evidente con la distocia de hombros; se ha

demostrado que la identificación real de casos individuales antes del hecho es imposible.

Para mayor ilustración, traigo a colación imágenes de presentación compuesta:



La complicación de la presentación compuesta que tuvo la paciente es impredecible, sólo se evidenció durante la progresión del descenso a través del

canal del parto donde en este caso particular junto con la cabeza también venía el brazo.

Esta situación de emergencia vital, (presentación compuesta del feto y macrosomía que generaron distocia) es la que se encuentra la Dra. VILLOTA al momento que es llamada por la médica que venía atendiendo el parto. Mi prohijada de manera rápida debe tomar una decisión de que hacer para finalizar el embarazo, para este momento, la realización de una cesárea generaba más riesgos para él bebe y la materna pues implicaba devolver al feto al útero, lo que podía generar hipoxia por falta de oxígeno, fracturas, y lesiones del plexo braquial; tenía otras opciones, todas riesgosas tanto para la seguridad de la madre como del bebe, el uso de instrumentos como ventosa obstétrica (vaccum extractor), el uso de fórceps, o de Espátulas de Velasco, que generan riesgos como desgarros, fracturas, lesiones en cara, lesiones del plexo braquial y otras, por lo que decide en pocos segundos que la vía maniobra más segura para el binomio materno fetal era la maniobra de kristeller, que se utiliza cuando como se describe en la historia clínica, el pujo de la materna es insuficiente en la historia se describió "CON MALOS PUJOS".

Utilizando esta maniobra, que aunque controvertida salva vidas, logra salvar la vida del recién nacido, sin que sufriera hipoxia ni secuelas de tipo cerebrales que son sumamente graves; logrando obtener un recién nacido vivo, con adaptación neonatal normal; se coloca al recién nacido con la madre en contacto piel con piel; la ginecóloga se queda atendiendo a la madre y el recién nacido en estregado a pediatra; se realiza manejo activo del tercer periodo con oxitocina previniendo sangrado post parto, se sutura el desgarro generado por la macrosomía del bebe que pesó 4000 gramos con presentación compuesta. Posteriormente la paciente y su hijo fueron trasladados a la sala de puerperio.

Hasta el momento, no se conocía, de la lesión del plexo braquial que presentó el recién nacido, vale la pena anotar, que después de consultar múltiple literatura al respecto, se puede afirmar, que la lesión del plexo braquial no es causada por la maniobra de Kristeller ya que esta se realiza presionando el fondo uterino desde la parte superior de este (parte alta del abdomen inmediatamente debajo de las costillas) utilizando presión externa de las manos en caso de contracciones débiles o insuficientes como el caso que nos ocupa; la lesión del plexo braquial se produce por el resultado del aumento del ángulo del cuello-hombro; esto genera fuerzas longitudinales de estiramiento que exceden la tolerancia de los nervios durante el momento del parto La presentación en el parto más común es la occipito izquierda anterior, por lo tanto, el hombro derecho se ubica anteriormente durante el nacimiento y presenta más distocia, lo que explicaría que sea el más comprometido³

³ Rev. Fac. Med. 2014 Vol. 62 No. 2: 255-263. ARTICULO DE REVISIÓN; Parálisis obstétrica del plexo braquial. Revisión del estado actual de la enfermedad; MD Enrique Manuel Vergara-Amador. Pág. 255.

En la literatura científica consultada, dice que:

“Hay algunos factores predisponentes, unos relacionados con el niño y otros con la madre. El sobrepeso del niño es el factor más importante. El peso de los niños afectados con parálisis braquial obstétrica es mayor de 500 a 1.000 gramos de lo normal. Una historia de diabetes de la madre con macrosomía del bebe, puede producir una distocia del hombro, especialmente durante la última fase del trabajo de parto, lo que ocasiona la tracción del plexo braquial (4,10-12). Otros factores a tener en cuenta, además de la diabetes, son la preclamsia, la duración prolongada del trabajo de parto, la presentación (vértice, de nalgas, o de otro tipo); si el parto fue complicado o no, y el uso de instrumentos para el parto”⁴

Como vemos, no se relaciona directamente con la maniobra de Kristeller, sino con factores asociados a la macrosomía fetal y la presentación anormal del feto, como en el caso que nos ocupa la presentación compuesta, o con el uso de instrumentos para el parto, tales como ventosa obstétrica (vaccum extractor), el uso de fórceps, o de Espátulas de Velasco, que en este caso no fueron utilizados.

Coinciden todas las fuentes consultadas con lo afirmado, es así como en el artículo médico Parálisis braquial obstétrica de etiología prenatal. Arch Pediatr Urug 2013; 84(1): 35-38 de los autores Dres. María Cecilia Dieguez, Alfredo Cerisola, Mario Moraes dice:

“La parálisis braquial obstétrica (PBO) es la parálisis de los músculos inervados por raíces nerviosas originadas en el plexo braquial. La incidencia es de 0,6 a 2,6 cada 1.000 nacidos vivos. Los factores de riesgo más importantes son distocia de hombro, macrosomía y el parto instrumental. Clásicamente la PBO ha sido considerada como consecuencia de una excesiva tracción del cuello fetal en el parto.”

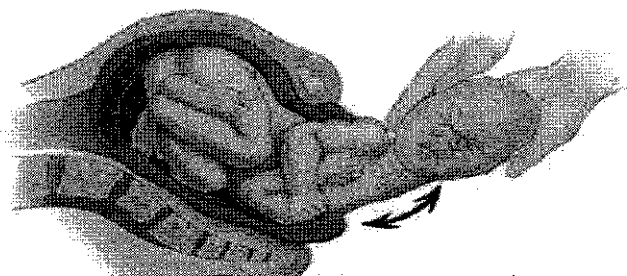
Así también lo refiere el artículo científico La parálisis del plexo braquial asociada al nacimiento. Revisión de 30 casos de los autores A. García Bravo, A. Rodríguez Zurita, A. Melián Suárez, C. Blanco Soler, J.M^a Limiñana Cañal, J.A. García Hernández, A. Gómez García:

“Se diagnosticaron 30 casos de parálisis braquial asociada al nacimiento. La incidencia fue de 1,04%. Además del peso alto al nacimiento, otros factores relacionados con un aumento de la incidencia de parálisis braquial obstétrica fueron la presencia de distocia de hombros en el parto, la finalización del mismo mediante fórceps y test de Apgar y pH por debajo de los límites habituales. No se encontró ningún caso de parálisis distal.”

⁴ Rev. Fac. Med. 2014 Vol. 62 No. 2: 255-263. ARTICULO DE REVISIÓN; Parálisis obstétrica del plexo braquial. Revisión del estado actual de la enfermedad; MD Enrique Manuel Vergara-Amador Pág. 257.

De acuerdo con lo anterior, no existe relación de causalidad entre la maniobra de kristeller realizada para salvar la vida del bebe y la lesión del plexo braquial que generó la parálisis del ERB del recién nacido; ya que esta lesión consideramos de acuerdo con la evidencia científica, se genera por dos situaciones que lastimosamente se presentaron en el parto, la primera es la presentación compuesta del feto y la segunda es la macrosomía fetal; ambas de manera independiente son causantes de distocia que a su vez es la que predispone la lesión del plexo braquial; la cual se produce por atascamiento del hombro del bebe en el canal vaginal que lo retiene y al realizar la extracción, hace que se estire el cuello hasta producir la lesión. En este caso las dos situaciones eran imprevisibles he irresistibles para la ginecóloga; quien a pesar d ela dificultad del parto, logra extraer al bebe vivo y sin lesiones cerebrales que son las que más preocupan, cuando sucede lo mencionado.

Anexo imagen para ilustrar lo que es una distocia de hombro, en este caso generada por la macrosomía y la presentación compuesta, antes explicada, no por la maniobra de Kristeler que se realiza en la parte alta del abdomen.



1 - AUSENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD

Este elemento es el vínculo que une, por una parte, la conducta del agente causante, y por la otra, el daño. Este elemento resulta esencial en atención a que, como se ha afirmado con buen juicio, en tema de responsabilidad galénica, el contacto físico entre un profesional y un paciente que experimenta daños, no permite indefectiblemente imputar estos daños a la doctora VILLOTA, pues las pruebas aportadas al proceso no admiten dudas de que el obrar médico no fue el que ocasionó los perjuicios, por lo cual se exige siempre la demostración del vínculo causal acudiendo a las reglas de la experiencia científica, objetiva y estadística.

Para probar la relación de causalidad, no basta que un hecho pueda ser considerado como una hipótesis posible, sino que, entre los elementos de hecho allegados, el juez debe tener en cuenta los que parecen más probables y cuando no sea posible la prueba directa, basta con que el juez llegue a la convicción de que existe una probabilidad determinante. Precisamente por eso, aun si se demuestra la existencia del daño, no hay lugar a la

declaración de responsabilidad civil, si no existe prueba sobre la relación de causalidad que, vale decirlo, jamás puede presumirse.

Una vez dejado claro que existe la obligación legal de probar la relación de causalidad para que pueda configurarse la obligación de indemnizar, se hace necesario no perder de vista que en materia de responsabilidad médica la acreditación de tal elemento se hace más compleja que en otras áreas del derecho de daños, puesto que es preciso comprender que para la ciencia médica existen pluralidad de causas que pueden producir un resultado final.

En el caso que nos ocupa, la causa más probable de la lesión del plexo braquial que generó la parálisis del ERB Duchene es la macrosomía fetal ya que está acreditado que el bebe tuvo un peso al nacer de 4000 gramos (4 kilos) que de acuerdo con toda la literatura consultada es la mayor causa de lesión del plexo braquial; adicionalmente el bebe venía por el canal del parto en una presentación compuesta, explicada líneas antes, donde la extremidad superior (brazo) sale al mismo tiempo que la cabeza lo que también está ampliamente relacionado con la lesión del plexo braquial; ambas situaciones generan distocia de hombro que no es otra cosa que el atrapamiento del hombro que para hacerlo un poco mas ilustrativo, tira el hombro hacia adentro mientras el ginecólogo está tomando al bebe de la cabeza tratando de extraerlo y esta enlongación en el cuello es la que produce la lesión del Plexo braquial.

Ni la macrosomía ni la presentación compuesta era posible determinarlas antes de la fase de expulsivo en el trabajo de parto; se había calculado un peso de acuerdo con las ecografías previas, por los médicos que venían tratando a la paciente que se estimó como normal y la presentación compuesta, no hay forma de preverla, más aun, cuando a la ginecóloga la llaman una vez está en curso ya el expulsivo y no hay forma de hacer una cesárea sin que esto implique más riesgos para el binomio.

En toda la literatura consultada, no hay referencias respecto de que la maniobra de Kristeller sea la causa de lesiones les plexo braquial; lo que es lógico pues la forma en que se hace esta maniobra no hace que se estire el cuello, ya que se hace para lograr el descenso del feto, no para sacarlo del canal vaginal, que es cuando se produce este tipo de lesiones.

No es suficiente para que sea exigible la responsabilidad civil con que haya sufrido un perjuicio el demandante, ni con que se haya cometido una culpa por el demandado, debe reunirse un tercer requisito consistente en la existencia de un vínculo de causa a efecto entre el hecho y el daño: se precisa que el daño sufrido sea la consecuencia de la culpa cometida.

Así pues, NO está probado el nexo causal entre la actuación de la doctora VILLOTA, y el daño alegado por la parte demandante, como elemento esencial para determinar responsabilidad civil, porque se insiste, las actuaciones del galeno respondieron a un procedimiento ajustado a la *lex artis*, razón por la cual las pretensiones de la parte actora no están llamadas a prosperar.

2 -AUSENCIA DE CULPA POR OBRAR CON DILIGENCIA Y CUIDADO

Empezaremos mencionando que la actuación de mi poderdante Dra. VILLOTA, tal y como se demostrará con las pruebas aportadas y solicitadas, se ajustó a los protocolos científicos y éticos, cumpliéndose a cabalidad con los postulados de la *lex artis*.

La *lex artis ad hoc* o "*ley propia del arte que se ejecuta*", se define por diferentes doctrinantes como "*aquellos mandatos o reglas específicas, que deben ser observados dentro de determinado arte o técnica, a efectos de poder lograr o conseguir unos determinados resultados*"⁵.

En efecto, "*(...) puede decirse que esa lex artis se encuentra conformada por las reglas técnicas que deben seguirse con miras a la obtención de los resultados deseados, esperados y perseguidos, no solo por el paciente sino también por el médico, en beneficio de la salud, la integridad y la vida del primero*"⁶.

A la luz de lo expuesto, la calificación de una praxis asistencial como ajustada o desviada de la *lex artis* no debe realizarse por un juicio *ex post*, sino *ex ante*, es decir, con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre el diagnóstico o tratamiento, a fin de poder considerarla como adecuada o no a la clínica que presenta el paciente.⁷

Para el caso en particular, la atención brindada por la ginecóloga que represento, a la paciente se ciñó de forma estricta a los cánones de la *lex artis ad hoc*, como quiera que se desarrolló de acuerdo con las condiciones y evolución de la paciente, de conformidad con los protocolos médicos. Ella atendió una verdadera emergencia obstétrica, atendió un parto muy difícil, por estar el bebe en presentación compuesta y además ser macrosómico, adicionándole a esto el pujo deficiente de la materna; situación que si no se resolvía iba a terminar con la muerte del bebe, o con un daño neurológico severo generado por asfixia perinatal.

⁵ Molina Arrubla Carlos Mario, Responsabilidad Penal en el ejercicio de la actividad médica. Medellín: Biblioteca jurídica Dike. Segunda edición 1998, P. 203.

⁶ Molina Arrubla Carlos Mario. Op cit. 203.

⁷ Sentencia de la Cámara nacional de apelaciones Argentina en lo civil del 23 de febrero de 2010.

No tiene discusión en la jurisprudencia que en la base de toda responsabilidad médica ha de existir una “culpa médica”, y ésta, como “omisión de la diligencia”, equivale al incumplimiento o defectuoso cumplimiento de la *lex artis*, concebida como criterio valorativo de la corrección del acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos y exógenos, para calificar dicho acto como conforme o no con la técnica normal requerida. Es así como el galeno responde con base en la culpa por la violación intencional o negligente del estándar de conducta exigible, siendo este el de un profesional razonable que se halle en las mismas circunstancias.⁸ Tal y como se demostrará dentro del presente proceso, la conducta asumida por la Dra. VILLOTA, fue salvadora del recién nacido, surgiendo diáfana la ausencia de culpa dentro de su actuación.

El elemento subjetivo necesario para que salga adelante una acción de responsabilidad médica, la culpa, no se avizora en el acto realizado por la Dra. VILLOTA. La jurisprudencia ha destacado de forma reiterada que la culpa es un elemento esencial para que se declare responsable a un facultativo; ante su ausencia no queda sino exonerar a quien se señala como agente causante del daño.

La H. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia⁹ ha expresado respecto a la culpa en materia de Responsabilidad Médica lo siguiente:

“2. Tratando la responsabilidad civil de los médicos por la prestación del servicio profesional, desde hace algún tiempo, la Corte ha venido predicando que ésta es una responsabilidad que se deduce mediando la demostración de la culpa, independientemente de que la pretensión indemnizatoria tenga una causa contractual o extracontractual”

Vale la pena destacar que el concepto culpa adquiere un significado diferente en los eventos de responsabilidad médica. En estos casos la culpa, se relaciona de forma directa con el cumplimiento de la *lex artis ad hoc*, y se segmenta de varias formas, la prudencia, la diligencia y la pericia.

En el caso bajo análisis no hubo ningún error, no hubo culpa. La conducta de la Dra. VILLOTA se ajustó por completo a los postulados de la *Lex artis ad hoc*. El acto médico se realizó con pericia, prudencia y diligencia.

3 - CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE MEDIOS POR PARTE DEL GALENO

⁸ Responsabilidad civil médica, Julio César Galán Cortés, Tercera edición, 2011, Thomson Reuters.

⁹ H. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Magistrado Ponente: CARLOS IGNACIO JARAMILLO. Sentencia del 30 de enero de 2.001 Referencia: Expediente No. 5507

Itérese en este punto que las obligaciones del médico son de medios y no de resultado, como repetitivamente ha señalado la jurisprudencia nacional¹⁰ y la doctrina especializada¹¹.

El médico, en principio, asume una obligación de actividad, diligencia y prudencia, conforme al estado actual de la ciencia médica, siendo, por consiguiente, deudor de una obligación de medios, por cuanto en su actividad se halla siempre un elemento aleatorio, en el sentido de que el resultado buscado no depende exclusivamente de su proceder, sino también de otros factores, endógenos y exógenos, ajenos a su actuación y que escapan a su control.¹²

Como lo señala LE TOURNEAU, el acto médico es intrínsecamente aleatorio.¹³ En otras palabras, la ciencia médica tiene sus limitaciones, y en el tratamiento de las enfermedades existe siempre un álea que escapa al cálculo más riguroso o a las previsiones más prudentes. El compromiso sanador del médico sigue traduciéndose, por consiguiente, en una obligación de medios, no generando derechos absolutos a la salud o a la regeneración corporal por fuera de una intachable actuación.

Por más perfecta que sea la asistencia médica que se haya prestado a un paciente, hay multitud de causas que pueden determinar que una intervención quirúrgica fracase, entre otras razones, porque se está actuando sobre un cuerpo vivo, cuya complejidad, y también fragilidad, es patente. Puede ocurrir – y ocurre– que habiéndose respetado escrupulosamente las reglas de la lex artis, habiéndose actuado con arreglo a los protocolos establecidos, habiendo funcionado perfectamente el instrumental y demás medios materiales, y siendo diligente, eficaz y eficiente la actuación del equipo médico actuante, puede fracasar – total o parcialmente– el acto sanitario realizado.¹⁴

¹⁰ “la obligación profesional del médico es por regla general una obligación de medios.” Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 30 de noviembre de 2011, radicado 76001-3103-002-1999-01502-01, Magistrado ponente Dr. Arturo Solarte Rodríguez. CSJ, sentencia marzo 5 de 1940, octubre 14 de 1956, septiembre 12 de 1985, noviembre 26 de 1986.

¹¹ Ese contenido obligacional lo ilustra con suma propiedad el tratadista ALVARO PEREZ VIVES¹¹, cuando con acertado criterio expresa: “Al médico no se le exigen milagros ni imposibles, pero si está obligado a conocer concienzudamente todo lo que el arte médico es capaz de ensañarle en el correspondiente medio científico; a no intentar aquello que escapa de sus posibilidades, pero que está dentro de las que tiene otro; a no intervenir, poniendo al servicio de su ministerio todos los conocimientos del caso, toda la diligencia, todo el cuidado, toda la prudencia que un médico en igualdad de circunstancias habría empleado, de ser médico idóneo, prudente y diligente en el ejercicio de su profesión. Por consiguiente, el eje de la responsabilidad médica, gira sobre los siguientes postulados; hacer todo aquello que este indicado hace, consideración habida al grado de progreso de los conocimientos médicos y a los recursos disponibles en el correspondiente medio, y abstenerse de hacer todo aquello que no deba hacerse, en atención a las mismas circunstancias” el arte médico científico;” (PEREZ VIVES, ALVARO. Teoría General de las Obligaciones. Volumen III, parte segunda, Bogotá. Editorial Temis, 1955, Pag. 201).

¹² Responsabilidad civil médica, Julio César Galán Cortés, Tercera edición, 2011, Thomson Reuters.

¹³ Le Tourneau, P.; Droit de la responsabilité et des contrats, Edit. Dalloz, París, 6 ed., 2006, p. 509.

¹⁴ Tribunal Supremo Español, sala 3, sección 6, sentencia del 10 de mayo de 2005, ponente Sr González navarro.

Tanto la naturaleza mortal del hombre, como los niveles a que llega la ciencia médica – insuficientes para la curación de determinadas enfermedades – y la circunstancia de que no todos los individuos reaccionan de igual manera ante los tratamientos de que dispone la medicina actual, es lo que hace que alguno de ellos, aun resultando eficaces para la generalidad de los pacientes, puedan no serlo para otros, entendiéndose que a lo único que se obliga el facultativo es a poner los medios para la deseable curación del paciente, atribuyéndole, por tanto, y cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una llamada obligación de medios.

En el presente caso la Dra. VILLOTA cumplió con su prestación al poner al servicio de la paciente todos sus conocimientos y experiencia, tomando decisiones terapéuticas acorde a la evolución de la paciente, sin embargo no existe relación de causalidad entre la conducta medica desplegada por la doctora VILLOTA y la lesión del plexo braquial sufrida por el recién nacido; que como se dijo, fue ocasionada por la macrosomía fetal y la presentación compuesta del bebe en el canal del parto.

4 -RIESGO INHERENTE – ALEA TERAPÉUTICA

La Alea terapéutica se ve traducida en situaciones que escapan a la previsión y prudencia más rigurosas, motivo por el cual si el daño tiene génesis en ellas será menester calificar esas contingencias como eximentes de responsabilidad.

Reacciones orgánicas impredecibles: El estado del paciente y sus reacciones orgánicas también pueden generar situaciones francamente imprevisibles que debe evaluar el juzgador al momento de determinar la responsabilidad médica.

IATROGENIA INCULPABLE: Incluso, no puede soslayarse que el quehacer médico, pese a estar ajustado a los métodos científicos, ocasione un daño en el cuerpo o en la salud del enfermo, el cual no podría atribuirse al profesional de la medicina, en la medida en que no hubiere concurrido culposamente en su producción o agravamiento. De ahí que la doctrina suela concluir que la llamada “*iatrogenia inculpable*”, noción que también involucra los métodos terapéuticos y los diagnósticos ceñidos a la ciencia médica, no compromete su responsabilidad.

RIESGO INHERENTE: El riesgo puede estimarse como la posibilidad de ocurrencia de determinados accidentes médico-quirúrgicos que, por su etiología, frecuencia y características, resultan imprevisibles e inevitables. Desde esa perspectiva, en línea de principio, tanto el riesgo quirúrgico como el anestésico no son reprochables al galeno, por su imprevisibilidad e inevitabilidad, y por ende no suelen generar obligación reparatoria a cargo de este.

En sentencia reciente del H. Corte Suprema de Justicia del 24 de mayo de 2017, sentencia SC7110-2017, define el concepto de riesgo inherente:

*“La expresión riesgo inherente, se compone de dos términos: de riesgo, el cual, según la RAE, es “contingencia o proximidad de un daño (...). Cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un contrato de seguro (...). Estar expuesto a perderse o a no verificarse”^[1]; e inherente entendido como aquello: “Que por su naturaleza está de tal manera unido a algo, que no se puede separar de ello”^[2]. Por lo tanto, debe juzgarse dentro del marco de la responsabilidad médica que **riesgos inherentes son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la lex artis...**” (Desacato fuera de texto original).*

La lesión del plexo braquial es el típico ejemplo del riesgo inherente al trabajo de parto vaginal, cuando se presentan condiciones como las del binomio materno fetal, es decir, que nazca un bebe macrosomico y que la presentación de este en el canal del parto sea compuesta; que son las que generan el atascamiento del hombro y la lesión del plexo braquial al extraer al recién nacido; situación imprevisible he irresistible para mi prohijada.

En razón a lo expuesto, la actuación de mi mandante no se puede considerar negligente, imprudente o falta de pericia, pues su obligación es de medios y nunca existió garantía de resultados y dispuso todo su conocimiento, experiencia, profesionalismo en la atención brindada al paciente.

5-LA INNOMINADA

Me refiero con ello a cualquier hecho o derecho a favor de mi mandante que resultare probado dentro del proceso, se funden en las disposiciones constitucionales, legales, contractuales y las directrices jurisprudenciales que constituyen el marco jurídico con fundamento en el cual habrá de decirse en el presente litigio, por consiguiente, pido al honorable juez reconocer las excepciones que resulten probadas.

VIII. A LAS PRUEBAS DOCUMENTALES APORTADAS Y SOLICITADAS POR LA PARTE DEMANDANTE

En lo que se refiere a las pruebas documentales solicito al Despacho sean tenidas en cuenta en su justo valor probatorio. Me referiré a continuación a algunos de los medios de prueba allegados por la parte demandante:

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
Avenida 4 Norte 7N-46 Oficina 335 Centro Comercial Centenario
5240655 EXT 115- 3212681293
CALI - COLOMBIA
cenescarria@gmail.com

- Con relación a las pruebas testimoniales en caso de ser permitidos o decretados los testimonios, ruego al despacho me permita contrainterrogar a los testigos que sean citados de conformidad con lo reglado en el Código General del Proceso.

Contradicción del dictamen pericial de parte aportado por los demandantes:

Ruego que se cite a la respectiva audiencia de instrucción y juzgamiento al Doctor RODRIGO CIFUENTES BORRERO médico especialista en Ginecología y Obstetricia, con la finalidad de controvertir el dictamen el dictamen pericial suscrito por él de conformidad al artículo 228 del C.G.P.

Así mismo, me permito aportar dictamen pericial suscrito por el Dr. EMILIO ALBERTO RESTREPO BAENA, médico especialista en Ginecología y Obstetricia acompañado de su hoja de vida y literatura científica que utilizó para la elaboración de la experticia, como dictamen de contradicción del presentado por los demandantes, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 228 del Código General del Proceso, por lo que ruego sea tenido como prueba.

IX. MEDIOS DE PRUEBAS SOLICITADOS POR EL DEMANDADO SANDRA ELIANA VILLOTA

A. DOCUMENTALES APORTADAS

Por ser PERTINENTES y CONDUCENTES, y en aras de preservar los principios y garantías constitucionales, se le solicita a su Señoría decrete las siguientes pruebas:

- Hoja de vida y diplomas de la Dra. SANDRA ELIANA VILLOTA. **Pertinencia:** Prueba la idoneidad de mi poderdante para brindar tratamiento a la paciente GLORIA AMPARO LÓPEZ ROJAS.
- Copia de la historia clínica de la paciente PAOLA ANDREA CEBALLOS, desde el 27 de octubre de 2016, hasta el 24 de julio de 2017.
- Literatura científica donde se describe el uso de ventosa obstétrica (vacuum extractor) para finalizar parto y sus complicaciones asociadas. Clínica Mayo.
- Literatura científica donde se describe el uso de Forceps para la atención del parto y sus complicaciones asociadas. Clínica Mayo
- Literatura consultada en internet acerca del parto instrumentado, complicaciones asociadas al uso de espátulas de Velasco, Forceps, y Ventosa obstétrica.

B. OFICIOS

De manera respetuosa, solicito se oficie a la EPS Comfenalco y al **GRUPO OCHO OPERADOR HOSPITALARIO POR OUTSORSING SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** demandados en el proceso que nos ocupa para que envíe con destino al proceso, copia de los documentos anexos a la historia clínica, que incluyen consentimiento informado suscrito por la paciente PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO y/o su acudiente identificada con tarjeta de identidad no 1.005.964.918 donde autoriza la atención del parto, que se practicó el día 27 de junio de 2017 en la IPS COMFENALCO VALLE, el partograma, las monitorias fetales y todos los documentos anexos de la historia clínica de la atención del parto, incluyendo la nota del trabajo de parto, Lo anterior, en razón a que en existe en la historia clínica electrónica nota, donde se deja constancia que se obtuvo consentimiento informado para la atención del parto, también se dejó constancia de la realización de monitorias fetales y de la realización de partograma, dentro de la atención del parto de la paciente **PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO** quien se identificaba con tarjeta de identidad No 1.005.964.918, el día 27 de junio de 2017; los cuales no fueron aportados por **GRUPO OCHO OPERADOR HOSPITALARIO POR OUTSORSING SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S** ni en la contestación de la demanda, ni en el llamamiento en garantía que realizaron a mi poderdante.

C. DICTAMEN PERICIAL

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 227 del Código General del Proceso me permito aportar dictamen pericial de parte, el cual fue elaborado por el Dr. EMILIO ALBERTO RESTREPO BAENA, médico especialista en Ginecología y Obstetricia acompañado de su hoja de vida y literatura científica que utilizó para la elaboración de la experticia; por lo anterior, solicito de manera respetuosa, se tenga en cuenta como prueba dentro del proceso, pro reunir los requisitos para ser tenido en cuenta como Dictamen Pericial.

D. INTERROGATORIO DE PARTE

- Solicito señor juez, se sirva citar a todos los DEMANDANTES, para que rinda INTERROGATORIO DE PARTE que formularé en la oportunidad procesal oportuna.
- Solicito a su señoría como garantía al derecho de defensa y el debido proceso disponga INTERROGATORIO DE PARTE y DECLARACIÓN DE PARTE al representante legal del **GRUPO OCHO OPERADOR HOSPITALARIO POR OUTSORSING SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.** , Al representante legal de la EPS COMFENALCO, los médicos llamados en garantía **ESTEBAN DAVID ASTUDILLO, VIVIANA MARCELA MESA, ANA MARIA BELTRAN GARCIA**, de los cuales, solicito que si por cualquier motivo son excluidos del tramite del proceso, sean citados como testigos.

E. DECLARACIÓN DE PARTE

En virtud el artículo 165 del Código General del Proceso, vigente al momento de contestar la demanda y aplicable en la etapa probatoria:

*“Art.165 **MEDIOS DE PRUEBA.** Son medios de prueba la **declaración de parte**, la confesión, el juramento, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, la inspección judicial, los documentos, los indicios, los informes y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez.*

El juez practicará las pruebas no previstas en este código de acuerdo con las disposiciones que regulen medios semejantes o según su prudente juicio, preservando los principios y garantías constitucionales” (Negrilla fuera de texto)

Ruego a su señoría hacer comparecer a su despacho a la Llamada en Garantía SANDRA ELIANA VILLOTA quien podrá ser ubicado a través mio, para que en Declaración de parte en forma escrita o verbal le formularé y que versará sobre los hechos de la demanda y sus contestaciones.

F. PRUEBA TESTIMONIAL PRESENCIAL CON RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS (HISTORIA CLÍNICA):

- Solicito señor juez, se SIRVA CITAR A LA MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DRA. **VIVIAN MARCELA MESA RAMIREZ**, quien participó en la atención de la paciente a quien se podrá ubicar en su lugar de trabajo clínica Comfenalco Valle Cali-Valle del Cauca, para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso.
- Solicito señor juez, se SIRVA CITAR AL MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DR. **JORGE LUIS ORJUELA GIL**, quien participó en la atención de la paciente a quien se podrá ubicar en su lugar de trabajo clínica Comfenalco Valle Cali-Valle del Cauca, para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso.
- Solicito señor juez, se SIRVA CITAR A LA MÉDICA. **MARIA VICTORIA SALAZAR MONTOYA**, quien participó en la atención de la paciente a quien se podrá ubicar en su lugar de trabajo clínica Comfenalco Valle Cali-Valle del Cauca, para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación, quien además de lo anterior por tener conocimiento

especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso.

- Solicito señor juez, se SIRVA CITAR A LA MÉDICO DRA. **ANA MARIA BELTRAN GARCIA**, quien participó en la atención de la paciente a quien se podrá ubicar en su lugar de trabajo clínica Comfenalco Valle Cali-Valle del Cauca, para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso.
- Solicito señor juez, se SIRVA CITAR A LA MÉDICO DRA. **ESTEFANIA LINARES LOAIZA**, quien participó en la atención de la paciente a quien se podrá ubicar en su lugar de trabajo clínica Comfenalco Valle Cali-Valle del Cauca, para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso.
- Solicito señor juez, se SIRVA CITAR A LA MÉDICO PEDIATRA DR. **ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO**, quien participó en la atención de la paciente a quien se podrá ubicar en su lugar de trabajo clínica Comfenalco Valle Cali-Valle del Cauca, para que rinda testimonio con reconocimiento de documentos acerca de los hechos de la demanda y la contestación, quien además de lo anterior por tener conocimiento especializado servirá como testigo técnico de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 220 del Código General del Proceso.

X. JURAMENTO ESTIMATORIO

Si bien no estimamos objetar el juramento estimatorio por tratarse de perjuicios inmateriales, es pertinente indicar que el demandante no hace ninguna cuantificación acerca de los perjuicios materiales y se suscribe a solicitar los gastos reales del proceso, lo que no hace parte de los perjuicios sino de las costas procesales que no solicitaron en las pretensiones de la demanda.

XI. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Artículos 1604, 2341 a 2360 del Código Civil. Artículos 60, 96, 165,198, 206, 220 y ss, 226, 227, 228 del Código General del Proceso.

208

CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA
ABOGADO
RESPONSABILIDAD CIVIL – RESPONSABILIDAD MÉDICA
Avenida 4 Norte 7N-46 Oficina 335 Centro Comercial Centenario
5240655 EXT 115- 3212681293
CALI - COLOMBIA
cenescarria@gmail.com

XII. ANEXOS

- Poder conferido a mi conferido de la Dra. SANDRA ELIANA VILLOTA, por lo que ruego se me reconozca personería para actuar como su apoderado.
- Me permito aportar los documentos relacionados en el acápite de pruebas documentales aportadas.

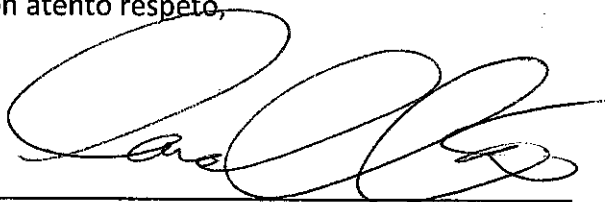
IX. NOTIFICACIONES

- La DRA. SANDRA ELIANA VILLOTA, en la Av. 4 N #4N-76, oficina 335, Centro Comercial Centenario, Cali-Valle del Cauca.
- El Suscrito las recibirá en la carrera Av. 4 N #4N-76, oficina 335, Centro Comercial Centenario, Cali-Valle del Cauca. Teléfonos: 321-2681293-5240655.

IIX. AUTORIZACIÓN DE DEPENDENCIA JUDICIAL

- Adjunto constancia de estudio de la dependiente judicial la señorita **CAMILA CRUZ MARMOLEJO**, identificada cédula de ciudadanía No. 1.144.095.690 de Cali, y a **PAOLA ANDREA PEREZ OBANDO**, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No 1.144.174.379 estudiantes de derecho de la Universidad Santiago de Cali. Respetuosamente ruego reconocer tal calidad para los fines establecidos en el artículo 123 y concordantes del Código General del Proceso; revisar el expediente, recoger el traslado, solicitar y recibir copias del mismo, y demás inherentes a su cargo.

Con atento respeto,



CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA

C.C. No 94.537.402

T.P. No. 156.303 del C.S. de la J



Sandra Eliana Villota Romero

Perfil

Especialista con calidad humana y científica capaz de ofrecer una atención médica con miras al mejoramiento de la salud de la mujer, con formación autoritativa, autodisciplina, conocedora de los límites de su capacidad para actuar y decidir en forma consecuente. Especialista competente e integral que conoce los fundamentos científicos en ginecología y obstetricia, así como en las otras especialidades relacionadas directamente con ella, en las áreas de ciencias básicas y clínicas, y con las habilidades y destrezas para el manejo diagnóstico y terapéuticos de la especialidad. Capacitada para mantenerse actualizada en conocimientos y poder ampliarlos. Conocedora de las implicaciones sociales y legales a las cuales conduce la atención de una paciente gineco-obstétrica, con la identificación clara de sus responsabilidades y derechos, para poder actuar en consecuencia logrando un sano equilibrio entre el bagaje puramente científico y el actuar médico/humano frente al paciente y a su familia.

Poseedora de una visión global y específica de la salud de la mujer desde un enfoque primario de los problemas relacionados con el aparato reproductor femenino, así como de sus patologías hasta el establecimiento de su entorno psicológico y capacitada para resolverlos y orientarlos dentro de un marco de principios sociales, legales, éticos, humanos; capaz de desarrollar actividades docentes y de capacitación en gineco-obstetricia relacionada con el grupo poblacional objeto de su ejercicio.

Información Personal

DIRECCIÓN
Carrera 85E No. 43 - 86
Cali - Valle del Cauca

E-MAIL
svillota24@yahoo.com

TELÉFONO
301 3363965 - 430 4148

ESTADO CIVIL
Soltera

CÉDULA
31.576.420 de Cali

FECHA DE NACIMIENTO
14 de abril de 1981
Edad: 36 años

EDUCACIÓN

Universitario

Universidad del Valle 2012 - 2016
Especialista en Ginecología y Obstetricia

Universidad del Valle 1999 - 2006
Medicina y cirugía

Bachillerato

Colegio La Presentación de San Fernando 1992 - 1998
Bachillerato comercial

Colegio Femenino San Fernando 1987 - 1992
Básica primaria

Cursos

SALAMANDRA - CENTRO INTERNACIONAL DE CENTRO DE SIMULACION Y ENTRENAMIENTO CLINICO CONTINUO (CESEC) - FUNDACION VALLE DEL LILI
Taller de Manejo de la Hemorragia Postparto
Abril de 2018 en Cali - Valle

SOVOGIN
Actualización en Ginecología y Obstetricia
Agosto, 2016 Cali - Valle

SPANISH INTERNATIONAL ACADEMY ULTRASOUND (SIAUS)
Curso de Ecocardiografía
Fetal - 2016 Toledo - España

SOVOGIN
X Simposio "Qué hay de nuevo en Ginecología y Obstetricia" - 2015 Lago Galima - Valle

ISUOG
13 Curso Internacional de Medicina Fetal, Diagnóstico Prenatal y Terapia Fetal 2015 - Bogotá - Cundinamarca

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MENOPAUSIA
Actualización Académica Atrofia Vaginal - 2015 Cali - Valle

SALAMANDRA - CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS & EMERGENCIAS
Actualización en conceptos de Reanimación Cerebrocardiopulmonar Avanzada 2015 - Cali - Valle

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MENOPAUSIA
Actualización Herramientas Básicas para la Consulta en Ginecología - 2015 Cali - Valle

ACEGYR
Simposio de Hipogonadismo Enfoque Multifocal - 2015 Cali - Valle



Sandra Eliana Villota Romero

Perfil

Especialista con calidad humana y científica capaz de ofrecer una atención médica con miras al mejoramiento de la salud de la mujer, con formación auto-crítica, autodisciplinada, conocedora de los límites de su capacidad para actuar y decidir en forma consecuente. Especialista competente e integral que conoce los fundamentos científicos en ginecología y obstetricia, así como en las otras especialidades relacionadas directamente con ella, en las áreas de ciencias básicas y clínicas, y con las habilidades y destrezas para el manejo diagnóstico y terapéuticos de la especialidad. Capacitada para mantenerme actualizada en conocimientos y poder aplicarlos. Conocedora de las implicaciones sociales y legales a las cuales conduce la atención de una paciente gineco-obstétrica, con la identificación clara de sus responsabilidades y derechos, para poder actuar en consecuencia logrando un sano equilibrio entre el bagaje paramédico científico y el actuar médico-humano frente a la paciente y a su familia.

Poseedora de una visión global y específica de la salud de la mujer desde un enfoque primario de los problemas relacionados con el aparato reproductor femenino, así como de sus patologías hasta el entendimiento de su entorno psicológico y capacitada para resolverlos y orientarlos dentro de un marco de principios sociales, legales, éticos, humanos, capaz de desarrollar actividades docentes y de capacitación en gineco-obstetricia relacionada con el grupo poblacional objeto de su ejercicio.

Información Personal

DIRECCIÓN
Carrera 85E No. 43 - 86
Cali - Valle del Cauca

E-MAIL
svillota24@yahoo.com

TELÉFONO
301 3363965 - 430 4148

ESTADO CIVIL
Soltera

CÉDULA
31.576.420 de Cali

FECHA DE NACIMIENTO
14 de abril de 1981
Edad: 36 años

Cursos

SOVOGIN
Actualización en Ginecología y
Obstetricia - 2012 Cali - Valle

GINEFIV - UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID Y UNIVERSIDAD DE ALCALÁ DE HENARES
Jornadas de Temáticas Actuales en Reproducción Asistida
2010 Madrid - España

ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS & EMERGENCIAS
Curso Integral Salamandra: Atención del Trauma, Reanimación
Cardiopulmonar y Urgencias Médicas - 2008
Cali - Valle

CONGRESO DE ACTUALIZACIÓN EN MANEJO DE URGENCIAS MÉDICAS
2008 - Cali - Valle

IV SIMPOSIO DE ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
2008 - Cali - Valle

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MEDICINA DE EMERGENCIAS
Manejo Integral de los Pacientes con Síndromes Coronarios.
Curso - Taller 2007 - Cali - Valle

SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
Que Hacer y Que no Hacer en Pediatría - 2006 Cali - Valle

XII JORNADA DE URGENCIAS DECEMBRINAS
2006 - Cali - Valle

DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA - UNIVERSIDAD DEL VALLE - HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
Primer Curso de Electrocardiografía Básica y Trastornos del Ritmo
Cardíaco 2005 - Cali - Valle

SALAMANDRA - CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS & EMERGENCIAS
Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada - 2005 Cali - Valle

DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE - CORPORACIÓN CIENTÍFICA PEDIÁTRICA
XIX Jornadas Pediátricas - 2005

COLEDIO MÉDICO DEL VALLE - HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
SOCIEDAD PERINATAL DEL VALLE DEL CAUCA
V Simposio Regional de Ginecología y Perinatología Basadas en las Evidencias 2005

H.U.V. - ASOCIACIÓN NACIONAL DE INTERNOS Y RESIDENTES "ANIR"

VII Congreso Nacional De Actualización para Médicos Generales - 2004 Cali - Valle



Sandra Eliana Villota Romero

Perfil

Especialista con calidad humana y científica capaz de ofrecer una atención médica con miras al mejoramiento de la salud de la mujer, con formación académica autodisciplinada, conocedora de los límites de su capacidad para actuar y decidir en forma consecuente. Especialista competente e integral que conoce los fundamentos científicos en ginecología y obstetricia, así como en las otras especialidades relacionadas directamente con ella, en las áreas de ciencias básicas y clínicas, y con las habilidades y destrezas para el manejo diagnóstico y terapéutico de la especialidad. Capacitada para mantenerse actualizada en conocimientos y poder ampliarlos. Conocedora de las implicaciones sociales y legales a las cuales conduce la atención de una paciente gineco-obstétrica, con la identificación clara de sus responsabilidades y deberes, para poder actuar en consecuencia logrando un sano equilibrio entre el bagaje puramente científico y el actuar médico humano frente al paciente y a su familia.

Poseedora de una visión global y específica de la salud de la mujer desde un enfoque primario de los problemas relacionados con el aparato reproductor femenino, así como de sus patologías hasta el entendimiento de su entorno psicológico y capacitada para resolverlos y orientarlos dentro de un marco de principios sociales, legales, éticos, humanos; capaz de desarrollar actividades docentes y de capacitación en gineco-obstetricia relacionada con el grupo poblacional objeto de su ejercicio.

Información Personal

DIRECCIÓN
Carrera 85E No. 43 - B6
Cali - Valle del Cauca

E-MAIL
svillota24@yahoo.com

TELÉFONO
301 3363965 - 430 4148

ESTADO CIVIL
Soltera

CÉDULA
31.576.420 de Cali

FECHA DE NACIMIENTO
14 de abril de 1981
Edad: 36 años

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Simposio "Avances en Cirugía" - 2003 Cali - Valle

RED DE APOYO A LA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
1er Congreso Internacional de la Red de Apoyo a la Ginecología y Obstetricia 2003 - Cali - Valle

ACEMVAL - UNIVERSIDAD DEL VALLE - ASCEMCOL
XIV Congreso Estudiantil Colombiano de Investigación Médica - 2002 Cali - Valle

PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES Y OTROS

COLOMBIA MÉDICA VOLUMEN 37 N°4, 2006 (OCTUBRE-DICIEMBRE)
Estudio de la actividad anti secretora de ácido gástrico de Cannabis sativa en un modelo animal

(Study of the gastric acid anti-secretory activity of Cannabis sativa in an animal model)

Germán Gabriel Castillo, Harry Mauricio Pachajoa, Sandra Eliana Villota, Edwin Zurita, Mauricio Palacios, Oscar Gutiérrez

1ER PUESTO CON EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: Estudio de la actividad anti secretora de ácido gástrico de Cannabis sativa en un modelo animal, en el XIX CCI FELSOCEM ANTOFAGASTA - CHILE, 2004

3ER PUESTO CON EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: Estudio de la actividad anti secretora de ácido gástrico de Cannabis sativa en un modelo animal, en el XV Congreso Estudiantil de Investigaciones Médicas y Áreas de la Salud realizado en la Universidad Tecnológica de Pereira, mayo 2003



EXPERIENCIA LABORAL

Empresa / UNIPS IPS

Jefe Inmediato Diana Restrepo

Teléfono 314 7710695

Cargo Desempeñado Ginecología y Obstetra de alto riesgo obstétrico consulta externa

Fecha Abril del 2018 a la fecha

Empresa / HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E

Jefe Inmediato María Eugenia Acevedo

Teléfono 314 6621393

Cargo Desempeñado Ginecología y Obstetra sala de partos urgencias

Fecha Abril del 2018 a la fecha

Empresa / AMISALUD IPS

Jefe Inmediato Olga Lucía Hurtado

Teléfono 485 3129

Cargo Desempeñado Ginecología y Obstetra de alto riesgo obstétrico consulta externa

Fecha noviembre del 2016 a la fecha



Sandra Eliana Villota Romero

Perfil

Especialista con calidad humana y científica capaz de ofrecer una atención médica con miras al mejoramiento de la salud de la mujer, con formación autocrítica autodisciplinada, conocedora de los límites de su capacidad para actuar y decidir en forma consecuente. Especialista competente e integral que conoce los fundamentos científicos en ginecología y obstetricia, así como en las otras especialidades relacionadas directamente con ella, en las áreas de ciencias básicas y clínicas, y con las habilidades y destrezas para el manejo diagnóstico y terapéutico de la especialidad. Capacitada para mantenerme actualizada en conocimientos y poder ampliarlos. Conocedora de las implicaciones sociales y legales a las cuales concurre la atención de una paciente gineco-obstétrica, con la identificación clara de sus responsabilidades y derechos, para poder actuar en consecuencia logrando un sano equilibrio entre el bagaje parámetro científico y el actuar médico humano frente a la paciente y a su familia.

Poseedora de una visión global y específica de la salud de la mujer desde un enfoque primario de los problemas relacionados con el aparato reproductor femenino, así como de sus patologías hasta el entendimiento de su entorno psicológico y capacitada para resolverlos y orientarlos dentro de un marco de principios sociales, legales, éticos, humanos; capaz de desarrollar actividades docentes y de capacitación en gineco-obstetricia relacionada con el grupo poblacional objeto de su ejercicio.

Información Personal

 **DIRECCIÓN**
Carrera 85E No. 43 - 86
Cali - Valle del Cauca

 **E-MAIL**
svillota24@yahoo.com

 **TELÉFONO**
301 3363965 - 430 4148

 **ESTADO CIVIL**
Soltera

 **CÉDULA**
31.576.420 de Cali

 **FECHA DE NACIMIENTO**
14 de abril de 1981
Edad: 36 años

EXPERIENCIA LABORAL

**Empresa / CLINICA COMFENALCO VALLE DEL CAUCA
GRUPO OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO
POR OUTSOURCING S.A.S**

Jefe Inmediato Lizbedt Saldarriaga Arce
Teléfono: 8862727

Cargo Desempeñado Ginecóloga y Obstetra sala de partos urgencias hospitalización

Fecha octubre del 2016 - marzo de 2018

Empresa / CLINICA DE OCCIDENTE

Jefe Inmediato Piedad Gonzalez Plata
Teléfono 314 8890294

Cargo Desempeñado Ginecóloga y Obstetra sala de partos urgencias

Fecha septiembre del 2016 - octubre de 2018

Empresa / IMAGO SAS (CENTRO MEDICO BUSI SAS)

Jefe Inmediato Maricela Gómez Hurtado
Teléfono 313 7671346

Cargo Desempeñado Ginecóloga y Obstetra para toma de imágenes diagnósticas

Fecha febrero del 2017 - marzo del 2017

Empresa / CLINICA PALMIRA S.A

Jefe Inmediato Santiago Laverde
Teléfono 318 2802847

Cargo Desempeñado Ginecóloga y Obstetra sala de partos urgencias

Fecha septiembre del 2016 - noviembre del 2016

Empresa / IPS SERINSA - COMFENALCO VALLE

Jefe Inmediato Ninfa Zoraida Cruz Mahecha
Teléfono 485 3129

Cargo Desempeñado Médico General AMP

Fecha diciembre del 2008 - mayo del 2012

Empresa / NUEVA EPS - SECCIONAL YUMBO

Jefe Inmediato Margarita Rosa Quintero Izquierdo
Teléfono 318 7348994

Cargo Desempeñado Médico General Consulta Externa
Fecha enero del 2010 - febrero del 2011

Empresa / E.S.E ORIENTE C.S. DIAMANTE

Cargo Desempeñado Médico General AMP y Consulta Externa
Fecha abril del 2008 - julio del 2009

Empresa UPA OASIS PASO ANCHO ESE ANTONIO NARIÑO

Cargo Desempeñado Médico General Consulta Externa
Fecha agosto del 2007 - agosto del 2008

Empresa / IPS DIVINO SALVADOR

Cargo Desempeñado Médico General Consulta Externa
Fecha enero del 2008 - abril del 2008

Empresa / ESE CENTRO DE SALUD SEÑOR DEL MAR

Cargo Desempeñado Servicio Social Obligatorio Médico Rural Médico de Planta Francisco Pizarro (Nariño)
Fecha enero del 2007 - julio del 2007



Sandra Eliana Villota Romero

Perfil

Especialista con calidad humana y científica capaz de ofrecer una atención médica con miras al mejoramiento de la salud de la mujer, con formación académica autodisciplinada, conocedora de los límites de su capacidad para actuar y decidir en forma consecuente. Especialista competente e integral que conoce los fundamentos científicos en ginecología y obstetricia, así como en las otras especialidades relacionadas directamente con ella, en las áreas de ciencias básicas y clínicas, y con las habilidades y destrezas para el manejo diagnóstico y terapéutico de la especialidad. Capacitada para mantenerse actualizada en conocimientos y poder ampliarlos. Conocedora de las implicaciones sociales y legales a las cuales conduce la atención de una paciente gineco-obstétrica, con la identificación clara de sus responsabilidades y derechos, para poder actuar en consecuencia logrando un sano equilibrio entre el bagaje puramente científico y el actuar médico-humanista frente a la paciente y a su familia.

Poseedora de una visión global y específica de la salud de la mujer desde un enfoque primario de los problemas relacionados con el aparato reproductor femenino, así como de sus patologías hasta el entendimiento de su entorno psicológico y capacitada para resolverlos y orientarlos dentro de un marco de principios sociales, legales, éticos, humanos; capaz de desarrollar actividades docentes y de capacitación en gineco-obstetricia relacionada con el grupo poblacional objeto de su ejercicio.

Información Personal

DIRECCIÓN
Carrera 85E No. 43 - 86
Cali - Valle del Cauca

E-MAIL
svillota24@yahoo.com

TELÉFONO
301 3363965 - 430 4148

ESTADO CIVIL
Soltera

CÉDULA
31.576.420 de Cali

FECHA DE NACIMIENTO
14 de abril de 1981
Edad: 36 años

REFERENCIAS



LABORALES

Dra. JENNIFER ROJAS
Médica General
SALUD TOTAL
Teléfono: 301 457 8607

Dra. CAROLINA SOLIS
Médica ESP. Psiquiatría
Hospital Psiquiátrico Universitario
Del Valle
Teléfono: 312 728 0792

Sra. ALEXANDRA CÓRDOBA
Fonoaudióloga - magister en
salud pública
Gerente Red de Salud
Suroriente ESE
Teléfono: 318 889 6491



PERSONALES

Sra. KATHERINE RAMIREZ
Fonoaudióloga
Especialista en Administración en Salud
Corporación para la Atención Integral
"CORINTEGRA"
Teléfono: 318 453 4243

Sr. ALVARO ARANGO SILVA
Gerente
Éxito Villa Mayor - Bogotá D.C.
Teléfono: 315 263 3103 - (1) 416 9460

Sra. LINA PEREA
Médico General AMP y Consulta Externa
IPS Serinsa - Comfenalco Valle
Teléfono: 304 654 5399 - 315 520 2026



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional



La Universidad del Valle

Confiere el Título de

Médica y Cirujana

a

Sandra Eliana Villota Romero

Identificado con C.C. 31576420

En testimonio de ello le expide el presente Diploma y lo refrenda con el sello de la institución. En la ciudad de Santiago de Cali, Valle del Cauca, a los 7 días, del mes de Diciembre de 2006

[Firma]
El Rector

[Firma]
El Decano

051464

Registro al folio 104-29 del Libro 2 de Diplomas, a los 7 días del mes de Diciembre de 2006



Universidad del Valle

RECTORÍA

ACTA DE GRADO No 818

En la ciudad de Santiago de Cali, Departamento de Valle de Cauca, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución No 830 emanada de la Rectoría de la Universidad del Valle; el día 7 de diciembre de 2006, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministro de Educación Nacional, confiere el título de:

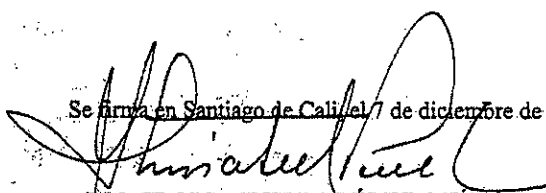
MÉDICA Y CIRUJANA
RG 120346100007600111100 SNIES

a:

SANDRA ELIANA VILLOTA ROMERO
Identificada con C.C. 31576420.

El diploma correspondiente le será entregado en la fecha prevista en la Resolución No. 830 y anotado en el libro 2 Folio 104 Registro 29 de la Universidad del Valle.

Se firma en Santiago de Cali el 7 de diciembre de 2006


ADM. GLORIA STELLA PÉREZ CUELLAR
Jefa División de Admisiones y Registro Académico

ESTE DOCUMENTO NO REQUIERE AUTENTIFICACIÓN EN VIRTUD DEL DECRETO No 1024 DE 1982

L
Esp



Universidad del Valle

RECTORÍA

ACTA DE GRADO No 917

En la ciudad Santiago de Cali del Departamento del Valle del Cauca, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución No 929 emanada de la Rectoría de la Universidad del Valle; el día 30 de Septiembre de 2016, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministro de Educación Nacional, confiere el título de:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
RG 120356180007600111100 SNIES


a:

SANDRA ELIANA VILLOTA ROMERO
Identificada con C.C. 31576420

El diploma correspondiente le será entregado en la fecha prevista en la Resolución No. 929 y anotado en el libro 3 Folio 375 Registro 29 de la Universidad del Valle.

(Fdo) Edgar Varela Barrios - Rector
(Fdo) Luis Carlos Castillo Gómez - Secretario General

Se firma en Santiago de Cali, el 30 de Septiembre de 2016


MARTA SOFÍA COTACIO TORRES
Jefa División de Admisiones y Registro Académico

ESTE DOCUMENTO NO REQUIERE AUTENTIFICACIÓN EN VIRTUD DEL DECRETO No 1024 DE 1982



CERTIFICA QUE

SANDRA ELIANA VILLOTA

APROBO EL

CURSO DE CAPACITACIÓN EN RESOLUCIÓN 412 DEL 2000: GUIA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO, GUIA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO, GUIA DE OBESIDAD.

DENTRO DEL PLAN DE FORMACION DE LA IPS AMISALUD 3 UNIPS

INTENSIDAD HORARIA 2 HORAS

CURSO REALIZADO EL DIA 5 DE ABRIL DE 2018

como constancia se firma en Santiago de Cali a los siete (7) días del mes de abril de 2018

Martha Isabel Coral M.

MARTHA ISABEL CORAL

COORDINADOR ASISTENCIAL AMISALUD 3 UNIPS

Eliana Becerra Lozada

ELIANA BECERRA

ENFERMERA - CAPACITADORA

Astrid Carolina Herrera

ASTRID CAROLINA HERRERA

ENFERMERA - CAPACITADORA

23/10

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	31576420	SANDRA	ELIANA	VILLOTA	ROMERO	<u>Ver</u>

Información Detallada [CC: 31576420] SANDRA ELIANA VILLOTA ROMERO

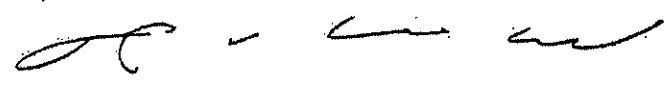
Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2007/8/22	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	2016/9/30	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una

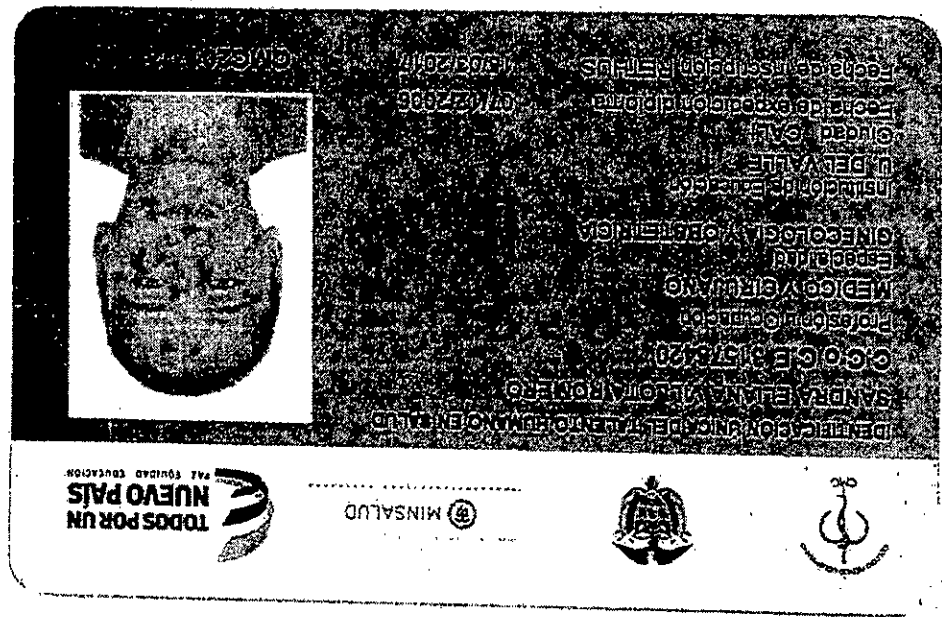
214

Firma representante Colegio Médico Colombiano
Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007
Y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada,
favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 15 A No. 121-12 Of. 301
info@colegiomedicocolombiano.org



Firma

www.idpqr.com



SANDRA EMMA ALBARRACÉN CORTÉS
 C.C. 00000000000000000000
 Profesora Especialista
 MEDICINA INTERNA
 Especialidad
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
 Instituto de Estudios
 UNIVERSITARIO
 Ciudad de Cali
 Facultad de Medicina
 Universidad del Valle

07122888
 00000000000000000000

IDEMERICOM S.A. DE C.V. - INSTITUTO DE ESTUDIOS MEDICOS COLOMBIANOS
 C.R. 15 A No. 121-12 Of. 301 - Bogotá D.C.

MINSALUD
 TODOS POR UN NUEVO PAÍS
 PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN



Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

IDENTIFICACIÓN UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD
52 1502/2007

Registro No

Profesión u Ocupación

MEDICO

Nombres y Apellidos

SANDRA ELIANA VILLOTA ROMERO

C.C. o C.E.

C 31576420

De

CALI

Institución de Educación

U. DEL VALLE

Ciudad

CALI

Código

61927/76

Fecha de Expedición

04/02/10

FIRMA

FIRMA

MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.

19
215



DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN

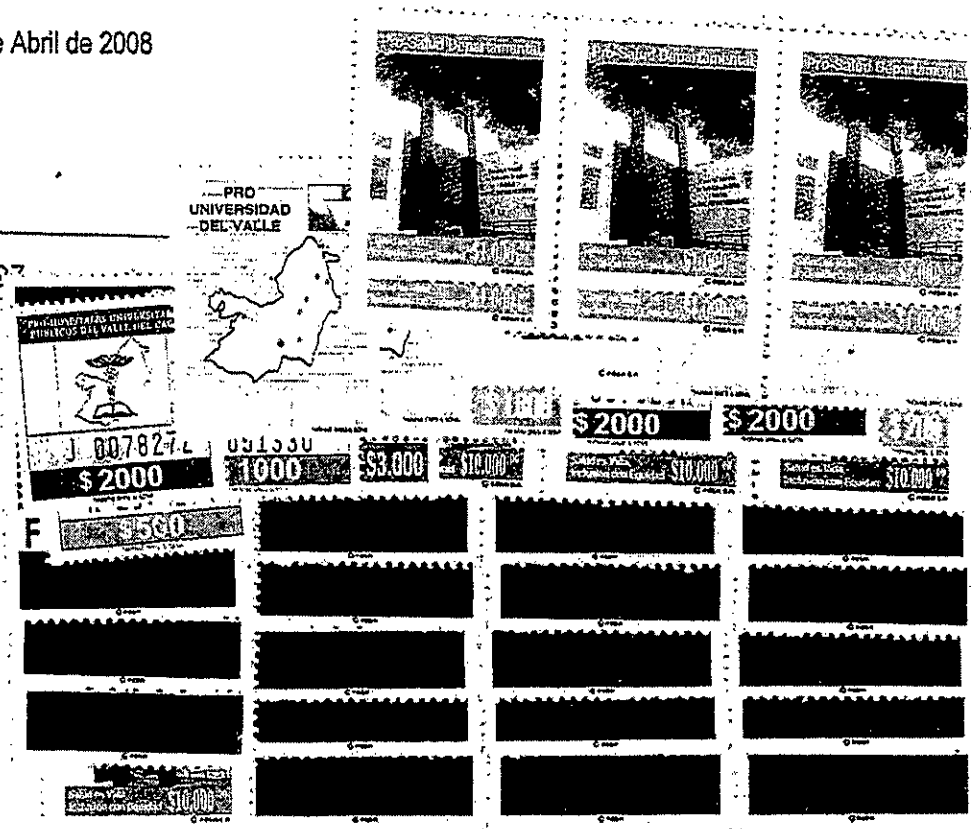
SANDRA ELIANA VILLOTA ROMERO identificada con Cédula de Ciudadanía No.31.576.420 expedida en Cali-Valle se encuentra inscrita en la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, anotado en el libro 7, Inscripción No 234 del 15 de Abril de 2008 como MEDICA Y CIRUJANA, según título otorgado por la Universidad del Valle, el 07 de Diciembre de 2006

Que SANDRA ELIANA VILLOTA ROMERO presento la resolución No 52-1502 del 22 de Agosto de 2007, expedida por el Instituto Departamental de Salud de Nariño, que le autoriza para ejercer en todo el Territorio Nacional.

Dada en Santiago de Cali, 15 de Abril de 2008


JOSE MARIA MATERON MUÑOZ
Profesional Especializado

Elaboro Myriam Emilsen





ALCALDIA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARIA DE SALUD
Grupo de Estadística

HACE CONSTAR

Que revisada la base de datos de la Secretaría de Salud Pública, se encontró el registro médico de SANDRA ELIANA VILLOTA ROMERO, con tarjeta profesional No 521502/07 Para constancia se firma en Cali a los 29 días del mes de agosto de 2016.

Atentamente.

ERQUINOVALDO MILLAN C
Técnico Administrativo
Tel 556 05 94



REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 31576420

VILLOTA ROMERO
 APELLIDOS

SANDRA ELIANA
 NOMBRES

Sandra E. Villota R

FECHA DE NACIMIENTO: 14-ABR-1981

CALI (VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

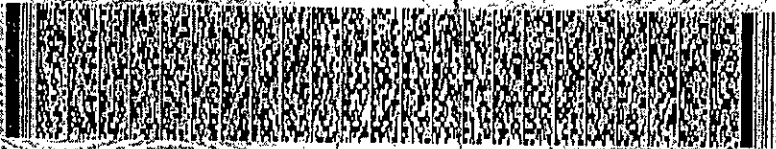
1.67 ESTATURA O+ G.S. RH F SEXO

21-ABR-1999 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
 IVAN DUQUE ESCOBAR

INCLUIR DERECHO



A-1104900-38-103355-F-0031576420-20011218 0614601351A-03-108701281

217

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 1 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

SEDE DE ATENCIÓN:	010	NORORIENTE	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 1	FECHA 27/10/2016 14:34:50	TIPO DE ATENCIÓN	AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

SOMNLENCIA CANSANCIO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACINTE DE 16 AÑOS DE EDAD QUE REFIRE QUE PRESNTA DESDE HACE ALGUNSO MESES CNSACIO FACIL SOMNLENCIA REFIRE POC APTITO PERO HA SUBIDO DE PESO
PATOLOGICOS ; NEGATIVOS
ALERGICOS : NEGATIVOS
FARMACOLOGICOS ; NEGATIVOS
FAMILIARES :HIPOTIROIDSMO MADRE ABUELA Y TIA CA MAMA
QX AMIGDALECTOMIA CORNETES Y ADENIODES
AGO: FUM 26-09-2016 NO PLANFICA

RXS .
DEMÁS APARATOS Y SISTEMAS APRENTE BUEN ESTADO

EXF
HIDRATADO AFEBRIL CONSCIENTE ACTIVO TRANQUILO
T/A : 120/80 FC . 80 FR ; 18 AFEBRIL
OJOS CONJUNTIVAS ROSADAS PUPILAS NORMOREACTIVAS
ORL . MUCOSAS HIDRATADAS
OTOSCOPIA : NORMAL BILATERAL
OROFARINGE NORMAL
C/P. RSCRS NO SOPLOS CAMPOS PULMONARES VENTILADOS NO RUIDOS SOBREGREGADOS .
ABDOMEN. BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO DOLOR A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
OSTEOMUSCULAR . SIN ALTERACIONES
SISTEMA NERVIOSO:REFLEJOS CONSERVADOS CONSCIENTE TRANQUILO ACTIVO

ANALISIS

PAICNTE DE 16 AÑSOD EE DA DQUE SE DX DE SOMLCUIA PRO ANTECNDTES MATERNO DE HIPOTIODISMO SE DA ORDEN DE TSH ADMES SE DX DE SOBREPESO SE DA ORDNE E COELSTROLTIRGLCIERIDOS GLCUOSA URONALISIS SE REMITE A PROGAMA DEL JOVEN YPALNFICION FMAILAIR

PLAN Y MANEJO

PAICNTE DE 16 AÑSOD EE DA DQUE SE DX DE SOMLCUIA PRO ANTECNOTES MATERNO DE HIPOTIODISMO SE DA ORDEN DE TSH ADMES SE DX DE SOBREPESO SE DA ORDNE E COELSTROLTIRGLCIERIDOS GLCUOSA URONALISIS SE REMITE A PROGAMA DEL JOVEN YPALNFICION FMAILAIR

Evolucion realizada por: KAREN TERESA TORRES PALMA-Fecha: 27/10/16 14:45:23

DIAGNOSTICO	R400	SOMNOLENCIA	Tipo PRINCIPAL
DIAGNOSTICO	H109	CONJUNTIVITIS NO ESPECIFICADA	Tipo RELACIONADO
DIAGNOSTICO	R42X	MAREO Y DESVANECIMIENTO	Tipo RELACIONADO

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
1,00	1,00	GOTAS	CORTICOIDE+NEOMIC+POLIMIX B 1+3.5+6000 MG/UI/ OFTALMICA	8 Horas	NUEVO
1 GOTTA CADA 8H					
7J.O *HOSVITAL*					

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 2 de 80
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
1	<u>COLESTEROL TOTAL</u>
1	<u>GLICEMIA - GLUCOSA EN SUERO LGR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A URINA</u>
1	<u>TRIGLICERIDOS</u>
1	<u>HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]</u>
1	<u>UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA</u>

Karen Torres Palma
KAREN TERESA TORRES PALMA
Reg. 52322
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 010 NORORIENTE Edad : 16 AÑOS

FOLIO 2 FECHA 03/11/2016 16:12:54 TIPO DE ATENCIÓN AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

PROGRAMA JOVEN

ENFERMEDAD ACTUAL

USUARIO DE 16 AÑOS DE EDAD QUE ASISTE EN COMPAÑIA DE A CONSULTA DE JOVEN, PÁCIEN TE DESPIERTO CONCIENTE Y ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, REFIERE SENTIRSE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES ACTUALMENTE PACIENTE ESTUDIANTE DE BAHJCELRATO CURSANDO EL GRADO... 10 EN EL COLEGIO LEON DE GRE3IFF

REFIERE QUE LAS RELACIONES CON LA FAMILIA, " MALS MI MAMA ES TESTIGO DE JEHOVA, DESPUES QUE MI MAMA S EMETIO EN LA RELIGION MI PAPA TOMA MUCHOS, MI HERMANA ES MONJA Y MI OTRA HERMANA ESTA CDASADA", " ME AFECTA LA DESUNIUN DE LA FAMILIAR", AMTES DE SER TESTIGO DE JEHOVA ERA FELIXZ, NO HA ESTADO EN MI VIDA, BUSCO REFUGIO EN MI NOVIO" AMIGOS " CASI NO TENGO AMIGOS, ME COHIBEN PARA SALIR"

ME DEPRIMO POR QUE ME SIENTO SOLA., HE POENSADO EN IRME DE MI CASA, LA FAMILAI DE MI NOVIO ME QUERE MUCHO"

UN DIA VI A MI PAPA CON OTRA VIEJA" Y ES ESTABA BORRACHO EL TOMA MUCHO POR QUE MI MAMA SE VOLVIO TESTIGO DE JEHOVA. SUS EXPECTATIVAS HACIA FUTURO SON. TRABAJAR "DESDD E CHIQUITA ME EDIJERON QUE NO IBAN A GASTAR MAS PLATA EN COLEGIO NI BOTANDO PLATA A MI ME DIJERON QUE NPO PODIA ESTUDIAR "

ANTECEDENTES FAMILIARES: TIAS HTA, DM

ANTECEDENTES PERSONALES: NIEGA

VICTIMA DE VIOLENCIA: NIEGA

ALIMENTACION: FRUTAS Y VERDURAS MUY OCASIONAL "COMO MUCHIO DULCVE, DESDE SIEMPORE"

ACTIVIDAD FISICA: NIEGA

TIEMPO LIBRE: DOIRMIR

NIEGA CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

COSNUMNO DE ALCOHOL COAIONAL EN FIESTAS

MENARCA 15 AÑOS

FUM 29/09/2016

CITOLOGIA NUNCA

ETS NIEGA

USO DE PRESERVATIVOS, NIEGA PROMISCUIDAD.

PLANIFICA SI CON EL METODO, ORAL HASTA HACE 2 MESES, POR QUE IBA A CAMBIAR DE METODO, QUEIRE CAMBIARSE A INYECCION

SE LE BRINDA ORIENTACION SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, ALIMENTACION BALANCEADA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS

INCORPORACION DE ACTIVIDAD FISICA, PRACTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PREVENCION DE ETS, IMPORTANCIA DE TOMA DE CITOLOGIA VAGINAL Y REALIZACION DE AUTOEXAMEN DE SENO. SE LE REALIZA ORDEN DE LABORTARIOS SEGUN GUIA DE PROGRAMA JOVEN.-

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\ DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 3 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

SE REMITA PSICOLOGIA

DIAGNOSTICO Z003 EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE **Tipo** PRINCIPAL

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
1	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA (BHCG) PRUEBA DE EMBARAZO EN URINA O
1	VIH 1 Y 2 ANTICUERPOS
1	SEROLOGÍA (PRUEBA NO TREPONEMICA) RPR

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR: PSICOLOGIA

Fecha de Orden: 03/11/2016

OBSERVACIONES :

RESULTADOS :

Aura Lorena Rivas Castro

AURA LORENA RIVAS CASTRO
Reg. 1130650247
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 010 NORORIENTE	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 3	FECHA 18/11/2016 10:26:08 TIPO DE ATENCIÓN AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

PACIENTE DE 16 AÑOS DE EDAD ASITE A ASESORIA PRETEST PARA VIH

ENFERMEDAD ACTUAL

TRAE PRUEBA DE EMBARAZO POSITIVA 15/11/2016
FUM 20/09/2016

EMBARAZO + O- 8 SEMANAS POR FUM

EMBARAZO NO PLANEADO

TEL 3790897/321724417

SE EXPLICA PROCESO DE ENFERMEDAD, SIGNOS Y SINTOMAS, FACTORES DE RIESGO, DIAGNOSTICO, POSIBLES RESULTADOS, TTO Y MANEJO DE LA CONFIDENCIALIDAD

SEXARCA:15

No DE COMPAÑEROS SEXUALES:1 PROTECCION OCASIONAL

ITS:NO

TRANSFUSIONES SANGUINEAS:NO

TATUAJES:NO

USO DE SPA:NO

TRABAJO:ESTUDIANTE DE 10 GRADO

SE ACLARAN DUDAS Y SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO

DIETA BAJA EN SAL, GRASA, DULCE, NO COMIDA CHATARRA Y ALIMENTOS PROCESADOS, NO BEBIDAS INDUSTRIALIZADAS, NO TINTO, NO AROMATICAS, NO CIGARRILLO, NO LICOR

SIGNOS DE ALARMA DE CONSULTA:

SANGRADO VAGINAL, VOMITO EXCESIVO O PERSISTENTE SEVERO, DOLOR O ARDOR PARA ORINAR, FIEBRE, DISMINUCION O AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES, EDEMA O HINCHAZON EN CARA, MANOS Y PIES, DOLOR DE CABEZA INTENSO, VISION BORROSA, ZUMBIDO EN OIDOS, SALIDA DE LIQUIDO POR VAGINA, DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO MENSTRUAL ACOMPAÑADO DE ENDURECIMIENTO DEL ABDOMEN ANTES DE LAS 37 SEMANAS DE GESTACION.

7.J.O *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClixFch
Pag: 4 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etaeco: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual:** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

AGUA DE 6-8 VASOS DIA.
EJERCICIO DIARIO CAMINAR 30 MINUTOS DIA
ROPA COMODA, ROPA INTERIOR DE ALGODON, NO USO DE PROTECTORES
SEGUIR RECOMENDACIONES

EXAMEN FISICO

CABEZA Y ORAL: NORMOCEFALA, CUELLO MOVIL NO ADENOAPTIAS, OTR NORMAL, CP RCR NO SOPLOS, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, ABDOMEN NO MASAS, NO MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALFACION, GU DIFERIDO, EXTREMIDADES SIMETRICAS, PIEL NORMAL, SN SIN DEFICIT

DIAGNOSTICO Z717 CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HU **Tipo** PRINCIPAL

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
30,00	1,00	TABLETA ACIDO FOLICO 1 MG TABLETA 1MG	ORAL	24 Horas	NUEVO

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
1	HEMOGRAMA IV
1	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
1	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IGG POR EIA
1	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IGM POR EIA
1	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE (AG HBS) & *

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR: NUTRICION

Fecha de Orden: 18/11/2016

OBSERVACIONES :
RESULTADOS :

LUZ DARY OLAYA PEREZ
Reg. 631994/97
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 010 NORORIENTE	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 4	FECHA 18/11/2016 11:00:37 TIPO DE ATENCIÓN AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

REVISION

ENFERMEDAD ACTUAL

-CITA DE CONTROL-ACUDIENTE REPORTA QUE ESTA ESTUDIANTE-NO SABE CUANTO TIENE DE EMBARAZO-
-LOTE ESTERILIZACION:1586

EXAMEN CLINICO, SE REFUERZA EDUCACION EN HIGIENE ORAL. PACIENTE SANO, NO REQUIERE TRATAMIENTO EN POS, CONTROL EN 1 AÑO.

ANTECEDENTES

PERSONALES

-NO SABE CUANTO TIENE DE EMBARAZO-REPORTA CIRUGIA DE AMIGDALAS.

FAMILIARES

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 5 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- **PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO**
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

MADRE TIROIDES.
ALÉRGICOS

NIEGA ALERGIAS
EXAMEN FISICO

CABEZA Y ORAL: EXAMEN ESTOMATOLOGICO

LABIOS: NORMAL
 LENGUA: NORMAL
 PALADAR: NORMAL
 PISO DE BOCA: NORMAL
 ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR: ASINTOMATICA
 MAXILAR SUPERIOR: OVALADO
 MAXILAR INFERIOR: OVALADO
 RELACION DE ARCOS: ARMONICA
 OCLUSION: CLASE I MOLAR
 HABITOS ORALES: NO REFIERE
 TIPO DE PROTESIS: NO PRESENTA
 OBSERVACIONES: NO

EXAMEN PERIODONTAL:

GINGIVITIS: SIMPLE GENERALIZADA
 RETRACCIONES GINGIVAL: NO PRESENTA
 BOLSA PERIODONTAL: NO PRESENTA
 HIPERPLASIA GINGIVAL: NO PRESENTA
 MOVILIDAD: NO PRESENTA
 PERIODONTITIS: NO PRESENTA
 PERICORONITIS: NO PRESENTA
 FISTULA: NO PRESENTA
 EXUDADO: NO PRESENTA
 ABSCESO: NO PRESENTA
 OBSERVACIONES:

EXAMEN DENTAL:

ABRASION: NO PRESENTA
 ATRISION: EN DIENTES ANTERIORES INFERIORES INCISAL
 ABFRACCION: NO PRESENTA
 EROSION: NO PRESENTA
 HIPOPLASIA: NO PRESENTA
 PIGMENTACION: NO PRESENTA
 HIPODONCIA: NO PRESENTA
 SUPERNUMERARIOS: NO PRESENTA
 ANOMALIAS DE TAMAÑO Y VOLUMEN: NO PRESENTA
 FRACTURAS: INFRACCIONES VERTICALES GENERALIZADAS
 DIENTE INCLUIDO: NO PRESENTA
 MALPOSICION DENTAL: NO PRESENTA
 OBSERVACIONES: NO

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClixFch
Pag: 6 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MÉD EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

DIAGNOSTICOS

* Procedimientos ejecutados

Diente	Zona	Diagnóstico	Procedimiento Planeado
17	O	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)	
16	PO	EXAMEN ODONTOLOGICO	AMA M
15	OMP	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)	
14	OMP	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)	
13	IMP	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)	
12	IMP	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)	
11	IMP	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)	
27	PO	EXAMEN ODONTOLOGICO	AMA M
26	PO	EXAMEN ODONTOLOGICO	AMA M
25	ODP	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)	
24	ODP	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)	
23	IDP	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)	
22	IDP	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)	
21	IDP	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)	
41	IMV	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)	
42	IMV	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)	
43	IMV	PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)	

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 7 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cii. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

- 44 OMVDL PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN
NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)

- 45 OMVDL PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN
NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)

- 46 OMVDL PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN
NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)

- 47 O PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN
NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)

- 37 O PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN
NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)

- 36 ODVML PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN
NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)

- 35 ODVML PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN
NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)

- 34 ODVML PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN
NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)

- 33 IDVML PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN
NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)

- 32 IDVML PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN
NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)

- 31 IDVML PERSONA QUE TEME ESTAR ENFERMA A QUIEN
NO SE HACE DIAGNOSTICO (DIENTE SANO)

KATHERINE FONTHAL E

KATHERINE FONTHAL ETAYO

Reg. 25175

ODONTOLOGIA

SEDE DE ATENCIÓN:	010	NORORIENTE	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 5	FECHA 18/11/2016 14:35:36	TIPO DE ATENCIÓN	AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

Registro de resultado de laboratorio

ENFERMEDAD ACTUAL

Llega resultado de prueba de Elisa para VIH del 15 Noviembre 2016 "detección de anticuerpos frente al VIH tipo 1 (incluido el subtipo O) y/o tipo 2, ensayo de cuarta generación", con valor de 0.128 (no reactivo).

Se da educación al paciente en autocuidado, prevención ETS, uso de condón.

Se deja registro en historia clínica.

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 8 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual: 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

DIAGNOSTICO Z717 CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HU Tipo PRINCIPAL

JANETH ARIAS

JANETH ARIAS
Reg. 522038
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	010	NORORIENTE	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 6	FECHA 21/11/2016 15:40:16	TIPO DE ATENCIÓN	AMBULATORIO

ORDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QX

Cantidad	Descripción
1	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR HIGIENE ORAL

RESULTADOS

ANALISIS	RESULTADO	VALORES RF
EDUCACION INDIV EN SALUD HIGIENE ORAL	SI INGRES	SI O NO
CONTROL DE PLACA	SI INGRES	SI O NO
APLICACION DE SELLANTE DE FOTOCURADO	0 NUM DE	SELLANTES
TOPICACION DE FLUOR EN GEL	SI INGRES	SI O NO
PROFILAXIS	SI INGRES	SI O NO
DERTARTRAJE	NO INGRES	SI O NO
EMBARAZADA	SI INGRES	SI O NO
PACIENTE INICIADO	NO INGRES	SI O NO
PACIENTE CONTROLADO	NO INGRES	SI O NO
ATENCION GESTANTE 1RA VEZ	SI INGRES	SI O NO
REPETIDO	NO INGRES	SI O NO
OBSERVACIONES	OBSERV	OBSERVACIONES

NO

FECHA Y HORA DE APLICACION:21/11/2016 15:40:20 REALIZADO POR: STEPHANY GONZALEZ VILLALBA

CONCLUSIONES

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 9 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 – PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

STEPHANY GONZALEZ VILLALBA

Reg. 1144163194

HIGIENISTA

SEDE DE ATENCIÓN: 010 NORORIENTE Edad : 16 AÑOS

FOLIO 7 FECHA 24/11/2016 16:05:10 TIPO DE ATENCIÓN AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

Cita Valoración Ps

ENFERMEDAD ACTUAL

Pacte ingresa a sesión por sus propios medios. Se da orientación de consulta. Refiere la remiten del PYP. Refiere de su situación en casa es difícil, refiere dif en comunicación, madre testigo de jeova, padre se ha vuelto tomador, hermana casada, otra en convento, es la única que vivía en casa. Refiere actual padres se enteran que está embarazo, refiere les deja una carta para que tomn la noticia refiere se va para casa de pareja, refiere padres no se han comunicacdo. Refiere apoyo de la familia de su novio.

AP/ Salud: Ninguna relavante sueño: sin dif mucho sueño, Alimentación: con dif, ya remitida con nutricionista.

ocupación: estudiante, refiere desea retirarse para dedicarse a su estado de gestación, y retomar aceralado.

Obs clínicas: Se obs eulalica, orientada, de buen aspecto, con sentimeintos de tristeza por situación con padres, con disposlón para tto.

contexto familiar: refiere apoyo de pareja y flia.

plan: 3 sesiones ps se d aorientación p yre comendaciones se cita control con pareja.

DIAGNOSTICO Z637 PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTROS HECHOS ESTRESANTES QUE AFEC Tipo PRINCIPAL

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR: PSICOLOGIA

Fecha de Orden: 24/11/2016

OBSERVACIONES :

RESULTADOS :

JANNY YULIETH GONZALEZ GARCIA

Reg. 29665345

PSICOLOGIA

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad : 16 AÑOS

FOLIO 8 FECHA 25/11/2016 20:02:49 TIPO DE ATENCIÓN URGENCIAS

TRIAGE (MOTIVO DE CONSULTA)

DOLOR AMBOMINAL MODERADO O CON SINTOMAS ASOCIADOS -

OBSERVACIONES

MC: HE TENIDO MUCHO DOLOR ABDOMINAL DESDE EL DIA DE HOY

ANT PATOLOGICOS: NIEGA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\ DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsCtxFch
Pag: 10 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual:** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

ANT QX: AMIGDALECTOMIA ADENOIDES
ANT ALERGICOS: NIEGA

INGRESA PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS AL SERVICIO DE URGENCIAS GESTANTE DE 8 SEMANAS DE EMBARAZO GIPOAO Y QUIEN CONSULTA POR PRESENTAR CC DE DOLOR PELVICO Y A LA VEZ ABDOMINAL DE CARACTERISTICAS DIFUSAS EL DIA DE HOY MAS INTENSO NIEGA PERDIDA VAGINALES

EN LA CONSULTA ALGICA

POR LA CLASIFICACION DE SU TRIAGE SE DIRECCIONA PACIENTE A SER ATENDIDO POR URGENCIAS

CLASIFICACION TRIAGE: 3 **PRIORIDAD III** **EPS no acepta este Grupo**

OSCAR JAVIER CASIERRA

Reg. 760181

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMPENALCO -G OCHO SAS	Edad: 16 AÑOS
FOLIO 9	FECHA 25/11/2016 20:56:43	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS

MOTIVO DE CONSULTA

"dolor en el abdomen"

ENFERMEDAD ACTUAL

primigesta de 9+3ss por fur del 20/09/16 no confiable por ciclos irregulares y pnf con eco. consulta por dolor hipogastrico de 12 hrs de evolucion sin asociados. no síntomas urinarios, no sangrado vaginal, leucorrea blanquecina fetida y pruriginosa.

antec

pat: neg

qx: amigdalectomia, turboplastia, adenoidectomia

alerg: neg

EXAMEN FISICO

CABEZA Y ORAL: conjuntivas rosadas, escleras anictericas, mucosas humedas

cp normal

abd blando, depresible, doloroso en marco colico izq, no irritacion peritoneal

tv: cervix posterior, duro, cerrado, no sangrado, no dolor a su movilizacion

ext: sin edema

ANALISIS

primigesta de 9+2ss por fur no confiable con dolor hipogastrico sin cambios cervicales. ordeno perfil infeccioso.

PLAN Y MANEJO

ch, pdeo por sonda, fv

Evolucion realizada por: MARCO ANDRES PARRA AVILA-Fecha: 25/11/16 20:56:43

DIAGNOSTICO Z340 SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL

DIAGNOSTICO R102 DOLOR PELVICO Y PERINEAL

Tipo PRINCIPAL

Tipo RELACIONADO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\ DIGITAL WARE

227

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsCixFch
Pag: 11 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etaereo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad **Descripción**
1 FLUJO VAGINAL DIRECTO Y GRAM

DIRECTO EXUDADO VAGINAL :.
:.
EXAMEN EN FRESCO :.
Trichomonas vaginalis :Ausente
Células Clave :Ausentes
KOH :No se observan formas micóticas
COLORACION DE GRAM :.
Leucocitos Polimorfonucleares por cm * :0
Células epiteliales :++
Lactobacillus :+++
Cocobacilo Gram var. compatible G.vaginalis :0+
Mobiluncus sp :0+
Lactobacillus :1
Cocobacilo Gram var. compatible G.vaginalis :0
Mobiluncus sp :0
Puntaje Total :1
* cm: Campo Microscópico :.
OBSERVACIONES :interpretación del puntaje total: >7: es indicativo de vaginosis
:bacteriana, de 4 a 6: intermedia y de 0 a 3: es considerado normal.
FECHA Y HORA DE APLICACION:25/11/2016 22:08:00REALIZADO POR : 805013591

1 HEMOGRAMA IV

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV :.
PARAMETROS LEUCOCITARIOS :.
Leucocitos :8.86 x10^3 4.0 - 10.0
%Neutrófilos :62.1 % 45 - 69
%Linfocitos :30.2 % 15 - 50
%Monocitos :6.1 % 0 - 10
%Eosinófilos :1.4 % 1 - 5
%Basófilos :0.2 % 0 - 2
Recuento Diferencial absoluto :.
#Neutrófilos :5.50 x10^3 1.8 - 6.9
#Linfocitos :2.68 x10^3 0.6 - 5.0
#Monocitos :0.54 x10^3 0 - 1.0
#Eosinófilos :0.12 x10^3 0 - 0.5
#Basófilos :0.02 x10^3 0 - 0.02
PARAMETROS ERITROCITARIOS :.
Eritrocitos :4.65 x10^6 4.00 - 5.00
Hemoglobina :12.7 g/dl 12.0 - 16.0
Hematocrito :37.2 % 35 - 48
Volumen Corpuscular Medio (MCV) :80.0 fl 80 - 96
Hemoglobina Corpuscular Media (MCH) :27.3 pg 27 - 33

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\ DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 12 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etaeco: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual:** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

Concentración Media de Hemoglobina Corpuscular (MCHC) :34.1 g/dl 29 - 37
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW) :14.2 % 11 - 16
PARAMETROS PLAQUETARIOS :
Recuento de Plaquetas (PLT) :331 x10³ 150 - 450
Volumen Plaquetario Medio (MPV) :10.0 fL 9 - 13
Citometría de Flujo :.
FECHA Y HORA DE APLICACION:25/11/2016 21:26:00REALIZADO POR : 805013591

1 CITOQUIMICO Y GRAM DE SEDIMENTO URINARIO

por sonda
CITOQUIMICO Y GRAM DE SEDIMENTO URINARIO :.
MUESTRA :.
Color :Amarillo
Aspecto :Ligeramente turbio
ANALISIS FISICO QUIMICO :.
Densidad :1.010
PH :5.5
Proteinas :Negativo
Glucosa :Negativo
Cetonas :Negativo
Bilirrubinas :Negativo
Sangre :Negativo
Nitritos :Negativo
Urobilinogeno :0.2
Leucocitos :Negativo
ANALISIS MICROSCOPICO :.
Células Epitellales :+
Células Altas :Negativo
Leucocitos :0 - 2 xcampo
Eritrocitos Eumorfos :0 - 2 xcampo
Eritrocitos Dismorfos :Negativo
Bacterias :Escasas
Mucus :+
Cilindros Granulosos :Negativo
Cilindros Leucocitarios :Negativo
Cilindros Eritrocitarios :Negativo
Cilindros Hialinos :Negativo
Cristales Uratos Amorfos :Negativo
Cristales Fosfatos Triples :Negativo
Cristales Oxalato de Calcio :Negativo
Cristales Fosfatos Amorfos :Negativo
Cristales de Acido Úrico :Negativo
Hifas :Negativo
Levaduras :Negativo
Trichomonas :Negativo

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\DIGITAL WARE

223

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 13 de 90
Fecha: 03/05/19
G.eta: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- **PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO**
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

Espermatozoides :Negativo
Acúmulo de leucocitos :Negativo
COLORACION DE GRAM: :NO SE OBSERVA FLORA BACTERIANA
FECHA Y HORA DE APLICACION:25/11/2016 22:33:00REALIZADO POR : 805013591



MARCO ANDRES PARRA AVILA
Reg. 1144138331
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 12	FECHA 25/11/2016 21:58:20	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS

NOTAS ENFERMERIA

paciente valorado por el medico de turno quien da la orden de tomar parcial de orina por sonda, se le realiza el procedimientos medico ordenado sin complicaciones y la paciente que da a esperas de ser revalorada con el reporte de los paraclínicos.

Nota realizada por: **CESAR AUGUSTO MOSQUERA** Fecha: 25/11/16 21:58:22



CESAR AUGUSTO MOSQUERA
Reg. 76-4024
AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 13	FECHA 25/11/2016 23:04:56	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS

EVOLUCION MEDICO

primigesta de 9+2ss por fur no confiable con dolor hipogastico sin historia de sangrado vaginal. perfil infeccioso negativo. se da egreso con manejo sintomatico, reposo relativo, no relaciones sexuales

Evolucion realizada por: **MARCO ANDRES PARRA AVILA**-Fecha: 25/11/16 23:05:50

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
9,00	1,00	TABLETA HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 10 MG TABLETA 10 MGORAL		8 Horas	NUEVO
20,00	1,00	TABLETA ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA 500 MG	ORAL	6 Horas	NUEVO

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClixFch
Pag: 14 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. CII.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704



MARCO ANDRES PARRA AVILA

Reg. 1144138331

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:	010	NORORIENTE	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 14	FECHA 30/11/2016 11:19:54	TIPO DE ATENCIÓN	AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

EVALUACION PRENATAL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE G1P0 CON EMB DE 10,1 SEM POR FUM DE SEP 20 DE 2016

ASISTE A EVALUACIÓN PRENATAL

DOLOR PELVICO: NIEGA

SALIDA DE LIQUIDO O SANGRE POR VAGINA: NIEGA

SINTOMAS URINARIOS: NIEGA

SALIDA DE FLUJO VAGINAL: NIEGA

DOLOR DE CABEZA: NIEGA

MAREOS, VISION BORROSA, NIEGA PITOS EN OIDOS: NIEGA

AUN NO PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES

DATOS PERSONALES

EDAD: 16 AÑOS

DIRECCION: CRA 28B 50-110 SINDICAL

TELEFONOS DE CONTACTO: 321 725 44 17 - 378 09 97

ETNIA: BLANCA

ANTECEDENTE PERSONALES

PATOLÓGICOS: NIEGA

CIRUGÍAS: AMIGDALAS - CORNETES Y ADENOIDES

FARMACOLÓGICOS: ACIDO FOLICO TAB

HOSPITALIZACIONES: NIEGA

FUMA O HA FUMADO: NIEGA

BEBIDAS ALCOHÓLICAS: NIEGA

DROGAS: NIEGA

TIENE CONTACTO CON INSECTICIDAS Y QUIMICOS: NIEGA

ALERGICOS: NIEGA

TRAUMATICOS: NIEGA

TRANSFUSIONES: NIEGA

TIENE DOSIS DE TEXOIDE TETANICO: NO SABE

HA SUFRIDO ALGUNA CLASE DE VIOLENCIA: NIEGA

ORIGEN: CALI

PROCEDENCIA: CALI

RELIGIÓN: CATOLICA

NIVEL EDUCATIVO: BACHILLERATO HASTA DECIMO GRADO

OCUPACIÓN: AMA DE CASA

HORAS DE TRABAJO AL DIA: NO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL DIGITAL WARE

224

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsCbxFch
Pag: 15 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual:** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

CONVIVE CON: PAREJA - SUEGROS - 2 CUÑANOS
ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE
TIPO DE SANGRE DE PACIENTE: O+
TIPO DE SANGRE PAREJA: NO SABE
CONVIVE CON ANIMALES: NO
HA TENIDO CONTACTO CON GATOS: NO
EMBARAZO PLANEADO: NO
EMBARAZO DESEADO: NO
EMBARAZO ACEPTADO: SI
PESO ANTERIOR: NO SABE

ANTECEDENTES GINECO-OBST

MENARCA: 12 AÑOS
SEXARCA: NR
NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES HASTA EL MOMENTO: NR
TIENE PAREJA ESTABLE: SI
VIDA SEXUAL ACTIVA: SI
HA PRESENTADO ETS: NO
FUM: SEP 20 DE 2016
CICLOS MENSTRUALES: REGULARES, CADA 30 DIAS, SANGRADO MODERADO, DURACION 3-5 DIAS
PLANIFICACION FAMILIAR: ACOS POR 1 AÑOS HASTA AGOSTO DE 2016
FECHA DE LA ULTIMA CITOLOGIA VAGINAL: HACE 1 AÑO: NORMAL
G0P0
EMBARAZOS ANTERIORES: NO
APOYO FAMILIAR: SI
APOYO DE LA PAREJA: SI

ANTECEDENTE FAMILIARES: MADRE HIPOTIRODISMO NIEGA OTRAS PATOLOGIAS
ANTECEDENTE FAMILIAR PRECLAMPSIA O THE : NIEGA
ANTECEDENTE FAMILIAR DE DIABETTES GESTACIONAL: NIEGA
ANTECEDENTES FAMILIARES DE RN CON MALFORMACIONES O ENFERMEDADES CONGENITAS: NIEGA
EDAD DE PAREJA: 20 AÑOS
YA FUE VALORADA POR NUTRICCIÓN Y PSICOLOGIA

TRAE RESULTADOS DE NOV 15 DE 2016
VIH. 0.128
SEROLOGIA: NO REACTIVO
RH.O+
HEMOGRAMA: LECUO: 7.36 HB. 12.7 HTO. 37.2 PLAQUETAS. 334
TOXO IGG: 0.11
TOXO IGM. 0.17
ANTIGENO DE HEPATITIS B-. 0.30
PARICAL DE ORINA: CONTAMINADO

NOV 3 DE 2016
TSH: 2.045
GLICEMIA PRE: 93

NOV 15/16
TEST DE EMBARAZO: POSITIVO

PENDIENTE VACUNACIÓN - ODONTOLOGIA - TOMA DE CITOLOGIA VAGINAL Y CURSO DE PSICOPROFILAXIS
7.J.0 *HOSVITAL*

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsCIXFch
Pag: 16 de 80
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

SE EDUCA Y SE DA DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA POR ESCRITO
SE INDICA MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LEUCORREA Y TOXOPLASMOSIS
CONTROL EN 1 MES POR MEDICO DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL

EXAMEN FISICO

CABEZA Y ORAL: PACIENTE INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS EN BUEN ESTADO GENERAL, MUCOSA ORAL HUMEDAD, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, NORMOCEFALICA.
CUELLO MOVIL SIMETRICOS, NO MASAS, NO ADENOPATIAS.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, PULMONES VENTILADOS, NO AGREGADOS.
ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE NO DOLOR, NO SIGNOS DE IRRITACION PERINONEAL, NO ACTIVIDAD UTERINA.
GENITOURINARIO: VULVA Y PERINE SIN LESIONES, CUELLO POSTERIOR CERRADO,, LEUCORREA ESCASA NO FETIDA, NO SANGRADO, NO SALIDA DE LIQUIDO
EXT:MOVILES SIMETRICOS, NO EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS, SENSIBILIDAD NORMAL, FUERZA NORMAL 5/5.
SNC:CONCIENTE. ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y ESPACIO. GLASGOW 15/15.

DIAGNOSTICO Z358 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

Tipo PRINCIPAL

RECOMENDACIONES

OTRAS

SE HACE RECOMENDACIONES Y SE EXPLICA CLARAMENTE SIGNOS DE ALARMA, SI PRESENTA ALGUNOS DE ESTOS SINTOMAS CONSULTAR:
DOLOR PELVICO INTENSO, SALIDA DE LIQUIDO O SANGRADO POR VAGINA, SALIDA DE ABUNDANTE FLUJO VAGINAL BLANCO, AMARILLO O VERDOSO DE OLOR FETIDO.

DISMINUCIÓN O AUMENTO EXAGERADO DE PERCEPCIÓN DE MOVIMIENTOS FETALES.

SIGNOS DE PRESION ALTA: DOLOR DE CABEZA Y MAREOS FRECUENTE ASOCIADO A, TINITUS (PITOS EN LOS OIDOS), VISION BORROSA, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES (HINCHAZON), DOLOR EN EPIGASTRIO (DOLOR EN BOCA DE ESTOMAGO).

DOLOR LUMBAR RELACIONADO CON ARDOR AL ORINAR, ORINA FRECUENTE, ORINA DE OLOR FUERTE O FETIDO Y FIEBRE.

ESTABLECER HÁBITOS SALUDABLES

PORTAR "SIEMPRE" EL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA CUALQUIER TIPO DE CITA
EDUCACIÓN Y RECOMENDACIONES SOBRE: IMPORTANCIA DE ASISTIR A TODOS LOS CONTROLES DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL CON CARPETA DE EXAMENES, SEGUIR RECOMENDACIONES MÉDICAS Y REALIZAR PARACLINICOS ENVIADOS.
LLEGAR A LA CITA DE CONTROL PRENATAL 20 MINUTOS ANTES DE LA HORA PROGRAMADA.

RECOMENDACIONES

GESTANTES

RECOMENDACIONES:

*CUMPLIR CON DISCIPLINA EL HORARIO ESTABLECIDO PARA LAS COMIDAS

*TODOS Y CADA UNO DE LOS ALIMENTOS DEBEN SER INGERIDOS EN LA COMIDA Y HORARIO EN QUE SE HAN PROGRAMADO

*UTILIZAR SOLO LA CANTIDAD DE SAL RECOMENDADA

*EVITAR LAS PREPARACIONES FRITAS

*ENDULZAR CON EDULCORANTES: SPLENDA O STEVIA

*CONSUMIR LOS ALIMENTOS ASADOS, COCIDOS, AL VAPOR, AL HORNO, SUDADOS O HERVIDOS

*CONSUMIR CAFÉ DESCAFEINADO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\ DIGITAL WARE

225

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 17 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- **PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO**
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

- *ALIMENTOS RICOS EN CALCIO: LECHE, QUESO, YOGUR, KUMIS, VERDURAS VERDES
- *CONSUMIR ALIMENTOS RICOS EN HIERRO: CARNES ROJAS, HÍGADO, PAJARILLA, LENTEJA, FRÍJOL, VERDURAS VERDES Y MEZCLAS VEGETALES
- *FRUTAS RICAS EN VITAMINA C: GUAYABA, MORA, NARANJA, MANGO
- *ALIMENTOS RICOS EN ÁCIDO FÓLICO: VÍSCERAS, LÁCTEOS, VERDURAS VERDES Y CEREALES DE GRANO ENTERO (AVENA), LEGUMINOSAS (FRIJOL)
- *INGERIR ENTRE 5 A 7 VASOS DE AGUA AL DÍA O SEGÚN RECOMENDACIONES
- *EJERCICIO MODERADO SEGÚN RECOMENDACIÓN MÉDICA

NOTA: PRESENTE ESTE PLAN DE ALIMENTACIÓN EN LA PRÓXIMA CONSULTA

ORDENES DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

Cantidad	Descripción
1	<u>ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL</u>

G1P0
EMB DE 10.1 SEM POR FUM
EVALUAR HUESO NASAL Y SONOLUCENCIA NUCAL
TOMAR ENTRE DIC 13 Y DIC 27 DE 2016

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR: VALORACION GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Fecha de Orden: 30/11/2016

OBSERVACIONES :

GESTANTE DE 16 AÑOS
SOBREPESO

RESULTADOS :

INTERCONSULTA POR: AMB - VALORACION POR TRABAJO SOCIAL Fecha de Orden: 30/11/2016

OBSERVACIONES :

RESULTADOS :

LINA MARCELA PEREA ZUÑIGA
Reg. 19954109
PROMOCION Y PREVENCION

SEDE DE ATENCIÓN: 010 NORORIENTE	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 15	FECHA 22/12/2016 13:04:31
TIPO DE ATENCIÓN	AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

Control de ear, gestante adolescente.

ENFERMEDAD ACTUAL

16 años, INGRESA con el compañero (EDWIN CUADROS), G1P0 , fum 20-sep,16, 13 ss, ACORDE con eco del 14 dic (12ss1d), NIEGA sangrado vaginal, ha tenido emésis gravídica. //___ CPN O+, vih (-), vdrl nr, hb 12, 7 g/dl, TOXOPLASMA IgG (-) IgM (-), HBsAg (-) , P de orina normal, TSH 2, 045 uU/ml, glicemia 93 mg/dl,
=====

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 18 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etaeo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

AP sa ___AQX amigdalectomia, adenoidectomia, turbinectomia ___ALERGICOS sa ___AFLIARES madre hipotroidismo.

EXAMEN FISICO

CABEZA Y ORAL: Buenas condiciones grales
CP normal.
ABDOMEN útero para 12 ss, FCF (+) con doppler.
TV. omito .
MSIS. normales.

ANALISIS

Paciente, g1p0, adolescente, embarazo de 13 ss, EAR para preeclampsia, bajo peso al nacer.// Toxoplasma susceptible.

PLAN Y MANEJO

1. calcio, ASA 100 mg día a partir de la semana 14.(x 2 meses)
2. educacion, medidas higiénicas preventivas contra el toxoplasma
3. control.

Evolucion realizada por: FERNANDO ANGEL PABON-Fecha: 22/12/16 13:19:12

DIAGNOSTICO Z359 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO SIN OTRA ESPECIFICACION Tipo PRINCIPAL

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
30,00	1,00	TABLETA ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TABLETA 100 MG	ORAL	24 Horas	NUEVO
DAR TTO MENSUAL POR 2 MESES					
30,00	1,00	TABLETA CALCIO CARBONATO 600MG TABLETA 600MG	ORAL	24 Horas	NUEVO
DAR TTO MENSUAL POR 2 MESES /// DAR TTO MENSUAL POR 2 MESES //					

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR: CONTROL GINECO OBSTETRICIA
Importante: Este servicio debe ser realizado en la fecha: 20/02/17

Fecha de Orden: 22/12/2016

OBSERVACIONES :
RESULTADOS :

FERNANDO ANGEL PABON
Reg. 4497/90
PROMOCION Y PREVENCION

SEDE DE ATENCIÓN: 010 NORORIENTE

Edad : 16 AÑOS

FOLIO 16

FECHA 30/12/2016 10:58:10

TIPO DE ATENCIÓN

AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL PRENATAL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE G1P0 CON EMB DE 14.4 SEM POR FUM DE SEDP 20 DE 2016
FPP: JUNIO 27 DE 2017

EMBARAZO DE ARO
GESTANTE DE 16 AÑOS

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\ DIGITAL WARE

226

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsCixFch
Pag: 19 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- **PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO**
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual:** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

RIESGO SOCIAL ALTO
MEDICAMENTOS: HIERRO + CALCIO TAB

ASISTE A CONTROL MEDICO PRENATAL.
REFIERE QUE TOMA MICRONUTRIENTES.
DOLOR PELVICO: INTERMITENTE
SALIDA DE LIQUIDO: NIEGA
SANGRE POR VAGINA: NIEGA
SINTOMAS URINARIOS: NIEGA
SALIDA DE FLUJO VAGINAL: NIEGA
DOLOR DE CABEZA: NIEGA
MAREOS, VISION BORROSA O PITOS EN OIDOS: NIEGA
AUN NO PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES

ECO OBST DE DIC 14 DE 2016
FETO UNICO VIVO FCF 155
NO HEMATOMAS, NO DESPRENDIMIENTOS
HUESO NASAL PRESENTE
SONOLUCENCIA NUCAL DE 1.2MM P:10
EMB DE 12.1 SEM POR CRL ACORDE CON FUM

DEPOSICIONES: NORMALES
DUERME BIEN
SINTOMAS DISPESICOS: NIEGA
AUMENTO DE KG EN ESTE CONTROL: NO
GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO HASTA EL MOMENTO: NO
GANANCIA DE DE ALTURA UTERINA: ADECUADO

SE EDUCA SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS PARA CONTRAER CHIKUNGUNYA - DENGUE Y ZICA
SE EXPLICA MEDIDAS PARA PREVENCIÓN DE LEUCORREAS Y DE TOXOPLASMOSIS
SE EDUCA Y SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA POR ESCRITO.
CONTROL EN 1 MES POR MEDICO DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL.

EXAMEN FISICO

CABEZA Y ORAL: PACIENTE INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS EN BUEN ESTADO GENERAL, MUCOSA ORAL HUMEDAD, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, NORMOCEFALICA.
CUELLO MOVIL SIMETRICOS, NO MASAS, NO ADENOPATIAS.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, PULMONES VENTILADOS, NO AGREGADOS.
ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRÁVIDO, AU: 11 CMS FETO DE POSICION CEFALICO DORSO IZQ FCF: 145 NO DOLOR, NO SIGNOS DE IRRITACION PERINONEAL, NO ACTIVIDAD UTERINA.
GENITOURINARIO: SE OMITE.
EXT: MOVILES SIMETRICOS, NO EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS, SENSIBILIDAD NORMAL, FUERZA NORMAL 5/5.
SNC: CONCIENTE. ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y ESPACIO. GLASGOW 15/15.

DIAGNOSTICO Z358 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO **Tipo** PRINCIPAL

RECOMENDACIONES

. OTRAS
SE HACE RECOMENDACIONES Y SE EXPLICA CLARAMENTE SIGNOS DE ALARMA, SI PRESENTA ALGUNOS DE ESTOS SINTOMAS CONSULTAR:
DOLOR PELVICO INTENSO, SALIDA DE LIQUIDO O SANGRADO POR VAGINA, SALIDA DE ABUNDANTE FLUJO VAGINAL BLANCO, AMARILLO O VERDOSO DE OLOR FETIDO.
DISMINUCIÓN O AUMENTO EXAGERADO DE PERCEPCIÓN DE MOVIMIENTOS FETALES.
SIGNOS DE PRESION ALTA: DOLOR DE CABEZA Y MAREOS FRECUENTE ASOCIADO A, TINITUS (PITOS EN LOS OIDOS), VISION BORROSA,
7J.0 *HOSVITAL* **Usuario:** HOSVITAL **HOSVITAL DIGITAL WARE**

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 20 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cii.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual:** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES (HINCHAZON), DOLOR EN EPIGASTRIO (DOLOR EN BOCA DE ESTOMAGO),
DOLOR LUMBAR RELACIONADO CON ARDOR AL ORINAR, ORINA FRECUENTE, ORINA DE OLORES FUERTES O FETIDOS Y FIEBRE.
EDUCACIÓN Y RECOMENDACIONES SOBRE: IMPORTANCIA DE ASISTIR A TODOS LOS CONTROLES DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL CON
CARPETA DE EXAMENES, SEGUIR RECOMENDACIONES MÉDICAS Y REALIZAR PARACLÍNICOS ENVIADOS.
LLEGAR A LAS CITAS POR LO MENOS 20 MINUTOS ANTES DE LA HORA PROGRAMADA.

ORDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QX

Cantidad	Descripción
1	CITOLOGIA VAGINAL (TOMA Y LECTURA)

EMB DE 14.4 SEM

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
1,00	0,00	APLICACION CLOTRIMAZOL CREMA VAG 1% TUBO X 40 GR 1%	VAGINAL		NUEVO

APLICAR CADA NOCHE POR 7 DIAS

LINA MARCELA PEREA ZUÑIGA

Reg. 19954109

PROMOCION Y PREVENCION

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad : 16 AÑOS

FOLIO 17 FECHA 20/01/2017 18:44:35 TIPO DE ATENCIÓN URGENCIAS

TRIAGE (MOTIVO DE CONSULTA)

SINTOMATOLOGIA URINARIA EN MUJER EMBARAZADA -

OBSERVACIONES

MC" ME ESTA DOLIENDO EL PODO"

PACIENTE G1P0 DE 17 SS CON CUADRO CLINICO DE 4 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE A OTALGIA DERECHA

AP_NIEGA

ALERGIA:NIEGA

QX: ADENIDECTOMIA

CLASIFICACION TRIAGE: 3 PRIORIDAD III

EPS no acepta este Grupo

BRENDA LISETH VERA MARTINEZ

Reg. 42306

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad : 16 AÑOS

FOLIO 18 FECHA 20/01/2017 20:30:30 TIPO DE ATENCIÓN URGENCIAS

MOTIVO DE CONSULTA

estuve en piscina y desde ahí con dolor de oído derecho.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL DIGITAL WARE

229

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 21 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etaero: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: GRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

ENFERMEDAD ACTUAL

paciente con cuadro clinico de 12 días, de evolucion consicistente en otalgia derecha que se ha exacerbado hace 4 días, asociado a cefalea, refiere que fue posterior a estar en piscina, refiere que aplico panotil en gotas oticas.

Antecedentes

Patológicos: niega
Farmacológicos: calcio, hierro.
Qx: amigdalectomia.
Alérgicos: niega
Tóxicos: niega

fum: 20/09/16 eg: 17.3 ss
g1p0

Ocupación: ama de casa.

Antecedentes familiares: mama hipotiroidea.

EXAMEN FISICO

CABEZA Y ORAL: Paciente quien ingresa por sus propios medios, en compañía de familiar, hemodinamicamente estable, no signos de dificultad respiratoria. Sv ta:120/70 fc: 75 fr: 19 afebril. Sao2:97%
Ori: conjuntivas rosadas, escleras anictericas, mucosas humedas. otoscopia derecha se observa con sacrecion blanquecina, inflamcion del conducto auditiva.
Cp: ruidos cardiacos ritmicos, regulares, no ausculto soplos, pulmones normoventilados sin sobreagregados.
Abd: gravido, fcf 140xm, blando, depresible, no palpo masas, no dolor a la palpacion, no signos de irritacion peritoneal.
Ext: presentes, simetricas, sin edema
Snc: sin deficit motor o sensitivo aparente.

EVOLUCION MEDICO

paciente en el momento con cuadro clinico de otis media aguda derecha suputativa considero dar manejo ambulatorio con amoxicilina y acetaminofen, se da indicaciones y recomendaciones medicas, signos de alarma para reconsultar.

Evolucion realizada por: NIYIRETH CASTAÑO CORTÉS-Fecha: 20/01/17 20:46:32

DIAGNOSTICO H660 OTITIS MEDIA SUPURATIVA AGUDA Tipo PRINCIPAL

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Obs.
15,00	1,00	TABLETA AMOXICILINA 500MG TABLETA 500 MG	ORAL	8 Horas	NUEVO
40,00	2,00	TABLETA ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA 500 MG	ORAL	6 Horas	NUEVO

Niyireth Castaño Cortés

NIYIRETH CASTAÑO CORTÉS

Reg. 1113629840

MEDICINA GENERAL

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 22 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. CII. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

SEDE DE ATENCIÓN: 010 NORORIENTE Edad : 16 AÑOS

FOLIO 19 FECHA 30/01/2017 09:49:28 TIPO DE ATENCIÓN AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL PRENATAL
LLEGA TARDE
SE EDUCA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA PUNTUALIDAD

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE G1P0 CON EMB DE 18,5 SEM POR FUM DE SEP 20 DE 2016 ACORDE CON ECO
FPP: JUNIO 27 DE 2017

EMBARAZO DE ARO POR
GESTANTE DE 16 AÑOS
MEDICAMENTOS: HIERRO+ CALCIO TAB + ASA TAB

ASISTE A CONTROL MEDICO PRENATAL.
REFIERE QUE TOMA MICRONUTRIENTES.
DOLOR PELVICO: NIEGA
SALIDA DE LIQUIDO: NIEGA
SANGRE POR VAGINA: NIEGA
SINTOMAS URINARIOS: NIEGA
SALIDA DE FLUJO VAGINAL: NIEGA
DOLOR DE CABEZA: NIEGA
MAREOS, VISION BORROSA O PITOS EN OIDOS: NIEGA
AUN NO PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES
ESTUVO CON SANGRADO POR NARIZ EN 3 OCASIONES

DEPOSICIONES: NORMALES
DUERME BIEN
SINTOMAS DISPESICOS: NIEGA
AUMENTO DE KG EN ESTE CONTROL: 1 KG
GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO HASTA EL MOMENTO: 1 KG
GANANCIA DE DE ALTURA UTERINA: ADECUADO

SE EDUCA SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS PARA CONTRAER CHIKUNGUNYA - DENGUE Y ZICA
SE EXPLICA MEDIDAS PARA PREVENCIÓN DE LEUCORREAS Y DE TOXOPLASMOSIS
SE EDUCA Y SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA POR ESCRITO.
CONTROL EN 1 MES POR MEDICO DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL.

EXAMEN FISICO

CABEZA Y ORAL: PACIENTE INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS EN BUEN ESTADO GENERAL, MUCOSA ORAL HUMEDAD, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, NORMOCEFALICA.
CUELLO MOVIL SIMETRICOS, NO MASAS, NO ADENOPATIAS.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, PULMONES VENTILADOS, NO AGREGADOS.
ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRÁVIDO, AU: 16 CMS FETO DE POSICION CEFALICO DORSO IZQ FCF: 140 NO DOLOR, NO SIGNOS DE IRRITACION PERINEAL, NO ACTIVIDAD UTERINA.
GENITOURINARIO: SE OMITE.
EXT: MOVILES SIMETRICOS, NO EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS, SENSIBILIDAD NORMAL, FUERZA NORMAL 5/5.
SNC: CONCIENTE. ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y ESPACIO. GLASGOW 15/15.

DIAGNOSTICO Z358 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

Tipo PRINCIPAL

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\DIGITAL WARE

228

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 23 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etaico: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

DIAGNOSTICO R040 EPISTAXIS Tipo RELACIONADO

RECOMENDACIONES

. OTRAS
SE HACE RECOMENDACIONES Y SE EXPLICA CLARAMENTE SIGNOS DE ALARMA, SI PRESENTA ALGUNOS DE ESTOS SINTOMAS CONSULTAR:
DOLOR PELVICO INTENSO, SALIDA DE LIQUIDO O SANGRADO POR VAGINA, SALIDA DE ABUNDANTE FLUJO VAGINAL BLANCO, AMARILLO O VERDOSO DE OLOR FETIDO.
DISMINUCIÓN O AUMENTO EXAGERADO DE PERCEPCIÓN DE MOVIMIENTOS FETALES.
SIGNOS DE PRESION ALTA: DOLOR DE CABEZA Y MAREOS FRECUENTE ASOCIADO A, TINITUS (PITOS EN LOS OIDOS), VISION BORROSA, EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES (HINCHAZON), DOLOR EN EPIGASTRIO (DOLOR EN BOCA DE ESTOMAGO).
DOLOR LUMBAR RELACIONADO CON ARDOR AL ORINAR, ORINA FRECUENTE, ORINA DE OLOR FUERTE O FETIDO Y FIEBRE.
EDUCACIÓN Y RECOMENDACIONES SOBRE: IMPORTANCIA DE ASISTIR A TODOS LOS CONTROLES DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL CON CARPETA DE EXAMENES, SEGUIR RECOMENDACIONES MÉDICAS Y REALIZAR PARACLINICOS ENVIADOS.
LLEGAR A LAS CITAS POR LO MENOS 20 MINUTOS ANTES DE LA HORA PROGRAMADA.

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Obs.
30,00	1,00	TABLETA HIERRO (FERROSO) SULFATO 300 MG TABLETA 300MDRAL		24 Horas	NUEVO
TOMAR 1 TAB CADA DIA					
30,00	1,00	TABLETA CALCIO CARBONATO 600MG TABLETA 600MG	ORAL	24 Horas	NUEVO
TOMAR 1 TAB CADA DIA					

ORDENES DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

Cantidad	Descripción
1	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
1	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)
1	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)
1	HEMOGRAMA IV
1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (FTA-ABS O TPHA-PRUEBA TREPONEMICA)

LINA MARCELA PEREA ZUÑIGA
Reg. 19954109
PROMOCION Y PREVENCION

SEDE DE ATENCIÓN:	010	NORORIENTE	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 20	FECHA 07/02/2017 10:39:12	TIPO DE ATENCIÓN	AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

Control de EAR, gestante adolescente,

ENFERMEDAD ACTUAL

16 años, ingresa con el compañero, G1P0 , FUM 20-sep-16, 20 ss , ACORDE con ecos, toma ASA 100 mg /día como preventivo de preeclampsia, REFIERE ha tenido epistaxis intermitentemente en los últimos 15 días, ENVIAN pbas de coagulación, trae RESULTADO del 01-feb: TP 10,1 sg, INR 0,92, (normales), TPT 28, 7 sg (normal), Hemograma , leucocitos 8080/ml, Hb 11, 7 g/dl, plaquetas 298.000/ml ///

AP sa ___AQX amigdalectomia, adenoidectomia, turbinectomia hace 3 - 4 años ___
7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL HOSVITAL\DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 24 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli,** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

EXAMEN FISICO

CABEZA Y ORAL: Buenas condiciones generales
CP. rscs rítmicos, eucárdico, no soplos.
ABDOMEN. au 17 cm, FCF 150 x minuto
TV. ornito
MSIS. normales.

ANALISIS

16 años, G1P0, embarazo de 20 ss por fur y ecos, fuv, ha de Epistaxis recurrente. toxoplasma susceptible, /// EAR.

PLAN Y MANEJO

1. ss Vración por Otorrinolaringología (ORL)
2. suspender transitoriamente ASA, cuando lleve 7-10 días sin episodios de epistaxis reiniciar
3. hierro, calcio
4. pte ecografía obstétrica.
- 5-SS TOXOPLASMA IgM.
5. control.

Evolucion realizada por: FERNANDO ANGEL PABON-Fecha: 07/02/17 10:51:06

DIAGNOSTICO Z359 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO SIN OTRA ESPECIFICACION **Tipo** PRINCIPAL

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
30,00	1,00	TABLETA ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TABLETA 100 MG	ORAL	24 Horas	NUEVO

TOMAR 1 DIARIO.

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
1	<u>TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IGM POR EIA</u>

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR: CONTROL GINECO OBSTETRICIA

Importante: Este servicio debe ser realizado en la fecha: 21/03/17

Fecha de Orden: 07/02/2017

OBSERVACIONES :

RESULTADOS :

INTERCONSULTA POR: VALORACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA

Fecha de Orden: 07/02/2017

OBSERVACIONES :

PTE DE 16 años, EMBARAZO DE 20 ss, EPISTAXIS RECURRENTE /// ANTEC DE AMIGDALECTOMIA, ADENOIDECTOMIA Y TURBINECTOMIA HACE 3- 4 AÑOS.

RESULTADOS :

FERNANDO ANGEL PABON

Reg. 4497/90

PROMOCION Y PREVENCION

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS **Edad :** 16 AÑOS

FOLIO 21 **FECHA** 22/02/2017 00:14:48 **TIPO DE ATENCIÓN** TRIAGE

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL DIGITAL WARE

229

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 25 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

TRIAGE (MOTIVO DE CONSULTA)

DOLOR DE MAS DE TRES DIAS DE EVOLUCION SIN COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL -

OBSERVACIONES

MC:"TENGO UNAS PALPITACIO, MAREOS Y DOLLOR DE CABEZA, TENGO MIEDO DE QUE SE ME HAYA SUBIDO LA PRESION"

ALERGICO: NIEGA
QX: AMIGDALAS, ADEONOIDES, CORNETES
PATOLOGIAS: NIEGA
G 1P 0C 0A 0

PACIENTE GESTANTE DE 22 SEMANAS QUE CONSULTA POR PRESENTAR UN CUADRO CLINICO DE HACE 1 ¿2 HORAS POR PRESENTAR MAREOS, CAFELEAS, NAUSEAS, NIEGA TINITUS Y FOSFENOS, NIEGA HEMORRAGIA VAGINAL, SE DIRIGE A CITA PRIORITARIA.

CLASIFICACIÓN TRIAGE: 5 **PRIORIDAD V** **EPS no acepta este Grupo**

Daniel G.

DANIEL GÓZALEZ SANTANDER

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	010	NORORIENTE	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 22	FECHA 22/02/2017 15:08:26	TIPO DE ATENCIÓN	AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

"SIENTO TAQUICARDIA"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE G: 1, P: 0, CON EMBARAZO DE 22.1 SEMANAS POR FUR ACORDE CON ECOGRAFIA TEMPRANA QUIEN ACUDE POR CUADRO DE 1 DIA DE SENSACION DE TAQUICARDIA, CEFALEA HOLOCRAEANA, SIN TINITUS NI FOSFENOS, NIEGA FIEBRE, SANGRADOS, AMNIORREA, REFIERE MOV FETALES, NO OTROS SINTOMAS.

ANTECEDENTES

PATOLOG: NIEGA
QXCOS: AMIGDALECTOMIA, ADENOIDECTOMIA, TURBINOPLASTIA.
ALERG: NIEGA
FARMACOL: MICRONUTRIENTES,
G/O: G: 1 A: 0 CPN :4 PERFIL INFECCIOSO: SIFILIS, VIH, HEPATITIS B Y TOXOPLASMA NEGATIVO, VAGINOSIS TRATADA SIN COMPLICACIONES, HB PROMEDIO: 12, ARO POR EDAD MATERNA.

EF: ALERTA, HIDRATADA, ORIENTADA, FC: 88, FR: 17, PA: 105/70, T: 36°C, PESO: 72 KG.

C/C: MUCOSAS HIDRATADAS, CONJUNTIVAS ROSADAS. OTOSCOPIA BILATERAL SIN ALTERACIONES, FARINGE Y AMIGDALAS SIN ALTERACIONES.

C/P: MURMULLO VESICULAR SNSOBREGAREGADOS.

ABD: BLANDO, NO DOLOROSO A PALPACION AU: 22 CM, FCF: 136 LPM, NO ACTIVIDAD UTERINA, MOV FETALES: +.

EXTRE: SIMETRICAS, NO EDEMAS.

ANALISIS

PACIENTE G: 1, P: 0, CON EMBARAZO DE 22.1 SEMANAS POR FUR ACORDE CON ECOGRAFIA TEMPRANA QUIEN ACUDE POR CUADRO DE 1 DIA DE SENSACION DE TAQUICARDIA, CEFALEA HOLOCRAEANA, SIN TINITUS NI FOSFENOS, NIEGA FIEBRE, SANGRADOS, AMNIORREA, REFIERE

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\ DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 26 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

MOV FETALES, NO OTROS SINTOMAS. SE ENVIA ACETAMINOFEN SI FIEBRE. SSE DAN RECOMENDACIONES DE ALIMENTACION Y SIGNOS DE ALARMA POR ESCRITO.

PLAN Y MANEJO

SIGNOS DE ALARMA:

SANGRADOS

SALIDA DE LIQUIDO POR VAGINA

DISMINUCION DE MOV FETALES.

DOLOR DE CABEZA MA S PITO SOLUCESO ARDOR EN LA BOCA DEL ESTOMAGO

Evolucion realizada por: YESENIA SALAZAR RODRIGUEZ-Fecha: 22/02/17 15:21:16

DIAGNOSTICO R51X CEFALEA

Tipo PRINCIPAL

DIAGNOSTICO Z358 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

Tipo RELACIONADO

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
20,00	1,00	TABLETA ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA 500 MG	ORAL	6 Horas	NUEVO

TOMAR 1TAB CADA 6 HORAS SI DOLOR.

Yesenia S.R.

YESENIA SALAZAR RODRIGUEZ
Reg. 1151937405
CONS. NO PROGRAMADA

SEDE DE ATENCIÓN: 010 NORORIENTE

Edad : 16 AÑOS

FOLIO 23

FECHA 28/02/2017 11:17:32

TIPO DE ATENCIÓN

AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL PRENATAL

ENFERMEDAD ACTUAL

EA: PACIENTE G1P0 EMBARAZO DE 23 2 DIAS

ECOGRAFIA 10 ENERO: FETO UNICO VIVO PODALICO CRECIENDO EN PERCENTILES ADECUADOS PARA 20 SEMNAS 3 DIAS ACORDE CON AMENORREA Y ECOGRAFIA PREVIA.

EMBARAZO ARO

GESTANTE DE 16 AÑOS

MEDICAMEYOS: AICDO FOLICO

ASISTE A CONTROL MEDICO PRENATAL.

REFIERE QUE TOMA MICRONUTRIENTES.

DOLOR PELVICO: NIEGA

SALIDA DE LIQUIDO: NIEGA

SANGRE POR VAGINA: NIEGA

SINTOMAS URINARIOS: NIEGA

SALIDA DE FLUJO VAGINAL: AMARILLO EN OCAC IENS FETIDO, ABUNDANTE

DOLOR DE CABEZA: SI

MAREOS, VISION BORROSA O PITOS EN OIDOS: NIEGA

PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES: NO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\ DIGITAL WARE

230

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClixFch
Pag: 27 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cii.** 100498440
Fec. Naclimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

DEPOSICIONES: NORMAL
SINTOMAS DISPESICOS: NIEGA

EXAMEN FISICO

TA: 110/70 FC: 80 FR: 18 PESO:

PACIENTE INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS EN BUEN ESTADO GENERAL, MUCOSA ORAL HUMEDAD, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, NORMOCEFALICA.

CUELLO MOVIL SIMETRICOS, NO MASAS, NO ADENOPATIAS.

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, PULMONES VENTILADOS, NO AGREGADOS.

ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRÁVIDO, AU: FETO DE POSICION CEFALICO DORSO IZQ FCF: NO DOLOR, NO SIGNOS DE IRRITACION

PERINEAL, NO ACTIVIDAD UTERINA.

GENITOURINARIO: SE OMITI.

EXT: MOVILES SIMETRICOS, NO EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS, SENSIBILIDAD NORMAL, FUERZA NORMAL 5/5.

SNC: CONCIENTE. ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y ESPACIO. GLASGOW 15/15.

YA ASISTIÓ A ODONTOLOGIA.

TIENE DOSIS DE VACUNA TD - INFLUENZA

TIENE CITOLOGIA VIGENTE

CURSO PROFILAXIS:

SE EDUCA SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS PARA CONTRAER CHIKUNGUNYA - DENGUE Y ZICA

SE EXPLICA MEDIDAS PARA PREVENCIÓN DE LEUCORREAS Y DE TOXOPLASMOSIS

SE EDUCA Y MES MEDICO DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL.

DIAGNOSTICO Z358 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO **Tipo PRINCIPAL**

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Obs.
30,00	1,00	TABLETA	SULFATO FERROSO ANHIDRO 200 MG TABLETA 200MDRAL	24 Horas	NUEVO
TOMAR 1 CADA DIA					
30,00	1,00	TABLETA	CALCIO CARBONATO 600MG TABLETA 600MG	ORAL	24 Horas
TOMAR 1 CADA DIA					

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
1	GLUCOSA TEST O+ SULLIVAN

Banesa Chaverra

YADESMIN BANESA CHAVERRA RODRIGUEZ

Reg. 1113649801

PROMOCION Y PREVENICION

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS **Edad :** 16 AÑOS

FOLIO 24 **FECHA** 02/03/2017 14:20:40 **TIPO DE ATENCIÓN** URGENCIAS

TRIAGE (MOTIVO DE CONSULTA)

DOLOR AMBOMINAL MODERADO O CON SINTOMAS ASOCIADOS -

OBSERVACIONES

MC: " NO SIENTO AL BEBE Y ME ESTOY MAREANDO "

INGRESA PACIENTE DE 23.3 SEMANAS DE EMBARAZO POR SUS PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑIA DE LA CUÑADA (LUZ ANGELA CUADROS) POR 7J.0 *HOSVITAL* **Usuario:** HOSVITAL **HOSVITAL\ DIGITAL WARE**

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsCixFch
Pag: 28 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etarec: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual: 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR BDOMINAL PRLVICO Y NO MOVIMIENTOS FETALES.
FETOCARDIA PRESENTE.

ANTECEDENTES PERSONALES.
PATOLOGICOS: NIEGA
ALERGICOS: NIEGA
QUIRURGICOS: NIEGA
GINECO: G1

CLASIFICACION TRIAGE: 3 PRIORIDAD III

EPS no acepta este Grupo

BRAHIAN JAVIER REINA GOMEZ
Reg. 1114732917
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 25	FECHA 02/03/2017 14:34:21	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS

MOTIVO DE CONSULTA

PACIENTE ACEPTADO EN OBSTETRICIA

MARIA DEL CARMEN BENAVIDEZ SAAVEDRA
Reg. 765114
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 26	FECHA 02/03/2017 15:05:41	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS

NOTAS ENFERMERIA

14+55 INGRESA USUARIA ADOLESCENTE DE 16 AÑOS DE EDAD AL SERVICIO DE GINECOLOGIA EN SILLA DE RUEDAS EN COMPAÑIA DEL CAMILLERO PROCEDENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS, ES REMITIDA POR MAREO Y AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES, PACIENTE G1,P0, CON EMBARAZO DE 23 SEMANAS, PACIENTE DESPIERTA, CONCIENTE Y ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, GLASGOW DE 15/15, NIEGA PREMONITORIOS LOS CUALES SE LE RECUERDAN, AFEBRIL, SIN ALTERACION EN SU PATRON RESPIRATORIO, ABDOMEN GRAVIDICO DE ACUERDO A SU EDAD GESTACIONAL, NO PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA CONTRACCIONES, NIEGA PERDIDAS VAGINALES, FCF 138 POR MINUTO, SE TOMAN SIGNOS VITALES LOS CUALES ESTAN DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, PACIENTE NIEGA SER HIPERTENSA O DIABETICA GESTACIONAL, NO HA PRESENTADO DENGUE, ZIKA O CHICUNGUÑA ES ESTE EMBARAZO, SE INFORMA A LA DRA. CASTAÑO, SE VIGILAN CAMBIOS. P/ CONSULTA. LINA MARCELA PARRA GOMEZ.

Nota realizada por: LINA MARCELA PARRA GOMEZ Fecha: 02/03/17 14:55:00

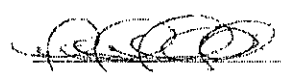
231

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 29 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual:** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704


 LINA MARCELA PARRA GOMEZ
 Reg. 76-5250
 AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMPENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 27	FECHA 02/03/2017 15:26:51	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS

EVOLUCION MEDICO

INGRESO A SALA DE PARTOS

MOTIVO DE CONSULTA:
"NO E SENTIDO MOVER EL BEBE"

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE DE 16 AÑOS G1P0 CON EMBARAZO DE 23.2 SEMANAS POR FUM 20/9/16, QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO QUE INICIO EN LA MAÑANA DE HOY CONSISTENTE EN AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES, ADEMAS REFIRERE QUE AYER PRESENTO DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO DE INTENSIDAD MODERADA, REFIERE LEUCORREA ABUNDANTE VERDOSO FETIDO REFIERE PRURITO VULVAR, NIEGA SINTOMAS URINARIOS. NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS

REVISION POR SISTEMAS:
NEUROLOGICOS: NIEGA
RESPIRATORIOS: NIEGA
GASTROINTESTINALES: NIEGA
ALZAS TERMICAS: NIEGA

ANTECEDENTES:
OCUPACION: AMA DE CASA
ESCOLARIDAD: 10 DE BACHILLERATO
JORNADA LABORAL: NO
PATOLOGICOS: NIEGA
QUIRURGICOS: EXTRACCION DE AMIGDALAS, CORNETES Y ADENOIDES HACE 4 AÑOS
TOXICOS: NIEGA
ALERGICOS: ***NIEGA***
TRAUMATICOS: NIEGA
HOSPITALARIOS: NIEGA
TRANSFUSIONES: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
FAMILIARES: MADRE HIPOTIROIDISMO, TIA MATERNA HTA
ANTECEDENTE FAMILIAR O PERSONAL DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO: NIEGA
ANTECEDENTE PERSONAL DE DENGUE, ZIKA O CHIKUNGUÑA: NIEGA

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS:
ETS: NIEGA
GESTACIONES PREVIAS: NINGUNA

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 30 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afilado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual:** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

CONTROL PRENATAL: 6 CPN
INICIO SU CPN EN LA SEM: 12.1 SEMANAS
GANANCIA DE PESO: INICIAL: 68 KG, ACTUAL: 72.5 KG
NIEGA HISTORIA DE INFECCIONES U HOSPITALIZACIONES DURANTE LA GESTACION.
TA DENTRO DE LIMITES DE NORMALIDAD DURANTE SU CPN.
VACUNACION: TOXOIDE: 30/12/16 // INFLUENZA: 30/12/16

PARACLINICOS:

G/RH: O+
HB/HTO: 11.7/34.1 1/2/17
FTA ABS: NEGATIVA 1/2/17
VIH: NEGATIVO 15/11/16
AGSHEPB: NEGATIVO 21/11/16
TOXO IGM: NEGATIVO 9/2/17
TOXO IGG: NEGATIVO 21/11/16
UROCULTIVO: NO TIENE
OSULIVAN: NORMAL
CURVA DE GLICEMIA: NO TIENE
CRV S. AGALACTIAE: N/A

ULTIMA ECOGRAFIA:

FECHA: 10/2/17
PLACENTA: ANTERIOR FUNDICA GRADO I
PRESENTACION: PODALICO DD
ILA: 15.8 CM
PFE: 317 GR
EG: 20.3 SEMANAS

EXAMEN FISICO:

TA: 111/73, FC: 89, FCF: 138, FR: 19, sa02: 99%
PACIENTE ALERTA, ORIENTADA Y COLABORADORA
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS Y REGULARES NO AUSCULTO SOPLOS DURANTE LA EVALUACION
MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIMETRICO NO IDENTIFICO AGREGADOS DURANTE LA EVALUACION
UTERO GRAVIDO *
AU: 20 CM
FUU
TV: CUELLO UTERINO POSTERIOR LARGO CERRADO, LEUCORREA AMARILLA
PELVIS: GINECOIDE
NO AMNIORREA, NO GENITORRAGIA.
EXTREMIDADES MOVILES CON EDEMA GRADO I SIN FOVEA
NO IDENTIFICO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA

DIAGNOSTICOS:

G1P0
EMB 23.2 SEMANAS POR FUR
AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES
DOLOR BAJITO

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, QUIEN CONSULTA POR PRESENTAR AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES, ASOCIADO REFIERE LEUCORREA VERDOSA FETIDA, PRURITO VAGINAL, AL EXAMEN FISICO SIGNOS VITALES ESTABLES, NO CAMBIOS CERVICALES, SE EVIDENCIA LEUCORREA AMARILLA, NO ACTIVIDAD UTERINA PALPABLE, INDICO TOMAR PARACLINICOS PARA DESCARTAR PROCESO INFECCIOSO Y 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL HOSVITAL\DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 31 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cii.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL + PBF. REVALORAR CON RESULTADOS
Evolucion realizada por: DIANA CAROLINA CASTAÑO UZURRIAGA-Fecha: 02/03/17 15:26:53

ORDENES DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

Cantidad	Descripción
1	<u>ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA CON PERFIL BIOFISICO</u>

G1P0
EMB 23.2 SEMANAS
AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
1	<u>FLUJO VAGINAL DIRECTO Y GRAM</u>

DIRECTO EXUDADO VAGINAL :.
:
EXAMEN EN FRESCO :.
Trichomonas vaginalis :Ausente
Células Clave :Ausentes
KOH :Hifas Moderadas
COLORACION DE GRAM :.
Leucocitos Polimorfonucleares por cm * :1-5
Células epiteliales :++
Lactobacillus :+++
Cocobacilo Gram var. compatible G.vaginalis :0+
Mobiluncus sp :0+
Lactobacillus :1
Cocobacilo Gram var. compatible G.vaginalis :0
Mobiluncus sp :0
Puntaje Total :1
* cm: Campo Microscópico :.

OBSERVACIONES :Interpretación del puntaje total: >7: es indicativo de vaginosis
:bacteriana, de 4 a 6: intermedia y de 0 a 3: es considerado normal.
FECHA Y HORA DE APLICACION:02/03/2017 16:53:00REALIZADO POR : 805013591

1 HEMOGRAMA IV

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV :.
PARAMETROS LEUCOCITARIOS :.
Leucocitos :10.03 x10^3 4.0 - 10.0
%Neutrófilos :76.4 % 45 -69
%Linfocitos :17.4 % 15 - 50
%Monocitos :5.6 % 0 - 10
%Eosinófilos :0.5 % 1 - 5
%Basófilos :0.1 % 0 - 2
Recuento Diferencial absoluto :.
#Neutrófilos :7.66 x10^3 1.8 - 6.9
#Linfocitos :1.75 x10^3 0.6 - 5.0
#Monocitos :0.56 x10^3 0 - 1.0

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 32 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO

Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440

Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual:** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)

Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST

Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA

Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986

Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro

Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

#Eosinófilos :0.05 x10³ 0 - 0.5
#Basófilos :0.01 x10³ 0 - 0.02
PARAMETROS ERITROCITARIOS :
Eritrocitos :3.77 x10⁶ 4.00 - 5.00
Hemoglobina :10.9 g/dl 12.0 - 16.0
Hematocrito :31.6 % 35 - 48
Volumen Corpuscular Medio (MCV) :83.8 fl 80 - 96
Hemoglobina Corpuscular Media (MCH) :28.9 pg 27 - 33
Concentración Media de Hemoglobina Corpuscular (MCHC) :34.5 g/dl 29 - 37
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW) :14.0 % 11 - 16
PARAMETROS PLAQUETARIOS :
Recuento de Plaquetas (PLT) :287 x10³ 150 - 450
Volumen Plaquetario Medio (MPV) :9.8 fl 9 - 13
Citometría de Flujo :
FECHA Y HORA DE APLICACION:02/03/2017 16:53:00REALIZADO POR : 805013591

1 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA

ESTUDIO URINARIO :.

MUESTRA :.

Color :Amarillo

Aspecto :Ligeramente turbio

ANALISIS FISICO QUIMICO :.

Densidad :1.015

PH :6.0

Proteinas :Negativo

Glucosa :Negativo

Cetonas :Negativo

Bilirrubinas :Negativo

Sangre :Negativo

Nitritos :Negativo

Urobilinogeno :0.2

Leucocitos :70 Leu/uL

ANALISIS MICROSCOPICO :.

Células Epiteliales :++

Células Altas :Negativo

Leucocitos :2 - 5 xcampo

Eritrocitos Eumorfos :0 - 2 xcampo

Eritrocitos Dismorfos :Negativo

Bacterias :++

Mucus :++

Cilindros Granulosos :Negativo

Cilindros Leucocitarios :Negativo

Cilindros Eritrocitarios :Negativo

Cilindros Hialinos :Negativo

Cristales Uratos Amorfos :Negativo

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\DIGITAL WARE

233

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsCixFch
Pag: 33 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

Cristales Fosfatos Triples :Negativo
 Cristales Oxalato de Calcio :Negativo
 Cristales Fosfatos Amorfos :Negativo
 Cristales de Acido Urico :Negativo
 Hifas :Negativo
 Levaduras :Negativo
 Trichomonas :Negativo
 Espermatozoides :Negativo
 Acúmulo de leucocitos :Negativo

NOTA :La reacción química para Leucocitos es muy positiva esto se debe a que la
 :tira reactiva además de leucocitos intactos detecta Enzima Estearasa de
 :leucocitos liberada por estos cuando se han lisado.

FECHA Y HORA DE APLICACION:02/03/2017 17:58:00REALIZADO POR : 805013591

DIANA CAROLINA CASTAÑO UZURRIAGA
 Reg. 91009-14
 MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS **Edad :** 16 AÑOS

FOLIO 28 **FECHA** 02/03/2017 18:45:06 **TIPO DE ATENCIÓN** **URGENCIAS**

EVOLUCION MEDICO

REPORTE DE PARACLINICOS
 HEMOGRAMA: LEUCOS: 10 N: 76 HB: 10.9 HTO: 31 PLT: 287.000
 UROANALISIS: NO PATOLOGICO
 FROTIS VAGINAL: HIFAS MODERADAS

PACIENTE QUE CURSA EN EL MOMENTO CON VAGINOSIS MICOTICA , A ESPERA DE TOMA DE ECO A LAS 19+10 PARA DEFINIR CONDUCTA

Evolucion realizada por: DIANA CAROLINA CASTAÑO UZURRIAGA-Fecha: 02/03/17 18:45:13

DIANA CAROLINA CASTAÑO UZURRIAGA
 Reg. 91009-14
 MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS **Edad :** 16 AÑOS

FOLIO 29 **FECHA** 02/03/2017 21:16:01 **TIPO DE ATENCIÓN** **URGENCIAS**

EVOLUCION MEDICO

PACIENTE EN EL MOMENTO LLEGA REPORTE DE ECOGRAFIA MAS PERFIL BIOFISICO FUVDI, FCF:151 LAT X MIN, IAL 19 CM PERFIL 8/8,
 CON EMB DE 23,2 SS ACORDE CON ECOGRAFIAS PREVIAS, SE DECIDE DAR SALIDA CON RECOMENDACIONES POR ESCRITO Y TTO VAGINAL,
 7J.0 *HOSVITAL* **Usuario:** HOSVITAL **HOSVITAL\ DIGITAL WARE**

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 34 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 – PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual:** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

CONTINUAR CONTROL PRENATAL

Evolucion realizada por: LUCIA CARDENAS MORLA-Fecha: 02/03/17 21:16:05

RECOMENDACIONES

ORDENES MEDICAS

FAVOR TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES PARA CONSULTAR DE FORMA INMEDIATA A SU IPS MAS CERCANA O AL SERVICIO DE URGENCIAS:

*****SINTOMAS DE ALARMA PROPIOS DEL EMBARAZO O EL PUERPERIO*****

- * DOLOR DE CABEZA QUE NO MEJORA CON ACETAMINOFEN
- * SONIDOS EN LOS OIDOS COMO PITOS
- * VISION DE LUCESITAS
- * HINCHAZON EN LA CARA BRAZOS Y PIERNAS QUE AUMENTA RAPIDAMENTE
- * EXCESIVA GANANCIA DE PESO
- * SANGRADO VAGINAL
- * DISMINUCION O AUSENCIA E MOVIMIENTOS FETALES SI USTED TIENE MAS DE 20 A 22 SEM DE EMBARAZO
- * SALIDA DE LIQUIDO CON OLOR A LIMPIDO POR VAGINA
- * TENER CONTRACCIONES

*****ALGUNAS OTRAS ENFERMEDADES QUE SE PUEDEN COMPLICAR POR SU ESTADO*****

- * FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR DE 38 GRADOS CENTIGRADOS)
- * DOLOR EN EL PECHO
- * DIFICULTAD PARA RESPIRAR
- * DOLOR, CALOR Y ENROJECIMIENTO DE LAS PIERNAS

*****COMO RECOMENDACION ADICIONAL RECUERDE *****

- * CONSUMIR CARNES BIEN COCINADAS
- * BEBER AGUA HERVIDA
- * LAVARSE BIEN LAS MANOS ANTES DE PREPARAR ALIMENTOS O DE CONSUMIRLOS
- * LAVARSE LAS MANOS LUEGO DE TENER CONTACTO CON TIERRA COMO AL REALIZAR LABORES DE JARDINERIA
- * EVITAR LA MANIPULACION DE ANIMALES.

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
7,00	1,00	OVULO CLOTRIMAZOL 100MG OVULO 100 MG	VAGINAL	24 Horas	NUEVO

LUCIA CARDENAS MORLA

Reg. 762989

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 010 NORORIENTE

Edad : 16 AÑOS

FOLIO 30

FECHA 28/03/2017 10:54:29

TIPO DE ATENCIÓN

AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\DIGITAL WARE

234

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsCixFch
Pag: 35 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

CONTORL PRENATAL N. 4

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE G1 CON GESTACION DE 27 SEMANAS POR ECO DEL 14.12.2016 PARA 12.1 SS

FPP: 27.06.2017

ACOMPAÑANTE: ABUELA

OCUPACION: (HORAS AL DIA)

RIESGO PSICOSOCIAL: NIEGA

ANTONY

EMBARAZO DE RIESGO ALTO

ADOLESCENTE

RINORRAQUIA, PNTE VALRIAOCN POR ORL

TOXOPLASMA SUCEPTIBLE

PARACLINICOS:

***INICIO:

15.11.2016

HEMOCLASIFICACION 0+

HB 12.7-37.2

UROANALISIS NORMAL

GLICEMIA 93 (-)

AG S HEP B 0.30 -()

TOXO IG G 0.11 (-) IGM 0.17 (-)

FTABS NO REACTIVO (-)

ELISA PARA VIH 0.128 (-)

***01.02.2017

2. FTABS NO REACTIVO (-)

TOXOPLAMAS IGM 0.06

HEMOGRAMA HB 11.7 HTO 34.1%

***06.03.2017

TEST DE OSULLIVAN 152 (+)

****ECOGRAFIAS:

1. 14.12.2017 TAMIZAJE GENETICO 11.5-13.5 SS: ORL PARA 12.1 SEMANAS SOMNOLUCENCIA NUCAL 1.2 MM, HUESO NASAL PRESENTE

2. 10.02.2017 FETO UNICO VIVO DE 20.3 PODALICO CRECIENDO EN PERCENTIL ADECUADO , ILA NORMAL, PLACENTA NORMOINSERTA.

ASISTE A CONTROL MEDICO PRENATAL N. 6

MICRONUTRIENTES: SULFATO FERROSO, CALCIO.ASAS SUSPENDIDA

DOLOR PELVICO: NIEGA

SALIDA DE LIQUIDO: NIEGA

SANGRE POR VAGINA: NIEGA

SINTOMAS URINARIOS: NIEGA

SALIDA DE FLUJO VAGINAL: NIEGA

DOLOR DE CABEZA: NIEGA

MAREOS, VISION BORROSA O PITOS EN OIDOS: REFIERE HACE 5 DIAS TINNITUS EN UN OCASION.

PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES

DEPOSICIONES: NORMALES

DUERME BIEN

SINTOMAS DISPEPSICOS: NIEGA

7.J.O *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsCixFch
Pag: 36 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

META GANACIA PESO: 8 KG (IMC INICIAL: 29)
AUMENTO DE KG EN ESTE CONTROL: 1
GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO HASTA EL MOMENTO: 5
GANANCIA DE DE ALTURA UTERINA: ADECUADO

YA ASISTIÓ A ODONTOLOGIA
VACUNACION:

- TOXOIDE : COMPLETA
- INFLUENZA:COMPLETA
- DPT ACELUAR: PNTE

-CCV: NUNCA
CURSO PROFILAXIS: ASISTIO A 4 SESIOES

****RDSPS: NO REFIERE
****EXAMEN FISICO:

PACIENTE INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS EN BUEN ESTADO GENERAL. MUCOSA ORAL HUMEDAD, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, NORMOCEFALICA.
CUELLO MOVIL SIMETRICOS, NO MASAS, NO ADENOPATIAS.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, PULMONES VENTILADOS, NO AGREGADOS.
ABDOMEN CON INSPECCION NORMAL, AU 23 CM FETO UNICO LONGITUDINAL DERECHO CEFALICO FCF 140 LPM, NO DOLOR, NO SIGNOS DE IRRITACION PERINONEAL, NO ACTIVIDAD UTERINA.
GENITOURINARIO:SE OMITE.
EXT:MOVILES SIMETRICOS, NO EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS, SENSIBILIDAD NORMAL, FUERZA NORMAL 5/5.
SNC:CONCIENTE. ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y ESPACIO. GLASGOW 15/15.

ANALISIS

PACIENTE GESTANTE CON EMBARAZO DE 27 SEMANAS CON ALTO RIESGO OBSTETRICO, EN ESPERA DE VALRIAOCN POR ORL EL DIA DE MAÑANA ANTE RINORRAQUIA AHORA CON MEJORIA SIMTOMATICA SANGREDO ESCAZO OCASIONAL, REFIERE SIN EMBARGO EPIOSDIOS DE TINNUTUS AHORA CON TENSION NORMAL POR LO QUE SOLCITO AFIMINETO PARA REVISAR SIN CITA EN 5 DIAS, AHORA CON CON EXAMEN FISICO NORMAL Y ASINTOMATICA, CON GANACIA DE PESO EN DE METAS, AU EN ADECUADO PERCENTIL, PARACLINCOS DE SEGUIMIENTO NORMALES, OULLIVAN ALTERADO SOLCITO CTOG Y DOY REOCMENDAICONES DE ALIMENTACION, SS VIH DE TECER TRIMESTRE, UROCULTIVO Y FFV PNETES, ADECUADA TOMA DE NUTRIENTES REFOMULO COMPLETA DE SULFATO FERROSO 300 MG DIA, CALCIO 1200 MG DIA, MANUAL, INDICO CONTROL POR MEDICO DEL PROGRAMA EN 1 MES. SE DILIGENCIA CARNÉ DE CONTROL Y FICHAS INTERNAS DE MANEJO. DOY EDUCACION EN LACTANCIA MATERNA. SE DAN RECOMENDACIONES DE CUIDADO EN CHIKUNGUNYA DENGUE Y ZIKA, SE EXPLICAN MEDIDAS PARA PREVENCION DE LEUCORREA Y TOXOPLASMOSIS. PACIENTE COMPRENDE Y ACEPTA.

PLAN Y MANEJO

SS CTOGG, VIH ELISA, UROCULTIVO FFV
SE FORMULAN MICRONUTRINETES PARA 30 DIAS
CONTROL MEDICO CPN EN UN MES

Evolucion realizada por: MARIA VICTORIA SALAZAR MONTOYA-Fecha: 28/03/17 11:16:13

DIAGNOSTICO Z356 SUPERVISION DE PRIMIGESTA MUY JOVEN

Tipo PRINCIPAL

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
1	<u>UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA MIC AUTOMATICO] INCLUYE EL RECUENTO DE COLONIAS</u>
CONTRO PRNATAL	
1	<u>FLUJO VAGINAL DIRECTO Y GRAM</u>
CONTORL PRENATAL	
1	<u>GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA (POR MUESTRA) INCLUYE LA CARGA DE GLUCOSA APLICA HASTA CINC</u>

TJ.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\DIGITAL WARE

235

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsCixFch
Pag: 37 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual: 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

CTOG 3 HR
1 VIH 1 Y 2 ANTICUERPOS
SEMANA 28

Maria Victoria Salazar

MARIA VICTORIA SALAZAR MONTOYA
Reg. 764612
PROMOCION Y PREVENCION

SEDE DE ATENCIÓN: 023 COMFENALCO AMBULATORIO -G OCHO Edad: 16 AÑOS
FOLIO 31 FECHA 29/03/2017 08:20:49 TIPO DE ATENCIÓN AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

ME SALE SANGRE POR LA NARIZ

ENFERMEDAD ACTUAL

REFIERE SANGRADO NASAL ANTERIOR BILATERAL A REPETICION DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION. AHORA ESTA CON ASA INDICADO POR GINECOLOGIA PARA EVITAR PREECLAMPSIA YA QUE PRESENTA 27 SEMANAS DE EMBARAZO. ANTEC DE ADENOIDECTOMIA Y TURBINOPLASTIA HACE 5 AÑOS.

CONTROL UN MES

EXAMEN FISICO

CABEZA Y ORAL: SE APRECIA LEVE ERITEMA DE MUCOA NASOSEPTAL ANTERIOR BILATERAL. SE CAUTERIZA FNI CON NITRATO D EPLATA PREVIA ANALGESIA

DIAGNOSTICO R040 EPISTAXIS

Tipo PRINCIPAL

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR: CONTROL OTORRINOLARINGOLOGIA

Fecha de Orden: 29/03/2017

OBSERVACIONES :

CONTROL UN MES

RESULTADOS :

RAFAEL ENRIQUE BARRIOS RENDON
Reg. 698281
OTORRINOLARINGOLOGIA

SEDE DE ATENCIÓN: 010 NORORIENTE Edad: 16 AÑOS
FOLIO 32 FECHA 07/04/2017 15:52:05 TIPO DE ATENCIÓN AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

REGISTRO DE RESULTADO DE LABORATORIO

ENFERMEDAD ACTUAL

LLEGA RESULTADO DE PUREBA ELISA PARA VIH DEL "DETECCION DE ANTICUERPOS FRENTE AL VIH TIPO 1 (INCLUIDO EL SUBTIPO O) Y /O TIPO 2, ENSAYO DE CUARTA GENERACION"

VALOR DE 0.050 NO REACTIVO

SE BRINDA EDUCACION SOBRE PREVENCION DE ETS, PRACTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL. AUTOEXAMENS DE SENO TOMA DE CITOLOGIA
7J.0 *HOSVITAL* Usuario: HOSVITAL HOSVITAL\DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsCixFch
Pag: 38 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. CII, 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual: 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

VAGINAL
SE DEJA REGISTRO EN HISTORIA CLINICA

DIAGNOSTICO Z717 CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HU Tipo PRINCIPAL

Aura Lorena Rivas Castro

AURA LORENA RIVAS CASTRO
Reg. 1130650247
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 010 NORORIENTE Edad: 16 AÑOS

FOLIO 33 FECHA 18/04/2017 11:38:28 TIPO DE ATENCIÓN AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

Control de EAR, gestante adolescente.

ENFERMEDAD ACTUAL

16 años, ingresa con amiga (GISELL LEYTON), G1P0 , FUM 20-sep-16, 30 ss , ACORDE con ecos, toma ASA 100 mg /día como preventivo de preeclampsia, vrada POR ORL por epistaxis recurrente, CAUTERIZO con nitrato de Ag mucosa nasoseptal izquierda, pendiente cauterizar la del otro lado, NO ha vuelto ha presentar epistaxis /// REFIERE adecuados movimientos fetales, no contracciones, no sangrado vaginal, no amniorrea. //// PARACLINICOS : FEB: TOXOPLASMA IgM (-), /// ABRIL: CTOG 75- 152 - 121 y 105 mg/dl , VIH (-), UROCULTIVO (-) , FV normal. ///

AP sa ___ AQX amigdalectomía, adenoidectomía, turbinectomía hace 3 - 4 años ___

EXAMEN FISICO

CABEZA Y ORAL: Buenas condiciones generales
CP: normal.
ABDOMEN. au 26 cm, fuv, FCF 132.
TV. omiso.
MSIS: normal.

ANALISIS

16 años, G1P0, embarazo de 30 ss, fuv, TOXOPLASMA susceptible. EAR.

PLAN Y MANEJO

1. ASA 100 mg día
- 2 hierro, calcio 1200 mg día
3. signos de alarma
4. VDRL

Evolucion realizada por: FERNANDO ANGEL PABON-Fecha: 18/04/17 11:52:49

DIAGNOSTICO Z357 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO DEBIDO A PROBLEMAS SOCIA Tipo PRINCIPAL

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
30,00	1,00	TABLETA HIERRO (FERROSO) SULFATO 300 MG TABLETA 300MORAL		24 Horas	NUEVO
30,00	1,00	TABLETA ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TABLETA 100 MG ORAL		24 Horas	NUEVO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL HOSVITAL\DIGITAL WARE

236

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 39 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

60,00 1,00 TABLETA CALCIO CARBONATO 600MG TABLETA 600MG ORAL 12 Horas NUEVO

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad Descripción
1 SEROLOGIA (RPR) EN SUERO

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR: CONTROL GINECO OBSTETRICIA

Fecha de Orden: 18/04/2017

Importante: Este servicio debe ser realizado en la fecha: 30/05/17

OBSERVACIONES :

RESULTADOS :

FERNANDO ANGEL PABON
Reg. 4497/90
PROMOCION Y PREVENCION

SEDE DE ATENCIÓN: 010 NORORIENTE Edad : 16 AÑOS

FOLIO 34 FECHA 28/04/2017 11:13:36 TIPO DE ATENCIÓN AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL PRENATAL N. 5

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE G1 CON GESTACION DE 31.3 SEMANAS POR ECO DEL 14.12.2016 PARA 12.1 SS

FPP: 27.06.2017

ACOMPANANTE: LUZ ANGELA CUADROS, CUÑADOS

OCUPACION: ESTUDIANTE(HORAS AL DIA)

RIESGO PSICOSOCIAL: NIEGA

ANTONY

EMBARAZO DE RIESGO ALTO

ADOLESCENTE

RINORRAQUIA, PNTE VALRIAOCN POR ORL

TOXOPLASMA SUCEPTIBLE

PARACLINICOS:

***INICIO:

15.11.2016

HEMOCLASIFICACION O+

HB 12.7-37.2

UROANALISIS NORMAL

GLICEMIA 93 (-)

AG S HEP B 0.30 -()

TOXO IG G 0.11 (-) IGM 0.17 (-)

FTABS NO REACTIVO (-)

ELISA PARA VIH 0.128 (-)

***01.02.2017

2. FTABS NO REACTIVO (-)

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\ DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 40 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cii.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual:** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO.LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

TOXOPLAMAS IGM 0.06
HEMOGRAMA HB 11.7 HTO 34.1%
***06.03.2017

TEST DE OSULLIVAN 152 (+)
***6.04.2017

CTOG: 75/152/121/105
2. ELISA PARA VIH 0.05 (-)
UROCULTIVO NEGATIVO (-)

****ECOGRAFIAS:

1. 14.12.2017 TAMIZAJE GENETICO 11.5-13.5 SS: CRL PARA 12.1 SEMANAS SOMNOLUCENCIA NUCAL 1.2 MM, HUESO NASAL PRESENTE

2. 10.02.2017 FETO UNICO VIVO DE 20.3 PODALICO CRECIENDO EN PERCENTIL ADECUADO, ILA NORMAL, PLACENTA NORMOINSERTA.

ASISTE A CONTROL MEDICO PRENATAL N. 7

MICRONUTRIENTES: SULFATO FERROSO, CALCIO, ASA

DOLOR PELVICO: NIEGA

SALIDA DE LIQUIDO: NIEGA

SANGRE POR VAGINA: NIEGA

SINTOMAS URINARIOS: NIEGA

SALIDA DE FLUJO VAGINAL: NIEGA

DOLOR DE CABEZA: NIEGA

MAREOS, VISION BORROSA O PITOS EN OIDOS: NO REFIERE

PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES

DEPOSICIONES: NORMALES

DUERME BIEN

SINTOMAS DISPEPSICOS: NIEGA

META GANANCIA PESO: 8 KG (IMC INICIAL: 29)

AUMENTO DE KG EN ESTE CONTROL: 1

GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO HASTA EL MOMENTO: 6

GANANCIA DE DE ALTURA UTERINA: ADECUADO

YA ASISTIÓ A ODONTOLOGIA

VACUNACION:

- TOXOIDE : COMPLETA

-INFLUENZA:COMPLETA

-DPT ACELUAR: COMPLETA

-CCV: NUNCA, NO DESEA REALIZARSELA

CURSO PROFILAXIS: ASISTIO A 5 SESIOES

****RDSPS: NO REFIERE

****EXAMEN FISICO:

PACIENTE INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS EN BUEN ESTADO GENERAL, MUCOSA ORAL HUMEDAD, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, NORMOCEFALICA.

CUELLO MOVIL SIMETRICOS, NO MASAS, NO ADENOPATIAS.

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, PULMONES VENTILADOS, NO AGREGADOS.

ABDOMEN CON INSPECCION NORMAL, AU 29 CM FETO UNICO LONGITUDINAL DERECHO CEFALICO FCF 140 LPM, NO DOLOR, NO SIGNOS DE IRRITACION PERINONEAL, NO ACTIVIDAD UTERINA.

GENITOURINARIO:SE OMITE.

EXT:MOVILES SIMETRICOS, NO EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS, SENSIBILIDAD NORMAL, FUERZA NORMAL 5/5.

SN:C:CONCIENTE. ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y ESPACIO. GLASGOW 15/15.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\DIGITAL WARE

237

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsCixFch
Pag: 41 de 90
Fecha: 03/05/19
Getareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

ANALISIS

ANALISIS Y PLAN:

- * GESTANTE DE 31.3 SEMANAS
- * RIESGO OBSTETRICO ALTO ADOLECENTE
- REMISION A: GO COTNROL SEMANA 36, EN MANEJO CON ASA
- * DX NUTRICIONAL: SOBREPESO , META DE GANACIA DE PESO DE 8 KG, 6* METAS
- *PARACLINCOS NORMALES
- * SS TOXOPLASMA IGM SEGUIMIENTO TRIMETSRAL SE ESPECIFICA FECHA
- * SS ECOGRAFIA SEGUIMNEOT FETAL
- *FORMULO MICRONUTRIENTES CON:
- VIPLENA
- *TIENE EXISTENCIA DE ASA
- SE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE LOS TRES MICRONUTRIENTES Y SU EDAD GESTACIONEAL DE INCIO ASI COMO RASM Y EFECTOS SECUDNARIOS Y OPCION NO POS.
- *SE REMITE A LAS ACTIVIDADES DE CPN:
- HIGIENE ORAL*
- SESIONES DE CURSO PSICOPROFILACTICO*
- VACUNACION *
- CCV *
- CITA DE RECOMENDACIONES NUTRICIONALES* .
- *SE DILIGENCIA CARNÉ DE CONTROL Y FICHAS INTERNAS DE MANEJO.
- *CONTROL EN 1 MES POR CPN CON MEDICO .
- *SE DAN RECOMENDACIONES DE CUIDADO EN CHIKUNGUNYA DENGUE Y ZIKA, SE EXPLICAN MEDIDAS PARA PREVENCION DE LEUCORREA Y TOXOPLASMOSIS. PACIENTE COMPRENDE Y ACEPTA.

PLAN Y MANEJO

Evolucion realizada por: MARIA VICTORIA SALAZAR MONTOYA-Fecha: 28/04/17 11:16:08

DIAGNOSTICO Z358 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO **Tipo** PRINCIPAL
FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
30,00	1,00	TABLETA	SULFATO FERROSO ANHIDRO 200 MG TABLETA 200MORAL	24 Horas	NUEVO

1 CADA DIA POR VO

ORDENES DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

Cantidad	Descripción
1	<u>ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL</u>

SEGUIMNEOT PESO FETAL MADRE ADOLECENTE ARO

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
1	<u>TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IGM POR EIA</u>

CONTROL TIRMESTRAL

TOMAR A PARTI DEL 9 DE MAYO

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 42 de 90
Fecha: 03/05/19
Getareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. CII. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

Maria Victoria Salazar

MARIA VICTORIA SALAZAR MONTOYA
Reg. 764612
PROMOCION Y PREVENCION

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 35	FECHA 19/05/2017 15:36:20	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS

TRIAGE (MOTIVO DE CONSULTA)

EMBARAZADA CON SINTOMAS AGUDOS NO OBSTETRICOS -

OBSERVACIONES

MC: TENGO DAÑO DE ESTOMAGO.

PACIENTE GESTANTE DE 34.3 SS QUE PRESENTA DESDE AYER DEPOSICIONES DIARRERICAS, HOY EN 8 OCACIONES, CON CEFALEA, NAUSEAS, REFIERE DOLOR BAJITO COMO COLICO, NO SANGRADO, NO SALIDA DE LIQUIDO.

ANT.PATOLOGICO: NIEGA

ANT.ALERGIA. NIEGA

ANT. QX: AMIDALECTOMIA-CORNETES-ADENOIDES.

G:1 P:0

CLASIFICACION TRIAGE: 3 PRIORIDAD III

EPS no acepta este Grupo

Adriana Cerquera

ADRIANA CAROLINA CERQUERA VILLOTA
Reg. 767873
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 36	FECHA 19/05/2017 15:44:36	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS

MOTIVO DE CONSULTA

SE COMENTA EN PRIORITARIA DE EMBARAZADAS

Adriana Cerquera

ADRIANA CAROLINA CERQUERA VILLOTA
Reg. 767873
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 37	FECHA 19/05/2017 16:02:32	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\DIGITAL WARE

238

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 43 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

NOTAS ENFERMERIA

INGRESA USUARIA DE 16 AÑOS DE EDAD AL SERVICIO DE GINECOLOGIA EN SILLA DE RUEDAS EN COMPAÑIA DEL CAMILLERO PROCEDENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS, ES REMITIDA POR DIARREA Y CEFALEA, PACIENTE G 1 P 0, CON EMBARAZO DE 34.3 SEMANAS, PCTE DESPIERTA, CONCIENTE Y ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, GLASGOW DE 15/15, NIEGA PREMONITORIOS LOS CUALES SE LE RECUERDAN, AFEBRIL, SIN ALTERACION EN SU PATRON RESPIRATORIO, ABDOMEN GRAVIDICO DEACUERDO A SU EDAD GESTACIONAL, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, NIEGA CONTRACCIONES, NIEGA PERDIDAS VAGINALES, FCF 124 POR MINUTO, SE TOMAN SIGNOS VITALES LOS CUALES ESTAN DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, PCTE NIEGA SER HIPERTENSA O DIABETICA GESTACIONAL, NO HA PRESENTADO DENGUE, ZIKA O CHICUNGUÑA ES ESTE EMBARAZO, SE INFORMA A LA DRA. CASTAÑO, SE VIGILAN CAMBIOS. P/ CONSULTA.

Nota realizada por: LINA MARCELA PARRA GOMEZ Fecha: 19/05/17 16:02:42

LINA MARCELA PARRA GOMEZ

Reg. 76-5250

AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMPENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 38	FECHA 19/05/2017 16:43:34	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS

EVOLUCION MEDICO

INGRESO A SALA DE PARTOS

MOTIVO DE CONSULTA:
"TENGO DIARREA"

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE DE 16 AÑOS G1P0 CON EMBARAZO DE 34.3 SEMANAS POR FUM 20/9/16, QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO QUE INICIO EL DIA DE AYER CON DEPOSICIONES DIARREICAS CARMELITAS, NO FETIDA, EN MODERACA CANTIDAD. NIEGA FIEBRE, NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS

REVISION POR SISTEMAS:

NEUROLOGICOS: NIEGA
RESPIRATORIOS: NIEGA
GASTROINTESTINALES: NIEGA
ALZAS TERMICAS: NIEGA

ANTECEDENTES:

OCUPACION: AMA DE CASA
ESCOLARIDAD: 10 DE BACHILLERATO
JORNADA LABORAL: NO
PATOLOGICOS: NIEGA
QUIRURGICOS: EXTRACCION DE AMIGDALAS, CORNETES Y ADENOIDES HACE 4 AÑOS

7.J.O *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsCixFch
Pag: 44 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cii.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual:** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

TOXICOS: NIEGA
ALERGICOS: ***NIEGA***
TRAUMATICOS: NIEGA
HOSPITALARIOS: NIEGA
TRANSFUSIONES: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
FAMILIARES: MADRE HIPOTIROIDISMO, TIA MATERNA HTA
ANTECEDENTE FAMILIAR O PERSONAL DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO: NIEGA
ANTECEDENTE PERSONAL DE DENGUE, ZIKA O CHIKUNGUÑA: NIEGA

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS:
ETS: NIEGA
GESTACIONES PREVIAS: NINGUNA

CONTROL PRENATAL: 9 CPN
INICIO SU CPN EN LA SEM: 12.1 SEMANAS
GANANCIA DE PESO: INICIAL: 68 KG, ACTUAL: 72.5 KG
NIEGA HISTORIA DE INFECCIONES U HOSPITALIZACIONES DURANTE LA GESTACION.
TA DENTRO DE LIMITES DE NORMALIDAD DURANTE SU CPN.
VACUNACION: TOXOIDE: 30/12/16 // INFLUENZA: 30/12/16 // DPTA: 28/3/17

PARACLINICOS:
G/RH: O+
HB/HTO: 11.7/34.1 1/2/17
FTA ABS: NEGATIVA 1/2/17
VIH: NEGATIVO 15/11/16
AGSHEPB: NEGATIVO 21/11/16
TOXO IGM: NEGATIVO 9/2/17
TOXO IGG: NEGATIVO 21/11/16
UROCULTIVO: NO TIENE
OSULIVAN: NORMAL
CURVA DE GLICEMIA: NO TIENE
CRV S. AGALACTIAE: N/A

ULTIMA ECOGRAFIA:
FECHA: 10/5/17
PLACENTA: ANTERIOR FUNDICA GRADO II
PRESENTACION: CEFALICO DD
ILA: 19 CM
PFE: 2198 GR
EG: 33.1 SEMANAS

EXAMEN FISICO:
TA: 111/80, FC: 111, FCF: 124, FR: 18, saO2: 99%
PACIENTE ALERTA, ORIENTADA Y COLABORADORA
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
MUCOSAS CARDIACOS RITMICOS Y REGULARES NO AUSCULTO SOPLOS DURANTE LA EVALUACION
7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL DIGITAL WARE

239

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 45 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIMETRICO NO IDENTIFICO AGREGADOS DURANTE LA EVALUACION
UTERO GRAVIDO
AU: 28 CM
FUVC DD
TV: SE OMITE
PELVIS: SE OMITE
NO AMNORREA, NO GENITORRAGIA.
EXTREMIDADES MOVILES CON EDEMA GRADO I SIN FOVEA
NO IDENTIFICO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA

DIAGNOSTICOS:
G1P0
EMB 34.3SEMANAS POR FUR
EDA

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, QUIEN CONSULTA POR PRESENTAR DEPOSICIONES DIARREICAS EN ABUNDANTE CANTIDAD POSTERIOR A INGESTA DE PASTA, AL EXAMEN FISICO SIGNOS VITALES ESTABLES, NO SIGNOS DE DESHIDRATAACION, INDICO DAR EGRESO DE PACIENTE CON SRO MAS DIETA ASTRINGENTE, SE EXPLICA A PACIENTE REFIERE ENTENDER

Evolucion realizada por: DIANA CAROLINA CASTAÑO UZURRIAGA-Fecha: 19/05/17 16:43:37

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
5,00	300,00 CC	SALES DE REHIDRATAACION ORAL POLVO SIN CONC ORAL		4 Horas	NUEVO

DIANA CAROLINA CASTAÑO UZURRIAGA
Reg. 91009-14
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:	010	NORORIENTE	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 39	FECHA 26/05/2017 10:50:51	TIPO DE ATENCIÓN	AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

CNTROL PRENATAL N. 6

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE G1 CON GESTACION DE 35.3 SEMANAS POR ECO DEL 14.12.2016 PARA 12.1 SS

FPP: 27.06.2017

ACOMPÑANTE: LUZ ANGELA CUADROS, CUÑADA

OCUPACION: ESTUDIANTE(HORAS AL DIA)

RIESGO PSICOSOCIAL: NIEGA

ANTONY

EMBARAZO DE RIESGO ALTO

ADOLESCENTE

RINORRAQUIA, PNTE VALRIAOCN POR ORL

TOXOPLASMA SUCEPTIBLE

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\ DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 46 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. Hfs. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual:** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

PARACLINICOS:

***INICIO:

15.11.2016

HEMOCLASIFICACION 0+

HB 12.7-37.2

UROANALISIS NORMAL

GLICEMIA 93 (-)

AG S HEP B 0.30 (-)

TOXO IG G 0.11 (-) IGM 0.17 (-)

FTABS NO REACTIVO (-)

ELISA PARA VIH 0.128 (-)

***01.02.2017

2. FTABS NO REACTIVO (-)

TOXOPLAMAS IGM 0.06

HEMOGRAMA HB 11.7 HTO 34.1%

***06.03.2017

TEST DE OSULLIVAN 152 (+)

***6.04.2017

CTOG: 75/152/121/105

2. ELISA PARA VIH 0.05 (-)

UROCULTIVO NEGATIVO (-)

**17.05.2017

TOXOPLASMA 0.06

****ECOGRAFIAS:

1. 14.12.2017 TAMIZAJE GENETICO 11.5-13.5 SS: CRL PARA 12.1 SEMANAS SOMNOLUCENCIA NUCAL 1.2 MM, HUESO NASAL PRESENTE

2. 10.02.2017 FETO UNICO VIVO DE 20.3 PODALICO CRECIENDO EN PERCENTIL ADECUADO, ILA NORMAL, PLACENTA NORMOINSERTA.

3. 10.05.2017 FETO UNICO VIVO DE 33.1 CEFALICO CRECIENDO EN PERCENTIL ADECUADO, ILA NORMAL, PLACENTA NORMOINSERTA.

ASISTE A CONTROL MEDICO PRENATAL N. 6

MICRONUTRIENTES: SULFATO FERROSO, CALCIO, ASA

DOLOR PELVICO: NIEGA

SALIDA DE LIQUIDO: NIEGA

SANGRE POR VAGINA: NIEGA

SINTOMAS URINARIOS: NIEGA

SALIDA DE FLUJO VAGINAL: NIEGA

DOLOR DE CABEZA: NIEGA

MAREOS, VISION BORROSA O PITOS EN OIDOS: NO REFIERE

PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES

DEPOSICIONES: NORMALES

DUERME BIEN

SINTOMAS DISPEPSICOS: NIEGA

META GANANCIA PESO: 8 KG (IMC INICIAL: 29)

AUMENTO DE KG EN ESTE CONTROL: 1.5

GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO HASTA EL MOMENTO: 7.5

GANANCIA DE DE ALTURA UTERINA: ADECUADO

YA ASISTIÓ A ODONTOLOGIA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 47 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

VACUNACION:

- TOXOIDE : COMPLETA
- INFLUENZA:COMPLETA
- DPT ACELUAR: COMPLETA

-CCV: NUNCA, NO DESEA REALIZARSELA
CURSO PROFILAXIS: ASISTIO A 5 SESIONES

****RDSPS: NO REFIERE

****EXAMEN FISICO:

PACIENTE INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS EN BUEN ESTADO GENERAL, MUCOSA ORAL HUMEDAD, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, NORMOCEFALICA.
CUELLO MOVIL SIMETRICOS, NO MASAS, NO ADENOPATIAS.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, PULMONES VENTILADOS, NO AGREGADOS.
ABDOMEN CON INSPECCION NORMAL, AU 30 CM FETO UNICO LONGITUDINAL DERECHO CEFALICO FCF 140 LPM, NO DOLOR, NO SIGNOS DE IRRITACION PERINONEAL, NO ACTIVIDAD UTERINA.
GENITOURINARIO:SE OMITI.
EXT:MOVILES SIMETRICOS, NO EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS, SENSIBILIDAD NORMAL, FUERZA NORMAL 5/5.
SNC:CONCIENTE. ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y ESPACIO. GLASGOW 15/15.

ANALISIS

ANALISIS Y PLAN:

- * GESTANTE DE 35.3 SEMANAS
- * RIESGO OBSTETRICO ALTO ADOLESCENTE
- REMISION A: GO CONTROL CITA 29.08.2017
- * DX NUTRICIONAL: SOBREPESO , META DE GANACIA DE PESO DE 8 KG, 7.5* METAS
- *PARACLINCOS NORMALES
- *SS CRV, MF EN 15 DIAS
- *FORMULO MICRONUTRIENTES CON:
- VIPLANA
- *TIENE EXISTENCIA DE ASA
- SE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE LOS TRES MICRONUTRIENTES Y SU EDAD GESTACIONAL DE INCIO ASI COMO RASM Y EFECTOS SECUDNARIOS Y OPCION NO POS.
- *SE REMITE A LAS ACTIVIDADES DE CPN:
- HIGIENE ORAL*
- SESIONES DE CURSO PSICOPROFILACTICO*
- VACUNACION *
- CCV *
- CITA DE RECOMENDACIONES NUTRICIONALES* .
- *SE DILIGENCIA CARNÉ DE CONTROL Y FICHAS INTERNAS DE MANEJO.
- *CONTROL EN 3 SEMANAS POR CPN CON MEDICO LA MAS CERCANA .
- *SE DAN RECOMENDACIONES DE CUIDADO EN CHIKUNGUNYA DENGUE Y ZIKA, SE EXPLICAN MEDIDAS PARA PREVENCION DE LEUCORREA Y TOXOPLASMOSIS. PACIENTE COMPRENDE Y ACEPTA.

PLAN Y MANEJO

Evolucion realizada por: MARIA VICTORIA SALAZAR MONTOYA-Fecha: 26/05/17 11:03:04

DIAGNOSTICO Z358 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO **Tipo** PRINCIPAL

ORDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QX

Cantidad	Descripción
----------	-------------

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\ DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsCIXFch
Pag: 48 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

1 MONITORIA FETAL ANTEPARTO TARIFA POR SESION

EN 15 DIAS

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad Descripción

1 CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HEC

CURTIVO RECTO VAGINAL

SEMANA 35 A 37

Victoria Salazar

MARIA VICTORIA SALAZAR MONTOYA

Reg. 764612

PROMOCION Y PREVENCION

SEDE DE ATENCIÓN: 010 NORORIENTE

Edad : 16 AÑOS

FOLIO 40

FECHA 06/06/2017 09:07:05

TIPO DE ATENCIÓN

AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

Control de EAR. gestante adolescente.

ENFERMEDAD ACTUAL

16 años, ingresa con la mamá (MARIA ARACELLY), G1P0 , FUM 20-sep-16, 37 ss . ACORDE con ecos, toma ASA 100 mg /dia como preventivo de preeclampsia, NO ha vuelto ha presentar epistaxis /// REFIERE adecuados movimientos fetales, (ANTHONY) no contracciones, no sangrado vaginal, no amniorrea. ///// PARACLINICOS del 3ert : VIH (-) VDRL NR , TOXOPLASMA IgM (-) , CULTIVO recto vaginal (-) para streptococo agalactiae del 01-junio, ECOGRAFIA del 10 mayo " FETO cefalico ,creciendo en p adecuados para 33 ss, PFE 2198 g, ILA 19 cm, placenta normoinserta "

AP sa ___ AQX amigdalectomia, adenoidectomía, turbinectomia hace 3 - 4 años ___

EXAMEN FISICO

EXAMEN FISICO

CABEZA Y ORAL: Buenas condiciones grales

CP. normal.

ABDOME. au 31 cm, fuvc, dorso derecho ,FCF 136.

GE: normaels.

TV. cuello posterior, largo, cerrado, pelvis espinas lIgeramente prominentes, resto normal.

MSIS. normales.

ANALISIS

PRIMIGESTA ADOLESCENTE, EMBARAZO DE 37 ss, FUVc, TOXO susceptible .

PLAN Y MANEJO

1. hierro, calcio suspender ASA

2 signos de alarma para consultar por urgencias: contracciones regulares , sangrado vaginal , amniorrea, disminución de movimientos fetales, cefalea, visión borrosa, tinnitus, epigastalgia.

3. control.

4. pte monitoria fetal.

Evolucion realizada por: FERNANDO ANGEL PABON-Fecha: 06/06/17 09:20:58

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL DIGITAL WARE

240

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 49 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual:** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

DIAGNOSTICO Z359 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO SIN OTRA ESPECIFICACION **Tipo** PRINCIPAL

FERNANDO ANGEL PABON

Reg. 4497/90

PROMOCION Y PREVENCION

SEDE DE ATENCIÓN:	010	NORORIENTE	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 41	FECHA 13/06/2017 10:13:53	TIPO DE ATENCIÓN	AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL RPENATAL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE G1 CON GESTACION DE 38 SEMANAS POR ECO DEL 14.12.2016 PARA 12.1 SS

PPP: 27.06.2017

ACOMPÑANTE: LUZ ANGELA CUADROS, CUÑADA

OCUPACION: ESTUDIANTE(HORAS AL DIA)

RIESGO PSICOSOCIAL: NIEGA

ANTONY

EMBARAZO DE RIESGO ALTO

ADOLESCENTE

RINORRAQUIA, PNTE VALRIAOCN POR ORL

GO VALORADA 06.06.2017 PARTO VAGINAL, SUSPENDER ASA

TOXOPLASMA SUCEPTIBLE

PARACLINICOS:

***INICIO:

15.11.2016

HEMOCLASIFICACION 0+

HB 12.7-37.2

UROANALISIS NORMAL

GLICEMIA 93 (-)

AG S HEP B 0.30 -()

TOXO IG G 0.11 (-) IGM 0.17 (-)

FTABS NO REACTIVO (-)

ELISA PARA VIH 0.128 (-)

***01.02.2017

2. FTABS NO REACTIVO (-)

TOXOPLAMAS IGM 0.06

HEMOGRAMA HB 11.7 HTO 34.1%

***06.03.2017

TEST DE OSULLIVAN 152 (+)

***6.04.2017

CTOG: 75/152/121/105

2. ELISA PARA VIH 0.05 (-)

UROCULTIVO NEGATIVO (-)

***17.05.2017

TOXOPLASMA 0.06

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 50 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etaeo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. CII.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

FTABS NO REACTIVO

***06.06.2017

MF REACTIVA NROMAL

****ECOGRAFIAS:

1. 14.12.2017 TAMIZAJE GENETICO 11.5-13.5 SS: CRL PARA 12.1 SEMANAS SOMNOLUCENCIA NUCAL 1.2 MM, HUESO NASAL PRESENTE

2. 10.02.2017 FETO UNICO VIVO DE 20.3 PODALICO CRECIENDO EN PERCENTIL ADECUADO , ILA NORMAL, PLACENTA NORMOINSERTA.

3. 10.05.2017 FETO UNICO VIVO DE 33.1 CEFALICO CRECIENDO EN PERCENTIL ADECUADO , ILA NORMAL, PLACENTA NORMOINSERTA.

ASISTE A CONTROL MEDICO PRENATAL N. 7

MICRONUTRIENTES: SULFATO FERROSO, CALCIO, ASA

DOLOR PELVICO: NIEGA

SALIDA DE LIQUIDO: NIEGA

SANGRE POR VAGINA: NIEGA

SINTOMAS URINARIOS: NIEGA

SALIDA DE FLUJO VAGINAL: NIEGA

DOLOR DE CABEZA: NIEGA

MAREOS, VISION BORROSA O PITOS EN OIDOS: NO REFIERE

PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES

DEPOSICIONES: NORMALES

DUERME BIEN

SINTOMAS DISPEPSICOS: NIEGA

META GANACIA PESO: 8 KG (IMC INICIAL: 29)

AUMENTO DE KG EN ESTE CONTROL: ,5

GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO HASTA EL MOMENTO: 8

GANANCIA DE DE ALTURA UTERINA: ADECUADO

YA ASISTIÓ A ODONTOLOGIA

VACUNACION:

- TOXOIDE : COMPLETA

- INFLUENZA: COMPLETA

- DPT ACELUAR: COMPLETA

-CCV: NUNCA, NO DESEA REALIZARSELA

CURSO PROFILAXIS: ASISTIO A 5 SESIOES

****RDSPS: NO REFIERE

****EXAMEN FISICO:

PACIENTE INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS EN BUEN ESTADO GENERAL, MUCOSA ORAL HUMEDAD, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, NORMOCEFALICA.

CUELLO MOVIL SIMETRICOS, NO MASAS, NO ADENOPATIAS.

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, PULMONES VENTILADOS, NO AGREGADOS.

ABDOMEN CON INSPECCION NORMAL, AU 33 CM FETO UNICO LONGITUDINAL DERECHO CEFALICO FCF 140 LPM, NO DOLOR, NO SIGNOS DE IRRITACION PERINONEAL, NO ACTIVADA UTERINA.

GENITOURINARIO: SE OMITE.

EXT: MOVILES SIMETRICOS, NO EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS, SENSIBILIDAD NORMAL, FUERZA NORMAL 5/5.

SNC: CONCIENTE. ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y ESPACIO. GLASGOW 15/15.

ANALISIS

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\DIGITAL WARE

282

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 51 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

ANALISIS Y PLAN:

* GESTANTE DE 38 SEMANAS
 * RIESGO OBSTETRICO ALTO ADOLESCENTE
 GO VIA DE PARTO VAGINAL SEMANA 4027.06.2017
 * DX NUTRICIONAL: SOBREPESO , META DE GANACIA DE PESO DE 8 KG, 8* METAS
 *PARACLINCOS NORMALES
 *S MF EN UNA SEMANA
 *FORMULO MICRONUTRIENTES CON:
 -CALCIO 1200 MG DIA
 -SUFLATO FERROSO 300 MG DIA
 SE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE LOS TRES MICRONUTRIENTES Y SU EDAD GESTACIONEAL DE INCIO ASI COMO RASM Y EFECTOS
 SECUDNARIOS Y OPCION NO POS.
 *SE REMITE A LAS ACTIVIDADES DE CPN:
 HIGIENE ORAL*
 SESIONES DE CURSO PSICOPROFILACTICO*
 VACUNACION *
 CCV *
 CITA DE RECOMENDACIONES NUTRICIONALES* .
 *SE DILIGENCIA CARNÉ DE CONTROL Y FICHAS INTERNAS DE MANEJO.
 *CONTROL EN 1 SEMANAS POR CPN CON MEDICO LA MAS CERCANA .
 *SE DAN RECOMENDACIONES DE CUIDADO EN CHIKUNGUNYA DENGUE Y ZIKA, SE EXPLICAN MEDIDAS PARA PREVENCION DE LEUCORREA Y
 TOXOPLASMOSIS. PACIENTE COMPRENDE Y ACEPTA.

PLAN Y MANEJO

Evolucion realizada por: MARIA VICTORIA SALAZAR MONTOYA-Fecha: 13/06/17 10:24:53

DIAGNOSTICO Z358 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Tipo PRINCIPAL

ORDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QX

Cantidad	Descripción
1	MONITORIA FETAL ANTEPARTO TARIFA POR SESION

EN UNA SEMANA

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
30,00	1,00	TABLETA SULFATO FERROSO ANHIDRO 200 MG TABLETA 200MG	MORAL	24 Horas	NUEVO
1		CADA DIA POR VO POR 1 MES			
60,00	1,00	TABLETA CALCIO CARBONATO 600MG TABLETA 600MG	ORAL	12 Horas	NUEVO
1		CADA 12 HR POR VO POR 1 MES			

Victoria Salazar

MARIA VICTORIA SALAZAR MONTOYA

Reg. 764612

PROMOCION Y PREVENCION

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 42	FECHA 27/06/2017 05:01:13	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\ DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 52 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

TRIAGE (MOTIVO DE CONSULTA)

EMBARAZADA A TERMINO CON CONTRACCIONES -

OBSERVACIONES

MC: TENGO CONTRACCIONES

ANT PATOLOGICOS: NIEGA
ANT QX: ADENOIDES-AMIGDALECTOMIA-CORNETES
ANT ALERGICOS: NIEGA
MED. ACTUALES: CALCIO-HIERRO
G1P0A0C0

GESTANTE DE 40 SEMANAS CONSULTA POR QUE PRESENTA DOLOR PELVICO TIPO CONTRACCION, CEFALEA, NIEGA PERDIDAS VAGINALES, REFIERE QUE SI HA SENTIDO AL BEBE

AL EXAMEN FISICO PACIENTE ESTABLE

CLASIFICACION TRIAGE: 2 PRIORIDAD II

EPS no acepta este Grupo

Ena Viviana Benitez G

ENA VIVIANA BENITEZ
Reg. 764165
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 43	FECHA 27/06/2017 05:09:22	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS

MOTIVO DE CONSULTA

SE COMENTA Y SE ENVIA AL 6TO PISO ACEPTADA POR JODE DAZA

Ena Viviana Benitez G

ENA VIVIANA BENITEZ
Reg. 764165
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 44	FECHA 27/06/2017 06:32:54	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS

NOTAS ENFERMERIA

INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE GINECOLOGIA EN SILLA DE RUEDAS EN COMPAÑIA DE CAMILLERO Y SIN ACOMPAÑANTE, CONCIENTE, ORIENTADA DE BUENA EVOLUCION, AL EXAMEN FISICO LUCE ALERTA, SE OBSERVA SIN DEFICIT NEUROLOGICO CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS EN HISTORIA CLINICA, G1, P0, EMBARAZO 40 SEMANAS, PERSIVE MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, REFIERE ACTIVIDAD UTERINA, SALIDA DE FLUJO POR VAGINA. CONSULTA POR COLICOS, SE LE INFORMA A LA LINARES. FCF DE 136 X MINUTO.

Nota realizada por: ROBERTO GONZALEZ RUIZ Fecha: 27/06/17 06:33:05

243

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 53 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. CII. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

ROBERTO GONZALEZ RUIZ
Reg. 25704
AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 45	FECHA 27/06/2017 06:39:16	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS

EVOLUCION MEDICO

06+20 INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE PARTO, G1P0 EG 40 SEMANAS, POR REFERIR CONTRACCIONES , SE EVIDENCIA FUVV DD, SE PALPA CALOTA, SE ENCUENTRA EN DILATACION DE 3CM B: 80% E: -2. MEMBRANAS INTEGRAS, EN ESPERA DE VALORACION POR MEDICO PARA DEFINIR CONDUCTA, ACTIVIDAD REGULAR 1 CADA 5 MINUTOS DE BUENA INTENSIDAD DURACION DE 30 SEGUNDOS.

Evolucion realizada por: ANA ISABEL SOTO ECHEVERRY-Fecha: 27/06/17 06:39:18

ANA ISABEL SOTO ECHEVERRY
Reg. 76-5023
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 46	FECHA 27/06/2017 06:43:43	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS

EVOLUCION MEDICO

INGRESO A SALA DE PARTOS

MOTIVO DE CONSULTA:

"TENGO CONTRACCIONES "

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE DE 16 AÑOS G1P0 CON EMBARAZO DE 40 SS QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 4 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR TIPO CONTRACCION QUE AUMENTA DE INTENSIDAD, 1 CONTRACCION CADA 5 MINUTOS, NO SALIDA DE TAPON MUCOSO, REFIERE MOV FETALES PRESENTES. REFIERE CEFALEA QUE MEJORA CON ACETAMINOFEN, ULTIMA DOSIS AYER A LAS 4 PM, NIEGA PREMONITORIOS, GENITORRAGIA, AMNIORREA O SINTOMAS URINARIOS.

REVISION POR SISTEMAS:

NEUROLOGICOS: NIEGA
RESPIRATORIOS: NIEGA
GASTROINTESTINALES: NIEGA
ALZAS TERMICAS: NIEGA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 54 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual:** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

ANTECEDENTES:

OCUPACION: ESTUDIANTE
ESCOLARIDAD: BACHILLERATO, DECIMO
JORNADA LABORAL: NIEGA
PATOLOGICOS: NIEGA
QUIRURGICOS: AMIGDALECTOMIA, TURBINOPLASTIA
TOXICOS: NIEGA
ALERGICOS: NIEGA
TRAUMATICOS: NIEGA
HOSPITALARIOS: NIEGA
TRANSFUSIONES: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
FAMILIARES: MADRE HITORIDOIDISMO, TIA MATERNA DM
ANTECEDENTE FAMILIAR O PERSONAL DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO: NIEGA
ANTECEDENTE DE DENGUE ZIKA O CHICUNGUYA EN EMBARAZO ACTUAL: NIEGA

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS:

ETS: NIEGA
GESTACIONES PREVIAS: NINGUNA

CONTROL PRENATAL:

INICIO SU CPN EN LA SEM: 12
GANANCIA DE PESO: ANTERIOR 69 KG, ACTUAL 76 KG
NIEGA HISTORIA DE HOSPITALIZACIONES DURANTE LA GESTACION. PRESENTO IVU LA CUAL RECIBIO TRATAMIENTO
TA DENTRO DE LIMITES DE NORMALIDAD DURANTE SU CPN. 100/60 MMHG PROMEDIO
VACUNACION: TD 30.11.2016/30.12.2016, INFLUENZA 30.12.2016, DPTA 28.03.2017

PARACLINICOS:

G/RH: O+ 21.11.2016
HB/HTO: 11.7/34.1 01.02.2017
RPR: NEGATIVA 17.05.2017
FTA-ABS: NO REACTIVO 01.02.2017
VIH: NEGATIVO 06.04.2017
AGSHEPB: NEGATIVO 15.11.2016
TOXO IGM: NEGATIVO 17.05.2017/09.02.2017
TOXO IGG: NEGATIVO 21.11.2016
UROCULTIVO: NEGATIVO 06.04.2017
OSULIVAN: NORMAL 06.03.2017
CURVA DE GLICEMIA: NORMAL 06.04.2017
CRV S. AGALACTIAE: NEGATIVO 01.06.2017

ULTIMA ECOGRAFIA:


FECHA: 10.05.2017
PLACENTA: ANTERIOR FUNDICA GRADO II, INSERCIÓN NORMAL
PRESENTACION: CEFALICO DORSO DERECHO
ILA: 19 CM, NORMAL
PFE: 2.198 GR—3.596 GR APROXIMADAMENTE HOY
7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\DIGITAL WARE

244

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 55 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5


No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

EG 33.1 SS

EXAMEN FISICO:

TA: 122/87 MMHG, FC:, 78 XMNFCF: ,FR: 20 XMN, sa02: 98%
PACIENTE ALERTA, ORIENTADA Y COLABORADORA
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS Y REGULARES NO AUSCULTO SOPLOS DURANTE LA EVALUACION
MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIMETRICO NO IDENTIFICO AGREGADOS DURANTE LA EVALUACION
UTERO GRAVIDO
AU: 30 CM
FUVC DD FCF: 130 XMN
TV: D: 3 CM , BTO. 50% , MEMBRANAS INTEGRAS
PELVIS: GM
NO AMNIORREA, NO GENITORRAGIA.
EXTREMIDADES MOVILES SIN EDEMA
NO IDENTIFICO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA

DIAGNOSTICOS:

G1P0
EMB 40SS SEMANAS POR FUR
FUVC DD
RASTREPO SGB VIGENTE 01.06.2017
ARO:
-GESTANTE ADOLESCENTE

PLAN

ACETAMINOFEN 500 MG, 2 TABLETAS VIA ORAL
SE DEJA PACIENTE CON DEAMBULACION, SE REVALORARA EN 4 HORAS. SE SOLICITA MONITORIA FETAL. SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA.
SEGUN EXAMEN FISICO SE DEFINIRA CONDUCTA.

Evolucion realizada por: ESTEPHANIA LINARES LOAIZA-Fecha: 27/06/17 06:44:19

DIAGNOSTICO O479 FALSO TRABAJO DE PARTO SIN OTRA ESPECIFICACION **Tipo** PRINCIPAL

ORDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QX

Cantidad	Descripción
1	MONITORIA FETAL ANTEPARTO TARIFA POR SESION

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
2,00	2,00	TABLETA	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA 500 MG	ORAL	Dosis Unica NUEVO

Estephania Linares Loaiza

ESTEPHANIA LINARES LOAIZA

Reg. 1144058193

MEDICINA GENERAL

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClx Fch
Pag: 56 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cii. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad : 16 AÑOS

FOLIO 47 FECHA 27/06/2017 09:53:16 TIPO DE ATENCIÓN URGENCIAS

EVOLUCION MEDICO

PACIENTE DE 18 AÑOS G1P0 CON EMBARAZO DE 40 SS, QUIEN SE ENCONTRABA DEAMBULANDO. SE REVALORA PACIENTE, COMENTA ACTIVIDAD UTERINA REGULAR DE AUMENTO DE INTENSIDAD, AL EXAMEN FISICO TV: 4-5 CM, B: 80%, E: -2, MEMBRANAS INTEGRAS. MONITORIA FETAL CATEGORIA I. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES.

SE HOSPITALIZA PARA CONDUCCION DE TRABAJO DE PARTO. SE COMENTARA CON GINECOLOGA DE TURNO.

Evolucion realizada por: ESTEPHANIA LINARES LOAIZA-Fecha: 27/06/17 09:53:19

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad Descripción
1 HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH

RECIEN NACIDO

1 SEROLOGIA (RPR) EN SUERO

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Cantidad Descripción
1 ASISTENCIA DEL PARTO NORMAL CON EPISIORRAFIA Y/O PERINEORRAFIA SOD INCLUYE CON O SIN RUP

Estephania Linares Loaiza

ESTEPHANIA LINARES LOAIZA

Reg. 1144058193

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad : 16 AÑOS

FOLIO 48 FECHA 27/06/2017 10:52:41 TIPO DE ATENCIÓN URGENCIAS

EVOLUCION MEDICO

SE REVISAN ORDEENS MEDICAS DLE DIA DE HOY, INGRESA PACIENTE A TRABAJO DE PARTO PARA CODNUCCION. EN ESPERA DE EVOLUCION

Evolucion realizada por: ANA ISABEL SOTO ECHEVERRY-Fecha: 27/06/17 10:52:43

Ana Isabel Soto Echeverry

ANA ISABEL SOTO ECHEVERRY

Reg. 76-5023

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad : 16 AÑOS

FOLIO 49 FECHA 27/06/2017 11:45:53 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

INGRESA USUARIA AL SERVICIO CON ORDENES DE LA DR LINARES PARA HOSPITALIZAR EN TRABAJO DE PARTO PACIENTE ACOMPAÑADA DE AUXILIAR CONCIENTE Y ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA REFIERE SENTIRCE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES , NIEGA 7J.O *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL DIGITAL WARE

245

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsCixFch
Pag: 57 de 90
Fecha: 03/05/19
Getareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- **PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO**
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrió:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

SIGNOS PREMONITORIOS LOS CUALES SE LE RECUERDAN, AFEBRIL SIN ALTERACION EN SU PATRON RESPIRATORIO, CON PIEL INTEGRAL CON DX ANOTADOS EN HC G1P0 EDAD GESTACIONAL 40SS SE OBSERVA ABDOMEN GRAVIDO DE ACUERDO A SU EDAD GESTACIONAL, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES PACIENTE CON ACTIVIDAD UTERINA DE BUENA INTENSIDAD Y DURACION , SE CANALIZA ACCESO VENOSO CON CATETER NUMERO 18 EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO. SE TOMA SEROLOGIA SE DEJA CON LEV SSN 0.9% 500 CC PARA MANTENIMIENTO DE VENA , PACIENTE SIN ANTECEDENTES DE ZIKA, DENGUE Y CHICUNGUÑA A SE PONEN SUS RESPECTIVAS MANILLAS DE IDENTIFICACION DR. HACE FIRMAR CONSENTIMIENTOS PERTINENTES, SE LE INDICA UBICARCE EN POSICION DE CUBITO LATERAL IZQUIERDO PARA DAR MAS OXIGENO A FETO Y REFIERE ENTENDER SE RELIZA MONITORIA FETAL DE CONTROL SE DEJA TRAZO EN HC.

PARACLINICOS
 G/RH: O+ 21.11.2016
 HB/HTO: 11.7/34.1 01.02.2017
 RPR: NEGATIVA 17.05.2017
 FTA-ABS: NO REACTIVO 01.02.2017
 VIH: NEGATIVO 06.04.2017
 AGSHEPB: NEGATIVO 15.11.2016
 TOXO IGM: NEGATIVO 17.05.2017/09.02.2017
 TOXO IGG: NEGATIVO 21.11.2016
 UROCULTIVO: NEGATIVO 06.04.2017
 OSULIVAN: NORMAL 06.03.2017
 CURVA DE GLICEMIA: NORMAL 06.04.2017
 CRV S. AGALACTIAE: NEGATIVO 01.06.2017
 DPTA 28.03.2017

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO. SE REALIZA VALORACION DEL RIESGO DE CAIDAS EL CUAL SE DEJA EN HISTORIA CLINICA, SE EXPLICA USO DE MARQUILLAS DE IDENTIFICACION. QUEDA CON MANILLA BLANCA Y ROJA.
 SE HACE ENFASIS EN PREVENCION DE ACCIDENTES Y USO DE BARANDAS ARRIBA. SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE VISITA DE FAMILIAR CADA DOS HORAS.

Nota realizada por: LINA MARCELA VALENCIA MANZANO Fecha: 27/06/17 11:45:58

Lina Valencia
 LINA MARCELA VALENCIA MANZANO
 Reg. 76-1297
 AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMPENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 51	FECHA 27/06/2017 13:19:38	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

ENTREGO USUARIA EN SU HABITACION EN CAMA ACOSTADA , CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, NIEGA PREMONIOTORIOS LOS CUALES SE LE RECUERDAN, DE BUENA EVOLUCION, SIGNOS VITALES ESTABLES, AFEBRIL, SIN ALTERACION EN SU PATRON RESPIRATORIO, CON PIEL INTEGRAL, CONTINUA EN TRABAJO DE PARTO ESPONTANEO FASE ACTIVA QUEDA , CON LIQUIDOS VENOSOS PERMEABLES PASANDO SSN9% X 500ML A 50CC/H X B.I., EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN SIGNOS DE FLEBITIS, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES, QUEDA CON BUENA ACTIVIDAD UTERINA 4X10 DE 45", NIEGA PERDIDAS VAGINALES SOLO SALIDA DE TAPON MUCOSO , AL TACTO VAGINAL PCTE SE ENCUENTRA EN D4CM BTO70% E-2 MI QUEDA MONITORIA FETAL DE CONTROL EN HC , PACIENTE QUE ELIMIAN ESPONTANEO EN BAÑO , SE BRINDA EDUCACION A LA USUARIA SOBRE LOS CUIDADOS Y SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClixFch
Pag: 58 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. Hís. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

TRABAJO DE PARTO Y SOBRE EL USO DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD CLINICA, SE HACE ENFASIS EN MOVILIZACION ASISTIDA CON CALZADO ADECUADO, E HIGIENE ORAL, SE ELEVAN BARANDAS DE LA CAMA PARA EVITAR RIESGO DE CIADA, SE LE INFORMA SOBRE DICHA PREVENCIÓN, SIN MAS CMABIOS POR EL MOMENTO QUEDA EN COMPAÑIA DE AUXILIAR ENCARGADA DE ASIGNACION.

Nota realizada por: LINA MARCELA VALENCIA MANZANO Fecha: 27/06/17 13:50:00

Lina Valencia

LINA MARCELA VALENCIA MANZANO

Reg. 76-1297

AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMPENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 52	FECHA 27/06/2017 13:22:17	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

Lina Valencia

LINA MARCELA VALENCIA MANZANO

Reg. 76-1297

AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMPENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 53	FECHA 27/06/2017 13:32:29	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

SE REVISAN ORDENES MEDICAS, CONTINUA OCN TRABAJO DE PARTO

Evolucion realizada por: ANA ISABEL SOTO ECHEVERRY-Fecha: 27/06/17 13:32:32

Ana Isabel Soto Echeverry

ANA ISABEL SOTO ECHEVERRY

Reg. 76-5023

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMPENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 54	FECHA 27/06/2017 14:27:23	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

RECIBO PACIENTE ADULTA DE 16 AÑOS, EN CAMA EN POSICION SUPINO, CON CABECERA A 45 GRADOS , G1P0 CON EMBARAZO DE 40 SEMANAS EN INDUCCION DE TRABAJO ESPONTANEO, PACIENTE CON GLASGOW 15/15 , DESPIERTA, CONCIENTE Y ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, NIEGA SIGNOS PREMONITORIOS LOS CUALES SE LE RECUERDAN, CON ACCESO VENOSO PERMEABLE EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN SIGNOS DE FLEBITIS PASANDO SOLUCION SALINA NORMAL A 50CC/H POR BOMBA DE INFUSION, PACIENTE CON ACTIVIDAD UTERINA DE BUENA INTENCIDAD , PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, NIEGA PERDIDAS VAGINALES, MEMBRANAS INTEGRAS, TIENE MONITORIA FETAL DE LAS 12+15 HORAS REVISADA POR LA DRA. LINARES QUIEN DICE QUE ES CATEGORIA I, PCTE CON VALORACION

7.J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\ DIGITAL WARE

246

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 59 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- **PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO**
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

DE RIESGO DE CAIDAS, SE LE DAN TODAS LAS RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD CLINICA PARA PREVENIR RIESGOS DE CAIDA Y POR EL CUAL TIENE MANILLA ROJA, SE ENFATIZA EN EL USO DEL TIMBRE DE LLAMADO EL CUAL SE VERIFICA SU FUNCIONAMIENTO, USO DE LAS BARANDAS DE LA CAMA SIEMPRE ARRIBA, HIGIENE ORAL 3V/DIA, MOVILIZACION ASISTIDA, USO DE CALZADO SEGURO Y ADECUADO, SE VIGILAN CAMBIOS

Nota realizada por: MONICA ALVAREZ ABADIA Fecha: 27/06/17 14:00:27

MONICA ALVAREZ ABADIA
Reg. 76-1645
AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 55	FECHA 27/06/2017 15:04:44	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

DIAGTICO:

- 1. G1P0
- 2. EMB 40 SS
- 3. TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA

PACIENTRE DE 16 AÑOS CON DILATACION 5 CM, BORRAMIENTO:80%, ESTACION -1 CON ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR POR LO QUE SE INICIA REFUERZO CON OXITOCINA TITULABLE SEGUN ACTIVIDA UTERINA, FCF: 150LPM, BICHOP FAVORABLE, ATENTOS A EVOLUCION.

Evolucion realizada por: ANA MARIA BELTRAN GARCIA-Fecha: 27/06/17 15:04:47

ANA MARIA BELTRAN GARCIA
Reg. 1143845981
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 56	FECHA 27/06/2017 17:41:34	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

NOTA TARDIA POR CONGESTION DEL SERVICIO:

DIAGTICOS:

- 1. G1P0
- 2. EMB 40 SS
- 3. TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA

TACTO: 16+30
PACIENTRE DE 16 AÑOS CON DILATACION 8CM, BORRAMIENTO:80%, ESTACION -1 CON

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\ DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClixFch
Pag: 60 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, BINOMIO ESTABLE HEMODINAMICAMNETE, ATENTOS A EVOLUCION.
Evolucion realizada por: ANA MARIA BELTRAN GARCIA-Fecha: 27/06/17 17:41:37

ANA MARIA BELTRAN GARCIA
Reg. 1143845981
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 57	FECHA 27/06/2017 18:22:17	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO
DIAGTICOS:

1. G1P0
2. EMB 40 SS
3. TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA

PACIENTRE DE 16 AÑOS CON DILATACION 10CM, BORRAMIENTO:90%, ESTACION -1, SE REALIZA AMNIOTOMIA A LAS 18+23 CON PRESENCIA DE LIQUIDO CLARO EUTERMICO, ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, BINOMIO ESTABLE HEMODINAMICAMNETE, ATENTOS A EVOLUCION
Evolucion realizada por: ANA MARIA BELTRAN GARCIA-Fecha: 27/06/17 18:22:20

ANA MARIA BELTRAN GARCIA
Reg. 1143845981
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 58	FECHA 27/06/2017 20:20:16	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

SE TRASLADA USUARIA A SALA DE PARTOS EN ESPULSIVO EN SILLA DE RUEDAS CON MERDICO FCF:144
Nota realizada por: MONICA ALVAREZ ABADIA Fecha: 27/06/17 20:20:23

MONICA ALVAREZ ABADIA
Reg. 76-1645
AUXILIAR ENFERMERIA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\ DIGITAL WARE

247

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 61 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. CII. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMPENALCO -G OCHO SAS Edad : 16 AÑOS

FOLIO 59 FECHA: 27/06/2017 20:20:58 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN

EVOLUCION MEDICO

NOTA REALIZADA A ESTA HORA POR CONGESTION DEL SERVICIO
PACIENTE DE 16 AÑOS CON GESTACION A TERMINO, DILATACION COMPLETA, BORRAMIENTO COMPLETO, ESTACION -1, CON MALOS PUJOS POR LO QUE SE REFORZO MANEJO CON OXITOXINA, MONITORIZACION CONTINUA, SIN EMBARGO POCO DESCENSO POR LO QUE ME COMUNICO CON GINECOLOGA DE TURNO DRA VILLOTA QUIEN DECIDE TRASLADAR A SALA DE PARTOS.

NOTA DE ATENCION DEL PARTO

DANE: 4178952-9
HORA: 20:13
RUPTURA DE MEMBRANAS: 6+2

PACIENTE CON DILATACION Y BORRAMIENTO COMPLETO FETO EN ESTACION -1
SE ORDENA TRASLADO A LA SALA DE PARTOS Y UBICACION EN POSICION DE LITOTOMIA
SE REALIZA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS Y COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
SE ATIENDE PARTO POR GINECOLOGA DE TURNO DR VILLOTA CON REQUERIMIENTO DE REALIZACION DE MANIOBRA CRISTELER A LAS 20:13
FUVC-D

SEXO: MASCULINO
APGAR: 8/10 A LOS 1 MIN, 10/10 A LOS 5 MIN, 10/10 A LOS 10 MIN
PESO: 4000
TALLA: 54
PC: 38
PT: 36
PA: 34
NO HA PRESENCIA DE CIRCULAR
SE REALIZA CLAMPEO HABITUAL DEL CORDON UMBILICAL

RECIEN NACIDO EN PRESENTACION COMPUESTA, ACTIVO SIN DEFECTOS CONGENITOS EVIDENCIADOS, SE COLOCA RECIEN NACIDO EN CONTACTO PIEL A PIEL CON LA MADRE, AL EXAMEN FISICO INICIAL
COANAS Y RECTO PERMEABLES
MECONIO: +
DIURESIS: -
SV TA : 57/80MMHG FC: 102 FR: 20 SAT O2: 98
SE REALIZA ASPIRADO POR ORDEN DE PEDIATRA
SE REALIZA PROFILAXIS OCULAR CON YODOPOVIDONA
SE REALIZA ASEO DEL CORDON UMBILICAL CON ALCOHOL
SE APLICA VIT K INTRAMUSCULAR

ALUMBRAMIENTO A LOS 5 MIN
SE REALIZA MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO CON OXITOCINA 10U IV DIRECTAS - TRANCION CONTROLADA DEL CORDON UMBILICAL Y MASAJE UTERINO
PLACENTA TIPO SHULTZE COMPLETA 14-18 COTILEDONES
CORDON UMBILICAL DE 3 VASOS

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsCkFch
Pag: 62 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afilado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

A LA INSPECCION VAGINAL NO SE EVIDENCIAN LESIONES SANGRANTES.

A LA INSPECCION VAGINAL SE EVIDENCIAN DESGARRO GRADO 2
PREVIA INFILTRACION CON LIDOCAINA
SE REALIZA SUTURA POR PLANOS CON CATGUT 2-0

SE DEJA UTERO TONICO
SANGRADO ESCASO
TACTO VAGINAL Y RECTAL SIN ALTERACIONES
SV TA 110/80MMHG, FC 90, FR 18 T
SE FINALIZA ATENCION SIN COMPLICACIONES

ORDENES MATERNAS:

- * OXITOCINA AMP 10UI APLICAR 10UI IV LENTAS AHORA.
- * OXITOCINA AMP 10UI 2 AMP + 500CC DE SSN Y PASAR EN 4 HORAS (125CC/H) -80MUI/MIN-
- * ACETAMINOFEN TAB 500MG DAR 2 TABLETAS DOSIS UNICA
- * TRASLADO DEL BINOMIO MADRE-HIJO A SALA DE PUERPERIO.
- * DIETA COMUN -RICA EN LIQUIDOS Y FIBRA-
- * VIGILAR INVOLUCION UTERINA Y SANGRADO VAGINAL.
- * ESTIMULAR LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.
- * EDUCACION EN PUERICULTURA.
- * DEAMBULACION ASISTIDA.
- * VIGILAR DIURESIS Y TOLERANCIA DE LA VIA ORAL.
- * CONTROL DE SIGNOS VITALES.

ORDENES DEL RN:

- * PROFILAXIS OCULAR CON YODOPOVIDONA.
- * VIT K 1MG IM AHORA.
- * ASEO DEL MUÑON DEL CORDON UMBILICAL CON ALCOHOL.
- * SS: HEMOCLASIFICACION Y TSH.
- * DIETA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.
- * TRASLADO DEL BINOMIO MADRE-HIJO A SALA DE PUERPERIO.
- * PENDIENTE: REPORTE DE SEROLOGIA MATERNA.
- * PENDIENTE: INICIAR ESQUEMA DE VACUNACION.

.....
.....
Evolucion realizada por: ANA MARIA BELTRAN GARCIA-Fecha: 27/06/17 20:21:01

ANA MARIA BELTRAN GARCIA
Reg. 1143845981
MEDICINA GENERAL

248

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 63 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV. MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. CII. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual: 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad: 16 AÑOS

FOLIO 60 FECHA 27/06/2017 20:47:35 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

PREVIA ANTISEPSIA DE PERINE CON YODADOS Y AGUA ESTERIL. DRA MESA ATIENDE PARTO VAGINAL DE RECIEN NACIDO SEXO MASCULINO EN PRESENTACION COMPUESTA A LAS 20:11 SE OBSERVA HIPOTONICO Y CON DEBIL TONO. SE INFORMA DE INMEDIATO A JEFE Y PEDIATRA DE TURNO. SE CLAMPEA CORDON. SE REALIZA ESTIMULO CON COMPRESAS ESTERILES. SE PASA A MESA DE CALOR RADIANTE A TEMPERATURA ADECUADA. PASADOS 30 SEGUNDOS RECIEN NACIDO CON LLANTO FUERTE. SE ASPIRA ABUNDANTES SECRESIONES HIALINAS POR BOCA Y NARIZ. SE SECA CON COMPRESAS. SE REALIZA PROFILAXIS CON YODORIVINDONA OFTALMICA 1 GOTTA EN CADA OJO. ALCOHOL 70% EN EL MUON UMBILICAL Y VITAMINA K 1 AMP IM EN CARA LATERAL DE MUSLO DERECHO. SE TOMAN MEDIDAS ANTROPOMETRICAS PESO: 4000 GM, TALLA: 54 CM, PERIMETRO CEFALICO: 38 CM, PERIMETRO TORACICO: 36 CM Y PERIMETRO ABDOMINAL: 34 CM. MECONIO POSITIVO. DIURESIS NEGATIVA. SE VISTE Y SE DEJA EN INCUBADORA PARA MANTENER TEMPERATURA. SE VIGILAN SIGNOS DE ALARMA. SE TOMA MUESTRA PARA TSH Y HEMOCLASIFICACION. SE COLOCA MANILLA DE IDENTIFICACION. SE PRODUCE ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO DE PLACENTA Y MEMBRANAS COMPLETAS. PREVIA ADMINISTRACION DE 10 UNIDADES DE OXITOCINA SEGUN PROTOCOLO. DRA MESA REALIZA MASAJE EN FONDO DE UTERO OBTENIENDO SALIDA DE SANGRE RESIDUAL EN Poca CANTIDAD. PROCEDE A SUTURAR DESGARRO GRADO II SIN COMPLICACIONES BAJO ANESTESIA LOCAL. SE TRASLADA USUARIA EN CAMILLA A PUERPERIO. SE OBSERVA CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA SIN PRESENTAR PREMONITORIOS. CON ACCESO VENOSO PERMEABLE EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PASANDO LEV. SOLUCION SALINA 4.30 UNIDADES DE OXITOCINA PARA 4 HORAS. MAMAS SECRETANTES. UTERO TONICO A NIVEL INFRAUMBILICAL. SANGRADO VAGINAL ESCASO. SE BRINDAN RECOMENDACIONES SOBRE SIGNOS DE ALARMA COMO VIGILANCIA DE SANGRADO VAGINAL. MOVILIZACION ASISTIDA POR ENFERMERIA 6 HORAS DESPUES DEL NACIMIENTO NO HACERLO SOLA. TAMBIEN SOBRE INICIO DE VIA ORAL AHORA SIN RESTRICCION. SE TRASLADA MATERNA. PERO RECIEN NACIDO QUEDA EN INCUBADORA. CON OXIGENO A FLUJO LIBRE POR INHALOCAMARA LLANTO FUERTE. SUCCION POSITIVA. MUON UMBILICAL BIEN CLAMPEADO. ELIMINACION NEGATIVA, MECONIO POSITIVO Y VACUNACION NEGATIVA. SE EDUCA SOBRE LA IMPORTANCIA DE MANTENER BARANDAS EN ALTO. PENDIENTE EVOLUCION DURANTE SU PUERPERIO INMEDIATO. SIGNOS VITALES MATERNOS: TA: 104/67, FC: 100, FR: 20, T: 36.7, SAO2: 96%. SIGNOS VITALES DEL RECIEN NACIDO: TA: 68/42 (58), FC: 154, FR: 58, T: 36.5, SAO2 PRE: 98%, SAO2 POST: 97%. LINA MARCELA PARRA GOMEZ

(Nota realizada por: LINA MARCELA PARRA GOMEZ Fecha: 27/06/17 20:14:00)

LINA MARCELA PARRA GOMEZ

Reg: 76-5250

AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad: 16 AÑOS

FOLIO 62 FECHA 27/06/2017 21:12:28 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

SE ABRE FOLIO PARA FORMULAR MEDICAMNTOS

Evolucion realizada por: ANA MARIA BELTRAN GARCIA-Fecha: 27/06/17 21:12:33

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
4,00	4,00	AMPOLLAS OXITOCINA SLN INY 10 UI 10 U./ML	INTRAVENOSO	Dosis Unica	NUEVO

VER ORDENES MEDICAS

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 64 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cji. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

ANA MARIA BELTRAN GARCIA

Reg. 1143845981

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 64	FECHA 27/06/2017 23:12:54	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

PEDIATRIA.

NACIO POR PARTO. REQUIRIO CRISTELER. MACROSOMICO.

S. MADRE REFIERE MECONIO +, DIURESIS +. TOLERA VIA ORAL. TRANQUILO.

O. FC 115, FR 39, T 37, SAO2 99% AMBIENTE. ROSADO, NO DISNEA, TRANQUILO. MUCOSAS HUMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, CABEZA CON FONTANELAS PERMEABLES, NO TENSAS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS. MV +. NO SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, NO MEGALIAS. GU NORMAL. SNC ALERTA. REFLEJOS +. MIEMBRO SUPERIOR DERECHO FUERZA 1/5. NO FX EVIDENTES. PULSOS ++ A/P- PTE CON FOCALIZACION A NIVEL DE MSD, PAREZIA IMPORTANTE, MACROSOMIA FETAL, EXPULSIVO DIFICIL POR PRESENTACION COMPUESTA. DEBE DESCARTARSE FX CLAVICULA CON AFECCION DEL PLEJO BRAQUIAL. EXPLICO A LA MAADRE. DEJO EN OBSERVAICON Y SS RX MSD.

Evolucion realizada por: ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO-Fecha: 27/06/17 23:12:57

ORDENES DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

Cantidad	Descripción
1	<u>RADIOGRAFIA DE CLAVICULA</u> MIEMBRO SUP DER

ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO

Reg. 76433112

PEDIATRIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 65	FECHA 27/06/2017 23:59:02	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

RECIBO PACIENTE DE 16 AÑOS DE EDAD, EN SU HABITACION EN CAMA CON BARANDAS ELEVADAS, EN DECUBITO LATERAL DERECHO, PCTE QUE SE OBSERVA DESPIERTA, CONCIENTE Y ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, CON GLASGOW DE 15/15 REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA SIGNOS PREMONITORIOS LOS CUALES SE LE RECUERDAN, RECIBE Y TOLERA LA VIA ORAL CON MUCOSAS ORALES HUMEDAS APERTURA OCULAR ESPONTANEO . . CON PIEL INTEGRAL, CON TORAX SIMETRICO BUEN PATRON RESPIRATORIA SIN SOPORTE DE OXIGENO SE OBSERVAN MAMAS SECRETANTES, APTAS PARA LA LACTANCIA MATERNA, SE LE INDICA LA IMPORTANCIA DE LA LAXTANCIA MATERNA EXCLUSIVA LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA UTERO TONICO, INVOLUCIONANDO SATISFACTORIAMENTE, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE A LA PALPACION, SANGRADO VAGINAL ESCASO, AUN SIN ELIMINACION DESPUES DE PARTO , CON MIEMBROS INFERIORES SIMETERICOS BUEN LLENADO CAPILAR BUENA PERFUCION DISTAL AUN SIN MOVILIZACION DESPUES DE PARTO , SE BRINDA EDUCACION A LA MADRE SOBRE LOS CUIDADOS Y SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO COMO AVISAR SI EL

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\ DIGITAL WARE

249

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 65 de 90
Fecha: 03/05/19
Getareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. CII. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

SANGRADO VAGINAL AUMENTA, HIGIENE ORAL 3 VECES AL DIA, MOVILIZACION ASISTIDA CON CALZADO ADECUADO Y SEGURO.
RECIBO RECIEN NACIDO SEXO MASCULINO ACTIVO, ROSADO , LLANTO FUERTE, REFLEJO DE SUCCION PRESENTE, BUEN AGARRE, MORO Y
DEMAS REFLEJOS PRESENTES, RECIBE Y TOLERA LA LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA, MUÑON UMBILICAL SANO SIN SIGNOS DE
INFECCION LOCAL, NO SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE A LA PALPACION, DIURESIS(-),
MECONIO(-) Y VACUNACION (-)
CON GLUCOMETRIA DE 103 MG/DL

SE REFUERZA INFORMACION A LA MADRE SOBRE LOS CUIDADOS Y SIGNOS DE ALARMA DEL RECIEN NACIDO COMO LA LACTANCIA MATERNA A
LIBRE DEMANDA SIN DEJAR PASAR MAS DE 2 HORAS SIN LACTAR A SU RECIEN NACIDO, SI LO NOTA MUY DORMIDO DIFICIL DE PEGAR AL
SENO DEBE INFORMAR AL PERSONAL DE ENFERMERIA, SE LE ENSEÑAN LOS CUIDADOS DEL MUÑON UMBILICAL, SE LE REALIZA PROFILAXIS Y
SE LE EXPLICA A LA MADRE.
PCTE INFORMADA EN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA Y SE LE DAN TODAS LAS RECOMENDACIONES Y USO DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD
CLINICA PARA PREVENIR RIESGOS DE CAIDA Y POR EL CUAL TIENE MANILLA ROJA, PCTE CON TARJETA DE RIESGO DE CAIDA LA CUAL
REFIERE HABER LEIDO JUNTO CON EL FAMILIAR, QUIENES REFIEREN ENTENDER TODAS LAS RECOMENDACIONES, SE DEJAN BARANDAS DE LA
CAMA ELEVADAS, SIN MAS CAMBIOS POR EL MOMENTO.

Nota realizada por: MARIA DEL PILAR GARCIA OSORIO Fecha: 27/06/17 21:00:00

MARIA DEL PILAR GARCIA OSORIO
Reg. 760307
AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 67	FECHA 28/06/2017 00:34:01	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

DANIELA MEDINA CASTAÑEDA
Reg. 76-8145
AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 70	FECHA 28/06/2017 01:36:22	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

PACIENTE EN EL MOMENTO PRESRNTA PICO FEBRIL, 38°C, SE LE DA ORDEN DE CH Y PCR Y REVALORAR CON RESULTADO, SE ORDENA
ACETAMINOFEN 1 GR ORAL

Evolucion realizada por: LUCIA CARDENAS MORLA-Fecha: 28/06/17 01:36:26

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad Descripción

73.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 66 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual:** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Call) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

1 HEMOGRAMA IV

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO IV :
PARAMETROS LEUCOCITARIOS :
Leucocitos :19.65 x10³ 4.0 - 10.0
%Neutrófilos :84.7 % 45 - 69
%Linfocitos :6.9 % 15 - 50
%Monocitos :8.3 % 0 - 10
%Eosinófilos :0.0 % 1 - 5
%Basófilos :0.1 % 0 - 2
Recuento Diferencial absoluto :
#Neutrófilos :16.65 x10³ 1.8 - 6.9
#Linfocitos :1.35 x10³ 0.6 - 5.0
#Monocitos :1.64 x10³ 0 - 1.0
#Eosinófilos :0.00 x10³ 0 - 0.5
#Basófilos :0.01 x10³ 0 - 0.02
PARAMETROS ERITROCITARIOS :
Eritrocitos :4.11 x10⁶ 4.00 - 5.00
Hemoglobina :11.4 g/dl 12.0 - 16.0
Hematocrito :34.9 % 35 - 48
Volumen Corpuscular Medio (MCV) :84.9 fL 80 - 96
Hemoglobina Corpuscular Media (MCH) :27.7 pg 27 - 33
Concentración Media de Hemoglobina Corpuscular (MCHC) :32.7 g/dl 29 - 37
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW) :14.4 % 11 - 16
PARAMETROS PLAQUETARIOS :
Recuento de Plaquetas (PLT) :262 x10³ 150 - 450
Volumen Plaquetario Medio (MPV) :10.7 fL 9 - 13
Citometría de Flujo :
RECUENTO DIFERENCIAL EN LAMINA :
Neutrofilos :86
Linfocitos :5
Monocitos :6
Linfocitos Atípicos :1
Cayados :2
FECHA Y HORA DE APLICACION:28/06/2017 03:04:00REALIZADO POR : 805013591

1 PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION

Proteina C Reactiva Cuantitativa :43.71 mg/L Menor de 5
Inmunoturbidimetría :
FECHA Y HORA DE APLICACION:28/06/2017 02:26:00REALIZADO POR : 805013591

250

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 67 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

LUCIA CARDENAS MORLA
Reg. 762989
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 71	FECHA 28/06/2017 01:44:15	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

SE LE INICA GENTAMICINA Y CLINDAMICINA ENDOVENOSA

Evolucion realizada por: LUCIA CARDENAS MORLA-Fecha: 28/06/17 01:44:20

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
4,00	1,00	AMPOLLAS CLINDAMICINA 600 MG AMPOLLA 600 MG	INTRAVENOSO	6 Horas	NUEVO
1,00	1,00	AMPOLLAS GENTAMICINA 160 MG AMPOLLA 2ML	INTRAVENOSO	24 Horas	NUEVO

LUCIA CARDENAS MORLA
Reg. 762989
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 72	FECHA 28/06/2017 02:38:44	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

paciente que refiere dolor abdominal se observa con labios superiores genitales con edema , se informa a medico de turno que le realiza revision encontrando poco coagulos paciente refiere dolor se paciente con frecuencia cardiaca de 125 por minuto se toma temperatura se observa con temperatura de 38 grados se toma exámenes de laboratorio ch y pcr , por orden medica y se administra 1 gramo de acetaminofen via oral ,

Nota realizada por: MARIA DEL PILAR GARCIA OSORIO Fecha: 28/06/17 02:00:00

MARIA DEL PILAR GARCIA OSORIO
Reg. 760307
AUXILIAR ENFERMERIA

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 68 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etaeo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cii. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad : 16 AÑOS
FOLIO 75 FECHA 28/06/2017 04:24:16 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

SE REVISÓ HC, SE CUMPLEN ORDENES MEDICAS.

Nota realizada por: GISELLE DIAZ GOMEZ Fecha: 28/06/17 04:24:18

Giselle Diaz G.

GISELLE DIAZ GOMEZ

Reg. 76-1603

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad : 16 AÑOS
FOLIO 76 FECHA 28/06/2017 05:14:41 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

Daniela Medina

DANIELA MEDINA CASTAÑEDA

Reg. 76-8145

AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad : 16 AÑOS
FOLIO 77 FECHA 28/06/2017 05:27:02 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

ENTREGO PACIENTE EN CAMA CON BARANDAS ELEVADAS, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR ESPOSO, EN POSICION SUPINO, PCTE QUE SE OBSERVA DESPIERTA, CONCIENTE Y ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, TRANQUILA, CALMADA, NIEGA SIGNOS PREMONITORIOS LOS CUALES SE LE RECUERDAN, SIN ALTERACION EN SU PATRON RESPIRATORIO, CON PIEL INTEGRAL, SE OBSERVAN MAMAS SECRETANTES, APTAS PARA LA LACTANCIA MATERNA, SE LE INDICA LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA, CON VENOPUNCION PERMEABLE PARA PASO DE PLAN DE LIQUIDOS Y MEDICAMENTOS, PACIENTE QUE SE OBSERVA EN MEJORES CONDICIONES DE SALUD ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE A LA PALPACION, UTERO TONICO CON GLOBO DE SEGURIDAD INFRAUMBILICAL, PACIENTE CON EDEMA EL LABIOS SUPERIORES EXTERNOS, SE OBSERVA CON SANGRADO VAGINAL ESCASO REFIERE DOLOR ABDOMINAL, ELIMINA ESPONTANEO AMARILLA CLARA, SE MOVILIZA SIN COMPLICACIONES, SE INICIA ANTIBIOTICO POR ORDEN MEDICA, SE BRINDA EDUCACION A LA MADRE SOBRE LOS CUIDADOS Y SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL PUERPERIO POR LOS CUALES DEBEN AVISAR INMEDIATAMENTE, PACIENTE QUEDA CON TEMPERATURA DE 36.5 GRADOS

PENDIENTE VALORACION MEDICO TRATANTE

RECIBO RECIENTE NACIDO SEXO MASCULINO ACTIVO, ROSADO, LLANTO FUERTE, REFLEJO DE SUCCION PRESENTE, MORO Y DEMAS REFLEJOS, TOLERA LA LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA, MUÑON SANO SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, SE LE REALIZA PROFILAXIS UMBILICAL Y SE EXPLICA A LA MADRE NO SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MECONIO(-), ELIMINACION (-) Y VACUNACION (-)

SE OBSERVA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO SIN MOVILIZACION. RECIENTE NACIDO CN GLUCOMETRIA DE 54 MG / DL

PENDIENTE RX DE HOMBRO DERECHO

PENDIENTE ELIMINACION VACUNACION Y MECONIO

SE BRINDA EDUCACION A LA MADRE SOBRE LOS CUIDADOS Y SIGNOS DE ALARMA DEL RECIENTE NACIDO COMO LA LACTANCIA MATERNA A

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL DIGITAL WARE

257

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsCixFch
Pag: 69 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- **PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO**
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

LIBRE DEMANDA COMO MINIMO CADA DOS HORAS, SI EL RECIEN NACIDO ESTA MUY DORMIDO O DIFICIL DE LACTAR SE DEBE INFORMAR AL PERSONAL DE ENFERMERIA
SE LE DAN RECOMENDACIONES Y USO DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD CLINICA PARA PREVENIR RIESGOS DE CAIDA Y POR EL CUAL TIENE MANILLA ROJA, PCTE CON TARJETA DE RIESGO DE CAIDA LA CUAL REFIERE HABER LEIDO JUNTO CON EL FAMILIAR, QUIENES REFIEREN ENTENDER TODAS LAS RECOMENDACIONES, SE DEJAN BARANDAS DE LA CAMA ELEVADAS, SE ENFATIZA EN EL USO DE CALZADO ADECUADO Y SEGURO E HIGIENE ORAL 3V/DIA, SIN MAS CAMBIOS POR EL MOMENTO.

Nota realizada por: **MARIA DEL PILAR GARCIA OSORIO** Fecha: 28/06/17 06:00:00

MARIA DEL PILAR GARCIA OSORIO
Reg. 760307
AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 79	FECHA 28/06/2017 05:43:12	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

MARIA DEL PILAR GARCIA OSORIO
Reg. 760307
AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 80	FECHA 28/06/2017 08:59:42	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

06+00 Recibo binomio en cama; madre adulta; despierta en posicion supino; afebril; hemodinamicamente estable; conciente y orientada en sus tres esferas; en compañía de recién nacido masculino; paciente refiere sentirse bien; con diagnosticos anotados en historia clinica; al examen fisico se observa manillas blanca de identificacion y roja de alto riesgo de caidas; escleras anictericas; mucosa oral hidratada y rosada; torax simétrico, sin signos de dificultad respiratoria; mamas secretantes adecuadas para lactar; pulsos perifericos fuertes con buen llenado capilar; sin acceso venoso canalizado; abdomen blando y depresible con peristaltismo positivo; utero tonico a nivel infraumbilical e involucionado satisfactoriamente; genitales integros con sangrado vaginal escaso y sin mas para resaltar. Se recuerda la importancia de la lactancia materna exclusiva, el uso de las barandas elevadas para disminuir el riesgo de caídas y el uso del timbre en caso necesario. LINA MARCELA PARRA GOMEZ.

RN: Recibo recién nacido masculino de 4000gr y 54cm; en cama; despierto en posicion supino, afebril; activo/reactivo; con buen reflejo de succion y de agarre; en compañía de la mama; al examen fisico se observa manilla de identificacion; fontanelas normotensas con suturas levemente cabalgadas; escleras anictericas; mucosa oral hidratada y rosada; torax simétrico, sin signos de dificultad respiratoria; pulsos perifericos fuertes con buen llenado capilar; abdomen blando y depresible con peristaltismo positivo; muñon umbilical clampeado, sin signos de infeccion ni de sangrado activo evidente; genitales integros y sin mas para resaltar. DIURESIS (-), MECONIO (+), VACUNACION (-). LINA MARCELA PARRA GOMEZ.

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsCixFch
Pag: 70 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etaeco: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

Nota realizada por: LINA MARCELA PARRA GOMEZ Fecha: 28/06/17 06:00:00

LINA MARCELA PARRA GOMEZ
Reg. 76-5250
AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 81	FECHA 28/06/2017 11:16:31	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

PACIENTE DE 16 AÑOS EN SU 1 DÍA DE INTERNACIÓN CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS:
POS PARTO DEL DÍA 27 DE JUNIO DE 2017

TRATAMIENTO CLINDAMICINA. GENTAMICINA HOY DÍA 1 DE TRATAMIENTO
BUENAS CONDICIONES. AFEBRIL. NO SANGRADO. TOLERA VIA ORAL.
AMBULATORIA.

AL EXAMEN FISICO LO POSITIVO
TA 115/74 FC 100 POR MINUTO.

CARDIOP NORMAL.

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE. NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
UTERO EN PROCESO DE INVOLUCION NORMAL.

NO EVIDENCIA DE EVENTRACION.

PERISTALTISMO POSITIVO.

CTA IGUALES ORDENES MEDICAS. RECOMENDACIONES.

Evolucion realizada por: JORGE LUIS ORJUELA GIL-Fecha: 28/06/17 11:16:36

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
4,00	1,00	AMPOLLAS CLINDAMICINA 600 MG AMPOLLA 600 MG	INTRAVENOSO	6 Horas	CONTINUAR
1,00	1,00	AMPOLLAS GENTAMICINA 160 MG AMPOLLA 2ML	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR

JORGE LUIS ORJUELA GIL
Reg. 0171586
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (30)

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 82	FECHA 28/06/2017 11:23:48	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

PEDIATRIA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\ DIGITAL WARE

252

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 71 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etaeo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

PACIENTE DE 15 HRS DE VIDA, GRANDE PARA LA EDAD GESTACIONAL, QUIEN TIENE AUSENCIA DE MOVIMIENTO DE EXTREMIDAD SUPERIOR DERECHA A EXCEPCION DE MUÑECA Y DEDOS DE LA MANO, LUCE IRRITABLE, SE REvisa RX DE TORAX SIN EVIDENCIA DE FRACTURAS OSEAS APARENTEMENTE, SE SOSPECHA PARALISIS DE ERB DUCHENNE, SE COMENTA CON EL DR. TORRES ORTOPEDISTA DE TURNO QUIEN VENDRÁ A VALORARLO, SE INICIA ANALGESIA VIA ORAL. SE COMENTA CONDUCTA CON LOS PADRES, REFIEREN ENTENDER.

Evolucion realizada por: TATIANA ISABEL MADROÑERO CONDE-Fecha: 28/06/17 11:23:57

RECOMENDACIONES

. ORDENES MEDICAS
PEDIATRIA INDICACIONES MEDICAS

P: 4000 GRS,

LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA
CABECERA A 30 GRADOS
MEDICAMENTOS
ACETAMINOFEN (15MGKGDO) PP 60 MG VO CADA 6 HRS
SS// VLX ORTOPEDIA
RUTINA DE SALA
CUIDADOS GENERALES DEL RN
CUIDADOS MUÑON UMBILICAL
REPORTAR EVENTUALIDADES
GRACIAS =>

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
16,00	4,00 CC	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JARABE X 60 ML	150 MGORAL	6 Horas	NUEVO

DAR 4 CC VO CADA 6 HRS S

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR: VALORACION ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Fecha de Orden: 28/06/2017

OBSERVACIONES :
RESULTADOS :



TATIANA ISABEL MADROÑERO CONDE
Reg. 253504-2008
PEDIATRIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 83	FECHA 28/06/2017 11:29:49	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

MELIDA LOZANO GARCIA
Reg. 18428
AUXILIAR ENFERMERIA

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 72 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad : 16 AÑOS

FOLIO 84 FECHA 28/06/2017 11:37:32 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
8,00	2,00 CC	ACETAMINOFEN 150MG/5ML JARABE X 60 ML 150 MGORAL		6 Horas	MODIFICADO

DAR 4 CC VO CADA 6 HRS S

TATIANA ISABEL MADROÑERO CONDE
Reg. 253504-2008
PEDIATRIA

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad : 16 AÑOS

FOLIO 85 FECHA 28/06/2017 11:50:03 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

SE VALORA RN CON EVIDENCIA DE PLEXO BRAQUIAL DERECHO(PARALISIS DE ERB) ALTO YA QUE PRESENTA MOVILIDAD DISTAL DE MUÑECA
Y MANO COMPLETA
SE DECIDE OBSERVACION
CONTROL EN 2 MESES

Evolucion realizada por: FERNANDO TORRES BENITEZ Fecha: 28/06/17 11:50:07

FERNANDO TORRES BENITEZ
Reg. 1365684
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (20)

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad : 16 AÑOS

FOLIO 86 FECHA 28/06/2017 12:11:45 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

H.C REVISADA, IGUAL MANEJO MEDICO.

Nota realizada por: ANDRES HERNANDEZ BENITEZ Fecha: 28/06/17 12:11:46

ANDRES HERNANDEZ BENITEZ
Reg. 76-1742
ENFERMERIA

253

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 73 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 87	FECHA 28/06/2017 12:14:44	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

SE INICIA ESQUEMA DE VACUNACION AL RECIEN NACIDO , SE VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B INTRAMUSCULAR , DOSIS ADICIONAL CON PREVIA ASEPSIA EN CARA LATERAL EXTERNA DE MUSLO IZQUIERDO, MADRE PRESENTE A LA CUAL , SE LE BRINDA EDUCACION SOBRE LOS CUIDADOS EN CASA Y REFIERE ENTENDER TODAS LA RECOMENDACIONES DADAS , SE LE HACE ENTREGA DE CARNET DE VACUNACION , DONDE QUEDA ESCRITA PROXIMA FECHA DE VACUNA DEL RECIEN NACIDO , EN DOS MESES.
PENDIENTE ADMINISTRAR VACUNA BCG.

Nota realizada por: YOLANDA CAICEDO CRUZ Fecha: 28/06/17 12:14:45

YOLANDA CAICEDO CRUZ
Reg. 76-1461
AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 89	FECHA 28/06/2017 20:10:31	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

MELIDA LOZANO GARCIA
Reg. 18428
AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 90	FECHA 28/06/2017 20:55:32	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

ENTREGO BINOMIO EN CAMA, MADRE DESPIERTA, ALERTA, CON RN AL LADO, Y EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, PTE QUE PASO EL TURNO TRANQUILA SIN MANIFESTAR CAMBIOS DESFAVORABLES. SE OBSERVO CON BUENA DINAMICA RESPIRATORIA, SIN SOPORTE DE O2, PERMANECIO AFEBRIL, CON MAMAS SECRETANTES DE CALOSTRO, LACTO AL RN A LIBRE DEMANDA, UTERO INVOLUCIONADO CON GLOBO DE SEGURIDAD, SANGRADO VAGINAL ESCASO, RECIBE Y TOLERA LA VO, ELIMINA ESPONTANEO EN BAÑO DIURESIS CLARA EN MODERADA CANTIDAD.
RECIEN NACIDO, ACTIVO, ROSADO, LLANTO FUERTE, RECIBE LATANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA, RN CON MUÑO UMBILICAL CLAMPEADO, SE LE REALIZO PROFILAXIS Y SE LE EXPLICO A LA MADRE, ENTREGO BINOMIO HEMODINAMICAMENTE ESTABLES, CON SIGNOS VITALES ESTABLES, SE DEJAN CON BARANDAS DE PROTECCION ELEVADAS. P/ EVOLUCION.

Nota realizada por: MELIDA LOZANO GARCIA Fecha: 28/06/17 20:55:34

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClixFch
Pag: 74 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

MELIDA LOZANO GARCIA
Reg. 18428
AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 91	FECHA 28/06/2017 21:58:07	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

RECIBO USUARIA EN SU HABITACION EN CAMA EM POSICION SUPINO CON CABECERA A 45 GRADOS , CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, CON GLASGOW 15/15 , REFIERE SENTIRSE BIEN, AL EXAMEN FISICO LUCE ALERTA, SE OBSERVA SIN DEFICIT NEUROLOGICO, SIN ACCESO VENOSO, NIEGA SIGNOS PREMONITORIOS LOS CUALES SE LE RECUERDAN, CON PIEL INTEGRAL, SE OBSERVAN MAMAS SECRETANTES, UTERO TONICO IMFRAUMBILICAL CON GLOBO DE SEGURIDAD, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE A LA PALPACION, SANGRADO VAGINAL ESCASO.
SE BRINDA EDUCACION A LA MADRE SOBRE LOS CUIDADOS Y SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO COMO AVISAR SI EL SANGRADO VAGINAL AUMENTA, HIGIENE ORAL 3 VECES AL DIA, MOVILIZACION ASISTIDA CON CALZADO ADECUADO, SE EDUCA SOBRE PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS, TIENE FOLLETO INFORMATIVO, SE HACE ENFASIS EN USO DE BARANDAS DE LA CAMA ARRIBA SE LE INFORMA A LA USUARIA SOBRE DICHA PREVENCIÓN.

RECIBO RECIEN NACIDO ACTIVO, ROSADO, LLANTO FUERTE, REFLEJO DE SUCCION PRESENTE, MORO Y DEMAS REFLEJOS, TOLERA LA LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA, MUÑON SANO SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, NO SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. SE REFUERZA EDUCACION A LA MADRE SOBRE LOS CUIDADOS Y SIGNOS DE ALARMA DEL RECIEN NACIDO COMO LA LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA , CUIDADOS CON MUÑON UMBILICAL Y SE LE EXPLICA A LA MADRE,

PCTE EDUCADA EN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA Y EN MEDIDAS DE SEGURIDAD CLINICA, SE ENFATIZA EN EL ALTO RIESGO DE CAIDA QUE TIENE Y POR EL CUAL TIENE MANILLA ROJA, SE LE RECUERDAN NUEVAMENTE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD CLINICA, PCTE CON TARJETA DE RIESGO DE CAIDA LA CUAL REFIERE LA PCTE HABERLA LEIDO JUNTO CON EL FAMILIAR, QUIENES REFIEREN ENTENDER TODAS LAS RECOMENDACIONES, SE DEJAN BARANDAS DE LA CAMA ELEVADAS, SIN MAS CAMBIOS POR EL MOMENTO.

Nota realizada por: JOSUE DAZA Fecha: 28/06/17 21:00:00

JOSUE DAZA

Reg.

AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 92	FECHA 29/06/2017 05:49:43	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

ENTREGO USUARIA EN SU HABITACION EN CAMA EN POSICION SUPINO , CON CABECERA A 45 GRADOS, CON GLASGOW 15/15, CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA , NIEGA PREMONITORIOS LOS CUALES SE LE RECUERDAN , AFEBRIL, SIN ALTERACION EN SU PATRON RESPIRATORIO, CON PIEL INTEGRAL, RECIBE Y TOLERA LA VIA ORAL, MAMAS SECRETANTES , BUENA TECNICA DE LACTANCIA,, UTERO INVOLUCIONADO CON GLOBO DE SEGURIDAD, SANGRADO VAGINAL ESCASO, ELIMINA ESPONTANEO, SE RECUERDA HIGIENE ORAL 3 VECES POR DIA. AMBULATORIA

7J.O *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\ DIGITAL WARE

254

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 75 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- **PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO**
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

RECIENTE NACIDO ACTIVO, LLANTO FUERTE, PIEL ROSADA Y SANA, BUENA SUCCION, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUÑON UMBILICAL BIEN CLAMPEADO SIN SANGRADO, SE LE REALIZA PROFILAXIS Y SE LE EXPLICA A LA MADRE.

SE REFUERZA EDUCACION SOBRE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA PARA EL BINOMIO, Y EN MEDIDAS DE SEGURIDAD CLINICA, SE ENFATIZA EN EL ALTO RIESGO DE CAIDA QUE TIENE Y POR EL CUAL TIENE MANILLA ROJA, SE LE RECUERDAN NUEVAMENTE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD CLINICA, ENTREGO PACIENTE QUE PASA SIN CAMBIOS DESFAVORABLES, ORIENTADA EN TIEMPO REFIERE ENTENDER TODAS LAS RECOMENDACIONES, SE DEJAN BARANDAS DE LA CAMA ELEVADAS, SIN MAS CAMBIOS POR EL MOMENTO, ESTA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR.

Nota realizada por: JOSUE DAZA Fecha: 29/06/17 06:00:00

JOSUE DAZA

Reg.

AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 93	FECHA 29/06/2017 06:48:43	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

RECIBO USUARIA EN SU HABITACION, CONCIENTE, ORIENTADA DE BUENA EVOLUCION AL EXAMEN FISICO LUCE ALERTA, SE OBSERVA SIN DEFICIT NEUROLOGICO, CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS EN HISTORIA CLINICA, POS/PARTO, G1, P1, NIEGA SIGNOS PREMONITORIOS DE TENSION ARTERIAL ALTA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TAPON HEPARINIZADO PERMEABLE EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN SIGNOS DE FLEBITIS, SE OBSERVAN MAMAS SECRETANTES, ADECUADAS PARA LA LACTANCIA, UTERO TONICO INFRAUMBILICAL, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE A LA PALPACION, SANGRADO VAGINAL ESCASO, TOLERA LA VIA ORAL, SE MOVILIZA, ELIMINA EXPONTANEO, REFIERE QUE SIENTE BIEN. SE LE BRINDA EDUCACION A LA MADRE SOBRE LOS CUIDADOS Y SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO COMO AVISAR SI EL SANGRADO VAGINAL ES ABUNDANTE. RECIBO RECIENTE NACIDO SEXO MASCULINO ACTIVO, ROSADO, LLANTO FUERTE CON BUENA SUCCION, TOLERA LA LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA, NO SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL, AREA UMBILICAL LIMPIA Y SECA, ELIMINACION, MECONIO Y VACUNACION HB EVIDENCIADOS. USUARIA REFIERE QUE A VECES EL BEBE LLORA A LA MOVILIZACION DEL MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO. SE BRINDA EDUCACION A LA MADRE SOBRE LOS CUIDADOS Y SIGNOS DE ALARMA CON RESPECTO AL RECIENTE NACIDO COMO LACTANCIA MATERNA A LIBRE DE DEMANDA SIN DEJAR PASAR DOS HORAS SIN QUE EL RECIENTE NACIDO SUCCIONE. SI LO OBSERVA MUY DORMIDO O DIFICIL DE LACTAR SE DEBE INFORMAR AL PERSONAL DE ENFERMERIA, SE LE ENSEÑA A LA MADRE CUIDADOS Y LIMPIEZA DEL OMBLIGO, SE ELEVAN BARANDAS DE LA CAMA PARA EVITAR RIESGO DE CAIDA, SE LE INFORMA A LA MADRE SOBRE DICHA PREVENCION. SE VIGILAN CAMBIOS.

PACIENTE EDUCADA EN SEGURIDAD CLINICA SE HACE ENFASIS EN MOVILIZACION ASISTIDA CON CALZADO ADECUADO, HIGIENE ORAL 3 VECES POR DIA, USO DE TIMBRE DE LLAMADO EL CUAL SE VERIFICA FUNCIONAMIENTO. TIENE MANILLA ROJA DE RIESGO DE CAIDAS Y BLANCA DE HOSPITALIZACION. SE VIGILAN CAMBIOS.

Nota realizada por: ROBERTO GONZALEZ RUIZ Fecha: 29/06/17 06:00:00

ROBERTO GONZALEZ RUIZ

Reg. 25704

AUXILIAR ENFERMERIA

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 76 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cii. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad : 16 AÑOS

FOLIO 94 FECHA 29/06/2017 08:42:33 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

PACIENTE DE 16 AÑOS EN SU 2 DÍA DE INTERNACIÓN CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS:
POS PARTO DEL DIA 27 DE JUNIO DE 2017

TRATAMIENTO CLINDAMICINA. GENTAMICINA HOY DIA 2 DE TRATAMIENTO
BUENAS CONDICIONES. AFEBRIL. NO SANGRADO. TOLERA VIA ORAL.
AMBULATORIA.

AL EXAMEN FISICO LO POSITIVO

TA 115/74 FC 100 POR MINUTO.

CARDIOP NORMAL.

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE. NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

UTERO EN PROCESO DE INVOLUCION NORMAL.

PERISTALTISMO POSITIVO.

CTA IGUALES ORDENES MEDICAS. CONTROL POSTERIOR. RECOMENDACIONES

Evolucion realizada por: JORGE LUIS ORJUELA GIL-Fecha: 29/06/17 08:42:37

RECOMENDACIONES

ORDENES MEDICAS

LIDOCAINA SUPOSITORIOS UNO DOS VECES AL DIA .

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
2,00	1,00	UNIDAD	HIDROCORTISONA + LIDOCAINA 60 MG SUPOSITORI RECTAL	12 Horas	NUEVO
4,00	1,00	AMPOLLAS	CLINDAMICINA 600 MG AMPOLLA 600 MG	INTRAVENOSO	6 Horas CONTINUAR
1,00	1,00	AMPOLLAS	GENTAMICINA 160 MG AMPOLLA 2ML	INTRAVENOSO	24 Horas CONTINUAR
2,00	2,00	TABLETA	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA 500 MG	ORAL	Dosis Unica CONTINUAR

JORGE LUIS ORJUELA GIL

Reg. 0171586

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (30)

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad : 16 AÑOS

FOLIO 100 FECHA 29/06/2017 10:58:12 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\ DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 77 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 – PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cii. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

EVOLUCION MEDICO

PACIENTE MASCULINO CUMPLIENDO 48 HORAS DE VIDA EXTRAUTERINA, YA DIAGNOSTICADO Y VALORADO POR ORTOPEDIA CON DIAGNOSTICO DE PARALISIS DE ERB DISTAL.

-EN EL MOMENTO CURSA CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES:
TA: 72/48 MMHG, FC: 154XMIN, FR: 40 XMIN SAO2: 98% PREDUCTAL 100% POST DUCTAL

C/C: NORMOCEFALA, FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA, POSTERIOR PUNTIFORME, CONDUCTOS AUDITIVOS SIN ALTERACIONES, LABIO Y PALADAR INTEGROS, C/P: TÓRAX SIMÉTRICO, CLAVÍCULAS INTEGRAS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, ABD: PLANO, CORDÓN UMBILICAL PINZADO EN PROCESO DE MOMIFICACION, BLANDO, NO IMPRESIONA DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS NO MEGALIAS, NO HERNIAS, G/U: EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS DE ACUERDO AL SEXO, SIN ALTERACIONES, EXT: SUPERIORE SIMETRICAS, CON DISMINUCION DE LA MOVILIDAD EN LA DERECHA, PRESNEA EL BRAZO CAIDO, TIENE PINZA, CADERAS ESTABLES, SIMETRICAS, PIEL: ROSADA, SNC: REFLEJOS PRIMARIOS PRESENTES, MORO ASIMETRICO DEL LADO DERECHO.

- PACIENTE EL QUEIN SE CONTOINUARA OBSERVACION AMBULATORIA POR PARTE DE ORTOPEDIA Y TERAPIA FISICA, POR PARTE DE PEDIATRIA SE EGRESA CON RECOMENDACIONES Y DATOS DE ALARMA.

FOMENTO LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS 6 PRIMEROS MESES DE VIDA, DOY INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS PARA EL BINOMIO QUE PRODUCE LA LACTANCIA MATERNA.

RECOMENDACIONES: REALIZAR BAÑOS DE SOL DURANTE 1 SEMANA 30 MINUTOS DE CADA LADO EN LOS HORARIOS DE 8 AM a 11 AM, REALIZAR BAÑO DIARIO, LIMPIAR EL MUÑÓN UMBILICAL CON ALCOHOL BLANCO.

DATOS DE ALARMA: FIEBRE, INTOLERANCIA A LA VÍA ORAL, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, COLORACIÓN AMARILLA DE LA PIEL, SANGRADO POR EL CORDÓN UMBILICAL, QUE EL CORDÓN SE PONGA ROJO O CON OLOR FÉTIDO, EN CASO DE LLEGAR A PRESENTARSE ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS.

Evolucion realizada por: EDILBERT MENA LLOREDA-Fecha: 29/06/17 10:58:26

RECOMENDACIONES

. RECIEN NACIDO
ORDENES MEDICAS

- SALIDA AL RECIEN NACIDO
- VACUNAR PREGREGO
- CITA CONTROL EN SU SEDE AL 3ER DIA DE VIDA
- RECLAMAR TSH DEL RECIEN NACIDO EN SU SEDE

RECIEN NACIDO

1. LACTANCIA MATERNA A TOLERANCIA
2. EXPOSICION A LA LUZ TODOS LOS DIAS SIN ROPA X 10 MINUTOS 8-9 A.M - 4 A 5 P.M
3. POSICION SEMISENTADO PERMANENTE (DE LADO. CAMA ELEVADA 30 GRADOS)
4. LACTAR SENTADA.
5. VACUNACION (BCG - HEPATITIS B)
6. LIMPIEZA UMBILICAL CON ALCOHOL BLANCO CON CADA CAMBIO DE PAÑAL
7. CITA CONSULTA EXTERNA A PARTIR DEL TERCER DIA.
8. NO USO DE MITONES NI OMBLIGUERAS
9. LAVADO DE MANOS ANTES DE MANIPULAR AL RECIEN NACIDO.
10. MANTENER EN HABITACION BIEN VENTILADA E ILUMINADA, NO ABRIGAR MAS DE LO NECESARIO.
11. NINGUNA PERSONA QUE CURSA CON GRIPA O INFECCION VIRAL PUEDE INGRESAR AL CUARTO DONDE SE ENCUENTRA EL PACIENTE.

SIGNOS ALARMA:

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL\DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 78 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etaeo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 – PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual:** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

- FIEBRE (MAYOR 38 GRADOS C PREVIAMENTE DESABRIGADO 10 MINUTOS)
- FRIALDAD Y PALIDEZ DE LAS MANOS DE LOS PIES
- NO SUCCION O SUCCION DEBIL, ESTA QUEJUMBROSO
- VOMITO RECURRENTE
- DIFICULTAD RESPIRATORIA (QUEJIDO, SE SUME LAS COSTILLAS)
- CIANOSIS (COLOR MORADO)
- OJOS O PIEL MUY AMARILLA
- CONSULTAR INMEDIATAMENTE A URGENCIAS
- DIFICULTAD RESPIRATORIA

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR: ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA

Fecha de Orden: 29/06/2017

OBSERVACIONES :

PACIENTE CON PARALISIS DE ERB - SE SOLICITA CONTROL PRIORITARIO POR LA CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEdia

RESULTADOS :

INTERCONSULTA POR: FISIATRIA

Fecha de Orden: 29/06/2017

OBSERVACIONES :

PACIENTE CON PARALISIS DE ERB - SOLICITO VALORACION PRIORITARIA POR LA CONSULTA EXTERNA DE FISIATRIA

RESULTADOS :

EDILBERT MENA LLOREDA

Reg. 270061

PEDIATRIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 101	FECHA 29/06/2017 11:38:09	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

ROBERTO GONZALEZ RUIZ

Reg. 25704

AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 103	FECHA 29/06/2017 12:14:26	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

256

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 79 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

Roberto Gonzalez Ruiz

ROBERTO GONZALEZ RUIZ
Reg. 25704
AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 104	FECHA 29/06/2017 13:18:23	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

ENTREGO USUARIA EN SU HABITACION, CONCIENTE, ORIENTADA DE BUENA EVOLUCION AL EXAMEN FISICO LUCE ALERTA, SE OBSERVA SIN DEFICIT NEUROLOGICO, CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS EN HISTORIA CLINICA, NIEGA SIGNOS PREMONITORIOS DE TENSION ARTERIAL ALTA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON TAPON HEPARINIZADO PEREMEABLE, SE OBSERVAN MAMAS SECRETANTES, ADECUADAS PARA LA LACTANCIA, UTERO TONICO INFRAUMBILICAL, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE A LA PALPACION, SANGRADO VAGINAL ESCASO. TOLERA LA VIA ORAL, SE MOVILIZA, ELIMINA ESPONTANEO. REFIERE QUE SIENTE BIEN. SE LE BRINDO EDUCACION A LA MADRE SOBRE LOS CUIDADOS Y SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO COMO AVISAR SI EL SANGRADO VAGINAL ES ABUNDANTE. RECIEN NACIDO ACTIVO, ROSADO, LLANTO FUERTE CON BUENA SUCCION, TOLERA LA LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA, NO SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL, AREA UMBILICAL LIMPIA Y SECA. ELIMINACION, MECONIO Y VACUNACION EVIDENDIADOS. SE BRINDA EDUACION A LA MADRE SOBRE LOS CUIDADOS Y SIGNOS DE ALARMA CON RESPECTO AL RECIEN NACIDO COMO LACTANCIA MATERNA A LIBRE DE DEMANDA SIN DEJAR PASAR DOS HORAS SIN QUE EL RECIEN NACIDO SUCCIONE. SI LO OBSERVA MUY DORMIDO O DIFICIL DE LACTAR SE DEBE INFORMAR AL PERSONAL DE ENFERMERIA, SE LE ENSEÑA A LA MADRE CUIDADOS Y LIMPIEZA DEL OMBLIGAN, SE ELEVAN BARANDAS DE LA CAMA PARA EVITAR RIESGO DE CAIDA, SE LE INFORMA A LA MADRE SOBRE DICHA PREVENCION. SE VIGILAN CAMBIOS.

Nota realizada por: ROBERTO GONZALEZ RUIZ Fecha: 29/06/17 13:18:26

Roberto Gonzalez Ruiz

ROBERTO GONZALEZ RUIZ
Reg. 25704
AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 105	FECHA 29/06/2017 15:03:57	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

RECIBO PACIENTE PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO DE 16 AÑOS G 1 P 1 POS PARTO PARTO DEL 27 DE JUNIO/17 A LAS 20:11, CORIOANMIONITIS ?. PACIENTE ACOSTADA EN CAMA EN POSISION SEMIFOWLER, AFEBRIL, DESPIERTA, ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA CON ACCESO VENOSO PERMEABLE VIGENTE EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN SIGNOS DE FLEBITIS CON TAPON HEPARINIZADO. CON MAMAS SECRETANTES, PEZONES APTOS PARA LA LACTANCIA, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, UTERO INVOLUCIONADO POR DEBAJO DEL OMBLIGO, EPISIORRAFIA EN BUENAS CONDICIONES, NO REFIERE SIGNOSPREMONITORIOS, RECIBE Y TOLERA LA VIAORAL, ELIMINA ESPONTANEO, SE MOVILIZA SIN COMPLICACIONES. TIENE CULTIVO RECTOVAGINAL PARA STREPTOCOCO AGALACTIAE NEGATIVO DEL 1 DE JUNIO/17, GRUPO SANGUINEO O POSITIVO. SE REFUERZA EDUCACION SOBRE LACTANCIA MATERNA, SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA, RIESGO DE CAIDAS, ALIMENTACION ADECUADA, USO DE BARANDAS DE PROTECCION. PACIENTE CON MANILLA ROJA Y BLANCA NIEGA ALERGIAS. SE DEJA CAMA CON BARANDAS DE PROTECCION ELEVADAS. **RECIEN NACIDO** SEXO MASCULINO CON PESO: 4000 GRS, TALLA: 54CCMS, AFEBRIL, SE OBSERVA ROSADO, ACTIVO CON LLANTO FUERTE, SUCCIONANDO BIEN EL SENO MATERNO CON MUÑO UMBILICAL CLAMPEADO, SANO, NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPOGLICEMIA NI DIFICULTAD RESPIRATORIA, ELIMINACION (+) MECONIO(+) VACUNACION(+) VACUNADO CON HB PENDIENTE BCG. RECIEN NACIDO CON LUXACION DE HOMBRO DERECHO, RECIBE ACETAMINOFEN, TIENE 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL HOSVITAL DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClixFch
Pag: 80 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 – PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual:** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

SALIDA POR PEDIATRIA Y VALORACION POR FISIATRIA POR CONSULTA EXTERNA.

Nota realizada por: MARTHA INES CORDOBA VALENCIA Fecha: 29/06/17 14:00:00

MARTHA INES CORDOBA VALENCIA
Reg. 19111
AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad : 16 AÑOS

FOLIO 106 FECHA 29/06/2017 19:17:32 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

SE REVISIA HISTORIA CLINICA. POR ORDEN MEDICA SE INICIA SUPOSITARIO RECTAL, SE INFORMA A AUXILIAR ENCARGADA.

Nota realizada por: SANDRA CAROLINA AGUDELO HERRERA Fecha: 29/06/17 19:17:34

SANDRA CAROLINA AGUDELO HERRERA
Reg. 76-3503
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad : 16 AÑOS

FOLIO 107 FECHA 29/06/2017 20:36:47 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

ENTREGO PACIENTE PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO DE 16 AÑOS, G 1 P 1 POS PARTO DEL 27 DE JUNIO/17 A LAS 20:11, SOSPECHA DE CORIOANMIONITIS. PACIENTE QUIEN PASA EL RESTO DE LA TARDE CALMADA, QUEDA ACOSTADA EN CAMA, EN POSICION DECUBITO LATERAL DERECHO, AFEBRIL, DESPIERTA, ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA CON ACCESO VENOSO PERMEABLE VIGENTE EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO SIN SIGNOS DE FLEBITIS CON TAPON HEPARINIZADO. CON MAMAS SECRETANTES, PEZONES APTOS PARA LA LACTANCIA, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, UTERO INVOLUCIONADO POR DEBAJO DEL OMBLIGO, EPISIORRAFIA EN BUENAS CONDICIONES, SANGRADO VAGINAL EN POCA CANTIDAD. PACIENTE CON MANILLAS ROJA Y BLANCA, SE DILIGENCIO LISTA DE VALORACION DE RIESGO DE CAIDAS, TIENE TARJETA DE RIESGO DE CAIDAS. SE REFUERZA EDUCACION SOBRE LACTANCIA MATERNA, SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA, RIESGO DE CAIDAS, ALIMENTACION ADECUADA USO DE BARANDAS DE PROTECCION. SE MOVILIZA SIN COMPLICACIONES, ELIMINA ESPONTANEO, RECIBE Y TOLERA LA VIA ORAL. RECIBE CLINDAMICINA Y GENTAMICINA. *RECIENTE NACIDO* SEXO MASCULINO CON PESO: 4000 GRS, TALLA: 54 CMS, AFEBRIL, SE OBSERVA ROSADO, ACTIVO CON LLANTO FUERTE, SUCCIONANDO BIEN EL SENO MATERNO CON MUÑON UMBILICAL SANO, NO SE OBSERVAN SIGNOS DE HIPOGLICEMIA NI DIFICULTAD RESPIRATORIA. TIENE MANILLA DE IDENTIFICACION. ELIMINACION (+), MECONIO(+), VACUNACION (+) VACUNADO CON HB. RECIENTE NACIDO CON SALIDA FIRMADA. AL RECIENTE NACIDO SE LE ADMINISTRO ACETAMINOFEN.

Nota realizada por: MARTHA INES CORDOBA VALENCIA Fecha: 29/06/17 20:37:59

257

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 81 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etarec: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. CII. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

Marta Ines Cordoba V.

MARTHA INES CORDOBA VALENCIA
Reg. 19111
AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 109	FECHA 29/06/2017 21:55:28	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

NOTA TARDIA DE LAS 21:00HORAS.
RECIBO USUARIA DE 16AÑOS CON DX ANOTADO EN HISTORIA CLINICA.
EN CAMA POSICION SUPINA CABECERA ELEVADA A 45GRADOS.
PACIENTE DESPIERTA, CONCIENTE Y ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, CON GLASGOW 15/15 , NIEGA PREMONITORIOS LOS CUALES SE LE RECUERDAN , AFEBRIL, MUCOSAS HUMEDAS, SIN ALTERACION EN SU PATRON RESPIRATORIO, CON ACCESO VENOSO TAPON HEPARINIZADO EN MSI SIN SIGNOS DE FLEBITIS,
PACIENTE CON MAMAS SECRETANTES, UTERO INVOLUCIONADO CON GLOBO DE SEGURIDAD,SECO
SANGRADO VAGINAL ESCASO,MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES SIMETRICOS.
REFIERE SENTIRSE BIEN
NIEGA DOLOR EN EL MOMENTO
REFIERE QUE RECIBE Y TOLERA LA VIA ORAL.
ELIMINA ESPONTANEO.

RECIENTE NACIDO MASCULINO, DESPIERTO, ACTIVO , LLANTO FUERTE, PIEL ROSADA Y SANA, BUEN REFLEJO DE SUCCION, RECIBE Y TOLERA LACTANCIA MATERNA, MUÑON UMBILICAL CLAMPEADO , ELIMINACION POSITIVO, MECONIO POSITIVO. VACUNACION HEPATITIS B PENDIENTE BCG.
RN CON LUXACION DE HOMBRO IZQUIERDO, RECIBE ACETAMINOFEN CON HORARIO.

SE DA RECOMENDACIONES GENERALES
EXPLICO SINTOMAS DE ALARMA DE ELLA Y RN E INFOTMAR OPORTUNAMENTE
PREVENCION DE CAIDAS
BARANDAS ARRIBA.

PACIENTE EDUCADA EN SIGNOS DE ALARMA PARA EL BINOMIO Y EN MEDIDAS DE SEGURIDAD CLINICA, SE HACE ENFASIS EN MOVILIZACION ASISTIDA CON CALZADO ADECUADO, EN HIGIENE ORAL 3 VECES POR DIA, USO DE BARANDAS DE LA CAMA ARRIBA , TIENE MANILLA ROJA DE IDENTIFICACION DE CAIDAS Y BLANCA DE HOSPITALIZACION.

Nota realizada por: YOLANDA CAICEDO CRUZ Fecha: 29/06/17 21:00:00

Yolanda Caicedo Cruz

YOLANDA CAICEDO CRUZ
Reg. 76-1461
AUXILIAR ENFERMERIA

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 82 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad : 16 AÑOS

FOLIO 110 FECHA 29/06/2017 23:40:30 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

a las 22+00 se le administra a hijo de paola ceballos 2 cc de acetaminofen jrb

Nota realizada por: MONICA ALVAREZ ABADIA Fecha: 29/06/17 23:41:08

MONICA ALVAREZ ABADIA
Reg. 76-1645
AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad : 16 AÑOS

FOLIO 112 FECHA 30/06/2017 01:15:51 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

1+15 HISTORIA CLINICA REVISADA. KATERINE RODRIGUEZ B

Nota realizada por: KATERINE RODRIGUEZ BEDOYA Fecha: 30/06/17 01:15:53

KATERINE RODRIGUEZ BEDOYA
Reg. 76-4391
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad : 16 AÑOS

FOLIO 113 FECHA 30/06/2017 04:13:19 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

YOLANDA CAICEDO CRUZ
Reg. 76-1461
AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 022 CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS Edad : 16 AÑOS

FOLIO 114 FECHA 30/06/2017 05:20:24 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

ENTREGO PACIENTE EN LA UNIDAD, CON FAMILIAR

EN CAMA, DESPIERTA, CONCIENTE Y ORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL HOSVITAL\DIGITAL WARE

258

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 83 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

EN FAVORABLES CONDICIONES GENERALES, SIN SOPORTE DE OXIGENO, CON ACCESO VENOSO TAPON HEPARINIZADO EN MSI SIN SIGNOS DE FLEBITIS, MAMAS SECRETANTES, UTERO INVOLUCIONADO, SANGRADO VAGINAL ESCASO, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES SIMETRICOS.

PACIENTE QUE PASAN LA NOCHE, CON FAMILIAR, TRANQUILA, SIGNOS VITALES ESTABLES CONSIGNADOS EN HISTORIA CLINICA, AFEBRIL, NIEGA PREMONITORIOS LOS CUALES SE LE RECUERDAN, RECIBE Y TOLERA LA VIA ORAL, NO NAUSEAS, NO EMESIS, ELIMINA ESPONTANEO EN BAÑO DIURESIS AMARILLA CLARA EN MODERADA CANTIDAD, RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO ORDENADO, REFIERE QUE REALIZO DEPOSICION AYER.
SE MOVILIZA EN LA CAMA Y EN LA UNIDAD SIN COMPLICACION, AMBULATORIA, DURMIO A INTERVALOS CORTOS.

RECIENTE NACIDO MASCULINO ACTIVO,, LLANTO FUERTE, PIEL SANA SE OBSERVA LEVEMENTE ICTERICO, SE LE INFORMA A LA JEFE DE TURNO BUEN REFLEJO DE SUCCION, RECIBE Y TOLERA LACTANCIA MATERNA, MUÑON UMBILICAL CLAMPEADO SE REALIZA PROFILAXIS Y SE LE EXPLICA A LA MADRE.
VACUNACION SOLO HEPATITIS B, MECONIO POSITIVO, ELIMINACION POSITIVO
SIGNOS VITALES CONSIGNADOS EN HISTORIA CLINICA, DUERME A INTERVALOS LARGOS
TIENE SALIDA FIRMADA.
SE LE ADMINISTRO ACETAMINOFEN SOLO A LAS 22:00 HORAS.

PACIENTE INFORMADA EN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA, SE LE DAN TODAS LAS RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD CLINICA Y POR EL CUAL TIENE MANILLA ROJA, SE HACE ENFASIS EN MOVILIZACION ASISTIDA CON CALZADO ADECUADO, HIGIENE ORAL 3 VECES POR DIA, Y USO DE BARANDAS DE PROTECCION ARRIBA.

Nota realizada por: YOLANDA CAICEDO CRUZ Fecha: 30/06/17 05:20:26

YOLANDA CAICEDO CRUZ
Reg. 76-1461
AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 115	FECHA 30/06/2017 07:41:15	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

06+00 Recibo binomio en cama; madre adolescente; despierta en posicion supino; afebril; hemodinamicamente estable; conciente y orientada en sus tres esferas; en compañía de recién nacido masculino y esposo (EDWIN CUADROS); paciente refiere sentirse bien; con diagnósticos anotados en historia clinica; al examen físico se observa manillas blanca de identificación y roja de alto riesgo de caídas; escleras anictericas; mucosa oral hidratada y rosada; torax simétrico, sin signos de dificultad respiratoria y sin soporte de oxígeno; mamas secretantes adecuadas para lactar; pulsos periféricos fuertes con buen llenado capilar; vena periférica canalizada en dorso de miembro superior izquierdo del 27 de junio, permeable, sin signos de flebitis y con tapon heparinizado para el paso de medicamentos con horario según lo ordenado; abdomen blando y depresible con peristaltismo positivo; utero tónico a nivel infraumbilical e involucionado satisfactoriamente; genitales íntegros con sangrado vaginal escaso y sin mas para resaltar. Niega signos premonitorios, los cuales se le recuerdan al igual que la importancia de la lactancia materna exclusiva, el uso de las barandas elevadas para disminuir el riesgo de caídas, el óptimo manejo de residuos hospitalarios, medidas de seguridad clínica y el uso del timbre en caso necesario. LINA MARCELA PARRA GOMEZ.

RN: Recibo recién nacido masculino de 4000gr y 54cm; en cama; despierto en posicion supino, afebril; activo/reactivo; con buen reflejo de succion y de agarre; en compañía de la mama; al examen físico se observa manilla de identificación;

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClixFch
Pag: 84 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. CII.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

fontanelas normotensas con suturas normales; escleras anictericas; mucosa oral hidratada y rosada; torax simetrico, sin signos de dificultad respiratoria; pulsos perifericos fuertes con buen llenado capilar; abdomen blando y depresible con peristaltismo positivo; mufon umbilical clampeado, sin signos de infeccion ni de sangrado activo evidente; genitales integros y sin mas para resaltar. DIURESIS (+), MECONIO (+), VACUNACION (+). LINA MARCELA PARRA GOMEZ.

Nota realizada por: LINA MARCELA PARRA GOMEZ Fecha: 30/06/17 06:00:00

LINA MARCELA PARRA GOMEZ
Reg. 76-5250
AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 116	FECHA 30/06/2017 11:06:53	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

LINA MARCELA PARRA GOMEZ
Reg. 76-5250
AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 117	FECHA 30/06/2017 12:42:16	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

EDAD: 16 AÑOS.
PACIENTE POSTPARTO. DESGARRO VAGINAL
POR MANIPULACION DURANTE PARTO SE DEJO CON ANTIBIOTICO.
PACIENTE HA PERMANECIDO AFEBRIL. AMBULATORIA. TOLERO VIA ORAL.
UTERO BIEN INVOLUCIONADO. LOQUIOS NORMALES.
TA: 11/66. TEMPERATURA: 36.5
CX: SE AUTORIZA EL ALTA DE LA PACIENTE.

Evolucion realizada por: PATRICIA SANCLEMENTE TORRES-Fecha: 30/06/17 12:54:24

PATRICIA SANCLEMENTE TORRES
Reg. 1527288
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 118	FECHA 30/06/2017 13:37:00	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

259

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 85 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- **PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO**
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual:** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

NOTAS ENFERMERIA

13+45 Entrego binomio con salida firmada; en cama; madre despierta en compañía de familiar y recién nacido; sin signos premonitorios; mamas secretantes adecuadas para lactar; sin acceso venoso canalizado; abdomen blando/depresible; utero involucionado satisfactoriamente; genitales integros con sangrado vaginal escaso y sin mas para resaltar. Niega signos premonitorios, los cuales se le recuerdan al igual que el uso de las barandas elevadas para disminuir el riesgo de caídas, el óptimo manejo de residuos hospitalarios, horarios de visita, medidas de seguridad clínica y el uso del timbre en caso necesario. LINA MARCELA PARRA GOMEZ.

RECIEN NACIDO: Entrego recién nacido; despierto, activo/reactivo, con buen reflejo de succión y de agarre; en compañía de familiares; sin signos de dificultad respiratoria; abdomen blando/depresible; muñon umbilical sin cambios desfavorables; genitales integros y sin mas para resaltar. DIURESIS (+), MECONIO (+), VACUNACION (+), solo hepatitis b. LINA MARCELA PARRA GOMEZ.

Nota realizada por: LINA MARCELA PARRA GOMEZ Fecha: 30/06/17 13:45:00

LINA MARCELA PARRA GOMEZ

Reg. 76-5250

AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 119	FECHA 30/06/2017 17:31:21	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

EVOLUCION PUERPERIO

DIAGNOSTICO:

1. POSTPARTO 27/06/2017

G1P1

PUERPERIO TARDIO

TRATAMIENTO:

CLINDAMICINA 600 MG CADA 6 HORAS+ GENTAMICINA 160 MG CADA 24 HORAS

SEROLOGIA PERIPARTO: NO REACTIVA 27/06/2017

HEMOCLASIFICACION:

MATERNA: G/RH; O+ 21.11.2016

NEONATAL: O+

SUBJETIVO:

PACIENTE QUE REFIERE BUEN ESTADO GENERAL DE SALUD

NIEGA: PREMONITORIOS, MASTALGIA, SINTOMAS URINARIOS, GASTROINTESTINALES, ALZAS TERMICAS U ORTOSTATISMO.

REFIERE LOQUIOS RUBROS ESCASOS NO FETIDOS.

DIURESIS: SI

DEPOSICION: SI

TOLERANCIA DE LA VIA ORAL: ADECUADA

NIEGA DIFICULTADES CON LA LACTANCIA.

OBJETIVO:

TA: 120/70 FC:76 FR: 18 T:36.5

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 86 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cii.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual:** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

PACIENTE ALERTA ORIENTADA Y COLABORADORA
MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS Y REGULARES NO AUSCULTO SOPLOS DURANTE LA EVALUACION
MURMULLO VESICULAR SIMETRICO NO IDENTIFICO AGREGADOS DURANTE LA EVALUACION
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE CON LEVE DOLOR A LA PALPACION
UTERO TONICO INFRAUMBILICAL
TACTO VAGINAL: NORMAL
EXTREMIDADES MOVILES SIN EDEMA
NO IDENTIFICO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA

PACIENTE EN SU DIA 3 POSTPARTO, PRESENTO PICO FEBRIL CON ELEVAICON DE PCR POR LO QUE GINECOLOGIA HOSPITALIZO PARA MANEJO EMPIRICO CON CLINDAMICINA +GENTAMICINA POR SOSPECHA DE INFECCION POR MANIPULACION EN EL ALUMBRAMIENTO ACTIVO. HOY DA ALTA HOSPITALARIA. DEBE CONTINUAR 3 DIAS MAS GENTAMICINA 160 MG IM CADA DIA.
PLAN:

- * EGRESO HOSPITALARIO.
- * SE ELABORA ORDEN DE CONTROL POST PARTO Y PLANIFICACION FAMILIAR.
- * SE INDICA RECLAMAR EL RESULTADO DEL TSH NEONATAL A LOS 7 DIAS POST-PARTO EN LA SEDE PRINCIPAL
- * SE INICAN S Y S DE ALARMA DE INFECCIONES PUERPERALES Y PREMONITORIOS - SE ENTREGAN POR ESCRITO
- * SE DAN RECOMEDACIONES NUTRICIONALES Y DE PUERICULTURA.
- * SE ENTREGA FORMULA DE ANALGESIA Y SULFATO FERROSO.

Evolucion realizada por: ADRIANA CECILIA MOLINA PERTUZ-Fecha: 30/06/17 17:31:24

RECOMENDACIONES

. ORDENES MEDICAS
=====RECONSULTAR SI=====

- * PRESENTA FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR DE 38 GRADOS CENTIGRADOS)
- * TIENE MOLESTIAS PARA ORINAR.
- * TIENE DOLOR, CALOR Y ENROJECIMINETO DE LOS SENOS.
- * SI EL SANGRADO VAGINAL TIENE UN OLOR FETIDO O SE AUMENTA EN CANTIDAD.
- * SI LAS PIERNAS ESTAN ROJAS, HINCHADAS, CALIENTES Y CON MUCHO DOLOR.
- * ESCUCHAR PITOS EN LOS OIDOS, VER LUCECITAS, DOLOR EN LA BOCA DEL ESTOMAGO, DOLOR DE CABEZA FUERTE QUE NO MEJORA CON ACETAMINOFEN.
- * ENROJECIMIENTO O SECRECION POR LA HERIDA

=====RECUERDE=====

- * TOMAR ABUNDANTES LIQUIDOS
- * CONSUMIR UNA DIETA RICA EN FIBRA (FRUTAS Y VERDURAS)
- * INICIAR EL SULFATO FERROSO 7 DIAS DESPUES DEL PARTO Y TOMARLO POR 30 DIAS.
- * MATENER LA VAGINA BIEN SECA Y LIMPIA.
- * ASISTIR A CONTROL POST-PARTO Y CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN SU SEDE DE ATENCION.
- * SOLICITAR TALLER DE LACTANCIA MATERNA EN SU SEDE DE ATENCION.
- * ES DE GRAN IMPORTANCIA RECLAMAR EL RESULTADO DEL TSH DEL BEBE EN EL LABORATORIO DE LA SEDE PRINCIPAL O EL LA SEDE DONDE REALIZO SU CPN AL COMPLETAR 7 DIAS DE POST-PARTO.
- * SI FUE NECESARIO REALIZAR SUTURAS EN VAGINA: RECUERDE QUE PUEDE PONER PAQUETES DE HIELO CUBIERTOS CON UNA TOALLA LIMPIA EN LA VAGINA PARA MEJORAR EL DOLOR Y LA INFLAMACION MAS RAPIDAMENTE.
- * NO OLVIDE REALIZAR LOS TRAMITES DE REGISTRO CIVIL Y AFILIACION A LA EPS DEL RECIEN NACIDO.

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
7J.0	*HOSVITAL*		Usuario: HOSVITAL	HOSVITAL\DIGITAL WARE	

260

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 87 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etaero: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguineo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

4,00	2,00	AMPOLLAS	GENTAMICINA 80 MG / 2 SLN. INY 80MG/2ML DE BASENTRAMUSCULAR	24 Horas	NUEVO
POR 2 DIAS PARA COMPLETAR EN TOTAL 5 DIAS					
30,00	2,00	TABLETA	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA 500 MG	ORAL 8 Horas	NUEVO
1,00	1,00	AMPOLLAS	MEDROXIPROGESTERONA 150 MG SLN. INY DE 1% AINTRAMUSCULAR	Ahora	NUEVO

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR: VALORACION PLANIFICACION FAMILIAR

Fecha de Orden: 30/06/2017

OBSERVACIONES :

A LOS 7 DIAS

RESULTADOS :

INTERCONSULTA POR: POST PARTO

Fecha de Orden: 30/06/2017

OBSERVACIONES :

A LOS 7 DIAS

RESULTADOS :

ADRIANA CECILIA MOLINA PERTUZ
Reg. 16656
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 16 AÑOS
FOLIO 120	FECHA 30/06/2017 18:26:16	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

PACINTE QUE EGRESA DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN SILLA DE RUEDAS EN COMPAÑIA DEL CAMILLERO JUNTO A RECIEN NACIDO SIN ACCESO VENOSO ELIMIANADO ESPONTANEO , SE LE BRINDA EDUCACION SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA ..

Nota realizada por: JESSICA ALEXANDRA RODRIGUEZ Fecha: 30/06/17 18:00:00

JESSICA ALEXANDRA RODRIGUEZ
Reg.
AUXILIAR ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO -G OCHO SAS	Edad : 17 AÑOS
FOLIO 122	FECHA 11/07/2017 20:23:04	TIPO DE ATENCIÓN	TRIAGE

TRIAGE (MOTIVO DE CONSULTA)

TEMPERATURA MAYOR DE 38.3 EN MAYORES DE 2 AÑOS SIN FOCO APARENTE -

OBSERVACIONES

MC: "FIEBRE, DOLOR DE CABEZA, DOLOR EN TODO EL CUERPO, TENGO UN BROTE"

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 88 de 90
Fecha: 03/05/19
G.etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA Afiliado: BENEFIC NIVEL 1 No. His. Cli. 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 Edad actual : 18 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: O+ Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 Barrio: NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA Municipio: CALI (Santiago De Cali) Teléfono: 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704 Parentesco: Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS Teléfono: 3173808704

ANT PAT: NIEGA
ANT QX: PARTO HACE 2 SEMANAS, AMIGDALECTOMIA, ADENOIDES.
ALERGIAS: NIEGA

PACIENTE QUE HACE 12 HORA PRESENTA FIEBRE CUANTIFICADA PREVIA A LA CONSULTA CON 38.1, CEFALEA SIN DEFICIT NERUOLOGICO, MALESTAR GENERAL, REACCION UTICARIA EN REGION TORAXICA, NO SE HA PREMEDICADO NADA, PACIENTE SE DIRIGE A CITA PRIORITARIA.

CLASIFICACION TRIAGE: 4 PRIORIDAD IV

EPS no acepta este Grupo

Daniel G.

DANIEL GONZALEZ SANTANDER

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	010	NORORIENTE	Edad : 17 AÑOS
FOLIO 123	FECHA 24/07/2017 08:41:53	TIPO DE ATENCIÓN	AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL DE PLANIFICACION FAMILIAR PRIMERA VEZ

ENFERMEDAD ACTUAL

EDAD:17

AF:TIROIDES MADRE .

AP: NIEGA

MENARCA: 12

FUM: 20 SEPTIEMBRE

FUC: NUNCA SE EDUCA PARA QUE CUANDO EL BEBE TENGA 6 MESES SE LA REALIZE.

AGO:G:1 P: 1 V:1

SEXARCA: 15

No DE COMPAÑEROS SEXUALES:PAREJA ESTABLE

USO DE PRESERVATIVO:NO

ITS:NO

VIOLENCIA FISICA O EMOCIONAL: NO

VIOLENCIA SEXUAL:NO

DESEO OBSTETRICO:NO

REFIERE CAMBIOS CONSIDERABLES(APARICION DE VENAS , DOLORES DE CABEZA, ALTERACION DEL PERIODO, AUMENTO O SUBIO DE PESO): NIEGA

PLANIFICACION FAMILIAR METODO ACTUAL: SE EDUCA PARA INYECCION TRIMESTRAL.

EDUCACION EN AUTOCUIDADO, USO DE PRESERVATIVO COMO MEDIDA PARA DISMINUIR RIESGO DE ITS, TENER UNA PAREJA ESTABLE.

EXAMEN FISICO

CABEZA Y ORAL: NORMOCEFALICA, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO MOVIL NO ADENOAPTIAS, OTR NORMAL, CP RCR NO SOPLOS, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, ABDOMEN NO MASAS, NO MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION, GU NORMAL, EXTREMIDADES SIMETRICAS, PIEL NORMAL, SN SIN DEFICIT

DIAGNOSTICO Z300 CONSEJO Y ASESORAMIENTO GENERAL SOBRE LA ANTICONCEPCION Tipo PRINCIPAL

FORMULA MEDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Obs.
----------	-------	-------------	-----	------------	------

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: HOSVITAL

HOSVITAL DIGITAL WARE

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsClxFch
Pag: 89 de 90
Fecha: 03/05/19
Getareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 -- PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. Hls. Cli.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual:** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

1,00 1,00 AMPOLLAS MEDROXIPROGESTERONA 150 MG SLN. INY DE 1% AINTRAMUSCULARDosis Unica **NUEVO**
DOSIS UNICA

Lorena Barroso

LORENA BARROSO ARANGO
Reg. 1144162924
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 010 NORORIENTE	Edad: 17 AÑOS
FOLIO 124	FECHA 24/07/2017 08:46:46
TIPO DE ATENCIÓN	AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA
CONTROL POST PARTO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE ASSTE CONTRO DE POST PARTO. PARTO VAGINAL A LAS 40 SEMNAS, 27 JUNIO 2017, REALIZARON EPISIO
RFERE SE ENCUTNRA E BUENAS CONDCIONES GRALES.
REFIERE SANGRADO VAGNAL ESCASO.
NIEG AOTRA SINTOAMTOLOGIA.

ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLOGICO: NIEGA
FARMACOLOGICOS: HIERRO
ALERGICOS: NIEGA
CIRUGIAS: AMIGDLAS, ADENOIDES, CORNETES
FAMILIARES: HTA, DIBAETES, EN TIROIDEA

OCUPACION: AMA DE CASA

RXSXS: LO MENCIONADO

EXAMEN FISICSO

FC: 80 TA: 110/70 FR: 20
PACIENTE ESTABLE, ALERTA, ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATRIA, SIN SIGNOS DE SIRS.
C/: NORMOCEFALICO, MUCOSAS HIDRATDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS .
ORL: SIN ALTERACION
C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO AUSCULATO SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS, NORMOEXPANSIVOS, NO ASUCULTO SOBREGREGADOS, MURMULLO VESCICULAR PRESENTE
ABD: BLANDO, DEPRESIBLES, NO PALPO MASAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PERISTALTOSMO POSITIVO
EXT: SIN ALTERACION
PIEL: SIN ALTERACION
SNC: SIN DEFICIT APARAENTE

DIAGNOSTICO Z000 EXAMEN MEDICO GENERAL **Tipo** PRINCIPAL

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad **Descripción**

G OCHO SAS
900612531 - 0

RHsCixFch
Pag: 90 de 90
Fecha: 03/05/19
G. etareo: 5



No. Doc. Identidad TI 1005964918 – PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO
Empresa: MIXT NORORIENTE SERV.MED EPS CAPITA **Afiliado:** BENEFIC NIVEL 1 **No. His. Cii.** 100498440
Fec. Nacimiento: 07/07/2000 **Edad actual :** 18 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguineo:** O+ **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: MIEMBROS CUERPO LEGISLATIVO ABOGADOS JUECES Y OTROS JURISTAS Y PERSONAL DIRECTIVO DE ADMINIST
Dirección: CRA 24 C 51 47 **Barrio:** NUEVA FLORESTA
Departamento: VALLE DEL CAUCA **Municipio:** CALI (Santiago De Cali) **Teléfono:** 4438986
Responsable: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704 **Parentesco:** Otro
Acompañante: EDWIN CUADROS **Teléfono:** 3173808704

1 HEMOGRAMA IV

*Banesa
Chaverra*

YADESMIN BANESA CHAVERRA RODRIGUEZ
Reg. 1113649801
PROMOCION Y PREVENCION



26c

Buscar en Mayo Clinic

MENU

Acceso a su cuenta de paciente

Pida una consulta

Para encontrar un doctor

Para encontrar trabajo

Para donar

Español

Atención al Paciente e Información Sobre Salud Pruebas y procedimientos

Solicite una Consulta

Extracción del bebé con ventosa

Información

Descripción general

Imprimir

Advertisement

Un parto con ventosa, también llamado parto asistido con ventosa, es un procedimiento que suele hacerse durante un parto vaginal.

Durante un parto vaginal asistido con ventosa, un profesional de salud aplica la ventosa, una campana blanda o rígida con un mango y una bomba de vacío, sobre la cabeza del bebé para ayudarlo a salir por el canal de parto. Por lo general, esto se produce durante una contracción, mientras la madre puja.

El profesional de salud podría recomendar un parto con ventosa durante el segundo período del trabajo de parto, cuando pujas, en caso de que el trabajo de parto no avance o que la salud del bebé dependa de un nacimiento inmediato.

Si bien el profesional de salud puede recomendar un parto con ventosa para acelerar el parto, hay riesgos posibles, incluido el riesgo de lesiones tanto para la madre como para el bebé. Si la extracción con ventosa fracasa, podría ser necesario llevar a cabo un parto por cesárea.

Por qué se realiza

Podría considerarse el parto con ventosa si el trabajo de parto reúne determinados criterios: el cuello del útero está completamente dilatado, se *desgarraron las membranas y el bebé descendió al canal del parto* ubicado de cabeza, pero no puedes pujar para expulsar el bebé. El parto con ventosa solamente se debe realizar en un centro de natalidad o en un hospital en el que se pueda practicar una cesárea, en caso de que sea necesario.

El profesional de salud puede recomendar un parto con ventosa en las siguientes situaciones:

- **Pujas, pero el trabajo de parto no progresa.** El trabajo de parto se considera prolongado si no has logrado progresar después de un tiempo determinado.
- **El latido cardíaco del bebé indica que hay un problema.** Si al profesional de salud le preocupan los cambios en los latidos del bebé y es necesario un parto inmediato, podría recomendar un parto vaginal asistido con ventosa.
- **Tienes un problema de salud.** Si tienes determinadas enfermedades, como el estrechamiento de la válvula aórtica del corazón (estenosis de la válvula aórtica), el profesional de salud podría limitar la cantidad de tiempo que pujas.

El profesional de salud podría advertirte acerca de un parto con ventosa si ocurre lo siguiente:

- Llevas menos de 34 semanas de embarazo.
- El bebé tiene un trastorno que afecta la fortaleza de los huesos, como osteogénesis imperfecta, o un trastorno hemorrágico, como hemofilia.
- La cabeza del bebé aún no ha pasado el punto medio del canal del parto.
- Se desconoce la posición de la cabeza del bebé.
- Los hombros, los brazos, las nalgas o los pies del bebé aparecen primero en el canal del parto.
- El bebé podría no ser capaz de atravesar la pelvis debido a su tamaño o al tamaño de la pelvis.

Solicite una Consulta en Mayo Clinic

Riesgos

Ads by Google

263

despego

Recibe
\$300.000
descuento
En paquetes internacionales

Con Tarjetas de Crédito Davivienda

DAVIVIENDA

Mayo Clinic no respalda compañías ni productos. Las recaudaciones de los avisos comerciales financian nuestra misión sin fines de lucro.

Avisos comerciales y patrocinio

Política | Oportunidades
| Opciones de avisos

Mercado de Mayo Clinic

Échales un vistazo a estos títulos exitosos a las ofertas especiales de libros y boletín informativos de Mayo Clinic.

PRUEBA GRATUITA: Mayo Clinic Health Letter (Boletín de salud de Mayo Clinic)

Cuatro pasos sencillos para una vida llena de alegría

Vive más fuerte, más tiempo y más saludable a cualquier edad.

Un parto por extracción con ventosa plantea un gran riesgo de lesiones para ambos, la madre y el bebé.

Detén el avance de la osteoporosis.

La dieta de Mayo Clinic en línea

264

Los posibles riesgos para ti incluyen:

- Dolor en el perineo (el tejido entre la vagina y el ano) luego del parto
- Desgarros en el tracto genital inferior
- Dificultad para orinar o evacuar la vejiga a corto plazo
- Incontinencia urinaria o fecal a corto o largo plazo (micción o defecación involuntaria)

Ads by Google

Ten en cuenta que muchos de estos riesgos también se asocian a un parto vaginal no asistido.

Es posible que tu profesional de salud tenga que llevar a cabo una episiotomía (una incisión del tejido entre la vagina y el ano) antes de ubicar la ventosa.

Los posibles riesgos para el bebé incluyen:

- Heridas en el cuero cabelludo
- Un mayor riesgo de que el hombro del bebé se atasque luego de que la cabeza haya salido (distocia de hombro)
- Fractura de cráneo
- Sangrado dentro del cráneo

Las lesiones graves en el niño luego de un parto por extracción con ventosa son poco frecuentes.

Cómo prepararse

Antes de que considere optar por un parto con ventosa, el profesional de atención de la salud podría probar otras formas de estimular el avance del trabajo de parto. Por ejemplo, podría ajustar la anestesia para que los pujos sean más eficaces. Para que las contracciones sean más intensas, otra opción podría ser la administración de un medicamento intravenoso, por lo general, una versión sintética de la hormona oxitocina (Pitocin). El profesional de atención de la salud también podría realizar una incisión en el tejido entre la vagina y el ano (episiotomía) para facilitar el parto.

Si el parto con ventosa parece ser la mejor opción, el profesional de salud explicará los riesgos y beneficios del procedimiento y pedirá tu

consentimiento. También podrías consultar sobre las alternativas, por lo general, una cesárea.

265

Lo que puedes esperar

Durante el procedimiento

Durante un parto con ventosa, estarás recostada boca arriba con las piernas abiertas. Te podrían pedir que te aferres a las manijas que hay a cada lado de la camilla de parto para sujetarte mientras pujas.

El profesional de salud introducirá la ventosa obstétrica en la vagina, la colocará contra la cabeza del bebé y se asegurará de que no hayan quedado atrapados tejidos vaginales entre la ventosa y la cabeza del bebé. Luego, el profesional de salud usará una bomba de vacío para crear succión.

Durante la próxima contracción, el profesional de salud aumentará rápidamente la presión de succión al vacío, sujetará la manija de la ventosa e intentará guiar al bebé por el canal de parto mientras pujas. Entre una contracción y otra, el profesional de salud puede mantener o reducir la presión de succión.

Después de haber extraído la cabeza del bebé, el profesional de salud soltará la succión y quitará la ventosa.

El parto con ventosa no siempre tiene éxito. Se recomendará el parto por cesárea si el profesional de salud no puede lograr un parto seguro para el bebé con la ayuda de una ventosa.

Después del procedimiento

Luego del parto, tu profesional de salud te examinará para verificar si tienes laceraciones que puedan haberse producido por la ventosa. Se reparará cualquier desgarro. Si se llevó a cabo una episiotomía, se reparará también.

También se controlará si tu bebé tiene signos de complicaciones que puedan deberse al parto por extracción con ventosa.

Cuando regresas a tu casa

Si tuviste una episiotomía o un desgarro vaginal durante el parto, la herida podría dolerte durante algunas semanas. Los desgarros extensos podrían demorar más tiempo en curarse.

266

Mientras te recuperas, es posible que sientas que el malestar disminuye progresivamente. Comunícate con tu profesional de salud si el dolor empeora, presentas fiebre o notas signos de infección.

Si no eres capaz de controlar las deposiciones (incontinencia fecal), consulta con tu profesional de salud.

Escrito por el personal de Mayo Clinic

Solicite una Consulta en Mayo Clinic

Comparte en: Facebook Twitter Imprimir Jan. 24, 2019

References

Extracción del bebé con ventosa

Información

Atención al Paciente e Información Sobre Salud Pruebas y procedimientos Extracción del bebé con ventosa PRC-20395220



Para consultas | Contáctanos
Mayo Clinic: Información | Empleados
Para encontrar trabajo | Mapa del sitio
Sobre el sitio

Mayo Clinic es una organización sin fines de lucro. Haga una donación.

ATENCIÓN AL PACIENTE E INFORMACIÓN SOBRE SALUD

- Estilo de vida saludable
- Síntomas A-Z
- Enfermedades y afecciones A-Z
- Análisis y procedimientos A-Z
- Medicamentos y suplementos A-Z
- Consultas
- Guía para pacientes y visitantes
- Facturación y seguros
- Servicios en línea para pacientes

DEPARTAMENTOS Y CENTROS

- Doctores y personal médico
- Departamentos y centros médicos
- Servicios internacionales
- Centros y programas de investigación
- Información sobre Mayo Clinic
- Contáctenos

INVESTIGACIÓN

- Para explorar los laboratorios de investigación
- Para encontrar ensayos clínicos
- Profesores de investigación
- Becas postdoctorado
- Revista Discovery's Edge
- Para buscar publicaciones
- Puestos con becas para capacitación

EDUCACIÓN

- Mayo Clinic College of Medicine and Science
- Mayo Clinic Graduate School of Biomedical Sciences
- Mayo Clinic Alix School of Medicine
- Mayo Clinic School of Continuous Professional Development
- Mayo Clinic School of Graduate Medical Education
- Mayo Clinic School of Health Sciences

PARA PROFESIONALES MÉDICOS

- Relaciones con los proveedores
- Servicio en línea para recomendar médicos
- AskMayoExpert
- Centro de videos
- Publicaciones
- Capacitación médica continua
- Mayo Medical Laboratories (Laboratorios médicos de Mayo)

PRODUCTOS Y SERVICIOS

- Libros y aún más...
- Healthy Living Program (Programa para una vida sana)
- International Advisory Services
- Medicina deportiva
- Programas públicos para salud y bienestar
- Mayo Clinic Health Letter (Boletín de salud de Mayo Clinic)
- Servicios de laboratorio médico

Cualquier uso de este sitio constituye su acuerdo con los términos y condiciones y política de privacidad para los que hay enlaces abajo.

[Términos y condiciones](#)

[Política de privacidad](#)

[Advertencia de prácticas en cuanto a privacidad](#)

[Para administrar cookies](#)

Se puede reimprimir una sola copia de estos materiales para usar en forma personal y no comercial. "Mayo," "Mayo Clinic," "MayoClinic.org," "Mayo Clinic Healthy Living," y el triple escudo que es el logotipo de Mayo Clinic son marcas registradas de Mayo Foundation for Medical Education and Research.



Cumplimos con el Estándar HONcode para información de salud confiable: [verifique aquí.](#)



268

Buscar en Mayo Clinic

MENU

Acceso a su cuenta de paciente

- Pida una consulta
- Para encontrar un doctor
- Para encontrar trabajo
- Para donar

Español

Atención al Paciente e Información Sobre Salud Pruebas y procedimientos

Solicite una Consulta

Parto con fórceps

Información

Descripción general

Imprimir

Advertisement

Un parto con fórceps es un tipo de parto vaginal asistido. En ocasiones, se necesita en el transcurso del parto vaginal.

En un parto con fórceps, un profesional de salud utiliza un instrumento con la forma de un par de cucharas grandes o pinzas para ensaladas, denominado fórceps, para sujetar la cabeza del bebé y así guiarlo hacia afuera del canal de parto. Por lo general, esto se produce durante una contracción, mientras la madre puja.

El profesional de salud podría recomendar un parto con fórceps durante la segunda etapa del trabajo de parto, cuando estás pujando, en caso de que el trabajo de parto no avance o que la salud del bebé dependa de un parto inmediato.

Aunque se puede recomendar un parto con fórceps durante el parto de tu bebé, el procedimiento puede estar asociado con ciertos riesgos. Si el parto con fórceps fracasa, podría ser necesario llevar a cabo un parto por cesárea.

Por qué se realiza

Podría considerarse el parto con fórceps si el trabajo de parto reúne determinados criterios: el cuello del útero está completamente dilatado, las

membranas se rompieron y el bebé descendió al canal del parto ubicado de cabeza, pero no puedes pujar para expulsarlo. Solo es adecuado llevar a cabo un parto con fórceps en un centro de natalidad o en un hospital en el que se pueda practicar una cesárea, en caso de que sea necesario.

El profesional de salud podría recomendarte un parto con fórceps en las siguientes situaciones:

- **Pujas, pero el trabajo de parto no progresa.** El trabajo de parto se considera prolongado si no has logrado progresar después de un tiempo determinado.
- **El latido cardíaco del bebé indica que hay un problema.** Si el cuello del útero está completamente dilatado, el bebé descendió al canal de parto y el profesional de salud tiene inquietudes acerca de cambios en los latidos del bebé, podría ser necesario un parto inmediato. En tal caso, podría recomendar un parto con fórceps.
- **Tienes un problema de salud.** Si tienes determinadas enfermedades, como una enfermedad cardíaca o presión arterial alta, el profesional de salud podría limitar la cantidad de tiempo que pujas.

El profesional de salud podría advertirte acerca de un parto con fórceps en las siguientes situaciones:

- Tu bebé tiene alguna enfermedad que afecte la solidez de sus huesos, como osteogénesis imperfecta, o un trastorno hemorrágico, como hemofilia.
- La cabeza del bebé aún no ha pasado el punto medio del canal del parto.
- Se desconoce la posición de la cabeza del bebé.
- Los hombros o brazos de tu bebé aparecen primero en el canal de parto.
- El bebé podría no ser capaz de atravesar la pelvis debido a su tamaño o al tamaño de tu pelvis.

Solicite una Consulta en Mayo Clinic

Riesgos

Un parto con fórceps plantea un gran riesgo de lesiones para ambos, la madre y el bebé.

Ads by Google

269

despego

Recibe
\$150.000
descuento
En paquetes nacionales

Con Tarjetas de Crédito Davivienda

DAVIVIENDA

Mayo Clinic no respalda compañías ni productos. Las recaudaciones de los avisos comerciales financian nuestra misión sin fines de lucro.

Avisos comerciales y patrocinio

Política | Oportunidades
| Opciones de avisos

Mercado de Mayo Clinic

Échales un vistazo a estos títulos exitosos a las ofertas especiales de libros y boletín informativos de Mayo Clinic.

PRUEBA GRATUITA: Mayo Clinic Health Letter (Boletín de salud de Mayo Clinic)

Cuatro pasos sencillos para una vida llena de alegría

Vive más fuerte, más tiempo y más saludable a cualquier edad.

Los posibles riesgos para ti incluyen:

- Dolor en el perineo (el tejido entre la vagina y el ano) luego del parto
- Desgarros en el tracto genital inferior
- Dificultad al orinar o evacuar la vejiga
- Incontinencia urinaria o fecal a corto o largo plazo (micción o defecación involuntaria) si ocurre un desgarro grave
- Lesiones en la vejiga o la uretra, el tubo que conecta la vejiga con el exterior del cuerpo
- Ruptura del útero, que sucede cuando la pared uterina se rasga, lo cual podría permitir que el bebé o la placenta se empujen dentro de la cavidad abdominal de la madre.
- Debilidad de los músculos y ligamentos que sostienen los órganos de la pelvis, lo que causa que los órganos de la pelvis desciendan hacia la pelvis (prolapso de órganos pélvicos).

Mientras la mayoría de estos riesgos están asociados a los partos vaginales general, son más comunes en los partos con fórceps.

Es posible que tu profesional de salud tenga que llevar a cabo una episiotomía (una incisión del tejido entre la vagina y el ano) antes de ubicar los fórceps.

Aunque son poco frecuentes, los posibles riesgos para el bebé incluyen:

- Lesiones faciales leves debido a la presión de los fórceps
- Debilidad temporal en los músculos faciales (parálisis facial)
- Traumatismo ocular externo menor
- Fractura de cráneo
- Sangrado dentro del cráneo
- Convulsiones

Las marcas leves en el rostro del bebé luego de un parto con fórceps son normales y temporales. Las lesiones graves en el niño luego de un parto con fórceps son poco frecuentes.

Cómo prepararse

Antes de que considere optar por un parto con fórceps, el profesional de salud podría probar otras formas de estimular el avance del trabajo de parto. Por ejemplo, podría ajustar la anestesia para que pujes con más

Detén el avance de la osteoporosis.

La dieta de Mayo Clinic en línea ²³⁰

Ads by Google

despego

Recibe

\$150.000

descuento

En paquetes nacionales

Con Tarjetas de Crédito Davivienda

DAVIVIENDA

eficacia. Para que las contracciones sean más intensas, otra opción podría ser la administración de un medicamento intravenoso; por lo general, una versión sintética de la hormona oxitocina (Pitocin).

271

También puedes preguntar sobre otras alternativas al parto con fórceps, como intentar con un parto asistido con ventosa o realizar una cesárea.

Si aún no te han administrado anestesia regional y si el procedimiento no se practica por motivos de urgencia (disminuye la frecuencia cardíaca del bebé), es probable que el profesional de salud te administre una anestesia epidural o intradural. Un miembro del equipo médico te colocará un catéter en la vejiga para eliminar la orina. El profesional de salud también puede hacer una incisión en el tejido entre la vagina y el ano (episiotomía) para facilitar el parto del bebé.

Lo que puedes esperar

Durante el procedimiento

Durante un parto con fórceps, estarás recostada boca arriba, levemente inclinada, con las piernas abiertas. Te podrían pedir que te aferres a las manijas que hay a cada lado de la camilla de parto para sujetarte mientras pujas.

Entre las contracciones, el profesional de salud te colocará dos o más dedos dentro de la vagina y junto a la cabeza del bebé. Deslizará suavemente una parte del fórceps entre su mano y la cabeza del bebé, y, a continuación, colocará la otra parte del fórceps del otro lado de la cabeza del bebé. El fórceps se bloqueará para sostener la cabeza del bebé.

Durante las siguientes contracciones, pujarás y el profesional de salud usará el fórceps para guiar con cuidado a tu bebé a través del canal del parto.

Si la cabeza del bebé está ubicada hacia arriba, el profesional de salud podría usar el fórceps para rotar la cabeza del bebé entre las contracciones.

Si el parto del bebé es inminente, el profesional de salud desbloqueará el fórceps y lo sacará antes de que la parte más ancha de la cabeza del bebé pase a través del canal del parto. Opcionalmente, el profesional de salud podría mantener el fórceps en el lugar para controlar el avance de la cabeza del bebé.

Los partos con fórceps no siempre tienen éxito. Si el parto con la asistencia del fórceps no es exitoso, el profesional de salud te podría recomendar un parto por cesárea. Como alternativa, también podría recomendar el uso de

una ventosa unida a una bomba de vacío para sacar al bebé (extracción con ventosa). El profesional de salud evaluará la situación del parto y tomará una decisión acerca de qué opción es la más apropiada para ti: extracción con fórceps o con ventosa.

222

Si el profesional de salud aplica el fórceps, pero no puede mover al bebé, es probable que la mejor opción sea practicar una cesárea.

Después del procedimiento

Luego del parto, tu profesional de salud te examinará para verificar si tienes lesiones que puedan haberse producido por los fórceps. Se reparará cualquier desgarro. También se verificará si tu bebé tiene algún signo de complicaciones.

Cuando regresas a tu casa

Si se realiza una episiotomía u ocurre un desgarro vaginal durante el parto, la herida podría dolerte durante algunas semanas. Los desgarros extensos podrían demorar más tiempo en curarse.

Debes tener en cuenta que la molestia mejorará de manera progresiva a medida que vayas sanando. Contacta a tu profesional de salud si el dolor empeora, tienes fiebre o detectas signos de infección.

Si no puedes controlar las deposiciones (incontinencia fecal), consulta a tu profesional de salud.

Escrito por el personal de Mayo Clinic

Solicite una Consulta en Mayo Clinic

Comparte en: [Facebook](#) [Twitter](#) [Imprimir](#) Jan. 24, 2019

References

Parto con fórceps

Información



Para consultas | Contáctanos

Mayo Clinic: Información | Empleados

Para encontrar trabajo | Mapa del sitio

Sobre el sitio

293
Mayo Clinic es una organización sin fines de lucro. Haga una donación.

ATENCIÓN AL PACIENTE E INFORMACIÓN SOBRE SALUD

- Estilo de vida saludable
- Síntomas A-Z
- Enfermedades y afecciones A-Z
- Análisis y procedimientos A-Z
- Medicamentos y suplementos A-Z
- Consultas
- Guía para pacientes y visitantes
- Facturación y seguros
- Servicios en línea para pacientes

DEPARTAMENTOS Y CENTROS

- Doctores y personal médico
- Departamentos y centros médicos
- Servicios internacionales
- Centros y programas de investigación
- Información sobre Mayo Clinic
- Contáctenos

INVESTIGACIÓN

- Para explorar los laboratorios de investigación
- Para encontrar ensayos clínicos
- Profesores de investigación
- Becas postdoctorado
- Revista Discovery's Edge
- Para buscar publicaciones
- Puestos con becas para capacitación

EDUCACIÓN

- Mayo Clinic College of Medicine and Science
- Mayo Clinic Graduate School of Biomedical Sciences
- Mayo Clinic Alix School of Medicine
- Mayo Clinic School of Continuous Professional Development
- Mayo Clinic School of Graduate Medical Education
- Mayo Clinic School of Health Sciences
- Alumni Center (Centro de ex-alumnos)

PARA PROFESIONALES MÉDICOS

- Relaciones con los proveedores
- Servicio en línea para recomendar médicos
- AskMayoExpert
- Centro de videos
- Publicaciones
- Capacitación médica continua
- Mayo Medical Laboratories (Laboratorios médicos de Mayo)

PRODUCTOS Y SERVICIOS

- Libros y aún más...
- Healthy Living Program (Programa para una vida sana)
- International Advisory Services
- Medicina deportiva
- Programas públicos para salud y bienestar
- Mayo Clinic Health Letter (Boletín de salud de Mayo Clinic)
- Servicios de laboratorio médico
- Mayo Clinic Voice Apps
- Productos médicos

Cualquier uso de este sitio constituye su acuerdo con los términos y condiciones y política de privacidad para los que hay enlaces abajo.

[Términos y condiciones](#)

[Política de privacidad](#)

[Advertencia de prácticas en cuanto a privacidad](#)

[Para administrar cookies](#)

Se puede reimprimir una sola copia de estos materiales para usar en forma personal y no comercial. "Mayo," "Mayo Clinic," "MayoClinic.org," "Mayo Clinic Healthy Living," y el triple escudo que es el logotipo de Mayo Clinic son marcas registradas de Mayo Foundation for Medical Education and Research.



Cumplimos con el Estándar HONcode para información de salud confiable: verifique aquí.



El parto instrumental

¿Qué significa instrumentar un parto?

Instrumentar un parto es hacer uso de elementos externos para sacar al bebé del canal del parto. Estos elementos tienen una forma y función diferente, según el caso. El más antiguo es el fórceps, pero actualmente también se utilizan las espátulas y la ventosa.

La palabra fórceps probablemente derive de las palabras formus, que significa caliente y de capere, que significa para tomar. Es decir, que la palabra fórceps proviene de un instrumento creado para agarrar cosas calientes.

Los primeros instrumentos usados en la práctica obstétrica se describen en el Ayuverda, 1500 a.C., que es el libro de ciencia de la cultura india, pero relacionados con la ayuda para sacar bebés sin vida.

La creación y desarrollo del fórceps se le atribuye a la familia Chamberlen. Peter Chamberlen inventó el fórceps, alrededor de 1598, pero el instrumento se mantuvo como un secreto familiar por cuatro generaciones. El Dr. Peter Chamberlen (1601-1683), fue un médico muy importante de su época y tuvo muchos hijos, tres de los cuales se dedicaron a la medicina. El más influyente de ellos, Hugo Chamberlen (1630-?) por razones políticas tuvo que emigrar a Francia. En este sitio fue donde trató de venderle el secreto a Francois Mauriceau (1637-1709), por 10.000 liras, en 1673. Éste, antes de comprarlo, lo puso a prueba con una mujer que tenía malformaciones, que no había podido parir. Luego de varias horas de esfuerzos inútiles, Hugo Chamberlen, reconoció su fracaso y no logró vender el secreto. Varios años después se dirigió a Holanda y le vendió el secreto a Roger Roonhuysen, quien al poco tiempo lo ofreció al Colegio Médico-Farmacéutico de Amsterdam, que tenía el privilegio de licenciar a los médicos que ejercían en Holanda, a cada uno de los cuales, bajo juramento de mantener el secreto, les vendía el instrumento por una elevada suma de dinero. Esta práctica continuó por muchos años, hasta que Visher and Van de Poll, compró los derechos y hace público el secreto, con la sorpresa de que el instrumento tenía sólo una rama. No se sabe si Chamberlen engañó a Roonhuysen, o el Colegio Médico-Farmacéutico estafó a los compradores.

En el año 1950, E. Thierry plantea la posibilidad de reemplazar el fórceps articulado por un instrumento no articulado como las espátulas; los puntos de apoyo de este instrumento eran los tejidos del canal del parto y no el cráneo fetal.

¿Qué es el fórceps?

Instrumento quirúrgico que se compone de 2 palas articuladas (como una tijera) que se introducen en la vagina con el fin de sujetar la cabeza fetal para poder traccionar y/o rotar y extraer el bebé del cuerpo materno.

El uso de un instrumento u otro en un parto, depende mucho de la habilidad de la persona que lo va a utilizar y de las condiciones que rodean al parto.

Cuando un bebé no se coloca bien en el canal del parto (pero está prácticamente asomando la cabeza), y el registro de la FCF indica que hay peligro para la vida del bebé, es cuando está realmente indicado intervenir con un instrumento obstétrico. Si la mujer tuviera libertad de movimientos, muy probablemente no sería necesaria esta intervención.

Los más leídos

Semanas 37 a 40 leído [totalcount]
El Test de O'Sullivan ("La prueba del azúcar... leído [totalcount]
Malestar durante el primer trimestre y como... leído [totalcount]
Administración de oxitocina sintética leído [totalcount]
El papel de la oxitocina y otras hormonas leído [totalcount]
1 de 84 siguiente

¿Qué es la ventosa?

Campana conectada a una extracción de vacío que se sujeta a la cabeza fetal con el fin de traccionar de ella y sacarla del canal del parto.

¿Qué son las espátulas?

Instrumento parecido a los fórceps, con forma de cuchara, pero que no se articulan entre sí. Las espátulas no tienen como fin traccionar de la cabeza, sino usar la pelvis y musculatura materna como punto de apoyo.

Complicaciones de los partos instrumentados

Complicaciones Maternas:

- Desgarros y laceraciones de vagina, cuello y cuerpo uterino.
- Desgarros musculares y del esfínter anal.
- Lesiones del pudendo.
- Propagación de la episiotomía.
- Lesiones de órganos vecinos.
- Hematomas, fracturas del coxis.
- Dolor crónico vulvar y perineal.

Complicaciones en el Recién Nacido:

- Menores: Marcas de las palas, laceraciones, equimosis, erosiones.
- Más severas: heridas, cefalohematomas, hematomas, hemorragias intracraneanas, fracturas de craneo, parálisis facial. Dolor en los primeros días de vida. Influyen negativamente en la lactancia materna y aumentan el riesgo de ingreso hospitalario por hiperbilirrubinemia.

Ascensión Gómez. Matrona.

< [Maniobra Kristeller](#)

[arriba](#)

[Cesárea y PVDC \(Parto vaginal después de cesárea\)](#) >

El Parto es Nuestro

¿QUÉ SOMOS?
 ¿QUÉ HACEMOS?
 ¿DÓNDE ESTAMOS?
 ¿QUIÉNES SOMOS?
 CONTÁCTANOS
 HAZTE SOCIA
 TU GRUPO LOCAL MÁS CERCANO

Prensa y Comunicación

CONTACTA CON PRENSA
 SOMOS NOTICIA
 LO QUE NO SOMOS
 NOTAS DE PRENSA
 ENLACES

Nuestro trabajo

EL PARTO EN CIFRAS
 LA VOZ ES NUESTRA
 OBSERVATORIO DE LA VIOLENCIA
 OBSTÉTRICA
 STOP KRISTELLER
 UNIDOS EN NEONATOS
 DESCUBRIENDO LA MATERNIDAD
 ¡QUE NO OS SEPALEN!
 SIEMPRE EN EL CORAZÓN

Conoce tus derechos

CONOCE TUS DERECHOS
 LA OXITOCINA: PRECAUCIONES Y ALERTAS
 DERECHOS NIÑO HOSPITALIZADO
 VÍAS DE RECLAMACIÓN
 EJEMPLOS DE RECLAMACIONES PROFESIONALES
 PLANES DE PARTO Y CI

EL CONTENIDO DE ESTE SITIO WEB SE PUBLICA BAJO CC BY-NC-ND 3.0

276

Cali, agosto de 2019

Señor
Juez 4 Civil del Circuito de Cali.
ESM

Asunto: DICTAMEN PERICIAL PARA PRESENTAR COMO PRUEBA EN PROCESO CIVIL

DEMANDANTE: EDWIN ARLEY CUADROS, OTROS
DEMANDADOS: GRUPO OCHO OPERADOR HOSPITALARIO POR OUTSORSING, OTROS
LLAMADO EN GARANTIA: SANDRA ELIANA VILLOTA ROMERO, OTROS
RADICACION: 2018-00140-00

Me dirijo a usted, con la con la finalidad de allegar DICTAMEN PERICIAL, que me fuera solicitado por el Dr. CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA, abogado de la Médica Especialista en Ginecología y obstetricia Dra. SANDRA ELIANA VILLOTA ROMERO.

I. Motivo de la Peritación:

Emitir concepto como especialista en Ginecología y Obstetricia, respecto del caso de la paciente Paola Andrea Ceballos Giraldo, su embarazo, finalización del mismo y lesión del Plexo braquial del recién nacido durante el parto.

II: Documentos recibidos y analizados.

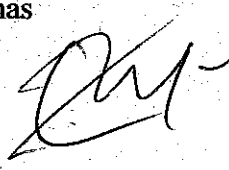
Historia clínica, correspondiente a la paciente Paola Andrea Ceballos Giraldo.
Demanda
Cuestionario remitido por el Dr. Núñez.

III. Técnicas empleadas:

Análisis de los documentos allegados para estudio aplicando conocimientos y metodología de revisión de la literatura en área de cirugía plástica

IV. Idoneidad y experiencia del perito

Que soy médico, especialista en Ginecología y Obstetricia, me identifico con Cédula de ciudadanía No 71.652.562; me formé como médico en la Universidad Pontificia Bolivariana en el año 1988, posteriormente realicé especialización en Ginecología y Obstetricia d en la Universidad de Antioquia en el año 1994; Mi experiencia laboral y profesional, está relacionada en mi hoja de vida que adjunto, así como mis diplomas



y certificaciones. Soy miembro de número de la Sociedad Antioqueña de Ginecología y Obstetricia.

V. Juramento:

Manifiesto bajo juramento, que se entiende prestado con la firma de este documento, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de impedimento para actuar como perito en este proceso, acepto el régimen jurídico de auxiliares de la justicia, que poseo la formación académica y experticia profesional para rendir esta opinión pericial. No tengo ningún grado de consanguinidad o parentesco con ninguna de las partes inmersas en este proceso.

De igual forma manifiesto bajo juramento que he actuado leal y fielmente en el desempeño de esta labor, que la opinión pericial que me permito rendir corresponde a mi real convicción profesional, experiencia, con objetividad e imparcialidad en todos mis actos, sin injerencia de ninguna de las partes.

También manifiesto que no he sido designado como perito médico en procesos anteriores o en el curso de procesos por la misma parte o por el mismo apoderado de la parte.

Se me puede ubicar en mi consultorio en el Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado

Manifiesto de antemano, que me pongo a disposición del JUZGADO 4 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI, o la autoridad judicial que lo determine, para ratificar el contenido del Dictamen pericial rendido ante autoridad judicial, o para rendir las aclaraciones y/o complementaciones que se requieran.

Los métodos, experimentos e investigaciones efectuados en el presente dictamen, son los mismos que utilizo en el ejercicio regular de mi especialidad.

VI. Resumen de la atención del binomio materno fetal

La paciente PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO era una primigestante adolescente de 16 años quien consulta por actividad uterina en la clínica Comfenalco el día 27 de junio de 2017 a las 05:01 am, por actividad uterina irregular. Datos positivos del control prenatal infección de vías urinarias en el primer trimestre controles prenatales sin alteraciones laboratorios prenatales sin alteraciones seguimiento ecográfico de la gestación objeto con crecimiento normal sin indicar en ningún momento macrosomía fetal, se descartó por curva de tolerancia a los carbohidratos diabetes gestacional. El examen físico de ingreso fue paciente en buenas condiciones generales, signos vitales normales, examen obstétrico: feto único, longitudinal cefálico, FCF 130 lpm, altura uterina de 30 cm, pelvis ginecoide, TV al ingreso con dilatación de 3 cm y borramiento del 50%, membranas íntegras, estación -2. Se solicitó pruebas de bienestar fetal (no reportadas en la historia clínica) monitoria fetal. La paciente permaneció en observación y deambulación hasta las



09:53 am, cuando la paciente presentó actividad uterina regular, progresión de trabajo de parto documentada en la historia clínica TV dilatación 4-5 cm, borramiento 80%, estación de - 1, membranas íntegras. Con diagnóstico de trabajo de parto fase activa, se ordenó hospitalización en sala de partos para conducción del trabajo de parto. La paciente permaneció en sala de partos con actividad uterina regular sin amniorrea, movimientos fetales positivos, bienestar fetal y materno, y a las 18:22 pm según evolución por medicina general TV dilatación de 9 cm y borramiento del 100%, estación +1, se realizó amniotomía obteniendo líquido claro . A las 20:11 de la noche según la nota de atención de parto se atendió parto por parte de la doctora Sandra Villota por pujó deficiente de la paciente se practicó la maniobra de Kristeller, en una ocasión y se produjo el nacimiento de un feto masculino peso 4000 G talla 54cm ,Test de apgar al nacer del recién nacido 8/10 y 10/10, sin alteraciones neurológicas evidentes, alumbramiento a los 5 min con manejo activo del tercer periodo, Alumbramiento de placenta tipo schultze completa. El examen pélvico indicó desgarro obstétrico grado 2 el cual se reparó sin complicaciones. En el puerperio inmediato la paciente presentó fiebre de 38° centígrados, laboratorios iniciales con cuadro hemático que indica leucocitosis, medicina general ordenó tratamiento antibiótico ante la posibilidad de infección puerperal. Inició manejo médico con clindamicina y gentamicina administradas por 3 días y se continúa posteriormente en casa. El día 30 de junio de 2017 la paciente es dada de alta con indicaciones y signos de alarma. La valoración del pediatra al momento del nacimiento del recién nacido indica limitación de la movilidad del miembro superior derecho del recién nacido, sin evidencia de fractura. Se solicita radiografía de clavícula (se desconoce su resultado) y valoración por neurología y fisioterapia. Se diagnosticó parálisis de Erb o lesión del plexo braquial derecho del neonato para lo cual se inició fisioterapia y rehabilitación .La parálisis de Erb o parálisis del plexo braquial se presenta con relación a la atención del parto, no encuentro fallas en la atención del parto, la lesión se produce con la tracción que el obstetra debe realizar de la cabeza fetal en dirección caudal y posterior, para permitir el alumbramiento del hombro anterior que se encuentra detrás de la sínfisis púbica, la intensidad con que se realice la atracción está relacionada con la posible lesión por elongación de las fibras nerviosas del plexo braquial a nivel cervical por la macrosomía fetal y no está relacionada con las maniobras de kristeller.

VII. Respuesta a las preguntas realizadas por el abogado:

1. ¿Qué es la parálisis de ERB?

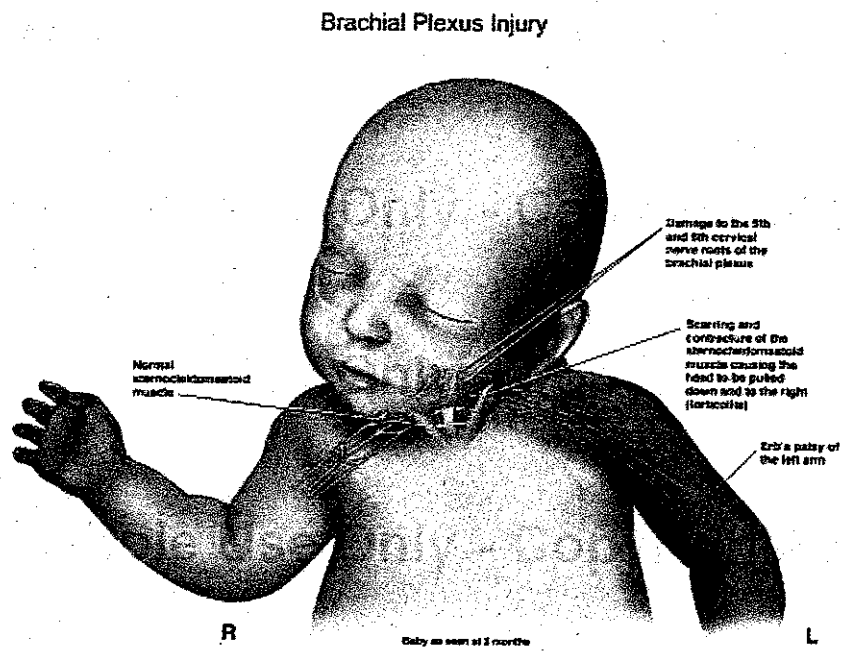
Respuesta: El plexo braquial es una red de nervios que conducen señales de la columna vertebral al hombro, el brazo y la mano. Las lesiones del plexo braquial son causadas por daño a esos nervios. La parálisis de Erb Duchenne consiste en una parálisis de los nervios periféricos de la columna cervical numerados V y VI (que salen por los espacios de las vértebras del cuello C5 y C6), que forman parte del plexo braquial superior.



Su manifestación principal es una pérdida de la movilidad del brazo con o sin afectación del antebrazo y de la mano, aunque lo habitual es la afectación de la totalidad del miembro. Su origen se encuentra en la distensión o rotura de los nervios del plexo braquial sobre todo en partos difíciles, usualmente asociado a retención de hombros y macrosomía fetal(ver respuesta # 4).

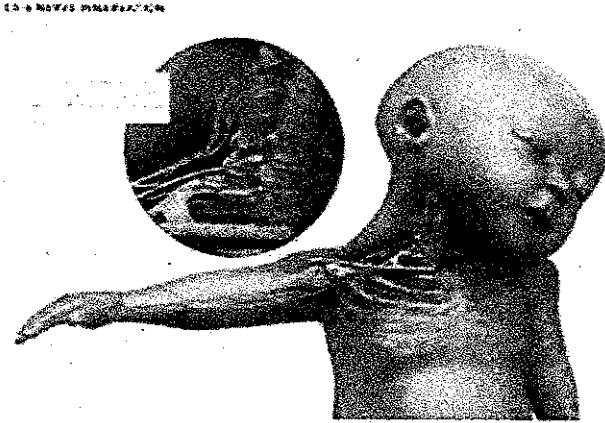
2. ¿Qué es y cómo se produce la lesión del plexo braquial?

Respuesta: Aunque las lesiones del plexo braquial pueden ocurrir en cualquier momento, muchas de ellas suceden cuando los hombros del bebé se afectan durante el parto y los nervios del plexo braquial se estiran o rasgan. Existen cuatro tipos de lesiones del plexo braquial: la avulsión, el tipo más grave, en donde el nervio se desgarrar de la columna vertebral; la ruptura, en la cual el nervio se desgarrar, pero no en la unión con la columna; la neuroma, en la cual el nervio se rompe y cicatriza, pero el tejido cicatrizal hace presión sobre el nervio lesionado y le impide enviar señales a los músculos; y la neuropraxia o estiramiento, en la cual el nervio se daña pero sin romperse. La neuropraxia es el tipo más común de lesión del plexo braquial. Los síntomas de lesión del plexo braquial pueden incluir un brazo colgante o paralizado, falta de control muscular en el brazo, la mano o la muñeca y ausencia de sensación en el brazo o la mano.



En la imagen se ilustra, con color morado, la zona afectada por la parálisis del plexo braquial(Parálisis de Erb)

Handwritten signature



En la imagen se observa el sitio de salida de los nervios entre las vértebras cervicales y su lesión por estiramiento o ruptura.

3. ¿Es posible prevenir la lesión del plexo braquial?

Respuesta: La literatura es enfática en expresar que no. Puntualmente dice: “No existe ninguna medida de eficacia probada para predecir o prevenir la parálisis braquial obstétrica.” REF: <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/paralisis-braquial-obstetrica>

<https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/lesion-plexo-braquial-ninos-causas-agnostico-tratamiento>

Lo mismo dice la Clínica Mayo, una de las instituciones más prestigiosas del mundo de la medicina: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/brachial-plexus-injury/symptoms-causes/syc-20350235>

4. ¿Qué es la macrosomía fetal?

Respuesta: La expresión «macrosomía fetal» se utiliza para describir a un recién nacido significativamente más grande que el promedio.

Un bebé diagnosticado con macrosomía fetal tiene un peso de más de 8 libras y 13 onzas (4 kilogramos, 4000 miligramos) al momento de nacer, independientemente de su edad gestacional. Alrededor del 9 por ciento de los bebés en todo el mundo pesan más de 8 libras y 13 onzas al nacer.

REF: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_1.pdf

A handwritten signature in the bottom right corner of the page.

<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/macrosomia.pdf>

- 5. ¿En el caso que nos ocupa era posible establecer la macrosomía fetal previo al parto o esta solo se evidenció al nacimiento del bebe?

Respuesta: Dicho diagnóstico solo se hizo evidente después del nacimiento. Durante el embarazo y el trabajo de parto, nunca se contempló la posibilidad de una macrosomía. Nada lo indicaba, por lo tanto, no había que tomar medidas al respecto, pues tanto el embarazo como el parto transcurrieron dentro de total normalidad, dejando ver que había proporción feto materna.

- 6. ¿De acuerdo con la historia clínica, se proyectó por los médicos que venían atendiendo a la paciente, el peso al nacer que tendría el feto?

Respuesta: En nota del 19 de mayo de 2017, a las 34,3 semanas de embarazo, se anotó:

“ULTIMA ECOGRAFIA: FECHA: 10/5/17 PLACENTA: ANTERIOR FUNDICA GRADO II PRESENTACION: CEFALICO DD ILA: 19 CM PFE: 2198 GR EG: 33.1 SEMANAS”, el 6 de junio en control de PyP se anotó: “ECOGRAFIA del 10 mayo " FETO cefalico ,creciendo en p adecuados para 33 ss, PFE 2198 g” el 13 de junio se anotó en la historia clínica:

“****ECOGRAFIAS: 1. 14.12.2017 TAMIZAJE GENETICO 11.5-13.5 SS: CRL PARA 12.1 SEMANAS SOMNOLUCENCIA NUCAL 1.2 MM, HUESO NASAL PRESENTE 2. 10.02.2017 FETO UNICO VIVO DE 20.3 PODALICO CRECIENDO EN PERCENTIL ADECUADO , ILA NORMAL, PLACENTA NORMOINSERTA. 3. 10.05.2017 FETO UNICO VIVO DE 33.1 CEFALICO CRECIENDO EN PERCENTIL ADECUADO , ILA NORMAL, PLACENTA NORMOINSERTA.*****” en esta consulta se anotó en “ANALISIS Y PLAN”... “GO VIA DE PARTO VAGINAL SEMANA 40 27.06.2017” el 27 de junio de 2017 se escribió en la historia clínica: “ULTIMA ECOGRAFIA: ----- FECHA: 10.05.2017 PLACENTA: ANTERIOR FUNDICA GRADO II, INSERCIÓN NORMAL PRESENTACION: CEFALICO DORSO DERECHO ILA: 19 CM, NORMAL PFE: 2.198 GR---3.596 GR APROXIMADAMENTE HOY”

Más adelante en el examen físico se anotó “PELVIS: GM” (ginecoide media).

De acuerdo con o anterior, para la fecha del parto, la médica general calculó que el peso aproximado al nacer del feto sería de 3.596 aproximadamente.

En resumen, no hay ninguna anotación que alerte sobre macrosomía o que haga notar que el peso fetal pueda ser factor predecible de dificultades en el parto o causa de desproporción

- 7. ¿El uso en el parto de ventosa obstétrica (vacuum extractor), el uso fórceps (de desprendimiento), o de espátulas de Velasco para extracción de la cabeza, generan riesgos para el feto y/o la madre?

Respuesta: Se puede presentar trauma obstétrico tanto en la madre como en el hijo: desgarros, fracturas, hematomas, lesiones en la cara, etc. De todas maneras, la lesión del nervio, la parálisis de Erb se presenta después de que sale la cabeza y el hombro anterior colisiona contra el pubis materno. Y dichos aparatos se utilizan para extraer la cabeza, no el hombro.

- 8. ¿En el caso que nos ocupa se puede afirmar que la causa de la lesión del plexo braquial fue ocasionada por la maniobra de Kristeller?

Respuesta: En mi concepto no hay relación. La principal causa que referencia la literatura para explicar dicha lesión es la macrosomía fetal, que en este caso se puede demostrar

- 9. En el caso que nos ocupa, de acuerdo con la historia clínica ¿Se podría afirmar que la lesión del plexo braquial es asociada a la macrosomía fetal?

Respuesta: Para mí hay una relación directa de causa-efecto. La literatura es explícita para establecer la clara asociación de macrosomía y lesión del plexo braquial: "macrosomía del bebe, puede producir una distocia del hombro, especialmente durante la última fase del trabajo de parto, lo que ocasiona la tracción del plexo braquial" REF: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v62n2/v62n2a12.pdf>

"Existen estudios que han asociado la LPBO con ciertos factores de riesgo obstétricos, maternos y biológicos, tales como: macrosomía" REF: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/565_GPC_Lesio_ndel_plexobraquial/DIF-565-12-ER-Lesixndelplexobraquial.pdf

"Entre los factores fetales el más importante descrito es la macrosomía." REF: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v84n1/v84n1a07.pdf>

Otras:

<https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-12/paralisis-braquial-y-dificultad-respiratoria-en-un-recien-nacido-macrosomico/>

<https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/50-5-11.pdf>

- 10. ¿Las lesiones del ERB pueden mejorar con terapia y cuidados médicos?

Respuesta: Claro que sí. Dice la literatura: "La mayoría de las lesiones del plexo braquial son de carácter temporal y sus síntomas desaparecen solos." REF: <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/lesion-plexo-braquial-ninos-causas-diagnostico-tratamiento>

En la página de la Clínica Mayo, dice textualmente: "Con tiempo suficiente, muchas lesiones del plexo braquial tanto en niños como en adultos se curan con poco o nada de daño." REF: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/brachial-plexus-injury/symptoms-causes/syc-20350235>

Otra página líder en pediatría, Kidshealth, dice literalmente: "La mayoría de los bebés con una lesión del plexo braquial recuperan tanto el movimiento como la sensibilidad del brazo afectado. En los casos leves, esto puede ocurrir sin que haga falta ningún tratamiento." REF: <https://kidshealth.org/es/parents/brachial-plexus-esp.html>

- 11. ¿Según su concepto, la parálisis del plexo braquial se puede considerar un riesgo inherente del parto?

Respuesta: Por supuesto que sí. En cualquier trabajo de parto se puede presentar una lesión del plexo braquial, sobre todo cuando hay macrosomía, como lo explica de manera contundente la literatura médica. No ha sido posible erradicarlo de la práctica obstétrica y se presenta aún en los niveles de atención más avanzados. Ni la tecnología ni la alta especialización han logrado llevarlo a porcentajes de incidencia cercanos a cero.

- 12. Durante la atención del embarazo y parto de la paciente, ¿existía alguna indicación para realizarle cesárea a la paciente PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO?

Respuesta: En la historia revisada no encontré ninguna indicación para realizarle cesárea. Todo estaba dado para parto vaginal, de hecho, ocurrió dentro de los parámetros considerados como normales, sin desviaciones del partograma, demostrando, a pesar del peso fetal, 4000 gms, una adecuada proporción fetomaterna. La OMS estimula, de manera radical y hasta donde sea posible, el parto vaginal. Dice la literatura: "El parto en un proceso fisiológico normal que se lleva a cabo sin complicaciones en la mayoría de los casos. Sin embargo, los estudios muestran que una gran parte de las mujeres embarazadas sanas son sometidas al menos a una intervención clínica durante el parto. Según la OMS, esas intervenciones en muchas ocasiones son "innecesarias y potencialmente dañinas".

"La Organización Mundial de la Salud asegura que la creciente medicalización de los nacimientos está dañando la capacidad de las mujeres para dar a luz. El parto debe ser tratado como un proceso natural, con la madre en el centro de la toma de decisiones y solo debe intervenir cuando haya complicaciones." REF: <https://news.un.org/es/story/2018/02/1427121>

VIII. Bibliografía: La citada en las respuestas

VIX: CONCLUSIONES PERICIALES

1. Se presentó una parálisis de ERB, muy probablemente en relación con la macrosomía demostrada en el hijo de la paciente. Dicha relación está ampliamente demostrada en la literatura
2. La Parálisis de Erb no guarda relación con la maniobra de Kristeller
3. La macrosomía fue un hallazgo sorpresivo que se documentó solo después del nacimiento
4. La paciente no tenía ninguna indicación de cesárea y el trabajo de parto y parto se dieron de manera normal, demostrando proporción feto-materna
5. La literatura respalda que la gran mayoría de las Parálisis de Erb se recuperan de manera satisfactoria

Atentamente



Dr. EMILIO ALBERTO RESTREPO BAENA

Especialista en Ginecología y Obstetricia

CC No. 71.652.562 DE MEDELLÍN

REG MEDICO 4449/89

CEL 3113085977

EMAIL: emiliorestrepo@gmail.com

HOJA DE VIDA



DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos: Emilio Alberto Restrepo Baena

Lugar y fecha de nacimiento: Amagá, 12 de Noviembre de 1.964

Cédula de Ciudadanía: 71.652.562 de Medellín

Consultorio: Hospital Manuel Uribe Angel- Envigado
Consultorio 107
Cel. 311 308 59 77
Teléfono 339 48 00 ext 9/ 195

e-mail: emilioestrepo@gmail.com

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Como especialista:

- Perito asesor médico especializado, SCARE-FEPASDE, 2014 a la fecha
- Médico Perito auxiliar de la justicia, Juzgados Civiles y de Familia, 1.990 -2004. Actualmente, igual función de Perito en el CENDES, Universidad CES desde 2011
- Consulta externa en Ginecoobstetricia, Cooperativa de ahorro y crédito de Don Matias, Enero de 1994 a la fecha. Actualmente en la Cooperativa PROSALCO, en dicho municipio. Socio Fundador, Miembro de varias juntas.
- Profesor de cátedra de Ginecoobstetricia, Facultad de Medicina Universidad de Antioquia, segundo semestre de 1994.
- Ginecoobstetra, Hospital Manuel Uribe Angel, Envigado, desde Agosto de 1994 a la fecha
- Ginecoobstetra, Metrosalud, Unidad hospitalaria de San Javier, desde Diciembre de 1994 a agosto de 1995.
- Profesor de Ginecoobstetricia CES-U de A. Hospital MUA 1994 a la fecha, en las áreas de Ginecología y Obstetricia quirúrgica y Laparoscopia
- Práctica privada en consultorio particular, 1.988 a la fecha
- Socio fundador de la Clínica Antioquia S.A. en Itagüí.
- Socio fundador Cooperativa de trabajo asociado PROSALCO

PUBLICACIONES

ACADEMICAS

- Procedimientos olvidados en Ginecoobstetricia. En: Rev. Col. Ginecol. 44(1):17-19, 1.993
- Hidrops No inmune de resolución espontánea. Presentación de un caso. En: Rev. Col. Ginecol. 44(1): 61-63, 1.993
- Medicinas alternativas: La Ayurveda o arte médico Hindú En: IATREIA, 6(1):41-45, Marzo de 1.993
- Adenocarcinoma de estómago y embarazo: Presentación de un caso. En: IATREIA, 6(2):99-102, Julio de 1.993.
- Procedimientos olvidados en Ginecoobstetricia. Segunda parte. En: Rev. Col. Ginecol. 44(3):177-179, 1.993
- Vitaminas y Minerales durante el periodo de gestación. En: IATREIA 6(3):144-149, 1.993
- Presentación de Caso: Fístula arteriovenosa secundaria a picadura de raya de río. En: IATREIA, 6(3): 163-165, 1.993
- Vólvulos y Embarazo. Presentación de un caso. En: Rev. Col. Ginecol. 44(4):317-318, 1.993
- Versión cefálica externa. En: IATREIA. 7(1): 47 - 51, 1994.
- Enfermedad tiroidea y gestación en el servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl, Medellín 1982-1990 En: Rev. Col. Ginecol. 45(4): 307-311, 1995.
- El largo y tortuoso camino de la Ginecoobstetricia. En: Memorias del IV curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, U de A, 1995.
- La Mujer como Víctima de trauma sexual. En : IATREIA. 9(3): 136-139, sep, 1996
- DE LOS RIOS, José F, CASTANEDA, Juan D e RESTREPO, Emilio A. Lineal laparoscopic salpingostomy for treating spontaneous bilateral ectopic pregnancy: a case report. Rev Colomb Obstet Ginecol, mar. 2006, vol.57, no.1, p.54-57. ISSN 0034-7434.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342006000100008&script=sci_arttext

-LA ENVIDIA, ESA PESTE QUE NOS RONDA. Revista DYNA. Universidad Nacional. # 159. Sep 2009

<http://dyna.unalmed.edu.co/ediciones/159/editorial/Editorial159.pdf>

- ERRORES COMUNES EN LA ELABORACION DE ARTICULOS ACADEMICOS Y CIENTIFICOS Revista DYNA. Universidad Nacional. # 172 Abril 2012

http://dyna.unalmed.edu.co/ediciones/172/deeditor/Del_Editor172.pdf

- ERRORES COMUNES EN LA ELABORACION DE ARTICULOS ACADEMICOS Y CIENTIFICOS Revista CES Medicina Vol 26 No 1(2012)p.131-134

<http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/2163>

Publicación en formato de video: SUSPENSION UTERINA LAPAROSCOPICA(EN CD, VIDEO, SE ENCUENTRA EN BIBLIOTECA CES)

Ver Artículos más médicos:

<http://ginecologoemilio.blogspot.com/>

LITERARIAS

- **"TEXTOS PARA PERVERTIR A LA JUVENTUD"** (libro de poemas y cuentos cortos) Medellín, Ediciones "El Corsario Loco", 1.993. Libro que ocupó el primer puesto en el concurso de poesía 120 años Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Actualmente circula la segunda edición de la obra.
- Novela **"LOS CÍRCULOS PERPETUOS"**, finalista en el concurso de novela breve "Álvaro Cepeda Samudio" 2003. Cuatro ediciones a la fecha
- Ganador de la III convocatoria proyectos Culturales Alcaldía de Medellín , Categoría Novela con la obra **"EL PABELLÓN DE LA MANDRÁGORA"**, actualmente circulando la segunda edición, patrocinada y distribuida por la Alcaldía de Medellín.
- Novela **"LA MILONGA DEL BANDIDO"**, edición de apoyo de PROSALCO IPS, actualmente circulando la primera edición.
- Novela **"QUE ME QUEDA DE TI SINO EL OLVIDO"**, ganadora del primer Premio de Novela Talentos Ciudad de Envigado, 2008. actualmente circula la segunda edición.
- Novela **CRONICA DE UN PROCESO**, publicada por la Universidad CES, primera edición 2010
- Novelas **DESPUES DE ISABEL, EL INFIERNO y ¿ALGUIEN HA VISTO EL ENTIERRO DE UN CHINO?**, publicada en la colección Serie Negra de Ediciones B, 2012
- En 2013, el ITM publicó el libro de presentación de su investigador privado con el título **UN ASUNTO MICCIONAL Y OTROS CASOS DE JOAQUIN TORNADO, DETECTIVE.**
- Ganador en 2013 de la convocatoria de URANITO de Argentina de la convocatoria "Pequeños Lectores" con el libro **DE COMO LES CRECIO EL CUELLO A LAS JIRAFAS**
 - Recopilador y prologuista en el libro **ENTRE ELMIEDO Y EL MAL (El género Negro en la Poesía colombiana)**, Hilo de Plata, Editores, 2014
 - Novela: **JOAQUIN TORNADO, DETECTIVE**, de la serie **POLICÍAS Y BANDIDOS**, Editorial UPB, 2015
 - Ganador en 2016 de la Beca de creación Presupuesto Participativo Municipio de Medellín, Secretaría de Cultura Ciudadana con el libro **GAMBERROS S.A.**, publicado por editorial Hilo de Plata
 - Novela **EL ABRAZO DE LA VIUDA NEGRA, Un caso de Joaquín Tornado, detective**, de la serie **POLICÍAS Y BANDIDOS**, Editorial UPB, 2017
 - Novela **Y NOS ROBARON LA CLÍNICA**, editada por Sílabas editores, 2018
- Asesor médico y científico de los programas "Complicidades" de TeleAntioquia y "Las Tres Gracias" de Cosmovisión, que dirige la comunicadora Lucero Vilches.

- Ganador del concurso "Historias cortas, Ideas largas" de la Universidad de Antioquia con el guión "La Otra Explosión Del Corazón", filmado en formato de video.

<http://www.emilioestrepo.blogspot.com/search/label/la%20ultima%20explosi%C3%B3n%20del%20coraz%C3%B3n>

- Un cuento, "UN ASUNTO SORPRENDENTE", figura en la "ANTOLOGIA COMENTADA DEL CUENTO ANTIOQUEÑO, VOL II", Recopilado por Mario Escobar Velásquez y publicado por editorial U de A.

<http://emilioestrepo.blogspot.com.co/2007/12/un-asunto-sorprendente-cuento.html>

- Un cuento UN TELEVISOR FUL COLOR, figura en la antología de cuento colombiano EL POZO Y EL PENDULO. Publicado en Odradek, el cuento y SILABA Editores

<http://emilioestrepo.blogspot.com.co/2014/09/un-televisor-full-color-antologia-el.html>

- Finalista en el CONCURSO de cuento de la UPB: ¿Cuál es tu cuento con el fútbol? Con el relato TODO POR EL FÚTBOL publicado en 2017 en edición Bilingüe

<https://emilioestrepo.blogspot.com.co/2017/09/concurso-upb-cual-es-tu-cuento-con-el.html>

-Ganador del concurso de cuento del CES 2008, con la obra "Deleites y contemplaciones de un taxidermista", publicado en la antología de los concursos de cuento.

<https://www.youtube.com/watch?v=CCqRXmmIGJ0>

- Finalista de los concursos de cuento en yoescribo.com, en el concurso de cuento satírico de Alfaguara, en el de cuento corto de la revista El malpensante, y en los premios de Cultura Ciudad de Itagüí. Actualmente circula el libro con selección de Poemas, Cuento y Crónica. Finalista en cuento y poesía en varias convocatorias en España y Mexico.

- Coautor del libro ALGUNAS COSAS NUESTRAS-Crónicas de Belén, publicado en coedición de Corporación cultural El Taller y el Municipio de Medellín

<http://cronicas-belen-y-otras.blogspot.com/>

- Aparece con varios cuentos en los dos libros del Taller literario de ASMEDAS y RENATA 2009 y 2010, selección y prólogo Luis Fernando Macías

- "Al Filo de la Decadencia". Revista ODRADEK, EL CUENTO. Revista 19. Abril 2012

<http://www.odradekelcuento.com/9odradek19.php>

y UNIVERSOCENTRO Número 42 - Febrero de 2013

<http://www.universocentro.com/NUMERO42/Alfilodeladecadencia.aspx>

- Columna "La Callada Presencia" en el Periódico Momento Médico de ASMEDAS, DE 2002 a la fecha.
- Columna de opinión en la revista de ASAGIO desde la fundación en 2004 a la fecha
- Artículos literarios varios en las publicaciones La Hoja de Medellín, Revista Cambio, Periódico el Mundo, Universocentro
- Coeditor Libro de Memorias de Congreso anual del Departamento de Ginecología y Obstetricia Universidad de Antioquia 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017
- Editor Revista de ASAGIO

Blog: www.emilioestrepo.blogspot.com

<http://cronicas-belen-y-otras.blogspot.com/>

<http://decalogosliterarios.blogspot.com.co/>

Referencias:

<http://solonovelanegra.com/restrepo-emilio-a/>


<http://www.escriitores.org/libros/index.php/item/emilio-alberto-restrepo>

Artículos: <https://www.youtube.com/watch?v=qsSUKDInc8M&index=2&list=PLm-lfL5KTbVOjHCON-OMJveoeRRfLY4EP>

Cuentos: <https://emilioestrepo.blogspot.com.co/2015/06/cuentos-leidos.html>

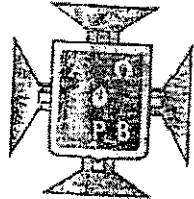
Libros: <https://emilioestrepo.blogspot.com.co/p/libros-de-emilio-alberto-restrepo.html>

EL AUTOR


Emilio Alberto RESTREPO BAENA
CC 71.652.562 de Medellín

Registro 4449

Medellín, Abril de 2018



La Universidad Pontificia Bolivariana

En la ciudad de Medellín, Departamento de Antioquia
en nombre de la

República de Colombia

y por autorización del Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que



Emilio Alberto Restrepo Narva

Cédula de ciudadanía No. 71.622.562 Expedida en Medellín
 cursó y aprobó en la Facultad de

Medicina

los estudios exigidos por las normas legales y reglamentarias
vigentes, le confiere el título de

Médico y Cirujano

En testimonio de ello se otorga el presente documento en Medellín el
 día 24 del mes de junio del año 2018.

[Handwritten signatures and official stamps]

El Rector

El Secretario General

Medellín, 24 de junio de 2018



CES

Un Compromiso con la Excelencia

Paraná, Decreto 1124 de agosto 4 de 1973 del Ministerio de Educación Nacional de Colombia

EN ATENCIÓN A QUE

Emilio Alberto Restrepo Baena

C.C. 71.852.362 Medellín (Antioquia)

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS
EXIGIDOS POR LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS,
PARA OPTAR EL TÍTULO DE

Especialista en Cirugía Ginecológica Laparoscópica

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA

EN TESTIMONIO DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLÍN-COLOMBIA
A LOS 11 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2005.

José María Maya Mejía
Rector
Instituto de Ciencias de la Salud CES

Gustavo Adolfo Castellón Duque
Secretario General
Instituto de Ciencias de la Salud CES

Jorge Ibáñez Ospina Gómez
Decano
Instituto de Ciencias de la Salud CES

Registrado: Folio 130 Número 1973 Fecha: 11 de agosto de 2005 Acta 5970 de 11 de agosto de 2005 Firma:



LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

EN NOMBRE DE
LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACION
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EN ATENCION A QUE

Emilio Alberto Restrepo Baena

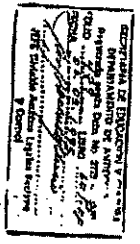
HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS
EXIGEN PARA OPTAR AL TITULO DE

ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA, EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA Y REFERENDA CON LOS
SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLIN, EL DIA 2 DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 1984

RECTORIA
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
[Signature]
RECTORIA

SECRETARÍA GENERAL
[Signature]
SECRETARÍA GENERAL



02400

RECTORIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
[Signature]
RECTORIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DE ANTIOQUIA



EDADES Y ETAPAS VIDA SANA PREVENCIÓN TEMAS DE SALUD

Temas de la A a la Z

Temas de salud

- Accidentes (16)
- Alergia (21)
- Cáncer (10)
- Corazón (6)
- Dientes (11)
- Digestivo (30)
- Endocrino (11)
- Enfermedades genéticas (6)
- Fiebre (4)
- Genitales (9)
- Infecciones (51)
- Medicinas (8)
- Neurología (36)
- Oídos, nariz y garganta (16)
- Ojos (10)
- Ortopedia y Traumatología (13)
- Piel (22)
- Respiratorio (6)
- Reumatología (2)
- Riñón (8)
- Salud mental (12)
 - Anorexia y bulimia (6)
 - Espectro autista (3)
 - Hiperactividad/déficit de atención (4)
- Sangre (5)
- Tóxicos (4)

- Fotoprotección
- Muerte súbita del lactante
- Prevención de accidentes
- Prevención de enfermedades
- Vacunas

[Inicio](#) » [Temas de salud](#) » Parálisis braquial obstétrica

Parálisis braquial obstétrica

La parálisis braquial obstétrica se manifiesta como una disminución de la movilidad o sensibilidad en el brazo, antebrazo o mano

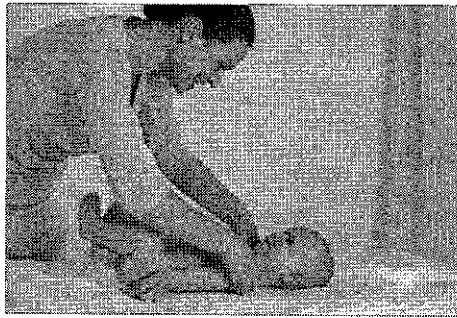
La encuesta de En Familia

¿Cuál de estas medidas le parece más importante para prevenir ahogamientos en los

POLÍTICA DE COOKIES

Este sitio web le informa de que hace uso de cookies propias y de terceros con la finalidad de recopilar datos estadísticos anónimos de uso de la web, así como la mejora del funcionamiento y personalización de la experiencia de navegación del usuario. Si continúa navegando, consideraremos que acepta su uso. Pulse en **Aceptar** para verificar que está de acuerdo con el uso de Cookies. Para cambiar la configuración u obtener más información sobre Cookies, visite la POLÍTICA DE COOKIES de esta página web.

La parálisis braquial obstétrica es la pérdida de movilidad o sensibilidad en el miembro superior (brazo, antebrazo o mano) del recién nacido, causada por la lesión de los nervios del plexo braquial, que salen de la médula espinal. Este plexo braquial es una red nerviosa que se localiza en la base del cuello y que es responsable de la función motora y sensitiva del miembro superior.



¿Por qué se produce?

La lesión del plexo braquial puede producirse por diferentes motivos (hiperextensión, tracción, compresión, falta de oxígeno, etc.). Ocurre más frecuentemente tras partos vaginales con dificultades para la expulsión (distocia) de los hombros. La distocia de hombros ocurre cuando el hombro del bebé queda atrapado por el hueso pélvico materno, siendo precisas maniobras especiales para conseguir que el recién nacido salga completamente. **En la mayor parte de los casos no existe forma de predecir en qué partos puede producirse una distocia de hombros, de modo que es difícil prevenir la aparición de este problema.**

Puesto que existen casos de parálisis braquial obstétrica diagnosticados tras cesáreas y tras partos vaginales no complicados, se sabe hoy que la lesión del plexo braquial puede producirse también por contracciones uterinas intensas durante el parto e incluso antes del nacimiento. Las anomalías uterinas, la malposición fetal, la multiparidad, los fetos muy grandes, la excesiva ganancia de peso materna y la distocia de hombros en un hijo anterior son factores que pueden predisponer a la parálisis braquial obstétrica.

¿Es frecuente?

Puede ocurrir en el 0,04-0,3% de los recién nacidos vivos.

¿Cómo se presenta?

La parálisis braquial obstétrica se manifiesta como una disminución de la movilidad o sensibilidad en el miembro superior (brazo, antebrazo o mano). Generalmente afecta a uno solo de los miembros superiores (es bilateral en menos del 5% de los casos) y los padres pueden observar una asimetría en la movilidad y posición preferente de los brazos. En menos del 10% de los niños afectados podría coexistir alguna otra lesión (fractura de clavícula, fractura de húmero, etc.).

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico se realiza con la exploración física del recién nacido. Los casos más leves pueden ser difíciles de diagnosticar al principio. Por este motivo, es importante que los padres informen de forma temprana a su pediatra si observan alguna asimetría o anomalía en la postura o movilidad de los miembros superiores del recién nacido. En ocasiones, el pediatra podrá solicitar algún estudio de imagen o neurofisiológico, pero no siempre será necesario.

¿Cómo se trata?

En esta patología es crucial el tratamiento fisioterápico y rehabilitador. La familia debe ser instruida para la realización de tratamientos posturales, movilizaciones y ejercicios. La implicación de los familiares en el tratamiento es muy conveniente para obtener la mejor evolución posible. En casos muy seleccionados y de mayor gravedad podrían ser necesarios otros tratamientos como la toxina botulínica o la cirugía.

¿Cómo es la evolución?

En un 80-90% de los casos se recuperarán en los primeros meses, pero podrían quedar secuelas funcionales de diferente gravedad hasta en un 20-30% de los casos. No hay ningún estudio de imagen que pueda predecir con fiabilidad el pronóstico y la evolución de la lesión.

¿Cómo se previene?

No existe ninguna medida de eficacia probada para predecir o prevenir la parálisis braquial obstétrica.

[Información sobre los autores](#)

POLÍTICA DE COOKIES

Este sitio web le informa de qué hace uso de cookies propias y de terceros con la finalidad de recopilar datos estadísticos anónimos de uso de la web, así como la mejora del funcionamiento y personalización de la experiencia de navegación del usuario. Si continúa navegando, consideraremos que acepta su uso. Pulse en **Aceptar** para verificar que está de acuerdo con el uso de Cookies. Para cambiar la configuración u obtener más información sobre Cookies, visite la POLÍTICA DE COOKIES de esta página web.

Contenido Relacionado

La cadera del niño: los "clicks" ²⁹⁷ la displasia y la luxación

Pronación dolorosa: "se le salió" el codo

Esguince o torcedura de tobillo

No siempre es necesario realizar una radiografía en las lesiones de tobillo

Pie plano

Temas de salud

- Accidentes (16)
- Alergia (21)
- Cáncer (10)
- Corazón (6)
- Dientes (11)
- Digestivo (30)
- Endocrino (11)
- Enfermedades genéticas (6)
- Fiebre (4)
- Genitales (9)
- Infecciones (51)
- Medicinas (8)
- Neurología (36)
- Oídos, nariz y garganta (16)
- Ojos (10)
- Ortopedia y Traumatología (13)
- Piel (22)
- Respiratorio (8)
- Reumatología (2)
- Riñón (8)
- Salud mental (12)
 - Anorexia y bulimia (6)
 - Espectro autista (3)
 - Hiperactividad/déficit de atención (4)
- Sangre (5)
- Tóxicos (4)

Entendido

No, deseo ver la política de cookies

[Inicio](#) » [Salud](#) » [Enfermedades y afecciones](#) » [Traumatismos](#)

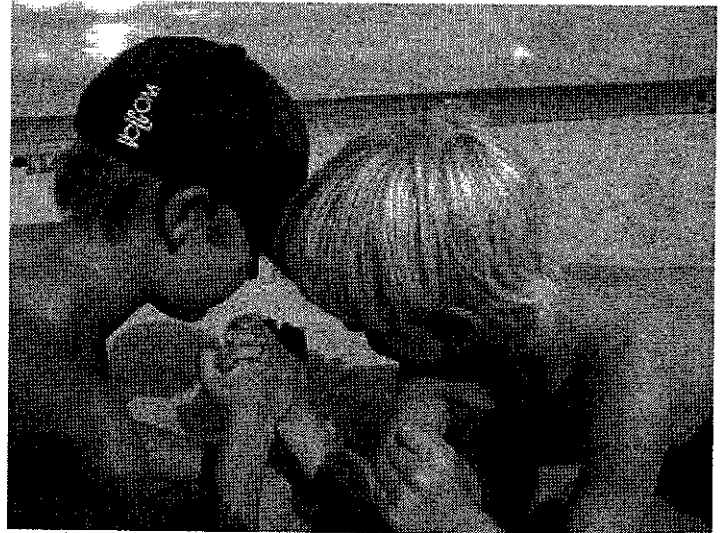
Lesión del plexo braquial en niños: causas, diagnóstico y tratamiento

09/08/2016

Fuente: [KidsHealth](#)

La mayoría de las lesiones del plexo braquial son de carácter temporal y sus síntomas desaparecen solos. En todos los casos, hay que asegurarse de la lesión está completamente curada antes de volver a hacer deporte.

Cuando el plexo braquial se estira demasiado, se pellizca o se magulla, puede aparecer este tipo de lesiones, que **afecta a los nervios de la parte superior del brazo.**



Suelen cursar con ardor o quemazón en hombros y cuello, sensaciones que descienden por el brazo, hasta la mano. **El dolor puede ser bastante intenso** y se puede sentir como una especie de descarga eléctrica a lo largo del brazo.

Signos de la lesión del plexo braquial

Por lo general, **se siente ardor o quemazón solo en un brazo, y el dolor desaparece al cabo de uno o dos minutos.** En casos excepcionales, los síntomas pueden durar horas, días o incluso más tiempo.

El dolor intenso o la pérdida de sensibilidad en ambos brazos puede ser un signo de un problema más grave, en cuyo caso, se debe llamar al médico.

Aparte de ardor y sensación de descarga eléctrica, puede haber pérdida de sensibilidad, debilidad o sensación de hormigueo y/o de calor en el área afectada.

Lo más probable es que no haga falta ir al médico porque este tipo de lesiones suele remitir rápidamente. Pero llama al médico si el ardor, la insensibilidad y/o la sensación de hormigueo duran más de cinco minutos, los síntomas desaparecen y luego vuelven a aparecer a largo de varios días, o si la lesión se asocia a dolor de cabeza, visión borrosa, pérdida de memoria, mareo o sensación de agotamiento.

Causas

Las lesiones del plexo braquial **pueden ocurrir cuando la cabeza de una persona se desplaza con fuerza hacia abajo y en la dirección opuesta a la del hombro.** Esto dobla el cuello y pellizca o distiende los nervios del cuello y del hombro. Los movimientos repentinos de la cabeza hacia un lado, como las lesiones por latigazo cervical, también pueden pellizcar estos nervios.

Los deportes de contacto, sobre todo el fútbol americano y la lucha libre, son causas habituales de impactos en la cabeza, el cuello y los hombros, que pueden generar lesiones del plexo braquial.

Prevención

Es imposible evitar todas las lesiones del plexo braquial, pero un niño puede hacer algunas cosas para hacerlas menos probables, como mantener los músculos del cuello y de los hombros fuertes y flexibles, hacer estiramientos suaves del cuello antes de cualquier actividad física; **utilizar bien el equipo de seguridad y aprender y utiliza técnicas deportivas adecuadas.**

Tratamiento

Lo primero que se debe hacer para tratar una lesión del plexo braquial es **dejar de practicar la actividad que la ha provocado.** En la mayoría de los casos, los nervios se recuperan por sí solos en cuestión de minutos.

Si la lesión dura más tiempo y requiere tratamiento, se deberá aplicar hielo o una compresa fría durante 20 minutos seguidos cada 2 a 3 horas durante el primer par de días, **tomar medicamentos antiinflamatorios y conservar la movilidad muscular** durante el proceso de recuperación. Conviene hacer ejercicios para mantener el cuello, los hombros, los brazos y las manos ágiles y flexibles mientras se curan los nervios.

Las lesiones de plexo braquial mejoran con el tiempo pero, en los casos más graves, **es posible que sea necesario trabajar con un fisioterapeuta o un entrenador** para mantener los músculos fuertes y ágiles a lo largo del proceso de curación.

Acceso a la fuente de consulta:

[Lesión del plexo braquial \(ardor o quemazón\).](#) KidsHealth. [Fecha de consulta: 08/08/2016]

Tema: [Traumatismos](#) [Actividad física](#)

Comparte

Buscar

BUSCAR

Traducción automática

Seleccionar idioma ▼

Newsletter faros

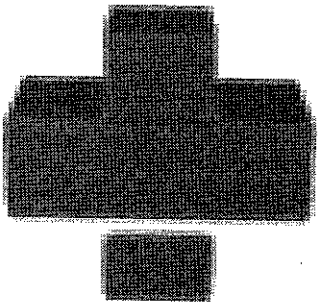
Correo electrónico *

Nombre

He leído y acepto las [condiciones de uso](#) y la [política de privacidad](#)*

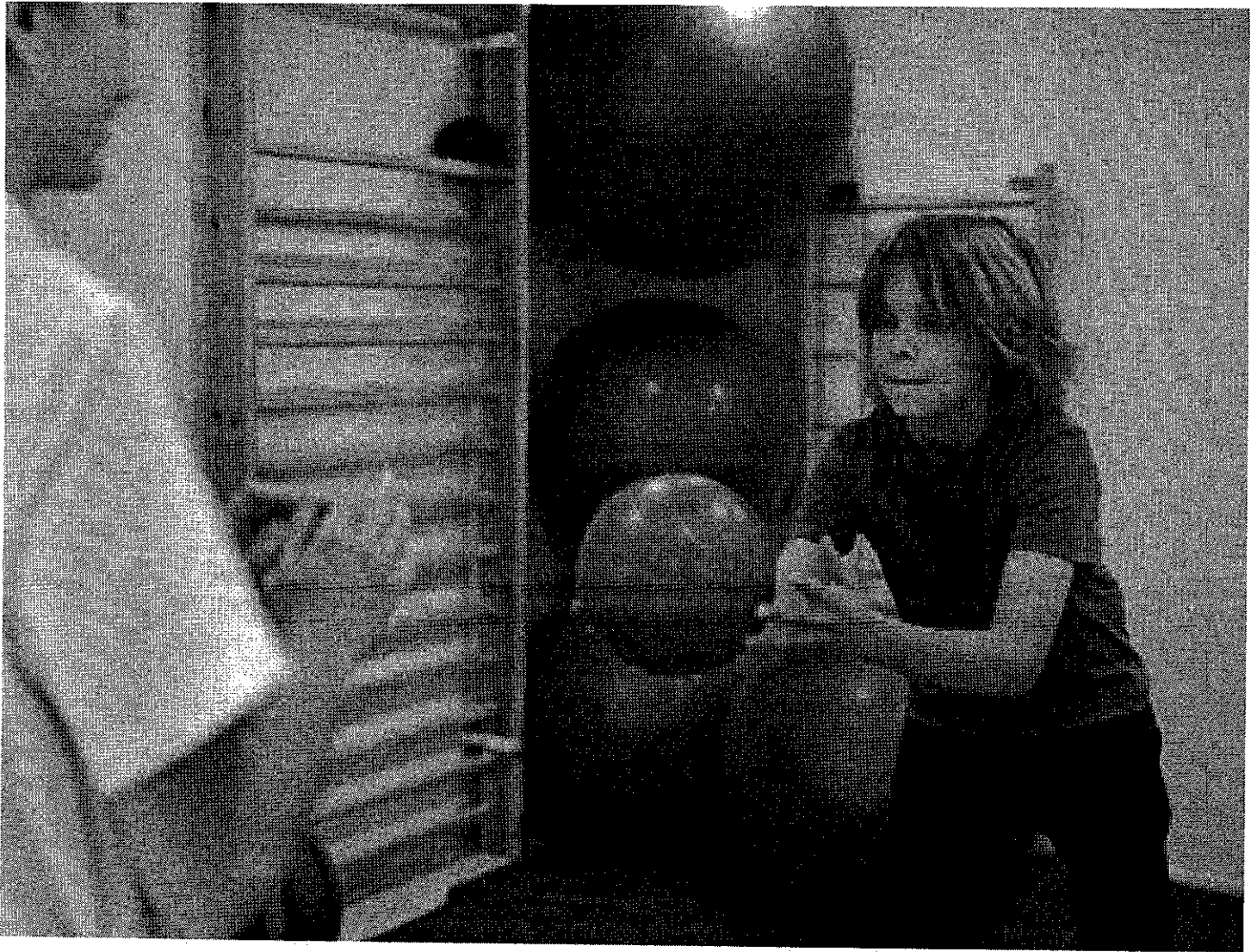
SUBSCRIU-TE

Síguenos en



**MEDICINA
DE L'ESPORT**
CLINIC • SANT JOAN DE DÉU





Tratamiento de lesiones deportivas

Después de una lesión o ante ciertas molestias físicas en la práctica deportiva, se puede recuperar movilidad mediante la rehabilitación post-lesional.

Pide cita





+ Cuadernos Faros

Descárgate el informe

Artículos

- Consejos para la prevención de las lesiones en el deporte
- Tendinitis de Aquiles, una lesión deportiva bastante frecuente
- Enfermedad de Osgood-Schlatter: causas, síntomas y tratamiento
- Bebidas de rehidratación o isotónicas: ¿son recomendables en niños?
- Claves para escoger los mejores zapatos deportivos para tus hijos

Recomendaciones





FIFA 14, un videojuego para los amantes del fútbol

Videos

Asegúrate que tu hijo realice una revisión médica antes de practicar deporte

La plagiocefalia, una deformación de la cabeza del bebé fácil de evitar

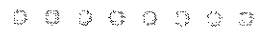
Actualidad

El proyecto escolar Tomando Conciencia Schools II reúne a personalidades del mundo del deporte y la televisión para educar sobre hábitos saludables

¿Nos ayudas con esta encuesta sobre la actividad física y el deporte en la edad infantil?

¡Activa a tus hijos! Conseguir hacer 60 minutos al día de actividad física tiene premio

Webs amigas



Un proyecto de:



© 2019 FAROS - Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

Colaboran



Obra Social "la Caixa"

Acreditaciones



Nosotros subscribimos los [Principios del código HONcode. Compruébelo aquí.](#)



Esta obra de Hospital Sant Joan de Déu está bajo una [licencia de Creative Commons.](#)

Quiénes somos

Información editorial

Contacta

Aviso legal

Política de privacidad

Síguenos en

Fecha última modificación : 08/08/2019

Buscar en Mayo Clinic

MENU

Acceso a su cuenta de paciente

Pida una consulta

Para encontrar un doctor

Para encontrar trabajo

Para donar

Español

Atención al Paciente e Información Sobre Salud Enfermedades y afecciones

Solicite una Consulta

Lesión del plexo braquial

Síntomas y causas

Diagnóstico y tratamiento

Médicos y departamentos

Atención en Mayo Clinic

Descripción general

Imprimir

Advertisement

El plexo braquial es la red de nervios que envía señales desde la médula espinal hasta el hombro, el brazo y la mano. Las lesiones del plexo braquial se producen cuando estos nervios se estiran, se comprimen o, en los casos más graves, se desgarran o se desprenden de la médula espinal.

Las lesiones leves del plexo braquial, conocidas como puntadas o ardores, son frecuentes en los deportes de contacto, como el fútbol americano. En ocasiones, los bebés sufren lesiones del plexo braquial durante el nacimiento. Otros trastornos, como la inflamación o los tumores, pueden afectar el plexo braquial.

Las lesiones del plexo braquial más graves por lo general se producen por accidentes automovilísticos o de motocicleta. Las lesiones del plexo braquial graves pueden hacer que el brazo se paralice y pierda la función y la sensibilidad. Los procedimientos quirúrgicos como injertos de nervios, transferencias de nervios o transferencias de músculos pueden ayudar a restaurar la función.

Anatomía del plexo braquial

Productos y servicios

Boletín de noticias: Mayo Clinic Health Letter (Boletín de salud de Mayo Clinic)

Show More

despego

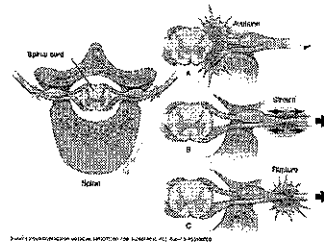
Recibe
\$300.000
descuento

En paquetes internacionales

Con Tarjetas de Crédito Davivienda

Síntomas

Los signos y síntomas de una lesión del plexo braquial pueden variar en gran medida según la gravedad y la ubicación de la lesión. Por lo general, hay un solo brazo afectado.



Lesiones menos graves

Un daño menor a menudo se produce durante los deportes de contacto, como el fútbol o la lucha, cuando los nervios plexo braquiales se estiran o se comprimen. Estos se llaman ardores o quemazones y pueden producir los siguientes síntomas:

- Una sensación parecida a una descarga eléctrica o una sensación de ardor que irradia hacia el brazo
- Entumecimiento y debilidad en el brazo

Estos síntomas suelen durar solo algunos segundos o minutos, pero en algunas personas puede persistir por unos días o más.

Lesiones más graves

Tipos de daño en los nervios

Una sección transversal de la columna vertebral muestra cómo las raíces nerviosas se conectan con la médula espinal. El tipo de lesión nerviosa más grave es la avulsión (A), que se produce cuando las raíces nerviosas se desprenden de la médula espinal. Las lesiones menos graves consisten en un estiramiento (B) de las fibras nerviosas o una ruptura (C), que se produce cuando el nervio se rompe en partes separadas.

Mayo Clinic no respalda compañías ni productos. Las recaudaciones de los avisos comerciales financian nuestra misión sin fines de lucro.

Avisos comerciales y patrocinio

Política | Oportunidades
| Opciones de avisos

Mercado de Mayo Clinic

Échales un vistazo a estos títulos exitosos a las ofertas especiales de libros y boletín informativos de Mayo Clinic.

PRUEBA GRATUITA: Mayo Clinic Health Letter (Boletín de salud de Mayo Clinic)

Cuatro pasos sencillos para una vida llena de alegría

Vive más fuerte, más tiempo y más saludable a cualquier edad.

Los síntomas más graves son el resultado de lesiones que dañan gravemente los nervios, o incluso los rasgan o los rompen. La lesión del plexo braquial más grave (avulsión) se produce cuando la raíz del nervio se desprende de la médula espinal.

Entre los signos y síntomas de lesiones más graves se pueden incluir los siguientes:

- Debilidad o incapacidad de usar ciertos músculos en la mano, el brazo o el hombro
- Falta total de movimiento y sensibilidad en el brazo, incluidos el hombro y la mano
- Dolor intenso

Cuándo debes consultar con un médico

Las lesiones del plexo braquial pueden causar debilidad o discapacidad permanentes. Aunque te parezca que es leve, puedes necesitar atención médica. Visita a tu médico si presentas lo siguiente:

- Ardor o quemazón recurrentes
- Debilidad en la mano o el brazo
- Dolor de cuello
- Síntomas en ambos brazos

Solicite una Consulta en Mayo Clinic

Causas

El daño de los nervios superiores que forman el plexo braquial suele ocurrir cuando se fuerza el hombro hacia abajo mientras el cuello se estira hacia arriba y lejos del hombro lesionado. Es más probable que los nervios inferiores se lesionen cuando se fuerza el brazo hacia arriba de la cabeza.

Estas lesiones pueden suceder de distintas maneras, incluidas las siguientes:

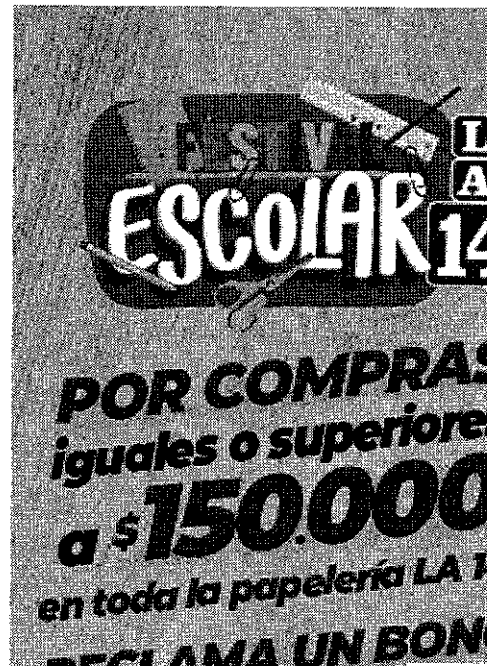
- **Deportes de contacto.** Muchos jugadores de fútbol americano sufren ardores o quemazones que pueden ocurrir cuando se estiran los

Detén el avance de la osteoporosis.

La dieta de Mayo Clinic en línea

307

Ads by Google



nervios del plexo braquial más allá de su capacidad cuando chocan contra otros jugadores.

308

- **Partos difíciles.** Los recién nacidos pueden sufrir lesiones del plexo braquial. Estas pueden estar asociadas con alto peso al nacer, presentación de nalgas o trabajo de parto prolongado. Si los hombros del bebé se atorán en el canal de parto aumenta el riesgo de parálisis del plexo braquial. Muy a menudo se lesionan los nervios superiores, esta enfermedad se conoce como parálisis de Erb.
- **Traumatismo.** Varios tipos de traumatismo (que incluyen accidentes automovilísticos, de motocicleta, caídas o heridas de bala) pueden ocasionar lesiones del plexo braquial.
- **Tumores y tratamientos oncológicos.** Los tumores pueden crecer en el plexo braquial o a lo largo de este, presionarlo o diseminarse hacia los nervios. Los tratamientos de radiación que se realizan en el pecho pueden causar daños en el plexo braquial.

Factores de riesgo

Participar en deportes de contacto (en especial el fútbol americano y la lucha libre) o sufrir accidentes a alta velocidad aumentan el riesgo de lesionarte el plexo braquial.

Complicaciones

Con tiempo suficiente, muchas lesiones del plexo braquial tanto en niños como en adultos se curan con poco o nada de daño. No obstante, algunas lesiones pueden causar problemas temporales o permanentes, como los siguientes:

- **Articulaciones rígidas.** Si presentas parálisis de una mano o un brazo, tus articulaciones se pueden volver rígidas. Esto dificulta el movimiento, aún si finalmente recuperas el uso de la extremidad. Por ese motivo, es probable que tu médico te recomiende terapia ocupacional continua durante la recuperación.
- **Dolor.** Esto es una consecuencia del daño nervioso y puede volverse crónico.
- **Entumecimiento.** Si pierdes la sensación en un brazo o una mano, corres riesgo de quemarte o lastimarte sin darte cuenta.
- **Atrofia muscular.** Los nervios vuelven a crecer (se regeneran) lentamente y puede llevar varios años curarse luego de una lesión. Durante ese tiempo, la falta de uso puede causar que los músculos afectados se rompan (se degeneren).
- **Discapacidad permanente.** El grado de recuperación que logres luego de una lesión del plexo braquial depende de una cantidad de

factores, entre ellos tu edad y el tipo, la ubicación y la gravedad de la lesión. Aún con cirugía, algunas personas presentan debilidad o parálisis muscular permanente.

Prevención

Aunque no siempre se puede evitar el daño del plexo braquial, puedes adoptar algunas de las siguientes medidas para reducir el riesgo de que se produzcan complicaciones una vez que ocurrió la lesión:

- **Para ti.** Si pierdes temporalmente el uso de la mano o el brazo, puedes evitar la rigidez de las articulaciones mediante la realización diaria de ejercicios de rango de movimiento y fisioterapia. Evita quemarte o cortarte ya que es probable que no sientas dolor si tienes adormecimiento. Si eres atleta y tuviste lesiones en el área del plexo braquial, es posible que el médico te indique el uso de equipo acolchado para proteger el área cuando hagas deportes.
- **Para tu hijo.** Si tu hijo tiene parálisis del plexo braquial, es importante que ejercite las articulaciones y las músculos funcionales del niño todos los días, a partir de que cumple unas pocas semanas de edad. Con esto evitarás que las articulaciones se vuelvan rígidas y mantiene los músculos funcionales de tu hijo fuertes y saludables.

Escrito por el personal de Mayo Clinic

Lesión del plexo braquial - atención en Mayo Clinic

Solicite una Consulta en Mayo Clinic

Diagnóstico y
tratamiento

Comparte en: [Facebook](#) [Twitter](#) [Imprimir](#) Feb. 05, 2019

References

Ver también

Anatomía del plexo braquial

Electromiografía

Injerto de nervio

Más información

310

News from Mayo Clinic

Brachial plexus Surgery: Mayo Clinic Radio Health Minute

April 25, 2019, 07:44 p.m. CDT

Brachial plexus injury: Mayo Clinic Radio Health Minute

Feb. 08, 2019, 04:43 p.m. CDT

#MayoClinicRadio podcast: 6/9/18

June 11, 2018, 06:00 p.m. CDT

Products & Services

Boletín de noticias: Mayo Clinic Health Letter (Boletín de salud de Mayo Clinic)

Más información

Mayo Clinic ocupa el puesto n.º 1 en más especialidades que cualquier otro hospital del país.

Obtén más información sobre este gran honor

Lesión del plexo braquial

Síntomas y causas

Diagnóstico y tratamiento

Médicos y departamentos

Atención en Mayo Clinic



Para consultas | Contáctanos

Mayo Clinic: Información | Empleados

Para encontrar trabajo | Mapa del sitio

Sobre el sitio

311
Mayo Clinic es una organización sin fines de lucro. Haga una donación.

ATENCIÓN AL PACIENTE E INFORMACIÓN SOBRE SALUD

- Estilo de vida saludable
- Síntomas A-Z
- Enfermedades y afecciones A-Z
- Análisis y procedimientos A-Z
- Medicamentos y suplementos A-Z
- Consultas
- Guía para pacientes y visitantes
- Facturación y seguros
- Servicios en línea para pacientes

DEPARTAMENTOS Y CENTROS

- Doctores y personal médico
- Departamentos y centros médicos
- Servicios internacionales
- Centros y programas de investigación
- Información sobre Mayo Clinic
- Contáctenos

INVESTIGACIÓN

- Para explorar los laboratorios de investigación
- Para encontrar ensayos clínicos
- Profesores de investigación
- Becas postdoctorado
- Revista Discovery's Edge
- Para buscar publicaciones
- Puestos con becas para capacitación

EDUCACIÓN

- Mayo Clinic College of Medicine and Science
- Mayo Clinic Graduate School of Biomedical Sciences
- Mayo Clinic Alix School of Medicine
- Mayo Clinic School of Continuous Professional Development
- Mayo Clinic School of Graduate Medical Education
- Mayo Clinic School of Health Sciences
- Alumni Center (Centro de ex-alumnos)

PARA PROFESIONALES MÉDICOS

- Relaciones con los proveedores
- Servicio en línea para recomendar médicos
- AskMayoExpert
- Centro de videos
- Publicaciones
- Capacitación médica continua
- Mayo Medical Laboratories (Laboratorios médicos de Mayo)

PRODUCTOS Y SERVICIOS

- Libros y aún más...
- Healthy Living Program (Programa para una vida sana)
- International Advisory Services
- Medicina deportiva
- Programas públicos para salud y bienestar
- Mayo Clinic Health Letter (Boletín de salud de Mayo Clinic)
- Servicios de laboratorio médico
- Mayo Clinic Voice Apps
- Productos médicos

Cualquier uso de este sitio constituye su acuerdo con los términos y condiciones y política de privacidad para los que hay enlaces abajo.

[Términos y condiciones](#)

[Política de privacidad](#)

[Advertencia de prácticas en cuanto a privacidad](#)

[Para administrar cookies](#)

Se puede reimprimir una sola copia de estos materiales para usar en forma personal y no comercial. "Mayo," "Mayo Clinic," "MayoClinic.org," "Mayo Clinic Healthy Living," y el triple escudo que es el logotipo de Mayo Clinic son marcas registradas de Mayo Foundation for Medical Education and Research.



Cumplimos con el Estándar HONcode para información de salud confiable: verifique aquí.

Recién nacido de peso elevado

A. Aguirre Unceta-Barrenechea, A. Aguirre Conde,
A. Pérez Legórburu, I. Echániz Urcelay

Unidad Neonatal. Servicio de Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao

INTRODUCCIÓN

La definición de macrosomía fetal es compleja y los factores implicados en su patogenia muy variados. Tradicionalmente, la macrosomía ha sido definida por el peso al nacimiento (4.000-4.500 g) o por el peso al nacimiento en relación con la edad gestacional, considerándose el P 90 como el valor que delimitaría a esta población de recién nacidos (RN). Lo sustancial en la definición de este concepto se debe a que lo sustancial es diferenciar los recién nacidos con un riesgo perinatal aumentado y susceptibles de un cuidado especial, de aquellos neonatos probablemente normales y por tanto con un riesgo similar al resto de los recién nacidos. En la actualidad, además del peso al nacimiento (PN) y de la edad gestacional (EG), se propone el índice ponderal (IP) como un parámetro que definiría dos subtipos de macrosómicos: armónico y disarmónico.

Los principales factores determinantes del crecimiento fetal son el ambiente uterino y el genotipo fetal. La relación entre diabetes materna y macrosomía fetal es uno de los hechos mejor estudiados, sin embargo el 80 % de estos RN nacen de madres no diabéticas y el papel que desempeñan otros mediadores hormonales no está bien aclarado. Por todo ello, se hace necesario una monitorización cuidadosa del ambiente uterino, prestando especial interés a las gestantes con hiperglucemia o ganancia ponderal excesiva, con el objetivo de realizar una detección precoz y reducir

la patología derivada de esta situación en la época prenatal, durante el parto o en el periodo neonatal. Debido a los fenómenos de "programación fetal", tampoco debemos olvidar las alteraciones metabólicas que pueden presentarse en épocas más tardías de la vida.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

El peso al nacimiento es la forma más cómoda y sencilla de definir una macrosomía y desde el punto de vista meramente obstétrico tiene gran interés, sería más estricto relacionar el peso al nacimiento con la edad gestacional y tener en cuenta las diferencias raciales. En base a ello definiremos un recién nacido como macrosómico cuando su peso al nacimiento esté por encima del P₉₀, si bien la 2SD nos seleccionaría probablemente a recién nacidos con un mayor riesgo. En valores absolutos y para recién nacidos a término estos criterios se corresponden con un peso de 4.000 a 4.500 g.

El Índice ponderal ($IP = \text{Peso}/\text{Longitud}^3 \times 100$) ayuda a diferenciar los recién nacidos constitucionalmente grandes, armónicos y con unos parámetros biológicos similares a los de un recién nacido de peso adecuado, de aquellos neonatos con una macrosomía disarmónica, un fenotipo metabólico distinto y un mayor riesgo de complicaciones perinatales. Conforme al IP dividimos a los recién nacidos macrosómicos en:



- Macrosomía armónica o simétrica: IP < P₉₀.
- Macrosomía disarmónica o asimétrica: IP > P₉₀.

ETIOPATOGENIA

Son muy diversas las situaciones que implican un mayor riesgo de desarrollar una macrosomía. Entre las más importantes destacan la obesidad materna, la excesiva ganancia ponderal durante el embarazo, y la diabetes materna mal controlada, si bien hasta el 20 % de las diabetes aparentemente bien controladas dan lugar a fetos macrosómicos. Factores paternos, tales como el peso y la talla, tienen una menor repercusión en el tamaño fetal. En la Tabla I se recogen los factores de riesgo relacionados con la macrosomía fetal.

La tasa individual de crecimiento fetal se establece por la interacción de mediadores hormonales, factores de crecimiento, citoquinas...etc, determinados por factores ambientales y genéticos. La insulina, la hormo-

na de crecimiento (GH), la Ghrelina, polipéptido regulador de la secreción de hormona de crecimiento y los factores de crecimiento insulina-like (IGF-I y II), sus proteínas (IGFBP) influyen entre otros muchos mediadores en el crecimiento fetal. La leptina, hormona fundamental en la regulación del peso postnatal, es además un marcador de la función placentaria y juega un papel importante en la mitogénesis, el metabolismo placentario y el crecimiento fetal. Entre las hormonas placentarias, el Lactógeno placentario también tiene un papel importante en la coordinación metabólica y nutricional de los sustratos que provienen de la madre, favoreciendo el desarrollo del feto y su crecimiento.

De forma sinóptica y conforme a la clasificación de la macrosomía según el IP, los asimétricos o disarmónicos presentarían niveles más elevados de insulina, leptina y IGFBP-3 y menores de glucosa, mientras que en los macrosómicos simétricos o armónicos sólo encontraríamos un incremento del IGF-I, situación patogénica que condicionaría las diferencias clínicas entre ambos grupos.

Tabla I. Macrosomía fetal: factores de riesgo

— Factores maternos y paternos	— Factores fetales
• Peso y talla elevados	• Sexo masculino
• Ganancia ponderal gestacional	• Edad gestacional
• Diabetes materna pre/gestacional	• Síndromes genéticos:
• Multiparidad	* Wiedemann-Beckwith
• Edad materna > 35 años	* Sotos
• Macrosomía previa	* Weaver
• Nutrición materna	* Marschall-Smith
• Tamaño uterino y placentario	* Banayan
• Raza	
• Factores socioeconómicos	

El prototipo de recién nacido macrosómico asimétrico es el hijo de madre diabética, cuya macrosomía se debe fundamentalmente al efecto anabolizante del hiperinsulinismo fetal secundario a la hiperglucemia materna. La macrosomía asimétrica se asocia con una aceleración del crecimiento en la que, además de un peso elevado, existe un mayor perímetro escapular en relación con el cefálico. La grasa extra se concentra en la parte superior del cuerpo, aumentando el riesgo de traumatismo obstétrico

La macrosomía simétrica es el resultado de un sobrecrecimiento fetal determinado genéticamente y en un ambiente intrauterino posiblemente normal, por lo cual se considera a estos RN constitucionalmente grandes y sin diferencias en sus parámetros biológicos cuando se comparan con los RN de peso adecuado.

DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA MACROSOMIA

Las gestantes que presentan factores de riesgo de macrosomía fetal deben ser objeto de una vigilancia estrecha durante su embarazo, prestando especial atención a la ganancia ponderal y al estricto control de las glucemias en las gestantes diabéticas, con el objetivo de prevenir, en la medida de lo posible, la macrosomía y sus complicaciones. En los controles de las gestantes de riesgo, la detección de hiperglucemia es la única intervención preventiva que ha demostrado su eficacia.

El diagnóstico prenatal de una macrosomía fetal no es sencillo. La ecografía es el método más generalizado para estimar el peso fetal, pero no es una técnica exacta y aunque su fiabilidad aumenta a medida que avanza la gestación, pierde precisión en los valores de peso extremo. Por otra parte, desde la realización de la última ecografía hasta el mo-

mento del parto, existe un tiempo de latencia variable que a pesar de la utilización de tablas de estimación de ganancia ponderal fetal limita aún más la utilidad de esta técnica. Incluso, la evaluación clínica realizada por el obstetra, dificultada en ocasiones por la obesidad materna y la propia estimación materna en multíparas, predicen con parecido rigor a la ecografía el tamaño fetal.

En la actualidad está indicada la realización de una cesárea electiva en mujeres diabéticas con un peso fetal estimado mayor de 4.500 g (Nivel de evidencia B. ACOG 2001) y se recomienda en cualquier gestante con un peso fetal mayor de 5.000 g (Nivel de evidencia C. ACOG 2001). Nuevas técnicas de diagnóstico ecográfico, como el 3D o el análisis de medidas antropométricas fetales que intentan evaluar la distribución de grasa fetal, pretenden reunir una mayor información sobre el riesgo de morbilidad obstétrica en el parto, como la distocia de hombros o la lesión de plexo braquial, con el fin de valorar la vía de parto más adecuada.

MORTALIDAD Y MORBILIDAD ASOCIADAS A LA MACROSOMÍA FETAL

La mortalidad y morbilidad materno-fetal asociadas a macrosomía, en la mayoría de las ocasiones siguen estando referidas al peso absoluto del recién nacido, sin tener en cuenta la edad gestacional, lo cual condiciona una subestimación de la incidencia de complicaciones en los fetos de menos de 4.000 g.

La macrosomía fetal se asocia con una mayor incidencia de cesárea y en el parto vaginal, con un aumento de desgarros en el canal del parto cuando éste es vaginal. También se describen mayor número de hemorragias maternas y de complicaciones relacionadas con la cirugía y la anestesia.

La mortalidad en el feto macrosómico es más elevada. Con pesos al nacimiento entre 4.500-5.000 g se ha comunicado una mortalidad fetal del 2% en RN de madres no diabéticas y del 8% en diabéticas, y para pesos de 5.000-5.500 g este porcentaje aumenta al 5-18 % en no diabéticas y al 40% en diabéticas.

Los traumatismos obstétricos son otro riesgo asociado a la macrosomía. La distocia de hombros y la lesión del plexo braquial son más frecuentes en macrosómicos disarmónicos, aumentan de forma proporcional al peso al nacimiento y también se pueden producir en el parto mediante cesárea. El riesgo de lesión del plexo braquial es del 0,9% en menores de 4.000g, del 1,8% entre 4.000-4.500 g y del 2,6% en mayores de 4.500 g.

Las alteraciones metabólicas en los RN hijos de madre diabética, fundamentalmente la hipoglucemia, se han ampliado comúnmente a todos los niños macrosómicos, pero

estudios recientes demuestran que los RN de peso elevado de madres no diabéticas no presentan mayor riesgo que la población normal, ya que ante niveles bajos de glucemia cuando se asegura una adecuada lactancia la respuesta metabólica es correcta. Nos encontraríamos ante la misma situación con la hipocalcemia, prevenible con una adecuada alimentación y de baja incidencia en los macrosómicos hijos de madre no diabética. Por lo tanto, en estos RN constitucionalmente macrosómicos no estaría justificada la monitorización rutinaria de glucosa ni la administración reglada de suplementos de leche, pero sí un control estricto de una lactancia adecuada. La poliglobulia y la ictericia tampoco suponen un problema en los RN macrosómicos armónicos. En la Tabla II se recoge la morbilidad materna, fetal y neonatal.

Aunque el nacimiento de un niño macrosómico es muchas veces imprevisible, ante el diagnóstico de sospecha es obligada la presencia de un obstetra experimentado en la

Tabla II. Morbilidad materna, fetal y neonatal

— <i>Materna</i>	
• Cesárea	• Distocia de hombros, lesión de plexo braquial
• Desgarros en canal de parto	• Lesión del nervio frénico
• Hemorragias	— <i>Neonatales</i>
• Complicaciones anestésicas	• Asfixia
• Complicaciones quirúrgicas: lesiones en órganos adyacentes	• Síndrome de aspiración de meconio
• Infecciones	• Hipertensión pulmonar persistente
— <i>Fetales</i>	• Trombosis de vena renal
• Muerte	• Hipoglucemia
• Miocardiopatía	• Hipocalcemia
• Malformaciones congénitas	• Policitemia
• Traumatismo obstétrico:	• Ictericia
• Hemorragia subgaleal y cefalohematoma	

sala de partos en previsión de complicaciones obstétricas y de pediatras entrenados en reanimación neonatal. Tras el nacimiento debemos realizar una exploración exhaustiva para evaluar la posible existencia de traumatismos obstétricos, así como descartar que la macrosomía forme parte de un síndrome más complejo. Las complicaciones metabólicas en RN macrosómicos “constitucionalmente grandes” no son más frecuentes que en los RN de peso adecuado, pero no siempre tenemos la certeza de encontrarnos ante RN macrosómicos “sanos”, ya que en ocasiones el control gestacional no ha sido correcto, la historia obstétrica exhaustiva y la valoración inmediata de estos niños en la sala de partos puede no ser fácil. Por tanto, estará indicado realizar un prudente control glucémico y una

vigilancia estrecha de la lactancia en los recién nacidos macrosómicos con algún dato de mayor riesgo metabólico: embarazo mal controlado, diabetes materna u otros factores de riesgo, glucemia de cordón elevada, peso al nacimiento por encima de 2 SD o IP mayor del P₉₀ (Figura 1).

También se deben considerar los efectos a largo plazo. Diversos estudios vinculan la macrosomía fetal en hijos de madre diabética, obesa e incluso en la población normal, con un mayor riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, obesidad y síndrome metabólico en la infancia o en la edad adulta, lo cual perpetuaría este ciclo en las siguientes generaciones. Resulta obligado, especialmente en los niños que han sido grandes para su

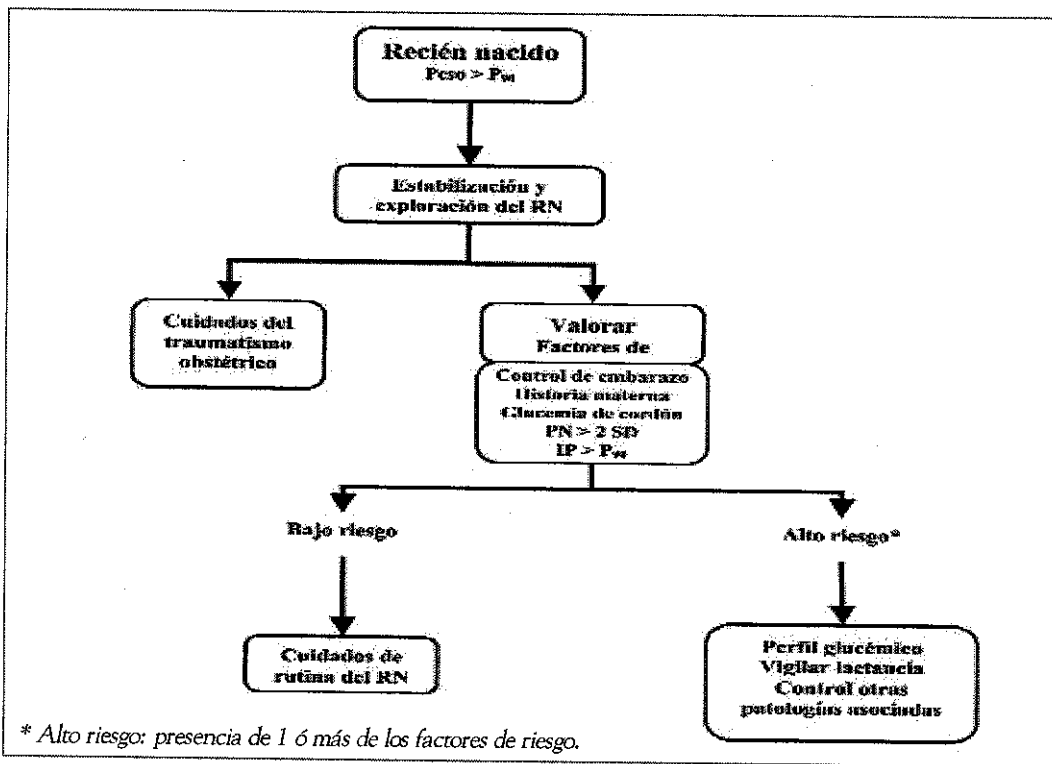


Figura 1. Conducta a seguir en el recién nacido macrosómico

edad gestacional y que desarrollan una obesidad, ejercer una mayor vigilancia sobre sus hábitos alimenticios y estilo de vida, para prevenir las complicaciones cardiovasculares futuras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allahyar Jazayeri, MD, PhD. Macrosomia. eMedicine 2007. Disponible: <http://www.emedicine.com/med/topic3279.htm>
2. Sinclair BA, Rowan JA, Hainsworth OT. Macrosomic infants are not all equal. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2007; 47: 101-105.
3. Romaña MC. Obstetrical paralysis of the brachial plexus J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2000; 29 (1 Suppl): 33-35.
4. Carlus C, Pacault A, de Gamarra E, Wallet A. The macrosomic newborn in the maternity ward: practical attitude. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2000; 29 (1 Suppl): 25-32.
5. Lawrence EJ. A matter of size: Part 2. Evaluating the large for Gestational age neonate. Adv Neonatal Care 2007; 7: 187-97.
6. De Rooy L, Hawdon J. Nutritional factors that affect the postnatal metabolic adaptation of full-term small- and large-for-gestational-age infants. Pediatrics 2002; 109: E42.
7. Timothy R.H. Reganault, Sean W. Limesand, William W. Hay Jr. Factors Influencing Fetal Growth. Neoreviews vol 2. No6. June 2001
8. Chiesa C, Osborn JF, Haass C, Natale F, Spinelli M, Scapillati E et al. Ghrelin, Leptin, IGF-1, IGFBP-3 and Insulin concentrations at birth. Is there a relationship with fetal growth and neonatal Anthropometry?. Clin Chem. 2008 Jan 17 [Epub ahead of print].
9. Campaigne A., Conway D Detection and prevention of macrosomia Obstet Gynecol Clin N Am 2007; 34: 309-322.
10. Goffinet F. Difficulties in antenatal recognition of fetal macrosomia. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2000; 29(1 Suppl):13-19.
11. Oury JF, Sibony O, Luton D, Feraud O, Volumenie JL, Blot P. Obstetrical strategies and emergency procedures for delivery of macrosomic fetuses. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2000; 29(1 Suppl):20-24.
12. Chatfield J. ACOG Issues Guidelines on Fetal Macrosomia. Practice Guidelines July 2001 Disponible en <http://www.aafp.org/afp/20010701/practice.html>
13. Belaústegui A. El recién nacido de madre diabética: hipoglucemia neonatal. Protocolo diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/neonatalogia/index.htm>

MACROSOMÍA

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

1. INTRODUCCIÓN

La macrosomía se relaciona con un riesgo aumentado de complicaciones maternas y morbi-mortalidad fetal. Por este motivo es importante la detección temprana de los fetos macrosómicos durante la gestación, así como su correcto manejo y seguimiento para poder evitar resultados perinatales adversos.

2. DEFINICIÓN

En el peso fetal debemos distinguir dos aspectos diferentes:

- **Feto grande para la edad gestacional (GEG):** Peso fetal estimado (PFE) superior al **percentil 97** para una edad gestacional determinada (dos desviaciones estándar por encima de la media).
- **Macrosoma:** Neonato con peso al nacer superior a los **4000 g.**, sea cual sea la edad gestacional.

Por lo tanto, durante el seguimiento ecográfico hablaremos de feto grande por edad gestacional y se reservará el término macrosoma para los neonatos de más de 4000 g al nacer.

La prevalencia teórica del macrosoma en países desarrollados oscila entre el 8 y 10%, aunque durante el seguimiento periódico de la gestación muchos de estos fetos GEG son identificados y, en consecuencia, la incidencia real del macrosoma es menor.

3. FACTORES DE RIESGO

Diferenciamos entre factores de riesgo constitucionales (presentes antes de la gestación) y gestacionales (aparecen durante la gestación).

A. Constitucionales

- Hijo previo >4000g
- IMC materno pregestacional (obesidad y sobrepeso)
- Multiparidad (>4)

PROTOCOLO: MACROSOMÍA

319

- Etnia (raza africana o latina)
- Peso de nacimiento materno >4000g
- Edad materna <17 años
- Diabetes previa
- Obesidad paterna

B. Gestacionales

- Aumento excesivo de peso durante la gestación (>16 kg)
- Sexo masculino
- Gestación cronológicamente prolongada
- Diabetes gestacional

Prevención primaria: se recomendará a todas las gestantes una dieta equilibrada, actividad física regular y se realizará una correcta anamnesis con el objetivo de:

- Detectar precozmente los factores de riesgo.
- En pacientes diabéticas, conseguir un control glicémico óptimo.
- En caso de obesidad, disminución de peso pregestacional.
- En pacientes con peso normal: evitar un excesivo aumento de peso durante la gestación.

4. DIAGNÓSTICO

La estimación ecográfica del peso fetal requiere 3 pasos (*ver protocolo defectos del crecimiento fetal*):

- Una correcta asignación de la edad gestacional del feto.
- La estimación del peso fetal a partir de las biometrías fetales. Se calculará el PFE según el algoritmo que incluye DBP, PC, CA y LF (Hadlock FP AJOG 1985). La circunferencia abdominal (CA) es el parámetro más importante para predecir el riesgo de macrosomía, ya que es el que tiene más impacto en la estimación del peso fetal estimado.
- Estimación del percentil de peso ajustado por edad gestacional, PFE, sexo fetal y número de fetos.

PROTOCOLO: MACROSOMÍA

El valor predictivo positivo de la ecografía para la predicción del peso al nacer aumenta a medida que nos acercamos a la fecha de parto. Por este motivo, una ecografía realizada a principios del tercer trimestre tiene bajo valor predictivo positivo sobre el peso al nacer.

Así pues, en función de la edad gestacional del control ecográfico, seremos más o menos estrictos en el momento de considerar un feto como GEG e iniciar el estudio y seguimiento correspondiente (*algoritmo punto 8*):

- **< 37 semanas:** el diagnóstico de **feto GEG** se realizará cuando se observe un **PFE superior al percentil 97** en **dos controles ecográficos** consecutivos separados por 3-4 semanas.
- **> 37 semanas:** únicamente será necesario **un control ecográfico con PFE>p97** para hacer el diagnóstico de feto GEG.

Un caso particular serán las **pacientes con diabetes pregestacional o gestacional**, en las cuales con **un sólo control ecográfico con PFE>p97** ya será suficiente para considerar el feto como GEG y por lo tanto iniciar los controles correspondientes (*ver protocolo específico*)

5. ESTUDIO Y SEGUIMIENTO

Ante el diagnóstico de feto grande por edad gestacional se solicitará:

- **TTOG** para descartar diabetes gestacional. A pesar de que, en ocasiones tendremos un diagnóstico tardío de diabetes gestacional, éste será importante para optimizar los controles glicémicos durante la fase final de la gestación y durante el parto.
- Ecografía con **estudio morfológico detallado** con el objetivo de descartar malformaciones asociadas.

(*ANEXO 1: Síndromes genéticos asociados a macrosomía fetal*)

Seguimiento obstétrico:

- o **GEG asociado de diabetes gestacional o pregestacional:**
 - Control ecográfico cada 3-4 semanas valorando el PFE y el bienestar fetal incluyendo valoración de líquido amniótico (la aparición de polihidramnios sería indicativo de mal control glicémico), movimientos fetales e índice de pulsatilidad de la arteria cerebral media (IP-ACM), que es el parámetro Doppler que mejor puede detectar la hipoxia fetal que puede presentarse en estos fetos. (*ver protocolo específico*)

○ **GEG aislado:**

- No requerirá seguimiento adicional. Se programará una ecografía de control de peso a las **38-39 sg** para valorar finalización.

6. FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN

En los fetos GEG se programará ecografía de **control de crecimiento entre las 38-39 semanas:**

- En caso de **PFE >4500 g, en pacientes diabéticas, o PFE >5000 g, en pacientes no diabéticas**, se finalizará gestación mediante **cesárea electiva a partir de la semana 39**.
(la diferencia de peso en la indicación se fundamenta en que el feto GEG de la paciente diabética se caracteriza por un crecimiento asimétrico de la circunferencia abdominal, con exceso de acúmulo de músculo y grasa en el abdomen fetal y el área escapular, aumentando el riesgo de distocia de hombros comparados con los fetos de madre no diabética)
- En caso de **PFE >4000g (corresponde al p97 a las 39 sg)** se propondrá la **finalización de la gestación a partir de las 39 semanas** con el objetivo de disminuir la incidencia de complicaciones maternas y fetales durante el parto. Se programará como inducción de alto riesgo de hiperestimulación uterina (*ver protocolo inducción*)

7. COMPLICACIONES GEG

Las complicaciones de los fetos grandes para la edad gestacional se pueden resumir en:

a) **Maternas:**

- Parto instrumentado
- Cesárea (x 2)
- Lesiones perineales
- Hemorragia postparto
- Rotura uterina

b) Fetales:

- **Distocia de hombros** (*Anexo 2*). Es la principal complicación. Como complicaciones secundarias encontramos: lesión del plexo braquial (x20) y fracturas (x10).

c) Neonatales:

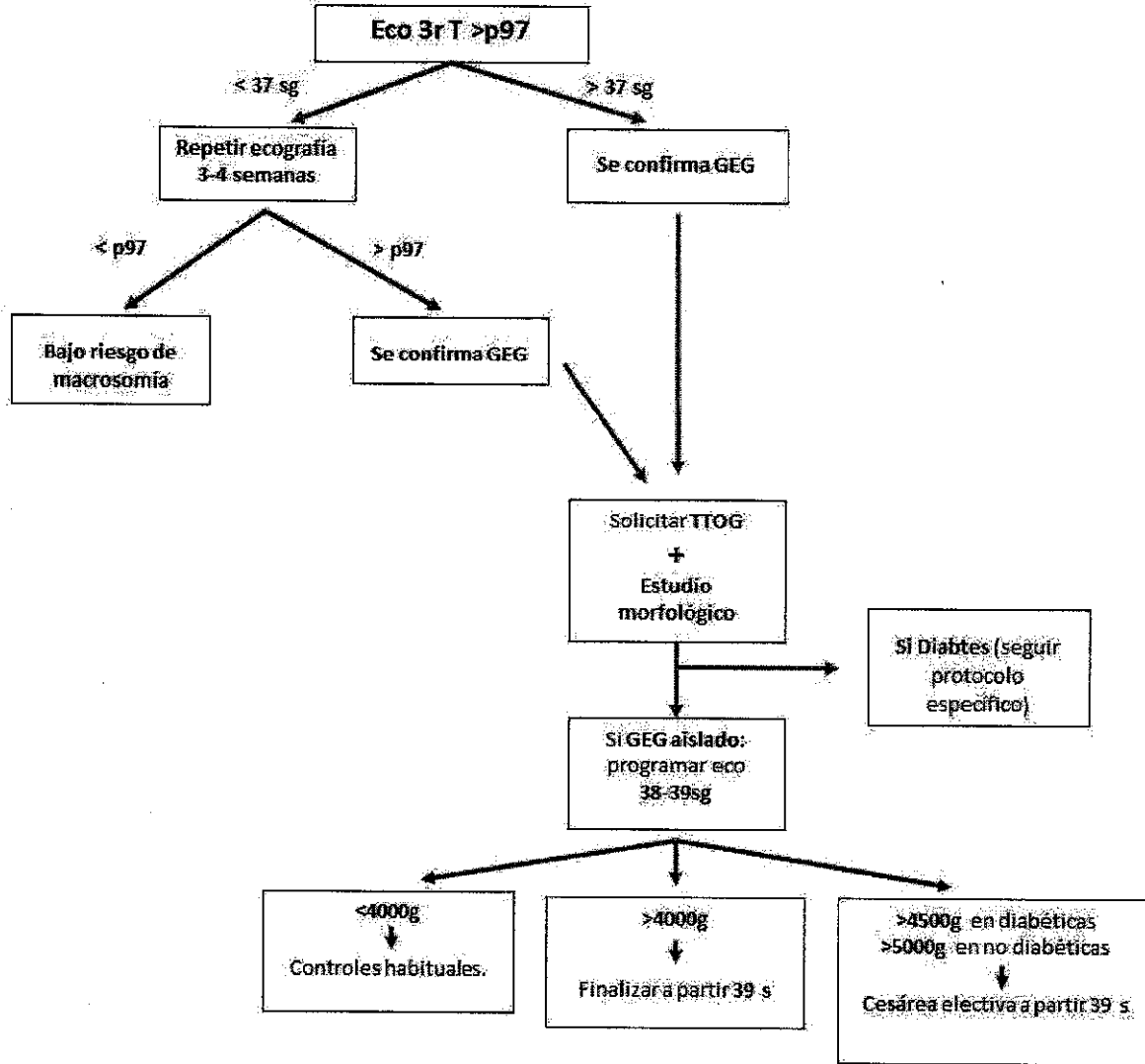
- **Hipoglicemia:** al detenerse el aporte de glucosa por la placenta.
- **Policitemia:** por el incremento de producción de eritropoyetina como resultado de la hipoxia causada por el incremento de la demanda oxidativa asociada a hiperglicemia e hiperinsulinemia.
- **Hiperbilirrubinemia:** secundaria a policitemia.
- **Asfixia perinatal:** más marcado en hijos de madres diabéticas, por el incremento de la utilización de oxígeno intrauterino por la hiperglicemia y la hiperinsulinemia.
- Mayor frecuencia de ingresos y estancia más prolongada en **UCI neonatal**.
- **Mortalidad neonatal.**

d) Infancia y posterior: (en hijos de madres diabéticas)

- Obesidad
- Intolerancia a la glucosa
- Síndrome metabólico
- Remodelación cardíaca

PROTOCOLO: MACROSOMÍA

8. ALGORITMO DEL FETO GEG



Responsables del protocolo:	C Molinet, N Masoller, JM Boguñà
Fecha del protocolo y actualizaciones:	30/06/2018
Última actualización:	30/06/2018
Próxima actualización:	30/06/2022
Código Hospital Clínic:	MMF-87-2018
Código Sant Joan de Deu:	

PROTOCOLO: MACROSOMÍA

ANEXO 1: SÍNDROMES GENÉTICOS ASOCIADOS A MACROSOMÍA

Pallister-Killian	Hernia diafragmática, polihidramnios, hidrops fetal, malformaciones cardíacas, acortamiento de extremidades
Beckwith-Wiederman	Onfalocele, hernia umbilical, diástasis de rectos, macroglosia
Sotos	Macrocefalia, dolicocefalia, alteraciones SNC, cardiopatía congénita
Weaver	Retrognatia, hipertelorismo, macrocefalia, escoliosis
Marshall-Smith	Micrognatia, craneosinostosis, hidrocefalia, agenesia de cuerpo calloso
Perlman	Polihidramnios, macrocefalia
Costello	Polihidramnios, pliegue nucal aumentado, hidrops, huesos largos cortos, posición anómala de manos/pies, ventriculomegalia, macrocefalia
Sipson-Golabi-Bedmel	Cardiopatía congénita, hendidura palatina, polidactilia
Megaloencefalia-malformación capilar-polimicrogiria (MCAP)	Macrocefalia progresiva, hidrocefalia, cardiopatía congénita, prominencia frontal, polidactilia, asimetría de extremidades, polihidramnios, hidrops, derrame pleural

ANEXO 2: DISTOCIA DE HOMBROS

1. Definición

La distocia de hombros (DH) se define como el fallo en la salida del tronco fetal, que precisa maniobras obstétricas adicionales para la extracción de los hombros fetales, durante el parto vaginal, una vez que la tracción moderada de la cabeza hacia abajo ha fallado.

2. Incidencia

Entre 0.58 y 0.70% de los partos vaginales.

3. Factores de riesgo

Es difícil de predecir. Sólo el 50% de las DH se producen en macrosomas. La mayoría de macrosomas no presentan DH. Todos los factores de riesgo tienen bajo VPP.

Anteparto	Intraparto
<ul style="list-style-type: none">- PFE >4000g (aumenta a medida que aumenta el peso).- Diabetes mellitus- IMC materno >30- Distocia de hombros previa x10	<ul style="list-style-type: none">- Primera fase de parto prolongada- Segunda fase de parto prolongada- Parto instrumentado

Ante la **combinación de estos factores de riesgo** en una misma paciente (por ejemplo, PFE >4000 g + diabetes + obesidad), el riesgo de DH es muy elevado. En esta situación se debería **contraindicar el parto instrumentado**.

4. Manejo

a. Signos de sospecha:

- Dificultad de expulsivo de parto o mentón
- Retracción de la cabeza fetal hacia el periné (signo de la tortuga)
- Dificultad de rotación externa de la cabeza
- Dificultad de descenso de los hombros después de la tracción axial moderada de la cabeza.

PROTOCOLO: MACROSOMÍA

b. Primeras medidas

- Solicitar ayuda (comadrona, obstetra, pediatra y anestesista)
- Evitar pujos maternos (exacerban el impacto de los hombros)
- No realizar presión fúndica
- Parar la perfusión de oxitocina
- Evitar tracción o rotación excesiva de la cabeza fetal
- Colocar a la paciente en límite inferior de la camilla
- Sondaje vesical de descarga si precisa
- Registrar el tiempo del proceso

c. Maniobras

1) Primer nivel:

- a) **Mc Roberts:** hiperflexión de las extremidades sobre abdomen materno. Tasa de éxito del 90%.
- b) **Mazzanti o presión suprapúbica:** localización de dorso fetal y presión con la palma de la mano sobre hombro anterior hacia cara fetal. Objetivo: disminuye diámetro biacromial y rota hombro anterior hacia diámetro pélvico oblicuo.

Antes de pasar a maniobras de segundo nivel valorar episiotomía

2) Segundo nivel:

- a) Extracción de hombro posterior (**Jacquemier**): mano en excavación sacra y flexión del brazo sobre el tórax. Objetivo: disminuir diámetro biacromial.
- b) Rotación de hombro posterior (**Woods**): rotar con dos dedos en la cara posterior de hombro anterior y dos dedos en cara anterior de hombro posterior. (**Rubin**: maniobra inversa).
- c) Tracción digital de axila posterior: dedos en espacio axilar para realizar tracción descendente y extraer brazo posterior.
- d) Maniobra de **Gaskin**: posición a cuatro patas (paciente sin anestesia)

3) Maniobras de último recurso:

- a) **Zavanelli:** reintroducción de cabeza fetal en pelvis y realización de cesárea urgente.

PROTOCOLO: MACROSOMÍA

- b) **Sinfisiotomía:** incisión sobre cartílago de sínfisis del pubis para separación ósea.
- c) **Fractura clavicular.**

Complicaciones secundarias a la distocia de hombros:

Neonatales	Maternas
<ul style="list-style-type: none">- Lesión plexo braquial (+ frec)- Fractura clavicular- Fractura humeral- Encefalopatía hemorrágico-isquémica- Éxitus	<ul style="list-style-type: none">- Hemorragia postparto- Esguince perineal grado III-IV- Atonia uterina- Lesión vesical o uterina

Parálisis obstétrica del plexo braquial. Revisión del estado actual de la enfermedad

Current concepts concerning obstetric brachial plexus palsy

Enrique Manuel Vergara-Amador ¹

Recibido: 25/06/2013 / Aceptado: 26/05/2014

¹ Unidad de Ortopedia. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Correspondencia: Enrique Vergara-Amador. Dirección: Carrera 23 No. 45C-51 Oficina 514. Telefono: +57 2876773 - +57 3164106358. Fax. +57 2870630. Correo electrónico: emvergaraa@unal.edu.co

| Resumen |

El presente documento hace una revisión actual de la parálisis obstétrica del plexo braquial; se observan la etiología, aspectos demográficos, diagnóstico, cuándo deben ser observada sin cirugía y cuándo es el momento de operar. La clave de indicación de cirugía está dada cuando no ha habido recuperación del bíceps contra gravedad entre los tres y seis meses de edad. La cirugía está dirigida a la resección del neuroma y la utilización de injertos nerviosos. También tiene cabida en el tratamiento quirúrgico el uso de las transferencias nerviosas o neurotizaciones. La recuperación es lenta y se observaran resultados hasta los dos o tres años después de la cirugía. En los niños mayores de 18 meses, el tratamiento se enfoca, no en la microcirugía, sino en la reconstrucción mediante liberaciones, transferencias tendinosas y osteotomías.

Palabras clave: Plexo Braquial, Parálisis Obstétrica, Neuropatías del Plexo Braquial, Traumatismos del Nacimiento (DeCS).

Vergara-Amador E. Parálisis obstétrica del plexo braquial. Revisión del estado actual de la enfermedad. Rev. Fac. Med. 2014;62:255-263.

Summary

This article presents a review of current concepts in obstetric brachial plexus palsy (OBPP) looking at its aetiology, demographic aspects, diagnosis and when patients should be observed without surgery and when it is time to operate. Surgery is indicated when there has been no recovery of biceps against gravity (active elbow flexion) against gravity between 3 to 6 months of age. Surgery is focused on neuroma resection and

the use of nerve grafts. Nerve transfer or neurotisation also has a place in surgical treatment. Recovery is slow and results are usually observed 2 to 3 years after surgery. Treatment in children aged over 18 months will not consist of microsurgery reconstruction but rather tendon transfer, release and osteotomy.

Key words: Brachial Plexus; Paralysis, Obstetric; Brachial Plexus Neuropathies; Birth Injuries (MeSH).

Vergara-Amador E. Current concepts concerning obstetric brachial plexus palsy. Rev. Fac. Med. 2014;62:255-263.

Introducción

Incidencia y mecanismo

La incidencia de la parálisis del plexo braquial obstétrico (PBO) es de 0,5 a 3 lesiones por cada 1000 nacidos vivos (1-3). La lesión del plexo es producida por el resultado del aumento del ángulo del cuello-hombro; esto genera fuerzas longitudinales de estiramiento que exceden la tolerancia de los nervios durante el momento del parto. La presentación en el parto más común es la occipito izquierda anterior, por lo tanto, el hombro derecho se ubica anteriormente durante el nacimiento y presenta más distocia, lo que explicaría que sea el más comprometido (Figura 1a), lo que va de acuerdo con la mayor parte de los análisis publicados (1,2,4). Es controversial hasta qué punto las fuerzas uterinas expulsivas y/o manipulaciones externas producen la parálisis, pero la mayoría de autores coinciden en que la lesión es el resultado del proceso del nacimiento (5-7).

Anatomía y patofisiología

Las raíces que conforman el plexo braquial son las C5, C6, C7, C8 y T1 (Figura 2).

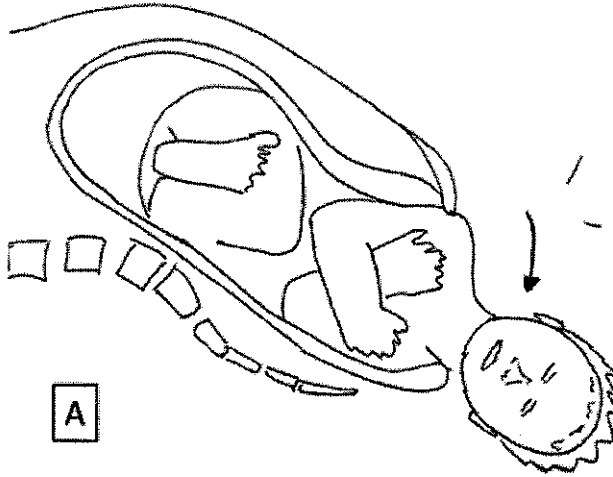


Figura 1a. Hombro derecho con tracción hacia abajo. Nota: esta pose se adopta para pasar en la fase final del parto. Fuente: autores.

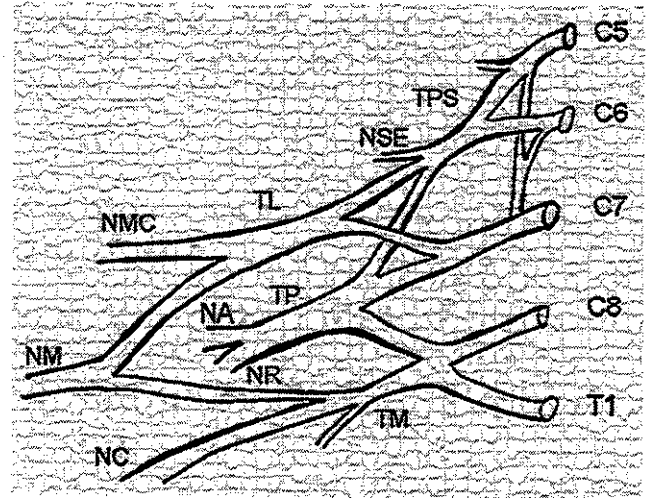


Figura 2. Esquema de plexo braquial. Fuente: autores.

Las raíces C5 y C6 conforman el tronco primario superior (TPS) y tronco lateral (TL), del cual se originan el nervio supraescapular (NSE) y el nervio musculocutáneo (NMC). La raíz C7 va a conformar en su mayor parte el tronco posterior (TP), que da origen a parte del nervio axilar (NA) y de nervio radial (NR). Las raíces C8 y T1 conforman el tronco primario inferior y tronco medial (TM), que dan origen a gran parte del nervio mediano (NM) y al nervio cubital (NC).

El nervio supraescapular inerva los músculos supraespinoso e infraespinoso, abductores del hombro y rotador externo, respectivamente; de otra parte el nervio musculocutáneo inerva el músculo bíceps y el braquial anterior, responsables de la flexión del codo.

La raíz C7 va a conformar, en su mayor parte, el tronco posterior, que da origen al nervio radial, encargado de inervar los músculos que hacen la extensión de la muñeca y los dedos. Las raíces C8 y T1 conforman el tronco primario inferior y el tronco medial, que dan origen al nervio cubital y gran parte del nervio mediano; se trata de los nervios principales para la flexión de la muñeca, de los dedos y de la musculatura intrínseca de la mano.

El patrón más común en la PBO es el que compromete la parte superior del tronco o las raíces C5 y C6 (conocida como la parálisis de Erb-Duchenne). Esta presentación tiene mejor pronóstico con una recuperación espontánea en la mayoría de los casos. El segundo patrón compromete el tronco superior y

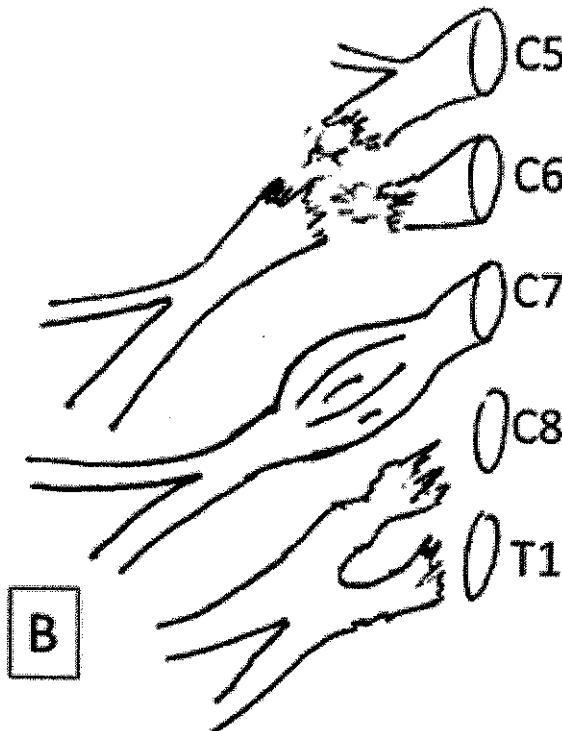


Figura 1b. Tipos de lesiones. Nota: se observa en C5 y C6 ruptura con pérdida de continuidad de las raíces e interposición de tejido cicatrizal sin cruce de axones. En C7 se observa un neuroma en continuidad producido por tracción. Algunos axones pueden cruzar el tejido cicatrizal. En C8 y T1 hay avulsión o arrancamiento de la raíz nerviosa. Fuente: autores.

el medio (C5, C6 y C7), también es conocida como parálisis de Erb-Duchenne extendida; el pronóstico es menos bueno que en la primera. El otro patrón es la lesión total, donde todo el plexo está comprometido (C5 a T1), es menos frecuente y es el que tiene peor pronóstico. La lesión aislada de C8 y T1, conocida como la parálisis de Klumpke, es extremadamente rara en la parálisis obstétrica (3-9). Existen tres tipos de lesiones (Figura 1b):

- **Tracción del nervio:** se produce una lesión en continuidad. Esta puede ser intensa con daño del patrón fascicular (grado IV en la clasificación de Sunderland) o menos intensa; en el segundo caso pueden encontrarse lesiones I, II o III de Sunderland. En el grado IV no se espera recuperación espontánea y debe tratarse como una lesión de ruptura. El grado I usualmente tiene una recuperación espontánea, lo mismo que el grado II, pero esta última es mucho más lenta.
- **Ruptura:** se presenta una pérdida de la continuidad del nervio; quedan los extremos nerviosos separados y corresponde a la lesión de Sunderland V. En el intento de reparación espontánea se produce un puente cicatrizal sin conducción nerviosa.
- **Avulsión:** es una lesión preganglionar; se produce arrancamiento de la raíz nerviosa.

Hay algunos factores predisponentes, unos relacionados con el niño y otros con la madre. El sobrepeso del niño es el factor más importante. El peso de los niños afectados con parálisis braquial obstétrica es mayor de 500 a 1.000 gramos de lo normal. Una historia de diabetes de la madre con macrosomía del bebe, puede producir una distocia del hombro, especialmente durante la última fase del trabajo de parto, lo que ocasiona la tracción del plexo braquial (4,10-12). Otros factores a tener en cuenta, además de la diabetes, son la preclamsia, la duración prolongada del trabajo de parto, la presentación (vértice, de nalgas, o de otro tipo); si el parto fue complicado o no, y el uso de instrumentos para el parto (5, 6,13). Algunas lesiones diferentes pueden confundirse con una lesión del plexo, como la luxación de hombro, las fracturas de costillas, las de clavícula o las del húmero (6,14).

Examen físico

El examen físico ayuda a determinar la gravedad de la lesión. Para llevarlo a cabo es importante rodear al niño de un entorno cálido y seguro. El aporte de un terapeuta es de mucha ayuda, ya que ellos tienen más contacto con el niño que el mismo médico. Es importante quitar toda la ropa del niño, excepto el pañal o la ropa interior, dependiendo de la

edad. La postura de la cabeza y el cuello se evalúan para descartar tortícolis. Los niños con lesiones del plexo braquial tienden, en general, a mirar hacia el lado contrario de la lesión. Un trauma significativo durante el nacimiento puede causar también tortícolis concomitante secundaria a una lesión de los músculos del cuello ipsilateral.

La postura de la extremidad superior sugiere el nivel de la lesión. En la parálisis de Erb-Duchenne, el hombro está en aducción y rotación interna. El codo está extendido, el antebrazo en pronación, la muñeca y los dedos pueden estar en flexión (actitud o postura de "propina de mesero") (Figura 3).

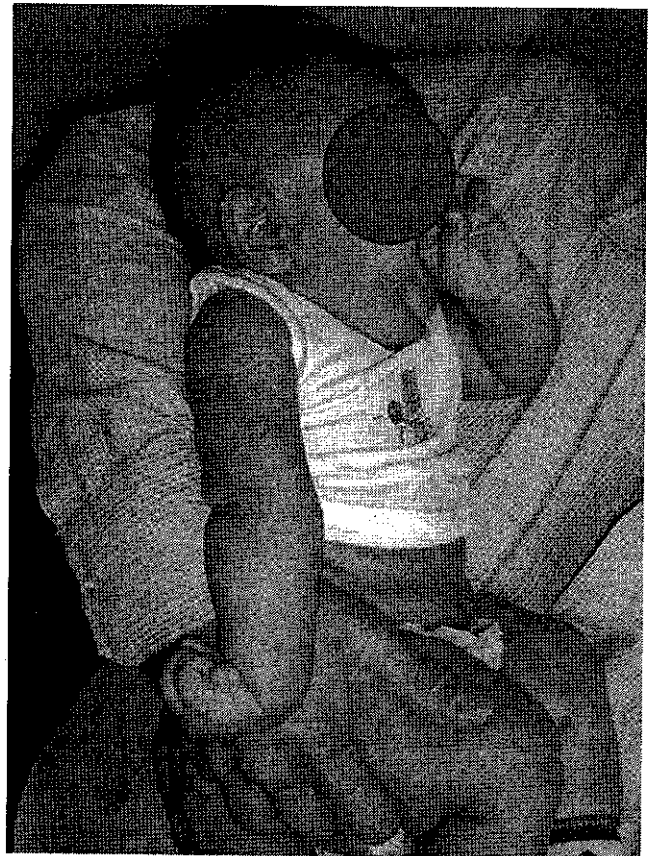


Figura 3. Parálisis de Erb-Duchenne. Nota: el hombro está en aducción y rotación interna en reposo. El codo está extendido, el antebrazo en pronación y la muñeca y los dedos pueden flexionarse (postura de "propina de mesero"). Fuente: autores.

En la parálisis total del plexo (C5, C6, C7, C8, T1), se encuentra una extremidad flácida, sin actividad motora. Debe observarse si hay asimetría abdominal o torácica con la respiración, lo que sugiere una parálisis diafragmática por lesión del nervio frénico. La afectación de este nervio sugiere

una lesión muy superior, ya que este nervio se origina de las raíces de C3 y C4, principalmente.

Una escápula que no aproxima a la línea media indica parálisis de los músculos elevador de la escapula y romboides, inervados por el nervio escapular dorsal, que nace de la raíz C5. Una escápula alada indica una lesión muy proximal en las raíces C5, C6 y C7, que dan origen al nervio torácico largo, inervador de los serratos (3,5-7,15-17).

La presentación clásica de la ptosis ipsilateral, miosis, anhidrosis y la aparición de exoftalmos confirman la presencia de un síndrome de Horner, que indica que hay una lesión de la raíz C8 y T1; en esta zona ya se encuentran ramos comunicantes con fibras de la cadena simpática. Evaluar la flexión del codo es importante, ya que será decisiva en la indicación de cirugía, sobre todo en las lesiones altas del plexo braquial. Existen diversos trucos, entre estos el de la toalla, en la cual se oculta la cara del niño y se observa la reacción de la mano afectada, evaluando si hace o no flexión del codo (18) (Figura 4).



Figura 4. Signo de la toalla. Nota: este signo sirve para evaluar la flexión activa del codo. Se oculta la cara del niño y se observa si hay o no flexión del codo. Fuente: autor.

Métodos diagnósticos complementarios

Una radiografía de tórax evalúa si hay elevación del diafragma, lo que confirmaría un compromiso de la raíz C4. Exámenes diagnósticos adicionales, como la resonancia magnética (RM) y el estudio de neuroconducción, pueden ser de ayuda. La mielografía, la tomografía combinada con la mielografía y la RM pueden ayudar a esclarecer si es una lesión de avulsión o rupturas extraforaminales. La mielografía con tac es un buen examen para determinar avulsión, pero es

un método invasivo, por lo que hoy en día no está indicado en los niños.

Se ha demostrado que la RM, que no es invasiva (pero que requiere sedación profunda o anestesia en estos niños), tiene un alto valor de positividad para las avulsiones (alrededor de 94%). También es el caso de mielografía y tac combinados, los cuales muestran, adecuadamente, los pseudomeningoceles, la médula espinal y los tejidos blandos alrededor del plexo. Aun así, no hay indicación absoluta para practicar el examen. En casos seleccionados que se requiera de un apoyo diagnóstico, la RM sería la elección (5-7).

Los estudios de electrodiagnóstico como la electromiografía (EMG) y las velocidades de conducción nerviosa (VCN) son útiles, a veces, para definir el sitio de la lesión y la gravedad de la lesión. Una conducción nerviosa sensitiva normal con ausencia de conducción nerviosa motora es indicativo de una avulsión. Igualmente, una ausencia de reinervación a los tres meses indica casi siempre una avulsión (5,6,19).

Estos estudios son más útiles en la lesión de plexo braquial del adulto que en la lesión de plexo braquial obstétrica. Hoy en día, muchos centros especializados se basan en los hallazgos físicos y en la evolución para decidir cirugía en la parálisis braquial obstétrica. De otra parte, los hallazgos intraquirúrgicos definen la técnica quirúrgica que se debería usar.

Recuperación espontánea y tratamiento

El enfoque de tratamiento se hace de acuerdo con la evolución de la parálisis de los músculos comprometidos. Ha sido reportado que, la recuperación espontánea y con buenos resultados funcionales, oscila entre el 66% y 92%, en los niños que han iniciado recuperación durante los primeros dos meses de nacido (20-23). Hay casos en que es obvia la cirugía, como en el caso de los niños que presentan parálisis total acompañada de un síndrome de Horner; ya que esto indica una lesión por avulsión, es recomendable hacer una cirugía antes de los tres meses de edad. Del otro extremo están los niños en los cuales no se piensa en cirugía y que se recuperan de una manera considerable durante el primer mes de nacido (5,6,23).

La discusión se da en esos niños en los que la recuperación inicia muy tardíamente, que se da de forma incompleta o se detiene.

Las rupturas tienen diferentes grados de recuperación y son causa de controversia con respecto a las indicaciones

y del momento adecuado de la cirugía. Gilbert y Tassin (24-26), en su clásico estudio, mostraron que el indicador principal para lograr una recuperación espontánea adecuada era la recuperación del bíceps contra gravedad antes de los tres meses de edad. Muchos autores han encontrado al bíceps como un buen indicador, pero algunos aconsejan esperar la recuperación del mismo entre los cuatro y seis meses contra la gravedad (27), incluso hasta los nueve meses, como lo dice Clarke (6,28). Estos últimos autores han mostrado que los resultados de reparación microquirúrgica combinadas con algunas transferencias tendinosas en el hombro son similares a los operados a los tres meses.

Escoger el momento de operar resulta controversial, por lo cual, la mayoría de los autores consideran el intervalo de tres a seis meses de edad para realizar la cirugía, dependiendo de la progresión de la recuperación espontánea. La recuperación después de la reparación nerviosa es obtenida entre 18 y 24 meses.

Hay unos hechos concluyentes después de analizar múltiples estudios. Muchas de las parálisis braquiales obstétricas son transitorias. Los niños que recuperan contra la gravedad los músculos inervados por el tronco superior antes de los dos meses de edad, tendrán una total recuperación del plexo entre los 12 y 24 meses de edad. En los bebés que no recuperan la fuerza contra gravedad del bíceps a los cinco o seis meses de vida, la reconstrucción microquirúrgica del plexo redundará en un mejor resultado que si se sigue esperando la recuperación espontánea. Una serie grande de O'Brien y cols., sugiere que la recuperación espontánea será completa si la recuperación motora del miembro superior está presente a los seis meses de edad (29).

Alteraciones secundarias

La debilidad resultante de los músculos deltoides y de los rotadores externos, sumada a la recuperación del dorsal ancho y pectorales, llevan a una deformidad en rotación interna y aducción del hombro, que finalmente producen contracturas y una subluxación posterior de la cabeza humeral. Esta es la principal causa que lleva a una deformidad de la articulación gleno-humeral, trastorno que genera dolor y limitación franca de la movilidad. Se produce una compensación, un incremento de la movilidad escapulo-torácica que, aunado a alguna parálisis de los serratos, ocasiona un desequilibrio de la escápula, llegando a ser notoria y molesta para los padres y para el niño mayor (23,30-33) (Figura 5).

Otro problema observado en la PBO es el acortamiento final de la extremidad que, sumado a los problemas resultantes de deformidad del hombro o del codo, se ha asociado a

problemas de la marcha y actitud postural (23,34,35). Es frecuente encontrar, en la recuperación espontánea, fenómenos de co-contracción especialmente en las lesiones extensas. Esto es más evidente durante la flexión de codo, en donde la contracción conjunta de bíceps y tríceps imposibilita una buena flexión. Así mismo, en el hombro, cuando se realiza la abducción-flexión, se genera una contracción al mismo tiempo de los extensores y aductores (pectorales y del dorsal ancho). La aplicación de toxina botulínica tiene cada vez más un lugar para tratar estas co-contracciones (36,37).

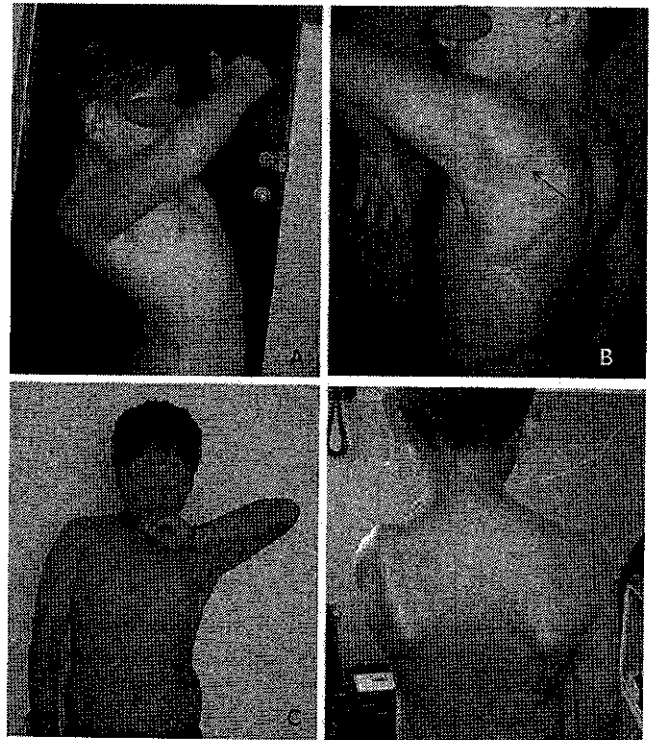


Figura 5. Alteraciones secundarias. Nota: A. Se observa déficit de rotación externa y abducción del hombro derecho. B. Puede visualizarse y palpase la subluxación posterior de la cabeza humeral izquierda deformada (flecha negra). C. Signo de la trompeta, ocasionado por el déficit de rotación externa cuando trata de llevar la mano hacia la boca. D. Se aprecia la escápula izquierda lateralizada y levantada, por no función de los músculos serratos, inervados por el nervio torácico largo (de raíces C5, C6 y C7). Fuente: autor.

Los pacientes mayores (en donde ya no hay cabida a la reparación microquirúrgica), con parálisis residual o con deformidad ya establecida del hombro, del codo, del antebrazo o de la mano, son candidatos a reconstrucción por medio de liberaciones y transferencias musculares y tendinosas, procedimientos que se inician desde los dos años de edad en promedio (38-42). Cuando ya no es posible el manejo

por medio de las partes blandas, se realiza una osteotomía rotacional de humero para llevar la mano hacia adelante, lo cual elimina la rotación interna y la actitud de pronación. Esto mejora la apariencia estética y permite llevar de mejor manera la mano hacia la cara (7,42).

En el codo es frecuente observar la contractura en flexión del codo, que llega a ser un problema estético y funcional, y cuya explicación no es muy clara. Se dice que puede ser producto del desequilibrio entre el tríceps y el bíceps por los fenómenos de co-contracción o de la curvatura anterior que llega a tener el cubito. Cuando la deformidad está apareciendo se puede tratar con férulas en extensión; si la deformidad progresa, puede requerirse liberación quirúrgica o de osteotomías del humero en extensión (42,43).

Para el déficit de flexión, transferencias musculares como la del dorsal ancho llegan a ser de utilidad. Todas estas alteraciones pueden darse en general en las lesiones de plexo braquial que tenían indicación de cirugía nerviosa y no fueron intervenidas. En los plexos operados, la secuela más frecuente se ubica en el hombro, con limitación de la rotación externa y abducción y deformidad en rotación interna y aducción.

Técnicas quirúrgicas

Sólo con el advenimiento de los avances de microcirugía y los trabajos desarrollados por Millesi, Narakas, Gilbert y otros en Europa, que impulsaron la reconstrucción microquirúrgica del plexo braquial (44-46). El abanico de posibilidades quirúrgicas comprende la neurolisis, la resección de neuroma e interposición de injertos nerviosos y la transferencia de nervios (12,15,16,23,25-28,47-49). El plexo es abordado por una incisión supraclavicular cuando la lesión es confinada al tronco primario superior, que es estéticamente aceptable y permite acceder bien al tronco.

Cuando la lesión es de C5, C6 y C7, se realiza una incisión por el borde posterior del esternocleidomastoideo, extendiéndose por el borde supraclavicular, lo que permite un abordaje cómodo del plexo. Cuando es una lesión total, se aumenta la exposición con un abordaje infraclavicular deltopectoral, en el que puede requerirse una osteotomía de la clavícula. El músculo omohioideo es seccionado y los vasos cervicales trasversos son ligados o cauterizados, identificando luego las raíces nerviosas y el neuroma (49) (Figura 6).

La neurolisis es usada en casos excepcionales. Actualmente, el tratamiento de elección es el uso de los injertos nerviosos y las transferencias nerviosas (47-51). Si se reseca o no el neuroma también fue controversial. Algunos cirujanos decidían este tipo de procedimiento acuerdo con la estimulación nerviosa

intraoperatoria, pero el consenso en general al día de hoy es el de resecar el neuroma y luego la reconstrucción con injertos nerviosos en las rupturas extraforaminales o con la combinación o no de transferencias nerviosas (52,53) (Figura 6B).

El uso de los injertos ha dado mejores resultados que la neurolisis, pero hay que tener en cuenta que inicialmente podría haber un empeoramiento del cuadro. Esto es notorio en el niño más grande que ha tenido una recuperación mínima, pero que no es suficiente dentro de los parámetros establecidos de buena recuperación. Esto deben saberlo los padres antes de la cirugía.

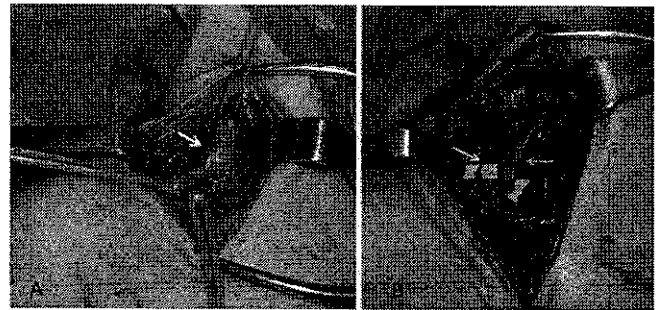


Figura 6. Incisiones. Nota: A y B. Se ha realizado resección del neuroma y reparación del plexo con injertos de nervio (flecha gruesa) y con neurotización del nervio espinal accesorio hacia el nervio supraescapular (flecha delgada). Fuente: autor.

El nervio sural es tomado a través de una incisión longitudinal larga o ligeramente curva en la pierna. No se recomienda realizar mínimas incisiones, debido a la fragilidad y dificultad en la toma del injerto (49). En el caso de lesiones del tronco superior, estos injertos son colocados conectando las raíces disponibles y, como regla general, de la parte posterior de las raíces a los cordones posteriores y de la parte anterior hacia los cordones anteriores. Como casi siempre se encuentra parte de la raíz C5 y C6, la raíz C5 se conecta con el nervio supraescapular, la división anterior de plexo o al cordón lateral o al nervio musculocutáneo. La raíz C6 se conecta a la división posterior o al cordón posterior o al nervio axilar y radial. En algunas ocasiones se puede combinar con algunas transferencias nerviosas; es más frecuente el uso del nervio espinal accesorio hacia el nervio supraescapular (Figura 6B).

En las avulsiones del plexo, la única opción es la utilización de transferencias nerviosas, como del espinal accesorio, de los intercostales, del plexo cervical y de la raíz contralateral de C7. El nervio frénico no es aconsejado en los niños. En caso de avulsiones de C5 y C6, hay varias estrategias de reconstrucción que recurren a transferencias nerviosas intra plexo, como son la rama inferior del nervio espinal accesorio, el uso de C7 ipsilateral y la de fascículos del nervio cubital para el bíceps

(41,51,54-56). En general, cuando se presentan avulsiones extensas y limitadas opciones de cirugía, es mejor brindarle estas opciones en la reconstrucción de la mano y del codo (5,26).

Gilbert (26) reportó en 1995 una serie de 178 casos con reconstrucción con injertos nerviosos, con un seguimiento mínimo de 3 años. Los resultados para las lesiones de C5 y C6 fueron excelentes para el hombro y el codo. En 54 pacientes con parálisis total del plexo, la reinervación del tronco inferior aportó una flexión útil de los dedos en el 75% de los casos y una función intrínseca de la mano en el 50% de los casos. Este autor resalta la importancia de reconstruir las raíces bajas del plexo.

Evaluación motora y funcional

Este es uno de los puntos de mayor controversia. La mayoría de los autores usan la clasificación de Mallet para evaluar la función del hombro (5,26,57), que funciona bien en niños grandes. Otros métodos para evaluar el hombro son el de Gilbert y el de Birch (23,26,39). Para evaluar la función de la mano y el codo, la escala descrita por Raimondi y Gilbert es la más usada y aceptada por el grupo de trabajo de plexo braquial obstétrico (26). En niños grandes se usa la escala del Medical Research Council y la de Gilbert-Tassin (6,26,28,49).

El sistema de graduación de Toronto (28,49) evalúa muy bien en niños pequeños la parte motora, población en las que es muy difícil de examinar la fuerza contra resistencia. La evaluación sensitiva es extremadamente difícil de hacer en los niños. Narakas (58) describió algo muy simple, en 4 grados de acuerdo a las respuestas al dolor y al contacto.

Conclusión

Un diagnóstico adecuado en la parálisis obstétrica del plexo braquial es fundamental para hacer un buen plan de tratamiento. El tratamiento quirúrgico está indicado generalmente cuando no ha habido recuperación del bíceps contra gravedad entre los tres y seis meses de edad. La cirugía está enfocada a la resección del neuroma y colocación de injertos nerviosos. En algunos casos es útil realizar las transferencias nerviosas o neurotizaciones. Los resultados del tratamiento quirúrgico se observaran más allá de los dos años de la cirugía. En los niños grandes, el tratamiento se enfocará a la reconstrucción mediante liberaciones, transferencias tendinosas y osteotomías.

Conflicto de interés

Ninguno declarado por el autor.

Financiación

Ninguna declarado por el autor.

Agradecimientos

Ninguno declarado por el autor.

Referencias

1. Levine MG, Holroyde J, Woods JR Jr, Siddiqi TA, Scott M, Miodovnik M. Birth traumas: incidence and predisposing factors. *Obstet Gynecol.* 1984;63:792-5.
2. Hardy AE. Birth injuries of the brachial plexus: Incidence and prognosis. *J Bone Joint Surg Br.* 1981;63:98-101.
3. Michelow BJ, Clarke HM, Curtis CG, Zuker RM, Seifu Y, Andrews DF. The natural history of obstetrical brachial plexus palsy. *Plast Reconstr Surg.* 1994;93:675-80.
4. Thatte MR, Mehta R. Obstetric brachial plexus injury. *Indian J Plast Surg.* 2011;44(3):380-9.
5. Haerle M, Gilbert A. Management of Complete Obstetric Brachial Plexus Lesions. *J Pediatr Orthop.* 2004;24:194-200.
6. Borschel GH, Clarke HM. Obstetrical brachial plexus palsy. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124(Suppl. 1):144e-55e.
7. Al-Qattan MM. Obstetric brachial plexus injuries. *Journal of the American Society for Surgery of Hand.* 2003;3:41-54.
8. Geutjens G, Gilbert A, Helsen K. Obstetric brachial plexus palsy associated with breech delivery. A different pattern of injury. *J Bone Joint Surg Br.* 1996;78:303-6.
9. Al-Qattan MM, Clarke HM, Curtis CG. Klumpke's birth palsy: does it really exist? *J Hand Surg Br.* 1995;20:19-23.
10. McFarland LV, Raskin M, Daling JR, Benedetti TJ. Erb/Duchenne's palsy: a consequence of fetal macrosomia and method of delivery. *Obstet Gynecol.* 1986;68:784-8.
11. Al-Qattan MM, Al-Kharfy TM. Obstetric brachial plexus injury in subsequent deliveries. *Ann Plast Surg.* 1996;37:545-8.
12. Gilbert A, Brockman R, Carlloz H. Surgical treatment of brachial plexus birth palsy. *Clin Orthop Relat Res.* 1991;264:39-47.
13. de Chalain TM, Clarke HM, Curtis CG. Case report: Unilateral combined facial nerve and brachial plexus palsies in a neonate following a midlevel forceps delivery. *Ann Plast Surg.* 1997;38:187-90.
14. Oppenheim WL, Davis A, Growdon WA, Dorey FJ, Davlin LB. Clavicle fractures in the newborn. *Clin Orthop Relat Res.* 1990;250:176-80.
15. Gilbert A. Obstetrical brachial plexus palsy. En Tubiana R (editor). *The Hand.* Vol. 4. Philadelphia: WB Saunders, 1993:575-601.
16. Gilbert A. Paralyse obstetricale du plexus brachial. En Alnot JY, Narakas A (editores). *Les Paralysis du Plexus Brachial.* 2nd ed. Monographie de la Societe Francais de Chirurgie de la Main. Paris, France: Expansion Scientifique Française; 1995:270.

17. **Clarke H, Curtis C.** Examination and prognosis. En Gilbert A (editor). *Brachial plexus injuries*. London, United Kingdom: Martin-Dunitz; 2001:159-72.
18. **Bertelli JA, Ghizoni MF.** The towel test: a useful technique for the clinical and electromyographic evaluation of obstetric brachial plexus palsy. *J Hand Surg Br.* 2004;29:155-8.
19. **Vredeveld JW.** Clinical neurophysiological investigations. En Gilbert A (editor). *Brachial plexus injuries*. London, United Kingdom: Martin-Dunitz; 2001:42.
20. **Laurent JP, Lee R, Shenaq S, Parke JT, Solis IS, Kowalik L.** Neurosurgical correction of upper brachial plexus birth injuries. *J Neurosurg.* 1993;79:197-203.
21. **Hoeksma AF, ter Steeg AM, Nelissen RG, van Ouwerkerk WJ, Lankhorst GJ, de Jong BA.** Neurological recovery in obstetric brachial plexus injuries: an historical cohort study. *Dev Med Child Neurol.* 2004;46:76-83.
22. **Pondaag W, Lee R, Shenaq S, Parke JT, Solis IS, Kowalik L.** Natural history of obstetric brachial plexus palsy: a systematic review. *Dev Med Child Neurol.* 2004;46:138-44.
23. **Hale HB, Bae DS, Waters PM.** Current Concepts in the Management of Brachial Plexus Birth Palsy. *J Hand Surg.* 2010;35A:322-31.
24. **Gilbert A, Tassin JL.** Reparation chirurgicale du plexus brachial dans la paralysie obstetricale. *Chirurgie.* 1984;110:70-5.
25. **Gilbert A, Tassin JL.** Obstetrical palsy: a clinical, pathological and surgical review. En Terzis JK (editor). *Micro reconstruction of nerve injuries*. Philadelphia: WB Saunders; 1987. p. 529.
26. **Gilbert A.** Long-term evaluation of brachial plexus surgery in obstetrical palsy. *Hand Clin.* 1995;11:583-94.
27. **Waters PM.** Comparison of the natural history, the outcome of microsurgical repair, and the outcome of operative reconstruction in brachial plexus birth palsy. *J Bone Joint Surg Am.* 1999;81:649-59.
28. **Clarke HM, Curtis CG.** An approach to obstetrical brachial plexus injuries. *Hand Clin.* 1995;11:563-81.
29. **O'Brien DF, Park TS, Noetzel MJ, Weatherly T.** Management of birth brachial plexus palsy. *Childs Nerv Syst.* 2006;22:103-12.
30. **Pearl ML, Edgerton BW.** Glenoid deformity secondary to brachial plexus birth palsy. *J Bone Joint Surg Am.* 1998;80:659-67.
31. **Birch R.** Medial rotation contraction and posterior dislocation of the shoulder. In: Gilbert A, ed. *Brachial plexus injuries*. London, United Kingdom: Martin-Dunitz; 2001:249-59.
32. **Pearl ML, Edgerton BW, Kon DS, Darakjian AB, Kosco AE, Kazimiroff PB, Burchette RJ.** Comparison of arthroscopic findings with magnetic resonance imaging and arthrography in children with glenohumeral deformities secondary to brachial plexus birth palsy. *J Bone Joint Surg Am.* 2003;85:890-8.
33. **Van Gelein Vitranga VM, Van Kooten EO, Jaspers RT, Mullender MG, Van Doorn-Loogman MH, Van der Sluijs JA.** An MRI study on the relations between muscle atrophy, shoulder function and glenohumeral deformity in shoulders of children with obstetric brachial plexus injury. *J Brachial Plex Peripher Nerve Inj.* 2009;4:5.
34. **McDaid PJ, Kozin SH, Thoder JJ, Porter ST.** Upper extremity limb-length discrepancy in brachial plexus palsy. *J Pediatr Orthop.* 2002;22:364-6.
35. **Bae DS, Ferretti M, Waters PM.** Upper extremity size differences in brachial plexus birth palsy. *Hand (NY).* 2008;3:297-303.
36. **Rollnik JD, Hierner R, Schubert M, Shen ZL, Johannes S, Tröger M, et al.** Botulinum toxin treatment of cocontractions after birth-related brachial plexus lesions. *Neurology.* 2000;55:112-4.
37. **Price AE, Ditaranto P, Yaylali I, Tidwell MA, Grossman JA.** Botulinum toxin type A as an adjunct to the surgical treatment of the medial rotation deformity of the shoulder in birth injuries of the brachial plexus. *J Bone Joint Surg Br.* 2007;89:327-9.
38. **Hoffer M M, Wickenden R, Roper B.** Brachial plexus birth palsies. Results of tendon transfers to rotator cuff. *J Bone Joint Surg Am.* 1978;60:691-5.
39. **Pagnotta A, Haerle M, Gilbert A.** Long-term results on abduction and external rotation of the shoulder after latissimus dorsi transfer for sequelae of obstetric palsy. *Clin Orthop Relat Res.* 2004;426:199-205.
40. **Waters PM, Bae DS.** Effect of tendon transfers and extra-articular soft-tissue balancing on glenohumeral development in brachial plexus birth palsy. *J Bone Joint Surg Am.* 2005;87:320-5.
41. **Vergara-Amador E.** Latissimus dorsi transposition for sequelae of obstetric palsy. *Colombia Médica.* 2010;41:248-55.
42. **Waters PM.** Management of Shoulder Deformities in Brachial Plexus Birth Palsies. *J Pediatr Orthop.* 2010;30:S53-6.
43. **Al-Qattan MM.** Total Obstetric Brachial Plexus Palsy in Children With Internal Rotation Contracture of the Shoulder, Flexion Contracture of the Elbow, and Poor Hand Function: Improving the Cosmetic Appearance of the Limb With Rotation Osteotomy of the Humerus. *Ann Plast Surg.* 2010;65:38-42.
44. **Millesi H.** Microsurgical nerve grafting. *World J Surg.* 1979;2:67-79.
45. **Narakas AO.** The treatment of brachial plexus injuries. *Int Orthop.* 1985;9:29-36.
46. **Gilbert A, Khouri N, Carlizoz H.** Exploration chirurgicale du plexus brachial dans la paralysie obstétricale: Constatations anatomiques chez 21 malades operés. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* 1980;66:33-42.
47. **Kozin SH.** Nerve Transfers in Brachial Plexus Birth Palsies: Indications, Techniques, and Outcomes. *Hand Clin.* 2008;24:363-76.
48. **Kozin SH.** Brachial Plexus Microsurgical Indications. *J Pediatr Orthop.* 2010;30:S49-52.
49. **Borschel GH, Clarke HM.** Obstetrical Brachial Plexus Palsy. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124(Suppl.):144e.
50. **Bertelli JA, Ghizoni MF.** Reconstruction of C5 and C6 brachial plexus avulsion injury by multiple nerve transfers: spinal accessory to suprascapular, ulnar fascicles to biceps branch, and triceps long or lateral head branch to axillary nerve. *J Hand Surg.* 2004;29A:131-9.

336

51. **Vergara-Amador E.** Combinación de transferencias nerviosas en el tratamiento de lesiones altas del plexo braquial. *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología.* 2012;26:128-42.
52. **Clarke HM, Al-Qattan MM, Curtis CG, Zuker RM.** Obstetrical brachial plexus palsy. Results following neurectomy of conducting neuromas in continuity. *Plast Reconstr Surg.* 1996;97:974-82.
53. **Capek L, Clarke HM, Curtis CG.** Neuroma in continuity resection; early outcome in obstetrical brachial plexus palsy. *Plast Reconstr Surg.* 1998;102:1555-64.
54. **Oberlin C, Beal D, Leechavengvongs S, Salon A, Dauge MC, Sarcy JJ.** Nerve transfer to biceps muscle using a part of ulnar nerve for C5-C6 avulsion of the brachial plexus; anatomical study and report of four cases. *J Hand Surg Am.* 1994;19:232-7.
55. **Yin HW, Jiang S, Xu WD, Xu L, Xu JG, Gu YD.** Partial ipsilateral C7 transfer to the upper trunk for C5-C6 avulsion of the brachial plexus. *Neurosurgery.* 2012;70:1176-82.
56. **Vergara-Amador E, Ramirez A.** Ipsilateral brachial plexus-C7 root transfer. Presentation of a case and a literature review. *Neurocirugia (Astur).* 2013;25: 20-3.
57. **Mallet J.** Paralysie obstetricale du plexus brachial. Traitement des sequelles. Priorité du traitement de l'épaule. Methode d'expression des resultats. *Rev Chir Orthop Réparatrice Appar Mot.* 1972;58(Suppl.):166-70.
58. **Narakas AO.** Obstetrical brachial plexus injuries. En Lamb DW (editor). *The Paralysed Hand. The Hand and Upper Limb.* Vol 2. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1987:116.

Parálisis braquial obstétrica de etiología prenatal

Dres. María Cecilia Dieguez¹, Alfredo Cerisola², Mario Moraes³

Resumen

La parálisis braquial obstétrica (PBO) es la parálisis de los músculos inervados por raíces nerviosas originadas en el plexo braquial. La incidencia es de 0,6 a 2,6 cada 1.000 nacidos vivos.

Los factores de riesgo más importantes son distocia de hombro, macrosomía y el parto instrumental. Clásicamente la PBO ha sido considerada como consecuencia de una excesiva tracción del cuello fetal en el parto. Existen casos en los que no se identifican factores de riesgo; en ellos se plantea una posible causa prenatal. La atrofia muscular del miembro superior y signos de denervación en la electromiografía, son indicadores de que la lesión del plexo braquial ocurrió intraútero. La mayoría de los estudios reportan elementos sugestivos de una causa prenatal de PBO, sin datos concluyentes de la misma. Se describe el caso de un recién nacido con parálisis braquial en el que se demuestran claros elementos de etiología prenatal.

Palabras clave: PARÁLISIS OBSTÉTRICA - etiología
NEUROPATÍAS DEL PLEXO BRAQUIAL
PLEXO BRAQUIAL
LESIONES PRENATALES

Summary

The obstetrical brachial plexus palsy (OBP) is the innervated muscle paralysis by nerve roots originated at the brachial plexus. The incidence is from 0,6 to 2,6 every 1000 live births.

The most relevant risk factors are the shoulder dystocia, macrosomia and instrumental childbirth. OBP has traditionally been considered as a consequence of an excessive fetal neck traction. There are cases in which risk factors are not identified; and because of this, a possible prenatal cause is raised. The upper limb muscular atrophy and the signs of denervation on the electromyography, are indicators of an intrauterine brachial plexus lesion. Most of the research reports suggestive elements for a prenatal obstetrical brachial palsy cause, with no concluding data on it. The case of a newborn with brachial palsy is described in which clear elements of prenatal etiology are shown.

Key words: PARALYSIS, OBSTETRIC - etiology
BRACHIAL PLEXUS NEUROPATHIES
BRACHIAL PLEXUS
PRENATAL INJURIES

1. Postgrado de Pediatría. Facultad de Medicina, UDELAR. CHPR. Montevideo, Uruguay

2. Profesor Agregado de Neuropediatría. Facultad de Medicina, UDELAR. CHPR. Montevideo, Uruguay

3. Profesor Agregado de Neonatología. Facultad de Medicina, UDELAR. CHPR. Montevideo, Uruguay

Universidad de la República (UDELAR). Facultad de Medicina. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Br. Artigas 1550. Montevideo, Uruguay.

Fecha recibido: 15 de mayo de 2012.

Fecha aprobado: 12 de marzo de 2013.

Introducción

La parálisis braquial obstétrica (PBO) es una entidad caracterizada por una paresia o parálisis de los músculos inervados por las raíces nerviosas originadas en el plexo braquial⁽¹⁾.

La incidencia varía según las series entre 0,6 a 2,6 por 1.000 nacidos vivos, en países desarrollados^(1,2).

Los factores de riesgo implicados más importantes son la distocia de hombro, la macrosomía y el parto instrumental⁽³⁾. Históricamente la PBO ha sido considerada como consecuencia de una excesiva tracción y extensión lateral sobre el cuello fetal durante el parto, por la extensión, desgarró o avulsión de las raíces nerviosas cervicales y la primera torácica. Sin embargo, la parálisis braquial puede ocurrir en ausencia de tracción u otro factor de riesgo identificable, lo que sugiere una causa de lesión intrauterina^(4,5). La exploración física y los estudios paraclínicos pueden orientar hacia el momento en que ocurrió la lesión. La presencia de amiotrofia del miembro afectado en el recién nacido es un signo claramente orientador a una causa prenatal, pues para producirse deben pasar por lo menos 3 semanas⁽⁵⁾. El hallazgo de signos de denervación, como fibrilaciones o descargas positivas en la electromiografía realizada en la primera semana de vida, también sugiere que el trauma fue previo al parto⁽⁶⁻⁸⁾. Sin embargo, existen escasos datos acerca de la frecuencia real de la etiología intraútero en la PBO y la mayoría de los estudios sólo presentan elementos sugestivos de ella⁽³⁻⁶⁾. Se describe el caso de un recién nacido con parálisis braquial en el que se demuestran claros elementos de etiología prenatal.

Caso clínico

Recién nacido de sexo femenino, producto de octavo embarazo de una madre de 41 años, sana. Embarazo bien controlado, presentó como única complicación una infección urinaria por estreptococo del grupo B que recibió tratamiento antibiótico completo. Nace por parto vaginal, sin dificultades en la extracción. La edad gestacional fue de 38 semanas, peso al nacer 3.100 g, longitud 50 cm, perímetro craneano 32 cm. El puntaje del test de Apgar fue de 9 al minuto y 10 a los 5 minutos.

En el examen físico al nacimiento se constata, en el miembro superior derecho, amiotrofia, paresia a predominio distal y arreflexia. La hipotrofia muscular fue corroborada a través de las diferencias en las medidas de las circunferencias a nivel del antebrazo (7,5 cm a derecha y 8,5 cm a izquierda) y del brazo (8,5 cm a derecha y 9 cm a izquierda). Presentaba movimientos a nivel proximal en el plano horizontal pero con dificultad importante para vencer la gravedad. La mano derecha estaba pléjica, el reflejo de prensión sin respuesta y no se logra-

ban obtener movimientos de flexoextensión del puño y de los dedos con ninguno de los estímulos aplicados. Los reflejos osteotendinosos en el miembro superior derecho estaban abolidos. Los pares craneanos, el tono axial y el tono del miembro superior izquierdo y de los miembros inferiores eran acordes a su edad con reflejos osteotendinosos presentes. El reflejo de Moro era asimétrico. A nivel antero-externo del antebrazo derecho, en tercio medio, presentaba en piel una lesión costrosa que impresionaba evolucionada (figura 1). Dados los hallazgos clínicos, se realiza diagnóstico de parálisis braquial de causa intrauterina.

El estudio radiológico de la cintura escapular y el miembro superior derecho fue normal. No se realizó electromiografía.

En la evolución se realizaron controles periódicos y tratamiento de fisioterapia. A los 10 meses de vida, presenta un crecimiento normal con un perímetro craneano de 45,5 cm, su desarrollo psicomotor es adecuado para su edad y se constata mejoría de movilidad proximal y de la plejia distal del miembro superior derecho. Logra elevar el hombro contra la gravedad en forma activa y logra flexoextensión de codo. Presenta desviación cubital de puño con paresia de puño y de dedos con leve retracción de los flexores de dedos. Se realizó resonancia magnética de columna cervical y plexo braquial que fue normal.

Discusión

La PBO es una parálisis flácida del miembro superior del neonato causada por la lesión del plexo braquial con un rango de movilidad pasiva mayor que activa^(3,9). La lesión del plexo braquial se clasifica según las raíces nerviosas involucradas en tres grupos: 1) lesión de las raíces superiores (C5-C6, y puede involucrar C7) denominada parálisis de Erb-Duchenne: es la presentación más frecuente de PBO y se caracteriza por parálisis del hombro y antebrazo; 2) lesión de las raíces inferiores (C8 y D1), denominada parálisis de Klumpke: es menos frecuente que la anterior y se afectan los músculos intrínsecos de la mano; 3) lesión completa o total: por afectación de todo el plexo, con atonía y plejia de todo el miembro superior^(2,8-12). El caso clínico que se presenta corresponde a una PBO completa o de Erb-Klumpke.

Existen múltiples factores de riesgo asociados a PBO. Dentro de los factores maternos se encuentran: obesidad, baja estatura, excesiva ganancia de peso en el embarazo, diabetes mellitus, primigesta, alteraciones anatómicas de la pelvis, anomalías uterinas y antecedente de hijo previo con PBO. Entre los factores fetales el más importante descrito es la macrosomía. Otros inclu-



Figura 1. Recién nacida de 6 horas de vida con parálisis del plexo braquial derecho. En imagen de la derecha se observa lesión en antebrazo.

yen presentación podálica, variaciones anatómicas, compromiso neurológico con hipotonía, depresión neonatal y asfixia^(4,10). Los factores de riesgo intraparto son: distocia de hombro, parto vaginal por podálica, inducción del trabajo de parto, segunda fase prolongada y parto asistido o instrumental^(4,9,10).

En un parto normal y no traumático, la fuerza de las contracciones uterinas y el pujo materno pueden comprimir y estirar el plexo braquial, en un paciente con plexo braquial vulnerable^(5,10). El hombro anterior puede impactarse detrás de la sínfisis del pubis y con el descenso a través de la pelvis, el plexo braquial anterior se somete a estiramiento intraútero. El hombro posterior puede interponerse detrás del promontorio del sacro, resultando en una excesiva fuerza sobre el plexo posterior^(3,4,6,10).

Una disminución de los movimientos del miembro superior del feto, de causa intrauterina o por patología del SNC, puede causar atrofia de los músculos haciendo vulnerable al plexo braquial a las fuerzas de estiramiento durante el trabajo de parto⁽¹¹⁾.

Finalmente, puede existir lesión intrauterina antes del inicio del trabajo de parto. La atrofia muscular del miembro superior es patognomónica de una causa prenatal ya que lleva de 3 a 4 semanas para que ésta ocurra⁽⁵⁾. Por ello, en el caso clínico que se presenta puede afirmarse que su origen fue prenatal. La elevación de la presión intrauterina por anomalías del útero como fibromas y útero bicórneo, puede ser causa de PBO^(4-6,11). La exostosis de la primera costilla, y la varicela congénita pueden causar isquemia del plexo braquial intraútero^(10,11). Las bridas amnióticas localizadas en el cuello o en el hombro así como la circular del cordón umbilical pueden producir lesión a nivel del plexo. En el caso de las lesiones producidas por bridas, la presencia de anomalías

cutáneas permite su diagnóstico^(5,8). En este caso clínico, la lesión cutánea presente en dorso del antebrazo podría haber correspondido a una brida amniótica aunque la misma no justifica la signología proximal encontrada en esta paciente, pero podría haber provocado disminución de los movimientos del miembro superior.

En la electromiografía, la demostración de signos de denervación como fibrilaciones o descargas positivas durante la primera semana de vida orienta a que el momento del trauma fue anterior al parto ya que estos signos no ocurren hasta 10 días después del trauma^(8,13). En este paciente no se realizó electromiografía, dado que clínicamente podía afirmarse el origen prenatal. La utilidad de la electromiografía para valorar la evolución de la lesión axonal frente a un eventual abordaje quirúrgico o para establecer el pronóstico es un tema de controversia^(12,14,15). La resonancia magnética puede determinar si el plexo braquial es embriológicamente anormal⁽⁶⁾.

En conclusión, en el caso clínico presentado no se identificaron los factores de riesgo descritos clásicamente en la literatura, lo cual, junto a la presencia de atrofia muscular en el miembro afectado, sugiere fuertemente que la lesión del plexo braquial ocurrió intraútero.

Referencias bibliográficas

1. **Labrandero-de Lera C, Pascual-Pascual S, Pérez-Rodríguez J, Roche-Herrero M.** Parálisis braquial obstétrica: epidemiología y secuelas. Estudio retrospectivo de nuestra casuística. *Rev Neurol* 2008; 46(12):719-23.
2. **Krauel X, Krauel L.** Traumatismo perinatal. En: Fejerman N, Fernández Álvarez E. *Neurología Pediátrica*. 3 ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1997:153-7.
3. **Evans-Jones G, Kay SP, Weindling AM, Cranny G, Ward A, Bradshaw A, et al.** Congenital brachial palsy: incidence, causes, and outcome in the United Kingdom and Re-

public of Ireland. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2003; 88(3):F185-9.

4. **Doumouchtsis SK, Arulkumaran S.** Are all brachial plexus injuries caused by shoulder dystocia? Obstet Gynecol Surv 2009; 64(9):615-23.
5. **Alfonso I, Papazian O, Shuhaiber H, Yaylali I, Grossman JA.** Intrauterine shoulder weakness and obstetric brachial plexus palsy. Pediatr Neurol 2004; 31(3):225-7.
6. **Gherman RB, Goodwin TM, Ouzounian JG, Miller DA, Paul RH.** Brachial plexus palsy associated with cesarean section: an in utero injury? Am J Obstet Gynecol 1997; 177(5):1162-4.
7. **Paradiso G, Grañana N, Maza E.** Prenatal brachial plexus paralysis. Neurology 1997; 49(1):261-2.
8. **Alfonso I, Papazian O, Grossman J.** Presentaciones clínicas, diagnóstico diferencial y manejo de la parálisis braquial obstétrica. Rev Neurol 1998; 27(156):258-63.
9. **Aranda-Rodríguez C, Melián-Suárez A, Martín-Álamo N, Santana-Casiano I, Carballo-Rastrilla S, García-Bravo A.** Estudio retrospectivo de 49 pacientes con parálisis braquial obstétrica: factores de riesgo, incidencia y evolución. Rehabilitación (Madrid) 2008; 42(1):20-6.
10. **Benjamin K.** Part I: injuries to the brachial plexus: mechanisms of injury and identification of risk factors. Adv Neonatal Care 2005; 5(4):181-9.
11. **Alfonso DT.** Causes of neonatal brachial plexus palsy. Bull NYU Hosp Jt Dis 2011; 69(1):11-6.
12. **Dogliotti AA.** Conceptos actuales en la parálisis braquial perinatal. Parte 1: etapa temprana. Arch Argent Pediatr 2011; 109(4):347-53.
13. **Papazian O, Alfonso I, Grossman J.** Evaluación neurofisiológica de los niños con parálisis del plexo braquial obstétrica. Rev Neurol 1998; 27(156):263-70.
14. **Malessy MJ, Pondaag W, van Dijk JG.** Electromyography, nerve action potential, and compound motor action potentials in obstetric brachial plexus lesions: validation in the absence of a "gold standard". Neurosurgery 2009; 65(4 Suppl):A153-9.
15. **Van Dijk JG, Pondaag W, Buitenhuis SM, Van Zwet EW, Malessy MJ.** Needle electromyography at 1 month predicts paralysis of elbow flexion at 3 months in obstetric brachial plexus lesions. Dev Med Child Neurol 2012; 54(8):753-8.

Correspondencia: Dra. María Cecilia Dieguez.
 Bulevar Batlle y Ordoñez 1617 apto 211, Montevideo,
 Uruguay. Correo electrónico: cecidieguez@gmail.com



El Rincón del Residente

Coordinadores:

M. García Boyano*, **I. Noriega Echevarría****, **E. Pérez Costa***, **D. Rodríguez Álvarez***

*Residentes de Pediatría del Hospital Universitario Infantil La Paz, Madrid. **Residente de Pediatría del Hospital Universitario Infantil Niño Jesús, Madrid.

Autores:

C. Sánchez-Villares Lorenzo*, **S. Fernández Luis***, **Paula Domínguez Manzano****

*Médico en Formación en Pediatría y Áreas Específicas. **Médico Especialista en Pediatría y Áreas Específicas. Servicio de Neonatología, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

El Rincón del Residente es una apuesta arriesgada de Pediatría Integral. No hemos querido hacer una sección por residentes para residentes. Yendo más allá, hemos querido hacer una sección por residentes para todo aquel que pueda estar interesado. Tiene la intención de ser un espacio para publicaciones hechas por residentes sobre casos clínicos e imágenes entre otras.

¡Envíanos tu caso! Normas de publicación aquí

Pediatr Integral 2017; XXI (8): 556.e1 – 556.e8

Compártelo:

¿Cuál es el diagnóstico?

- a) Hipoplasia pulmonar derecha.

Parálisis braquial y dificultad respiratoria en un recién nacido macrosómico

Historia clínica

Neonato varón de 40 semanas de edad gestacional, macrosómico (peso: 4.120 g, p>97) con distrés respirat inmediato, que precisa ingreso para asistencia respiratoria con CPAP. Antecedentes personales: embar controlado de curso normal, parto vaginal con distocia de hombros. Apgar: 6/7/9. En la exploración física, dest distrés respiratorio leve con buena entrada de aire bilateral en la auscultación, aunque con leve hipoventilar en campo pulmonar derecho y ausencia de movilidad de miembro superior derecho, con hombro en aducción rotación interna, codo en extensión y antebrazo en pronación (Fig. 1), conservando la movilidad de la mano prensión palmar (Fig. 2). Las clavículas y el resto de exploración física son compatibles con la normalidad. realiza radiografía simple de tórax (Fig. 3).

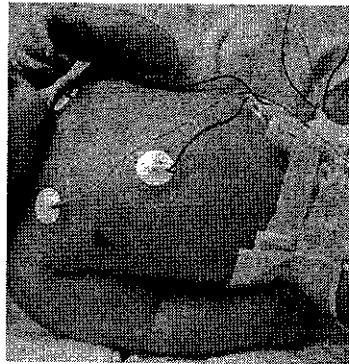


Figura 1.



Figura 2.

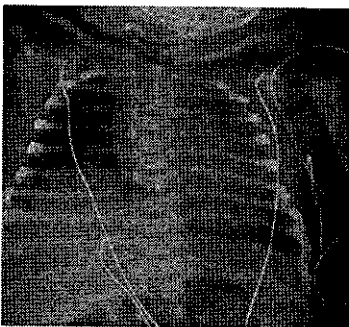


Figura 3.

- b) Parálisis diafragmática bilateral.
 c) Parálisis diafragmática derecha aislada.
 d) Parálisis diafragmática derecha asociada a parálisis braquial.
 e) Hernia diafragmática congénita

342

Uso de cookies

Este sitio web utiliza cookies para que usted tenga la mejor experiencia de usuario. Si continúa navegando está dando su consentimiento para la aceptación de las mencionadas cookies y la aceptación de nuestra política de cookies, pinche el enlace para mayor información.

plugin cooki

ACEPTAR

El caso presentado es el de una parálisis diafragmática asociada a parálisis braquial. En la radiografía de tórax (Fig. 3), se objetiva elevación del hemidiafragma derecho hasta el nivel de sexta costilla, hallazgo compatible con parálisis diafragmática derecha, que se confirma mediante ecografía. La ausencia de movilidad de brazo y antebrazo derechos con movilidad de la mano conservada (Figs. 1 y 2) sugiere parálisis braquial de Erb-Duchene o lesión de las raíces nerviosas C5-C6 en relación con la distocia de hombros. La lesión del plexo braquial en el neonato puede aparecer asociada a otras lesiones concomitantes, como: parálisis diafragmática, fractura de clavícula, parálisis facial o tortícolis^(1,2). La parálisis diafragmática se asocia a parálisis braquial en un 5-9% de los casos, como consecuencia de la lesión del nervio frénico (C3-C5) y su causa fundamental en pediatría es el traumatismo obstétrico^(2,3). Su manejo es habitualmente conservador mediante aportes de oxígeno o ventilación mecánica no invasiva, con recuperación espontánea en la mayoría de los casos, aunque en ocasiones, es necesario el tratamiento quirúrgico (plicatura diafragmática).

La hipoplasia pulmonar es una anomalía congénita del desarrollo pulmonar que condiciona un desarrollo deficiente o incompleto del pulmón. Puede aparecer asociada a patologías, como hernia diafragmática; oligohidramnios; enfermedades neuromusculares; o malformaciones esqueléticas, neurológicas o de la vascularización broncopulmonar. A diferencia del caso presentado, no se asocia a parálisis braquial y el diagnóstico es más frecuentemente prenatal.

La hernia diafragmática congénita ocurre de forma aislada en el 60% de los casos. Se produce en las primeras semanas de gestación, provocando la herniación de las vísceras abdominales a la cavidad torácica. La compresión ocasionada por los órganos abdominales herniados altera el desarrollo del árbol traqueobronquial, dando lugar a hipoplasia e hipertens pulmonares. Al igual que la hipoplasia pulmonar, el diagnóstico prenatal es relativamente sencillo y no aparece asociado a parálisis braquial⁽⁶⁾.

Palabras clave

Recién nacido; Parálisis braquial; Parálisis obstétrica; Newborn; Brachial palsy; Obstetric paralysis.

Bibliografía

1. Abril JC, Bonilla P, Miranda C. Problemas ortopédicos en el recién nacido. *Pediatr Integral*. 2014; XVIII: 375-83.
2. García Bravo A, Rodríguez Zurita A, Melán Suárez A, Blanco Soler C, Limiñana Cañal JM, García Hernández JA, et al. La parálisis del plexo braquial asociada al nacimiento. Revisión de 30 casos. *An Esp Pediatr*. 1999; 50: 4885-90.
3. Del Río Camacho G, Leal Orozco A, Ruiz Serrano C, Molinelli Barranco M. Taquipnea en un recién nacido macrosómico. Parálisis diafragmática de causa obstétrica. *Acta Pediatr Esp*. 2010; 68: 360-1.
4. Tortajada Gibrés M, Clement Paredes A, García Muñoz E, Gracia Antequera M, Delgado Cordón F, Hernández Marco R. Hipoplasia pulmonar infantil. *An Esp Pediatr*. 2007; 67: 81-3.
5. García Posada R, Gómez O, Martínez JM, Puerto B, Gratacós E. Hernia diafragmática congénita: criterios pronósticos y estado actual del tratamiento prenatal. *Guía clínica. Diag Pren*. 2012; 23: 126-33.

 **Descargar artículo en PDF**

La parálisis del plexo braquial asociada al nacimiento. Revisión de 30 casos

A. García Bravo¹, A. Rodríguez Zurita², A. Melián Suárez¹, C. Blanco Soler², J.M^a Limiñana Cañal³, J.A. García Hernández², A. Gómez García¹

Resumen. Objetivo: Analizar de una manera actualizada la incidencia y los factores de riesgo en el embarazo y en el parto relacionados con la parálisis braquial obstétrica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de todos los casos de parálisis braquial asociada al nacimiento detectados en nuestro hospital entre enero de 1994 y marzo de 1998. Se registraron los datos relacionados con la edad de las madres, paridad, edad gestacional en el momento del parto, tipo de parto, presentación, duración del periodo expulsivo, sexo del niño, peso, test de Apgar a los 5 minutos, pH arterial de cordón umbilical, tipo de parálisis braquial, lado afecto y asociación de otras lesiones. Estos datos fueron comparados con los del resto de los neonatos nacidos en nuestro hospital durante ese mismo intervalo de tiempo.

Resultados: Se diagnosticaron 30 casos de parálisis braquial asociada al nacimiento. La incidencia fue de 1,04%. Además del peso alto al nacimiento, otros factores relacionados con un aumento de la incidencia de parálisis braquial obstétrica fueron la presencia de distocia de hombros en el parto, la finalización del mismo mediante fórceps y test de Apgar y pH por debajo de los límites habituales. No se encontró ningún caso de parálisis distal.

Conclusiones: Este estudio demuestra la influencia de los factores de riesgo conocidos en el desarrollo de la parálisis braquial asociada al nacimiento. Sin embargo, también se establecen dudas sobre la etiología de la tracción como causa única. Además, se insiste en la adecuada planificación de los partos ante la sospecha de niños macrosómicos.

An Esp Pediatr 1999;50:485-490.

Palabras clave: Parálisis braquial obstétrica; Traumatismo obstétrico; Parálisis de Erb; Parálisis de Klumpke; Lesiones natales.

BRACHIAL PLEXUS Palsy ASSOCIATED WITH BIRTH. A REVISION OF THIRTY CASES

Abstract. Objective: Our objective was to perform an updated analysis of the incidence and risk factors during pregnancy and labor related to obstetrical brachial palsy.

Patients and methods: A retrospective study of all cases of brachial palsy associated with birth detected in our hospital between January 1994 and March 1998 was performed. Data recorded included age of mother, parity, gestational age at the moment of birth, type of birth,

presentation, duration of delivery, sex of child, weight, Apgar test at 5 minutes, arterial pH of umbilical cord, type of brachial palsy, side affected and association with other injuries.

Results: Thirty cases of brachial palsy associated with birth were diagnosed. The incidence was 1.04%. In addition to a high birth weight, other factors related to the increase in the incidence of obstetric brachial palsy were the presence of dystocia of shoulders at birth, the use of forceps and Apgar and pH under the usual limits. No case of distal paralysis was found.

Conclusions: This study demonstrates the influence of the risk factors known in the development of brachial palsy associated with birth. However, it also establishes doubts about the etiology of traction as the only cause. In addition, it stresses the necessity of adequate birth planning of babies suspected of being macrosomic.

Key words: Obstetrical brachial palsy. Obstetrical trauma. Erb's palsy. Klumpke's palsy. Birth injuries.

Introducción

A pesar de los avances contemporáneos en el estudio prenatal y en el seguimiento del embarazo, la parálisis braquial obstétrica (PBO) continúa siendo una consecuencia desafortunada tras un parto difícil.

La parálisis del miembro superior constituye uno de los traumatismos obstétricos más frecuentes⁽¹⁾. Su incidencia varía según las series entre 0,5 y 3% de los recién nacidos vivos⁽¹⁻³⁾. Habitualmente se ha considerado como consecuencia de un daño por tracción del plexo braquial durante las maniobras del parto^(1,2,4,5).

Clásicamente la PBO se ha clasificado en tres tipos: superior o de Erb-Duchenne (que afecta a las ramas C₅-C₆, y en ocasiones a C₇), inferior o de Dejerine-Klumpke (que involucra a las ramas C₈-T₁) y total (cuando se afectan, tanto las ramas superiores, como inferiores del plexo)^(2,4-6). En 1991 Brunelli y Brunelli⁽⁷⁾ definieron un nuevo tipo de PBO donde la lesión predominante se encuentra en la rama C₇ con afectación variable del resto del plexo. Fue denominada como parálisis intermedia y corroborada por otros autores⁽⁸⁾.

La parálisis de Erb-Duchenne aparece normalmente como consecuencia de partos con presentación cefálica en niños de más de 4 kg de peso que requieren fórceps o ventosas como instrumentación, donde se produce una tracción de las ramas superiores del plexo⁽⁵⁾. El mecanismo de dicha tracción se basa en

Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria

¹Servicio de Rehabilitación. ²Servicio de Obstetricia y Ginecología.

³Departamento de Ciencias Clínicas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Correspondencia: Dr. Agustín García Bravo. C/ Canalejas nº 45, 1º A. 35003 Las Palmas de Gran Canaria

Recibido: Noviembre 1998

la combinación de un bloqueo del hombro anterior con una inclinación lateral de la columna cervical en sentido contrario^(2,6). Es el tipo más frecuente de PBO^(4,6).

La parálisis de Dejerine-Klumpke se relaciona con niños de menos de 3 kg nacidos tras una presentación de nalgas^(4,5) y con mecanismo diferente que consiste en una flexión lateral y eventualmente una hiperextensión de la columna cervical combinado con una tracción sobre la cabeza⁽²⁾.

La incidencia de la parálisis inferior no está clara, ya que existen autores que la sitúan en un 2-3% del total de las PBO⁽⁹⁾, mientras que otros la consideran en la actualidad prácticamente inexistente^(6,10). Las parálisis totales son, sin embargo, más frecuentes⁽⁴⁾. En un 5% de los casos, la PBO puede ser bilateral⁽¹¹⁾.

Cuando la parálisis es de tipo total puede asociarse un síndrome de Horner (por lesión del ganglio estrellado adyacente a C₈ y T₁) y una parálisis hemidiafragmática (por daño del nervio frénico en su origen, C₃-C₅) ipsilaterales^(2,4-6), siendo considerados como indicadores de la gravedad de la plexopatía⁽⁴⁾. La incidencia de la parálisis hemidiafragmática se establece en un 5-9%⁽²⁾. El síndrome de Horner puede presentarse asociado a la parálisis de Dejerine-Klumpke⁽⁵⁾.

La PBO puede sumarse a otros traumatismos generados durante el parto como son fracturas de clavícula^(2,4), fracturas de húmero⁽²⁾ e incluso se han descrito casos de luxaciones posteriores de hombro⁽¹²⁾.

La totalidad de los autores están de acuerdo en afirmar que la recuperación de la PBO se produce de manera espontánea en un 80-95% de los casos^(2,4,5). Sin embargo estos porcentajes no son similares para todos los casos de plexopatía. El número de niños en los que persisten las secuelas es mayor cuando la parálisis es de tipo inferior⁽⁴⁾.

En la mayoría de los estudios el alto peso del niño al nacimiento se considera el principal factor asociado al daño del plexo^(1,2,4,5). Otros factores valorados son el tipo de presentación⁽⁴⁾, la distocia de hombros^(1,2,13), partos prolongados^(1,4), partos vaginales instrumentados⁽¹⁾ y maniobras empleadas para liberar los hombros⁽¹³⁾. Existen también otros factores relacionados con la madre y con clara influencia sobre el riesgo de una PBO: edad, obesidad, diabetes y paridad^(1,4,14).

Aunque la mayoría de los niños con plexopatía braquial obstétrica se recuperan sin déficit residuales, un número no despreciable de ellos desarrollan severas limitaciones funcionales, deformidades óseas y rigideces articulares. Por este motivo nos hemos propuesto analizar de una manera actualizada la incidencia y los factores de riesgo en el embarazo y en el parto relacionados con la PBO.

Material y métodos

Para la elaboración de este estudio se han revisado todos los casos de PBO detectados en nuestro hospital durante un período de más de cuatro años comprendido entre enero de 1994 y marzo de 1998. La detección de estos casos vino determinada por los neonatólogos, encargados de la exploración del recién nacido y quienes, ante la presencia de clínica compatible con

una parálisis del plexo braquial, remitieron al recién nacido al servicio de Rehabilitación. No fueron incluidos en el estudio todos aquellos casos en los que la debilidad y la asimetría en el reflejo de Moro del miembro superior era debida exclusivamente a una fractura de clavícula. En estos casos la movilidad activa se recuperaba en el plazo de una semana. De la misma manera se descartaron tetraplejías, hemiplejías y artritis sépticas como diagnósticos diferenciales.

Se incluyeron en el estudio, por tanto, todos los recién nacidos vivos que presentaron una PBO, analizándose de manera retrospectiva los datos recogidos en la historia clínica relacionados con el embarazo, parto y neonato. De este modo, se consideraron en la madre las siguientes variables: la edad, paridad, edad gestacional, tipo de parto, presentación, duración del período expulsivo, y en el niño el sexo, peso, test de Apgar a los cinco minutos, pH arterial de cordón, tipo de PBO, lado afecto y asociación de otras lesiones (fractura de clavícula, síndrome de Horner, parálisis hemidiafragmática).

Para el análisis estadístico de los datos utilizamos el programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Window 95 versión 6.1. Los resultados los expresamos como incidencia de PBO por mil con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%, obtenidos mediante la distribución de Poisson en cada una de las variables estudiadas.

Resultados

Durante el período de estudio 28.927 niños nacieron vivos en nuestro hospital. De ellos 30 presentaron una PBO lo que supone una incidencia de 1,04‰. El análisis de las variables estudiadas de estos 30 casos nos muestra, respecto a los factores maternos (Tabla I), que la edad promedio de las madres era de 28,7 años (rango de 19 a 39 años). Eran primíparas 17 (56,6%) y 13 (46,3%) habían tenido entre 1 y 4 partos. Ninguna había tenido más de 4 partos. En lo que se refiere a la edad gestacional, en 29 casos (96,7%) el parto se produjo después de la 37 semana y solamente en un caso aconteció antes (semana 36). El tipo de presentación fue cefálica en 27 casos (90%) y podálica en 3 casos (10%). Fue preciso realizar un parto instrumentado con fórceps en 13 de los casos (43,3%) y en dos (6,6%) se practicó una cesárea. Así mismo, se objetivó la presencia de distocia de hombros en tres casos (10%). La duración del período expulsivo fue de 24,05 minutos de promedio (5-70 minutos), observándose que en la mitad de los casos la duración se mantenía entre 10 y 30 minutos.

El análisis estadístico demostró una incidencia mayor de PBO en presencia de distocia de hombros (52,63 por mil) y cuando el parto era realizado mediante fórceps (3,47 por mil). Los intervalos de confianza respectivos se expresan en la tabla I. Por otro lado, no se encontró relación estadística entre la incidencia de PBO y la edad materna, paridad, edad gestacional en el momento del parto o la duración del período expulsivo.

De los 30 niños nacidos con PBO, 20 (66,6%) eran varones y 10 (33,3%) eran mujeres. El análisis del peso determinó un peso medio de 3.699 g (rango de 2.600 a 4.690 g), agrupán-

Tabla I Características de la madre y del parto de los niños afectos de PBO (A) en relación con la población general (B)

	n	A %	B %	Incidencia de PBO x 1.000	Intervalos de confianza al 95%
EDAD:					
- 17-34	28	93,33	86,87	1,12	(0,709-1,54)
- > 34	2	6,66	11,83	0,58	(0-1,39)
PARIDAD:					
- Primíparas	17	56,66	52,02	1,06	(0,54-1,58)
- 2-4	13	43,33	44,83	1,07	(0,51-1,64)
SEMANA GESTACIONAL:					
- 32-36,6	1	3,33	5,67	0,608	(0-1,80)
- 37-41,6	25	83,33	75,73	1,14	(0,69-1,58)
- > 41,6	4	13,33	7,95	1,37	(0,28-2,72)
TIPO DE PARTO:					
- Eutócico	10	33,33	71,77	0,48	(0,18-0,78)
- Fórceps	13	43,33	12,91	3,47	(1,59-5,36)
- Cesárea	2	6,66	12,18	0,56	(0-1,35)
- Nalgas	1	3,33	1,61	2,14	(0-6,33)
- Distocia hombros	3	10	0,19	52,63	(38,79-66,47)
- Gemelar	1	3,33	1,25	2,75	(0-8,14)

(Número de niños sin PBO (B): 28.897)

Tabla II Características de los niños afectos de PBO (A) en relación con la población general (B)

	n	A %	B %	Incidencia x 1.000	Intervalos de confianza al 95%
SEXO:					
- Varón	20	66,66	50,86	1,35	(0,76-1,95)
- Mujer	10	33,33	49,11	0,70	(0,26-1,13)
PESO (g):					
- 2.500-3.999	22	73,33	85,60	0,88	(0,51-1,25)
- > 3.999	8	26,66	4,94	5,59	(1,72-9,46)
TEST DE APGAR (5 minutos):					
- < 7	5	16,66	0,62	27,17	(3,68-50,66)
- 7-10	25	83,33	98,10	0,88	(0,53-1,22)
pH (arterial):					
- < 7,20	21	70	26,17	2,87	(1,64-4,10)
- > 7,20	9	30	58,96	0,52	(0,18-0,87)

(Número de niños sin PBO (B): 28.897)

dose el 73,3 % de los casos entre 2.500 y 3.999 g, mientras que el 26,6% restante superaban este valor. Como cabía esperar se observó una relación estadísticamente significativa entre la presencia de PBO y un peso elevado al nacimiento con una incidencia de 5,59 por mil (1,72-9,46) en pesos mayores de 3.999 g. Los resultados obtenidos en la valoración del Apgar y del pH se expresan en la tabla II. El análisis estadístico demostró que la incidencia de PBO era mayor en los casos en que el Apgar se cifraba entre 4 y 6 con un valor de 27,17 por mil (3,68-50,66) mien-

tras que el Apgar entre 7 y 10 esta incidencia disminuía a 0,88 por mil (0,53-1,22). De la misma manera valores de pH menores de 7,20 ofrecían una incidencia incrementada de PBO hasta 2,87 por mil (1,64-4,10) frente a valores de pH de 7,20 que presentaban una incidencia de 0,52 por mil (0,18-0,87).

Los datos correspondientes a las variables postnatales se expresan en la tabla III, destacando la ausencia de parálisis braquiales distales, frente a 27 (90%) proximales y 3 totales (10%). La localización de la PBO fue derecha en 14 casos (46,6%) e iz-

Tabla III Características de la PBO en los niños afectados

	n	%
TIPO DE PBO:		
- Proximal	27	90
- Distal	0	0
- Total	3	10
LADO AFECTO:		
- Derecho	14	46,66
- Izquierdo	16	53,33
LESIONES ASOCIADAS:		
- Fractura clavícula	5	16,66
- Síndrome Horner	2	6,66
- Parálisis hemidiafragmática	1	3,33

quierdo en 15 casos (50%). Además en 5 casos (16,6%) se asoció una fractura de clavícula homolateral, en 2 (6,6%) un síndrome de Horner y en 1 (3,3%) una parálisis hemidiafragmática.

Discusión

De forma clásica se ha venido atribuyendo la etiología de la PBO a las maniobras en el parto. Así, se consideraba que el incremento brusco del espacio comprendido entre la cabeza y el hueco axilar del niño era el denominador común de las lesiones de distensión y ruptura de los elementos del plexo braquial⁽¹⁵⁾. La asociación del descenso del hombro y la flexión lateral del cuello en el caso de las maniobras obstétricas del parto provocan una tracción que puede ser responsable de las lesiones nerviosas^(2,4-6,10,15,16). Situaciones en las que se presenten partos con distocia de hombros, instrumentados con fórceps o macrosomía fetal complican dichas maniobras obstétricas y favorecen la aparición de lesiones en el plexo braquial.

Esta concepción etiológica comienza a cuestionarse en base a la aparición de neonatos afectados de una PBO sin relación con ninguno de los factores de riesgo mencionados. Así, Jennett et al.^(17,18) señalan la existencia de parálisis del plexo braquial en recién nacidos a los que se les realiza un electromiograma objetivándose un patrón de denervación de las ramas del plexo que debería desarrollarse en al menos 10 días, sin que los neonatos estudiados alcanzaran esa edad. De este modo, los autores opinan que el inicio de algunos casos de parálisis braquial es intrauterino, orientando esta posibilidad hacia la presencia de situaciones de maladaptación o malformaciones uterinas, edad materna baja o nuliparidad que conllevarían un incremento de la presión en útero y provocaría la lesión nerviosa.

De la misma manera, Hankins y Clark⁽¹⁹⁾ presentaron una PBO que afectaba al hombro posterior en un parto vaginal. El niño no asoció ninguna otra lesión. El hombro posterior no es sometido a las mismas fuerzas de tracción, por lo que la elongación de las raíces como etiología no tendría lugar. En otro trabajo, Walle y Hartikainen-Sorri⁽¹⁾ estudiaron 170 lesiones de hombro (tanto PBO como fracturas de clavículas) y encontra-

ron que en un tercio de los casos el hombro afectado era el posterior. En nuestro estudio el hombro lesionado fue siempre el anterior.

Ouzounian et al.⁽²⁰⁾ confirman la presencia de parálisis braquiales de Erb que ocurren, tanto en ausencia de distocia de hombros, como en el hombro posterior del neonato en presencia de distocia de hombro anterior, insistiendo en sus conclusiones en que la etiología de la parálisis braquial asociada al nacimiento no se relaciona de manera absoluta con el mecanismo de tracción.

Al-Qattan et al.⁽²¹⁾ estudia los casos de PBO diagnosticados tras partos finalizados mediante cesárea, planteándose si la etiología es realmente la tracción realizada para la extracción del niño del útero o si se deben buscar otros factores prenatales.

Algunos autores como Pocoví et al.⁽¹⁰⁾ en su revisión de la PBO señalan la existencia de un factor hereditario o constitucional que predispone a esta lesión y que guarda relación con la mayor o menor elasticidad de las formaciones fibrosas que anclan el plexo braquial a la columna cervical y aponeurosis profundas.

Como vemos, son muchos los trabajos publicados en la literatura actual que expresan dudas sobre la etiología de la parálisis braquial relacionada con el nacimiento. Evidentemente las maniobras de tracción realizadas durante el parto son responsables, en conjunción con los factores estudiados (peso del neonato, instrumentación del parto, etc.), de gran parte de las PBO diagnosticadas. Sin embargo, aquellas situaciones en las que se encuentran ausentes estos factores de riesgo y las maniobras de tracción no se corresponden con la plexopatía diagnosticada no podrán ser explicadas con las teorías clásicas. Estas situaciones merecen un estudio más profundo dirigido a esclarecer los factores etiopatogénicos.

La incidencia de PBO obtenida en nuestro trabajo se corresponde con las cifras referidas en la mayoría de los estudios publicados^(1-4,19,22). Esta incidencia de PBO fue mayor en los casos en que el parto precisó instrumentación con fórceps o ante la presencia de distocia de hombros, lo que confirma estas dos situaciones como factores de riesgo para el desarrollo de una PBO. Por otro lado, no pudimos determinar la misma relación con la duración del período expulsivo, aunque algunos autores⁽¹⁾ señalan al trabajo de parto prolongado como otro factor de riesgo. La edad materna y la edad gestacional en el momento del parto no fueron significativas.

De todos los casos de PBO que estudiamos, dos fueron diagnosticados tras partos finalizados mediante cesárea. Los casos de PBO tras cesárea son bastante raros suponiendo un 1% de todas las PBO, si bien ya han sido publicados en alguna ocasión^(2,21).

En lo que se refiere a la paridad de las madres, no encontramos incremento de la incidencia de PBO en el grupo de más de un parto. Sin embargo, comienza a darse importancia al hecho de que multíparas que hayan tenido previamente neonatos con PBO presenten un riesgo elevado de tener la misma complicación en subsecuentes partos. En un seguimiento realizado a 28 multíparas que presentaban uno o más niños previos con PBO se encontró que 8 de ellas tuvieron nuevamente niños afect-

tos, lo que determina una incidencia incrementada de PBO en estas múltiparas⁽²³⁾. La presencia de factores como la diabetes gestacional, partos instrumentados o macrosomía fetal explicarían esa incidencia⁽¹⁴⁾. En nuestra serie se identificaron dos casos de diabetes materna, tipos B y C, con resultado de macrosomía fetal en ambos (4.670 y 4.310 g respectivamente). Las lesiones fueron proximales y ninguno de los niños presentó otras lesiones asociadas.

El factor de riesgo más significativo para el desarrollo de una PBO es el alto peso al nacimiento. En este sentido los resultados obtenidos en nuestro estudio coinciden con los del resto de la literatura revisada^(1-5,17,24). Así mismo en este trabajo encontramos un mayor número de varones afectados de PBO frente a mujeres. Una explicación válida para esta mayor incidencia de varones y que coincide con algunos autores⁽¹⁾, es que los varones presentan como promedio un mayor peso al nacimiento que las mujeres lo que se traduciría en una mayor incidencia de lesiones del plexo. Del mismo modo se debe señalar que hay 2,3 veces más varones que mujeres entre los niños macrosómicos. Esto apoya los hallazgos obtenidos en nuestra serie, donde de los 8 niños que pesaron más de 4 kg, cinco seran varones y tres mujeres.

Los resultados obtenidos en relación al Apgar y al pH demostraron una incidencia de PBO mayor en los casos en que el Apgar se situaba por debajo de 6 y el pH arterial se cifraba por debajo de 7,20. La valoración del Apgar ha sido realizada por varios autores^(1,3,13,17,19), coincidiendo nuestros resultados con los publicados. Sin embargo, en ninguno de los trabajos revisados se ha realizado la toma de pH arterial de cordón umbilical y en nuestra opinión constituye un indicador valioso de las circunstancias en que se ha desarrollado el parto. Un pH bajo nos revelará sufrimiento fetal y, por tanto, supondremos una urgencia en la finalización del parto e indirectamente un incremento de la agresividad obstétrica. Nuestros resultados señalan que 20 (66,7%) de los niños presentaban un pH menor de 7,20 y que en 6 casos (20%) el pH descendía por debajo de 7,10.

En ninguno de los 30 casos estudiados se observó una parálisis braquial distal. Este hecho coincide con las series publicadas^(3,17,24) recientemente. En una revisión de todos los trabajos publicados en los últimos 10 años que presentaran series de pacientes afectados de una PBO, se encontró que de un total de 3.508 casos sólo 20 parálisis eran del tipo distal o de Klumpke. La aparición de estos casos de PBO distal es atribuida a partos con presentación de nalgas donde los brazos del neonato se encontraban en hiperabducción ante la imposibilidad de sacarlos antes que la cabeza. Así, se considera que las lesiones aisladas de C₈-D₁ son extremadamente raras en la actualidad, debido a un cambio en la actitud obstétrica con respecto a la finalización de los partos con presentación de nalgas, que tienden a una mejor planificación del expulsivo y cesáreas electivas⁽⁶⁾.

La lesión más frecuente asociada a la PBO en nuestra serie fue la fractura de clavícula, presente en 5 casos, lo que coincide con otros trabajos publicados^(1,13). En uno de los recién nacidos la PBO fue total, asociando una fractura de clavícula y un síndrome de Horner, dentro de un parto en presentación cefálica

instrumentado con fórceps y con un peso de 4.690 g.

Para concluir, debemos decir que si bien la etiología de la PBO merece en la actualidad algunas dudas, sigue siendo claramente un problema de niños grandes. Por ello es fundamental que el tocólogo pueda disponer de un sistema predictivo que lo alerte sobre un alto peso previo al parto. Tanto las mediciones de sínfisis-fundus como el uso de la ultrasonografía son poco fiables y dejan un margen de error demasiado amplio. En el uso de la ecografía existe hasta un 10% de subestimación del peso en macrosómicos⁽¹⁾. Por lo tanto, predecir el sobrepeso del feto es difícil y ello deja sin control a uno de los principales factores de riesgo. Únicamente se puede sospechar un peso alto al nacimiento y es en esos casos en lo que hay que planear muy cuidadosamente el parto.

Scheller y Nelson⁽²²⁾ revisaron la literatura actual relacionada con la prevención de lesiones neurológicas en los niños mediante la realización de cesáreas, y concluyen su trabajo sin poder afirmar que los partos finalizados mediante cesárea puedan reducir lesiones neurológicas como la PBO. Es más, opinan que, dado que la incidencia de la plexopatía obstétrica es muy baja, que el porcentaje de recuperación es muy alto, el impacto del parto mediante cesárea en la prevención de la PBO es bastante bajo.

Bibliografía

- 1 Walle T, Hartikainen-Sorri AL. Obstetric shoulder injury. Associated risks factors, prediction and prognosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72:450-454.
- 2 Slooff AC. Obstetric brachial plexus lesions and their neurosurgical treatment. *Microsurgery* 1995; 16:30-34.
- 3 Jackson ST, Hoffer MM, Parrish N. Brachial plexus palsy in the newborn. *J Bone Joint Surg* 1988; 78A:1217-1220.
- 4 Febrer A, Meléndez M. Parálisis braquial obstétrica. Estado actual. *Rehabilitación* 1997; 31:225-229.
- 5 Gilbert A, Whitaker I. Obstetrical brachial plexus lesions. *J Hand Surg* 1991; 16B:489-491.
- 6 Al-Qattan M, Clarke H, Curtis C. Klumpke's birth palsy. Does it really exist?. *J Hand Surg* 1995; 20B:19-23.
- 7 Brunelli GA, Brunelli GR. A fourth type of brachial plexus lesion the intermediate (C7) palsy. *J Hand Surg* 1991; 16B:492-494.
- 8 Al-Qattan MM, Clarke HM. A new type of brachial plexus lesion to be added to the classical types [letter]. *J Hand Surg* 1994; 19:673.
- 9 Hernández C, Wendel GD. Shoulder dystocia. *Obstet Gynecol* 1990; 33:526-534.
- 10 Poció Collado J, Lope-Garnica y Marín F. Parálisis braquial obstétrica. Tratamiento rehabilitador. *Med Rehabil* 1994; 7:151-154.
- 11 Geutjens G, Gilbert A, Helsen K. Obstetric brachial plexus palsy associated with breech delivery. A different pattern of injury. *J Bone Joint Surg* 1996; 78B:303-306.
- 12 Dunkerton M. Posterior dislocation of the shoulder associated with obstetric brachial plexus palsy. *J Bone Joint Surg* 1989; 71B:764-766.
- 13 Baskett TF, Allen AC. Perinatal implications of shoulder dystocia. *Obstet Gynecol* 1995; 86:14-17.
- 14 Martín Carballo G, Fernández Cano G, Grande Aragón C, Méndez Alavedra J, Hawkins Carranza F, Gracia Bouthelie R. El recién na-

- cido hijo de madre diabética (RNHMD). I.- Macrosomía y factores de crecimiento. *An Esp Pediatr* 1997; **37**:295-301.
- 15 Forin V, Romaña C. Paralysie obstétricale du plexus brachial. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris, France), Kinésithérapie Medicine physique-Réadaptation, 26-473-A-10, 1996, 10 p.
 - 16 Boome R, Kaye J. Obstetric traction injuries of the brachial plexus. natural history, indications for surgical repair and results. *J Bone Joint Surg* 1988; **70B**:571-576.
 - 17 Jennet RJ, Tarby TJ, Kreinick CJ. Brachial plexus palsy: an old problem revisited. *Am J Obstet Gynecol* 1992; **166**:1673-1677.
 - 18 Jennett RJ, Tarby TJ. Brachial plexus palsy. An old problem revisited again II. Cases in point. *Am J Obstet Gynecol* 1997; **176**:1354-1357.
 - 19 Hankins G, Clarck S. Braquial plexus palsy involving the posterior shorlder at spontaneous vaginal delivery. *Am J Perinatol* 1995; **12**:44-45.
 - 20 Ouzounian JG, Korst LM, Phelan JP. Permanent Erb palsy. A traction-related injury?. *Obstet Gynecol* 1997; **89**:139-141.
 - 21 Al-Qattan MM, El Sayed AA, Al-Kharfy TM, Al-Jurayyan NA. Obstetrical brachial plexus injury in newborn babies delivered by caesarean section. *J Hand Surg Br* 1996; **21**:263-265.
 - 22 Scheller JM, Nelson KB. Does cesarean delivery prevent cerebral palsy or other neurologic problems of childhood?. *Obstet Gynecol* 1994; **83**:624-630.
 - 23 Al-Qattan MM, Al-Kharfy TM. Obstetric brachial plexus injury in subsequent deliveries. *Ann Plast Surg* 1996; **37**:545-548.
 - 24 Michelow BJ, Clarke HM, Curtis CG, Zuker RM, Seifu Y, Andrews

349



para Padres

para Niños

para Adolescentes

KidsHealth / para Padres / Lesiones del plexo braquial en los recién nacidos

Lesiones del plexo braquial en los recién nacidos

Revisado por: [Christopher A. Gegg, MD](#)

MÁS SOBRE ESTE TEMA PARA:

padres

Lesiones del plexo braquial

Cómo afrontar las lesiones deportivas

¿Qué son las lesiones del plexo braquial?

Las lesiones del plexo braquial afectan a la red de nervios que proporciona la sensibilidad y el control de los músculos del hombro, el brazo, el antebrazo, la mano y los dedos.

in English

Newborn Brachial Plexus Injuries

En los recién nacidos, estas lesiones pueden aparecer si ocurre lo siguiente:

- el parto es complicado porque el niño viene de nalgas
- la madre tiene un trabajo de parto muy extenso
- los hombros del bebé son demasiado anchos como para pasar por el canal de parto

Existen diferentes tipos de lesiones del plexo braquial. Según el lugar del nervio donde ocurran, estas lesiones a veces reciben el nombre de **parálisis del plexo braquial neonatal** o **parálisis de Erb**.

Las lesiones del plexo braquial también pueden ocurrir durante los deportes (como el fútbol) o por un accidente, si se empuja la cabeza con fuerza hacia abajo o los costados.

¿Qué ocurre en una lesión del plexo braquial?

Durante el parto, puede ocurrir una lesión del plexo braquial si el cuello del bebé se estira hacia un lado.

La red de nervios del plexo braquial comienza con las raíces nerviosas de la médula espinal en el cuello y llega hasta la axila. Desde allí, los nervios se ramifican y continúan a lo largo del brazo, la mano y los dedos.

Cuando una fuerza aumenta el ángulo entre el cuello y los hombros, los nervios del plexo braquial pueden estirarse o desgarrarse. La lesión también puede arrancar las raíces nerviosas del plexo braquial de la médula espinal. Los nervios dañados pierden un poco de sensibilidad y hacen que los movimientos de los músculos sean débiles.

¿Cuáles son los signos y síntomas de una lesión del plexo braquial?

Los signos de una lesión del plexo braquial suelen incluir los siguientes:

- falta de movimiento parcial o total
- agarre debilitado
- adormecimiento
- una posición extraña (el brazo puede doblarse hacia adentro o colgar flácido)

250



para Padres

para Niños

para Adolescentes

reflejo de Moro del bebé (respuesta a un sobresalto). Esto es lo que ocurre cuando un bebé estira los brazos y las piernas, y luego los flexiona cuando se asusta.

En general, los estudios y tratamientos son supervisados por un especialista en el tratamiento de bebés con estas lesiones. El especialista podría solicitar:

- radiografías
- estudios de conducción nerviosa y electromiogramas para comprobar la función del nervio y el músculo
- tomografía computada
- resonancia magnética

¿Cómo se tratan las lesiones del plexo braquial?

La mayoría de los bebés con una lesión del plexo braquial recuperan tanto el movimiento como la sensibilidad del brazo afectado. En los casos leves, esto puede ocurrir sin que haga falta ningún tratamiento.

Otros bebés tal vez necesiten hacer terapia física todos los días. Un fisioterapeuta les enseñará ejercicios para que los padres hagan en su hogar y ayuden al bebé a mejorar. También pueden ser útiles las técnicas de masaje.

En el caso de lesiones más graves, el cuidado del niño estará a cargo de un equipo de especialistas de las siguientes áreas:

- neurología
- neurocirugía
- cirugía ortopédica
- rehabilitación y medicina física
- terapia ocupacional
- terapia física

Si el dolor, la debilidad o el adormecimiento continúan, con frecuencia puede ser útil realizar una cirugía. Los tratamientos con cirugía incluyen los siguientes:

- **Injertos de nervios:** Se utiliza un nervio de otra parte del cuerpo (como una costilla o la parte posterior del pie) para reparar el nervio braquial. Una red de nervios de un donante de órganos o una guía de crecimiento de nervios fabricada también pueden favorecer el crecimiento del nervio.
- **Transferencia de nervios:** Un nervio sano de la zona o algunas de sus fibras restablecen las conexiones nerviosas dañadas.
- **Transferencia de músculo:** Se reemplaza el músculo paralizado del brazo por otro músculo, en general del muslo del niño.
- **Transferencia de tendones:** Se mueven los tendones de músculos sanos cercanos al hombro para incrementar el movimiento y el control del brazo.

De cara al futuro

Después de la cirugía, la nueva función nerviosa puede tardar 8 meses o más en aparecer. Las mejoras en la fuerza, el rango de movimiento y el control pueden continuar hasta durante 18 meses o más después de la cirugía.

3/1



para Padres

para Niños

para Adolescentes

Fecha de revisión: junio de 2018

- Quiénes somos
- Contáctenos
- Asociaciones
- Política editorial
- Permisos de uso
- Política de privacidad y términos de uso
- Aviso de no discriminación



Note: Toda la información incluida en KidsHealth® es únicamente para uso educativo. Para obtener consejos médicos, diagnósticos y tratamientos específicos, consulte con su médico.

© 1995-2019 The Nemours Foundation. Todos los derechos reservados.

Imágenes proporcionadas por The Nemours Foundation, iStock, Getty Images, Veer, Shutterstock y Clipart.com.

276

Señor(a)
JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO
CALI - VALLE DEL CAUCA.
E. S. D.

Ref.: Memorial Poder
Rad: 2018-000140
Demandado: GRUPO OPERADOR HOSPITALARIO POR - G OCHO SAS
Demandante: EDWIN ARLEY CUADROS ARANGO Y OTROS.
LLAMADO EN GARANTIA: ANA MARIA BELTRAN GARCIA.

ANA MARIA BELTRAN, mayor de edad, identificado Con cedula de ciudadanía No. 1143845981 Residente y domiciliado en la ciudad de Cali con dirección de notificación en la calle 14 C No. 34-40 CRISTOBAL COLON, por medio del presente escrito, de manera libre y voluntaria manifiesto que CONFIERO PODER AMPLIO Y SUFICIENTE a la Doctora JESICA MARCELA LOZANO, mayor de edad, vecina y residente en esta ciudad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 31658424 , abogada titulada y en ejercicio portadora de la Tarjeta Profesional No. 193.254 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, para que SE NOTIFIQUE Y CONTESTE LA DEMANDA COMO LLAMADO EN GARANTIA Y REALICE LAS DEMAS GESTIONES DE REPRESENTACION JUDICIAL DENTRO DEL PROCESO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL PROMOVIDO POR LOS SEÑORES EDWIN ARLEY CUADROS ARANGO Y OTROS, adelantado por su despacho.

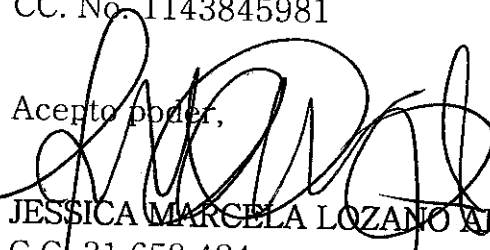
La apoderada cuenta con todas las facultades en especial, para recibir, conciliar, desistir, delegar, reasumir, sustituir, renunciar, y en general hacer todo cuanto la Ley permita en defensa de mis intereses y derechos; Igualmente queda facultado para renunciar a notificación y ejecutoria de todos los autos favorables que se surtan dentro del proceso y a notificación y ejecutoria de sentencia favorable.

Atentamente,

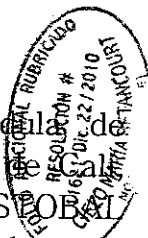


ANA MARIA BELTRAN GARCIA
CC. No. 1143845981

Acepto poder,



JESSICA MARCELA LOZANO ARENAS
C.C. 31.658.424
T. P. No 193254 del C.S. de la J.



Santiago de Cali, septiembre de 2019.

359

Señores:

JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO.

Santiago de Cali.

E. S. D.

JUZ. 04. CIV. CTO. CALI.
SEP 5 19 PM 4:20

Ref. PROCESO VERBAL DE MAYOR CUANTIA.-

Demandante: PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO Y OTROS.

Demandados: CLUB OPERADOR CLINICO HOSPITALARIO OUTSORCING SAS GRUPO OSPEDALE SAS.

RAD: 2018-00140-00.-

JESSICA MARCELA LOZANO ARENAS, mayor de edad, vecina de Santiago de Cali, abogada titulada y en ejercicio identificada tal y como aparece al pie de mi firma, actuando como apoderada judicial de la doctora ANA MARIA BELTRAN GARCIA, en calidad de LLAMADA EN GARANTÍA dentro del presente proceso, me permito presentar contestación a la demanda incoada en su contra así:

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA.

1.1- este punto contiene cuatro hechos sobre los cuales me pronunciaré así:

1.1.1. Es cierto que la señora CEBALLOS para la fecha del parto, esto es, 27 de JUNIO DE 2017, se encontraba afiliada a la entidad COMFENALCO, en calidad de beneficiaria de su padre.

1.1.2. No me consta como quiera que en el expediente no se aportó con la demanda copia de la historia clínica correspondiente a los controles prenatales de fechas 30 DE NOVIEMBRE DE 2016, 22 DE DICIEMBRE DE 2016, 30 DE DICIEMBRE DE 2016, 30 DE ENERO DE 2017, 07 DE FEBRERO DE 2017, 28 DE FEBRERO DE 2017, 28 DE MARZO DE 2017, 18 DE ABRIL DE 2017, 28 DE ABRIL DE 2017, 26 DE MAYO DE 2017.

Solo fue aportado con la demanda el control prenatal realizado el día 13 de junio de 2017 a las 38 semanas de gestación de la señora PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO, control del cual se destaca nota clínica en la que se indica que se observa feto único vivo, en posición podálica, creciendo en percentiles adecuados, se advierte paciente embarazada en condiciones normales, con vacunación completa, además aparece nota clínica de la médico MARIA VICTORIA SALAZAR MONTOYA en la que se refiere vía de parto vaginal aun existiendo la condición de riesgo por edad que también es anotada por la galena en dicha evaluación y se ordena monitoria fetal.

1.1.3. Es cierto, obra en el expediente prueba de las ecografías practicadas a la paciente los días 14 de diciembre de 2016, 10 de febrero de 2017, 02 de marzo de 2017, 10 de mayo de 2017, las cuales se reportan como normales al referir feto único podálico creciendo en percentiles adecuados; condición que se advirtió hasta la última ecografía practicada el 10 de mayo de 2017.

1.1.4. Es cierto que la paciente fue calificada como de alto riesgo por edad, pero esta condición *per se* no implica que el parto vaginal se encuentra contra indicado, al punto que, como se observa en historia clínica de fecha 13 de junio de 2017 cuando la señora CEBALLOS se encontraba en la semana 38 de embarazo es revisada por la médico MARIA VICTORIA SALAZAR MONTOYA, quien

a pesar de registrar nota clínica en la que refiere que se trata de paciente de alto riesgo por edad, también deja establecido que se recomienda parto vía vaginal.

Al respecto, huelga destacar que en informe pericial rendido por el doctor RICARDO JOSE MARTINEZ, especialista en GINECOBSTETRICIA, al pronunciarse sobre la pertinencia o no del parto vía vaginal en tratándose de pacientes de alto riesgo por edad, manifestó que el mismo no se encontraba contraindicado en tales casos y que la necesidad de la cesárea estaba dada por otras condiciones particulares de una paciente que nada tienen que ver con la edad. En efecto, al ser interrogado sobre si el parto estaba contra indicado en una paciente con 16 años de edad refirió: *"No. Si sus condiciones son óptimas ella puede tener un parto vaginal. La indicación de la cesárea depende de otros factores diferentes a la edad...Viendo la evolución del parto de acuerdo la historia clínica de la señora CEBALLOS no se evidencia un momento en el que fuera pertinente tomar la decisión de llevar la paciente a cesárea, pues todo se dio dentro de la evolución normal de ese trabajo de parto..."*

1.2. Este punto contiene dos hechos sobre los cuales me pronunciaré así:

1.2.1. Es cierto que la demandante acudió a consulta particular con la doctora MARIA MERCEDES GOMEZ LOPEZ de la CLINICA FARALLONES, según se desprende de la historia clínica aportada con la demanda, es cierto que le hace diagnóstico de embarazo 39.4 semanas tomando como referencia para esta medida la FUM (FECHA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN) y la última ecografía.

1.2.2. Es cierto que el 27 de junio de 2017 la demandante consultó a urgencias en la institución COMFENALCO, servicio de maternidad, lo aquí mencionado corresponde a una transcripción de la historia clínica de la fecha señalada, esto es, 27 de junio de 2017 en lo pertinente a las notas de atención del parto y la evolución de pediatría de la misma fecha.

1.3. Es cierto lo que se indica en el presente hecho, pues corresponde a una transcripción de la historia clínica de la paciente PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO en lo que respecta a la EVOLUCIÓN SOAP MEDICO realizada por la profesional LUCIA CARDENAS MORLA con REG. MED. 762989 el día 28 de junio de 2017; sin embargo, la transcripción se encuentra incompleta, pues dicha evolución no terminó con dicha nota clínica sino que en las siguientes líneas de la historia se advierte claramente el seguimiento realizado a la evolución de la paciente hasta lograr su mejoría. En efecto, obra EVOLUCIÓN SOAP MEDICO de la misma fecha en la que se indica que los síntomas de la señora CEBALLOS GIRALDO fueron tratados iniciando GENTAMISINA Y CLINDAMICINA ENDOVENOSA según evolución realizada por la médico LUCIA CARDENAS MORLA, se reitera, el día 28 de junio de 2019; posteriormente, obra nota de EVOLUCIÓN SOAP MÉDICO realizada en la misma fecha por el profesional JORGE LUIS ORJULEA GIL con REG. MED. 0171586 en el que se indica *"PACIENTE DE 16 AÑOS EN SU 1 DIA DE INTERNACION CON LOS SIGUIENTES DIAFGNOSTICOS: POSTPARTO DEL DÍA 27 DE JUNIO DE 2017, TRATAMIENTO CLINDAMICINA. GENTAMISINA HOY DIA 1 DE TRATAMIENTO, BUENAS CONDICIONES. AFEBRIL. NO SANGRADO. TOLERA VIA ORAL. AMBULATORIA. AL EXAMEN FISICO LO POSITIVO. TA 115/74 FC 100 POR MINUTO. CARDIOP NORMAL. ABDOMEN BLANDO DEPRECIBLE. NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL UTERO EN PROCESO DE INVOLUCION NORMAL. NO EVIDENCIA DE EVENTRACIÓN. PERISTALTISMO POSITIVO. CTA IGUALES ORDEN MÉDICAS. RECOMENDACIONES"*.

Huelga resaltar que la infección que estaba desarrollando la señora CEBALLOS GIRALDO corresponde a un riesgo inherente al procedimiento de episiorrafia que le fue practicado a la citada señora, el cual, valga precisar, se realizó al encontrarse indicado y siendo necesario posterior al

parto. En punto a la posibilidad de la ocurrencia de un proceso infeccioso con posterioridad a este procedimiento conviene destacar lo advertido en el peritaje aportado por la misma demandante en el punto 6.1., en el cual manifestó: *"...en el caso de fiebre en los días posteriores al parto, puede suceder por dos causas: Congestión mamaria por la producción de leche materna, o infección puerperal por causas inherentes al periparto...El médico tratante, decidió ante la sospecha de posible infección (fiebre de 38°, aumento de leucocitos y aumento de la proteína C reactiva. Estos tres son marcadores de infección) iniciar tratamiento con antibiótico. La manipulación durante el parto, puede referirse el médico a la presencia de un desgarró en el perine (el cual requirió sutura) y maniobras de KRISTELLER, lo cual supone que hubo manipulación para la salida del feto. También, se hizo tacto rectal postparto, esto podría aumentar también el riesgo de infección...";* seguidamente, el perito señala en el punto 6.2. que *"...los riesgos de toda infección. A nivel local, que se generalice a todo el aparato ginecológico (utero, trompas uterinas, ovarios), con las secuelas que ello puede dejar (infertilidad, dolor pélvico crónico, entre otras). A nivel general (sistémico), una infección generalizada (septicemia), con las consecuencias de esta. Hay que aclarar que, en esta paciente, el uso temprano de antibióticos evitó estas complicaciones, muy seguramente..."*.

Así las cosas, el concepto emitido por el profesional RODRIGO CIFUENTES BORRERO, Ginecólogo y Obstetra, que rinde el peritaje presentado por la parte demandante, da cuenta de la diligencia con la que los profesionales de la salud atendieron el puerperio.

1.4. Es cierto lo que se indica en el presente hecho; sin embargo, se precisa que corresponde a transcripciones parciales de la nota clínica. Pertinente es indicar en este punto que en la nota referida de fecha 29 de junio de 2017, realizada por el doctor EDILBERT MENA LLOREDA, con Reg. Med. 270061, simplemente reitera el diagnóstico dado por el pediatra consistente en PARALISIS DE ERB DISTAL respecto del menor resultado del parto, la que en todo caso constituye una patología cuya causación no guarda relación con el acto médico cumplido por la doctora ANA MARIA BELTRAN, quien prestaba sus servicios como médico general en la institución COMFENALCO VALLE para el día 27 de junio de 2017 cuando se produjo el parto de la aquí demandante, el cual fue atendido por médico especialista en ginecología, doctora VILLOTA.

Con todo, vale la pena acotar que la parálisis de ERB se encuentra registrada en amplia literatura científica como una consecuencia de un parto difícil.

Con respecto a la parálisis de ERB importa mencionar la explicación realizada por el perito RICARDO MARTINEZ, Médico especialista en ginecobstetricia y quien al rendir el dictamen en punto al tema en comento dijo: *"...La parálisis de ERB es una condición que aparece después del parto cuando hay dificultad para el desprendimiento de los hombros, sobre todo del hombro anterior, o sea que es el hombro que esta contra la sínfisis púbica, entonces la persona que está realizando el parto se ve en la imperiosa necesidad de realizar una hiper extensión del cuello y a veces hasta producir la fractura de la clavícula para poder lograr el desprendimiento y así terminar de sacar el bebe y eso produce pérdida de la movilidad de la extremidad afectada que dependiendo de la forma como venga el bebe puede ser el hombro izquierdo o el hombro derecho. Normalmente el 80% se recupera con buena terapia y buen manejo de fisioterapia, por lo cual, generalmente no es una situación permanente, aun en los casos en que se tenga que realizar la fractura de la clavícula..."*.

También establece el citado perito que la PARALISIS DE ERB no produce ninguna complicación neurología y sobre éste aspecto de cara al caso concreto una vez revisada la historia clínica, refirió: *"...Al revisar la historia clínica se advierte que los valores del APGAR al minuto, a los 5 minutos y a los 10 min, son normales, lo cual habla que no se trató de un bebe deprimido, o un sufrimiento estres fetal..."*

1.5. Es cierto, corresponde a una transcripción de nota clínica de evolución realizada por la doctora ADRIANA CECILIA MOLINA PERTUZ de fecha 30 de junio de 2017, día 3 de postparto, las notas clínicas dan cuenta del manejo dado a la demandante el cual corresponde al indicado de acuerdo a la sintomatología presentada por ella, tal como lo precisó el perito RODRIGO CIFUENTES BORRERO, Ginecólogo y Obstetra, que rinde el peritaje presentado por la parte demandante. Ver puntos 6.1 y 6.2. del dictamen rendido por el citado perito. También se emiten recomendaciones médicas y se recuerda la importancia de asistir a control post parto y consulta de planificación familiar en su sede de atención, así como también se le recuerda que es importante reclamar el resultado del TSH del bebe en el laboratorio de la sede principal o en la sede donde realizó su control prenatal al completar 7 días de post parto.

1.6. Es cierto, corresponde a una mera transcripción de la nota clínica realizado por la doctora MARIA MERCEDES GOMEZ LOPEZ, Ginecóloga y Obstetra de la CLINICA FARALLONES de fecha 07 de julio de 2017. En esta historia se ve la valoración hecha por la profesional en la cual concluye como diagnostico PUERPERIO NORMAL, lo que ratifica, como se ha dicho, el adecuado manejo de la infección que presentó la señora CEBALLOS por parte de los profesionales que la atendieron en la clínica COMFENALCO.

1.7. Es cierto, corresponde a una transcripción de la nota clínica realizada por la profesional de salud en FISIOTERAPIA, doctora TATIANA VALENCIA MOSQUERA en la que se describe como diagnostico principal "OTRO TRAUMATISMO DEL PLEXO BRAQUIAL DURANTE EL NACIMIENTO", la que en todo caso constituye una patología cuya causación no guarda relación con el acto médico cumplido por la doctora ANA MARIA BELTRAN, quien prestaba sus servicios como médico general en la institución COMFENALCO VALLE para el día 27 de junio de 2017 cuando se produjo el parto de la aquí demandante, el cual fue atendido por médico especialista en ginecología, doctora VILLOTA.

Con todo, se precisa que como bien lo anota la historia clínica se evidencia "...ALTERACIÓN DEL PLEXO BRAQUIAL DERECHO POR TRAUMATISMO A LA HORA DE NACER, PRESENTANDO ATRAPAMIENTO EN EL CANAL DE PARTO..."; situación está que se tiene establecida como posible como consecuencia de un parto difícil.

Adicionalmente, es necesario advertir, como lo indicó el perito RICARDO JOSE MARTINEZ, quien rinde dictamen pericial que se aporta como prueba con la contestación de esta demanda, en esta clase de eventos "...Normalmente el 80% se recupera con buena terapia y buen manejo de fisioterapia, por lo cual, generalmente no es una situación permanente, aun en los casos en que se tenga que realizar la fractura de la clavícula..." y en el caso concreto se observa un avance positivo según historia clínica de fecha 01 de agosto de 2017 en la cual se indicó por parte de la especialista en fisioterapia: "ANTONY ES UN PACIENTE QUE A (SIC) PRESENTADO MEJORIA EN ESPECIAL CUANDO SE LOGRA COLOCAR EN POSICIÓN PRONO, REALIZ MOVILIDAD DE CABEZA Y CUELLO CON MEJOR DESEMPEÑO HACIA EL LADO IZQUIERDO, LOGRA REALIZAR MOVILIDAD DE MANO, MUÑECA Y DEDOS CON LEVE DIFICULTAD PARA EXTENSIÓN DE PULGAR..."

1.8. Es cierto. Corresponde a la transcripción de nota clínica realizada por el neurólogo peditra, doctor SANTIAGO S. CRUZ de la FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, quien atendió al menor ANTHONY CUADROS CEBALLOS el día 09 de noviembre de 2017 y deja registro de los antecedentes del menor, establece como diagnostico PARALISIS DE ERB DEBIDA A TRAUMATISMO DEL NACIMIENTO, patología cuya causación no guarda relación con el acto médico cumplido por la doctora ANA MARIA BELTRAN, quien prestaba sus servicios como médico general en la institución COMFENALCO VALLE para el día 27 de junio de 2017 cuando se produjo el parto de la aquí demandante, el cual fue atendido por médico especialista en ginecología, doctora VILLOTA.

No figura en la atención médica brindada por neurólogo pediatra nota clínica alguna que advierta la existencia de daño o afectación neurológica.

1.9. Es cierto. Corresponde a la transcripción de nota clínica realizada por el Neurólogo Infantil, CRISTIAN ANDRES ROJAS, en la CLINICA CLUB NOEL el día 11 de enero de 2018 respecto de la atención brindada al menor ANTHONY CUADROS CEBALLOS, siendo relevante anotar que la transcripción que realiza la apoderada judicial de la parte actora corresponde a la parte inicial de la nota clínica relacionada con los motivos de consulta y enfermedad actual, la cual atiende a los hechos que se informan por parte del consultante como antecedentes del caso. También se advierte en este registro clínico que el menor es atendido por el diagnóstico de "PARALISIS DE ERB DEBIDA A TRAUMATISMO DEL NACIMIENTO" y que se realiza análisis por parte del galeno en el siguiente sentido: "...ANALISIS: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE PARALISIS DE ERB EN MEJORIA EN MSD. REMITIDO POR ALTERACIÓN DEL TONO EM MIIS. AL EXAMEN NEUROLOGICO TONO CONSERVADO, MONOPARESIA DE MSD CONOCIDA, NEURODESARROLLO SIN ALTERACIONES. - SS/POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS - POR AHORA RECOMIENDA DIFERIR REALIZACIÓN DE TAC CRANEO EN RAZÓN DEL RIESGO ANESTESICO Y LA RADIACIÓN IONIZANTE EN RAZON DE SU ESTADO NEUROLOGICO ACTUAL Y NEURODESARROLLO...".

Se reitera que no existe nexo causal entre el acto médico desplegado por mi mandante, doctora ANA MARIA BELTRAN en la atención que brindó a la señora CEBALLOS el día 27 de junio de 2017 y el diagnóstico que con posterioridad al parto fue determinado respecto del menor ANTHONY CUADROS CEBALLOS, teniendo en cuenta que la parálisis de ERB se produce como consecuencia de un parto difícil y el parto de la citada señora no fue atendido por mi mandante toda vez que de acuerdo a historia clínica el mismo fue atendido por la doctora VILLOTA, especialista en ginecología.

En efecto, la actuación de la doctora ANA MARIA BELTRAN el día 27 de junio de 2017 correspondió únicamente a una atención durante la evolución inicial previo al parto y las conductas adoptadas por dicha profesional eran las indicadas como quiera que de acuerdo con la historia clínica anterior de la señora CEBALLOS, particularmente conforme a la última ecografía realizada a ésta el día 10 de mayo de 2017 no se advertían condiciones que indicaran la necesidad de práctica de una cesara; determinación que, en todo caso, no estaba bajo la facultad de decisión de mi mandante sino del ginecólogo de turno.

Así, se observa en historia clínica de la señora CEBALLOS que su ingreso a la institución se produce el día 27 de junio de 2017 a las 4:49:59, se verifica dilatación de 3 cm y se emite diagnóstico de "EMB 40SS SEMANAS POR FUR FUVV DD RASTREO SGB VIGENTE 01.06.2017. ARO: GESTANTE ADOLESCENTE. PLAN. ACETAMINOFEN 500 MG, 2 TABLETAS VIA ORAL SE DEJA PACIENTE CON DEMABULACIÓN, SE REVALORARA EN 4 HORAS, SE SOLICITA MONITORIA FETAL. SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA SEGÚN EXAMEN FISICO SE DEFINIRÁ CONDUCTA."; evolución realizada por la médico ESTEPHANIA LINARES LOAIZA; misma profesional que posteriormente realiza evolución en la misma fecha dejando constancia de nota clínica de MONITORIA FETAL CATEGORIA I MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. SE HOSPITALIZA PARA CONDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO. SE COMENTARA CON GINECOLOGA DE TURNO. **Obsérvese hasta aquí, que en esta transcripción de historia clínica no figura nota de monitoria fetal anormal.**

En nota posterior se indica: "SE REVISAN ORDENES MEDICAS DEL DIA DE HOY, INFRESA PACIENTE A TRABAJO DE PARTO PARA CONDUCCIÓN. EN ESPERA DE EVOLUCIÓN"; seguidamente obra nota así: "SE REVISAN ORDENES MEDICAS, CONTINUA OCN TRABAJO DE PARTO"; notas realizadas por la médico ANA ISABEL SOTO ECHEVERRY.

Posteriormente, realiza evolución la doctora ANA MARIA BELTRAN en los siguientes términos: "...PACIENTE DE 16 AÑOS CON DILATACIÓN 5 CM, BORRAMIENTO: 80%, ESTACIÓN -1 CON ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR POR LO QUE SE INICIA REFUERZO CON OXITOCINA TITULABLE SEGÚN ACTIVIDAD UTERINA FCF:150 LPM, BICHOP FAVORABLE, ATENTOS A EVOLUCION"

Más adelante encontrándose en trabajo de parto fase activa se realiza tacto a las 16+30 horas en el que la doctora ANA MARIA BELTRAN registra nota clínica así: "...PACIENTE DE 16 AÑOS CON DILATACIÓN 8 CM, BORRAMIENTO: 80%, ESTACIÓN -1 CON ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, BINOMIO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE ATENTOS A EVOLUCIÓN..."

En nota posterior de evolución se registra: "...PACIENTE DE 16 AÑOS CON DILATACION 10 CM, BORRAMIENTO 2.90% ESTACIÓN -1, SE REALIZA AMNIOTOMIA A LAS 18+23 CON PRESENCIA DE LIQUIDO CLARO EUTERMINOC, ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, BINOMIO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, ATENTOS A EVOLUCION... PACIENTE DE 16 AÑOS CONG ESTACION A TERMINO, DILATACIÓN COMPLETA, BORRAMIENTO COMPLETO, ESTACIÓN -1, CON MALOS PUJOS POR LO QUE SE REFORZO MANEJO CON OXITOXINA, MONITORIZCIÓN CONTINUA, SIN EMBARGO POCO DESCENSO POR LO QUE ME COMUNICO CON GINECOLOGA DE TURNO DRA VILLOTA QUIEN DECIDE TRASLADAR A SALA DE PARTOS..."

Finalmente, la doctora ANA MARIA BELTRAN deja nota clínica en la que se evidencia que la paciente, señora CEBALLOS pasa a ser atendida para parto por la doctora VILLOTA, así: "...HORA 20+11. RUPTURA DE MEBRANAS 6+23. PACIENTE CON DILATACIÓN Y BORRAMIENTO COMPLETO FETO EN ESTACIÓN +1 SE ORDENA TRASLADO A LA SALA DE PARTOS Y UBICACIÓN EN POSICIÓN DE LITOTOMIA SE REALIZA SEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS Y COLOCACIÓN DE CAMPOS ESTERILES SE ATIENDE PARTO POR GINECOLOGA DE TURNO DR. VILLOTA..."

Como se observa la actuación de la doctora ANA MARIA BELTRAN fue cumplida solo en el marco del proceso de evolución previo al parto, periodo durante el cual la fase activa del parto no tuvo ninguna complicación o condición especial que hubiese generado la necesidad de un manejo diferente de urgencia o de activar alarmas a la médico ginecóloga para que diera una instrucción diferente. Se trataba de un embarazo que aunque de alto riesgo por la edad de la gestante, siempre transcurrió bajo normalidad, con la evidencia de las ecografías practicadas el médico ginecólogo no advirtió la necesidad de ordenar previamente práctica de cesárea¹.

¹ Prueba pericial doctor RICARDO JOSE MARTINEZ, aportado con la demanda. Respuesta a preguntas 3 y 4. "...La forma más adecuada para un feto macrosómico sería una ecografía tomada 8 o 15 días antes de la fecha probable de parto; sin embargo, todos esos datos son de sospecha, la confirmación del feto macrosómico se hace únicamente ya cuando el bebe nace... Se puede sospechar por una ecografía tomada 8 o 15 días antes del parto, pero no es posible confirmarlo. En cuanto a la sospecha es algo muy subjetivo porque se puede sospechar con una ecografía realizada 8 o 15 días antes de la fecha de parto, pero eso depende mucho de la experticia que tenga el

Por último, huelga destacar el concepto emitido por el perito RODRIGO CIFUENTES BORRERO, quien emite dictamen presentado por la parte demandante y en el cual en el punto 3.1. se refiere a la pertinencia de los tiempos de atención brindada a la señora CEBALLOS así: *"...la duración de la fase activa (tiempo que va de 4 a 10 cm de dilatación) fue de 11:30 horas, lo cual se considera que esta dentro de parámetros normales..."*

1.10. Este punto contiene dos hechos sobre los cuales me pronunciaré así:

1.10.1. Es cierto, corresponde a la transcripción del análisis médico realizado por el Fisiatra GERARDO RIVERA ORTIZ, en el que se hace alusión al estado y condiciones del menor con respecto al diagnóstico PLEXO BRAQUIAL DERECHO, previamente establecido, siendo preciso reiterar que no existe nexo causal entre el acto médico desplegado por mi mandante, doctora ANA MARIA BELTRAL y la causa de dicho diagnóstico por cuanto, como se ha referido en hechos anteriores, la citada profesional prestaba sus servicios como médico general en la institución COMFENALCO VALLE para el día 27 de junio de 2017 cuando se produjo el parto de la aquí demandante, el cual fue atendido por médico especialista en ginecología, doctora VILLOTA, aquella solo intervino en el proceso de evolución de la paciente durante la fase activa de parto observando la conducta médica indicada para la condición que presentaba la señora CEBALLOS y conforme a las guías médicas de manejo aplicables.

1.10.2. No me consta que en la actualidad el menor se encuentre asistiendo a terapia física, pues no obra prueba en el proceso que dé cuenta de ello.

1.11. No me consta. Me atengo a la valoración probatoria que el despacho otorgue a la documentación presentaba como prueba sobre la afirmación realizada en este punto.

SOBRE LOS ELEMENTOS QUE ESTRUCTURAN LA RESPONSABILIDAD CIVIL.

En lo referente a la sustentación realizada en este punto referente a los elementos que estructuran la responsabilidad civil, me permito manifestar oposición de los argumentos contenidos en la misma con respecto a mi mandante, doctora ANA MARIA BELTRAN, pronunciándome respecto de cada uno a efecto de desvirtuar su configuración, así:

EL ACTO O HECHO DAÑOSO A TITULO DE CULPA.

En primer término huelga destacar que el parto de la señora PAOLA ANDREA CEBALLOS conforme a la historia clínica no fue atendido por médico general, obsérvese historia clínica de fecha 27 de junio de 2016 a las 20+11 figura nota clínica en la que se indica *"...SE ATIENDE PARTO POR GINECOLOGA DE TURNO DR VILLOTA..."*.

Aparece acreditado en el proceso que la actuación de la doctora ANA MARIA BELTRAN el día 27 de junio de 2017 correspondió únicamente a una atención durante la evolución inicial previo al parto y

ecografista porque se pueden encontrar variaciones de más o menos 500 gramos en el peso del bebe con respecto al peso registrado en la ecografía..."

las conductas adoptadas por dicha profesional eran las indicadas como quiera que de acuerdo con la historia clínica anterior de la señora CEBALLOS, particularmente conforme a la última ecografía realizada a ésta el día 10 de mayo de 2017 no se advertían condiciones que indicaran la necesidad de práctica de una cesara; determinación que, en todo caso, no estaba bajo la facultad de decisión de mi mandante sino del ginecólogo de turno.

Como se observa la actuación de la doctora ANA MARIA BELTRAN fue cumplida solo en el marco del proceso de evolución previo al parto, periodo durante el cual la fase activa del parto no tuvo ninguna complicación o condición especial que hubiese generado la necesidad de un manejo diferente de urgencia o de activar alarmas a la médico ginecóloga para que diera una instrucción diferente. Se trataba de un embarazo que aunque de alto riesgo por la edad de la gestante, siempre transcurrió bajo normalidad y con la evidencia de las ecografías practicadas el médico ginecólogo no advirtió la necesidad de ordenar previamente práctica de cesárea.

Por otro lado, el concepto emitido por el perito RODRIGO CIFUENTES BORRERO, quien emite dictamen presentado por la parte demandante y en el cual en el punto 3.1. se refiere a la pertinencia de los tiempos de atención brindada a la señora CEBALLOS así: *"...la duración de la fase activa (tiempo que va de 4 a 10 cm de dilatación) fue de 11:30 horas, lo cual se considera que esta dentro de parámetros normales..."*

También es pertinente traer a colación prueba pericial doctor RICARDO JOSE MARTINEZ, aportado con la demanda. Respuesta a preguntas 3 y 4. *"...La forma más adecuada para un feto macrosómico sería una ecografía tomada 8 o 15 días antes de la fecha probable de parto; sin embargo, todos esos datos son de sospecha, la confirmación del feto macrosómico se hace únicamente ya cuando el bebe nace... Se puede sospechar por una ecografía tomada 8 o 15 días antes del parto, pero no es posible confirmarlo. En cuanto a la sospecha es algo muy subjetivo porque se puede sospechar con una ecografía realizada 8 o 15 días antes de la fecha de parto, pero eso depende mucho de la experticia que tenga el ecografista porque se pueden encontrar variaciones de más o menos 500 gramos en el peso del bebe con respecto al peso registrado en la ecografía..."*

Por su parte, el médico RODRIGO CIFUENTES BOTERO, quien rinde dictamen presentado por la parte demandante al referirse al momento en el cual se puede establecer feto macrosómico al responder la pregunta 7.3. Indicó: *"...El diagnóstico exacto se hace después del nacimiento, cuando se pesa el recién nacido y tiene 4000 gramos o más. Antes del nacimiento, se puede sospechar por factores de riesgo de macromosia (diabetes, más de 42 semanas de gestación, multiparidad). La ecografía (midiendo diferentes diámetros del feto) puede dar un peso aproximado. Es muy poco fiable y puede tener una dispersión hasta de 500 gramos en embarazos de término..."*

Bajo esta línea de exposición, con sustento en los conceptos médicos brindados por especialistas en la materia pierde fundamento la afirmación realizada por la mandataria judicial de la parte actora en cuanto asevera que los profesionales de la salud que atendieron el parto no se adecuó a la norma técnica para la atención del parto al no detectar a tiempo que se trataba de un feto macrosómico, pues los dictámenes periciales indican que el diagnóstico exacto de tal condición solo se puede dar después del nacimiento.

Ahora, aunque cuando se refiere a la maniobra de KRISTELLER no se hace alusión a conducta endilgable a mi mandante, conviene mencionar que es desacertada la afirmación acerca de que ante

365

su práctica se configuró impericia por cuanto aquella maniobra fue ejecutada por profesional idóneo para el efecto, valga precisarlo, médico especialista en ginecología, quien atendió el parto, doctora VILLOTA. La paciente no presentaba complicaciones que hicieran no indicado la práctica de parto.

En cuanto a la afirmación de la existencia de una infección nosocomial debe decirse que no existe un cultivo dentro de la historia clínica de la paciente conforme al cual se haya determinado la existencia de una bacteria considerada dentro de la literatura científica como infección nosocomial, por lo tanto el acto o hecho dañoso que se presente fundar con ésta afirmación no tiene fundamento alguno. NO se puede confundir una infección nosocomial con una infección propia del parto por manipulación, que está dentro de las posibles consecuencias a presentarse al realizarse el desgarre de piel y la consecuente sutura, la que en todo caso, como lo indicó el perito de la parte actora, fue manejada en forma adecuada y oportuna con antibióticos.

EL DAÑO CIERTO.

Si bien es claro que la consecuencia del parto realizado a la señora PAOLA ANDREA CEBALLOS al haber sido un parto practicado fue la de una parálisis de ERB que afectó al menor ANTHONY CUADROS CEBALLOS, lo que no puede perderse de vista es que este corresponde a un traumatismo propio del parto y por la forma complicada con la que el mismo se presentó y que hizo necesario la práctica de una maniobra que en este caso incluso fue salvadora porque permitió el nacimiento y, de otro lado, impidió una complicación neurológica del bebe.

Se reitera que esta patología que se atribuye como daño no fue producto de un acto negligente o por falta de pericia del equipo médico pues en ninguno de los controles previos realizados a la paciente se avizó necesidad de ordenar cesárea a la señora CEBALLOS, dado que el embarazo tuvo una evolución normal y las ecografías realizadas no indicaban signos que hicieran no indicado el parto. Como se ha anotado con fundamento en los dictámenes periciales y literatura científica, los cuales sustentan lo aquí dicho, la condición de un feto macrosómico no puede establecerse con absoluta certeza sino hasta que se produce el parto.

EXISTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD.

No existe nexo causal entre la atención médica obstétrica brindada a la señora PAOLA ANDREA CEBALLOS y la parálisis de ERB a nivel del miembro superior derecho del paciente CUAROS CEBALLOS por cuanto, como se indicó en el punto anterior ésta complicación no fue productor de un acto negligente o por falta de pericia del equipo médico pues en ninguno de los controles previos realizados a la paciente se avizó necesidad de ordenar cesárea a la señora CEBALLOS, dado que el embarazo tuvo una evolución normal y las ecografías realizadas no indicaban signos que hicieran no indicado el parto. Como se ha anotado con fundamento en los dictámenes periciales y literatura científica, los cuales sustentan lo aquí dicho, la condición de un feto macrosómico no puede establecerse con absoluta certeza sino hasta que se produce el parto.

Con todo, se reitera que no existe nexo causal entre el acto médico desplegado por mi mandante, doctora ANA MARIA BELTRAN en la atención que brindó a la señora CEBALLOS el día 27 de junio de 2017 y el diagnóstico que con posterioridad al parto fue determinado respecto del menor ANTHONY CUADROS CEBALLOS, teniendo en cuenta que la parálisis de ERB se produce como consecuencia de un parto difícil y el parto de la citada señora no fue atendido por mi mandante toda vez que de acuerdo a historia clínica el mismo fue atendido por la doctora VILLOTA, especialista en ginecología.

En efecto, la actuación de la doctora ANA MARIA BELTRAN el día 27 de junio de 2017 correspondió únicamente a una atención durante la evolución inicial previo al parto y las conductas adoptadas por dicha profesional eran las indicadas como quiera que de acuerdo con la historia clínica anterior de la señora CEBALLOS, particularmente conforme a la última ecografía realizada a ésta el día 10 de mayo de 2017 no se advertían condiciones que indicaran la necesidad de práctica de una cesara; determinación que, en todo caso, no estaba bajo la facultad de decisión de mi mandante sino del ginecólogo de turno.

De acuerdo a los fundamentos de la contestación de la demanda las cuales advierten claramente una falta de fundamento jurídico y científico de las afirmaciones hechas en la demanda, toda vez que de acuerdo a las pruebas aportadas se desvirtúa que existió, una conducta por parte de la doctora ANA MARIA BELTRAN, que pueda considerarse alejada de los protocolos y guías científicas, o que su conducta medica en la atención de la señora PAOLA ANDREA CEBALLOS se encuentren dentro de los elementos que encuadran la culpa, por esta razón me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda. Particularmente a:

2. PRETENSIONES, DECLARACIONES Y LAS CONDENAS.

2.1. Me opongo a que se declare civil, médica y patrimonialmente responsable a la Dra ANA MARIA BELTRAN al pago de los daños patrimoniales y extra patrimoniales bajo el argumento que realizó una conducta inadecuada siendo negligente, imprudente e imperita y como consecuencia de este, devino la lesión del menor ANTHONY CUADROS CEBALLOS, como quiera que lo ocurrido al paciente menor es congruente con una complicación propia del momento del parto, además de haber tenido lugar tras haberse practicado una maniobra necesaria para evitar una condición dañina a nivel neurológico del bebe.

Que se cumplió con lo exigido no solo por la lex artis, sino además con las guías de manejo internacional; con el protocolo de la institución, pero aun así ocurre en manos del especialista en ginecología.

Además siendo del tipo de responsabilidad en el que el demandante tiene la carga de la prueba, dentro de la demanda no se logra probar la culpa en contra de mi mandataria la señora ANA MARIA BELTRAN.

2.2. Me opongo, a que se declare civil, médica y patrimonialmente responsable a la Dra ANA MARIA BELTRAN al pago de indemnización por los extra patrimoniales bajo el argumento que realizó una conducta inadecuada siendo negligente, imprudente e imperita y como consecuencia de este, devino la lesión del menor ANTHONY CUADROS CEBALLOS, además de haber tenido lugar tras haberse practicado una maniobra necesaria para evitar una condición dañina a nivel neurológico del bebe.

Que se cumplió con lo exigido no solo por la lex artis, sino además con las guías de manejo internacional; con el protocolo de la institución.

Además siendo del tipo de responsabilidad en el que el demandante tiene la carga de la prueba, dentro de la demanda no se logra probar la culpa en contra de mi mandataria la señora ANA MARIA BELTRAN; por tal motivo no hay lugar a pago de indemnización.

2.2.1. De manera particular me opongo al pago, de los perjuicios morales liquidados por el demandante a favor de EDWIN ARLEY CUADRO ARANGO, dado que el daño sufrido por el menor, no se encuentra relacionado con una mala práctica por parte de la Dra. ANA MARIA BELTRAN, ni

por los profesionales que brindaron la atención del parto, el daño obedece a una complicación que no se pudo prever en sus controles, mucho menos al momento del parto.

2.2.2. De manera particular me opongo al pago, de los perjuicios morales liquidados por el demandante a favor de PAOLA ANDREA CEBALLOS, dado que el daño sufrido por el menor, no se encuentra relacionado con una mala práctica por parte de la Dra. ANA MARIA BELTRAN, ni por los profesionales que brindaron la atención del parto, el daño obedece a una complicación que no se pudo prever en sus controles, mucho menos al momento del parto.

2.2.3 De manera particular me opongo al pago, de los perjuicios morales liquidados por el demandante a favor de ANTHONY CUADROS CEBALLOS, dado que el daño sufrido por el menor, no se encuentra relacionado con una mala práctica por parte de la Dra. ANA MARIA BELTRAN, ni por los profesionales que brindaron la atención del parto, el daño obedece a una complicación que no se pudo prever en sus controles, mucho menos al momento del parto.

2.2.4 De manera particular me opongo al pago, de los perjuicios morales liquidados por el demandante a favor de JOSE TARCISIO CEBALLOS GIRALDO, dado que el daño sufrido por el menor, no se encuentra relacionado con una mala práctica por parte de la Dra. ANA MARIA BELTRAN, ni por los profesionales que brindaron la atención del parto, el daño obedece a una complicación que no se pudo prever en sus controles, mucho menos al momento del parto.

2.2.5 De manera particular me opongo al pago, de los perjuicios morales liquidados por el demandante a favor de MARIA ARACELLY GIRALDO GOMEZ, dado que el daño sufrido por el menor, no se encuentra relacionado con una mala práctica por parte de la Dra. ANA MARIA BELTRAN, ni por los profesionales que brindaron la atención del parto, el daño obedece a una complicación que no se pudo prever en sus controles, mucho menos al momento del parto.

2.2.6 De manera particular me opongo al pago, de los perjuicios morales liquidados por el demandante a favor de MARIA IRMA ARANGO VILLAMIL, dado que el daño sufrido por el menor, no se encuentra relacionado con una mala práctica por parte de la Dra. ANA MARIA BELTRAN, ni por los profesionales que brindaron la atención del parto, el daño obedece a una complicación que no se pudo prever en sus controles, mucho menos al momento del parto.

2.2.7 De manera particular me opongo al pago, de los perjuicios morales liquidados por el demandante a favor de MANUEL MARIA CUADROS MENDOZA, dado que el daño sufrido por el menor, no se encuentra relacionado con una mala práctica por parte de la Dra. ANA MARIA BELTRAN, ni por los profesionales que brindaron la atención del parto, el daño obedece a una complicación que no se pudo prever en sus controles, mucho menos al momento del parto.

2.2.8 De manera particular me opongo al pago, de los perjuicios morales liquidados por el demandante a favor de LILIANA AMPARO CEBALLOS GIRALDO, dado que el daño sufrido por el menor, no se encuentra relacionado con una mala práctica por parte de la Dra. ANA MARIA BELTRAN, ni por los profesionales que brindaron la atención del parto, el daño obedece a una complicación que no se pudo prever en sus controles, mucho menos al momento del parto.

2.2.9 De manera particular me opongo al pago, de los perjuicios morales liquidados por el demandante a favor YOLANDA INES CEBALLOS GIRALDO, dado que el daño sufrido por el menor, no se encuentra relacionado con una mala práctica por parte de la Dra. ANA MARIA BELTRAN, ni por los profesionales que brindaron la atención del parto, el daño obedece a una complicación que no se pudo prever en sus controles, mucho menos al momento del parto.

2.2.10 De manera particular me opongo al pago, de los perjuicios morales liquidados por el demandante a favor de MARIA GORETTI CEBALLOS GIRALDO, dado que el daño sufrido por el menor, no se encuentra relacionado con una mala práctica por parte de la Dra. ANA MARIA BELTRAN, ni por los profesionales que brindaron la atención del parto, el daño obedece a una complicación que no se pudo prever en sus controles, mucho menos al momento del parto.

2.2.11 De manera particular me opongo al pago, de los perjuicios morales liquidados por el demandante a favor de RAUL CUADROS MENDOZA, dado que el daño sufrido por el menor, no se encuentra relacionado con una mala práctica por parte de la Dra. ANA MARIA BELTRAN, ni por los profesionales que brindaron la atención del parto, el daño obedece a una complicación que no se pudo prever en sus controles, mucho menos al momento del parto.

2.2.12 De manera particular me opongo al pago, de los perjuicios morales liquidados por el demandante a favor de MANUEL MARIA CUADROS, dado que el daño sufrido por el menor, no se encuentra relacionado con una mala práctica por parte de la Dra. ANA MARIA BELTRAN, ni por los profesionales que brindaron la atención del parto, el daño obedece a una complicación que no se pudo prever en sus controles, mucho menos al momento del parto.

2.2.13 De manera particular me opongo al pago, de los perjuicios morales liquidados por el demandante a favor de WILSON ARLEY CUADROS ARANGO, dado que el daño sufrido por el menor, no se encuentra relacionado con una mala práctica por parte de la Dra. ANA MARIA BELTRAN, ni por los profesionales que brindaron la atención del parto, el daño obedece a una complicación que no se pudo prever en sus controles, mucho menos al momento del parto.

2.2.14. De manera particular me opongo al pago, de los perjuicios morales liquidados por el demandante a favor de LUZ ANGELA CUADROS ARANGO, dado que el daño sufrido por el menor, no se encuentra relacionado con una mala práctica por parte de la Dra. ANA MARIA BELTRAN, ni por los profesionales que brindaron la atención del parto, el daño obedece a una complicación que no se pudo prever en sus controles, mucho menos al momento del parto.

INDEBIDA CLASIFICACIÓN DE DEFICIENCIAS POR LA PARTE DEMANDANTE.

Me opongo igualmente a ser tenida en cuenta, para efectos de atribuir responsabilidad civil, cuadro de clasificación de las deficiencias y el grado de severidad por lesiones a nivel del plexo braquial, por tratarse de una aplicación empírica del mismo sin ningún fundamento científico, dado que si bien es cierto se encuentra plasmado en la demanda, no es menos cierto que, quien debe encargarse de su aplicación, es un especialista; dentro del expediente no se encuentra peritaje del mismo. Además, el daño no es atribuible al acto médico de la Dra. ANA MARIA BELTRAN.

2.3. Me opongo al pago de condenas por concepto de costas y agencias en derecho que se causen como consecuencia de presentación de la acción, por cuanto no se encuentra probada contra de la Dra, ANA MARIA BELTRAN responsabilidad por su conducta medica en la atención realizada a la señora PAOLA ANDREA CEBALLOS y el daño atribuido respecto del menor ANTHONY CUADROS CEBALLOS.

2.4. Por lo anterior solicito al señor Juez no dar cumplimiento a lo aquí solicitado por el demandante en cuanto al cumplimiento de la sentencia condenatoria por perjuicios ocasionados a la señora PAOLA ANDREA CEBALLOS y al menor ANTHONY CUADROS CEBALLOS.

AL JURAMENTO ESTIMATORIO.

Por incumplimiento por parte de los promotores del proceso y hacer uso de los criterios técnicos actuariales, de la manera más respetuosa me permito objetar la solicitud de indemnización realizada en la demanda, por haber incumplido lo regulado en el artículo 206 del nuevo código general del proceso, aplicable a éste asunto en atención a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 627 del nuevo C.G.P.

Se indica lo anterior, como quiera que de la lectura del libelo genitor, en lo pertinente al juramento estimatorio, se observa que la promotora del proceso inobserva las reglas propias de la técnica para hacer la solicitud de perjuicios morales, pues si bien realiza una estimación económica de los mismos a favor de cada uno de los promotores del proceso, no ofrece ningún sustento probatorio idóneo que derive la proporcionalidad o equidad existente en los mismos.

PETICIONES CON FUNDAMENTO EN LA OBJECION DEL JURAMENTO ESTIMATORIO:

1. Solicito no sea tomada en cuenta la estimación de los perjuicios realizada en la demanda.
2. Solicito se imponga a la parte actora la sanción consagrada en el inciso 4 del artículo 406 del nuevo Código General del Proceso.
3. Solicito igualmente se imponga la sanción al demandante consagrada en el párrafo del artículo 206 del nuevo Código General del Proceso.

FUNDAMENTOS DE DERECHO.

Código Civil. Artículos 2341, 1614, 1613, 2537 y todas las demás disposiciones del estatuto civil que sean concordantes y aplicables al caso concreto.

Ley 23 de 1981. Código de Ética Médica.

Código General del Proceso: Artículos 206, 406 del Nuevo Código General del Proceso y demás disposiciones de éste estatuto que sean concordantes y aplicables al caso concreto.

Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil.

Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, sentencia de 7 de mayo de 1968, CXXIV.

El daño y la relación de causalidad (cas. civ. sentencia de 12 de julio de 1994, exp. 3656).

RAZONES DE DERECHO.

Se pretende a través del presente escrito de contestación de demanda la absolución de mi poderdante, ANA MARIA BELTRAN, respecto de la totalidad de las pretensiones incoadas en su contra por parte los demandantes, teniendo como fundamento central y contundente de dicha petición de absolución, la carencia de nexo causal entre la conducta desplegada por mi representado y el daño alegado por la promotora del proceso, cuya falta de configuración se evidencia a partir de los siguientes aspectos que apuntan a que la constitución de dicho daño obedece a situaciones que a pesar del cumplimiento de protocolos, no se pudieron resistir y no tienen causalidad directa con la conducta de mi mandante, a saber:

.-1 La paciente se encontraba en un estado de aparente presanidad, de acuerdo a los exámenes y evolución de su embarazo, lo cual se encuentra demostrado a través de los controles prenatales, y su parto vaginal era indicado para su condición de salud.

.-2. Pericia Idoneidad del GINECOBSTETRA y del equipo quirúrgico con el cual se realizaron los controles previos al parto y en consecuencia el momento del parto.

- 3.Cumplimiento con las condiciones de acreditación del servicio.
- 4.Cumplimiento con políticas de cumplimiento de protocolos.
- 5 La paciente presenta una complicación propia del parto, de acuerdo a la literatura científica, y pruebas documentales aportadas.
- 6 Cuando se presenta la complicación, inmediatamente se iniciaron las maniobras tendientes al manejo por pediatría.
- 7. Siempre se afrontó con responsabilidad el evento y se mantuvo al tanto a sus familiares, con información de la evolución de la paciente.
- 8. Falta total de argumento probatorio sobre la negligencia del actuar de mi prohijado, pues no fue debidamente aportada por el demandante
- 9.-Se cumplió con la obligación de medios.
- 10.- Equipo médico idóneo.

Con todo lo anterior, no es dable afirmar que la responsabilidad de mi mandante, se encuentra comprometida con respecto a los daños alegados en la demanda. Es necesario la subjetivación de la responsabilidad, y la prueba de la conducta negligente.

De conformidad con lo hasta aquí expuesto, solicito muy respetuosamente al señor Juez que atendiendo los fundamentos de hecho y de derecho expuestos, así como los esgrimidos en sustento de las excepciones se sirva disponer la absolución de mi representado, ANA MARIA BELTRAN, como quiera que no existe nexo de causalidad que permita colegir su responsabilidad frente al daño alegado por el promotora del proceso.

EXCEPCIÓN PREVIA DE FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA.

Solicito respetuosamente al Juzgado se sirva declarar probada la presente excepción previa de falta de legitimación en la causa por pasiva considerando que no existe nexo causal entre el acto médico desplegado por mi mandante y el hecho dañoso endilgado por el apoderado de la parte activa; al punto que ni siquiera fue identificada como parte en el extremo demandado de la demanda inicial.

En efecto, no existe nexo causal entre el acto médico desplegado por mi mandante, doctora ANA MARIA BELTRAN en la atención que brindó a la señora CEBALLOS el día 27 de junio de 2017 y el diagnostico que con posterioridad al parto fue determinado respecto del menor ANTHONY CUADROS CEBALLOS, teniendo en cuenta que la parálisis de ERB se produce como consecuencia de un parto difícil y el parto de la citada señora no fue atendido por mi mandante toda vez que de acuerdo a historia clínica el mismo fue atendido por la doctora VILLOTA, especialista en ginecología.

En efecto, la actuación de la doctora ANA MARIA BELTRAN el día 27 de junio de 2017 correspondió únicamente a una atención durante la evolución inicial previo al parto y las conductas adoptadas por dicha profesional eran las indicadas como quiera que de acuerdo con la historia clínica anterior de la señora CEBALLOS, particularmente conforme a la última ecografía realizada a ésta el día 10 de mayo de 2017 no se advertían condiciones que indicaran la necesidad de práctica de una cesara; determinación que, en todo caso, no estaba bajo la facultad de decisión de mi mandante sino del ginecólogo de turno.

371

Por lo anterior, solicito respetuosamente se de... probada la excepción formulada ordenado la desvinculación del presente proceso de la doct... ANA MARIA BELTRAN.

EXCEPCIONES DE FONDO.

INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS QUE ESTRUCTURAN LA RESPONSABILIDAD.

La norma que sirve de base y sustento a la teoría general de la responsabilidad civil como la obligación de asumir las consecuencias patrimoniales derivadas de la acusación de un daño a otra persona, es el artículo 2341 del Código Civil colombiano, el cual establece que: "El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido".

Lo anterior, presupone que deben concurrir, cuatro elementos necesarios que estructuran la existencia de la responsabilidad civil. Dichos elementos se sintetizan en: 1.) El Hecho, 2). La Culpa. 3). El Nexo causal, 4). El Daño

En el caso en estudio, en la cual se ha tratado de NEGLIGENTE, IMPERITA la conducta la Dra. ANA MARIA BELTRAN, por considerar que el acto médico por ella realizado (EVOLUCION DEL DIA 27 DE JUNIO DE 2017).

De acuerdo a la historia clínica aportada, no existe evidencia de negligencia del acto realizado por ANA MARIA BELTRAN y el equipo, si hacemos un análisis juicioso de los componentes de la historia clínica logramos evidenciar que el comportamiento de la Dra. ANA MARIA BELTRAN estuvo dentro de los parámetros normales, que le exige la lex artis y los protocolos.

En efecto, la actuación de la doctora ANA MARIA BELTRAN el día 27 de junio de 2017 correspondió únicamente a una atención durante la evolución inicial previo al parto y las conductas adoptadas por dicha profesional eran las indicadas como quiera que de acuerdo con la historia clínica anterior de la señora CEBALLOS, particularmente conforme a la última ecografía realizada a ésta el día 10 de mayo de 2017 no se advertían condiciones que indicaran la necesidad de práctica de una cesara; determinación que, en todo caso, no estaba bajo la facultad de decisión de mi mandante sino del ginecólogo de turno.

Pero aun así cumpliendo con todos los lineamientos que comporta la obligación de medios de los médicos, pueden existir riesgos, más aun en el parto que es una de las situaciones más delicadas para la vida de la mujer y del que está por nacer, a pesar de haber existido unos controles, ayudas diagnósticas, como las ecografías las cuales mostraban un desarrollo normal del feto, cuidados constantes en manos de profesionales, cumplimiento de protocolos, evolución normal del embarazo, sin ningún tipo de antecedentes que hiciera pensar en otro tipo de complicaciones o en la aplicación del procedimiento de cesárea, no existía la posibilidad de tener la certeza sobre una macrostomía fetal, para lo cual es importante tener en cuenta lo dicho por los documentos aportado por el perito como informe pericial del doctor RICARDO JOSE MARTINEZ, especialista en GINECOBSTETRICIA, al pronunciarse sobre la pertinencia o no del parto vía vaginal en tratándose de pacientes de alto riesgo por edad, manifestó que el mismo no se encontraba contraindicado en tales casos y que la necesidad de la cesárea estaba dada por otras condiciones particulares de una paciente que nada tienen que ver con la edad. En efecto, al ser interrogado sobre si el parto estaba contra indicado en una paciente con 16 años de edad refirió: "No. Si sus condiciones son óptimas ella puede tener un parto vaginal. La indicación...

Lo cual muestra, que no existe un acto negligente del médico, es un evento que se presenta de forma accidental sin que comporte una mala técnica.

Recordemos que la obligación de la Dra. ANA MARIA BELTRAN como obligación de medios, persiste aun cuando se trate de un procedimiento obstétrico, a pesar de cumplir con la obligación de proporcionar seguridad al paciente para aminorar los riesgos al llamar a GINECOLOGA DE TURNO, ser realizado el parto con la técnica aprobada, realizar los controles y exámenes pertinentes para evolucionar la gestante y el nacido y cumplir con todos los parámetros que la lex artis, que le exige su profesión, la paciente no está exenta, de los riesgos propios del parto.

Se presenta como una situación incidental, extraña, pero que científicamente se encuentra probada como posible.

De acuerdo a lo anterior, no puede catalogarse como una mala práctica, por parte de la Dra. ANA MARIA BELTRAN o del equipo médico, como una conducta negligente o imprudente; pues es un evento que podría pasarle a cualquier médico, especialista o docente por no estar ligado a la mala praxis.

Con esto queda desvirtuado la culpa del hechos dañoso, sino el nexo de causalidad necesarios para que existe una obligación pues el daño no se puede ligar de manera alguna al comportamiento o conducta de la Dra. ANA MARIA BELTRAN, por tal motivo no se estructuran los elementos de la responsabilidad.

Cito lo sostenido al respecto por la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA.

Sentencia del 30 enero 2001 citada en presencia lo siguiente:

"...la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la Medicina 'Lex artis ad hoc', debe tener en cuenta "las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho Acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor / médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado); siendo sus notas: 1) Como tal 'lex' implica una regla de medición de una conducta, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta; 2) Objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea, que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos; 3) Técnica: los principios o normas de la profesión médica en cuanto ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la 'lex' es un profesional de la Medicina; 4) El objeto sobre que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución); 5) Concreción de cada acto médico o presupuesto 'ad hoc': tal vez sea éste el aporte que individualiza a dicha 'lex artis'; así como en toda profesión rige una 'lex artis' que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa 'lex', aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán en un sentido u otro los factores antes vistos" (Trib. Supremo de España, Sent. de 11 de marzo de 1991)."

"En materia de responsabilidad civil, la causa o nexo de causalidad es el concepto que permite atribuir a una persona la responsabilidad del daño por haber sido ella quien lo cometió, de manera

Cometer un delito o culpa significa entonces, según nuestro ordenamiento civil, realizar o causar el hecho constitutivo del daño resarcible; aunque ese hecho no tiene que ser necesariamente el resultado del despliegue de un acto positivo, sino que bien puede acontecer por abstenerse de ejecutar una acción cuando se tiene el deber jurídico de actuar para evitar o prevenir una lesión. Es decir que la responsabilidad también puede tener lugar por una abstención u omisión en la acción.

La verificación del nexo causal no ha sido nunca tarea fácil en derecho, como no lo puede ser si se tiene en cuenta que aún en el ámbito de la filosofía de la ciencia ha sido un tema de continuo desarrollo y revisión alrededor del cual se ha generado un debate de dimensiones propias: el problema de la causalidad.

Es así como a partir de los estudios que se han hecho en el campo filosófico, la disciplina jurídica ha tomado nociones comunes a todas las ciencias para aplicarlas a los casos particulares en los que se discute la atribución de responsabilidad a una persona.

Sin embargo, no siempre la causalidad física coincide con la causalidad jurídica, toda vez que en el campo del derecho la cadena causal no se toma en su estricto sentido naturalista, sino que se encuentra impregnada de una serie de valores culturales que permiten escoger, de entre una serie de hechos, sólo aquéllos que resultan verdaderamente relevantes para endilgar responsabilidad; de ahí que se hable de una causalidad adecuada.

Por manera que en la juridicidad un hecho puede ser consecuencia de otro y, sin embargo, ese solo nexo no resulte suficiente para imponer la obligación de indemnizar por los daños que de aquél se deriven. O el caso contrario, donde una consecuencia lesiva puede atribuirse a alguien aunque no haya intervenido físicamente en el flujo causal.

Es en este punto donde gana importancia el concepto de juicio de imputación causal, el cual permite identificar no solo a la persona que debe indemnizar sino también hasta dónde el autor de una de las condiciones de la cadena causal tiene el deber de resarcir los perjuicios que resulten del hecho desencadenante.

El problema de la causalidad adquiere especiales connotaciones en derecho cuando se reconoce que el hecho lesivo, al igual que todo hecho natural, puede ser la consecuencia de una pluralidad de circunstancias que no siempre son identificables en su totalidad, por cuanto tal propósito supondría un regreso al infinito; de suerte que intentar aislar o graduar con precisión cuál fue la causa eficiente resulta en muchas ocasiones imposible. A esa pluralidad de causas se le puede llamar "concausas" o "causas adicionales", y el problema que suscita solo puede ser resuelto a partir del análisis del concepto de imputación jurídica.

Si varios hechos o acciones tienen la aptitud jurídica suficiente para producir el perjuicio sobreviniente, de suerte que todos ellos hayan cooperado en su realización, entonces se estará frente a una causalidad conjunta, que comporta una imputación plural en contra de todos sus autores. Esta es la regla contenida en el artículo 2344 del Código Civil, según la cual "si un delito o culpa ha sido cometido por dos o más personas, cada una de ellas será solidariamente responsable de todo perjuicio procedente del mismo delito o culpa, salvo las excepciones de los artículos 2350 y 2355."

Si el hecho lesivo es generado por la acción independiente de varias personas, sin que exista convenio previo ni cooperación entre sí, "pero de tal suerte que aún de haber actuado aisladamente,

(...)Ahora bien, para establecer ese nexo de causalidad es preciso acudir a las reglas de la experiencia, a los juicios de probabilidad y al sentido de la razonabilidad, pues solo éstos permiten aislar, a partir de una serie de regularidades previas, el hecho con relevancia jurídica que pueda ser razonablemente considerado como la causa del daño generador de responsabilidad civil"

De los documentos que aporta la demandante, como historia clínica se encuentran órdenes médicas y notas de enfermería, que demuestran, que además se cumplió con el deber objetivo de cuidado, rompiendo con el presupuestos axiológicos de la responsabilidad, toda vez que no existe daño causado y mucho menos un NEXO DE CAUSALIDAD que se le pueda atribuir a la conducta desplegada por los profesionales que trataron la paciente.

INEXISTENCIA DE LA CULPA PROBADA.

Dentro de la presente demanda, se puede establecer frente al entorno probatorio, que el apoderado demandante, quien debió sustentar en los hechos cuidadosamente el momento no solo de la generación del daño, sino además como se liga el nexo de causalidad con la conducta de la Dra. ANA MARIA BELTRA, lo cual no aparece dentro de la demanda, tampoco las pruebas en las cuales se fundamenta para atribuir el momento del parto a la Dra. ANA MARIA BELTRAN, cuando de la lectura de la historia clínica se desprende que el acto médico del parto estuvo en manos de una profesional idónea, como lo es una ginecobstetra (Dra. Villota. Léase de la atención brindada a la paciente el día 27 de junio de 2017, en la historia clínica).

En la responsabilidad médica se encuentra en cabeza del demandante, probar la negligencia o impericia que predica de la misma, lo cual en las piezas que componen la demandan no se encuentran demostrados; por el contrario el demandante intenta confundir al operador judicial, cuando sostiene que fue la Dra. ANA MARIA BELTRAN, quien realiza el parto; cuando claramente de la lectura de la historia clínica se puede concluir que fue la GINECOLOGA quien es el profesional indicado para este tipo de procedimientos.

No hay prueba dentro del expediente, en el que se ligue certeramente que la conducta desplegada por la Dra. ANA MARIA BELTRAN, tuvo como consecuencia el hecho dañoso; científicamente dentro del expediente no se encuentra probado.

Para lo cual se cita lo referenciado en respuesta No.9 Por el Dr. RICARDO JOSE MARTINEZ, respecto de la conducta desplegada por la Dra. ANA MARIA BELTRAN:

"(...) En el caso de la Dra. Beltrán se nota que ella siguió, todos los protocolos y sus evoluciones son totalmente acertadas. Ya que la atención del parto fue realizada por la ginecóloga de turno como lo pide la norma"

Respecto de la obligación del demandante de probar la negligencia, es importante tener en cuenta pronunciamiento reciente de la Corte Suprema de Justicia:

En sentencia T-158 del 24 de abril de 2018, con ponencia de la magistrada Gloria Stella Ortiz delgado, la corte constitucional concluyó que:

"i. No se pueden imponer regla sacramentales para la valoración de la prueba cuando se trata de responsabilidad médica"

37

iv. La carta probatoria está en quien alega el daño".

Como se suele explicar por parte de la doctrina: "en las obligaciones de medios o de prudencia y diligencia, el incumplimiento no se califica solo por la no obtención del resultado, pues esto no quedo comprometido, sino por la falta de diligencia del deudor de la actividad que comprometió: de tal suerte, en este caso, el acreedor debe probar la culpa del deudor y este tendrá a su cargo probar, en contrario que observo la diligencia debida y que la frustración del resultado no se debió a un obrar u omisión culpable de su parte."(Zannoni, Eduardo, La obligación, Colegio de Abogados de Buenos Aires)

Se sostiene por la demandante la intervención de la Dra. ANA MARIA BELTRAN en el acto mismo del parto, lo cual es una interpretación herrada de la historia clínica aportada a su despacho la cual cita textualmente notas del día 27 de junio de 2017, realizada por los profesionales que atendieron la paciente:

" 4:49:59, se verifica dilatación de 3 cm y se emite diagnóstico de *"EMB 40SS SEMANAS POR FUR FUVVC DD RASTREO SGB VIGENTE 01.06.2017. ARO: GESTANTE ADOLESCENTE. PLAN. ACETAMINOFEN 500 MG, 2 TABLETAS VIA ORAL SE DEJA PACIENTE CON DEMABULACIÓN, SE REVALORARA EN 4 HORAS, SE SOLICITA MONITORIA FETAL. SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA SEGÚN EXAMEN FISICO SE DEFINIRÁ CONDUCTA."*; evolución realizada por la médico ESTEPHANIA LINARES LOAIZA; misma profesional que posteriormente realiza evolución en la misma fecha dejando constancia de nota clínica de MONITORIA FETAL CATEGORIA I MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES. SE HOSPITALIZA PARA CONDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO. SE COMENTARA CON GINECOLOGA DE TURNO. **Obsérvese hasta aquí, que en esta transcripción de historia clínica no figura nota de monitoria fetal anormal.**

En nota posterior se indica: *"SE REVISAN ORDENES MEDICAS DEL DIA DE HOY, INFRESA PCIENTE A TRABAJO DE PARTO PARA CONDUCCIÓN. EN ESPERA DE EVOLUCIÓN"*; seguidamente obra nota así: *"SE REVISAN ORDENES MEDICAS, CONTINUA OCN TRABAJO DE PARTO"*; notas realizadas por la médico ANA ISABEL SOTO ECHEVERRY.

Posteriormente, realiza evolución la doctora ANA MARIA BELTRAN en los siguientes términos: *"...PACIENTE DE 16 AÑOS CON DILATACIÓN 5 CM, BORRAMIENTO: 80%, ESTACIÓN -1 CON ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR POR LO QUE SE INICIA REFUERZO CON OXITOCINA TITULABLE SEGÚN ACTIVIDAD UTERINA FCF:150 LPM, BICHOP FAVORABLE, ATENTOS A EVOLUCION"*

Más adelante encontrándose en trabajo de parto fase activa se realiza tacto a las 16+30 horas en el que la doctora ANA MARIA BELTRAN registra nota clínica así: *"...PACIENTE DE 16 AÑOS CON DILATACIÓN 8 CM, BORRAMIENTO: 80%, ESTACIÓN -1 CON ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, BINOMIO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE ATENTOS A EVOLUCIÓN..."*.

En nota posterior de evolución se registra: *"...PACIENTE DE 16 AÑOS CON DILATACION 10 CM, BORRAMIENTO 2.90% ESTACIÓN -1, SE REALIZA AMNIOTOMIA A LAS 18+23 CON PRESENCIA DE LIQUIDO CLARO EUTERMINOC, ACTIVIDAD UTERINA REGULAR, BINOMIO*

Con lo anterior, solo se puede concluir el comportamiento atento, expectante y diligente de la Dra. ANA MARIA BELTRAN y escasa prueba de las afirmaciones realizadas en la demanda. 3x6

OBLIGACION DE MEDIOS, CUMPLIDA. POR EL PROFESIONAL DE SALUD.

Tratándose de esta clase de responsabilidad civil, se hace oportuno registrar que las obligaciones de los médicos son, por regla general. De aquellas que por doctrina y jurisprudencialmente se han denominado de medios, esto es porque el deudor se obliga a actuar de la mejor manera posible pero sin garantizar al acreedor, la obtención del resultado querido.

Sin embargo de acuerdo a la ley 1438. Art. 104 establece objetivamente que la asistencia en salud genera una obligación de médicos, basada en la competencia profesional.

El medico tiene la obligación de actuar con diligencia y cuidado que su actividad o profesión exijan y una vez aplicados esta diligencia y cuidado, no se les puede derivar el resultado negativo que puedan presentarse.

El medico se obliga para con el paciente al tratamiento que recomienda la ciencia, sin que se le exija garantía en la misma; mucho menos que recupere su salud.

La Corte Suprema de justicia, sala civil en fallo del 12 de septiembre de 1985:

"El medico tan solo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo, de suerte que en caso de reclamación este deberá probar la culpa del medico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación"(...) Gaceta No. 2419 pag. 407.

Para cuando el acto médico o quirúrgico corresponde a un ejercicio legal de la profesión por persona o institución, que además de capacitada académicamente, está autorizada o habilitada oficialmente para dicha práctica, pues son esos los criterios valorativos que el acto demandan, para entenderlo como beneficio para el paciente.

Nos encontramos en el hechos ocurrido a la paciente en la cual, no obstante ocurrió una lesión en el bebé, se hizo todo lo posible desde el acto médico para cumplir con el protocolo de manejo de embarazadas, lo ocurrido a la paciente y su hijo menor, no es congruente con una mala praxis por parte de los galenos, puesto que de acuerdo a las pruebas aportadas en la contestación de la demanda y aun en el libelo genitor se establece que es una situación que no se podía proveer, de acuerdo a lo manifestado por los peritos con especialidad en ginecología y obstetricia.

Que se cumplió con lo exigido no solo por la lex artis, sino además con las guías de manejo y protocolos; pero aun así es posible que ocurra.

Que dentro de los anexos de contestación de la demanda, se encuentra historia clínica que prueba del cumplimiento a cabalidad de su obligación.

Así las cosas se hablan de una obligación de medios cumplida por parte de la Dra. ANA MARIA BELTRAN.

LA INNOMINADA.

FRENTE A LAS PRUEBAS PRESENTADAS POR LA PARTE DEMANDANTE.

Con fundamento en el artículo 272 del Código General del Proceso me permito desconocer los documentos aportados como pruebas por la parte demandante consistentes en COMPROBANTES DE EGRESO, RECIBOS DE CAJA MENOR, RECIBOS DE FOTOCOPIAS, RECIBOS DE CENTRAL PHONE, DE COMCEL S.A. documentos que exhibe para sustentar el lucro cesante que reclama toda vez que no constituyen prueba idónea y suficiente para acreditar los perjuicios pretendidos como quiera que los mismos carecen de credibilidad. A nadie le está permitido constituir su propia prueba y en el caso concreto es palmario conforme a la revisión de los recibos aportados como prueba de los gastos en que en apariencia incurrió la demandante, que los mismos se encuentran contruidos de manera caprichosa y que contienen sumas exorbitantes sin justificación razonable. (fl. 331- 355).

PRUEBAS SOLICITADAS CON LA PRESENTE CONTESTACIÓN.

Como pruebas para mi representada solicito se tengan en cuenta las siguientes pruebas:

1. DOCUMENTALES.

- a) Hoja de vida de la Dra. ANA MARIA BELTRAN GARCIA.
- b) Contrato de trabajo, suscrito entre el grupo G-OCHO S.A.S y la Dra. Beltrán, en el que se permite observar la calidad de **médico general** de esta última.
- c) Cuestionario que se planteó al especialista en ginecología y obstetricia, doctor RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINEZ, debidamente absuelto por éste.
- d) Hoja de vida del doctor RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINEZ, con sus respectivos títulos de idoneidad.
- e) Literatura científica que soporta las respuestas emitidas por el doctor MARTINEZ, frente al cuestionario formulado, adjuntos al informe.
- f) Norma técnica para la atención del parto emitida a través de la dirección general de promoción y prevención del Ministerio de Salud de la República, y que permite evidenciar el cumplimiento de protocolos de la atención que mi mandante brindó a la paciente.
- g) Protocolo "CICLO DE ATENCIÓN DE LA GESTANTE" con código CL-CAG-PRO-857 emitido por la CLINICA COMFENALCO VALLE.
- h) Protocolo "ATENCIÓN DE PARTO" con código CL-AP-GM-31 emitido por la CLINICA COMFENALCO VALLE.
- i) Historia clínica completa de la paciente PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO de fecha 3 de noviembre de 2016 sobre atención brindada por el doctor ARCINIEGAS a la demandante, la cual incluye registro fotográfico pre y postoperatorio.

2. TESTIMONIALES.

- a) Solicito se cite como testigo técnico al doctor ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO

378

b) Solicito se cite como testigo técnico a la doctora TATIANA ISABEL MADROÑERO CONDE, médico pediatra, quien tuvo conocimiento del caso que nos ocupa y a quien se le indagará por hechos propios a este litigio, persona que podrá ser citada en las instalaciones de LA CLINICA COMFENALCO, de la ciudad de Santiago de Cali.

c) Solicito se cite como testigo técnico a la doctora VIVIANA MARCELA MESA RAMIREZ, quien tuvo conocimiento del caso que nos ocupa y a quien se le indagará por hechos propios a este litigio, persona que podrá ser citada en las instalaciones de LA CLINICA COMFENALCO, de la ciudad de Santiago de Cali.

d) Solicito se cite como testigo técnico a la doctora SANDRA ELIANA VILLOTA ROMERO, quien tuvo conocimiento del caso que nos ocupa y a quien se le indagará por hechos propios a este litigio, persona que podrá ser citada en las instalaciones de LA CLINICA COMFENALCO, de la ciudad de Santiago de Cali.

3. DECLARACIÓN DE PARTE.

Solicito respetuosamente al juzgado se sirva escuchar en declaración de parte a la doctora ANA MARIA BELTRAN, para que dé cuenta de los hechos de la demanda en general, quien para efectos de ser notificado podrá ser notificada en la CARRERA 44 No. 5 C-31.

4. INTERROGATORIO DE PARTE.

a) Solicito se cite a los demandantes dentro del presente proceso, EDWIN ARLEY CUADROS ARANGO, JOSE TARCISO CEBALLOS GIRALDO, PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO, MARIA ARACELY GIRALDO GOMEZ, LILIANA AMPARO CEBALLOS GIRALDO, YOLANDA INES CEBALLOS GIRALDO, MARIA GORETY CEBALLOS GIRALDO, MANUEL MARIA CUADROS MENDOZA, RAUL CUADROS MENDOZA, MARIA IRMA ARANGO VILLAMIL, WILSON ARLEY CUADROS ARANGO, MANUEL MARIA CUADROS ARANGO, LUZ ANGELA CUADROS ARANGO, para que absuelvan interrogatorio de parte que se formulará en la respectiva audiencia.

5. PRUEBA PERICIAL.

a) Solicito se decrete como prueba pericial la que es aportada con este proceso y se cite al perito especialista en ginecobstetricia, doctor RICARDO JOSE MARTINEZ, quien podrá ser notificado en la CLINICA SEBASTIAN DE BELACAZAR, Consultorio 607. Cali, Valle del Cauca, a efecto de que sustente el dictamen y absuelva las preguntas que se realizarán en audiencia con relación a los hechos aquí discutidos.

b) SOLICITUD DESIGNACIÓN DE AUXILIAR DE LA JUSTICIA -TRADUCTOR.-

pericial que sustenta su concepto médico. Lo anterior, teniendo en cuenta que se trata de prueba relevante para la definición de la presente controversia.

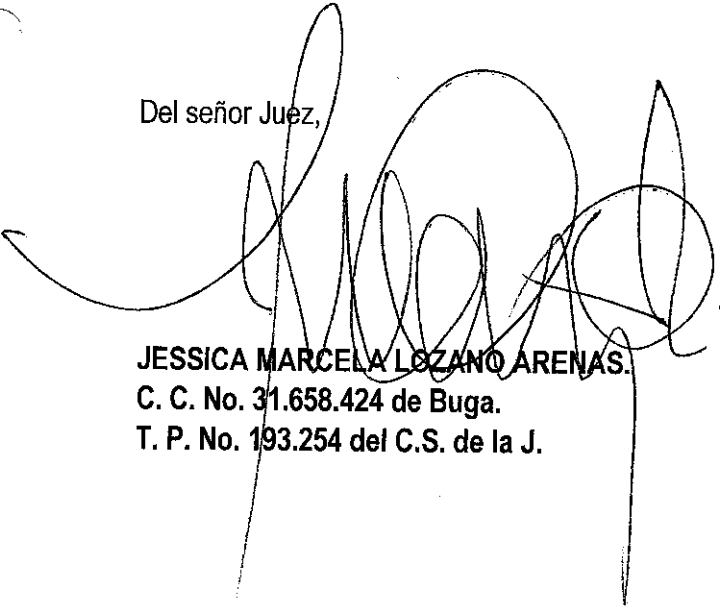
NOTIFICACIONES.

La suscrita las recibirá en su despacho o en la Cr. 44 No 5C-31 Tequendama Cali- Valle, Dirección electrónica: jessicaloz6@hotmail.com y al teléfono 300 824 1741.

Mi poderdante en la Cr. 83 D 48ª – 76 Barro el Caney de Cali- Valle, Dirección electrónica: anamariabeltran1992@gmail.com y teléfono 313 787 2101.

Los demandantes y las demandadas pueden recibir notificaciones en la dirección señalada en la demanda.

Del señor Juez,



JESSICA MARCELA LOZANO ARENAS.
C. C. No. 31.658.424 de Buga.
T. P. No. 193.254 del C.S. de la J.



ANA MARIA BELTRAN GARCIA

INFORMACIÓN PERSONAL:

- Estado civil: Soltero
- Nacionalidad: Colombia
- Edad: 26 años
- Lugar de nacimiento: Cali-Valle del Cauca
- Identificación: CC: 1.143.845.981 de Cali
- Registro medico: 1143845981
- Dirección: Carrera 83D # 48A-76
- Teléfono: 3254444
- Celular: 3137872101
- E-mail: anamariabeltran1992@gmail.com

ESTUDIOS:

- *Bachiller académico*, Corporación Educativa Adventista
Cali, Colombia 2004-2009
- *Médico y Cirujano*, Universidad Libre Seccional Cali
Facultad de Ciencias de la Salud, Medicina
Cali, Colombia 2010-2016

EXPERIENCIA LABORAL

- Mayo 2016 – Mayo 2017. Riosucio, Caldas, Colombia
E.S.E Hospital San Juan de Dios – Medico S.S.O.
Tareas realizadas: Urgencias, hospitalización, sala partos, consulta Externa, ayudantía quirúrgica, control prenatal, control de enfermedades Crónicas.
- Agosto 2017 – Enero 2018. Cali, Valle, Colombia
I.P.S Eduardo Bolaños Cirugía Bariátrica y Oncológica – Medico General
Tareas realizadas: Ayudantía quirúrgica, Consulta, Medico de refuerzo hospitalario.
- Noviembre 2017 – Enero 2019. Cali, Valle, Colombia
E.S.E. Hospital Universitario del Valle: Evaristo García – Medico General
Unidad de Cuidados Intensivos
- Junio 2018 – Hasta la actualidad , Cali, Valle, Colombia
C.D.C Centro dermatológico de Cali – Medico General
Medico de hospitalización

SEMINARIOS Y OTROS

- Abril 2019 Cali, Valle, Colombia
XXIV congreso de actualización emergencias obstétricas y ginecológicas
Departamento de ginecología y obstetricia universidad del valle
- Marzo 2019, Cali, Valle, Colombia
Segundo encuentro microquirúrgico Univalle
Departamento de cirugía plástica Universidad del valle
- Marzo 2019, Cali, Valle, Colombia
I congreso de fundamentos clínico- quirúrgicos y avances en cirugía univalle 2019
Departamento Cirugía General universidad del valle
- Marzo 2019, Cali, Valle, Colombia
VII congreso de residentes de medicina interna Univalle
Departamento de Medicina Interna universidad del valle

- Agosto 2018, Cartagena, Bolívar, Colombia
44° Congreso panamericano cirugía General
- Junio 2017 – Septiembre 2017, Cali, Valle, Colombia
Diplomado en unidad de cuidados intensivos
Salamandra, Centro internacional de entrenamiento en urgencias y emergencias.
- Junio 2018 Cali, Valle, Colombia
Soporte vital básico y avanzado en colapso cardio respiratorio
Yaso panacea, prepárate y actúa
- Febrero 2018 Cali, Valle, Colombia
VII Congreso “Medicina para todos”
- Agosto 2017 Medellín, Antioquia, Colombia
43° Congreso Nacional Avances en Cirugía “Hernando Abaunza”
- Diciembre 2016 Cali, Valle, Colombia
Diplomado en salud sexual y Reproductiva
Dirección territorial de salud caldas
- Marzo 2016 Cali, Valle , Colombia
V congreso de actualización médica
Asociación Nacional de internos y residentes
- Marzo 2016 Cali, Valle, Colombia
Soporte vital avanzado en colapso cardiorespiratorio , urgencia y emergencia medicas e intervención en trauma.
Salamandra, Centro internacional de entrenamiento en urgencias y emergencias.
- Abril 2015 Cali, Valle, Colombia
III Simposio de urgencias en medicina interna
Universidad del Valle
- Noviembre 2015 Cali, Valle, Colombia
Conferencia Mundial en reanimación
Salamandra, Centro internacional de entrenamiento en urgencias y emergencias
- Junio 2015 Cali, Valle, Colombia
Primer evento de actualización en OFTALMOLOGIA
Clínica visual y auditiva, instituto para niños ciegos y sordos del valle del cauca.

- Abril 2014 Cali, Valle, Colombia
- XIV Simposio de médicos internos "Enfocate, de la urgencia a la consulta externa"**
Universidad Libre seccional Cali, Facultad de ciencias de la salud

REFERENCIAS FAMILIARES

- María Graciela García, Licenciada en matemáticas
Cel: 3154621461
- Erika García prado, Medica General
Cel: 312-294-54-51

REFERENCIAS PERSONALES

- Eduardo Bolaños Quintero, Cirujano General I.P.S Eduardo Bolaños
Teléfono: 315-565-91-67
- Néstor Raúl Agudelo, Coordinador de Urgencias E.S.E Hospital San Juan de Dios
Teléfono: 320-697-91-23
- Andrés Felipe Mejía, Cirujano gastrointestinal I.P.S Eduardo Bolaños
Teléfono: 315-330-97-39

República de Colombia



La Universidad Libre

Personería Jurídica No. 192 de 1945

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

Ana María Beltrán García

c.c. No. 1.143.845.981 de Cali (Valle)

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

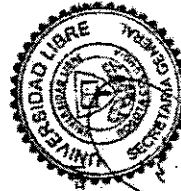
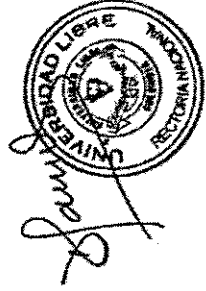
Médico y Cirujano

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, se expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

[Signature]

El Decano

El Rector



En la ciudad de SANTIAGO DE CALI
00 de ABRIL del 2016

Acta M378 Folio M378 Rubrica

El Secretario General
Oficina de Admisiones y Registro
20 de ABRIL
del 20
Registro 2609 / Folio 4654 Libro de Registro 26
Ofs de Admisiones y Registro

ct 138482

384

28

CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO FÍJO CELEBRADO ENTRE GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S. Y ANA MARIA BELTRAN GARCIA

Entre los suscritos a saber: Por una parte **JHON FERNANDO QUEVEDO PANTOJA**, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Cali, identificado con cédula de ciudadanía No. 16.986.446 de PALMIRA, obrando en Nombre y Representación de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, sociedad comercial legalmente constituida mediante documento privado de fecha Veinte (20) de Febrero de Dos mil trece (2013), con domicilio Principal en la ciudad de Cali (Valle), con Número de Identificación Tributaria NIT 900.612.531-0, de conformidad con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Cali, quien para los efectos del presente documento se denominará EMPLEADOR y por otra parte **ANA MARIA BELTRAN GARCIA**, mayor de edad, domiciliado (a) en la ciudad de CALI, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.143.845.981 de CALI, quien para los efectos del presente contrato se denominará EL TRABAJADOR, hemos acordado celebrar el presente Contrato de Trabajo a Término fijo, el cual a partir de su formalización y firma, se regirá por las siguientes cláusulas

PRIMERA. OBJETO: El objeto a desarrollar por parte de **EL TRABAJADOR** mediante el presente contrato consiste en **MEDICO GENERAL** para lo cual éste se obliga a prestar sus servicios profesionales a **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, a partir del día **VEINTE (20)** del mes de **JUNIO** del año Dos mil Diecisiete (2017) inclusive, y hasta el día **DIECINUEVE (19)** del mes **SEPTIEMBRE** del año Dos mil Diecisiete (2017) inclusive. En contra prestación de lo cual recibirá el salario estipulado en el presente contrato. No obstante lo anterior, **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** podrá promoverlo, trasladarlo o asignarle funciones diversas relacionadas con su objeto social, siempre y cuando no se desmejore en su categoría y remuneración laboral y de acuerdo con lo establecido al respecto en el Reglamento Interno de Trabajo de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** y en la legislación laboral.

SEGUNDA. REMUNERACIÓN: Por los servicios que preste **EL TRABAJADOR** a **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, en desarrollo del presente contrato, ésta última le reconocerá y pagará un salario de **TRES MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M.CTE (\$3.596.969)** pagaderos mes vencido. Dicho monto podrá ser modificado por **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** sin necesidad de nuevo contrato, siempre que conste por escrito, de tal manera que tales modificación(es) se entenderán incorporada (s) al presente acuerdo de voluntades. En el evento en que **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** reconozca y pague por cualquier motivo bonificaciones, comisiones o incentivos extralegales, ocasionales o no, se dará cumplimiento a lo previsto en los artículos 15 y 16 de la Ley 50 de 1990. Por lo tanto, las partes acuerdan que dichas bonificaciones, comisiones e incentivos no se tendrán

en cuenta dentro de la base de liquidación para prestaciones, indemnizaciones, vacaciones o cualquier erogación laboral a cargo de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, y en favor de **EL TRABAJADOR**, que de conformidad con la ley deban pagarse con base en el salario. El pago de las bonificaciones, comisiones e incentivos y de la liquidación prestacional final se realizará en las fechas de corte determinadas por **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**

PARÁGRAFO PRIMERO: En concordancia con lo establecido en los artículos 15 y 16 de la ley 50 de 1990, las partes expresamente acuerdan que el valor que recibe el trabajador, adicional a su salario ordinario por concepto de beneficios, bonificaciones o auxilios habituales es por valor de **OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS DIEZ PESOS M.CTE (\$898.810)**, el cual no constituye factor prestacional para ningún efecto. El valor no constitutivo de factor prestacional podrá ser modificado por **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, sin necesidad de un nuevo contrato, modificación que las partes aceptan como parte integral de la presente cláusula.

El contenido del presente parágrafo encuentra respaldo en el precedente vinculante de la Corte Constitucional y de la Corte Suprema de Justicia, en tanto que, en la sentencia C-521 de 1995 emitida por la primera corporación pero citando una sentencia del año 1993 de la segunda, se dijo que:

"(...) La Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 12 de febrero de 1993 (radicación 5481. Sección Segunda M.P. Hugo Suescún Pujols), al referirse a la Interpretación de los arts. 127 y 128 del Código Sustantivo del Trabajo, en vigencia de la ley 50 de 1990, expuso lo siguiente:

"Estas normas, en lo esencial siguen diciendo lo mismo bajo la nueva redacción de los artículos 14 y 15 de ley 50 de 1990, puesto que dichos preceptos no disponen, como pareciera darlo a entender una lectura superficial de sus textos, que un pago que realmente remunera el servicio, y por lo tanto constituye salario ya no lo es en virtud de la disposición unilateral del empleador o por convenio individual o colectivo con sus trabajadores. En efecto ni siquiera al legislador le está permitido contrariar la naturaleza de las cosas, y por lo mismo no podría disponer que un pago que retribuye a la actividad del trabajador ya no sea salario. Lo que verdaderamente quiere decir la última parte del artículo 15 de la ley 50 de 1990, aunque debe reconocerse que su redacción no es la más afortunada, es que a partir de su vigencia pagos que son "salario" pueden no obstante excluirse de la base de cómputo para la liquidación de otros beneficios laborales (prestaciones sociales, indemnizaciones, etc)".

"Este entendimiento de la norma es el único que racionalmente cabe hacer, ya que aún cuando habitualmente se ha tomado el salario como la medida para calcular las prestaciones sociales y las indemnizaciones que legalmente se establecen en favor del trabajador, no existe ningún motivo fundado en los preceptos constitucionales que rigen la materia o en la recta razón, que impida al legislador disponer que una determinada prestación social o indemnización se liquide sin consideración al monto total del salario del trabajador, esto es, que se excluyan determinados factores no obstante su naturaleza salarial, y sin que pierdan por ello tal carácter. El

partes celebrantes un contrato individual de trabajo, o de una convención colectiva de trabajo o de un pacto colectivo, para disponer expresamente que determinado beneficio o auxilio extralegal, a pesar de su carácter retributivo del trabajo, no tenga incidencia en la liquidación y pago de otras prestaciones o indemnizaciones. Lo que no puede lógicamente hacerse, ni por quienes celebran un convenio individual o colectivo de trabajo, es disponer que aquello que por esencia es salario, deje de serlo". (Subraya y negrilla fuera de texto).(...)

PARAGRAFO SEGUNDO: El trabajador para el adecuado desempeño de sus funciones, según corresponda, podrá recibir elementos y/o medios de trabajo que no tienen carácter retributivo como gastos de transporte, de representación, comunicaciones, entre otros, los cuales al tenor de lo dispuesto en los artículos 14, 15 y 16 de la Ley 50 de 1990 no tendrán carácter salarial y/o prestacional para ningún efecto.

TERCERA. JORNADA: EL TRABAJADOR se obliga a laborar la jornada de trabajo señalada por **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, la cual queda establecida en **CUARENTA Y OCHO (48) HORAS SEMANALES. GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, se reserva, la facultad de modificar dicha jornada según sus conveniencias y necesidades técnicas y administrativas, siempre que esté de acuerdo con las disposiciones legales. La circunstancia de que **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, y **EL TRABAJADOR** voluntariamente disponga que la jornada semanal de trabajo sea en algunos eventos inferior a las horas semanales para la cuales fue contratado, no significa la reducción definitiva de la jornada máxima legal o convencional. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo 164 del C.S.T., modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem. De igual manera, las partes podrán acordar que se preste el servicio en los turnos de jornada flexible contemplados en el Art. 51 de la ley 789/02.

PARÁGRAFO PRIMERO: EL TRABAJADOR ejecutará las labores en tiempo extra o suplementario, lo mismo que en días de descanso legalmente obligatorios, cuando las necesidades del trabajo así lo requieran, previa autorización escrita de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, para cada caso; por tanto **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, no reconocerá el valor de trabajos desarrollados en jornadas adicionales o en días de descanso legalmente obligatorios cuando no haya precedido autorización expresa y escrita para cada caso. De no mediar tal autorización por escrito, **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** no asumirá ningún pago, en el entendido de que tales labores, así reporten beneficio a **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, no han sido autorizadas por la misma.

CUARTA. PERIODO DE PRUEBA: A partir de la fecha de ingreso, **EL TRABAJADOR** tendrá un periodo de prueba, para el que se fija un término correspondiente a la quinta parte de la duración total del contrato, lapso dentro del cual cualquiera de las partes podrá dar por

terminado el contrato de trabajo en cualquier momento, sin necesidad de aviso previo, justificación expresa y sin que haya lugar a indemnización alguna.

QUINTA. DURACION: Como duración del presente contrato, las partes han acordado proyectar la misma para un término de **TRES (03) MESES**, contados a partir de su formalización y firma, término al final del cual se dará por terminado o se procederá a su prórroga, según sea el caso.

SEXTA. OBLIGACIONES: GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S. contrata los servicios personales del **TRABAJADOR** y este se obliga a: **a)** Identificarse como **FUNCIONARIO** de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, en toda la documentación y labores realizadas en el desarrollo de su actividad; **b)** Brindar información veraz y completa a los posibles beneficiarios y a los beneficiarios efectivos de los planes y programas que ofrece **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**; para el efecto, para demostrar el incumplimiento de este deber, bastará con la comunicación del perjudicado en que afirme el incumplimiento de esta obligación; **c)** Ser responsable de la racionalización en el uso y la legal y correcta utilización de la papelería, elementos y dinero a su cargo; para el efecto, para demostrar el incumplimiento de este deber, bastará con la comunicación del perjudicado en que afirme el incumplimiento de esta obligación **d)** Efectuar, con la periodicidad que demande **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, un informe de su gestión realizada, que será presentado a su inmediato superior o a la persona que para todo efecto asigne **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** de acuerdo con el sistema de control que se adopte; **e)** Las demás que le sean asignadas verbalmente o por escrito.

OBLIGACIONES ESPECIALES: Como consecuencia de las funciones que asume, **EL TRABAJADOR** se obliga especialmente: **a)** A emplear toda su capacidad normal de trabajo en el desempeño de las tareas propias de su cargo conforme se determina en el Reglamento Interno de Trabajo del **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, así como todas las demás que se le asignen, de acuerdo con las instrucciones de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** Por lo demás deberá, igualmente, cooperar y colaborar con otras personas naturales o jurídicas designadas por **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, en labores que sean compatibles con las de su cargo, caso en el cual las posibles cargas económico laborales que pudieren derivarse, serán de cargo exclusivo de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**; **b)** Guardar un comportamiento intachable, obrando con espíritu de colaboración en las actividades encomendadas por **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, preocupándose especialmente por el buen funcionamiento de las mismas; **c)** Cumplir estrictamente todas las órdenes o instrucciones dadas por los representantes autorizados de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**; **d)** Guardar en secreto todos los hechos o informes conocidos en el desempeño de sus funciones y cuya divulgación pudiere causar perjuicios a **GRUPO**

OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S., o colocarla en posición desventajosa frente a otras personas naturales o jurídicas que operen en negocios similares; **e)** Dedicar al servicio de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, con carácter exclusivo, toda su capacidad de trabajo, de tal forma que, no podrá desempeñarse en labores que impliquen agenciamiento o venta de planes de salud a favor de otras entidades; Igualmente, se obliga a no prestar directa ni indirectamente servicios laborales o de prestación de servicios de carácter civil o comercial, a otros empleadores o contratantes respectivamente, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio; **f)** Informar a sus superiores cualquier problema o anomalía que encuentre en el desempeño de sus labores o en cualquier frente de trabajo de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**; **g)** Presentarse en su trabajo con traje adecuado y compatible con sus funciones y categoría; **h)** Guardar ante sus compañeros superiores y subalternos un comportamiento correcto; **i)** Llevar un estricto control sobre todos los elementos que se encuentran a su cargo; **j)** Restituir a la terminación del contrato, por cualquier motivo, todos los documentos y equipos entregados por **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** para el desempeño de sus funciones. De no hacerlo deberá restituir, el valor en dinero de dichos elementos, para lo cual autoriza desde ya a descontar el mismo del valor de la liquidación final de prestaciones, bonificaciones, comisiones e incentivos y demás pagos laborales y no laborales que le correspondan; **k)** Pagar el valor comercial o el valor del arreglo de aquellos elementos relacionados con su trabajo, cuando en ellos ocurrieren daños o pérdidas no imputables al desgaste o uso natural o corriente, caso fortuito o fuerza mayor. De no efectuar el pago correspondiente, el trabajador autoriza desde ya a que la suma adeudada le sea descontada de su salario y/o de su liquidación final de prestaciones, comisiones, incentivos y bonificaciones y demás pagos laborales y no laborales; en caso de que la causa de daño o pérdida sea imputable a cualquiera de sus subalternos, si es del caso, tendrá derecho a solicitar por escrito que las consecuencias anteriormente enunciadas se trasladen al responsable, siempre y cuando se pueda a juicio de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, acreditar dicha situación y ello fuere posible (que el subalterno siga vinculado a **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** y que del monto laboral adeudado alcance a descontarse el valor total, entre otras circunstancias). No obstante esto, su responsabilidad no acaba hasta que no se restituya o arreglen los instrumentos correspondientes; **l)** Someterse a los exámenes médicos y/o sanitarios que **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** ordene en cualquier tiempo; **m)** Reportar al Departamento de Gestión Humana de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, por sí o por indirecta persona, cualquier enfermedad o accidente profesional o común, a fin de tramitar la correspondiente incapacidad; **n)** Asistir a los planes y programas de capacitación que **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** le indique y a aprobarlos con el fin de obtener el respectivo certificado. **ñ)** Efectuar las denuncias penales y/o querrelas correspondientes ante la autoridad competente, en aquellos eventos en que le conste o tenga conocimiento de actuaciones ilícitas tanto de su personal a cargo como de cualquier empleado o contratista de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**; **o)** Efectuar informes y asistir a comités y demás reuniones cada vez que sea requerido para ello; **p)** Cumplir en forma puntual el

horario establecido por **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** para el desempeño de sus funciones; **q)** las demás que le sean asignadas verbalmente o por escrito.

OBLIGACIONES ESPECIALES ADICIONALES: Adicionalmente, se establecen como obligaciones de **EL TRABAJADOR:** **a)** No instalar software en los computadores entregados como herramienta de trabajo, sin autorización previa escrita otorgada por el área de tecnología de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**; **b)** No recibir o enviar correspondencia de tipo personal vía fax o mail. **c)** No enviar archivos vía mail que sobrepasen 2 megabytes en tamaño. Si existe alguna duda al respecto se debe contactar el departamento respectivo de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** antes de realizar el envío. El envío de archivos de un tamaño mayor se hará por correo tradicional usando los medios de almacenamiento disponibles, para lo cual deberá solicitar el apoyo del Departamento correspondiente de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**; **d)** No utilizar los equipos para actividades de entretención tales como, juegos, consulta de páginas Web que no tengan relación directa con las funciones propias de la naturaleza de la labor encomendada, descargar archivos musicales de Internet, fotos, vídeos, música en formato mp3 u otro, software "gratuito y todas aquellas que puedan distraer a **EL TRABAJADOR** de su actividad laboral y que no hayan sido objeto de instalación o autorización por parte de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**; **e)** No utilizar los computadores para fines personales, realizar labores de tipo académico o guardar archivos tales como fotos y en general, información que ocupen innecesariamente los recursos del equipo. **f)** Dar a conocer al superior inmediato la clave de acceso al equipo para que tenga acceso a la información que reposa en el computador en aquellas situaciones en que **EL TRABAJADOR** no concurra al trabajo o cuando el empleador expresamente así lo disponga o en cualquier caso con fines de auditoría; **g)** No utilizar indebidamente la red de datos interna, esto es, introducirse sin autorización previa en los archivos de los otros trabajadores de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, sin importar que cause o no daños; **h)** No hacer llamadas personales que sobrepasen los tres (3) minutos a menos de que se trate de un motivo que configure fuerza mayor o caso fortuito o estado de necesidad, así como tampoco realizar llamadas personales de larga distancia nacional o internacional, ni llamadas a celulares. En cualquiera de estos casos **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** quedará facultada para descontar de cualquier suma que adeude a **EL TRABAJADOR**, el costo de las llamadas que contravengan lo acá establecido; **i)** Colaborar con la labor de auditoria que periódicamente realizará **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** a los computadores y equipos de hardware de la compañía con el fin de constatar si están siendo utilizados por **EL TRABAJADOR** únicamente con fines laborales. Para el efecto será necesario que **EL TRABAJADOR** de a conocer al auditor la clave de acceso al equipo; **j)** Con el fin de identificar a cada trabajador en la red de datos interna de la compañía, se asigna a cada trabajador un nombre de usuario y una contraseña. Es responsabilidad del usuario mantener en secreto - excepto las excepciones del presente contrato - y cambiar periódicamente la contraseña. Todos los sistemas de información de la compañía están

diseñados para guardar los registros de todas las acciones realizadas identificando al autor de dichas acciones por el nombre de usuario. **EL TRABAJADOR** es responsable por todas las acciones que se realicen en los sistemas de información de la empresa con el nombre del usuario asignado **k)** las demás que le sean asignadas verbalmente o por escrito.

OBLIGACIONES DE SEGURIDAD: Son obligaciones de **EL TRABAJADOR**, el acatamiento de las medidas de seguridad establecidas por la compañía, especialmente las siguientes: **a)** Portar visible y permanentemente desde el ingreso a su lugar de trabajo el carné que lo identifique como funcionario de la misma. En caso en que **EL TRABAJADOR** olvide o este en la imposibilidad de portar el carné deberá registrarse en la portería; **b)** Reportar y registrar en los libros de vigilancia de las instalaciones de su sitio de trabajo el ingreso y salida de equipos, paquetes u otro tipo de elementos o activos propios o del empleador; **c)** El ingreso o salida de **EL TRABAJADOR** de las instalaciones de su sitio de trabajo en horas y/o días no laborables debe registrarse en el libro de vigilancia con la fecha, hora de entrada, hora de salida y firma, preferiblemente sin acompañantes; **d)** **EL TRABAJADOR** deberá permitir la revisión de los bolsos y paquetes al ingreso y salida de las instalaciones de su sitio de trabajo por el personal de seguridad designado para ello; **e)** **EL TRABAJADOR** deberá hacerse responsable del buen manejo, uso y cuidado de los elementos entregados por **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** para realizar su labor, haciéndose extensible esta obligación al cuidado manejo adecuado y control de las oficinas, consultorios y activos en general de la compañía; **f)** **EL TRABAJADOR** no deberá permitir el ingreso y atención de vendedores o personas diferentes a las autorizadas y las que tengan que ver con el desarrollo del encargo laboral para la cual fue contratado; **g)** No permitir el ingreso de personas que no hayan sido previamente autorizadas por el funcionario que recibe la visita; **h)** No se permiten las visitas de carácter personal y en el evento en que se presenten deben ser atendidas sin interferir con la ejecución de las labores diarias.

PARAGRAFO: EL TRABAJADOR autoriza y consiente desde ya, en forma expresa e irrevocable con la firma del presente contrato y sin necesidad de requisito adicional alguno, para que en el marco de un eventual proceso disciplinario en el cual se encuentre incurso, se le practique la prueba del polígrafo, cuando quiera que **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** lo considere necesario.

OBLIGACIONES DE CONFIDENCIALIDAD: Son obligaciones de **EL TRABAJADOR**, garantizar la política de integridad y protección de datos establecida por la compañía, especialmente las siguientes: **a)** Que con ocasión de la expedición de la Ley 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", en concordancia con lo dispuesto por el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, es responsable del tratamiento de la información, entendido éste como la recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión de datos personales y datos sensibles, los cuales serán incluidos en las distintas bases de datos de manejo institucional. **b)** Que en mi calidad de **TRABAJADOR** y en consideración al compromiso contractual que mantengo con **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, así como del acceso que se me permite a sus Bases de Información, constato que soy consciente de la importancia de mis

responsabilidades en cuanto a no poner en peligro la integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información que maneja GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S. y las UNIDADES ESTRATEGICAS DE NEGOCIOS con las que la sociedad mantiene sus relaciones comerciales. c) Que como Trabajador, entiendo y me comprometo a cumplir los Procedimientos de Seguridad de los Sistemas de Información que corresponden a mis funciones en la Institución. d) Que como trabajador Asociado, me comprometo a cumplir, asimismo, todas las disposiciones relativas a la política de GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S. en materia de uso y protección de datos sensibles, y a no divulgar la información que reciba a lo largo de mi relación con la Institución, subsistiendo este deber de secreto, aun después de que finalice dicha relación y tanto si esta información es de su propiedad, como si pertenece a un cliente de la misma, o a alguna otra Sociedad que proporcione a GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S. el acceso a dicha información, cualquiera que sea la forma de acceso a tales datos o información y el soporte en el que consten, quedando absolutamente prohibido obtener copias sin previa autorización. e) Que como trabajador, entiendo que el incumplimiento de cualesquiera de las obligaciones que constan en el presente documento, intencionalmente o por negligencia, podrían implicar en su caso, las sanciones disciplinarias correspondientes por parte de GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S. y la posible reclamación por parte de la misma de los daños económicos causados. f) Que como trabajador entiendo la importancia de la protección de los datos personales para los titulares de los mismos, y en ese sentido, mis acciones en el desarrollo de mis labores se deben orientar por la búsqueda de la efectividad de los derechos de los titulares

SEPTIMA. PERJUICIOS: Cualquier infracción, error u omisión, en especial aquellos que impliquen perjuicios a los intereses de los afiliados, que cometa **EL TRABAJADOR** en el desarrollo de sus actividades y que conlleve responsabilidad por parte de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, hará a **EL TRABAJADOR** solidariamente responsable por el monto de los perjuicios, multas o sanciones en los cuales pueda incurrir **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, con ocasión de este hecho, de conformidad con el artículo 19 del Decreto 1485 de 1.994 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan, aclaren o adicionen, por lo cual **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** podrá descontar de su liquidación de prestaciones sociales, bonificaciones, incentivos, comisiones y demás pagos laborales y no laborales, el valor que la persona afectada declare como perjuicio; para el efecto, para demostrar el incumplimiento de este deber, bastará con la comunicación del perjudicado en que afirme el incumplimiento de esta obligación.

OCTAVA. SUSPENSION: Se constituyen como causales de suspensión del Contrato de trabajo, las enumeradas en el artículo 4 de la Ley 50 de 1.990 y en las disposiciones que lo modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan, así como las contempladas en el Reglamento Interno de Trabajo.

NOVENA. TERMINACIÓN: Son justas causas para dar por terminado el presente contrato las señaladas en la Legislación Laboral, las indicadas como causales de despido en el Reglamento Interno de Trabajo de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, y además los hechos que a continuación se enumeran, que las partes convienen considerar como constitutivos de faltas con gravedad suficiente para dar por terminado el contrato de Trabajo unilateralmente y sin necesidad de preaviso alguno por parte de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.:** **a)** Presentarse al trabajo en estado de embriaguez o enervamiento por cualquier clase de bebida o droga; **b)** Faltar al trabajo sin licencia o permiso previo por tres (3) o más días durante un mismo período mensual (no necesariamente calendario) sean o no sean consecutivos, sin justificación aceptable; **c)** Las faltas de respeto o el maltrato de obra para con otros empleados de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, contra sus clientes o visitantes, dentro o fuera de los lugares y horas de trabajo. **d)** El abandono sin permiso previo del puesto de trabajo cuando deba permanecer en éste; **e)** Las sustracciones o el uso en provecho propio o ajeno de cualquiera de los dineros, instrumentos y/o equipos de trabajo de la oficina; **f)** El hecho de penetrar directamente o permitir o facilitar el acceso de terceros a las dependencias de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, sin autorización, fuera de las horas de trabajo y por razones ajenas a éste; **g)** El hecho de demorar el trámite de cualquier documento u operación, sin la debida justificación; **h)** Trabajar en labores distintas o asesorar a otras personas naturales o jurídicas sobre sistemas, procedimientos o técnicas de trabajo sin la debida autorización; **i)** La recepción de sumas de dinero en efectivo provenientes de terceros por cualquier concepto en ejercicio de su actividad, o contraviniendo las instrucciones que al respecto emita **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**; **j)** La realización de cualquier infracción, error u omisión que comprometa la responsabilidad de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** así ésta no haya sido declarada en instancia judicial o administrativa, para lo cual bastará el reconocimiento que **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** haga de la misma; **k)** La divulgación de hechos o informes conocidos en el desarrollo de su trabajo que puedan causar perjuicios o colocar en posición desventajosa frente a otras personas, naturales o jurídicas, a **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**. **l)** La adquisición de cualquier enfermedad infectocontagiosa que implique riesgo grave en el desarrollo de sus labores y/o relacionadas con el trato con los posibles beneficiarios o beneficiarios efectivos de los programas ofrecidos por **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** **m)** La negativa injustificada a practicarse exámenes médicos o sanitarios ordenados por **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**; **n)** La inasistencia injustificada a los planes y programas de capacitación que determine **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, o la no aprobación de los mismos; **ñ)** El no reportar al Departamento de Gestión Humana de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, por si o por indirecta persona, cualquier enfermedad o accidente profesional o común, a fin de tramitar la correspondiente incapacidad; **o)** No efectuar las denuncias penales y querellas correspondientes ante las autoridades competentes en aquellos eventos en que tenga conocimiento de actuaciones ilícitas. **p)** El extravío o pérdida

dolosos o culposos de la papelería a él asignada o el uso fraudulento o irracional que a ella se le dé, sin perjuicio de las acciones civiles y penales a que hubiere lugar. **q)** El hecho de ser demandado en algún proceso judicial o disciplinario o el hecho de haber sido denunciado penalmente por cualquier hecho delictivo o infracción policiva o hecho del que se pudiere derivar responsabilidad penal; **r)** La no asistencia puntual al trabajo, sin excusa suficiente a juicio del empleador, por tres (3) veces dentro de un mismo mes del calendario o diferente mes pero dentro de un mismo período mensual; **s)** El incumplimiento así sea leve de las obligaciones contenidas en la cláusula quinta y/o de obligaciones y/o funciones de **EL TRABAJADOR**, conforme al objeto del presente contrato; **t)** Cuando por cualquier motivo no pueda continuarse con el desarrollo del objeto contractual y/o en criterio de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** ya no sea necesario.

DÉCIMA. CONOCIMIENTO DE NORMAS: EL TRABAJADOR manifiesta conocer y aceptar todas las normas contenidas en el Reglamento Interno de Trabajo de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, en el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial y en el Programa de Salud Ocupacional.

DÉCIMA PRIMERA. CLÁUSULA COMPROMISORIA: Toda controversia que entre las partes se suscite con ocasión de la existencia, validez, eficacia, vigencia, interpretación, modificación, responsabilidad, ejecución, cumplimiento, terminación y liquidación del presente contrato, de no ser resuelta directamente por las partes, se someterá a la decisión de un tribunal de arbitramento de la Ciudad de Bogotá D.C., el cual deberá estar integrado por un Tres (3) árbitros, abogados, designados por mutuo acuerdo de las partes. El laudo arbitral se proferirá en derecho y el tribunal arbitral tendrá su sede en el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de la Ciudad de Bogotá D.C.

DÉCIMA SEGUNDA. CUSTODIA DE IMPLEMENTOS O INSTRUMENTOS: EL TRABAJADOR se obliga a cuidar los implementos e instrumentos recibidos en razón de su cargo, tales como, aparatos médicos, computadores, beepers, teléfonos celulares (etc.); y/o aquellos que se le asignen. En caso de daños o deterioros distintos a los derivados del uso normal o de la acción del tiempo y que fueren imputables al mal uso de la instrumentación y/o a su propia culpa, deberá efectuar oportunamente y por su cuenta las reparaciones o sustituciones necesarias. En caso de pérdida de instrumentos imputable a él, es decir, por el incumplimiento injustificado de su obligación de custodiar, deberá restituir un instrumento de idéntica calidad o en su defecto deberá pagar el valor comercial actual del instrumento y/o aparato. En caso de que la causa de daño o pérdida sea imputable a cualquiera de sus subalternos, si es del caso, tendrá derecho a solicitar por escrito, que las consecuencias anteriormente enunciadas se trasladen al responsable, siempre y cuando se pueda acreditar dicha situación. No obstante su responsabilidad no acaba hasta que no se restituya o arreglen los instrumentos correspondientes.

DÉCIMA TERCERA. DESCUENTO POR NÓMINA. EL TRABAJADOR autoriza mediante la suscripción del presente contrato, que le sea descontado por nómina, de su salario mensual y/o de la liquidación de prestaciones sociales o de cualquier especie de incentivo, bonificación o comisión o pagos laborales y no laborales que le correspondan, el valor comercial actual del

instrumento o aparato o el valor de su arreglo, en caso de llegarse a configurar alguna de las situaciones anteriormente previstas. Así mismo, **EL TRABAJADOR** autoriza de manera expresa desde ya a **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** a descontar de su salario y/o de su liquidación de prestaciones sociales y en general de cualquier acreencia que exista en su favor, toda suma de dinero que pueda deber a **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** como consecuencia del incumplimiento de sus obligaciones laborales.

DÉCIMA CUARTA. (1) El Numeral Octavo (8º) del Artículo Sesenta (60) del Código Sustantivo del Trabajo establece como una prohibición especial para los trabajadores, el uso de útiles o herramientas suministradas por el patrono en objeto distinto del trabajo contratado. La disposición propende porque todo material de trabajo que es entregado a **EL TRABAJADOR** para desarrollar la actividad para la cual fue contratado, no sea utilizado en actividades ajenas a su labor dentro y fuera de su jornada laboral. Facultad esta, que también se encuentra consagrada en la jurisprudencia que al respecto a emitido la H. Corte Constitucional en la Sentencia T- 261 DE JUNIO 20 DE 1995 M.P. José Gregorio Hernández.

"GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.", bajo la premisa de la norma en mención, en su calidad de empleador tiene la facultad de controlar las actividades que sus trabajadores realizan con los equipos de sistemas que tienen o no acceso al servicio de Internet, el uso de las líneas telefónicas y el fax, ya que se trata de herramientas de trabajo, de las cuales se valen los empleados para el desempeño de sus labores.

(2) Armonizando las disposiciones Quince (15) de la Carta Política y Sesenta (60) del Código Sustantivo del Trabajo, tenemos que en las actividades ajenas al círculo reservado de las personas, siendo el caso del ámbito laboral, cuando resulta estrictamente necesario para el desempeño de dichas actividades, el tercero puede penetrar en el entorno privado.

En el caso concreto, **"GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S."** podrá realizar auditorías de sistemas, grabar las llamadas que se efectúen a través de los teléfonos de la compañía, ejercer control a las líneas telefónicas y al fax, con el único propósito de comprobar y monitorear que los trabajadores utilicen dichas herramientas con fines estrictamente laborales, y no por el contrario, con fines personales o como mecanismos de entretenimiento.

DÉCIMA QUINTA. CAMBIO DE DOMICILIO: EL TRABAJADOR se compromete a informar por escrito y de manera inmediata a **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.**, cualquier cambio en su dirección de residencia teniéndose en todo caso como suya la última dirección registrada en su hoja de vida.

DÉCIMA SEXTA. CESIÓN DE DERECHOS: EL TRABAJADOR se obliga con la firma del presente contrato a ceder a favor de **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** los derechos de autor que sobre programas de computación o software y/o hardware implemente para ésta, para tal efecto **EL TRABAJADOR** se

denominada **CEDENTE** y **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S.** se denominará **CESIONARIO**, lo anterior de acuerdo a lo contemplado a las cláusulas siguientes:

DÉCIMA SEPTIMA. TRANSFERENCIA DE DERECHOS: La presente tiene como objeto transferir los derechos patrimoniales que no hayan sido cedidos por la naturaleza misma de la relación laboral existente entre el **CEDENTE** y el **CESIONARIO**, durante el desarrollo de la obra o (software y/ hardware) contratada.

DÉCIMA OCTAVA. CESIÓN DE DERECHOS SOBRE EL OBJETO CONTRACTUAL: El **CEDENTE**, por medio del presente acto, cede al **CESIONARIO** todos y cada uno de los derechos patrimoniales que tenga o pueda llegar a tener sobre la OBRA objeto del presente contrato, tanto en Colombia como en el exterior. El **CEDENTE** no conservará, ni se reservará derecho patrimonial alguno sobre la OBRA del presente acuerdo, salvo los derechos morales de autor en los términos que en el presente contrato se establecen.

DÉCIMA NOVENA. DERECHOS TRANSFERIDOS: El **CESIONARIO** podrá, comercializar, distribuir, reproducir, editar, adaptar, fijar, comunicar, ejecutar, utilizar, licenciar, difundir, publicar, copiar o de cualquier otra manera podrá obtener provecho económico de la OBRA objeto del presente acuerdo, libremente y sin ningún tipo de limitación territorial y por cualquier medio existente o por existir.

PARÁGRAFO PRIMERO: El **CESIONARIO** podrá libremente transferir, total o parcialmente, los derechos patrimoniales sobre la OBRA.

PARÁGRAFO SEGUNDO: A partir de la formalización y firma del presente contrato el **CEDENTE** autoriza al **CESIONARIO** a modificar la obra, total o parcialmente en cualquier momento y por cualquier persona designada por la misma o por quien sea titular de los derechos patrimoniales en el debido momento.

VIGÉSIMA. RENUNCIA EXPRESA DEL CEDENTE A LOS DERECHOS PATRIMONIALES SOBRE LA OBRA: El **CEDENTE** es consciente de que al carecer de derechos patrimoniales sobre la OBRA, no podrá ejercer ninguno de estos y particularmente no podrá reproducir, difundir, modificar, derivar otra OBRA, licenciar, enajenar u obtener provecho a nivel personal directa o indirectamente de la OBRA, sin que medie autorización previa, expresa y escrita del **CESIONARIO**.

VIGÉSIMA PRIMERA. ENTREGA DE DOCUMENTOS: Al momento de la formalización y firma del presente contrato, de ser el caso, el **CEDENTE** deberá entregar todos los originales y las copias de la OBRA y los códigos fuentes. Esta obligación cubre todas las versiones anteriores y actuales (hasta la fecha de suscripción del presente contrato), que hayan o no sido puestas en el mercado. El **CEDENTE** no podrá en ningún caso, salvo autorización expresa y escrita del **CESIONARIO** conservar, hacer una copia o de cualquier manera sustraer, así sea para uso personal, los códigos fuente u objeto, manuales, o instrucciones de la obra.

VIGÉSIMA SEGUNDA. SOLICITUD DE MANTENERSE ANÓNIMO POR PARTE DEL CEDENTE: En uso del derecho de autor, el **CEDENTE** solicita irrevocablemente mantenerse anónimo y por lo tanto no ser mencionado como autor de la OBRA. Sin embargo dentro de su experiencia profesional el **CEDENTE** podrá hacer mención de haber participado en la creación de la OBRA.

VIGÉSIMA TERCERA. GRAVÁMENES: La OBRA debe encontrarse libre de cualquier medida tecnológica efectiva que impida su correcta explotación económica o su modificación, por ejemplo, por encriptación o bombas lógicas.

VIGÉSIMA CUARTA. DERECHOS DEL CESIONARIO FRENTE A MEJORAS O MODIFICACIONES O INVENTOS DERIVADOS DE LA OBRA ORIGINAL: El **CESIONARIO** tendrá derecho de patentar a su nombre o a nombre de terceros, inventos o mejoras contenidos en la OBRA, respetando el derecho del **CEDENTE** a ser mencionado como inventor en la correspondiente patente, si así lo desea el mismo. El **CEDENTE** carecerá del derecho de patentar a su nombre el contenido de la OBRA.

VIGÉSIMA QUINTA. OBLIGACIONES ESPECIALES DEL CEDENTE: De ser necesario requerírsele, el **CEDENTE**, accederá a facilitar el cumplimiento oportuno de todas las formalidades referentes al registro, cesión de derechos y/o trámite de patentes y otorgará su firma o extenderá los poderes y documentos necesarios para tal fin. En caso de que el **CESIONARIO** no pueda obtener la firma del **CEDENTE** en los documentos mencionados, como consecuencia de impedimentos físicos, mentales o por cualquier otra causa, el **CEDENTE** concede poder de manera irrevocable al representante legal del **CESIONARIO** para que en su nombre y representación, firme dichos documentos y realice todas las diligencias necesarias para el cumplimiento de las formalidades señaladas en el presente contrato.

VIGÉSIMA SEXTA. DERECHO DE SIGNOS DISTINTIVOS: El **CEDENTE** manifiesta que no ha iniciado la solicitud de registro de ningún signo distintivo en Colombia o en el exterior, en donde se identifique la Obra objeto del presente contrato. El **CEDENTE** acepta ceder al **CESIONARIO**, por medio del presente contrato, cualquier derecho o expectativa de derecho que pudiera tener sobre las marcas o signos distintivos relativos a la obra objeto del presente contrato. El **CEDENTE** se compromete a no registrar directa o indirectamente signos distintivos, idénticos, similares, parecidos o que conlleven a confusión, frente a los que posee el **CESIONARIO** o a los derivados de la obra objeto del presente contrato. El **CEDENTE** acepta que el **CESIONARIO** o quien sea designado por el mismo, podrá registrar a su nombre cualquiera de los signos distintivos relativos a la obra objeto del presente contrato.

El presente contrato deja sin valor ni efecto cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado con anterioridad entre las mismas partes, si lo hubiere. Para constancia se firma el presente contrato ante dos testigos hábiles que dan fe de lo acordado, en dos (2) ejemplares de un mismo tenor y valor con destino a cada una de ellas, a los VEINTE (20) días del mes de JUNIO del año Dos Mil Diecisiete (2017).



G OCHO S.A.S.

JHON FERNANDO QUEVEDO PANTOJA
Representante Legal
G OCHO S.A.S.

EL TRABAJADOR,

cc. 1143845981

ANA MARÍA BELTRAN GARCIA.
C.C. No. 1.143.845.981 de Cali.

G-OCHO S.A.S.
Grupo Operador Clínico
Hospitalario por Outsourcing S.A.S
Nit. 900.612.531-0
Calle 6a No. 10-10

392

RICARDO JOSÉ MARTINEZ MARTINEZ.

Avenida 4ta Nte 7 N – 53, Consultorio 607.

Tel: (2) 6670088 – Cel: 3164208230.

E- mail: sasamartinez2@hotmail.com

Santiago de Cali – Valle, Septiembre de 2019.

**CUESTIONARIO PARA PERITO
GINECOBSTETRICIA.**

RICARDO JOSÉ MARTINEZ MARTINEZ, mayor de edad y vecino de la ciudad de Santiago de Cali, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, en mi calidad de especialista en ginec obstetricia, me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que actualmente no me encuentro incurso en causales de impedimento para asumir el cargo de perito dentro del proceso que se surte a órdenes del Juzgado 04 Civil del Circuito de la ciudad y bajo el radicado 201800140, en igual sentido, me permito manifestar que acepto someterme al régimen jurídico de responsabilidad como perito especialista en ginec obstetricia, y que en atención a mi formación académica y profesional, atendiendo razones técnicas, de idoneidad y experiencia pasaré a atender cuestionario realizado y en punto a la controversia objeto de la Litis, de tal manera:

1.- Explique en qué consiste un feto macrosomico?

R/ Consiste en un feto según la descripción de la FIGO- FEDERACION INTERNACIONAL DE GINECOBSTETRICIA- en fetos que pesen más de 4000 gramos después del nacimiento. Antes de ese periodo, es decir, del nacimiento, puede haber sospechas mas no certezas sobre el peso del bebe.

2.- De acuerdo con la revisión del informe de ecografía obstétrica del 10 de mayo de 2017 de la señora PAOLA ANDREA CEBALLOS se podría concluir un feto con percentiles adecuados?

R/ De acuerdo al informe de la ecografía obstétrica de fecha 10 de mayo de 2017 que aparece dentro de la historia clínica, reporta un perímetro cefálico de 327 milímetros para percentil 75-90 y un diámetro biparietal de 83 mm, para percentil 50-75, sin tener ninguna otra medida posterior hasta la fecha del parto de estos parámetros; sin embargo, el valor o la medida más importante para definir la dificultad en el canal del parto es el diámetro biparietal y cuando se encuentra por encima de 100 mm prácticamente no se puede lograr la vida del parto.

Un perímetro cefálico depende de muchas cosas, como lo es la forma del cráneo, hay cráneos alargados y cráneos redondos y por eso lo más importante es el diámetro biparietal.

RICARDO JOSÉ MARTINEZ MARTINEZ.

Avenida 4ta Nte 7 N – 53, Consultorio 607.

Tel: (2) 6670088 – Cel: 3164208230.

E- mail: sasamartinez2@hotmail.com

3. - Cuál es el examen por excelencia para identificar un feto macrosomico?

R/ La forma más adecuada para un feto macrosomico sería una ecografía tomada 8 o 15 días antes de la fecha probable de parto; sin embargo, todos esos datos son de sospecha, la confirmación del feto macrosomico se hace únicamente ya cuando el bebe nace.

4.- Es posible determinar esta condición antes que nazca el bebé?

R/ Se puede sospechar por una ecografía tomada 8 o 15 días antes del parto, pero no es posible confirmarlo. En cuanto a la sospecha es algo muy subjetivo porque se puede sospechar con una ecografía realizada 8 o 15 días antes de la fecha de parto, pero eso depende mucho de la experticia que tenga el ecografista porque se pueden encontrar variaciones de más o menos 500 gramos en el peso del bebe con respecto al peso registrado en la ecografía.

5.- Que es la parálisis del ERB?

R/ La parálisis de ERB es una condición que aparece después del parto cuando hay dificultad para el desprendimiento de los hombros, sobre todo del hombro anterior, o sea que es el hombro que esta contra la sifisis púbica, entonces la persona que está realizando el parto se ve en la imperiosa necesidad de realizar una hiper extensión del cuello y a veces hasta producir la fractura de la clavícula para poder lograr el desprendimiento y así terminar de sacar él bebe y eso produce pérdida de la movilidad de la extremidad afectada que dependiendo de la forma como venga él bebe puede ser el hombro izquierdo o el hombro derecho.

Normalmente el 80% se recupera con buena terapia y buen manejo de fisioterapia, por lo cual, generalmente no es una situación permanente, aun en los casos en que se tenga que realizar la fractura de la clavícula.

6.- La parálisis del ERB es irreversible para un niño. Explique?

R/ Como se indicó antes, la mayoría de las veces se resuelve con buena fisioterapia en el 80% de los casos.

7.- La parálisis de ERB produce alguna afectación neurológica en el bebé?

R. No. La parálisis de ERB no tiene relación con ninguna secuela neurológica.

394

RICARDO JOSÉ MARTINEZ MARTINEZ.
Avenida 4ta Nte 7 N – 53, Consultorio 607.
Tel: (2) 6670088 – Cel: 3164208230.
E- mail: sasamartinez2@hotmail.com

Al revisar la historia clínica se advierte que los valores del APGAR al minuto, a los cinco minutos y a los 10 min, son normales, lo cual habla que no se trató de un bebe deprimido, o un sufrimiento estrés fetal.

8.- Teniendo en cuenta la nota de historia clínica de fecha 27 de junio de 2017 correspondiente a la paciente PAOLA ANDREA CEBALLOS, realizada por la médico ANA MARIA BELTRAN GARCIA, quien brindó atención inicial en la que se indica: "Paciente con dilatación y borramiento completo, feto en estación más 1, se ordena traslado a la sala de partos y ubicación en posición de litotomía, se realiza asepsia y antisepsia con yodados y colocación de campos esteriles, se atiende parto por ginecóloga de turno DRA. VILLOTA." Indique quien fue la profesional que atendió el parto?

R/ Se establece por la nota de historia clínica que la ginecóloga de turno, doctora VILLOTA, fue la persona que atendió el parto.

9.- De acuerdo con las evoluciones encontradas en la historia clínica realizadas por la doctora ANA MARIA BELTRAN, indique si la actuación médica desplegada por ésta profesional fue o no adecuada de acuerdo con los protocolos médicos?

R/ En todos los servicios de partos de la ciudad de Cali los médicos generales son un apoyo para el especialista de turno y seguramente muchas de las evoluciones firmadas por el médico general son realizadas por el especialista, pero dadas las condiciones de trabajo aparece solamente la firma del médico general. En muchos de los servicios de partos trabajan médicos generales que se dedican exclusivamente a atender pacientes en trabajo de parto y seguramente en muchos casos dada la congestión de servicio también les toca atender los partos a ellos, esto hace que muchos de estos médicos en un corto tiempo adquieran una experiencia muy importante y una capacidad de análisis sobresaliente para determinar pacientes que tengan algún grado de complicación. En el caso de la doctora BELTRAN se nota que ella siguió todos los protocolos y sus evoluciones son totalmente acertadas. Ya la atención del parto fue realizada por la ginecóloga de turno como lo pide la norma.

10.- De acuerdo a su respuesta anterior, se puede establecer si de la conducta desplegada por la doctora ANA MARIA BELTRAN incidió en la complicación que tuvo el bebé?

R/ No porque la parálisis de ERB se presenta en el momento de la atención del parto, situación que también esta descrita como una consecuencia de un parto difícil.

395

RICARDO JOSÉ MARTINEZ MARTINEZ.
Avenida 4ta Nte 7 N – 53, Consultorio 607.
Tel: (2) 6670088 – Cel: 3164208230.
E- mail: sasamartinez2@hotmail.com

11.- La parálisis del ERB está ligada directamente a una mala práctica o a una maniobra científicamente no reconocida?

R/ No. Como lo dije anteriormente es una consecuencia de una hiper extensión del hombro que se encuentra sobre la sínfisis del pubis en un momento de una extracción difícil y más que una mala práctica es una maniobra salvadora. Si no se logra sacar la bebé como efectivamente lo lograron con una buena puntuación del APGAR posiblemente ese bebé o hubiera muerto o hubiera quedado con alguna secuela neurológica importante causada ésta última por hipoxia¹, por el tiempo prolongado que pueda durar el bebé estancado sin salir.

12.- Una paciente de 16 años de edad en estado de embarazo, se encuentra contraindicada para parto vaginal?

R. No. Si sus condiciones son óptimas ella puede tener un parto vaginal. La indicación de la cesárea depende de otros factores diferentes a la edad.

Viendo la evolución del parto de acuerdo a la historia clínica de la señora CEBALLOS no se evidencia un momento en el que fuera pertinente tomar la decisión de llevar la paciente a cesárea, pues todo se dio dentro de la evolución normal de ese trabajo de parto.

13.- Es indicado reforzar el manejo con oxitócina en una paciente en trabajo de parto, a término y en fase activa, que presenta malos pujos?

R/ Si es adecuado, esta conducta médica está estipulada dentro de los protocolos del manejo de trabajo de parto.

14.- De acuerdo a la historia clínica, explique cuál fue la condición especial, que hizo necesarias las maniobras de KRISTELLER en la paciente PAOLA ANDREA GIRALDO.

R/ La maniobra de KRISTELLER se ha utilizado universalmente y desde hace muchos siglos y consiste en hacer presión sobre el fondo uterino para ayudar al desprendimiento de la cabeza en la fase de la expulsión. La norma dice que el KRISTELLER no se debe realizar, pero eso es una maniobra que hecho por una persona entrenada y con buena experticia es salvadora en

¹ Consiste en la falta de oxígeno al cerebro.

RICARDO JOSÉ MARTINEZ MARTINEZ.
Avenida 4ta Nte 7 N – 53, Consultorio 607.
Tel: (2) 6670088 – Cel: 3164208230.
E- mail: sasamartinez2@hotmail.com

determinados momentos. Lo importante de esta maniobra es que se haga en una forma racional y bien hecha.

15.- Determine de acuerdo a su especialidad, cual fue la labor desempeñada por la Dra. ANA MARIA BELTRAN y si la actividad de la Dra. ANA MARIA BELTRAN fue determinante en la lesión del menor ANTHONY CUADROS CEBALLOS?

R/ La doctora solo hizo algunas evoluciones durante el trabajo de parto y según la nota que ella escribe la pasa a sala de partos para que la ginecóloga le atienda el parto.

16.- De acuerdo a su especialidad y al estudio de la historia clínica aportada, se puede afirmar que la Dra. ANA MARIA BELTRAN GARCIA, violo las guías de manejo del parto establecidas por la Secretaria de Salud?

R/ No porque ella simplemente hizo una labor de control de evolución del parto, pero ya la atención de parto no era de su resorte ni tampoco tomó decisiones o conductas con respecto a la vía de terminación del parto.

Finalmente, me permito certificar que la información anteriormente plasmada obedece al estudio de la historia clínica que realicé personalmente y de cara a documentos científicos, de tal manera he actuado leal y fielmente a mi labor, con objetividad e imparcialidad, teniendo en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes.

Cordialmente,


RICARDO JOSÉ MARTINEZ MARTINEZ.
C.C. No. 16.621.155 de Cali – Valle.

HOJA DE VIDA



RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINEZ

Santiago de Cali 23 de noviembre de 1958

Cédula de Ciudadanía # 16.621.155 de Cali

Casado

Teléfono 6670088 – 316 420 8230

Avenida 4 Nte # 7 N - 53 consultorio 607 Cali

ESTUDIOS REALIZADOS

COLEGIO SAN JUAN BERCHMANS, *bachillerato académico, 1975, Santiago de Cali.*

UNIVERSIDAD DEL VALLE, *médico cirujano, 1983, Santiago de Cali.*

UNIVERSIDAD DE CALDAS, *Medico Ginecoobstetra, 1988, Manizales (Caldas).*

EXPERIENCIA LABORAL

INTERNADO:

septiembre de 1982, Septiembre de 1983 Hospital Universitario del Valle.

AÑO RURAL:

Septiembre de 1983, Septiembre de 1984 Hospital Uribe Uribe Tulúa (Valle).

MEDICO GINECÓLOGO ADSCRITO A

*Comfahonda (Honda Tolima) Julio de 1988 a 1990.
Base aérea Germán Olano (Puerto Salgar Cundinamarca)
Julio de 1988 a Julio de 1990.
Caprecom (Caldas) Septiembre de 1988 a Julio de 1990.
Ecopetrol (Caldas) Septiembre de 1988 a Julio de 1990.
Celgac (Puerto Salgar) Octubre de 1988 a Julio de 1990.
Medisanitas (Cali) desde Octubre de 1991.
Colsanitas (Cali) desde Octubre de 1994.
Asenals (Cali) desde Enero de 1991 hasta Enero de 1998.
Cooorneva (Cali) desde 1992.
Comfenaalco (Cali) Colposcopias desde 1993.
Comfandi desde 1994.
Café Salud desde 1995.
Salud Colmena desde 1996.
Colpatria desde 1996.
Hospital San Juan de Dios (Cali) Agosto de 1990 a Julio de 1991.
Clínica Rafael Uribe Uribe ISS desde Agosto de 1990 cargo Jefe de turno desde Noviembre 1 de 1997.
Hospital San Vicente de Paul (Palmira) Agosto de 1990 a Diciembre de 1992.
Profamilia (Cali) Febrero de 1993 a Febrero de 1996.
Comfenaalco (Cali) Marzo 8 de 1994 a Marzo de 1995.*

CURSOS

- 1- Simposio internacional de perinatología, Bogotá Noviembre de 1986.
- 2- Simposio sobre actualización de alto riesgo Obstétrico, Cali Junio de 1987.
- 3-11 Congreso Latinoamericano y 1 Congreso Colombiano de fertilidad y esterilidad, Bogotá Octubre de 1987.
- 4-xv11 Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología (Pereira) Noviembre de 1987.
- 5-11 Congreso de medicina critica, (Manizales) Febrero de 1998.
- 6-Simposio clínico sobre avances en anticoncepción hormonal y endocrinología de la reproducción humana, (Bogotá) Mayo 1989.
- 7-Curso de Colposcopia Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá Mayo de 1991 duración 1 mes.
- 8-Detección y control de cáncer del cuello uterino, Mayo 6 al 31 de 1991.
- 9-Curso de actualización de Ginecología-Obstetricia, Cali Abril 11,12 de 1992.
- 10-Simposio Internacional "El estado del arte del manejo de la pareja infértil" 4, 5 y 6 de Marzo de 1993.
- 11-11 Simposio Nacional de Menopausia 7 y 8 de Mayo de 1993 Santiago de Cali.
- 12-Simposio sobre patología benigna de mama Cali Septiembre 4 de 1993.
- 13-XIX Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología , Bogotá del 2 al 5 de Marzo de 1994.
- 14-Avances de Fisiología y evaluación fetal, Bogotá Mayo 26, 27 y 28 de 1994.
- 15-Simposio Internacional de actualizacion en medicina materno

- fetal* Febrero 23, 24 y 25 de 1995.
- 16-IX Congreso Latinoamericano de Mastología, 19 al 21 de Julio de 1995.
- 17-Patología del tracto genital inferior Colposcopia y Vulvoscopia del 3 al 4 de Mayo de 1996.
- 18-Simposio Internacional de Histerectomía diagnóstica y operatoria del 9 al 10 de Agosto de 1996 Bogotá Clínica Marly.
- 19-Taller local iniciativa Hospital Amigos de la madre y del niño del 10 al 19 de Diciembre de 1996.
- 20-V Congreso Colombiano de Perinatología, Santiago de Cali 23 al 26 de Abril de 1997.
- 21-Simposio Internacional operación cesárea Santiago de Cali 20 y 21 de Junio de 1997.
- 22-Curso de Actualización incontinencia urinaria femenina 18 de Octubre de 1997 Hotel Dann Carlton Cali.
- 23-XXI Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología Santiago de Cali 22,23,24,25 y 26 de Marzo de 1998.
- 24-III Congreso Colombiano de Menopausia de 19 al 21 de Marzo de 1999 de Medellín.
- 25- VI Congreso Colombiano de Perinatología 14,15 y 16 de Mayo de 1999 de Santiago de Cali.
- 26-Simposio de Ginecología y Obstetricia Centro Médico Imbanaco 15,16 y 17 de Octubre de 1999 Santiago de Cali.
- 27- Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia realizado del 6 al 10 de Marzo del 2000 en Cartagena .
- 28-Simposio de Ginecología, Obstetricia y Perinatología Centro Medico Imbanaco 25 y 26 de Agosto de 2000.
- 29-Primer Simposio regional de Menopausia 27 y 28 de Octubre de 2000 en Santiago de Cali.

- 30-Congreso de Perinatología el 22,23 y 24 de Febrero de 2001 en Medellín.
- 31- IV Congreso Nacional de Menopausia 4, 5 y 6 de Abril de 2001 en Cartagena de Indias.
- 32-Segundo Simposio Regional de Menopausia, 25 y 26 de Enero de 2002 Santiago de Cali.
- 33-VII Congreso Colombiano de Perinatología ,Cartagena de Indias 10, 11 y 12 de Abril de 2003.
- 34-Congreso Nacional de Menopausia 17, 18 y 19 de Abril de 2003 Cartagena de Indias.
- 35-V Congreso Nacional de Menopausia, Bogota del 13 al 15 de Marzo de 2003.
- 36-VIII Congreso Colombiano de Perinatología, Cartagena, Abril 10, 11 y 12 de 2003.
- 37-VI Congreso Nacional de Ginecología, Cartagena de Indias del 11 al 15 de Mayo de 2004.
- 38- Congreso Internacional de Medicina y Enfermería Materno Perinatal, celebrado en Hotel Intercontinental Cali, 2, 3 y 4 de De Septiembre de 2004.
- 39-V Simposio Regional de Menopausia, Santiago de Cali los días 10, y 11 de Marzo de 2006, en calidad de participante.
- 40-Primer Simposio Nacional de Cáncer Ginecológico, Hospital Universitario San Vicente de Paúl 18 de Agosto de 2006, Medellín -Colombia.
- 41-7º Congreso Nacional de Menopausia, Barranquilla 8,9 y 10 de Marzo de 2007.
- 42- Aborto Una visión Integral desde la Perspectiva Actual en Colombia, 25, 26 de Mayo de 2007, Hotel Dann Carlton.

- 43- *Simposio Capitulo Suroccidente "Menopausia" Hotel Dann Carlton de Cali, 24 de Noviembre de 2007, Asociación Colombiana de Endocrinología.*
- 44- *Simposio Internacional de Histerectomía, 29 de Febrero y 01 de Marzo de 2008 Centro Médico Imbanaco.*
- 45- *Congreso Mundial de Perinatología D.C. 29, 30 y 31 de Mayo de 2008, Cartagena de Indias, Colombia.*
- 46- *XXVI Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología 29, 30 y 31 de Mayo de 2008, Cartagena de Indias, Colombia.*
- 47- *VII Congreso Iberoamericano de Diagnóstico y Terapia Prenatal 29, 30 y 31 de Mayo de 2008, Cartagena de Indias, Colombia.*
- 48- *Curso De Osteoporosis, Una Epidemia Silente y Pogramativa, celebrado en Cali del 26 de Marzo al 4 de Junio de 2008.*
- 49- *VIII Congreso Colombiano de Menopausia, Santiago de Cali, Marzo 21-24 de 2009.*
- 50- *Simposio de Mastologia para Ginecólogos, Hotel Dann Carlton Santiago de Cali 17 y 18 de Abril de 2009.*
- 51- *IV Simposio Nuevas prácticas en Ginecología y Obstetricia, Centro Vacacional Lago Calima 23 y 24 de Octubre de 2009.*
- 52- *XXVII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecologia , 20,21 y 22 de Mayo de 2010 Santiago de Cali, Centro de Eventos Valle del Pacifico, Yumbo-Cali*

CONFERENCIAS DICTADAS

- 1 - Conferencista en el taller teórico práctico sobre incontinencia urinaria femenina y prolapsos, Santiago de Cali, 22,23 y 24 de Noviembre de 2007, Fundación Valle del Lili.

- 2- Conferencista en el Simposio de Actualización en Salud Sexual y Reproductiva, Tuluá (Valle) 4 y 5 de Septiembre de 2009.

Dr. Ricardo J. Martínez
GINECOOBSTETRA
REG 16848
TP. 4088-05


RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINEZ
C.C. #16.621155 de Santiago de Cali



403
RA-3113702

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

UNIVERSIDAD DE CALDAS

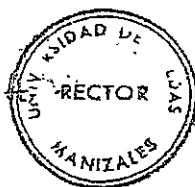
FACULTAD DE MEDICINA

ACTA DE ESPECIALISTA 016

SESION DE GRADO 008

En Manizales el 23 de junio de 1988 se reunieron, el Rector de la Universidad de Caldas ALVARO GUTIERREZ ARBELAEZ, el Decano de la Facultad de Medicina, OSCAR GOMEZ CEBALLOS y la Secretaria General de la Universidad MARIA CRISTINA LOPEZ DI SAFFON, con el fin de conferir en nombre de la República de Colombia, Ministerio de Educación Nacional, el título de **ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRIA** al doctor **RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINEZ**, identificado con la Cédula de Ciudadanía 16'221.155 expedida en Cali y con la Libreta militar E147727 de Cali, por haber cumplido con el Reglamento y los Programas de Postgrado que desarrolla la Facultad de Medicina, aprobados previamente por el Consejo Académico de la Universidad de Caldas y los cuales realizó entre el 1º de julio de 1985 y el 23 de junio de 1988. A continuación el Señor Rector tomó juramento legal de rige mediante el cual se comprometió a cumplir leal y fielmente la Constitución, las Leyes de la República, la Etica y los deberes de su profesión y se hizo entrega del Diploma que lo acredita como **ESPECIALISTA**. Original y copia de la presente Acta se entregará al interesado con las firmas y sellos respectivos. Para constancia se firma en Manizales a veintitres de junio de mil novecientos ochenta y ocho.

A. Gutierrez



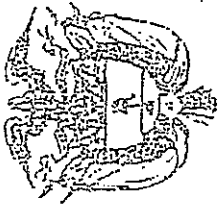
ALVARO GUTIERREZ ARBELAEZ



Oscar Gomez Ceballos

OSCAR GOMEZ CEBALLOS

REPUBLICA DE COLOMBIA



Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

LA UNIVERSIDAD DE CALDAS

Confiere el título de

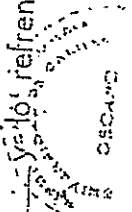
Especialista en Genética y Obstetricia

AL Dr. Ricardo José Martínez Martínez

En testimonio de ello se expide el presente título en Manizales, el día 23 del mes de Junio del año de 1988 y lo refrenda con el sello respectivo.



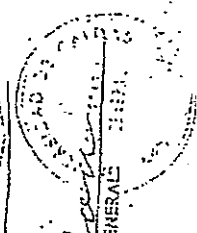
A. M. Urbina & A.
RECTOR



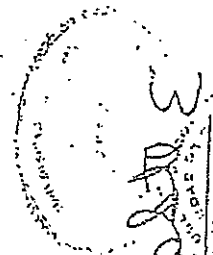
Oscaido Gómez
DECANO FACULTAD



Vice Rector Académico



Secretario General



Jefe Departamento

Secretario Facultad

LA NOTARIA QUINCE DE CALI
CERTIFICÓ
Que el presente documento es una copia, de su original que el suscrito ha tenido a la vista, Cali
18 OCT. 1988
MA. MERCEDES LÓPEZ
REP. DE COLOMBIA
CIRTO. DEL VALLE DE LA UCA

HILDA MA. JORDAN B.
NOTARIO 15 ENCARGADO
DEL CIRCULO DE CALI



DEPENDENCIA:

405

Al contestar citese este n.º
N.º

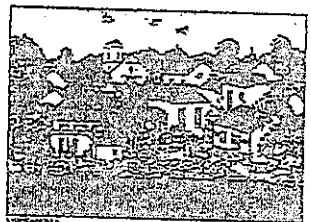
DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
SERVICIO SECCIONAL DE SALUD

CERTIFICADO No. J- 1435

El Director del Grupo Jurídico del Servicio de Salud del Valle del Cauca, hace constar que: RICARDO JOSE MARTINEZ MARTINE identificado con la cédula de ciudadanía No. 16.621.155 de Cali (V), se encuentra inscrito (a) en este despacho como MEDICO Y CIRUJANO -----, egresado (a) UNIVERSIDAD DEL VALLE -----, según consta en el Libro de Registro No. XXX, Folio No. 403, Registro No. 16848 del 21 de agosto de 1990

Dado en Cali, a los veintiun (21) días, del mes de agosto de mil novecientos noventa (1990).

SERVICIO DE SALUD
CALLE DE MARIANO
GUSTAVO MARQUEZ
Director
Grupo Jurídico
MC



49

La parálisis del plexo braquial asociada al nacimiento. Revisión de 30 casos

A. García Bravo¹, A. Rodríguez Zurita², A. Melián Suárez¹, C. Blanco Soler², J.M.³ Limiñana Cañal³, J.A. García Hernández², A. Gómez García¹

Resumen. Objetivo: Analizar de una manera actualizada la incidencia y los factores de riesgo en el embarazo y en el parto relacionados con la parálisis braquial obstétrica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de todos los casos de parálisis braquial asociada al nacimiento detectados en nuestro hospital entre enero de 1994 y marzo de 1998. Se registraron los datos relacionados con la edad de las madres, paridad, edad gestacional en el momento del parto, tipo de parto, presentación, duración del periodo expulsivo, sexo del niño, peso, test de Apgar a los 5 minutos, pH arterial de cordón umbilical, tipo de parálisis braquial, lado afecto y asociación de otras lesiones. Estos datos fueron comparados con los del resto de los neonatos nacidos en nuestro hospital durante ese mismo intervalo de tiempo.

Resultados: Se diagnosticaron 30 casos de parálisis braquial asociada al nacimiento. La incidencia fue de 1,04%. Además del peso alto al nacimiento, otros factores relacionados con un aumento de la incidencia de parálisis braquial obstétrica fueron la presencia de distocia de hombros en el parto, la finalización del mismo mediante fórceps y test de Apgar y pH por debajo de los límites habituales. No se encontró ningún caso de parálisis distal.

Conclusiones: Este estudio demuestra la influencia de los factores de riesgo conocidos en el desarrollo de la parálisis braquial asociada al nacimiento. Sin embargo, también se establecen dudas sobre la etiología de la tracción como causa única. Además, se insiste en la adecuada planificación de los partos ante la sospecha de niños macrosómicos.

An Esp Pediatr 1999;50:485-490.

Palabras clave: Parálisis braquial obstétrica; Traumatismo obstétrico; Parálisis de Erb; Parálisis de Klumpke; Lesiones natales.

BRACHIAL PLEXUS PALSY ASSOCIATED WITH BIRTH. A REVISION OF THIRTY CASES

Abstract. Objective: Our objective was to perform an updated analysis of the incidence and risk factors during pregnancy and labor related to obstetrical brachial palsy.

Patients and methods: A retrospective study of all cases of brachial palsy associated with birth detected in our hospital between January 1994 and March 1998 was performed. Data recorded included age of mother, parity, gestational age at the moment of birth, type of birth,

Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria

¹Servicio de Rehabilitación. ²Servicio de Obstetricia y Ginecología.

³Departamento de Ciencias Clínicas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Correspondencia: Dr. Agustín García Bravo. C/ Canalejas nº 45, 1º A. 35003 Las Palmas de Gran Canaria

Recibido: Noviembre 1998

presentation, duration of delivery, sex of child, weight, Apgar test at 5 minutes, arterial pH of umbilical cord, type of brachial palsy, side affected and association with other injuries.

Results: Thirty cases of brachial palsy associated with birth were diagnosed. The incidence was 1.04%. In addition to a high birth weight, other factors related to the increase in the incidence of obstetric brachial palsy were the presence of dystocia of shoulders at birth, the use of forceps and Apgar and pH under the usual limits. No case of distal paralysis was found.

Conclusions: This study demonstrates the influence of the risk factors known in the development of brachial palsy associated with birth. However, it also establishes doubts about the etiology of traction as the only cause. In addition, it stresses the necessity of adequate birth planning of babies suspected of being macrosomic.

Key words: Obstetrical brachial palsy. Obstetrical trauma. Erb's palsy. Klumpke's palsy. Birth injuries.

Introducción

A pesar de los avances contemporáneos en el estudio prenatal y en el seguimiento del embarazo, la parálisis braquial obstétrica (PBO) continúa siendo una consecuencia desafortunada tras un parto difícil.

La parálisis del miembro superior constituye uno de los traumatismos obstétricos más frecuentes⁽¹⁾. Su incidencia varía según las series entre 0,5 y 3% de los recién nacidos vivos⁽¹⁻³⁾. Habitualmente se ha considerado como consecuencia de un daño por tracción del plexo braquial durante las maniobras del parto^(1,2,4,5).

Clásicamente la PBO se ha clasificado en tres tipos: superior o de Erb-Duchenne (que afecta a las ramas C₅-C₆, y en ocasiones a C₇), inferior o de Dejerine-Klumpke (que involucra a las ramas C₈-T₁) y total (cuando se afectan, tanto las ramas superiores, como inferiores del plexo)^(2,4-6). En 1991 Brunelli y Brunelli⁽⁷⁾ definieron un nuevo tipo de PBO donde la lesión predominante se encuentra en la rama C₇ con afectación variable del resto del plexo. Fue denominada como parálisis intermedia y corroborada por otros autores⁽⁸⁾.

La parálisis de Erb-Duchenne aparece normalmente como consecuencia de partos con presentación cefálica en niños de más de 4 kg de peso que requieren fórceps o ventosas como instrumentación, donde se produce una tracción de las ramas superiores del plexo⁽⁹⁾. El mecanismo de dicha tracción se basa en

la combinación de un bloqueo del hombro anterior con una inclinación lateral de la columna cervical en sentido contrario^(2,6). Es el tipo más frecuente de PBO^(4,6).

La parálisis de Dejerine-Klumpke se relaciona con niños de menos de 3 kg nacidos tras una presentación de nalgas^(4,5) y con mecanismo diferente que consiste en una flexión lateral y eventualmente una hiperextensión de la columna cervical combinada con una tracción sobre la cabeza⁽²⁾.

La incidencia de la parálisis inferior no está clara, ya que existen autores que la sitúan en un 2-3% del total de las PBO⁽⁹⁾, mientras que otros la consideran en la actualidad prácticamente inexistente^(6,10). Las parálisis totales son, sin embargo, más frecuentes⁽⁴⁾. En un 5% de los casos, la PBO puede ser bilateral⁽¹¹⁾.

Cuando la parálisis es de tipo total puede asociarse un síndrome de Horner (por lesión del ganglio estrellado adyacente a C₈ y T₁) y una parálisis hemidiafragmática (por daño del nervio frénico en su origen, C₃-C₅) ipsilaterales^(2,4,6), siendo considerados como indicadores de la gravedad de la plexopatía⁽⁴⁾. La incidencia de la parálisis hemidiafragmática se establece en un 5-9%⁽²⁾. El síndrome de Horner puede presentarse asociado a la parálisis de Dejerine-Klumpke⁽⁵⁾.

La PBO puede sumarse a otros traumatismos generados durante el parto como son fracturas de clavícula^(2,4), fracturas de húmero⁽²⁾ e incluso se han descrito casos de luxaciones posteriores de hombro⁽¹²⁾.

La totalidad de los autores están de acuerdo en afirmar que la recuperación de la PBO se produce de manera espontánea en un 80-95% de los casos^(2,4,5). Sin embargo estos porcentajes no son similares para todos los casos de plexopatía. El número de niños en los que persisten las secuelas es mayor cuando la parálisis es de tipo inferior⁽⁴⁾.

En la mayoría de los estudios el alto peso del niño al nacimiento se considera el principal factor asociado al daño del plexo^(1,2,4,5). Otros factores valorados son el tipo de presentación⁽⁴⁾, la distocia de hombros^(1,2,13), partos prolongados^(1,4), partos vaginales instrumentados⁽¹⁾ y maniobras empleadas para liberar los hombros⁽¹³⁾. Existen también otros factores relacionados con la madre y con clara influencia sobre el riesgo de una PBO: edad, obesidad, diabetes y paridad^(1,4,14).

Aunque la mayoría de los niños con plexopatía braquial obstructiva se recuperan sin déficit residualés, un número no despreciable de ellos desarrollan severas limitaciones funcionales, deformidades óseas y rigideces articulares. Por este motivo nos hemos propuesto analizar de una manera actualizada la incidencia y los factores de riesgo en el embarazo y en el parto relacionados con la PBO.

Material y métodos

Para la elaboración de este estudio se han revisado todos los casos de PBO detectados en nuestro hospital durante un período de más de cuatro años comprendido entre enero de 1994 y marzo de 1998. La detección de estos casos vino determinada por los neonatólogos, encargados de la exploración del recién nacido y quienes, ante la presencia de clínica compatible con

una parálisis del plexo braquial, remitieron al recién nacido al servicio de Rehabilitación. No fueron incluidos en el estudio todos aquellos casos en los que la debilidad y la asimetría en el reflejo de Moro del miembro superior era debida exclusivamente a una fractura de clavícula. En estos casos la movilidad activa se recuperaba en el plazo de una semana. De la misma manera se descartaron tetraplejías, hemiplejías y artritis sépticas como diagnósticos diferenciales.

Se incluyeron en el estudio, por tanto, todos los recién nacidos vivos que presentaron una PBO, analizándose de manera retrospectiva los datos recogidos en la historia clínica relacionados con el embarazo, parto y neonato. De este modo, se consideraron en la madre las siguientes variables: la edad, paridad, edad gestacional, tipo de parto, presentación, duración del período expulsivo, y en el niño el sexo, peso, test de Apgar a los cinco minutos, pH arterial de cordón, tipo de PBO, lado afecto y asociación de otras lesiones (fractura de clavícula, síndrome de Horner, parálisis hemidiafragmática).

Para el análisis estadístico de los datos utilizamos el programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Window 95 versión 6.1. Los resultados los expresamos como incidencia de PBO por mil con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%, obtenidos mediante la distribución de Poisson en cada una de las variables estudiadas.

Resultados

Durante el período de estudio 28.927 niños nacieron vivos en nuestro hospital. De ellos 30 presentaron una PBO lo que supone una incidencia de 1,04‰. El análisis de las variables estudiadas de estos 30 casos nos muestra, respecto a los factores maternos (Tabla I), que la edad promedio de las madres era de 28,7 años (rango de 19 a 39 años). Eran primíparas 17 (56,6%) y 13 (46,3%) habían tenido entre 1 y 4 partos. Ninguna había tenido más de 4 partos. En lo que se refiere a la edad gestacional, en 29 casos (96,7%) el parto se produjo después de la 37 semana y solamente en un caso aconteció antes (semana 36). El tipo de presentación fue cefálica en 27 casos (90%) y podálica en 3 casos (10%). Fue preciso realizar un parto instrumentado con fórceps en 13 de los casos (43,3%) y en dos (6,6%) se practicó una cesárea. Así mismo, se objetivó la presencia de distocia de hombros en tres casos (10%). La duración del período expulsivo fue de 24,05 minutos de promedio (5-70 minutos), observándose que en la mitad de los casos la duración se mantenía entre 10 y 30 minutos.

El análisis estadístico demostró una incidencia mayor de PBO en presencia de distocia de hombros (52,63 por mil) y cuando el parto era realizado mediante fórceps (3,47 por mil). Los intervalos de confianza respectivos se expresan en la tabla I. Por otro lado, no se encontró relación estadística entre la incidencia de PBO y la edad materna, paridad, edad gestacional en el momento del parto o la duración del período expulsivo.

De los 30 niños nacidos con PBO, 20 (66,6%) eran varones y 10 (33,3%) eran mujeres. El análisis del peso determinó un peso medio de 3.699 g (rango de 2.600 a 4.690 g), agrupán-

Tabla I Características de la madre y del parto de los niños afectados de PBO (A) en relación con la población general (B)

	A		B	Incidencia de PBO x 1.000	Intervalos de confianza al 95%
	n	%	%		
EDAD:					
- 17-34	28	93,33	86,87	1,12	(0,709-1,54)
- > 34	2	6,66	11,83	0,58	(0-1,39)
PARIDAD:					
- Primíparas	17	56,66	52,02	1,06	(0,54-1,58)
- 2-4	13	43,33	44,83	1,07	(0,51-1,64)
SEMANA GESTACIONAL:					
- 32-36,6	1	3,33	5,67	0,608	(0-1,80)
- 37-41,6	25	83,33	75,73	1,14	(0,69-1,58)
- > 41,6	4	13,33	7,95	1,37	(0,28-2,72)
TIPO DE PARTO:					
- Eutócico	10	33,33	71,77	0,48	(0,18-0,78)
- Fórceps	13	43,33	12,91	3,47	(1,59-5,36)
- Cesárea	2	6,66	12,18	0,56	(0-1,35)
- Nalgas	1	3,33	1,61	2,14	(0-6,33)
- Distocia hombros	3	10	0,19	52,63	(38,79-66,47)
- Gemelar	1	3,33	1,25	2,75	(0-8,14)

(Número de niños sin PBO (B): 28.897)

Tabla II Características de los niños afectados de PBO (A) en relación con la población general (B)

	A		B	Incidencia x 1.000	Intervalos de confianza al 95%
	n	%	%		
SEXO:					
- Varón	20	66,66	50,86	1,35	(0,76-1,95)
- Mujer	10	33,33	49,11	0,70	(0,26-1,13)
PESO (g):					
- 2.500-3.999	22	73,33	85,60	0,88	(0,51-1,25)
- > 3.999	8	26,66	4,94	5,59	(1,72-9,46)
TEST DE APGAR (5 minutos):					
- < 7	5	16,66	0,62	27,17	(3,68-50,66)
- 7-10	25	83,33	98,10	0,88	(0,53-1,22)
pH (arterial):					
- < 7,20	21	70	26,17	2,87	(1,64-4,10)
- > 7,20	9	30	58,96	0,52	(0,18-0,87)

(Número de niños sin PBO (B): 28.897)

dose el 73,3 % de los casos entre 2.500 y 3.999 g, mientras que el 26,6% restante superaban este valor. Como cabía esperar se observó una relación estadísticamente significativa entre la presencia de PBO y un peso elevado al nacimiento con una incidencia de 5,59 por mil (1,72-9,46) en pesos mayores de 3.999 g. Los resultados obtenidos en la valoración del Apgar y del pH se expresan en la tabla II. El análisis estadístico demostró que la incidencia de PBO era mayor en los casos en que el Apgar se cifraba entre 4 y 6 con un valor de 27,17 por mil (3,68-50,66) mien-

tras que el Apgar entre 7 y 10 esta incidencia disminuía a 0,88 por mil (0,53-1,22). De la misma manera valores de pH menores de 7,20 ofrecían una incidencia incrementada de PBO hasta 2,87 por mil (1,64-4,10) frente a valores de pH de 7,20 que presentaban una incidencia de 0,52 por mil (0,18-0,87).

Los datos correspondientes a las variables postnatales se expresan en la tabla III, destacando la ausencia de parálisis braquiales distales, frente a 27 (90%) proximales y 3 totales (10%). La localización de la PBO fue derecha en 14 casos (46,6%) e iz-

Tabla III Características de la PBO en los niños afectados

	n	%
TIPO DE PBO:		
- Proximal	27	90
- Distal	0	0
- Total	3	10
LADO AFECTO:		
- Derecho	14	46,66
- Izquierdo	16	53,33
LESIONES ASOCIADAS:		
- Fractura clavícula	5	16,66
- Síndrome Horner	2	6,66
- Parálisis hemidiafragmática	1	3,33

quierdo en 15 casos (50%). Además en 5 casos (16,6%) se asoció una fractura de clavícula homolateral, en 2 (6,6%) un síndrome de Horner y en 1 (3,3%) una parálisis hemidiafragmática.

Discusión

De forma clásica se ha venido atribuyendo la etiología de la PBO a las maniobras en el parto. Así, se consideraba que el incremento brusco del espacio comprendido entre la cabeza y el hueco axilar del niño era el denominador común de las lesiones de distensión y ruptura de los elementos del plexo braquial⁽¹⁵⁾. La asociación del descenso del hombro y la flexión lateral del cuello en el caso de las maniobras obstétricas del parto provocan una tracción que puede ser responsable de las lesiones nerviosas^(2,4,6,10,15,16). Situaciones en las que se presenten partos con distocia de hombros, instrumentados con fórceps o macrosomía fetal complican dichas maniobras obstétricas y favorecen la aparición de lesiones en el plexo braquial.

Esta concepción etiológica comienza a cuestionarse en base a la aparición de neonatos afectados de una PBO sin relación con ninguno de los factores de riesgo mencionados. Así, Jennett et al.^(17,18) señalan la existencia de parálisis del plexo braquial en recién nacidos a los que se les realiza un electromiograma objetivándose un patrón de denervación de las ramas del plexo que debería desarrollarse en al menos 10 días, sin que los neonatos estudiados alcanzaran esa edad. De este modo, los autores opinan que el inicio de algunos casos de parálisis braquial es intrauterino, orientando esta posibilidad hacia la presencia de situaciones de maladaptación o malformaciones uterinas, edad materna baja o nuliparidad que conllevarían un incremento de la presión en útero y provocaría la lesión nerviosa.

De la misma manera, Hankins y Clark⁽¹⁹⁾ presentaron una PBO que afectaba al hombro posterior en un parto vaginal. El niño no asoció ninguna otra lesión. El hombro posterior no es sometido a las mismas fuerzas de tracción, por lo que la elongación de las raíces como etiología no tendría lugar. En otro trabajo, Walle y Hartikainen-Sorri⁽¹⁾ estudiaron 170 lesiones de hombro (tanto PBO como fracturas de clavículas) y encontra-

ron que en un tercio de los casos el hombro afectado era el posterior. En nuestro estudio el hombro lesionado fue siempre el anterior.

Ouzounian et al.⁽²⁰⁾ confirman la presencia de parálisis braquiales de Erb que ocurren, tanto en ausencia de distocia de hombros, como en el hombro posterior del neonato en presencia de distocia de hombro anterior, insistiendo en sus conclusiones en que la etiología de la parálisis braquial asociada al nacimiento no se relaciona de manera absoluta con el mecanismo de tracción.

Al-Qattan et al.⁽²¹⁾ estudia los casos de PBO diagnosticados tras partos finalizados mediante cesárea, planteándose si la etiología es realmente la tracción realizada para la extracción del niño del útero o si se deben buscar otros factores prenatales.

Algunos autores como Pocoví et al.⁽¹⁰⁾ en su revisión de la PBO señalan la existencia de un factor hereditario o constitucional que predispone a esta lesión y que guarda relación con la mayor o menor elasticidad de las formaciones fibrosas que anclan el plexo braquial a la columna cervical y aponeurosis profundas.

Como vemos, son muchos los trabajos publicados en la literatura actual que expresan dudas sobre la etiología de la parálisis braquial relacionada con el nacimiento. Evidentemente las maniobras de tracción realizadas durante el parto son responsables, en conjunción con los factores estudiados (peso del neonato, instrumentación del parto, etc.), de gran parte de las PBO diagnosticadas. Sin embargo, aquellas situaciones en las que se encuentran ausentes estos factores de riesgo y las maniobras de tracción no se corresponden con la plexopatía diagnosticada no podrán ser explicadas con las teorías clásicas. Estas situaciones merecen un estudio más profundo dirigido a esclarecer los factores etiopatogénicos.

La incidencia de PBO obtenida en nuestro trabajo se corresponde con las cifras referidas en la mayoría de los estudios publicados^(1,4,19,22). Esta incidencia de PBO fue mayor en los casos en que el parto precisó instrumentación con fórceps o ante la presencia de distocia de hombros, lo que confirma estas dos situaciones como factores de riesgo para el desarrollo de una PBO. Por otro lado, no pudimos determinar la misma relación con la duración del período expulsivo, aunque algunos autores⁽¹⁾ señalan al trabajo de parto prolongado como otro factor de riesgo. La edad materna y la edad gestacional en el momento del parto no fueron significativas.

De todos los casos de PBO que estudiamos, dos fueron diagnosticados tras partos finalizados mediante cesárea. Los casos de PBO tras cesárea son bastante raros suponiendo un 1% de todas las PBO, si bien ya han sido publicados en alguna ocasión^(2,21).

En lo que se refiere a la paridad de las madres, no encontramos incremento de la incidencia de PBO en el grupo de más de un parto. Sin embargo, comienza a darse importancia al hecho de que multíparas que hayan tenido previamente neonatos con PBO presenten un riesgo elevado de tener la misma complicación en subsecuentes partos. En un seguimiento realizado a 28 multíparas que presentaban uno o más niños previos con PBO se encontró que 8 de ellas tuvieron nuevamente niños afect-

489

53

tos, lo que determina una incidencia incrementada de PBO en estas multiparas⁽²³⁾. La presencia de factores como la diabetes gestacional, partos instrumentados o macrosomía fetal explicarían esa incidencia⁽¹⁴⁾. En nuestra serie se identificaron dos casos de diabetes materna, tipos B y C, con resultado de macrosomía fetal en ambos (4.670 y 4.310 g respectivamente). Las lesiones fueron proximales y ninguno de los niños presentó otras lesiones asociadas.

El factor de riesgo más significativo para el desarrollo de una PBO es el alto peso al nacimiento. En este sentido los resultados obtenidos en nuestro estudio coinciden con los del resto de la literatura revisada^(1-5,17,24). Así mismo en este trabajo encontramos un mayor número de varones afectados de PBO frente a mujeres. Una explicación válida para esta mayor incidencia de varones y que coincide con algunos autores⁽¹⁾, es que los varones presentan como promedio un mayor peso al nacimiento que las mujeres lo que se traduciría en una mayor incidencia de lesiones del plexo. Del mismo modo se debe señalar que hay 2,3 veces más varones que mujeres entre los niños macrosómicos. Esto apoya los hallazgos obtenidos en nuestra serie, donde de los 8 niños que pesaron más de 4 kg, cinco seran varones y tres mujeres.

Los resultados obtenidos en relación al Apgar y al pH demostraron una incidencia de PBO mayor en los casos en que el Apgar se situaba por debajo de 6 y el pH arterial se cifraba por debajo de 7,20. La valoración del Apgar ha sido realizada por varios autores^(1,3,13,17,19), coincidiendo nuestros resultados con los publicados. Sin embargo, en ninguno de los trabajos revisados se ha realizado la toma de pH arterial de cordón umbilical y en nuestra opinión constituye un indicador valioso de las circunstancias en que se ha desarrollado el parto. Un pH bajo nos revelará sufrimiento fetal y, por tanto, supondremos una urgencia en la finalización del parto e indirectamente un incremento de la agresividad obstétrica. Nuestros resultados señalan que 20 (66,7%) de los niños presentaban un pH menor de 7,20 y que en 6 casos (20%) el pH descendía por debajo de 7,10.

En ninguno de los 30 casos estudiados se observó una parálisis braquial distal. Este hecho coincide con las series publicadas^(3,17,24) recientemente. En una revisión de todos los trabajos publicados en los últimos 10 años que presentaran series de pacientes afectados de una PBO, se encontró que de un total de 3.508 casos sólo 20 parálisis eran del tipo distal o de Klumpke. La aparición de estos casos de PBO distal es atribuida a partos con presentación de nalgas donde los brazos del neonato se encontraban en hiperabducción ante la imposibilidad de sacarlos antes que la cabeza. Así, se considera que las lesiones aisladas de C₈-D₁ son extremadamente raras en la actualidad, debido a un cambio en la actitud obstétrica con respecto a la finalización de los partos con presentación de nalgas, que tienden a una mejor planificación del expulsivo y cesáreas electivas⁽⁶⁾.

La lesión más frecuente asociada a la PBO en nuestra serie fue la fractura de clavícula, presente en 5 casos, lo que coincide con otros trabajos publicados^(1,13). En uno de los recién nacidos la PBO fue total, asociando una fractura de clavícula y un síndrome de Horner, dentro de un parto en presentación cefálica

instrumentado con fórceps y con un peso de 4.690 g.

Para concluir, debemos decir que si bien la etiología de la PBO merece en la actualidad algunas dudas, sigue siendo claramente un problema de niños grandes. Por ello es fundamental que el tocólogo pueda disponer de un sistema predictivo que lo alerte sobre un alto peso previo al parto. Tanto las mediciones de sínfisis-fundus como el uso de la ultrasonografía son poco fiables y dejan un margen de error demasiado amplio. En el uso de la ecografía existe hasta un 10% de subestimación del peso en macrosómicos⁽¹⁾. Por lo tanto, predecir el sobrepeso del feto es difícil y ello deja sin control a uno de los principales factores de riesgo. Únicamente se puede sospechar un peso alto al nacimiento y es en esos casos en lo que hay que planear muy cuidadosamente el parto.

Scheller y Nelson⁽²²⁾ revisaron la literatura actual relacionada con la prevención de lesiones neurológicas en los niños mediante la realización de cesáreas, y concluyen su trabajo sin poder afirmar que los partos finalizados mediante cesárea puedan reducir lesiones neurológicas como la PBO. Es más, opinan que, dado que la incidencia de la plexopatía obstétrica es muy baja, que el porcentaje de recuperación es muy alto, el impacto del parto mediante cesárea en la prevención de la PBO es bastante bajo.

Bibliografía

- 1 Walle T, Hartikainen-Sorri AL. Obstetric shoulder injury. Associated risks factors, prediction and prognosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; **72**:450-454.
- 2 Slooff AC. Obstetric brachial plexus lesions and their neurosurgical treatment. *Microsurgery* 1995; **16**:30-34.
- 3 Jackson ST, Hoffer MM, Parrish N. Brachial plexus palsy in the newborn. *J Bone Joint Surg* 1988; **78A**:1217-1220.
- 4 Febrer A, Meléndez M. Parálisis braquial obstétrica. Estado actual. *Rehabilitación* 1997; **31**:225-229.
- 5 Gilbert A, Whitaker I. Obstetrical brachial plexus lesions. *J Hand Surg* 1991; **16B**:489-491.
- 6 Al-Qattan M, Clarke H, Curtis C. Klumpke's birht palsy. Does it really exist?. *J Hand Surg* 1995; **20B**:19-23.
- 7 Brunelli GA, Brunelli GR. A fourth type of brachial plexus lesion the intermediate (C7) palsy. *J Hand Surg* 1991; **16B**:492-494.
- 8 Al-Qattan MM, Clarke HM. A new type of brachial plexus lesion to be added to the classical types [letter]. *J Hand Surg* 1994; **19**:673.
- 9 Hernández C, Wendel GD. Shoulder dystocia. *Obstet Gynecol* 1990; **33**:526-534.
- 10 Poció Collado J, Lope-Garnica y Marín F. Parálisis braquial obstétrica. Tratamiento rehabilitador. *Med Rehabil* 1994; **7**:151-154.
- 11 Geutjens G, Gilbert A, Helsen K. Obstetric brachial plexus palsy associated with breech delivery. A different pattern of injury. *J Bone Joint Surg* 1996; **78B**:303-306.
- 12 Dunkerton M. Posterior dislocation of the shoulder associated with obstetric brachial plexus palsy. *J Bone Joint Surg* 1989; **71B**:764-766.
- 13 Baskett TF, Allen AC. Perinatal implications of shoulder dystocia. *Obstet Gynecol* 1995; **86**:14-17.
- 14 Martín Carballo G, Fernández Cano G, Grande Aragón C, Méndez Alavedra J, Hawkins Carranza F, Gracia Bouthelie R. El recién na-

411

- cido hijo de madre diabética (RNHMD). I.- Macrosomía y factores de crecimiento. *An Esp Pediatr* 1997; 37:295-301.
- 15 Forin V, Romaña C. Paralyse obstétricale du plexus brachial. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris, France), Kinésithérapie Medicine physique-Réadaptation*, 26-473-A-10, 1996, 10 p.
 - 16 Boome R, Kaye J. Obstetric traction injuries of the brachial plexus. natural history, indications for surgical repair and results. *J Bone Joint Surg* 1988; 70B:571-576.
 - 17 Jennet RJ, Tarby TJ, Kreinick CJ. Brachial plexus palsy: an old problem revisited. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166:1673-1677.
 - 18 Jennett RJ, Tarby TJ. Brachial plexus palsy. An old problem revisited again II. Cases in point. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176:1354-1357.
 - 19 Hankins G, Clarck S. Braquial plexus palsy involving the posterior shorlder at spontaneous vaginal delivery. *Am J Perinatol* 1995; 12:44-45.
 - 20 Ouzounian JG, Korst LM, Phelan JP. Permanent Erb palsy. A traction-related injury?. *Obstet Gynecol* 1997; 89:139-141.
 - 21 Al-Qattan MM, El Sayed AA, Al-Kharfy TM, Al-Jurayyan NA. Obstetrical brachial plexus injury in newborn babies delivered by caesarean section. *J Hand Surg Br* 1996; 21:263-265.
 - 22 Scheller JM, Nelson KB. Does cesarean delivery prevent cerebral palsy or other neurologic problems of childhood?. *Obstet Gynecol* 1994; 83:624-630.
 - 23 Al-Qattan MM, Al-Kharfy TM. Obstetric brachial plexus injury in subsequent deliveries. *Ann Plast Surg* 1996; 37:545-548.
 - 24 Michelow BJ, Clarke HM, Curtis CG, Zuker RM, Seifu Y, Andrews

55

¿Es útil la amniotomía de rutina en el trabajo de parto de inicio espontáneo? Una revisión de la literatura

Is routine amniotomy during spontaneous labor useful? Review of the literature

Walter Ventura¹, Nelly Lam-Figueroa^{1,2}

¹ Unidad de Medicina Fetal, Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú.

² Investigador Permanente del Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Resumen

La amniotomía de rutina o sistemática, practicada en gestantes con trabajo de parto de inicio espontáneo, se da en gran parte de hospitales del Perú y el mundo, documentándose su prevalencia hasta en 77%. Sin embargo, poco se conoce acerca de los beneficios y daños que puede ocasionar en el feto y en la madre. Se realizó una búsqueda de la literatura médica, con la finalidad de encontrar evidencia científica sólida que respalde o rechace esta práctica. Se llega a la conclusión que la amniotomía practicada sistemáticamente altera la evolución fisiológica del trabajo de parto, acortándolo hasta en 50 minutos en promedio; sin embargo, este acortamiento no tiene trascendencia clínica ni para el feto ni para la madre. Por el contrario, su práctica de rutina puede aumentar el número de partos disfuncionales y el puntaje Ápgar menor de siete a los cinco minutos.

Palabras clave: Amniotomía; distocia; trabajo de parto.

Abstract

Systematic amniotomy in pregnant women with spontaneous labor is largely practiced in Peruvian and world hospitals with documented prevalence up to 77%. Little is known on benefits and harms resulting to both fetus and mother. We searched the medical literature in order to find solid evidence to support or reject this practice. We conclude that systematic amniotomy alters the physiological evolution of labor shortening it about 50 minutes average. However, this has no clinical significance on both fetus and mother. Conversely, routine practice may increase incidence of dysfunctional labor and five minutes less than seven Apgar score.

Key words: Amniotomy; dystocia; labor, obstetric.

Introducción

La amniotomía es la rotura deliberada o artificial de las membranas corioamnióticas, realizada digitalmente o a través de instrumentos denominados amniótomos, como el de Beacham, o empleando pinzas, como la Kelly o Koecher. Es un procedimiento simple, que ha sido utilizado a través de muchos años en pacientes que no han estado en trabajo de parto, para la inducción del parto, solo o asociado a otros fármacos, como prostaglandinas y oxitocina. También, ha sido utilizada en pleno trabajo de parto, para verificar el color y aspecto del líquido amniótico, y para la colocación de electrodos en el cuero cabelludo fetal, con la finalidad de obtener el registro de la actividad cardíaca del feto o para la obtención de sangre y la medición del pH, en el diagnóstico de acidosis fetal^(1,2). Sin embargo, es sabido que el color meconial del líquido amniótico puede no responder a la hipótesis de que el feto está en sufrimiento fetal y se sabe que 20% de los fetos a término presentan líquido meconial, sin otro hallazgo de distrés fetal⁽³⁾. Asimismo, ha sido utilizada para aumentar la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas y acortar de esta forma la duración del trabajo de parto⁽⁴⁾. Por otro lado, hay que recordar que fisiológicamente 70% de gestantes llega a dilatación completa con las membranas intactas⁽⁵⁾.

En la última década, se ha publicado los informes de varios estudios clínicos aleatorizados que comparan la amniotomía de rutina con un intento de preservar las membranas. Cada uno de estos estudios proporciona información sobre los efectos de la amniotomía en la evolución del trabajo de parto. Sin embargo, debido a los tamaños muestrales restringidos, es limitada la capacidad de estos estudios para abordar los efectos de la amniotomía sobre los indicadores de la morbilidad materna y neonatal⁽⁶⁾.

Antecedentes históricos

Por todo el mundo, existió la idea de que un fragmento de la membrana ovular adosada a la cabeza proporcionaba buena fortuna y buena suerte a quien nacía con ella. En 1799, el precio por el que pagaban los marineros británicos por un pedazo de membrana era 30 guineas; eran los días de las guerras napoleónicas y las grandes batallas de mar⁽⁶⁾.

La rotura artificial de membranas es una práctica que los obstetras han usado ampliamente durante las últimas décadas y que hoy se puede decir es uno de los procedimientos obstétricos más utilizados. Se ha propugnado la amniotomía temprana como componente de un manejo activo del trabajo de parto, abordaje propuesto como un recurso posible de reducir la elevada tasa de cesáreas, tanto en América del

Norte como en Europa, especialmente en el Hospital Dublín del Reino Unido, donde se describió por primera vez el término manejo activo del trabajo de parto y la amniotomía como su principal componente⁽⁷⁾.

La amniotomía, como técnica obstétrica, fue introducida por primera vez en 1756, por Thomas Denman. Es en 1928, cuando Kreis propugna la amniotomía, como una técnica que debe practicarse en toda paciente, señalando que las membranas generan contracciones espasmódicas que retrasan el curso normal del parto⁽⁵⁾. En 1984, O'Driscoll publicó una extensa experiencia clínica, a la cual llamó manejo activo de trabajo de parto, con la finalidad de reducir la tasa de cesáreas, previniendo las distocias y acortando el trabajo de parto. Este protocolo de manejo consiste en un diagnóstico temprano del trabajo de parto, practicar amniotomía rutinaria en el lapso de una hora de admitida la paciente, y evaluación cada dos horas de la evolución del parto, administrando oxitocina cuando no hay progresión del trabajo de parto. Si bien con este protocolo se ha logrado reducir la tasa de cesáreas, no hay que olvidar que se trata de un trabajo no aleatorizado y realizado solo en nulíparas, sin mayores factores de riesgo, por lo que su recomendación es limitada, debido al bajo nivel de evidencia de este tipo de estudios, que no corresponden a ensayos clínicos⁽⁷⁾.

4/3

Casi 50 años después del reconocimiento del rol de las prostaglandinas, tanto para el inicio del parto y la dilatación cervical, existe un sustento fisiológico para los efectos observados en la amniotomía. Las membranas fetales y la decidua uterina producen grandes cantidades de prostaglandina E2 y F2 α y es sabido que la sola manipulación y más aún la rotura de las membranas fetales causan incremento de la síntesis de prostaglandinas⁽⁸⁾.

Con la ausencia de la bolsa de las aguas, desaparecería la acción protectora que esta tiene sobre la cabeza del feto. Así, se demostró que la presión registrada a nivel cefálico es mayor que en el resto del cuerpo y que esta es mayor cuando las bolsas están rotas, observándose además mayor deformación de la cabeza fetal^(8,9).

La fuerte compresión de la cabeza, producida por las contracciones uterinas, ocasionan estimulación vagal, que se traduce en la presencia de desaceleraciones tempranas o precoces, en el trazado cardiotocográfico intraparto (dip I). Por otro lado, existe asociación de dips I con alteraciones en el electroencefalograma fetal, pero no se sabe si esto produciría daño cerebral permanente. La presencia de dips I es hasta 21%, cuando las membranas se rompen a los 4 a 5 cm de dilatación y, por el contrario, solo 3%, cuando se mantienen íntegras hasta el final⁽¹⁰⁻¹²⁾.

También, se observó que los neonatos que mantuvieron las membranas íntegras hasta el final, tienen un pH umbilical y una saturación de hemoglobina significativamente más alta y una pCO₂ significativamente más baja que los nacidos de partos con membranas rotas precozmente⁽¹³⁾.

No existen datos a nivel nacional sobre la frecuencia o prevalencia de la práctica de la amniotomía. Es sabido que se viene practicando casi rutinariamente, en muchas instituciones, como en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), con la idea de reducir el tiempo del trabajo de parto. Esta práctica está apoyada en algunas publicaciones de poco rigor metodológico y con resultados contradictorios, sin valorar los otros posibles resultados adversos, como distocia por entrecimiento o por hiperdinamia, terminando en un mayor número de cesáreas, mayor uso de antibióticos, y otras complicaciones menos frecuentes, como endometritis, infección neonatal, prolapso de cordón, entre otros. Zamudio y col., en un estudio retrospectivo en el Hospital Militar Central, en la búsqueda de factores asociados al prolapso de cordón, encontró que 30% de estos estuvo asociado a amniotomía intrapar-

to⁽¹⁴⁾. Mato y col. comunicó recientemente un caso de embolismo de líquido amniótico asociado a amniotomía⁽¹⁵⁾.

Cuellar y col, en un estudio no publicado, presentado en un congreso brasileño, encontró que, en su hospital, 69,8% había tenido amniotomía y que esta se había realizado en las primeras dos horas luego del internamiento⁽¹⁶⁾. Schwarcz encuentra una prevalencia de hasta 75%⁽⁵⁾.

Con la finalidad de responder a la pregunta de si es beneficiosa la amniotomía practicada de rutina en el trabajo de parto, se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Medline, Embase y Lilacs, utilizando los términos *amniotomy*, *amniotomía*, *amniorrexix*, *artificial rupture of the amniotic membranes*; se cruzó con *labor* y se eliminó la palabra *induction*, encontrándose 74 citas publicadas en los últimos 25 años, desde artículos de reporte de casos hasta 2 revisiones sistemáticas de la biblioteca Cochrane, teniendo como resultado principal el acortamiento del trabajo de parto, una de Fraser y col, actualizada en 1999, y la otra de Smyth y col, actualizada hasta 2007^(1,6).

Resultados

El de Fraser y col.⁽²⁾ es uno de los más importantes ensayos clínicos aleatorizados, *Canadian early amniotomy study*, en el que demuestran que la amniotomía disminuye el tiempo promedio del trabajo de parto, en 136 minutos, pero solo cuando la dilatación es mayor de 3 cm, no encontrando diferencia cuando la dilatación es menor de 3 cm. Sin embargo, en los resultados trascendentales (*end points* primarios) -como son número de cesáreas y puntuación Ápgar baja- no hubo diferencia, por lo que deberíamos preguntarnos si existe verdaderamente algún beneficio clínico trascendente al acortar el trabajo de parto. Igualmente Lopez-Zeno y col.⁽¹⁷⁾ no demuestran algún efecto en la tasa de cesáreas. D'orsi y col.⁽¹⁸⁾ encuentran que la amniotomía, por el contrario, es un factor protector de cesárea, mediante un análisis de regresión.

N. Mikki y col.⁽¹⁹⁾, en un estudio clínico aleatorizado llevado a cabo en un hospital palestino, de enseñanza como el nuestro, agrupó a las gestantes de riesgo bajo en nulíparas y multíparas y encontró que, en los que se realizó amniotomía intraparto de rutina hubo una reducción significativa en el acortamiento del trabajo de parto, menor uso de oxitocina y ninguna diferencia en el modo del parto. Recomienda sin embargo que deba reservarse este uso para trabajos de parto que no progresan adecuadamente.

Kathleen H y col.⁽²⁰⁾ no encuentran diferencias significativas en la duración del trabajo de parto y, por el contrario, hallan mayor número de neonatos con *caput succedaneum*, distorsión de los huesos de la calota, desaceleraciones tipo dip I y mayor disminución del pH, medido en cordón umbilical, recomendando su uso solo en situaciones especiales.

Johnson N y col.⁽²¹⁾, en un ensayo clínico que logró reunir a 1540 mujeres, demuestran que la amniotomía rutinaria acorta el trabajo de parto solo en mujeres nulíparas y no en mujeres multíparas y no encuentra diferencia en la tasa de cesáreas.

Fraser y col.⁽¹⁾, en un metaanálisis para la librería Cochrane, en la que solo se incluye dos ensayos, desechándose varios, por la inadecuada calidad metodológica, encontraron que la amniotomía estuvo asociada con una reducción de la duración del trabajo de parto, entre 60 y 120 minutos. Hubo una tendencia marcada hacia un aumento en el riesgo de parto por cesárea (OR: 1,26; IC 95%: 0,96 a 1,66). El grupo con amniotomía temprana tuvo menor puntaje Ápgar (menor de 7 a los 5 minutos) (OR: 0,54; IC 95%: 0,30 a 0,96). Los grupos fueron similares con respecto a otros indicadores del estado neonatal (pH arterial del cordón, ingresos a la unidad de cuidados intensivos neonatales). También, encontraron que el grupo de amniotomía tuvo menor necesidad de usar oxitocina (OR: 0,79; IC 95%: 0,67 a 0,92).

Smith y col.⁽⁶⁾, en la última revisión sistemática para la librería Cochrane, del 2007, con un total de 4893 mujeres, concluyen que no existe diferencia significativa en el acortamiento del trabajo de parto, incidencia de cesáreas, morbilidad neonatal-materna y entre otras variables secundarias. Solo se demuestra que existen menos partos distócicos en el grupo de amniotomía, basado en el resultado de solo dos estudios. Si bien ellos reúnen catorce estudios clínicos, los criterios de inclusión y la metodología de análisis son muy heterogéneos, por lo que recomiendan realizar ensayos clínicos aleatorizados multicéntricos, con variables finales de trascendencia clínica.

En pocos estudios se evaluó la satisfacción materna con la práctica de la amniotomía y, en los que fue evaluada, se muestra mayor *disconfort e inseguridad con el trabajo de parto*, por parte de las pacientes⁽²²⁾. Los médicos no debemos asumir que el acortar un trabajo de parto esperado por una mujer sea lo que verdaderamente ella desee. Así, se ha visto que algunas mujeres

5

sienten perder el control del parto cuando ellas notan que han roto las membranas y se angustian mucho más⁽²²⁾. Algunas piensan que han perdido la protección de la cabeza del bebé y se genera dudas y disconfort durante todo el trabajo de parto⁽²²⁾.

La tendencia hacia un incremento en el índice de cesáreas observada en el metaanálisis, combinada con la evidencia de un aumento en la tasa horaria de anomalías en el monitoreo cardíaco fetal y con el aumento en la frecuencia de cesáreas por sufrimiento fetal, observada en un estudio clínico multicéntrico (Goffinet, 1997)⁽²³⁾ sugieren que deberíamos atenuar nuestro entusiasmo por la implementación de una política de amniotomía temprana de rutina, como una intervención aislada. Los efectos adversos de la amniotomía (sobre el trazado de la frecuencia cardíaca fetal y, consecuentemente, sobre el riesgo de cesárea por sufrimiento fetal) pueden ser mucho más importantes en los centros donde el monitoreo electrónico fetal se usa habitualmente sin muestreo de sangre fetal como un complemento. Estos efectos se verían probablemente atenuados por muestra de sangre fetal (Thacker, 1999)⁽²⁴⁾, por amnioinfusión en caso de desaceleraciones variables preocupantes (Hofmeyr, 1999)⁽²⁵⁾ o por una combinación de ambas técnicas. En esencia, esto implica brindar intervenciones para minimizar los efectos secundarios de una intervención de rutina anterior. Dados los conocimientos actuales, parecería ser que, reservar la amniotomía para trabajos de parto con una evolución lenta es una conducta razonable.

Los ensayos clínicos aleatorizados más grandes, como el *UK Amniotomy Group* (1994)⁽²⁶⁾, el *Canadian Early Amniotomy Study Group* (1992)⁽²⁾ y el estudio colaborativo multicéntrico en América Latina y el Caribe, por Schwarcz (1975)⁽⁵⁾, en la que participó nuestro país, con hospitales como el INMP, el Hospital San Bartolomé y hospitales de varias provincias, nos dicen que, al igual que sucede con la episiotomía de rutina, la amniotomía practicada sin indicación debe quedar como una práctica obstétrica, sepultada por la medicina basada en evidencias, y deberá ser nuestro juicio clínico según el escenario al que nos enfrentemos el que decida si debemos disponer de ella o no.

En conclusión, no se ha demostrado que el acortamiento del trabajo de parto tenga un resultado clínicamente trascendente en la madre o el feto. Las evidencias actuales no permiten hacer una recomendación generalizada acerca de la amniotomía

rutinaria. No existe un nivel de evidencia significativo que sustente la reducción en el número de cesáreas; por el contrario, existen observaciones que demuestran el aumento en el mismo. Queda por determinar la efectividad de la amniotomía sola como manejo del parto que ha iniciado espontáneamente y que se ha prolongado.

Como recomendaciones y en base al nivel de evidencia encontrado en la literatura recomendamos el uso restringido de la amniotomía en el trabajo de parto de inicio espontáneo, salvo en casos justificados clínicamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000(2): CD000015.
- Fraser WD, Marcoux S, Moutquin JM, Christen A. Effect of early amniotomy on the risk of dystocia in nulliparous women. *N Engl J Med*. 1993;328:1145-9.
- Gibb D, Arulkumaran S. Cardiocotocograph interpretation: clinical scenarios. Meconium-stained amniotic fluid. En: Gibb D, Arulkumaran S (eds). *Fetal monitoring in practice*. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1992. p. 130.
- Neilson JP. Comments: Amniotomy for shortening spontaneous labour. *REVISTA*. 2008;111(1):204-5.
- Schwarcz R, Balizan JM, Nieto F, Tenzer SM. La rotura precoz de las membranas ovulares y sus efectos sobre el parto y el neonato. Investigación colaborativa entre maternidades de América Latina. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y de Desarrollo Humano-DPS; 1975.
- Smyth RM, Allred SK, Markham C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(4):CD006167.
- O'Driscoll K, Foley M, MacDonald D. Active management of labor as an alternative to cesarean section for dystocia. *Obstet Gynecol*. 1984;63:485-90.
- Stewart P, Kennedy JH, Calder AA. Spontaneous labour: when should the membranes be ruptured? *Br J Obstet Gynaecol*. 1982;89:39-43.
- Ingelman-Sundberg A, Lindgren L. Intrauterine measurement of pressure during labor. *J Obstet Gynaecol Br Emp*. 1955;62:629.
- Schwarcz R, Strada Saenz E, Althabe O, Fernandez Funes J, Caldeyrobarcia R. Pressure exerted by uterine contractions on the head of the human fetus during labor. In: *Perinatal Factors Affecting Human Development*. Washington D.C.: PAHO; 1969. p. 115.
- García AE. Effects of uterine contractions on the EEG of the human fetus during labor. In: *Perinatal Factors affecting Human Development*. Washington D.C.: PAHO; 1969. p. 127.
- Schwarcz R, Althabe O, Belitzky R, Lanchares JL, Alvarez R, Berdaguer P, et al. Fetal heart rate patterns in labors with intact and with ruptured membranes. *J Perinat Med*. 1973;1:153.
- Schwarcz R, Martell M, Belizan JM, Nieto F. El equilibrio ácido base de la sangre del cordón umbilical en partos con rotura precoz y tardía de las membranas. VI reunión de la Asociación Latinoamericana de Investigación en Reproducción Humana. Lima, Perú. 1974.
- Zamudio AE. Prolapso de cordón umbilical. Hospital Central No 1, 1966-1973. Tesis para obtener el grado de bachiller. Facultad de Medicina, UNMSM. 1974.
- Mato J. Suspected amniotic fluid embolism following amniotomy: a case report. *AANA J*. 2008;76(1):53-9.
- Cuellar J. La ruptura artificial de las membranas y su relación con la evolución del parto. *Jornada Regional de Residencia Médica*. Santa Cruz de la Sierra: Secretaría Regional de Salud; 1994. p. 189-208.
- Lopez-Zeno JA, Peaceman AM, Adashek JA, Socol ML. A controlled trial of a program for the active management of labor. *N Engl J Med*. 1992;326:450-4.
- D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama Ade S, Reis AC. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(10):2067-78.
- Mikki N, Wick L. A trial of amniotomy in a Palestinian Hospital. *J Obstet Gynaecol*. 2007;27(4):368-73.
- Lynaugh KH. The effects of early elective amniotomy on the length of labor and the condition of the fetus. *J Nurse-Midwifery*. 1980;25(4):3-9.
- Johnson N, Lilford R. Randomized trial comparing a policy of early with selective amniotomy in uncomplicated labour at term. *Br J Obstet Gynecol*. 1997;104(3):340-6.
- Robinson J. Her master's voice? Amniotomy in Dublin. *Brit J Midwifery*. 2000;8:110.
- Goffinet F, Fraser W, Marcoux S, Bréart G, Moutquin JM, Daris M. Early amniotomy increases the frequency of fetal heart rate abnormalities. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997;104(5):632-40.
- Thacker SB, Stroup D, Chang M. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(2):CD000063.
- Hofmeyr GJ. Amnioinfusión para la ruptura de las membranas antes de término. *Cochrane*. 1999;(4). Oxford.
- The UK Amniotomy Group. A multicentre randomized trial of amniotomy in spontaneous first labour at term. *Br J Obstet Gynaecol*. 1994;101(4):307-9.

Manuscrito recibido el 21 de abril de 2008 y aceptado para publicación el 3 de junio de 2008.

Correspondencia:
Dr. Walter R. Ventura Laveriano
Unidad de Medicina Fetal
Instituto Nacional Materno Perinatal
Correo-e: walterrichard@hotmail.com
nlamfigueroa@yahoo.es

414

Impacto del Partograma en la atención del trabajo de Parto



Xiomara González de Ch., Omaira Abouassi, Alvaro Vargas, Félix Barrios, Guillermina Salazar de O.

RESUMEN

Impacto del Partograma en la atención del trabajo de Parto

El objetivo de este trabajo fue evaluar la utilidad del partograma en el resultado del parto y de la morbimortalidad materna y fetal. Es un estudio retrospectivo comparativo donde se analizaron 2495 historias de pacientes ingresadas entre Enero a Junio de 1995 en la maternidad del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", de Puerto Cabello, tomando 806 historias de pacientes ingresadas por trabajo de parto a quienes se les realizó partograma. Se evaluaron los resultados del parto, presencia de distocias, vía de resolución, puntuación de Apgar al nacer y la mortalidad materna y fetal comparándose a un grupo histórico de control de 1128 pacientes ingresadas entre Enero a Junio de 1992 en trabajo de parto, para esa fecha no se realizaba partograma. En ambos grupos la frecuencia de partos vaginales fue bastante semejante, pero los neonatos del grupo estudio presentaron mejor puntuación de Apgar. En éste, la incidencia de distocia intraparto fue de 136 casos (17%), 121 (89%) se resolvieron por vía vaginal y 15 (11%) por cesáreas mientras en el grupo control de 182 (16%) trabajos de parto distócicos 145 (80%) se resolvieron por vía vaginal y 37 (20%) por cesárea con peor resultado neonatal, se obtuvo una tasa de mortalidad fetal en el grupo estudio de 2,5 por 1000 y en el grupo control de 3,5 por 100 nacimientos, además de 1 caso de dehiscencia de cicatriz y 1 rotura uterina con muerte materna. Concluyéndose que la aplicación del partograma demuestra su utilidad en la atención del trabajo de parto en la identificación oportuna de anomalías.

Palabras claves: partograma, trabajo de parto, vigilancia del trabajo de parto.

ABSTRACT

Impact of the Partograph on the Management of Labor.

The objective of this report was to assess the value of the partograph in labor outcomes, and in maternal and fetal morbidity and mortality. A retrospective comparative study was carried out on 2,495 patients in labor admitted into the maternity service of "Dr. Prince Lara" Hospital, Puerto Cabello, Venezuela, between January and July 1995, using 809 files of patients in labor on whom the partograph had been used. Delivery outcome, abnormal labor, type of delivery, Apgar score at 1 minute, as well as maternal and fetal mortality were analyzed and compared with a historical control group of 1,128 patients in labor admitted between January and July 1992, on whom the partograph had not been used.

Frequencies of vaginal births were similar in both groups, but in the study group the newborn had better Apgar scores. In the study group, 136 (17%) of the cases had abnormal deliveries, 121 (89%) had vaginal deliveries, and 15 (11%) required cesarean section. In the control group, 182 (16%) cases had abnormal labor, 145 (80%) vaginal delivery, and in 37 (20%) C-section was performed with worse newborn conditions. Fetal mortality rate of the study group was 2.5 deaths/1000 births, and 3.5 deaths/1000 births for the control group, plus one case of scar undoing and another case of uterine rupture with maternal death. In conclusion, the partograph is a useful tool in the management of labor for it allows timely identification of abnormalities.

Key words: partograph, labor, management of labor.

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Departamento Clínico Integral de la Costa, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.
 Dirección electrónica: xioigon@hotmail.com
 Teléfono: 0241-8420461
 Recibido: Abril 2002 • Aprobado: Mayo 2003

INTRODUCCIÓN

Una inquietud a nivel mundial es disminuir los problemas inherentes al parto y de esta manera reducir las complicaciones maternas y feto-neonatales. Esto ha obligado a prestar más atención en la vigilancia del trabajo de parto en todos sus períodos y una forma sencilla es la vigilancia en forma gráfica, donde se relaciona el tiempo de dilatación cervical con el descenso de la presentación (1).

Se han desarrollado múltiples formatos para la vigilancia gráfica del trabajo de parto (2-4). En nuestra institución en 1993 se introdujo en forma piloto el modelo de Partograma con líneas y/o curvas de alerta del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) (2) con modificaciones de Orta Vásquez (5) adaptadas a nuestro medio y diseñando la Plantilla Partograma CLAP (6,7), y a partir de 1994 se incluye este instrumento de vigilancia del trabajo de parto dentro de la historia clínica de atención materna.

De allí nuestro interés en evaluar la utilidad del Partograma como herramienta de vigilancia del trabajo de parto, en el diagnóstico de los partos distócicos y por ende, en la reducción de la morbilidad perinatal y materna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo comparativo, donde se evaluaron 2495 nacimientos ocurridos entre Enero a Junio de 1994, tomándose 806 historias de pacientes con embarazos simples, feto vivo sin malformaciones congénitas, ingresadas en trabajo de parto, con dilatación menor de seis centímetros a quienes se les había realizado Partograma según instructivo (6). Se analizaron los resultados del parto, en relación a distocias intraparto, vía de resolución, condiciones del recién nacido a través de la puntuación de Apgar al nacer y la mortalidad intraparto, comparándose a los resultados obtenidos de un grupo histórico de control

constituidos por 1128 historias de pacientes ingresadas en el mismo periodo de meses (Enero-Junio) de 1992 con iguales características al ingreso en sala de parto; para esa fecha no se utilizaba partograma para la vigilancia del trabajo de parto.

Los resultados se presentan en tablas de propósito especial analizando los mismos con valores absolutos y relativos; se utilizó la prueba de la z para la comparación de las proporciones de las variables estudiadas, tomando una $p < 0.05$ para la significancia estadística (8).

Aspectos relevantes del llenado del partograma.

El llenado sólo se realiza una vez que la paciente ingrese a sala de parto, cuando se diagnostique la situación de trabajo de parto. El partograma consta de dos cuadrículas, en la superior, se traza la curva de dilatación cervical, la de descenso de la presentación y la de alerta, ésta última constituirá la base para diagnosticar cuando el caso comienza a desviarse de la normalidad. El trazado de la curva de alerta depende de varios parámetros (paridad, posición materna, bolsa de las aguas íntegras o no) lo cual dará a 5 tipos de patrones.

En el eje más izquierdo de las ordenadas se representa la escala para la dilatación cervical (desde 0 al parto) y para la frecuencia de las contracciones (0 a 10) donde cada cuadrado representa 1 cm de dilatación o 1 contracción por 10 minutos. En el eje más derecho de las ordenadas se representa la escala para la frecuencia cardíaca fetal (100 a 190) y con sentido descendente en números romanos los planos paralelos de Hodge. En el eje de las abscisas se representa las horas de trabajo de parto.

La cuadrícula inferior está diagramada para siete evaluaciones completas relacionadas a hora de la evaluación, médico responsable, tensión arterial, posición materna, tono uterino, duración y frecuencia de las contracciones uterinas y observaciones.

Impacto del Partograma en la atención del trabajo de Parto

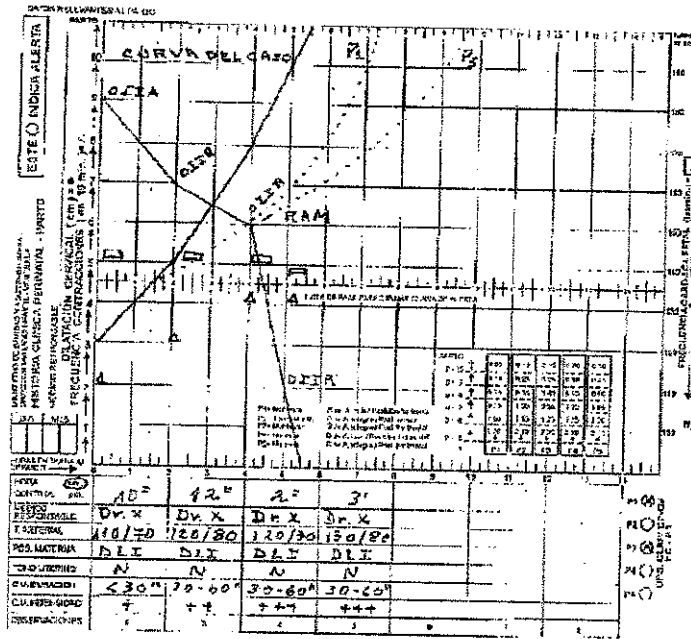


FIGURA 1. Se representa el llenado del partograma de una paciente con patrón P3 (multipara, bolsa de agua íntegra, posición horizontal) que al ser practicada la ruptura artificial de membranas (RAM) pasa a P1 (multipara, bolsa de agua rota, posición horizontal). El registro de las variables es normal, presentando parto 5 horas y 15 minutos de su ingreso a sala de parto. OIIA= occipito-ílica-izquierda-anterior, DII= decúbito lateral izquierdo, N= normal.

RESULTADOS

En la tabla 1 encontramos los datos relevantes relacionados al parto entre el grupo estudio y grupo histórico de control; en ambos grupo se encontró una proporción bastante semejante de partos por vía vaginal, pero las condiciones de los recién nacidos en base a la puntuación de Apgar fueron diferentes. En el grupo estudio el 97% de los recién nacidos que nacieron por vía vaginal (excluyéndose las dos muertes fetales) tuvieron una puntuación de Apgar ≥ 7 y 3% presentaron una puntuación de Apgar < 7 puntos mientras que en el grupo control el 79% de los neonatos que nacieron por vía vaginal (excluyéndose las tres muertes fetales) presentaron una puntuación de Apgar al nacer ≥ 7 puntos y 21% < 7 puntos, dando diferencia significativa al realizar la prueba de proporciones, ya que el valor

de z calculado dio mayor que el valor de $z_{0,05}$ (1,96). En el grupo control hubo una dehiscencia de cicatriz anterior con resultado materno fetal satisfactorio

TABLA 1. Resultados del Parto

	Grupo Estudio N = 806	Grupo Control N = 1128	p
Parto vaginal	791 (98%)	1091 (97%)	NS
Apgar $\geq 7^{*+}$	762 (97%)	857 (79%)	S
Apgar $< 7^{*+}$	27 (3%)	232 (21%)	S
Muerte fetal	2 (0,25%)	3 (0,27%)	NS
Dehiscencia de cicatriz	0	1	-

* No se incluyen las muertes fetales

+ Diferencia significativa por prueba de la z para comparación de proporciones con $p < 0,05$

En la tabla 2 se observa los resultados relacionados a los casos que presentaron distocia intraparto, la vía de resolución y las condiciones de los neonatos

TABLA 2. Resultados de los trabajos de Partos con Distocias

	Partos distócicos		p
	Grupo estudio	Grupo control	
	N = 136	N = 182	
Partos vaginales +	121 (89%)	145 (80%)	S
Apgar ≥ 7 ⁺	110 (92%)	119 (84%)	S
Apgar < 7 ⁺	9 (8%)	23 (16%)	S
Muerte fetal	2	3	NS
Cesáreas +	15 (11%)	37 (20%)	S
Apgar ≥ 7 ⁺	13 (87%)	29 (81%)	NS
Apgar < 7 ⁺	2 (13%)	7 (19%)	NS
Muerte fetal	0	1	-
Muerte materna	0	1	-

* Se excluyeron las muertes fetales
+ Diferencia significativa por prueba de la z para comparación de proporciones con p < 0,05

En la muestra a quienes se les practicó partograma se presentaron 136 casos de distocias intraparto (17%). Se presentaron 136 casos de distocias intraparto (17%), 121 casos (89%) se resolvieron por vía vaginal y 15 casos (11%) por cesáreas, encontrándose diferencias significativas entre la proporción de casos distócicos resueltos por vía vaginal y los resueltos por cesárea, ya que la z calculada fue 2 y 2,19 respectivamente, siendo mayor a la $z_{0,05}$ (1,96).

Aquellos que tuvieron parto vaginal, 110 (92%) neonatos nacieron en buenas condiciones y 9 (8%) nacieron deprimidos, en base al Apgar. En el grupo donde no se aplicó partograma se presentaron distocias intraparto en 182 casos (17%), en 145 casos (80%) se resolvieron por vía vaginal y en 37 casos (20%) por cesárea. En relación a los nacidos por vía vaginal, 119 neonatos (84%) tuvieron Apgar ≥ 7 y 23 neonatos (16%) con Apgar < 7. La comparación entre las condiciones de los recién nacidos por vía vaginal fue estadísticamente significativa, ya que la z calculada fue mayor que el valor de $z_{0,05}$ (1,96).

En relación a los casos con partos distócicos resueltos por cesárea, las condiciones de los neonatos

en base a la puntuación de Apgar fueron los siguientes: 13 casos (87%) de la muestra estudio nacieron en buenas condiciones y 2 (8%) deprimidos; en el grupo control 29 (81%) nacieron en buenas condiciones y 7 (19%) nacieron deprimidos, no se alcanzó significancia estadística.

Con relación a las muertes intraparto, se presentaron 2 en el grupo estudio, correspondiente a partos distócicos (de descenso), con circulares de cordón irreductibles. En el grupo control hubo en total 4 muertes 3 muertes por hipoxia intraparto que nacieron por vía vaginal y 1 caso se presentó una ruptura uterina en una paciente que al llegar a dilatación completa presentó shock hipovolémico, con muerte materna y del producto en el acto operatorio. Dando una tasa de mortalidad fetal para el grupo de estudio de 2,5 por 1000 nacidos vivos, y para el grupo control fue de 3,5 por 1000 nacidos vivos.

COMENTARIOS

El éxito del trabajo de parto se basa en términos de resultados. La desproporción céfalo-pélvica es la distocia más frecuente, llevando en un 20-50% la detención secundaria de la dilatación cervical, anomalías en el descenso, etc., produciendo trabajos de partos prolongados, con hipoxia intraparto, cansancio materno y riesgo de infección tanto materna como fetal (1,2)

En los últimos años la frecuencia de cesáreas ha ido aumentando paulatinamente y una de sus primeras indicaciones es la distocia intraparto (9,10) y, de ahí, la necesidad de diagnosticar precozmente esta patología a fin de aplicar un tratamiento oportuno y obtener un buen resultado materno y perinatal.

En un trabajo multicéntrico patrocinado por la OMS (11) donde evaluaron el manejo y el resultado del parto en pacientes a quienes se les practicó partograma, encontraron una reducción de trabajos de partos prolongados, disminución de la necesidad de uso de oxitócicos, igualmente el número de cesáreas de emergencia y las muertes fetales disminuyó significativamente, concluyendo que el partograma es un método válido y aceptable y de bajo costo en la vigilancia del trabajo de parto.

En nuestro estudio se consiguió, tanto en los partos vaginales con o sin distocias, mejores condiciones neonatales, tal vez determinado por el diagnóstico pre-

coz de cualquier anomalía que conlleven a un tratamiento inmediato. Igualmente la resolución por cesárea fue menor en el grupo a quienes se les realizó partograma con mejores resultados en las condiciones neonatales en contraposición al grupo control, tal vez motivado a que la resolución obstétrica se haga tardía probablemente por diagnóstico inadecuado con las consecuencias negativas para el producto de la concepción.

La MF intraparto en el grupo control fue de 3,5 por 1000 NV en contraste a 2,5 por 1000 NV en el grupo estudio e igualmente la ausencia de rotura uterina y de mortalidad materna en el grupo estudio nos habla de la utilidad del partograma en el manejo obstétrico.

En conclusión el uso del partograma como herramienta para el control del trabajo de parto nos permitiría detectar tempranamente cualquier alteración del trabajo de parto y determinar verdaderamente la presencia o no de distocias intraparto dejando el carácter subjetivo del diagnóstico.

De tal manera que el partograma constituye un recurso eficaz en la atención del trabajo de parto tanto a nivel hospitalario como a nivel primario, ya que, permite detectar precozmente cualquier anomalía en el mismo permitiendo la referencia oportuna.

El partograma debe constituirse en una herramienta básica en la atención materna e incluirse en el pensum a nivel de pregrado.

En conclusión, la aplicación del partograma demuestra su utilidad en la atención del trabajo de parto en la identificación oportuna de anomalías.

"Una imagen vale más que mil palabras"

AGRADECIMIENTO

Al personal del Departamento de Historia Médicas del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" por su desinteresado esfuerzo y ayuda en la elaboración de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sheen P, Hayashi R. Vigilancia gráfica del trabajo de parto: líneas de alerta y acción. *Clin Obstet Ginecol* 1987 1:31-38.
2. Arias F. Trabajo de parto y partos anormales en Arias F: Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 2ª edición, Mosby/Doyma Libros, España, Pág. 395-423, 1994.
3. Schwarcz R, Díaz A G, Nieto F.: Partograma con curvas de alerta: guía para la vigilancia del parto. *Salud Perinatal. Boletín del CLAP-OPS/OMS* 2, (8):93-96, 1987.
4. Drouin P, Nash BT, Nkounawa F. The value of the partogramme in the management of labor. *Obstet Gynecol* 1979, 53(6):741-745.
5. Orta Vásquez JR, Orta-Burgazzi JR, Bardia-Deu R. El partograma y su influencia en la mortalidad perinatal. En *Conferencia Nacional sobre historia clínica perinatal. Dirección Materno Infantil, SAS, Caracas, Venezuela, 22-24, 1991.*
6. Departamento de Perinatología, Dirección Materno-Infantil, MSAS: Instructivo para el llenado del partograma. 1991.
7. Orta-Vásquez JR. Vigilancia Gráfica del Trabajo de Parto y Plantilla con Curva de Alerta. Trabajo de Ascenso, Universidad de Oriente, Departamento de Obstetricia y Ginecología, 1995.
8. Fabre E, Carrera JM, Monleón J, Navarrete L. Investigación Clínica en Perinatología. Masón, S.A. España, 1ª Edición, 1998.
9. López G, Rivas M, Méndez N, Bracho de López C, Bentivegna G, Di Terlizzi M. Operación cesárea en la Maternidad del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello. 1984-1993
10. Molina R, MármoI de Maneiro L, Sánchez J. Cesárea: tendencia en frecuencias e indicaciones. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1995;55:65-70.
11. World Health Organization (WHO). World Health Organization partograph in management of labour. *Lancet* 1994 343:1399-1405.

DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

DIRECCIÓN
DE
SALUD PÚBLICA

BIA

BOLETÍN INFORMACIÓN
PARA LA ACCIÓN

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PARTO "PARTOGRAMA" DEL CLAP - OPS/OMS

Por: Centro Asociado al CLAP - OPS/OMS - U de A.
Convenio CI-295-2004 DSSA - U. de A.

INTRODUCCIÓN

Nacer es tan natural como morir. Actualmente la natalidad mundial fluctúa entre 1.2 por 1000 habitantes en los países ricos y 8.5 en los países pobres, y de continuar así la población actual de $6,5 \times 10^9$ aumentará a $9,8 \times 10^9$ habitantes en el 2050. Es así como cada segundo nacen cientos de bebés en el mundo, de los cuales el 80% lo hacen por vía vaginal, el 20% por cesárea, y en cada grupo habrá un número no despreciable de bebés con riesgo de enfermar o de morir como consecuencia de complicaciones durante el trabajo de parto. Por esto, es necesario insistir en la importancia de brindar una atención con calidad durante el trabajo de parto y parto, que incluye la asistencia intrahospitalaria y la supervisión permanente del binomio madre/hijo realizada por personal comprometido y capacitado.

La vigilancia permanente y adecuada del trabajo de parto es una estrategia necesaria para garantizar la disminución de los riesgos, y es una oportunidad para brindar el acompañamiento y la atención humanizada que la mujer gestante requiere. Además, el registro objetivo y sistematizado del trabajo de parto es una fuente invaluable de información para el análisis y la toma de decisiones, así como un instrumento para la evaluación de la calidad de la atención brindada por los servicios obstétricos.

REQUISITOS PARA LA ATENCIÓN CON CALIDAD DEL BINOMIO MADRE-HIJO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

La atención integral de la gestante en trabajo de parto requiere del conocimiento de elementos anatómicos, funcionales y

420

69

clínicos que intervienen en el proceso del nacimiento.

Aunque el proceso de nacer es fisiológico, no está exento de riesgos tanto para la madre como para el feto, debido a circunstancias particulares que deben ser identificadas antes del inicio del trabajo de parto. El médico debe garantizar con su juicio clínico que el parto vaginal es factible, y por lo tanto se puede conducir un trabajo de parto, para lo cual se deben cumplir las siguientes condiciones:

1. Identificar el trabajo de parto activo, es decir, la presencia de contracciones uterinas efectivas que produzcan borramiento y dilatación del cuello uterino, y descenso de la cabeza fetal a través de la pelvis ósea.
2. Realizar en cada evaluación clínica la verificación de los requisitos para el éxito del parto, que incluye:

A. Verificar la actividad contráctil: identificar la frecuencia óptima de las contracciones uterinas (mínimo tres en 10 minutos), la intensidad adecuada (40 mm de Hg o más, que equivale a sentir el útero bien firme), y la duración mínima (endurecimiento del útero durante mínimo 35 y hasta 60 segundos), necesarios para garantizar el progreso del trabajo de parto.

B. Evaluar la pelvis o "continente del parto": en la primera consulta de ingreso al trabajo de parto, el médico debe considerar la capacidad pélvica con relación al feto que ha de nacer. Evaluar la actitud corporal de la gestante y la estatura ayudan en la apreciación clínica de la pelvis, pero es el feto en el progreso del trabajo de parto el que va a determinar si la pelvis es adecuada. Deben identificarse los antecedentes perinatales como parto difícil, trauma perinatal e intervención quirúrgica intraparto, entre otros. La evaluación de la pelvis debe dirigirse a palpar las prominencias óseas que limitan el canal del parto, como el ángulo subpúbico, las espinas ciáticas, el promontorio y la posición del sacro.

C. Considerar los tejidos blandos maternos o circunstancias del continente: conjuntamente

con la evaluación de las estructuras óseas, deben valorarse los tejidos blandos del canal del parto y de la pelvis. Es útil considerar las modificaciones del canal cervical como producto de la actividad contráctil, así como tener en cuenta los antecedentes médicos y quirúrgicos que pueden influir en la respuesta del cervix.

D. Evaluar las características fetales o "contenido del parto": es el feto con sus particularidades quién finalmente determina la capacidad pélvica. Se deben evaluar los resultados perinatales previos con el fin de valorar indirectamente la capacidad pélvica.

El feto vivo asume una actitud funcional que es favorable para el descenso a través de la pelvis, exponiendo los menores diámetros cefálicos a las menores dimensiones pélvicas. Por esto, es necesario, en cada evaluación clínica de la gestante, tener en cuenta la evaluación del feto con sus características en relación con la dinámica uterina y el canal del parto. Al final de la dilatación se espera el descenso de la cabeza fetal por el canal pélvico.

E. Evaluación fetal y del ambiente intrauterino: El feto vivo es la razón fundamental de la vigilancia del trabajo de parto. Las consideraciones descritas están dirigidas a garantizar el progreso del parto sin dificultad, como un proceso funcional y con mínimo riesgo. En el inicio del trabajo de parto se deben verificar las condiciones maternas y fetales que ponen en riesgo la salud del feto en el ambiente intrauterino y en relación con la actividad contráctil del útero. Se recomienda realizar el registro electrónico en papel (NST o CST) antes de iniciar el trabajo de parto y durante la progresión del mismo, verificar la presencia de signos indirectos de sufrimiento fetal como meconio en el líquido amniótico, disminución de movimientos fetales y disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal. Además el registro gráfico de la historia del trabajo de parto (partograma) con sus novedades es la mejor herramienta para garantizar un resultado materno y perinatal óptimo.

DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA

2

421

65

CLÍNICA DEL PARTO O PARTOGRAMA

La descripción de la dilatación cervical y del descenso fetal se ha realizado en poblaciones numerosas de mujeres en trabajo de parto y han sido graficadas con el objetivo de facilitar la vigilancia del trabajo de parto. Se reconoce que el tiempo de dilatación cervical desde el inicio de la fase activa (4 cm de dilatación) hasta la dilatación completa (10 cm) ocurre en el 90% de las mujeres multíparas en 2,4 horas o menos y en la nulípara en 4,6 horas o menos. El descenso de la cabeza fetal suele ocurrir una vez la dilatación cervical alcanzó el 80%, es decir los 8 cm.

Friedman (1955, 1967) describió las diferentes etapas del trabajo de parto, considerando tres etapas: la primera o fase latente, es decir cuando comienza la modificación del cuello hasta los 3-4 cm de dilatación, puede durar de 18 a 24 horas; seguida de la fase activa que comienza en 3-4 cm, con óptima actividad contráctil y que conduce al descenso de la cabeza hacia el estrecho inferior de la pelvis; y la última etapa o expulsivo, cuando se completa el descenso de la cabeza fetal hasta el introito vulvar y ocurre el nacimiento del feto. Con base en esta información, Philpott (1972) y Studd (1973) propusieron la graficación de la etapa activa del trabajo de parto como una herramienta clínica para la vigilancia del trabajo de parto, llamado partograma.

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) presenta la historia clínica del trabajo de parto con los mismos elementos del trabajo de Philpott y Studd, pero con la aplicación de patrones temporales de dilatación cervical con relación a variables que influyen en el progreso del trabajo de parto (Schwarz y colaboradores, Publicación Científica del CLAP, N° 1153, 1987). El comportamiento de la dilatación de una paciente en particular, se grafica con referencia a una "línea de alerta".

La línea de alerta se define como el percentil 90 (p90) de la dilatación de una población de referencia, es decir que el 90% de las mujeres han tenido su parto antes del tiempo estipulado por la línea de alerta o en contraposición, solo el 10% de las mujeres se

demorarán más del tiempo estipulado por la línea de alerta para el nacimiento. Cuando la curva de dilatación de la gestante cruza a la derecha la línea de alerta o p90, significa que se está alejando del comportamiento normal y es necesario reevaluar los requisitos para el trabajo de parto exitoso. Este momento es importante para corregir las potenciales alteraciones del proceso normal y tomar conductas médicas validadas como la aplicación de analgesia epidural, el refuerzo de la actividad uterina con ositócicos, la realización de una ruptura artificial de membranas ó la mejoría de las condiciones clínicas maternas y fetales. De lo contrario, permitir que la curva de dilatación cervical continúe avanzando en el tiempo hacia la derecha y sin progreso, es omitir el concepto de vigilancia materna y fetal, y permitir la aparición de riesgos y complicaciones.

El partograma del CLAP ofrece algunas ventajas adicionales sobre las curvas clásicas de Studd y Philpott, tales como:

- Permite la construcción de una curva de alerta de acuerdo con las particularidades de cada paciente, como la nuliparidad o la multiparidad, la integridad o no de las membranas ovulares y la posición materna durante el trabajo de parto.
- Ofrece un espacio adecuado donde se deben registrar todas aquellas variables que aparecen en la evolución del trabajo de parto, como la ruptura artificial de las membranas ovulares, las características del líquido amniótico, los cambios de posición materna, la estación fetal, la variedad de posición de la cabeza fetal, y algunas otras novedades.
- Presenta una tabla independiente para el registro de las características clínicas durante el trabajo de parto como la posición materna, la presión arterial, el pulso, la frecuencia cardíaca fetal, la duración de las contracciones, la frecuencia y la localización del dolor.
- Es dinámico y fácil de elaborar, de tal forma que cualquier miembro de la institución, sin ser el médico tratante, puede evaluar la evolución de la

curva de dilatación y llamar la atención cuando la curva se acerca a la línea de alerta o la sobrepasa.

- Facilita el trabajo de las instituciones que atienden un volumen grande de pacientes, pues con una sola mirada se puede juzgar lo adecuado o no de la evolución del trabajo de parto, sin necesidad de revisar múltiples notas de evolución que en muchos casos son ilegibles.

COMO UTILIZAR EL PARTOGRAMA DEL CLAP?

1. Identificar la historia clínica del trabajo de parto con nombres y apellidos, fecha y número de historia (ver gráfico 1).
2. Utilizar la tabla ubicada en la parte inferior derecha del partograma (ver gráfico 2), para registrar las evaluaciones clínicas desde el ingreso de la paciente al hospital, tanto durante el periodo previo a la fase activa del trabajo de parto como durante este. Debe escribirse la hora de evaluación en cada columna, y de manera consecutiva siguiendo las letras desde la "a" hasta la "p". Las horas de cada columna de esta tabla no tienen concordancia estricta con las horas consignadas en la tabla del partograma (ver gráfico 4), pues cada que se evalúa la paciente no se realiza un tacto vaginal.

Esta parte del partograma debe ser diligenciada cada que se evaluó la paciente por cualquier miembro del equipo de salud (médico, profesional de enfermería ó auxiliar de enfermería).
3. En la parte inferior izquierda del partograma (ver gráfico 3), se encuentran las convenciones propuestas para el diligenciamiento del partograma. Incluye los planos pélvicos y la variedad de posición, la dilatación, el estado de las membranas, la intensidad de la contracción y su localización, la frecuencia cardíaca fetal, y la posición materna durante el trabajo de parto.

Estas convenciones se emplean para diligenciar las tablas de evaluación clínica y de dilatación y descenso (ver gráficas 2 y 4).

4. En la parte superior derecha se grafica la curva de dilatación cervical, las de alerta y de descenso de la cabeza fetal (ver gráfico 4). La grafica de la dilatación cervical solamente se debe iniciar cuando la paciente este en la fase activa del trabajo de parto, es decir, cuando la dilatación cervical alcance los 3-4 cm y exista simultáneamente buena actividad uterina, tanto en frecuencia como en intensidad. Los dos aspectos anteriores son fundamentales para no cometer el error de graficar la fase latente del trabajo de parto que puede llevar a tomar decisiones inadecuadas.
5. En el borde inferior de la tabla están las "horas de registro" del trabajo de parto activo desde las cero horas hasta las catorce. Cada segmento corresponde a una hora, dividida en cuatro porciones de quince minutos. Inmediatamente debajo de la línea de "horas de registro" están las casillas para registrar la "hora real", es decir la hora en que se inicia la curva de dilatación cervical, y las siguientes horas hasta el parto. Las "horas reales" de evaluación de la dilatación cervical usualmente no coinciden con las de evaluación clínica. Si se considera necesario relacionar la evaluación clínica con la de dilatación, se escribe la letra que aparece en la tabla de evaluación clínica correspondiente en el cajón respectivo de la "hora real". Ver gráfico 5.
6. El partograma tiene una línea de base, señalada con una flecha, a partir de la cual se inicia la construcción de las curvas de alerta. (ver gráfico 6).
7. Para construir la "curva de alerta" se determina el punto de partida sobre la línea de base", luego se buscan los tiempos en la parte superior izquierda para construir la curva de alerta (ver gráfico 7). Los tiempos a emplear se eligen de acuerdo a la paridad, la posición de la paciente durante el trabajo de parto

y el estado de las membranas. Si la paciente es múltipara, tiene las membranas íntegras, y esta acostada, los tiempos a utilizar para construir la curva de alarma son los que corresponden a estas características. Las flechas indican el tiempo que se demora una paciente determinada en pasar de un centímetro a otro. (Ver gráfico 7).

8. Para construir la curva de alerta se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

a) Si la paciente ingresa en 5 cm de dilatación, iniciar la curva de alerta en la línea de base.

b) Si la paciente ingresa en 6 cm. de dilatación o más iniciar la curva de alerta en el punto que indica la dilatación correspondiente. El siguiente ejemplo muestra como se construyen las curvas de alarma para una paciente múltipara con membranas rotas que ingresa en 5 cm de dilatación y otra que ingresa en 6 cm (ver gráfico 8).

c) Si se inicia el registro gráfico por debajo de la línea de base (antes de 4,5 cm de dilatación) se debe trazar una línea recta que una los puntos de la dilatación por debajo de la línea de base y la siguiente que este por encima de la misma y construir la curva de alerta desde el punto donde la línea recta intercepta la línea de base. La línea continua muestra la curva de dilatación cervical de la paciente y la curva discontinua muestra la curva de alerta. Se trata de una paciente nulípara con membranas íntegras.

428
Studd J. Partograms and nomograms of cervical dilatation in management of primigravid labour. *BMJ*. 1973 Nov 24;451-55.

Philpott RH. Graphic records in labour. *BMJ*. 1972;4:163-165.

Cunningham FG (ed), Gant N, Kennet J, Leveno LC, Gilstrap JC, et al. *Williams obstetrics*. 21th ed. New York: McGraw-Hill; 2001.

BIBLIOGRAFÍA

Schwarz R, Díaz AG, Nieto F, CLAP. *Publ Científica* No 1153, 1987, Montevideo, Uruguay.

World Health Organization. World Health Organization partograph in management of labour. *Lancet*. 1994 Jun 4;343:1399-1404.

GRÁFICOS

PARTOGRAMA - CLAP-OPSIOMS	NOMBRE Y APELLIDO			dia	mes	año	N° DE HISTORIA CLINICA													

Grafico 1. Identificación de la historia clínica del trabajo de parto, "partograma"

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	
POSICION MATERNA																	
TENSION ARTERIAL																	
PULSO MATERNO																	
FRECUENCIA CARDIACA FETAL																	
DURACION CONTRACCIONES																	
FREC. CONTRACCIONES																	
DOLOR <small>Localiz./intens.</small>																	

Grafico 2. vigilancia clínica del trabajo de parto

REFERENCIAS

PLANOS DE HODGE Y VARIEDAD DE POSICION ⊖

DILATACION CERVICAL ●

ROTURA ESPONTANEA MEMB. (REM)

ROTURA ARTIFICIAL MEMB. (RAM)

INTENSIDAD	LOCALIZACION
Fuerte +++	Suprapúbica SP
Normal ++	Sacro S
Débil +	

FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Dips tipo I (Desaceleración precoz) I

Dips tipo II (Desaceleración tardía) II

Dips variables (Desaceleración variable) V

Mecorio M

POSICION MATERNA

Lat. derecho LD

Lat. izquierdo LI

Dorsal D

Semisentada SS

Sentada S

Parada o caminando PC

Grafico 3. Convenciones para diligenciar el partograma.

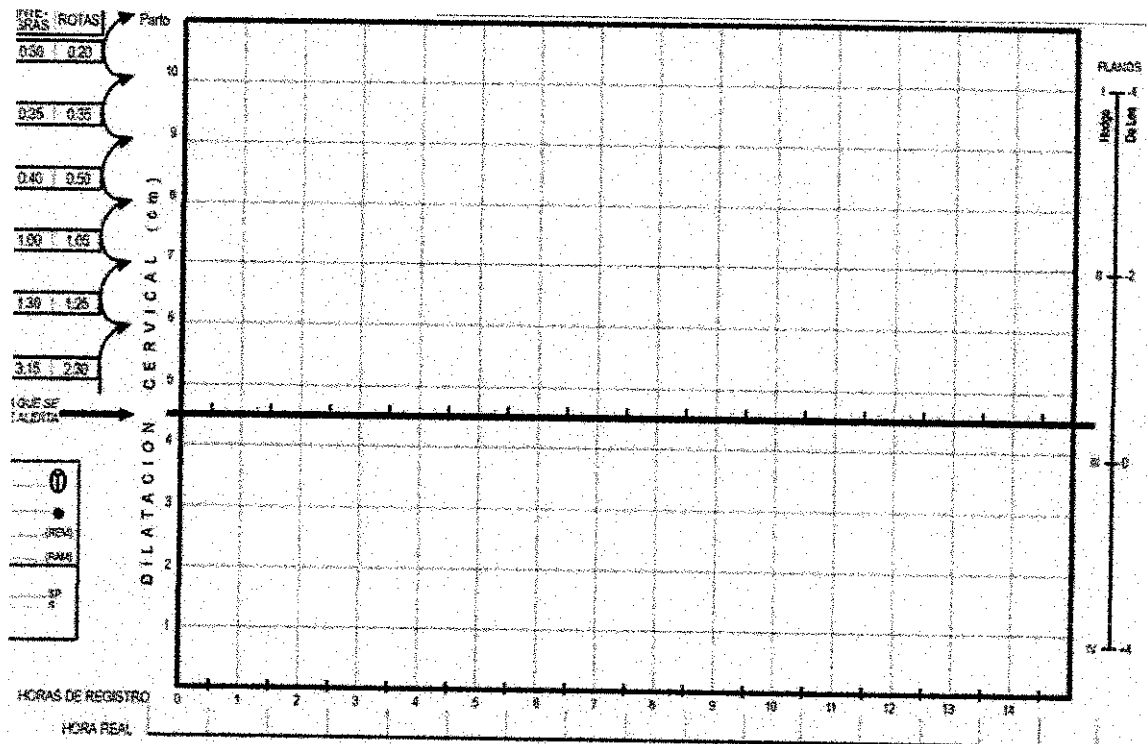


Gráfico 4. Tabla para graficar la dilatación cervical y el descenso de la presentación.

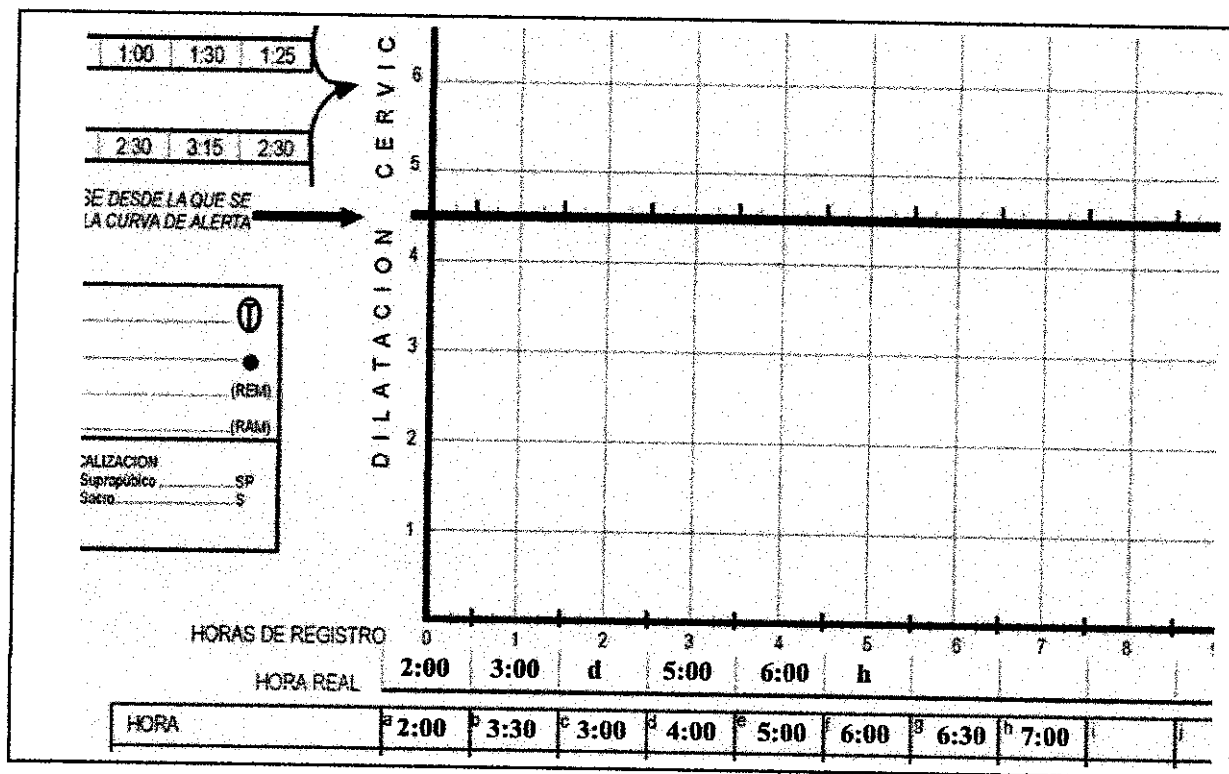
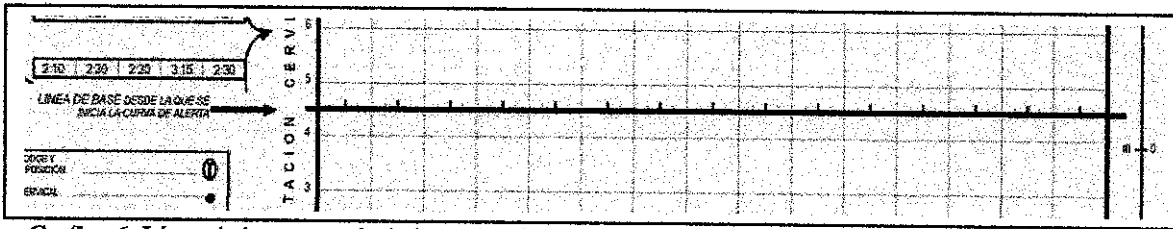


Gráfico 5. Horas de evaluación clínica y del registro gráfico del partograma



Gráfica 6. Línea de base a partir de la cual se inician las curvas de alarma.

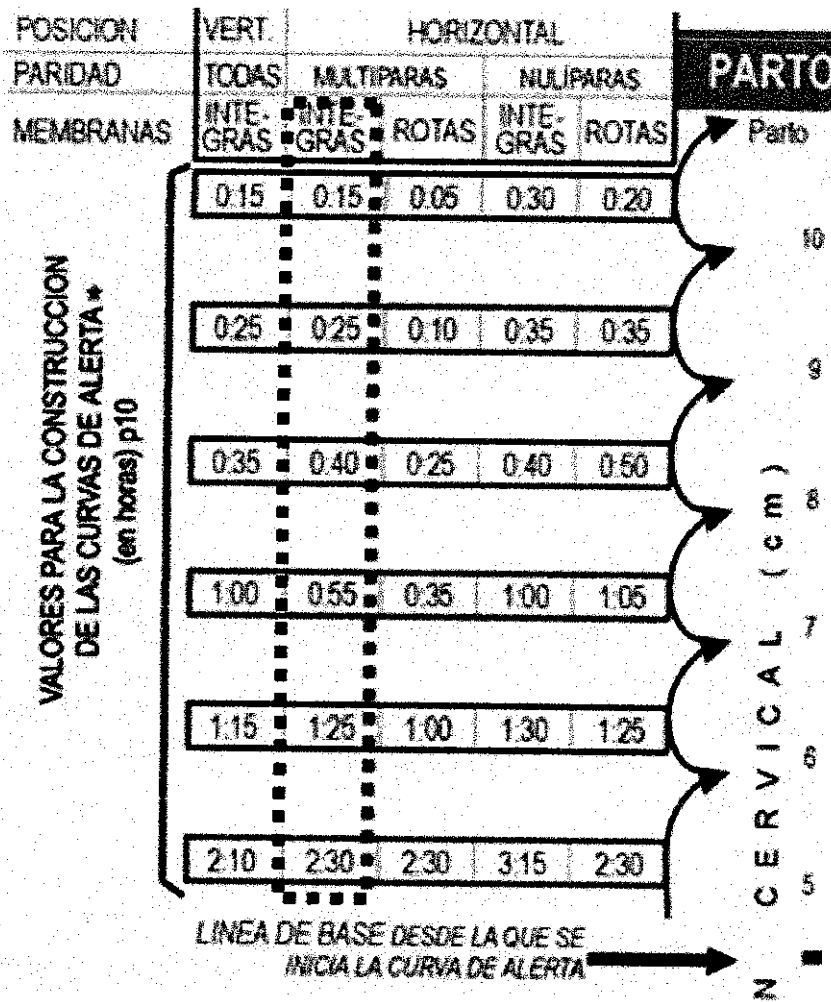


Gráfico 7. Tiempos y características de las pacientes para construir las curvas de alarma.



FACTORES DE RIESGO PARA DESGARRO PERINEAL EN PARTOS SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDOS POR PERSONAL EN ENTRENAMIENTO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BOGOTÁ (COLOMBIA) 2007

Risk factors for perineal tearing during births without episiotomy attended by personnel being trained at a teaching hospital in Bogotá, Colombia 2007

Francis Paulina Abril-González, M.D.,* Alexandra Sofía Guevara-Villareal, M.D.*, Alveiro Ramos-Cruz, M.D.*, Jorge Andrés Rubio-Romero, M.D., MSc**

Recibido: abril 30/09 – Aceptado: junio 11/09

RESUMEN

Objetivo: identificar los factores de riesgo para desgarros perineales grado II o superior durante el parto vaginal de pacientes atendidas por personal en entrenamiento en un hospital universitario con política selectiva de episiotomía.

Metodología: se realizó un estudio analítico de cohorte prospectivo, incluyendo mujeres atendidas por parto vaginal en el Hospital de Engativá ESE nivel II entre noviembre de 2006 y mayo de 2007. Entre ellas, se identificaron aquellas que presentaron desgarros perineales grado II o mayores y se excluyeron las pacientes a quienes se les realizó episiotomía, parto instrumentado o cesárea por cualquier indicación obstétrica.

Resultados: se incluyeron 149 pacientes de las cuales 81 (54,4%) presentaron desgarros perineales que requirieron sutura. Los factores de riesgo significativos para desgarro perineal durante el parto

vaginal sin episiotomía fueron la duración de la fase activa del trabajo de parto mayor de 420 minutos (RR=1,45; IC95% 1,10-1,91), peso del neonato mayor de 3.100 g (RR=1,43; IC95% 1,05-1,94) y la inducción del trabajo de parto (RR=1,38; IC95% 1,03-1,86). El nivel de educación del operador, la paridad, el perímetro cefálico y la duración del expulsivo no fueron estadísticamente significativos mientras que el análisis de regresión logística estableció que el peso (RR=2,6; IC95% 1,25-5,49) y la duración de la fase activa (RR=3,0; IC95% 1,33-6,48) fueron los factores de riesgo significativos.

Conclusiones: la duración de la fase activa y el peso del neonato son factores de riesgo para desgarro perineal. Por el contrario, ni la inducción del parto ni el nivel de formación del operador fueron factores de riesgo estadísticamente significativos.

Palabras clave: parto vaginal, obstetricia/eventos adversos, traumatismo perineal, factores de riesgo.

SUMMARY

Objective: identifying the risk factors associated with second degree or higher perineal tearing during vaginal delivery in patients attended by

* Médicos Especialistas en Obstetricia y Ginecología. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá (Colombia).

** Profesor Asociado, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá (Colombia). Correo electrónico: jarubior@unal.edu.co

medical students at a teaching hospital having a selective episiotomy policy.

Methodology: this was a prospective analytic cohort study, including women who delivered vaginally at the Hospital de Engativa (medium complexity hospital) between November 2006 and May 2007. Those who had suffered second or higher degree of perineal tears were identified. Women who had undergone episiotomy, surgically-assisted vaginal delivery or caesarean section were excluded.

Results: 149 patients were included. 81 (54,4%) presented perineal tears requiring surgical correction. The significant risk factors identified for perineal tearing during vaginal delivery without episiotomy were: labour lasting more than 420 minutes (RR=1,45; 95%CI 1,10-1,91), neonatal weight greater than 3.100 g (RR=1,43; 95%CI 1,05-1,94) and induced labour (RR=1,38; 95%CI 1,03-1,86). The medical personnel's educational level/experience, parity, cephalic perimeter and second period duration were not statistically significant. Logistic regression analysis showed that only fetal weight (RR=2,6; 95%CI 1,25-5,49) and duration of labour (RR=3,0; 95%CI 1,33-6,48) were significant risk factors.

Conclusions: the main risk factors for perineal lacerations requiring repair were the duration of labour and neonatal weight. On the contrary, induced labour, the medical personnel's degree of experience or prolonged second period were not statistically significant risk factors.

Key words: delivery, obstetric/adverse effect, perineum/injury, risk factor.

INTRODUCCIÓN

El trauma perineal o lesión del tracto genital ocurre en más de 65% de los partos vaginales y generalmente es resultado de un desgarro espontáneo o secundario a la episiotomía. Como consecuencia, se estima que cerca de 1.000 mujeres por día, en Estados Unidos, requieren un reparo perineal luego del parto.¹ La episiotomía rutinaria se efectúa hasta en 60% de los partos vaginales, y hasta en 90% de las

pacientes primíparas.² Asimismo, se estima que más de 85% de las pacientes con parto vaginal sufrirán algún tipo de trauma perineal, entre 1 a 8% tendrán un desgarro perineal severo (lesión del esfínter anal con o sin mucosa rectal) y 60% a 70% de los desgarros requerirán sutura para su manejo.²

La morbilidad asociada a los desgarros perineales es un problema de salud ya que más de 91% de las mujeres reportan al menos un síntoma persistente hasta ocho semanas después del parto.³ Estos síntomas están dados por eventos adversos a corto plazo que incluyen: hemorragia, formación de hematomas, dolor perineal, infección, formación de abscesos, fístula y dispareunia; y eventos a largo plazo tales como prolapso genital, disfunción sexual e incontinencia urinaria y fecal.¹⁻³ Además, los desgarros perineales se clasifican según los tejidos comprometidos por el mismo: de primer grado (lesión del epitelio vaginal o la piel del periné únicamente), de segundo grado (involucra además los músculos perineales pero no el esfínter anal), de tercer grado (disrupción de los músculos del esfínter anal) y de cuarto grado (desgarro de tercer grado con disrupción del epitelio anal). Los desgarros de grado 3 y 4 son considerados severos.⁴⁻⁵ Anatómicamente, la episiotomía involucra los mismos planos que un desgarro de segundo grado y se asocia con complicaciones tempranas y tardías de mayor severidad y duración que los desgarros espontáneos, incluyendo prolapso genital e incontinencia urinaria y fecal.⁶

Por otro lado, diferentes estudios han sido realizados para identificar factores de riesgo asociados con el desarrollo de desgarros perineales durante el parto vaginal, con el fin de minimizar su ocurrencia. Los factores maternos y de parto identificados en trabajos previos incluyen la edad materna, la raza (mayor riesgo para las mujeres asiáticas y de la India), la nuliparidad, el uso de episiotomía, el parto vaginal instrumentado (fórceps y/o *vacuum*), la presión fúndica, el peso al nacer, la variedad de posición (occipito-posterior), la distocia de hombros, el expulsivo prolongado, la inducción del trabajo de parto y la anestesia epidural.⁷ Sin embargo, pocos

42

86

estudios han evaluado el papel de la restricción en el uso de episiotomía, así como el papel de la experiencia de quien realiza la atención del parto como factores de riesgo para desgarro perineal. Por ejemplo, la implementación de una política selectiva de episiotomía en un hospital universitario disminuyó significativamente la tasa global de episiotomía desde 47,3% hasta 12,2 % pero se acompañó de un incremento del riesgo de desgarros perineales de 25,1% a 37,6 % (RR=1,5; IC95% 1,34-1,67) respecto a la política rutinaria.⁸ Asimismo, la atención del parto por estudiantes de medicina incrementó el riesgo de desgarros perineales (OR=1,78; IC95% 1,37-2,32) comparado con la atención por parteras.⁹

Por consiguiente, el presente estudio se realizó con el objetivo de evaluar el riesgo asociado con la experiencia de quien realiza la atención del parto e identificar otros factores de riesgo relacionados con la presentación de desgarros perineales que requirieron sutura en un hospital universitario con política selectiva de episiotomía.

METODOLOGÍA

Diseño: se realizó un estudio analítico, de cohorte prospectivo a mujeres con parto vaginal atendidas entre noviembre de 2006 y mayo de 2007. El protocolo se diseñó bajo los lineamientos éticos de la resolución No. 008430 del Ministerio de Protección Social de Colombia y recibió la aprobación de los comités de investigaciones y de ética de las instituciones participantes.

Población y lugar: se incluyeron mujeres gestantes mayores de 16 años que ingresaron al Hospital de Engativá para atención de parto y que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado. El Hospital de Engativá es una institución de nivel II de complejidad que atiende pacientes de los regímenes contributivos y subsidiados de seguridad social donde estudiantes de pre y posgrado realizan actividades de docencia. De acuerdo a los criterios de exclusión, se descartaron las pacientes a quienes se les realizó episiotomía, parto instrumentado o cesárea por cualquier indicación obstétrica.

Posteriormente, se calculó un tamaño de muestra de 130 individuos con una confiabilidad de 95%, un poder de 80% y bajo el supuesto de una incidencia de desgarros de 25% en los partos atendidos por personal con experiencia y un riesgo relativo de 2,0 para los partos atendidos por estudiantes según los resultados de los estudios previos.^{8,9} El muestreo fue consecutivo por conveniencia hasta superar el tamaño de muestra calculado.

Las pacientes fueron admitidas a la sala de maternidad, se realizó la vigilancia del trabajo de parto de acuerdo con los protocolos institucionales y fueron atendidas por el personal de sala de partos presente bajo la supervisión del personal de la institución. Inmediatamente después del parto, se procedió a evaluar la presencia de desgarros perineales y la severidad de los mismos y se excluyeron las pacientes a quienes se les practicó episiotomía, atención de parto instrumentado o cesárea por indicación obstétrica durante el trabajo de parto o en el expulsivo.

Variables a medir: para las variables se tuvo en cuenta la edad de la paciente en años cumplidos. Se definió, como criterio para establecer el riesgo, el valor de la mediana de la edad materna. Otras variables incluyeron: escolaridad, años de estudio finalizados (analfabeta, primaria, secundaria, técnica, universitaria); paridad, número de partos vaginales de la paciente previos al ingreso en el presente estudio; edad gestacional, semanas completas calculadas a partir de la fecha de la última menstruación confiable o por ecografía; inducción del trabajo de parto, administración de oxitócicos para desencadenar el trabajo de parto con el fin de terminar el embarazo por indicación médica; duración del trabajo de parto, tiempo en minutos desde el inicio de la fase activa (dilatación mayor de 5 cm detectada por el médico durante la hospitalización) hasta el inicio del expulsivo (se consideró prolongada una fase activa mayor de 7 horas [>420 min]); duración del expulsivo, tiempo en minutos desde la detección clínica de dilatación y borramiento cervical completos hasta

433

77

la expulsión de todas las partes fetales (se consideró expulsivo prolongado si la duración excedió los 60 minutos); categoría de operador, nivel de educación de la persona que atendió el parto; retención de hombros, incapacidad de extraer los hombros del feto luego de la rotación externa cefálica de rutina con la suave tracción de la cabeza fetal; peso del recién nacido, se consideró feto macrosómico el peso mayor de 4.000 g y se instauró como criterio para establecer el riesgo la mediana del valor del peso fetal encontrado; perímetro cefálico del recién nacido en centímetros, se estableció como criterio para establecer el riesgo la mediana del valor del perímetro cefálico encontrado; desgarro perineal, presencia de una lesión traumática de la pared vaginal posterior o del periné.

Por otro lado, los grados para el desgarro perineal que se establecieron fueron los siguientes: grado 1 (lesión de la mucosa vaginal que no requiere sutura), grado 2 (lesión de la mucosa y de los músculos del periné que requiere sutura), grado 3 (lesión de grado 2 con lesión del esfínter anal) y grado 4 (lesión grado 3 con lesión de la mucosa rectal).^{4,5}

Análisis: los datos fueron obtenidos por medio de formularios diseñados para ese fin y almacenados en una base de datos creada en Epi Info V. 3.8 de febrero de 2005 mientras que el análisis se realizó mediante el paquete estadístico Stata SE[®] versión 10.0 (StatCorp[®] 1987-2007) para Windows[®]. Las variables continuas se resumieron en medidas de tendencia central de acuerdo con su distribución, y las variables cualitativas nominales y categóricas mediante proporciones. Finalmente, los datos se presentaron en tablas y gráficos para su análisis respectivo.

Se realizó un análisis univariado para establecer la asociación mediante riesgo relativo y se desarrolló un modelo de regresión logística multivariado con las variables que resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,05$) y aquellas con importancia clínica, evaluando todas las posibles fuentes de interacción o confusión. La validez del modelo multivariado se evaluó mediante el LR test (razón de verosimilitud)

para determinar la permanencia de las variables dentro del modelo.

RESULTADOS

Durante el período establecido aceptaron participar e ingresaron al estudio 168 pacientes, de las cuales se excluyeron 19 por episiotomía electiva. De los 149 casos restantes, 61 pacientes (40,9%) no presentaron desgarro perineal y 81 pacientes (54,3%) presentaron desgarros perineales que requirieron sutura (desgarros grado 2 o mayor). De los desgarros que requirieron sutura, 41,9% ($n=34$) ocurrieron en mujeres nulíparas. En total, 97,5% de los casos ($n=79$) se clasificaron como desgarro grado 2, 2,4% ($n=2$) fueron grado 3 y no se presentaron desgarros grado 4. Si se considera la episiotomía como un desgarro grado 2 de tipo quirúrgico, más de la mitad de las pacientes incluidas se pudieron beneficiar de una episiotomía realizada en forma electiva.

La **tabla 1** muestra las características demográficas y clínicas de las pacientes atendidas y sus neonatos. Por su lado, la **tabla 2** presenta el análisis univariado de los factores de riesgo para el desgarro con necesidad de sutura perineal. La duración del trabajo de parto (fase activa) mayor a 420 minutos, el peso del neonato mayor a 3.100 g y la inducción del trabajo de parto fueron estadísticamente *significativos* como factores de riesgo para presentar desgarro perineal que requiere sutura. Por el contrario, el nivel de educación del operador no se encontró como factor de riesgo estadísticamente significativo.

De otra parte, el modelo de regresión logística se ajustó evaluando las interacciones entre el peso al nacer, la paridad, la inducción y la duración del trabajo de parto y del expulsivo; sin embargo, ninguna de las interacciones evaluadas fueron significativas. El análisis reveló que el peso fetal y la duración del trabajo de parto fueron las únicas variables significativas involucradas en la presencia de desgarros perineales que requirieron sutura. **Tabla 3.**

Tabla 1. Variables demográficas.

Variable	n	%
Edad materna (años)	22*	(17-42)*
Edad gestacional (semanas)	39*	(32-42)*
Paridad		
Nulipara	55	36,9
1-3	87	58,4
≥ 4	7	4,7
Ausencia de control prenatal	5	3,4
Escolaridad		
Analfabeta	2	1,3
Primaria	29	19,4
Secundaria	110	73,9
Técnica	4	2,7
Universitaria	4	2,7
Estado civil		
Casada	16	10,7
Soltera	32	21,5
Unión libre	100	67,1
Viuda	1	0,7
Seguridad social		
Contributivo	1	0,6
Subsidiado	43	28,8
Vinculado	105	70,4
RECIÉN NACIDO		
Peso neonato (g)	3.100*	(1.730-4.150)*
Talla neonato (cm)	50*	(33-55)*
Perímetro cefálico (cm)	34*	(26-38)*
Sexo recién nacido		
Masculino	82	55,0
Femenino	67	45,0
TRABAJO DE PARTO Y PARTO		
Duración ruptura membranas anteparto (min)	122,5*	(4-1.600)*
Duración trabajo parto (min)	282,5*	(30-1.080)*
Duración del expulsivo (min)	28*	(3-90)*
Inducción del trabajo de parto	30	20,1
Conducción del trabajo de parto con oxitocina	73	49,0
Parto instrumentado (n)	3	2,0
Retención de hombros (n)	3	2,0
OPORTUNIDAD		
Atención de parto (n)		
Residente	46	30,9
Estudiante	103	69,1

* Mediana (rango)

Tabla 2. Factores de riesgo para desgarro perineal grado II o superior en pacientes sin episiotomía.

	n (%)	OR (IC 95%)	p (cm2)
MATERNAS			
Edad materna (años)			
< 22	45/78 (57,7)	1,13 (0,84-1,53)	0,3924
> 22	36/71 (50,7)		
Paridad			
Nulipara	35/55 (61,8)	1,23 (0,92-1,65)	0,1622
Multipara	47/94 (50,0)		
RECIEN NACIDO			
Peso neonato (g)			
≥ 3.100	49/77 (63,6)	1,43 (1,05-1,94)	0,0188
< 3.100	32/72 (44,4)		
Perímetro cefálico (cm)			
≥ 34	48/88 (55,7)	1,06 (0,78-1,43)	0,6977
< 34	31/61 (52,5)		
Talla neonato (cm)			
≥ 49	68/118 (57,6)	1,37 (0,88-2,13)	0,1185
< 49	13/31 (41,9)		
TRABAJO DE PARTO Y PARTO			
Duración fase activa (min)			
≥ 420	30/43 (69,8)	1,45 (1,10-1,91)	0,0162
< 420	51/106 (48,1)		
Inducción trabajo de parto			
Sí	21/30 (70,0)	1,38 (1,03-1,86)	0,0543
No	60/119 (50,4)		
Duración del expulsivo (min)			
≥ 30	40/72 (55,5)	1,04 (0,77-1,40)	0,7774
< 30	41/77 (53,2)		
Expulsivo prolongado (minutos)			
≥ 60	9/16 (56,2)	1,03 (0,65-1,64)	0,8725
< 60	72/133 (54,1)		
Conducción con oxitocina			
Sí	44/73 (60,3)	1,23 (0,92-1,66)	0,1557
No	37/76 (48,7)		
OPERADOR			
Estudiante	60/103 (58,3)	1,27 (0,89-1,82)	0,1537
Residente	21/46 (45,7)		

Tabla 3. Modelo de regresión logística para riesgo de desgarro perineal grado II o superior en pacientes sin episiotomía.

Variable	OR	IC 95%	p
Duración de fase activa > 420 min	3,0	1,33- 6,48	0,008
Peso fetal > 3.100 g	2,6	1,25- 5,49	0,011
Nuliparidad	2,0	0,93-4,38	0,075
Inducción trabajo parto	2,3	0,92- 5,74	0,071
Atención parto por estudiante	1,7	0,82-3,69	0,151
Expulsivo prolongado (> 60 min)	0,5	0,17-1,92	0,370

† LR Test $\chi^2 = 1,78$ $p = 0,9384$

DISCUSIÓN

El presente estudio permitió evaluar la incidencia de desgarros y establecer el riesgo relativo para desgarros perineales no severos (desgarros perineales grado 2) o mayor en un hospital donde la episiotomía se practica en forma selectiva y la atención es realizada principalmente por personal en entrenamiento, con el objetivo de evaluar la asociación entre la experiencia del operador y el riesgo de desgarros perineales. En conclusión, no se encontró asociación entre el nivel de experiencia y la presencia de desgarro vaginal; no obstante, sí se halló asociación con el peso fetal y la duración del trabajo de parto. Por el contrario, la mayor incidencia de desgarros en los partos atendidos por personal con entrenamiento determinó un riesgo menor y no significativo al esperado según las experiencias previas.^{8,9}

Por otro lado, los hallazgos del presente estudio son diferentes a los factores descritos en la literatura sobre desgarros severos, en los que se ha encontrado que la prolongación del expulsivo (segunda fase del trabajo de parto) y la macrosomía fetal son factores predisponentes para desgarros severos mientras que el uso de la oxitocina se ha considerado un factor protector en algunos estudios.¹⁰⁻¹⁷ Asimismo, el segundo período prolongado no resultó ser un factor de riesgo para desgarro perineal no severo. Este último hallazgo puede deberse a que la política selectiva de episiotomía permite una distensión

lenta del periné disminuyendo el riesgo de desgarros severos en presencia de fetos sin macrosomía o ante instrumentación del parto.

Igualmente, el peso fetal relacionado con el desarrollo de desgarros perineales ha sido establecido en los diferentes estudios¹⁰⁻¹⁹ como superior a 4.000 g o superior al percentil 95. El riesgo se explicaría por el mayor perímetro cefálico y el mayor diámetro biacromial del recién nacido, el aumento en la duración del trabajo de parto y la presencia de distocias durante el expulsivo. Del mismo modo, este peso fetal se ha asociado con lesión de la fascia pélvica y del nervio pudendo.²⁰⁻²² En este estudio sólo se encontró un recién nacido con peso fetal mayor a 4.000 g. No obstante, el peso fetal encontrado asociado con la presencia de desgarros es inferior al reportado en la literatura. La baja incidencia de fetos macrosómicos y la presencia de recién nacidos con peso menor de 3.000 g puede deberse a las características demográficas de la población atendida: predominio de estrato socioeconómico bajo y perteneciente al régimen subsidiado o sin seguridad social y al efecto que ejerce la altura sobre el nivel del mar a la que se encuentra la ciudad de Bogotá.

Del mismo modo, el uso de oxitocina durante la conducción del trabajo de parto se ha asociado con una disminución de las laceraciones perineales severas. Esto se ha explicado por el acortamiento de la duración del primer y segundo período del trabajo de parto y con la reducción del número de fetos en

variedad occipito posterior así como la necesidad de la instrumentación del parto. La asociación como factor de riesgo para desgarros no severos fue descartada por el modelo de regresión logística pero puede deberse a una progresión más rápida y dolorosa del trabajo de parto sin permitir el tiempo necesario para una adecuada adaptación y distensión de los tejidos del canal del parto y del periné. Por otra parte, los estudios sobre estrategias, como el masaje perineal anteparto, para disminuir los desgarros, no han sido conclusivos y en la actualidad esta práctica no se recomienda durante la atención del parto.^{23,24}

Una debilidad del estudio, que afectó su alcance, fue la sobreestimación del riesgo de desgarro con el personal menos entrenado. Sin embargo, no se evaluaron otros factores reconocidos como la variedad de posición, el uso de analgesia epidural (no se aplica durante el trabajo de parto en la institución), la retención de hombros (por la baja incidencia encontrada), los partos instrumentados (por protocolo a todos se les realiza episiotomía) y la edad materna temprana.

Por consiguiente, es necesario un estudio con una muestra mayor que permita establecer con certeza la magnitud del riesgo de presentar desgarros perineales asociado con la falta de experiencia o entrenamiento en la atención del parto así como identificar otros factores relacionados con la presencia de desgarros perineales no severos. Este conocimiento redundará en la identificación temprana de las gestantes que se beneficiarían de una episiotomía selectiva. Asimismo, obliga a evaluar las prácticas y técnicas durante la atención del parto por el personal calificado según las recomendaciones internacionales basadas en la mejor evidencia disponible.

CONCLUSIONES

La duración del trabajo de parto y el peso fetal son factores que influyen en el momento de decidir acerca de un uso electivo de episiotomía, ya que pueden aumentar el riesgo de desgarro perineal que requiere sutura. Sin embargo, es necesario corroborar y ampliar estos resultados para disponer

de mayor evidencia que permita identificar otros factores como la inducción del trabajo de parto, el uso de oxitócicos durante la conducción del trabajo de parto, el papel de la experiencia del operador y de las técnicas de distensión y relajación del periné y otras intervenciones destinadas a evitar el trauma genital durante el parto.

REFERENCIAS

1. Kozak LJ, DeFrances CJ, Hall MJ. National hospital discharge survey: 2004 annual summary with detailed diagnosis and procedure data. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 13 2006;(162):1-209
2. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth* 2005;32:219-23.
3. Viswanathan M, Hartmann K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr KN, et al. The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Sum)* 2005:1-8.
4. Sultan AH, Thakar R. Lower genital tract and anal sphincter trauma. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2002;16:99-115.
5. Peleg D, Kennedy CM, Merrill D, Zlatnik FJ. Risk of repetition of a severe perineal laceration. *Obstet Gynecol* 1999;93:1021-4.
6. Rubio JA. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2005;56:116-26.
7. Glazener CM, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell IT. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:282-7.
8. Jandér C, Lyrenäs S. Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:229-34.
9. Anthony S, Buitendijk SE, Zondervan KT, van Rijssel EJ, Verkerk PH. Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:1064-7.
10. Fernando RJ, Sultan AH. Risk factors and management of obstetric perineal injury. *Curr Obstet Gynaecol* 2004;14:320-6.
11. O'Herlihy C. Obstetric perineal injury: risk factors and strategies for prevention. *Semin Perinatol* 2003;27:13-9.

12. Samuelsson E, Ladfors L, Lindblom BG, Hagberg H. A prospective observational study on tears during vaginal delivery: occurrences and risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:44-9.
13. Combs CA, Robertson PA, Laros RK. Risk factors for third-degree and fourth-degree perineal lacerations in forceps and vacuum deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:100-4.
14. Sultan AH, Stanton SL. Preserving the pelvic floor and perineum during childbirth-elective caesarean section? *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:731-4.
15. Wolley RJ. Benefits and risk of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part II. *Obstet Gynecol Surv* 1995;50:806-35.
16. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000081.
17. Weeks JD, Kozak LJ. Trends in the use of episiotomy in the United States: 1980-1998. *Birth* 2001;28:152-60.
18. Weber AM, Abrams P, Brubaker L, Cundiff G, Davis G, Dmochowski RR, et al. The standardization of terminology for researchers in female pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001;12:178-86.
19. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth* 2006;33:94-100.
20. Handa VL, Danielsen BH, Gilbert WM. Obstetric anal sphincter lacerations. *Obstet Gynecol* 2001;98:225-30.
21. Zetterström J, López A, Anzén B, Norman M, Holmström B, Mellgren A. Anal sphincter tears at vaginal delivery: risk factors and clinical outcome of primary repair. *Obstet Gynecol* 1999;94:21-8.
22. Hudelist G, Gelle'n J, Singer C, Ruecklinger E, Czerwenka K, Kandolf O, et al. Factors predicting severe perineal trauma during childbirth: role of forceps delivery routinely combined with mediolateral episiotomy. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:875-81.
23. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;322:1277-80.
24. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. *J Midwifery Womens Health* 2005;50:365-72.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.



Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejogrb



Identification of women at high risk for severe perineal lacerations

Thomas Schmitz^{a,b,*}, Corinne Alberti^{b,c,d}, Béatrice Andriss^{c,d}, Constance Moutafoff^{a,b}, Jean-François Oury^{a,b}, Olivier Sibony^{a,b}

^a AP-HP, Hôpital Robert Debré, Service de Gynécologie Obstétrique, 75019 Paris, France
^b Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, 75019 Paris, France
^c AP-HP, Hôpital Robert Debré, Unité d'Epidémiologie Clinique, 75019 Paris, France
^d Inserm, CE 5, 75019 Paris, France

ARTICLE INFO

Article history:
Received 6 July 2014
Received in revised form 14 August 2014
Accepted 21 August 2014

Keywords:
Episiotomy
Instrumental delivery
Perineal laceration

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the frequency and to identify the risk factors of severe perineal lacerations and the subgroup of women exposed to the highest risk for these complications.
Study design: We conducted a case-control study in a large cohort of women for which vaginal delivery management consisted in systematic perineal support and restrictive use of mediolateral episiotomy. The case group comprised women with severe perineal lacerations while the control group comprised women without severe perineal lacerations. Maternal, labor, delivery and neonatal characteristics were analyzed in logistic regression models and a classification and regression tree (CART) was constructed.
Results: Between 2000 and 2009, 19,442 women delivered vaginally in our centre, 88 of whom had severe perineal lacerations (0.5%). Instrumental delivery (aOR 4.17, 95% CI 2.51–6.90), nulliparity (aOR 2.58, 95% CI 1.55–4.29), persistent posterior orientation (aOR 2.24, 95% CI 1.02–4.94) and increased birth weight (aOR 1.28, 95% CI 1.03–1.60) were independent risk factors of severe perineal lacerations whereas mediolateral episiotomy had a protective effect (aOR 0.33, 95% CI 0.23–0.63). CART identified instrumental delivery of neonates smaller than 4500 g in persistent posterior orientation in nullipara without mediolateral episiotomy as the clinical situation associated with the highest risk of severe perineal lacerations (12.5%). Conversely, patients with the lowest risk (0.1%) were those delivering spontaneously, neonates larger than 3200 g after mediolateral episiotomy.
Conclusions: Instrumental delivery, nulliparity, persistent posterior orientation and increased birth weight are independently associated with severe perineal lacerations. Restrictive use of mediolateral episiotomy protects against severe perineal lacerations especially in case of instrumental delivery.
© 2014 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

Introduction

Third and fourth degree perineal lacerations, defined as tears involving respectively the anal sphincter and the anal sphincter and anal epithelium [1,2], are associated with 0.1% to 10.2% of vaginal deliveries [3]. They represent serious complications of vaginal delivery because they may lead to fecal incontinence [4,5], pelvic floor disorders [6], dyspareunia [7,8], chronic pain [9,10], and ultimately to severe psychological and social problems [11].

Various independent risk factors have been recognized to be associated with these severe perineal lacerations. Increased maternal age, nulliparity, induction of labor, epidural analgesia, prolonged duration of second stage of labor, fetal macrosomia, persistent occipitoposterior position and instrumental delivery are the most frequently reported [12–16]. Data regarding the effects of episiotomy on the occurrence of severe perineal tears are conflicting. Randomized trials and metaanalyses demonstrated that routine, particularly midline, episiotomy was associated with increased rates of severe perineal lacerations [17–19] whereas some retrospective cohort studies showed that mediolateral episiotomy might protect the anal sphincter, mostly in case of instrumental delivery [20,21].

However, opposing conclusions about the consequences of episiotomy have also been drawn in case of instrumental delivery. For example, a recent study analyzing data from Baltimore-Washington, DC corridor identified women delivering with forceps

* Corresponding author at: Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Robert Debré, 48 boulevard Serrurier, 75019 Paris, France. Tel: +33 0 1 40 03 20 00; fax: +33 0 1 40 03 24 44.
E-mail address: thomas.schmitz@rdh.aphp.fr (T. Schmitz).

http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.08.031
0301-2115/© 2014 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

and episiotomy as having the highest risk (68.9%) of severe perineal lacerations [22] while a Dutch report found that mediolateral episiotomy in case of forceps extraction was associated with a 20 fold reduction in that risk (1.4%) [23]. Discrepancies in the reported rates of severe perineal lacerations and in the role of episiotomy in their occurrence in case of instrumental delivery might reflect differences in misreporting, importance given to this clinical situation in a particular setting, but mostly differences in clinical practices at delivery. Interpretation of the results of these multicentre retrospective cohort studies [22,23] is difficult because they suffer from the fact that information regarding clinical practices at delivery such as manual protection of the perineum, type of instrumental extraction and episiotomy, are often heterogeneous, incomplete or even lacking.

As their knowledge may help to reduce their occurrence by applying early preventive measures, we aimed at identifying first the effect of episiotomy, among other risk factors, on the risk of severe perineal lacerations by conducting a retrospective study in a large cohort of women for which we could provide detailed data on delivery management and secondly, the subgroup of women exposed to the highest risk for these complications in this population by using recursive partitioning methods.

Material and methods

This is a case-control study in a large cohort of women with a singleton pregnancy delivered vaginally in our university-hospital level III maternity unit (3000 deliveries per year) from January 1, 2000, through December 31, 2009. The case group comprised women with severe perineal lacerations while the control group comprised women without severe perineal lacerations. The Robert Debré Hospital Ethical Committee has examined this work and found it conformed to the ethical standards and to the scientific requirements applicable to medical research. We included all women delivering at or after 28 weeks of gestation and excluded only those women with non cephalic presentations, multiple

pregnancies and intrauterine fetal death. Women whose delivery was complicated by shoulder dystocia were not excluded from the analysis. Gestational age was established by last menstrual date and first trimester ultrasound scan. The scan was preferred if the menstrual date was uncertain or if there was discrepancy of more than 5 days between the two estimates.

In our maternity, patients have large access to epidural analgesia. In case of persistent posterior orientation during the second stage of labor, a manual rotation of the fetal head is attempted. If oxytocin has been used during labor, its infusion flow is not modified during the pushing efforts. Women deliver in lithotomy position allowing visualization, massage, lubricant application and support of the perineum during pushing efforts. One hand of the accoucheur controls the speed of crowning through the vaginal introitus, while the other hand supports the perineum and take a grip on the neonate's chin [24]. The mother is then asked to stop pushing [24]. When most of the head is out, the perineal ring is pushed under the neonate's chin as described [24]. Episiotomies are always mediolateral and indicated only when the perineal ring starts tearing. All spontaneous deliveries are performed by midwives and instrumental deliveries by residents under the direct supervision of a senior obstetrician. Third and fourth degree perineal lacerations are sutured by the senior obstetrician. If no epidural analgesia was requested during labor, sutures of perineal tears and/or episiotomy are performed after local infiltration of lidocaine.

Maternal, obstetric and early neonatal data are collected prospectively daily and recorded in our computerized Access database by midwives during hospitalization and immediately after delivery. Data entered into the database are double-checked every morning for each delivery by the obstetrician in charge of the

daily staff meeting and by the midwife dedicated to the database maintenance. Twice a year, an external quality-control audit is performed using hospital information system data. Maternal (age, parity, previous cesarean delivery), labor (induction, oxytocin infusion, duration of labor, type of analgesia), delivery (orientation of the fetal head, episiotomy, instrumental extraction) and neonatal (gestational age and weight at birth, head circumference) characteristics were reviewed.

Qualitative variables are described as numbers (frequencies) and quantitative variables as mean (standard deviation, SD). Relationship between severe perineal lacerations and episiotomy adjusted on characteristics of women, labor, delivery and neonates were studied using the Poisson regression. We first entered all variables except those related to labor in the multivariable model. Selection was performed by backward elimination at alpha risk level 5%. CART analysis was performed to identify particular risk subgroups from found risk factors. All tests were bilateral and statistical analyses were realized with SAS 9.2 software for PC computer (SAS Institute Inc., Cary, NC) and R package v 2.10.1 (R Foundation for statistical computing).

Results

During the study period, 19 442 women delivered vaginally in our centre, 88 of whom had severe perineal lacerations (0.5%). In comparison with patients without severe perineal lacerations, women experiencing these complications were significantly more often nullipara and were more frequently treated with oxytocin during labor. They delivered at significantly older gestational age, larger fetuses, in persistent posterior orientation, after instrumental extraction (Table 1).

After multivariate analysis controlling for potential confounding factors, instrumental delivery (aOR 4.17, 95% CI 2.51–6.90), nulliparity (aOR 2.58, 95% CI 1.55–4.29), persistent posterior orientation (aOR 2.24, 95% CI 1.02–4.94) and increased birth weight (aOR 1.26, 95% CI 1.03–1.60) were independent risk factors of severe perineal lacerations whereas mediolateral episiotomy had a protective effect (aOR 0.38, 95% CI 0.23–0.63) (Table 2).

CART analysis showed that instrumental delivery was the most discriminating factor associated with the occurrence of severe perineal lacerations (Fig. 1). Following the branch "instrumental delivery" down to the terminal leaves of the tree, the highest rate of severe perineal lacerations (12.5%) was associated with delivery of neonates smaller than 4500 g in persistent posterior orientation in nullipara without mediolateral episiotomy. Conversely, patients with the lowest risk (0.1%) were those delivering spontaneously, neonates larger than 3200 g after mediolateral episiotomy (Fig. 1).

Comment

The results of the present study confirm that (i) low severe perineal laceration rates are achievable, (ii) instrumental delivery is a major risk factor of severe perineal lacerations, together with nulliparity, increased birth weight and persistent posterior orientation and (iii) restrictive use of mediolateral episiotomy has a protective effect, especially in case of instrumental delivery.

Rate of severe perineal lacerations in our cohort was low (0.5%), in the range of the French national rate (0.8%) [25] and in accordance with the results from recent Israeli (0.25%) [16], Finnish (0.36%) [26] or Norwegian (1.2%) [24] studies. In these countries, visual control of the perineum during delivery, manual protection of the perineum and restrictive mediolateral episiotomy are now standard of care, which have been previously reported as protective measures for the anal sphincter [27–30]. Conversely, highest rates of severe perineal lacerations are observed in settings where midline episiotomies are performed [19,22].

06/01/2015

440

80

Table 1
Characteristics of women, labor, delivery and neonates: distribution in patients with and without severe perineal lacerations (n = 19,442).

Severe perineal lacerations	Yes (n = 88)	No (n = 19,354)	p ^{***}
Women			
Age, moy ± SD (y)	28.5 ± 5.3	30.8 ± 5.5	0.02
Nullipara	56 (63.6)	7301 (37.7)	<0.0001
Previous cesarean delivery	4 (4.6)	1476 (7.6)	0.28
Labor			
Induction	13 (14.8)	3427 (17.7)	0.47
Oxytocin infusion	20 (22.7)	2783 (14.4)	0.03
Duration, moy ± SD (h) [†]	6.4 ± 4.0	5.4 ± 3.6	0.01
Analgesia			
General	3 (3.4)	55 (0.3)	
Epidural	61 (69.3)	14,306 (73.9)	
Other	4 (4.6)	605 (3.1)	
None	20 (22.7)	4388 (22.7)	0.99
Delivery			
Posterior orientation	7 (7.9)	583 (3.0)	0.01
Intact perineum (no episiotomy, no tear)	36 (39.6)	6400 (32.3)	0.14
Episiotomy	41 (46.5)	8322 (43.0)	0.50
Instrumental delivery	50 (56.8)	4547 (23.5)	<0.0001
Forceps	33 (36.0)	2892 (14.5)	
Spatula	12 (14.0)	1233 (6.3)	
Vacuum	5 (5.0)	380 (1.9)	
Neonate			
Gestational age at birth, moy ± SD (wk)	39.3 ± 1.6	38.0 ± 1.7	0.09
Birth weight, moy ± SD (g)	3372 ± 472	3284 ± 497.3	0.10
Head circumference, moy ± SD (cm) [‡]	34.5 ± 1.4	34.5 ± 1.5	0.93

All data are n (%) except moy ± SD as specified.

† 55 Missing data.

‡ 431 Missing data.

*** Given by bivariate analysis by Poisson regression.

Although metaanalyses failed to evidence any protective effect of manual protection of the perineum on the incidence of severe perineal lacerations [31], randomized trials only investigated separately the specific interventions generally included in the manual protection of the perineum global "package" and might therefore not be appropriate for the evaluation of complex

phenomena such as delivery, resulting from the integration of several different obstetric maneuvers [32]. An interventional program, which tested in Norway a global intervention comprising good communication between the accoucheur and the delivering woman, adequate perineal support, a delivery position allowing visualization of the perineum during the last minutes of delivery and mediolateral episiotomy only on indication, resulted in dramatic decreases in severe perineal laceration rates [24]. Therefore, we do believe our results provide further evidences regarding the protective nature of these measures for the anal sphincter during vaginal delivery.

Both multivariate and CART analysis identified instrumental delivery as the major risk factor of severe perineal lacerations as previously reported [13,16,22]. Multivariate analysis showed that,

among other well-known risk factors (multiparity, persistent posterior position, increased birth weight), instrumental delivery was associated with more than a four fold increase in the risk of severe perineal lacerations. Furthermore, CART analysis placed instrumental delivery at the top of the hierarchy of factors associated with severe perineal lacerations.

Restrictive use of mediolateral episiotomy was associated in the present study with a 2.5 fold reduction in the risk of severe perineal lacerations. As shown by the CART analysis, this effect was greater in case of instrumental delivery than in case of spontaneous delivery. Although literature agrees that routine midline episiotomy is associated with increased rates of severe perineal lacerations [17–19], many recent studies suggest that restrictive use of mediolateral episiotomy protects against these injuries during instrumental delivery [20,21,23], emphasizing the importance of specific clinical practices at delivery in the occurrence of these complications. Our results are in accordance with the latter.

Besides providing detailed data on delivery management, one of the strengths of our study lies in the double methodological approach to assess the risk of severe perineal lacerations. By using

Table 2
Results of backward elimination of risk factors for severe perineal lacerations (n = 19,441).

	Step 1 (n = 19,010)		Step 2 (n = 19,010)		Step 3 (n = 19,441)		Step 4 (n = 19,441)		
	aOR	p	aOR	p	aOR	p	aOR	95% CI	p
Age [†]	0.97	0.20	0.97	0.19	0.97	0.16			
Nullipara	2.43	<0.0001	2.44	<0.0001	2.29	0.002	2.58	1.55–4.29	0.0002
Posterior orientation	2.18	0.05	2.18	0.05	2.16	0.06	2.24	1.02–4.94	0.04
Instrumental delivery	4.35	<0.0001	4.36	<0.0001	4.33	<0.0001	4.17	2.51–6.90	<0.0001
Episiotomy	0.37	<0.0001	0.37	<0.0001	0.38	<0.0001	0.38	0.23–0.63	0.0002
Gestational age at birth [‡]	1.02	0.78							
Birth weight [‡]	1.32	0.09	1.34	0.05	1.29	0.02	1.28	1.03–1.60	0.03
Head circumference [‡]	0.92	0.37	0.92	0.38					

aOR: adjusted odds ratio, CI: confidence interval.

† Per one year increase.

‡ Per one week increase.

§ Per 500g increase.

¶ Per one cm increase.

06/01/2015

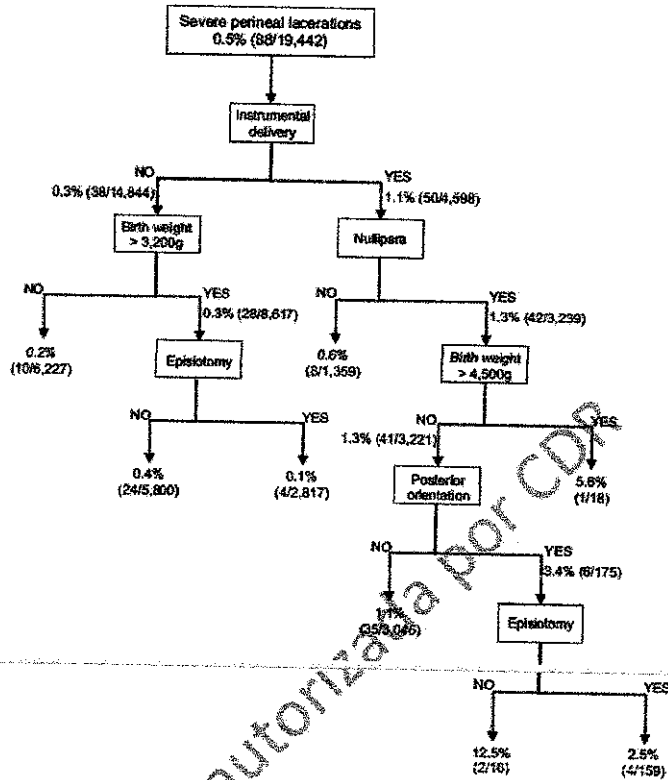


Fig. 1. Classification and regression tree (CART): hierarchy of factors associated with severe perineal lacerations.

logistic regression models, one can identify independent risk or protective factors based upon multivariate analysis on the entire population but not the interaction between these factors which CART makes possible by defining subgroups of patients corresponding to particular clinical situations at high or low risk of severe perineal lacerations. In this regard, confronting our results with those of Hamilton et al. [22] is very interesting because it underlines again how episiotomy can reflect two distinct realities with opposite effects. In Hamilton's study [22], only midline episiotomies are performed; episiotomy is the major independent risk factor of severe perineal lacerations; at the top of the hierarchy of risk factors of severe perineal lacerations; while herein episiotomy is always mediolateral; an independent protective factor; at the terminal leaves in the CART tree. Therefore, we do believe these discrepancies result from different clinical practices at delivery, and particularly the type of episiotomy.

Our study has limitations too. First, our rates of episiotomy (42%) remains higher than those usually reported in recent publications [16,20–24] but in the range of the French national rate during the same period (51% in 1998 and 26% in 2010) [25]. Our rate of instrumental deliveries is also higher than our national rate (15%) [25]. These higher rates could affect the external validity of our results, but might likely be explained by the university nature of our centre.

In conclusion, instrumental delivery, nulliparity, persistent posterior orientation and increased birth weight are independently associated with severe perineal lacerations. Restrictive use of mediolateral episiotomy protects against severe perineal lacerations especially in case of instrumental delivery.

Condensation

Restrictive use of mediolateral episiotomy protects against severe perineal lacerations especially in case of instrumental delivery.

References

- [1] Sultan AH. Obstetric perineal injury and anal incontinence. *Clin Risk* 1999;5: 153–6.
- [2] Fernando RJ, Williams AA, Adams EJ. The management of third and fourth degree perineal tears. In: RCOG green top guidelines no. 29. London: RCOG Press; 2002.
- [3] Hirayama F, Koyanagi A, Mori S, Zhang J, Souza J, Gálvezcozuga A. Prevalence and risk factors for third- and fourth-degree perineal lacerations during vaginal delivery: a multi-country study. *BJOG* 2012;119:340–7.
- [4] Eisen E, Labrecque M, Marcoux S, Mondor M. Anal incontinence after child-birth. *Obstet Gynecol* 2002;100:326–30.
- [5] Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuries—mayh or reality? *BJOG* 2008;113:195–200.
- [6] Boyles SH, U H, Marlet T. Effect of mode of delivery on the incidence of urinary incontinence in primiparous women. *Obstet Gynecol* 2009;113:134–41.

06/01/2015

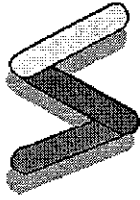
404

- [7] Barrett C, Pendery E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 2000;107:186–95.
- [8] Radestad I, Olsson A, Nissen E, Rubertsson C. Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: a nationwide follow-up. *Birth* 2008;35:98–106.
- [9] Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia—a prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007;137:152–8.
- [10] Maccahur AJ, Maccahur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:3199–204.
- [11] Williams A, Lavender T, Richmond DH, Tinicello DC. Women's experiences after a third-degree obstetric anal sphincter tear: a qualitative study. *Birth* 2005;32:129–36.
- [12] Angiolli R, Corneo-Marino O, Cantarua G, O'Sullivan MJ. Severe perineal lacerations during vaginal delivery: the University of Miami experience. *Am J Obstet Gynecol* 2006;192:1083–5.
- [13] de Lenz JW, Straijk PC, Vierhout ME, Walkenburg HC. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. *BJOG* 2001;108:383–7.
- [14] Dudding TC, Valney CJ, Karun MA. Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors, and management. *Ann Surg* 2008;247:224–37.
- [15] Eskandar O, Smet D. Risk factors for 3rd and 4th degree perineal tear. *J Obstet Gynaecol* 2009;29:119–22.
- [16] Groutz A, Hinson J, Weingier A, et al. Third- and fourth-degree perineal tears: prevalence and risk factors in the third millennium. *Am J Obstet Gynecol* 2011;204(347):e1–4.
- [17] Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 1993;342:1517–8.
- [18] Murphy DJ, Macleod M, Sahi R, Goyder K, Howarth L, Strachan B. A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. *BJOG* 2008;115:1693–702.
- [19] Carulli G, Magnini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;CD006801.
- [20] de Lenz JW, de Wit C, Kuyhan JP, Bruinse HW. Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. *BJOG* 2008;115:104–6.
- [21] Resicky V, Nivala D, Mahapatray S, Morris EP, Niero JJ. Could a mediolateral episiotomy prevent obstetric anal sphincter injury. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;156:142–6.
- [22] Hamilton EP, Smith S, Yang L, Warwick P, Clancy A. Third- and fourth-degree perineal lacerations: defining high-risk clinical clusters. *Am J Obstet Gynecol* 2011;204(209):e1–6.
- [23] de Vogli J, van der Lenz JW, van Beek A, Gielink D, et al. The effect of a mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery on the risk of developing obstetrical anal sphincter injuries. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206(40):e1–5.
- [24] Hais E, Olan P, Pirhonen T, et al. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol* 2010;116:901–8.
- [25] Blondel B, Kermavec M. Enquête périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2002; 2012. Available at (<http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010.html>). Retrieved September 25, 2012.
- [26] Pirhonen JP, Gressman SE, Haadem K, et al. Frequency of anal sphincter rupture at delivery in Sweden and Finland—result of difference in manual help to the baby's head. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988;77:374–7.
- [27] Parnell C, Langhoff-Ross J, Möller H. Conduct of labor and rupture of the sphincter ani. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:256–61.
- [28] Hirsch E, Haney EL, Gordon TE, Silver RK. Restoring higher order perineal anatomy during operative vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2006;193(503):e1–5.
- [29] Samuelsson E, Laflors L, Wennersten UB, Gärsberg B, Nyberg K, Hagberg H. Anal sphincter tears: prospective study of obstetric risk factors. *BJOG* 2000;107:926–31.
- [30] Laine K, Pirhonen T, Rottland M, Wittenen J. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during deliveries. *Obstet Gynecol* 2008;111:1053–7.
- [31] Aarheim V, Nilson AVM, DeLage M, Reitor LM. Perineal techniques during the second stage of labor for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(12) [Art ID: CD006721].
- [32] Kofas A. Inappropriate use of randomised trials to evaluate complex phenomena: case study of vaginal breech delivery. *BMJ* 2004;329:1039–42.

izada po



445



República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ

89

NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

VIRILIO GALVIS RAMÍREZ

Ministro de Salud

MAURICIO ALBERTO BUSTAMANTE GARCÍA

Viceministro de Salud

CARLOS ARTURO SARMIENTO LIMAS

Director General de Promoción y Prevención

446

TABLA DE CONTENIDO

1. JUSTIFICACIÓN.....	5
2. DEFINICIÓN.....	5
3. OBJETIVOS.....	5
3.1 GENERAL	5
3.2 ESPECÍFICOS	5
4. POBLACION OBJETO.....	6
5. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO.....	6
5.1 ADMISIÓN DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO:	6
5.1.1 Elaboración de la Historia Clínica completa.....	6
5.1.2 Examen Físico	6
5.1.3 Solicitud de exámenes paraclínicos.....	7
5.1.4 Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas.....	7
5.2 ATENCIÓN DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO (DILATACIÓN Y BORRAMIENTO).....	9
5.3 ATENCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO (EXPULSIVO).....	10
5.3.1 Pinzamiento del cordón umbilical.....	11
5.4 ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO	11
5.5 ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO	13
5.6 ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO MEDIATO	13
5.7 ATENCIÓN PARA LA SALIDA DE LA MADRE Y SU NEONATO.....	14
6. FLUJOGRAMA.....	15
7. BIBLIOGRAFIA	16

Q

1. JUSTIFICACIÓN

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos.

2. DEFINICIÓN

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato.

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Disminuir los riesgos de enfermedad y muerte de la mujer y del producto del embarazo y optimizar el pronóstico de los mismos a través de la oportuna y adecuada atención intrahospitalaria del parto.

3.2 ESPECÍFICOS

- Disminuir las tasas de morbilidad maternas y perinatales.
- Disminuir la frecuencia de encefalopatía hipóxica perinatal y sus secuelas.
- Reducir y controlar complicaciones del proceso del parto .
- Prevenir la hemorragia postparto

4. POBLACION OBJETO

Las beneficiarias de ésta norma son todas las mujeres gestantes que se encuentran en trabajo de parto afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado.

5. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO

La codificación de éste procedimiento en la Resolución 365 CUPS corresponde al Parto asistido manualmente 73.5.

5.1 ADMISIÓN DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO:

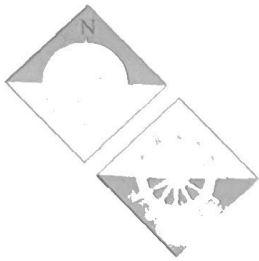
Si la gestante tuvo control prenatal, solicitar y analizar los datos del carné materno.

5.1.1 Elaboración de la Historia Clínica completa

- Identificación
- Motivo de consulta y anamnesis:
 - Fecha probable del parto
 - Iniciación de las contracciones
 - Percepción de movimientos fetales
 - Expulsión de tapón mucoso y ruptura de membranas.
 - Sangrado.
- Antecedentes:
 - Personales: Patológicos, quirúrgicos, alérgicos, ginecológicos, obstétricos y farmacológicos.
 - Familiares.

5.1.2 Examen Físico

- Valoración del aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación



Doctor
RAMIRO ELIAS POLO CRISPINO
JUEZ CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

JUZ. 04. CIVIL. CTO. CALI.

CE4375

AUG 26 '19 PM 4:41

Proceso: Verbal Declarativo de Responsabilidad Civil Médica
Demandantes: Edwin Arley Cuadros Arango y otros
Demandado: Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S. – G OCHO S.A.S., Comfenalco Valle IPS y Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca Comfenalco
Radicación: 2018-00140-00

HAROLD ARISTIZABAL MARÍN, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, abogado en ejercicio y portador de la tarjeta profesional No. 41.291 del C. S de la J., actuando en el presente proceso como apoderado del Dr. **ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO**, conforme al poder conferido, me dirijo ante usted oportunamente con el propósito de contestar el llamamiento en garantía propuesto por la entidad demandada **GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S. – G OCHO S.A.S.**, en los siguientes términos:

A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

Procedo a la réplica de los hechos que componen el llamamiento en garantía, conforme al orden propuesto, así:

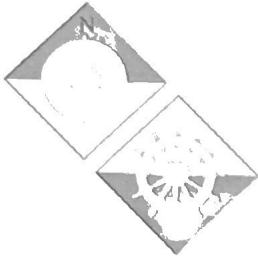
AL HECHO 1. No es cierto en la forma como se expone en el presente hecho.

Lo primero que debemos precisar conforme a la historia clínica aportada por la propia entidad llamante en garantía G OCHO S.A.S., es que mi representado Dr. ESTEBAN ASTUDILLO DE HARO no es especialista en ginecología y en tal virtud, no intervino y no tuvo ninguna injerencia en la atención del parto de la paciente PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO. Es necesario hacer la anterior precisión, por cuanto en el presente hecho se manifestó en forma incorrecta, que mi representado participó como ginecólogo en la atención del parto, lo cual no es cierto.

Lo que sí es cierto, es que el Dr. ESTEBAN ASTUDILLO DE HARO suscribió contrato de prestación de servicios con la entidad GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S. – G OCHO S.A.S.

AL HECHO 2. Teniendo en cuenta que el presente hecho contiene varias afirmaciones, nos permitimos manifestarnos sobre cada una de ellas así:

No es cierto, que el Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO formó parte del equipo médico que realizó la atención del parto de la señora PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO. Se trata de una manifestación incorrecta que atenta a la verdad registrada en la propia historia clínica aportada por la entidad llamante en garantía. Tal y como lo acreditamos en la



contestación de la demanda, reiteramos que la única intervención médica de nuestro defendido Dr. DE HARO ocurrió el **27 de junio de 2017 a las 23:12 horas**, es decir, posterior a los controles prenatales y al momento del parto. En la mencionada historia clínica se registró lo siguiente:

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO - G OCHO SAS	Edad: 16 AÑOS
FOLIO 64	FECHA 27/06/2017 23:12:54	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO
PEDIATRIA
NACIO POR PARTO. REQUIRIO CRISTELER. MACROSOMICO.
S. MADRE REFIERE MECONIO +, DIURESIS +, TOLERA VIA ORAL. TRANQUILO.
O. FC 115, FR 39, T 37, SAO2 99% AMBIENTE. ROSADÓ, NO DISNEA, TRANQUILO. MUCOSAS HUMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, CABEZA CON FONTANELAS PERMEABLES, NO TENSAS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS. MV +, NO SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, NO MEGALIAS. GU NORMAL. SNC ALERTA. REFLEJOS +. MIEMBRO SUPERIOR DERECHO FUERZA 1/5. NO FX EVIDENTES. PULSOS ++
A/P- PTE CON FOCALIZACION A NIVEL DE MSD, PARESIA IMPORTANTE, MACROSOMIA FETAL, EXPULSIVO DIFICIL POR PRESENTACION COMPUESTA. DEBE DESCARTARSE FX CLAVICULA CON AFECCION DEL PLEJO BRAQUIAL. EXPLICO A LA MAADRE. DEJO EN OBSERVAICON Y SS RX MSD.

Evolucion realizada por: ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO-Fecha: 27/06/17 23:12:57

ORDENES DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

Cantidad	Descripción
1	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA MIEMBRO SUP DER

ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO
Reg. 76433112
PEDIATRIA

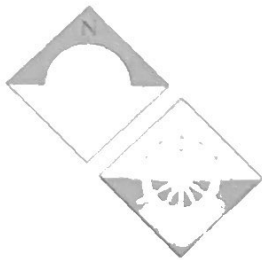
De acuerdo con la anterior historia clínica, mi representado Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO realizó la primera valoración pediátrica al recién nacido ANTHONY CUADROS CEBALLOS, en la que reportó la identificación de un hallazgo que consistió en fuerza de 1/5 en miembro superior derecho, es decir, que el recién nacido no movía la extremidad, determinando entonces focalización a nivel de MSD y paresia importante.

Ante el hallazgo identificado y reportado en la historia clínica por el médico especialista en pediatría Dr. ESTEBAN DAVID, definió como conducta no dar de alta al recién nacido y dejar en observación, igualmente, ordenó la toma de una ayuda imagenológica (RX MSD) con el objetivo de descartar una posible fractura pese a que al examen físico realizado no se evidenció.

La mencionada valoración de fecha 27 de junio de 2017 a las 23:12 horas, fue la única intervención que tuvo mi representado con el recién nacido según la historia clínica que hace parte del expediente. Bien dicho sea paso y en congruencia con los ataques planteados en el escrito de demanda, y contrario a lo referido en el presente hecho, reiteramos que la atención médica especializada en pediatría no tiene ninguna injerencia en los actos médicos realizados en el control prenatal e inclusive, al momento del parto, actos en los cuales el Dr. ESTEBAN DAVID no estuvo presente.

De esta manera, señor juez, con absoluta certeza manifestamos que la primera parte del hecho no es cierta.

Respecto a la segunda parte del hecho que refiere que la entidad G OCHO S.A.S. fue demandada, es cierto.



OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

Frente a la pretensión 1. Nos oponemos a la pretensión declarativa acumulada con el presente llamamiento en garantía, el cual fue propuesto por la entidad cuya sigla es G OCHO S.A.S., en el contexto de una relación contractual, sin embargo, no aportó la prueba que no es otra que el mencionado contrato que suscribió con mi representado Dr. DE HARO. Por tal razón, no es posible determinar si las partes pactaron o no, en su relación contractual, alguna situación relacionada con el llamamiento en garantía, o alguna situación relacionada con la obligación de mi mandante de asegurar o solidarizarse con el pago de condenas proferidas por un Juez de la república. Por lo tanto, la entidad llamante en garantía no aportó la prueba que anunció en los hechos de la demanda y que debe existir para la promoción de la aludida figura procesal, siendo entonces improcedente la presente pretensión.

Frente a la pretensión 2. Nos oponemos a la presente pretensión por improcedente y abusiva, en el sentido que, la entidad llamante en garantía pretende en forma insólita, que mi representado proceda al pago en forma en general de todas las sumas de dinero en las que eventualmente tenga que incurrir G OCHO S.A.S., sin tener en cuenta, que el Dr. DE HARO no tuvo ninguna injerencia en la atención médica correspondiente a los controles prenatales y el parto de la señora PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO, como está probado en la historia clínica.

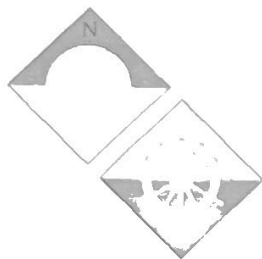
Frente al literal a. Nos oponemos a la presente pretensión por improcedente y abusiva de la figura del llamamiento en garantía. Pretender que a través de la presente figura procesal el llamado en garantía se encargue de los gastos de la defensa en la forma como fue planteado por la entidad G OCHO S.A.S., evidencia falta de técnica procesal. Sobre esta circunstancia, agradecemos al señor Juez, tener presente el Estatuto del abogado ante una posible vulneración a la Ley 1123 de 2007.

Además, reiteramos, que la entidad llamante en garantía no aportó la prueba que acredite la relación contractual ni el alcance de la misma, respecto al Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO.

Frente a los literales B, C y D. En los mismos términos de las manifestaciones anteriores, nos oponemos a la declaración de las presente pretensiones.

EXCEPCIONES DE MERITO

EXCEPCIÓN 1: ABUSO DE LA FIGURA PROCESAL DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA. EN CONSECUENCIA, INEXISTENCIA DE LA RELACIÓN SUSTANCIAL (DERECHO LEGAL O CONTRACTUAL) ENTRE LA ENTIDAD G OCHO S.A.S. Y EL DOCTOR ESTEBAN ASTUDILLO DE HARO.



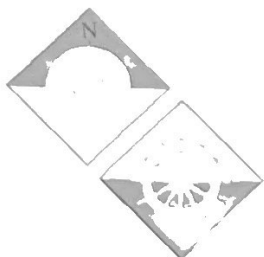
La vía del llamamiento en garantía está regulada en las reglas 63 y siguientes del Código General del Proceso y se fundamenta en la existencia de una relación sustancial a consecuencia de un derecho legal o contractual, que vincula al llamado como parte para que participe en el proceso por efecto de la pretensión indemnizatoria que se le imputa en caso que el llamante resulte vencido y condenado al pago de perjuicios mediante sentencia.

La regla 63 del Código General del Proceso establece lo siguiente:

*“**Quien afirme** tener derecho legal o contractual de exigir a un tercero la reparación integral del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia, podrá pedir la citación de aquel, para que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación. (Negrita y cursiva fuera del texto original).*

Es decir, que cuando el llamante vincula forzosamente a una parte para que responda ante una eventual sentencia condenatoria en su contra, sin lugar a dudas está ejercitando una acción que incluye una pretensión patrimonial, en razón de su afirmación de tener un derecho legal o contractual. Entonces, **quien afirme** tener derecho legal o contractual para efectuar un llamamiento en garantía, debe probar la existencia de la relación sustancial que lo legitima, máxime que estamos ante un proceso declarativo donde no existen derechos ciertos e indiscutibles. Es por ello, que en el nuevo estatuto procesal se consignó la expresión **“Quien afirme** tener derecho legal o contractual...” (Negrita fuera del texto original), lo que implica la necesidad de **probar** la causa que sirve para llamar en garantía; situación que no fue cumplida por parte de la entidad GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S. Sigla G OCHO S.A.S., al no aportar el correspondiente contrato como base del presente llamamiento, el cual no puede ser reemplazado por otros documentos o por la mera afirmación del llamante, como se hace en el presente asunto, pues en realidad no se encuentra la prueba objetiva, cierta e irrefutable que permita inferir que el Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO es garante y está obligado a responder patrimonialmente frente a una eventual sentencia condenatoria en contra de G OCHO S.A.S. Tampoco existe prueba objetiva, cierta e irrefutable que determine que entre la entidad llamante en garantía y el Dr. DE HARO establecieron voluntariamente el pago de condenas, solidaridad, reintegro de sumas de dinero o el pago de la defensa judicial, como en forma insólita fue solicitado en el presente llamamiento en garantía.

De aquí entonces, señor juez, además, emerge una de las situaciones que motivan la presente excepción, que tiene que ver con el abuso de la figura procesal del llamamiento en garantía, cuya naturaleza jurídica pretende ser desquiciada por la entidad GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S. Sigla G OCHO S.A.S., al solicitar en forma incomprensible, que mi representado Dr. DE HARO asuma los costos de defensa judicial en que incurra dicha entidad, al punto en manifestar *ad libitu* o *sic voluero*, al capricho, que sin importar el resultado del proceso, todos aquellos gastos judiciales deben ser asumidos por los llamados en garantía.



No obstante, lo insólito que pueda ser dicha solicitud, debemos manifestar que es improcedente y evidencia falta de técnica procesal, porque el estadio procesal en el que se estudia la relación jurídico sustancial entre llamante y llamado, es cuando quien ejerció la acción de llamamiento resultó vencido en el proceso. Es en ese momento procesal, en que el juez estudia lo correspondiente a las relaciones existentes. Pero la entidad G OCHO S.A.S., sin tener en cuenta dicha técnica, pretende que, sin importar el resultado del proceso, quienes acudieron al proceso por efecto del llamamiento que propuso salga al pago de todos los gastos procesales.

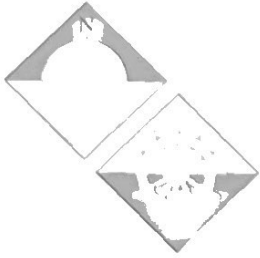
Resulta entonces evidente el abuso del derecho de ejercer el llamamiento en garantía, que bien dicho sea de paso, fue promocionado sin aportar la prueba contractual como lo advertimos en forma inaugural en la excepción. Es así, que pretender reemplazar una prueba seria como el contrato en donde conste la presunta calidad de garante, la solidaridad, lo pactado por las partes y el fundamento de la relación sustancial que habilita la figura del llamamiento en garantía por una mera manifestación y con otros documentos que no tienen fuerza vinculante ni demuestran lo que las partes hubiesen podido establecer en ejercicio de su voluntad.

Lo que a todas luces demuestra la inexistencia total de un sustento idóneo para exigirle al llamado en garantía que responda patrimonialmente, incluso, sin ser condenado en perjuicios mediante sentencia.

Sobre la figura del llamamiento en garantía, la Corte Constitucional en sentencia C 170 de 2014, estableció lo siguiente:

*“Como el llamamiento en garantía implica la existencia de un derecho legal o contractual, que vincula a llamante (garantizado) y llamado (garante) y permite traer al último a un proceso (el arbitral por ejemplo) como tercero, con el propósito de exigirle la declaración de condena que llegare a sufrir el llamante como resultado del laudo arbitral, esta relación es la que autoriza la posibilidad de vincular a este tercero garante a los efectos del pacto arbitral. **Por ello, el tercero es vinculado por la decisión adoptada en el proceso al que es llamado, con fundamento en que ha suscrito un contrato de garantía con una de las partes del proceso, y no con fundamento en que ciertas características de su participación en el proceso lo asimilen a quienes tienen la calidad de parte.**”* (Negrita y cursiva fuera del texto original).

Es indispensable para la procedencia del llamamiento en garantía, además del cumplimiento de los requisitos formales, que el llamante aporte una prueba seria del derecho legal o contractual que fundamente la vinculación de la parte al proceso, toda vez que dicha vinculación implica la extensión de los efectos de la sentencia judicial al llamado, causándole eventualmente una posible afectación patrimonial. En el presente caso, es evidente que GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S. Sigla G OCHO S.A.S., no aportó el contrato que demuestre algún vínculo de



garante con el Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO. No se observa entonces, que exista un vínculo contractual respecto a los supuestos perjuicios causados a los demandantes que permita a la entidad convocante pedir el reembolso de lo que por sentencia tuviere que pagar o la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir.

De acuerdo con lo anterior, en el evento en que se profiera una sentencia condenatoria en este asunto y el juez proceda con el estudio de la relación sustancial entre el demandado GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S. Sigla G OCHO S.A.S., y el llamado en garantía, el juez verificará que, en efecto, no existe el contrato aducido por la mencionada entidad, y en consecuencia, mi poderdante no estará obligada a asumir ninguna clase de pago.

EXCEPCIÓN 2: FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA EN EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA PROPUESTO.

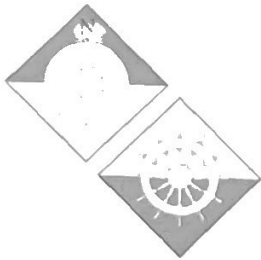
La legitimación en la causa por pasiva, en su carácter de requisito o presupuesto para el acogimiento favorable de la pretensión involucrada en el llamamiento en garantía tendiente a pagar los perjuicios y gastos procesales en caso de una sentencia condenatoria en contra de la entidad GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S. Sigla G OCHO S.A.S., ha sido definida como la coincidencia que debe existir entre el demandado y la persona a quien la ley impone la obligación de satisfacer el derecho reclamado por el demandante. Luego, la falta de legitimación en la causa por pasiva es entendida como la ausencia de la citada coincidencia, que en el presente asunto se encuentra plenamente acreditada debido a que G OCHO S.A.S. en calidad de llamante en garantía, no acreditó la relación sustancial existente con mi mandante; motivo por el cual, no se le puede condenar al pago de ninguna clase de perjuicios.

Por todo lo expuesto tanto en la excepción que antecede como en la presente, emerge diáfano que en este caso no existe legitimación en la causa por pasiva en cabeza del Dr. ESTEBAN ASTUDILLO DE HARO, para que sea llamado en garantía por GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S. Sigla G OCHO S.A.S., situación que agradecemos al señor Juez declarar al momento de estudiar la relación sustancial entre el llamante y el llamado, si es el caso.

OPOSICIÓN A LAS PRUEBAS DEL LLAMANTE EN GARANTÍA

Por improcedentes, me opongo a las siguientes pruebas:

- Me opongo a la prueba documental correspondiente a un contrato de medicina general, toda vez que mi representado Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO no fue parte en dicha relación contractual.
- Me opongo a los documentos certificación de contadora y anexos, pues no logran acreditar que mi representado Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO pactó con la entidad llamante en garantía, solidaridad, pago de indemnizaciones o calidad de garante.



- Me opongo a la práctica de la prueba testimonial de la señora ELIANA PATRICIA BALCAZAR, por cuanto no cumple con los requisitos para ser testigo, pues no conoció los términos de ninguna relación contractual.

PRUEBAS

PRUEBAS OFRECIDAS Y APORTADAS POR PARTE DEL DR. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO

1. INTERROGATORIO DE PARTE:

Solicito respetuosamente al señor Juez, citar, para que absuelva interrogatorio de parte, al representante legal de la entidad GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S. Sigla G OCHO S.A.S.

2. DOCUMENTALES:

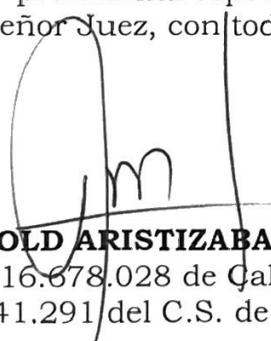
- La historia clínica aportada con la demanda.
- Literatura médico científica aportada por esta defensa, que avala la atención médica realizada por el Dr. ESTEBAN ASTUDILLO DE HARO.
- Títulos que acreditan al Dr. ESTEBAN ASTUDILLO DE HARO como médico y especialista en medicina pediátrica.
- Poder para actuar.

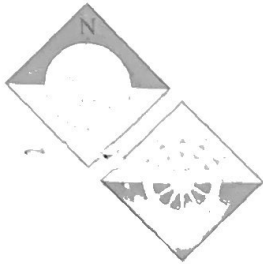
3. PRUEBA PERICIAL DE PARTE.

Dictamen pericial – estudio especializado rendido por la Dra. SANDRA LORERA MORENO ARIAS, médico especialista en Pediatría y subespecialista en Neonatología.

De acuerdo con la regla 226 del Código General del Proceso, me permito anexar todos los documentos que acreditan la idoneidad del profesional especializado que realizó la peritación.

Del señor Juez, con toda atención,


HAROLD ARISTIZABAL MARIN
C.C. 16.678.028 de Cali
T.P. 41.291 del C.S. de la J.



AUG 26 19 PM 3:41

CE4375

Doctor

RAMIRO ELIAS POLO CRISPINO

JUEZ CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

E. S. D.

Proceso: Verbal Declarativo de Responsabilidad Civil Médica
Demandantes: Edwin Arley Cuadros Arango y otros
Demandado: Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S. – G OCHO S.A.S., Comfenalco Valle IPS y Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca Comfenalco
Radicación: 2018-00140-00

HAROLD ARISTIZABAL MARÍN, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, abogado en ejercicio y portador de la tarjeta profesional No. 41.291 del C. S de la J., actuando en el presente proceso como apoderado del Dr. **ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO**, conforme al poder conferido, me dirijo ante usted oportunamente con el propósito de contestar la demanda de la referencia en los siguientes términos:

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

A continuación, procedo a la réplica de cada uno de los hechos según el orden propuesto por la parte demandante:

AL HECHO 1: Teniendo en cuenta que el presente hecho contiene varias afirmaciones, nos permitimos pronunciarnos sobre cada una de ellas así:

No nos consta la vinculación al Sistema de Seguridad Social en Salud de la demandante PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO. Corresponderá a la entidad COMFENALCO VALLE manifestar si es o no cierto.

Respecto al inicio del control prenatal de la paciente PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO, no nos consta, en razón a que mi representado Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO no participó en ninguno de los controles mencionados, toda vez que su especialidad corresponde a la medicina pediátrica y no a la ginecología. Lo que significa que nuestro defendido no tuvo ninguna injerencia ni ninguna valoración relacionada con el control prenatal.

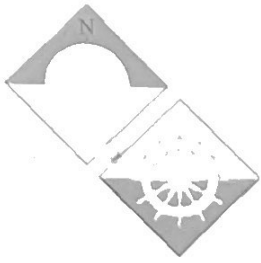
De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española (RAE), la pediatría¹ consiste en:



1

REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA (2019). Pediatría. Recuperado 15/08/2019:

<https://dle.rae.es/>



“1. f. Rama de la medicina que se ocupa de la salud y enfermedades de los niños.”

Por su parte, la literatura médico científica ha establecido el concepto y el alcance de la especialidad de la medicina pediátrica², veamos:

“pediatra: Médico que tiene una formación especial para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones **en los niños**. Los pediatras también ayudan a tratar otros problemas que afectan a los niños; por ejemplo, trastornos del desarrollo, y problemas de comportamiento, emocionales y sociales.” (Negrita y subrayado fuera del texto original).

En otra literatura³ idónea se estableció:

“¿Qué es la Pediatría?

La Pediatría es el área de la Medicina que se encarga de la salud de los pacientes desde que nacen hasta la adolescencia.

Tradicionalmente, llega hasta la edad de 14 años; sin embargo, dado que la adolescencia tiene más en común con la niñez, con personas en pleno crecimiento y desarrollo, esta etapa de la vida ha ido quedando a cargo de esta especialidad, llegando incluso hasta los 18 años.

Las enfermedades que afectan a los niños tienen un cariz distinto a los adultos. Algunas son propias de esas edades y otras, al atacar organismos en pleno desarrollo, afectan de una forma distinta a otras etapas de la vida, teniendo características muy especiales.” (Negrita y subrayado fuera del texto original).

Finalmente, se conceptuó en otra literatura⁴:

“Límites de la Pediatría

Si por su contenido científico, es la total Medicina de la edad infantil, **en cuanto a los límites cronológicos se trata de la Medicina aplicada a un período de la vida, que comienza con el nacimiento y termina en la adolescencia.** Se amplía su terreno en la adolescencia, en cuanto el crecimiento no termina hasta



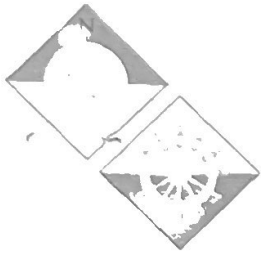
² INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER (2019). Diccionario de cáncer. Pediatría. Recuperado 15/08/2019: www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/pediatra



³ HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE CHILE (2019). Pediatría. Recuperado 15/08/2019: <https://www.redclinica.cl/plantilla/especialidades/pediatria.aspx>



⁴ ECURED: ENCICLOPEDIA CUBANA (2006). Pediatría. Colectivo de autores. Compendio de Pediatría, Editorial Ciencia Médicas. Ciudad de la Habana. Recuperado 15/08/2018: <https://www.ecured.cu/Pediatr%C3%ADa>



115

el final de esta época: es una edad fronteriza, que con frecuencia plantea problemas.” (Negrita y subrayado fuera del texto original).

De acuerdo con la anterior literatura científica mundial, es claro que la especialidad de pediatría a la cual pertenece nuestro representado Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO, no tiene injerencia con las atenciones médica prenatales, pues su campo específico inicia desde el nacimiento hasta la adolescencia, es decir, que mi representado no participó en ninguna atención previa al nacimiento ni tuvo ninguna relación con el parto de la paciente PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO, como igualmente se acredita en forma objetiva con la historia clínica que hace parte del expediente.

Dejamos de presente, que el hecho que se contesta no contiene ninguna acusación en contra de mi representado.

AL HECHO 2: Teniendo en cuenta que el presente hecho contiene varias afirmaciones, nos permitimos pronunciarnos sobre cada una de ellas así:

No nos consta ninguna de las valoraciones mencionadas en el presente hecho relacionadas con control prenatal y el parto sucedido el 27 de junio de 2017 a las 20:11 horas conforme a la nota de parto que hace parte de la historia clínica, por cuanto mi representado Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO no participó en los controles previos y no hizo parte del equipo médico que atendió el parto.

Respecto a la valoración por pediatría que se menciona en el presente hecho, debemos precisar que la misma fue realizada el **27 de junio de 2017 a las 23:12 horas**, por mi representado Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO, en la que registró lo siguiente:

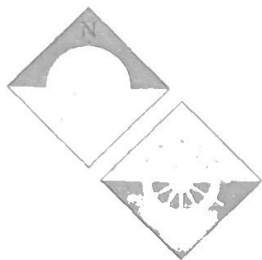
SEDE DE ATENCIÓN:	022 CLINICA COMFENALCO - G OCHO SAS	Edad:	16 AÑOS
FOLIO 64	FECHA 27/06/2017 23:12:54	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO
 PEDIATRIA
 NACIO POR PARTO. REQUIRIO CRISTELER. MACROSOMICO.
 S. MADRE REFIERE MECONIO +, DIURESIS +. TOLERA VIA ORAL. TRANQUILO.
 O. FC 115, FR 39, T 37, SAO2 99% AMBIENTE. ROSADO, NO DISNEA, TRANQUILO. MUCOSAS HUMEDAS. CONJUNTIVAS ROSADAS, CABEZA
 CON FONTANELAS PERMEABLES, NO TENSAS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS. MV +. NO SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, NO
 MEGALIAS. GU NORMAL. SNC ALERTA. REFLEJOS +. MIEMBRO SUPERIOR DERECHO FUERZA 1/5. NO FX EVIDENTES. PULSOS ++
 A/P. PTE CON FOCALIZACION A NIVEL DE MSD. PAREIA IMPORTANTE. MACROSOMIA FETAL. EXPULSIVO DIFICIL POR PRESENTACION
 COMPUESTA. DEBE DESCARTARSE FX CLAVICULA CON AFECCION DEL PLEJO BRAQUIAL. EXPLICO A LA MAADRE. DEJO EN OBSERVAICON Y SS
 RX MSD.
 Evolucion realizada por: ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO Fecha: 27/06/17 23:12:57

Cantidad	Descripción
1	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA

MIEMBRO SUP DER

ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO
 Reg. 76433112
 PEDIATRIA




De acuerdo con la anterior historia clínica, mi representado Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO realizó la primera valoración pediátrica al recién nacido ANTHONY CUADROS CEBALLOS, en la que reportó la identificación de un hallazgo que consistió en fuerza de 1/5 en miembro superior derecho, es decir, que el recién nacido no movía la extremidad, determinando entonces focalización a nivel de MSD y paresia importante.

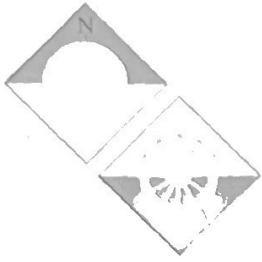
Ante el hallazgo identificado y reportado en la historia clínica por el médico especialista en pediatría Dr. ESTEBAN DAVID, definió como conducta no dar de alta al recién nacido y dejar en observación, igualmente, ordenó la toma de una ayuda imagenológica (RX MSD) con el objetivo de descartar una posible fractura pese a que al examen físico realizado no se evidenció.

La mencionada valoración de fecha 27 de junio de 2017 a las 23:12 horas, fue la única intervención que tuvo mi representado con el recién nacido según la historia clínica que hace parte del expediente. Bien dicho sea paso y en congruencia con los ataques planteados en el escrito de demanda, reiteramos que la atención médica especializada en pediatría, no tiene ninguna injerencia en los actos médicos realizados en el control prenatal e inclusive, al momento del parto, actos en los cuales el Dr. ESTEBAN DAVID no estuvo presente.

Pese a que ningún ataque o reproche recae sobre la única atención especializada que brindó mi representado el 27 de junio de 2017 a las 23:12 horas, debemos manifestar y acreditar con fundamento en la historia clínica, en la literatura científica y demás pruebas que aportaremos al señor juez, que el Dr. ESTEBAN DAVID valoró y examinó al recién nacido en forma oportuna, adecuada y diligente, tanto es así, que gracias a su criterio y examen físico completo, logró identificar una clínica compatible con una parálisis del plexo braquial, al reportar como hallazgo la falta de movilidad del miembro superior derecho; patología que en posteriores valoraciones fue confirmada mediante estudios realizados al recién nacido. Es decir, el médico especialista en pediatría realizó la valoración, registró el hallazgo y tomó la conducta adecuada que era dejar al menor en observación con la orden de una radiografía para descartar posible fractura. Distinto hubiese ocurrido si el profesional no advierte la falta de movilidad y hubiese ordenado el egreso del menor, lo que no ocurrió gracias a la atención perita que realizó mi representado.

Sobre la lesión del plexo braquial⁵, sus primeras manifestaciones y la conducta a seguir, la literatura científica mundial ha dictaminado lo siguiente:

⁵  KIDS HEALTH FROM NEUMORS. GEGG MD. (2018). Lesiones en el plexo braquial en los recién nacidos. Recuperado 15/08/2019: <https://kidshealth.org/es/parents/brachial-plexus-esp.html>



¿Qué son las lesiones del plexo braquial?

Las lesiones del plexo braquial afectan a la red de nervios que proporciona la sensibilidad y el control de los músculos del hombro, el brazo, el antebrazo, la mano y los dedos.

En los recién nacidos, estas lesiones pueden aparecer si ocurre lo siguiente:

- el parto es complicado porque el niño viene de nalgas
- la madre tiene un trabajo de parto muy extenso
- los hombros del bebé son demasiado anchos como para pasar por el canal de parto

Existen diferentes tipos de lesiones del plexo braquial. Según el lugar del nervio donde ocurran, estas lesiones a veces reciben el nombre de parálisis del plexo braquial neonatal o parálisis de Erb.

Las lesiones del plexo braquial también pueden ocurrir durante los deportes (como el fútbol) o por un accidente, si se empuja la cabeza con fuerza hacia abajo o los costados.

¿Qué ocurre en una lesión del plexo braquial?

Durante el parto, puede ocurrir una lesión del plexo braquial si el cuello del bebé se estira hacia un lado.

La red de nervios del plexo braquial comienza con las raíces nerviosas de la médula espinal en el cuello y llega hasta la axila. Desde allí, los nervios se ramifican y continúan a lo largo del brazo, la mano y los dedos.

Cuando una fuerza aumenta el ángulo entre el cuello y los hombros, los nervios del plexo braquial pueden estirarse o desgarrarse. La lesión también puede arrancar las raíces nerviosas del plexo braquial de la médula espinal. **Los nervios dañados pierden un poco de sensibilidad y hacen que los movimientos de los músculos sean débiles.**

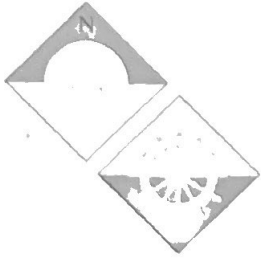
¿Cuáles son los signos y síntomas de una lesión del plexo braquial?

Los signos de una lesión del plexo braquial suelen incluir los siguientes:

- **falta de movimiento parcial o total**
- agarre debilitado
- adormecimiento
- una posición extraña (el brazo puede doblarse hacia adentro o colgar flácido)

¿Cómo se diagnostican las lesiones del plexo braquial?

Las lesiones del plexo braquial neonatal son un tipo de lesión común durante el parto (2 a 3 de cada 1.000 nacimientos). **Sin embargo,**



identificarlas en los recién nacidos puede ser difícil. Los médicos revisarán el brazo afectado para ver si hay parálisis o adormecimiento y verificar la posición y la fuerza del agarre. También comprobarán el reflejo de Moro del bebé (respuesta a un sobresalto). Esto es lo que ocurre cuando un bebé estira los brazos y las piernas, y luego los flexiona cuando se asusta.


En general, los estudios y tratamientos son supervisados por un especialista en el tratamiento de bebés con estas lesiones. **El especialista podría solicitar:**

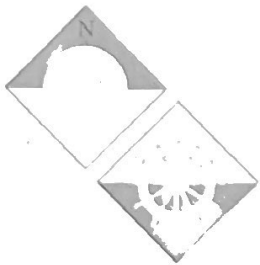
- **radiografías**
- estudios de conducción nerviosa y electromiogramas para comprobar la función del nervio y el músculo
- tomografía computada
- resonancia magnética” (Negrita y subrayado fuera del texto original).

En otra literatura⁶ se estudió lo siguiente:

“¿Qué es las parálisis de Erb-Duchenne y Dejerine-Klumpke?
El plexo braquial es una red de nervios que conducen señales de la columna vertebral al hombro, el brazo y la mano. Las lesiones del plexo braquial son causadas por daño a esos nervios. La parálisis de Erb-Duchenne es la parálisis del plexo braquial superior. La parálisis de Dejerine-Klumpke es la parálisis del plexo braquial inferior. Aunque las lesiones del plexo braquial pueden ocurrir en cualquier momento, muchas de ellas suceden cuando los hombros del bebé se afectan durante el parto y los nervios del plexo braquial se estiran o rasgan. Existen cuatro tipos de lesiones del plexo braquial: la avulsión, el tipo más grave, en donde el nervio se desgarrar de la columna vertebral; la ruptura, en la cual el nervio se desgarrar, pero no en la unión con la columna; la neuroma, en la cual el nervio se rompe y cicatriza, pero el tejido cicatrizal hace presión sobre el nervio lesionado y le impide enviar señales a los músculos; y la neuropraxia o estiramiento, en la cual el nervio se daña pero sin romperse. La neuropraxia es el tipo más común de lesión del plexo braquial. **Los síntomas de lesión del plexo braquial pueden incluir un brazo colgante o paralizado, falta de control muscular en el brazo, la mano o la muñeca y ausencia de sensación en el brazo o la mano.**” (Negrita y subrayado fuera del texto original).

Finalmente, en otra literatura idónea se estableció lo siguiente:

⁶  NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE. Bethesda MD. (2017). Parálisis de Erb-Duchenne y Dejerine-Klumpke. Recuperado 15/08/2019: <https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/erb-duchenne.htm>



*“El plexo braquial es una red de nervios que envía señales desde la columna vertebral hasta el hombro, el brazo y la mano. **El daño del plexo braquial puede causar síntomas como:***

- **Un brazo flácido o paralizado***
- **Falta de control muscular en el brazo, la mano o la muñeca***
- **Falta de sensación en el brazo o en la mano***

Las lesiones del plexo braquial pueden ocurrir por un trauma, tumores o inflamación en el hombro. A veces ocurren durante el alumbramiento, cuando los hombros del bebé quedan atascados durante el parto y hay un estiramiento o desgarro de los nervios.”
(Negrita y subrayado fuera del texto original).

Teniendo en cuenta los anteriores estudios científicos contenidos en literatura idónea, la lesión del plexo braquial es una entidad que puede ser de difícil diagnóstico en un recién nacido, que presenta signos y síntomas como ausencia de fuerza o movimiento en el miembro afectado y que pueden ordenarse ayudas imagenológicas para confirmar el diagnóstico. Al revisar la historia clínica del 27 de junio de 2017 a las 23:12 horas, el médico especialista en pediatría ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO al examinar en forma completa al recién nacido, logró identificar la ausencia de fuerza en el miembro superior derecho con reporte de 1/5, razón por la cual ordenó como conducta la realización de una radiografía para descartar fractura de clavícula con afección del plexo braquial.

Dejamos de presente, que el hecho que se contesta no contiene ninguna acusación en contra de mi representado.

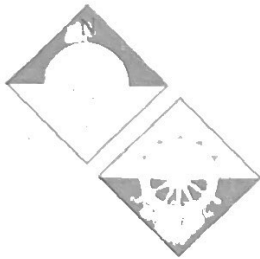
AL HECHO 3 HASTA EL 10: No nos consta lo manifestado en los presentes hechos, toda vez que mi representado Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO no participó en ninguna de las atenciones médicas descritas. De conformidad con lo acreditado en la respuesta al segundo hecho de la demanda, teniendo como fundamento la historia clínica, la única intervención de mi representado con el recién nacido fue el 27 de junio de 2017 a las 23:12 horas, que correspondió a la primera valoración del menor por la especialidad de pediatría.

Dejamos de presente, que en los hechos que se contestan no contienen ninguna acusación en contra de mi representado.

AL HECHO 11: No nos consta el núcleo familiar de los demandantes, lo que diga en esta contestación acerca de la situación del estado civil de los mismos es irrelevante como prueba, pues conforme al artículo 101 del Decreto 1260 de 1970 la prueba del estado civil es formal.

FRENTE A LAS PRETENSIONES, DECLARACIONES Y CONDENAS SOLICITADAS EN LA DEMANDA

Pese a que no existe ninguna pretensión en contra de mi representado Dr. **ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO** o algún reproche o acusación



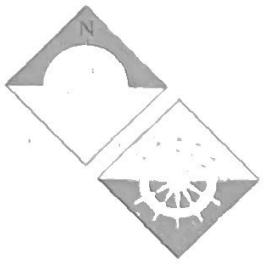
relacionada en forma directa o indirecta con la atención médica realizada el 27 de junio de 2017 a las 23:12 horas por la especialidad de pediatría, nos oponemos a la prosperidad de las pretensiones de la parte actora, empezando por la tendiente a que se declare la responsabilidad civil de mi representado toda vez que las acusaciones contenidas en el escrito de demanda carecen de los fundamentos fácticos, jurídicos y médico - científicos requeridos para que puedan surtir los efectos normativos que se pretenden deducir con la presentación de la demanda por cuanto **NO** se estructuró la responsabilidad atribuida a mi representado.

Por lo anterior, solicito que se niegue lo pedido en la demanda y ruego condenar a la parte actora al pago de costas y agencias en derecho.

En el presente caso no se presentan los presupuestos esenciales para que surja o se pueda predicar el nacimiento de una obligación resarcitoria a cargo de mi defendido, pues no se conformaron los tres (3) pilares de la responsabilidad civil en nuestro régimen jurídico, ya que no hay conducta o culpa alguna atribuible a mi representado, ni tampoco el supuesto daño antijurídico alegado está asociado en forma alguna con lo que correspondió a la actividad que desarrolló el Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO en la atención médica especializada en pediatría dada al recién nacido ANTHONY CUADROS CEBALLOS por una única vez el 27 de junio de 2017 a las 23:12 horas, por cuanto se trató de una atención oportuna, con manejo adecuado y especializado cuyo hallazgo de PARESIA importante de miembro superior derecho fue confirmada con posterioridad, no existiendo relación o nexo de causalidad entre algún actuar a cargo de la parte pasiva que represento y los perjuicios alegados por la parte actora, para lo cual ha de destacarse que la parte demandante no probó ninguna de las acusaciones contenidas en la demanda, pues no aportó una prueba médico científica idónea con la cual se acredite la presunta mala atención médica.

Por otro lado, resulta imperioso mencionar que para que un daño sea susceptible de indemnización alguna, el mismo deberá ser probado por quien lo sufre, obviamente previa comprobación de los presupuestos fácticos que germinaron el presunto daño. Este postulado parte de la premisa de que quien no pruebe un daño no será indemnizado, pues no se puede partir de la base que éste es un hecho notorio o que el médico o equipo médico llegan culpables al proceso, y corresponde a quien supuestamente ha padecido dicho perjuicio, aportar los medios idóneos y conducentes para que prosperen sus pretensiones no sólo acreditando el daño sino comprobando la real y efectiva causación de los hechos u omisiones generadores del daño alegado. Sin embargo, tal y como se sostendrá y acreditará a lo largo del presente proceso, ninguna de las afirmaciones contenidas en los hechos de la demanda se podrán verificar por cuanto los demandantes pasaron por alto su deber de probar los motivos que originaron la acción conforme al artículo 167 del Código General del Proceso.

Por lo tanto, esta situación se traduce en un obstáculo insalvable que va al traste de las pretensiones elevadas.



Ahora bien, frente a cada una de las pretensiones me pronuncio así:

Frente a la pretensión 2.1.: Nos oponemos a la presente pretensión declaratoria de responsabilidad civil y pago de presuntos perjuicios inmateriales, por cuanto no es cierto que existieron fallas en la atención médica dada a la paciente PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO y a su hijo ANTHONY CUADROS CEBALLOS. Respecto a mi representado el Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO, debemos precisar que no atendió a la señora PAOLA ANDREA ni tuvo participación en el parto. En cuanto al recién nacido, mi representado lo valoró una única vez el 27 de junio de 2017 a las 23:12 horas, encontrando como hallazgo la falta de movilidad en su miembro superior derecho. De esta manera, no existió una falla en la atención médica brindada al recién nacido como acreditaremos en las excepciones promocionaremos.

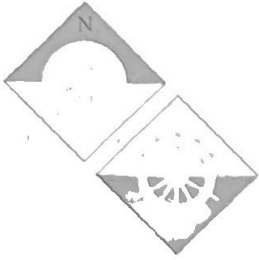
Frente a la pretensión 2.2.: Nos oponemos a la pretensión relacionada con perjuicios morales a favor de los demandantes conforme a lo expuesto en el numeral anterior, pues no existiendo responsabilidad en cabeza de mi mandante, tampoco habrá lugar a condena alguna en su contra por cuanto no se estructuró el deber de indemnizar. Del escrito de demanda ni de las circunstancias fácticas puede concluirse que ninguna acción u omisión a cargo de mi defendido desencadenó en la configuración de responsabilidad alguna.

Por otra parte, nos oponemos a la tasación del perjuicio que pretenden los demandantes por improcedente, toda vez que pretende la aplicación dada en la jurisdicción contenciosa administrativa, sin tener en cuenta que el presente proceso avanza en la jurisdicción civil cuya tasación del perjuicio es independiente.

Frente a las pretensiones 2.2.1. hasta la 2.2.14.: En los mismos términos frente a la pretensión anterior, manifestamos nuestra oposición frente a la eventual prosperidad de esta solicitud relacionada con presuntos perjuicios inmateriales bajo la tipología de morales, cuya tasación en forma improcedente se presenta con la correspondiente a la jurisdicción contenciosa administrativa, lo que sin dudas evidencia falta de técnica procesal en la solicitud. Además, resulta evidente el afán de lucro injustificado, pues la cifra pretendida desatiende todos los parámetros o baremos fijados por la jurisprudencia de la sala de casación civil de la Corte Suprema de Justicia de Colombia, como se argumentará en las excepciones.

Frente a la pretensión 2.3.: Nos oponemos a la prosperidad de la presente pretensión, teniendo en cuenta los argumentos expuestos y probados en las respuestas a los hechos de la demanda, y a lo expuesto y probado en las excepciones que seguidamente serán formuladas.

Frente a la pretensión 2.4.: Igualmente, nos oponemos a la presente pretensión.



**EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LOS HECHOS,
CONSIDERACIONES Y PRETENSIONES DE LA DEMANDA**

EXCEPCIÓN 1.- INEXISTENCIA DE UNA FALLA EN LA ATENCIÓN MÉDICA POR PARTE DE MI REPRESENTADO DR. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO. EN CONSECUENCIA, AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL.

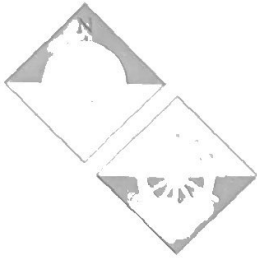
Proponemos al señor juez la presente excepción, pese a que no existe ninguna acusación, ataque o reproche directo o indirecto respecto a la única atención médica especializada en pediatría realizada por el Dr. **ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO** del 27 de junio de 2017 a las 23:12 horas. Sin embargo, resulta necesaria habida cuenta de la pretensión acumulada con el llamamiento en garantía realizado por la entidad G OCHO S.A.S., figura procesal que sirvió para la vinculación de mi mandante al presente proceso declarativo.

Debemos manifestar que los presupuestos básicos de la responsabilidad, estos son: el daño, la culpa y el nexo de causalidad, **no fueron probados** por los demandantes, teniendo el deber legal de hacerlo. Contrario a dicha conducta, nuestra defensa acreditará en forma médico científica, que el Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO no cometió por acción u omisión irregularidad alguna al momento de brindar atención médica al recién nacido ANTHONY CUADROS CEBALLOS. Razones que permitirán determinar la imposibilidad de declarar responsabilidad civil generadora de una obligación a cargo de mi defendido.

En el escrito de demanda se acusó al equipo médico de la IPS G OCHO S.A.S. de incurrir en fallas en la atención médica de la gestante PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO por cuatro (4) situaciones en particular, siendo estas:

1. Graves faltas y fallas en la atención médica de PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO y ANTHONY CUADROS CEBALLOS, por cuanto en el parto vaginal el día 27 de junio de 2017 no se evaluó que se trataba de un feto macrosómico.
2. Que la atención en el trabajo de parto fue caracterizada por la impericia, imprudencia y negligencia
3. Que se realizó maniobra de Kristeller al momento del expulsivo dificultoso y que dicha maniobra generó lesión del plexo braquial del recién nacido.
4. Y finalmente, que durante el posparto la paciente presentó una infección nosocomial.

Teniendo en cuenta las acusaciones de la demanda, a través de la presente excepción se acreditará conforme a la historia clínica que hace parte del expediente, que el Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO no hizo parte del equipo médico que realizó los controles prenatales y tampoco hizo parte del equipo médico que atendió el parto el 27 de junio de 2017. Igualmente,



se acreditará que tanto los controles prenatales como el parto, no hacen parte de su órbita de conocimiento en razón a que su especialidad es la pediatría y no la ginecobstetricia. Ahora, en cuanto a su única atención médica, acreditaremos que fue correcta, oportuna y adecuada desde el punto de vista médico científico.

Iniciamos entonces, con el análisis de la historia clínica.

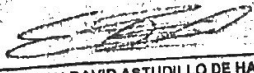
Respecto a la valoración por pediatría que fue mencionada en uno de los apartes del hecho 2° de la demanda, debemos precisar que la misma fue realizada el **27 de junio de 2017 a las 23:12 horas**, por mi representado Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO, en la que registró lo siguiente:

SEDE DE ATENCIÓN:	022	CLINICA COMFENALCO - G OCHO SAS	Edad: 16 AÑOS
FOLIO 64	FECHA 27/06/2017 23:12:54	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO
 PEDIATRIA
 NACIO POR PARTO. REQUIRIO CRISTELER. MACROSOMICO.
 S. MADRE REFIERE MECONIO +, DIURESIS +. TOLERA VIA ORAL. TRANQUILO.
 O. FC 115, FR 39, T 37, SAO2 99% AMBIENTE. ROSADO, NO DISNEA. TRANQUILO. MUCOSAS HUMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, CABEZA CON FONTANELAS PERMEABLES, NO TENSAS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLÓS. MV +. NO SOBREGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, NO MEGALIAS. GU NORMAL. SNC ALERTA. REFLEJOS +. MIEMBRO SUPERIOR DERECHO FUERZA 1/5. NO FX EVIDENTES. PULSOS ++
 A/P- PTE CON FOCALIZACION A NIVEL DE MSD, PARESIA IMPORTANTE, MACROSOMIA FETAL, EXPULSIVO DIFICIL POR PRESENTACION COMPUESTA. DEBE DESCARTARSE FX CLAVICULA CON AFECCION DEL PLEJO BRAQUIAL. EXPLICO A LA MAAORE: DEJO EN OBSERVAICON Y SS RX MSD.
 Evolucion realizada por: ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO-Fecha: 27/06/17 23:12:57

ORDENES DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

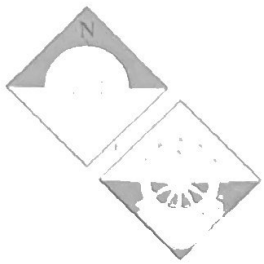
Cantidad	Descripción
1	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA MIEMBRO SUP DER


 ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO
 Reg. 76433112
 PEDIATRIA

De acuerdo con la anterior historia clínica, mi representado Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO realizó la primera valoración pediátrica al recién nacido ANTHONY CUADROS CEBALLOS, en la que reportó la identificación de un hallazgo que consistió en fuerza de 1/5 en miembro superior derecho, es decir, que el recién nacido no movía la extremidad, determinando entonces focalización a nivel de MSD y paresia importante.

Ante el hallazgo identificado y reportado en la historia clínica por el médico especialista en pediatría Dr. ESTEBAN DAVID, definió como conducta no dar de alta al recién nacido y dejar en observación, igualmente, ordenó la toma de una ayuda imagenológica (RX MSD) con el objetivo de descartar una posible fractura pese a que al examen físico realizado no se evidenció.

La mencionada valoración de fecha 27 de junio de 2017 a las 23:12 horas, fue la única intervención que tuvo mi representado con el recién nacido según la historia clínica que hace parte del expediente. Bien dicho sea paso y en congruencia con los ataques planteados en el escrito de demanda, reiteramos que la atención médica especializada en pediatría, no tiene



ninguna injerencia en los actos médicos realizados en el control prenatal e inclusive, al momento del parto, actos en los cuales el Dr. ESTEBAN DAVID no estuvo presente.

Insistimos en que la única atención especializada que brindó mi representado el 27 de junio de 2017 a las 23:12 horas, no es objeto de ataque por los demandantes, sin embargo, debemos manifestar y acreditar con fundamento en la historia clínica, en la literatura científica y demás pruebas que aportaremos al señor juez, que el Dr. ESTEBAN DAVID valoró y examinó al recién nacido en forma oportuna, adecuada y diligente, tanto es así, que gracias a su criterio y examen físico completo, logró identificar una clínica compatible con una parálisis del plexo braquial, al reportar como hallazgo la falta de movilidad del miembro superior derecho; patología que en posteriores valoraciones fue confirmada mediante estudios realizados al recién nacido. Es decir, el médico especialista en pediatría realizó la valoración, registró el hallazgo y tomó la conducta adecuada que era dejar al menor en observación con la orden de una radiografía para descartar posible fractura. Distinto hubiese ocurrido si el profesional no advierte la falta de movilidad y hubiese ordenado el egreso del menor, lo que no ocurrió gracias a la atención perita que realizó mi representado.

Sobre la lesión del plexo braquial⁷, sus primeras manifestaciones y la conducta a seguir, la literatura científica mundial ha dictaminado lo siguiente:


¿Qué son las lesiones del plexo braquial?

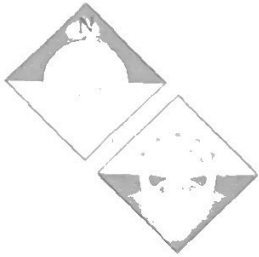
Las lesiones del plexo braquial afectan a la red de nervios que proporciona la sensibilidad y el control de los músculos del hombro, el brazo, el antebrazo, la mano y los dedos.

En los recién nacidos, estas lesiones pueden aparecer si ocurre lo siguiente:

- *el parto es complicado porque el niño viene de nalgas*
- *la madre tiene un trabajo de parto muy extenso*
- *los hombros del bebé son demasiado anchos como para pasar por el canal de parto*

Existen diferentes tipos de lesiones del plexo braquial. Según el lugar del nervio donde ocurran, estas lesiones a veces reciben el nombre de parálisis del plexo braquial neonatal o parálisis de Erb.

⁷  KIDS HEALTH FROM NEUMORS. GEGG MD. (2018). Lesiones en el plexo braquial en los recién nacidos. Recuperado 15/08/2019: <https://kidshealth.org/es/parents/brachial-plexus-esp.html>



Las lesiones del plexo braquial también pueden ocurrir durante los deportes (como el fútbol), o por un accidente, si se empuja la cabeza con fuerza hacia abajo o los costados.

¿Qué ocurre en una lesión del plexo braquial?

Durante el parto, puede ocurrir una lesión del plexo braquial si el cuello del bebé se estira hacia un lado.

La red de nervios del plexo braquial comienza con las raíces nerviosas de la médula espinal en el cuello y llega hasta la axila. Desde allí, los nervios se ramifican y continúan a lo largo del brazo, la mano y los dedos.

Cuando una fuerza aumenta el ángulo entre el cuello y los hombros, los nervios del plexo braquial pueden estirarse o desgarrarse. La lesión también puede arrancar las raíces nerviosas del plexo braquial de la médula espinal. **Los nervios dañados pierden un poco de sensibilidad y hacen que los movimientos de los músculos sean débiles.**

¿Cuáles son los signos y síntomas de una lesión del plexo braquial?

Los signos de una lesión del plexo braquial suelen incluir los siguientes:

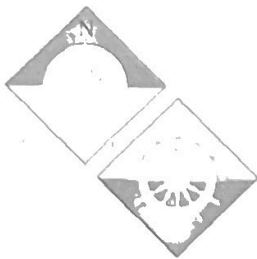
- **falta de movimiento parcial o total**
- agarre debilitado
- adormecimiento
- una posición extraña (el brazo puede doblarse hacia adentro o colgar flácido)

¿Cómo se diagnostican las lesiones del plexo braquial?

Las lesiones del plexo braquial neonatal son un tipo de lesión común durante el parto (2 a 3 de cada 1.000 nacimientos). **Sin embargo, identificarlas en los recién nacidos puede ser difícil. Los médicos revisarán el brazo afectado para ver si hay parálisis o adormecimiento y verificar la posición y la fuerza del agarre.** También comprobarán el reflejo de Moro del bebé (respuesta a un sobresalto). Esto es lo que ocurre cuando un bebé estira los brazos y las piernas, y luego los flexiona cuando se asusta.

En general, los estudios y tratamientos son supervisados por un especialista en el tratamiento de bebés con estas lesiones. **El especialista podría solicitar:**

- **radiografías**
- estudios de conducción nerviosa y electromiogramas para comprobar la función del nervio y el músculo
- tomografía computada
- resonancia magnética” (Negrita y subrayado fuera del texto original).



En otra literatura⁸ se estudió lo siguiente:

“¿Qué es las parálisis de Erb-Duchenne y Dejerine-Klumpke?

*El plexo braquial es una red de nervios que conducen señales de la columna vertebral al hombro, el brazo y la mano. Las lesiones del plexo braquial son causadas por daño a esos nervios. La parálisis de Erb-Duchenne es la parálisis del plexo braquial superior. La parálisis de Dejerine-Klumpke es la parálisis del plexo braquial inferior. Aunque las lesiones del plexo braquial pueden ocurrir en cualquier momento, muchas de ellas suceden cuando los hombros del bebé se afectan durante el parto y los nervios del plexo braquial se estiran o rasgan. Existen cuatro tipos de lesiones del plexo braquial: la avulsión, el tipo más grave, en donde el nervio se desgarrar de la columna vertebral; la ruptura, en la cual el nervio se desgarrar, pero no en la unión con la columna; la neuroma, en la cual el nervio se rompe y cicatriza, pero el tejido cicatrizal hace presión sobre el nervio lesionado y le impide enviar señales a los músculos; y la neuropraxia o estiramiento, en la cual el nervio se daña pero sin romperse. La neuropraxia es el tipo más común de lesión del plexo braquial. **Los síntomas de lesión del plexo braquial pueden incluir un brazo colgante o paralizado, falta de control muscular en el brazo, la mano o la muñeca y ausencia de sensación en el brazo o la mano.**” (Negrita y subrayado fuera del texto original).*


Finalmente, en otra literatura idónea se estableció lo siguiente:

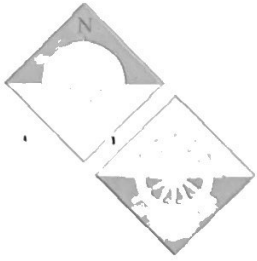
*“El plexo braquial es una red de nervios que envía señales desde la columna vertebral hasta el hombro, el brazo y la mano. **El daño del plexo braquial puede causar síntomas como:***

- **Un brazo flácido o paralizado***
- **Falta de control muscular en el brazo, la mano o la muñeca***
- **Falta de sensación en el brazo o en la mano***

Las lesiones del plexo braquial pueden ocurrir por un trauma, tumores o inflamación en el hombro. A veces ocurren durante el alumbramiento, cuando los hombros del bebé quedan atascados durante el parto y hay un estiramiento o desgarrar de los nervios.” (Negrita y subrayado fuera del texto original).

Teniendo en cuenta los anteriores estudios científicos contenidos en literatura idónea, la lesión del plexo braquial es una entidad que puede ser de difícil diagnóstico en un recién nacido, que presenta signos y síntomas

⁸  NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE. Bethesda MD. (2017). Parálisis de Erb-Duchenne y Dejerine-Klumpke. Recuperado 15/08/2019: <https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/erb-duchenne.htm>



como ausencia de fuerza o movimiento en el miembro afectado y que pueden ordenarse ayudas imagenológicas para confirmar el diagnóstico. Al revisar la historia clínica del 27 de junio de 2017 a las 23:12 horas, el médico especialista en pediatría ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO al examinar en forma completa al recién nacido, logró identificar la ausencia de fuerza en el miembro superior derecho con reporte de 1/5, razón por la cual ordenó como conducta la realización de una radiografía para descartar fractura de clavícula con afección del plexo braquial.

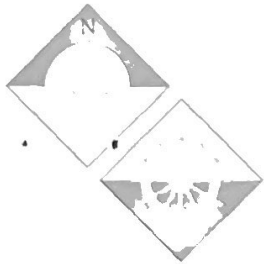
Así entonces, señor juez, respecto a la atención médica brindada al menor ANTHONY CUADROS CEBALLOS el 27 de junio de 2017 a las 23:12 horas, corresponde señalar con base en la historia clínica, que el paciente fue valorado por un médico especialista en pediatría en forma oportuna, exhaustiva, quien ordenó permanencia en la institución de salud, exámenes imagenológicos y elaboró el posible diagnóstico de lesión del plexo braquial, conforme a los hallazgos al examen físico y el criterio del profesional especializado. Por lo tanto, está probado que el menor tuvo a su disposición todo el conocimiento, idoneidad, diligencia, pericia y calidad del Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO, que bien dicho sea de paso reiterar, no es objeto de reproche en la demanda.

Señor juez, resulta claro, que respecto a mi representado no existe el necesario **nexo causal** como elemento de la responsabilidad que genere en su contra una providencia declaratoria de responsabilidad y en consecuencia, al pago de los perjuicios solicitados en la demanda, al igual que a la declaratoria de solidaridad, pues su intervención médica fue aislada al objeto del proceso circunscrito a los reproches de la demanda. El Nexo causal en contra de mi representado no fue solicitado y mucho menos probado, teniendo el deber legal de hacerlo en virtud del artículo 167 del Código General del Proceso.

Como prueba de la presente excepción, aportamos al señor juez lo siguiente:

1. La historia clínica completa que hace parte del expediente.
2. Literatura médico científica sobre signos de lesión del plexo braquial, los cuales fueron tenidos en cuenta por nuestro representado.
3. Dictamen pericial rendido por un médico especialista en Pediatría y subespecialista en Neonatología, quien es el profesional idóneo para conceptuar en la atención específica realizada por mi representado.

Por los anteriores motivos y argumentos probados, solicitamos al señor juez, que abra paso a la presente excepción y en consecuencia, deniegue las pretensiones de la demanda.



EXCEPCIÓN 2.- INEXISTENCIA DE RELACION CAUSAL ENTRE LA CONDUCTA DEL DR. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO Y LOS DAÑOS ALEGADOS EN LA DEMANDA.

Continuando con la línea argumentativa de la excepción que antecede, advertimos que los fundamentos fácticos y jurídicos en que la demanda soporta la existencia de los daños inmateriales no cuentan con los presupuestos básicos de la acción de responsabilidad civil, estos son, el daño, la culpa y nexo causal. Conviene manifestar a su señoría que dichos presupuestos ni siquiera fueron probados con la demanda, por el contrario, la historia clínica aportada al plenario permite concluir que el elemento "NEXO CAUSAL" brilla por su ausencia, toda vez que en dicha historia clínica se encuentra registrado la atención médica brindada al menor ANTHONY CUADROS CEBALLOS, los tiempos de la atención, la calidad del profesional en pediatría que lo valoró, los exámenes imagenológicos ordenados, la impresión diagnóstica elaborada, sus hallazgos y la conducta médica establecida como ampliamente explicamos y probamos en los fundamentos de la excepción número 1.

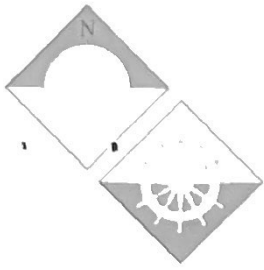
Respecto al presupuesto básico de la acción de responsabilidad civil, relativa al nexo causal, la Corte Suprema de Justicia en forma pacífica, ha dejado de presente que es uno de los elementos más complejos de determinar y, en consecuencia, en todos los casos debe probarse.

Traemos a colación lo manifestado por la Corte Suprema de Justicia en la sentencia del 14 de diciembre de 2012, Magistrado Ponente ARIEL SALAZAR RAMIREZ:

"[...] **1.** En materia de responsabilidad civil, la causa o nexo de causalidad es el concepto que permite atribuir a una persona la responsabilidad del daño por haber sido ella quien lo cometió, de manera que deba repararlo mediante el pago de una indemnización. El artículo 2341 del Código Civil exige el nexo causal como uno de los requisitos para poder imputar responsabilidad, al disponer que "*el que ha **cometido** un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización...*". (Se resalta)

Cometer un delito o culpa significa entonces, según nuestro ordenamiento civil, realizar o **causar** el hecho constitutivo del daño resarcible; aunque ese hecho no tiene que ser necesariamente el resultado del despliegue de un acto positivo, sino que bien puede acontecer por abstenerse de ejecutar una acción cuando se tiene el deber jurídico de actuar para evitar o prevenir una lesión. Es decir que la responsabilidad también puede tener lugar por una abstención u omisión en la acción.

La verificación del nexo causal no ha sido nunca tarea fácil en derecho, como no lo puede ser si se tiene en cuenta que aún en el ámbito de la filosofía de la ciencia ha sido un tema de continuo



desarrollo y revisión alrededor del cual se ha generado un debate de dimensiones propias: el problema de la causalidad. [...]"

Teniendo en cuenta lo anterior, la parte promotora de la demanda tiene la obligación legal de demostrar que el equipo médico íntegro de la IPS G OCHO S.A.S. y demás demandados cometieron alguna irregularidad por acción u omisión, tenía la obligación legal de acreditar que la presunta falla en la atención médica incidió en forma directa y efectiva en el daño alegado, pues esas fueron sus acusaciones.

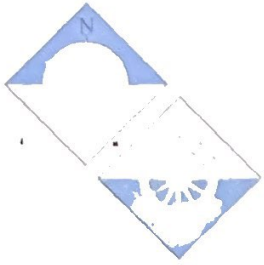
Es claro que los demandantes no lograron acreditar ninguno de los componentes de la responsabilidad civil, mucho menos el nexo causal. Aunado a lo anterior, atendiendo las pruebas técnicas ofrecidas y aportadas por esta defensa, las mismas establecen que no existe nexo de causalidad entre la conducta profesional, diligente, oportuna, perita y conforme a la *lex artis* de la prestación del servicio médico y los presuntos daños alegados por una presunta falla médica. Es por ello, que las acusaciones de los demandantes cayeron al vacío.

Así entonces, no existe daño antijurídico imputable a mi representado, tampoco hay lugar a indemnización alguna de perjuicios. Del mismo modo, no existe culpa, así como tampoco **la relación de causalidad necesaria** que se exige en la responsabilidad civil, que excluye condenación al pago de los presuntos perjuicios reclamados por los demandantes.

EXCEPCIÓN 3.- ORFANDAD PROBATORIA PARA FUNDAMENTAR LAS ACUSACIONES DE LA DEMANDA.

Es importante resaltar que la regla 167 de nuestro estatuto procesal civil vigente consagra que *"Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen"*, bajo este precepto normativo, no solo basta con levantar afirmaciones deliberadamente, sin más fundamento que el dicho de los que componen el extremo activo, tratando de estructurar una responsabilidad en cabeza de los demandados, la cual no existió, sino que además los accionantes debieron probar que efectivamente la presunta falla médica acusada fue el elemento detonador de los daños alegados.

La parte demandante no cumplió con su deber de probar, no ofreció ni aportó ningún elemento técnico médico científico, que le permita concluir al juzgador de instancia que en efecto existió una falla médica, vulnerando así las reglas del artículo 167 del Código General del Proceso. Contrario a dicha conducta, la defensa del Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO ha planteado un ejercicio probatorio mediante el cual, se le otorga validez científica a todo el acto médico desarrollado en el recién nacido ANTHONY CUADROS CEBALLOS el 27 de junio de 2017 a las 23:12 horas.



“Solamente podrá declararse cuando en el expediente aparezca la prueba de la errada intervención o que la técnica utilizada fue incorrecta y ella fue la causa determinante del daño.” (Sentencia judicial de segunda instancia del 21 de Julio de 2011, en proceso de responsabilidad civil médica, proferida por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Buga, Rad. 2008-0035).

Emerge diáfano entonces, la falta de prueba que hacen etéreas las pretensiones de la demanda.

Con todo lo anterior, solicito respetuosamente al señor juez denegar las pretensiones de la demanda, pues las mismas no cuentan con soporte probatorio, conforme lo establecen las normas civiles y en especial la regla 167 del C.G.P.

EXCEPCIÓN 4.- EXIMENTE DE RESPONSABILIDAD POR AUSENCIA DE CULPA ANTE OBLIGACIONES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO.

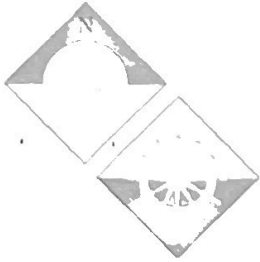
Tal como precisó el legislador en la Ley 23 de 1981, por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica, en su capítulo 1, numeral 1:

“...La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes...”

Es por ello que la naturaleza de la obligación médica es de medio y no de resultado, lo que implica que el profesional de la medicina en todos sus actos médicos pone a disposición del paciente sus conocimientos, la idoneidad que estriba en su experiencia en la práctica reiterativa de los mismos, como también se obliga el médico a prestar esfuerzos y suministrar cuidados a su paciente sin que garantice efectividad y la no ocurrencia de situaciones riesgosas, que debido a que la actividad médica se encuentra expuesta a intervenir no a un ente inerte, sino por el contrario al ser humano, donde su organismo comporta estados que obedecen al desarrollo y maduración de estructuras anatómicas.

Tales aspectos son significativos en la responsabilidad del médico, quien tiene dicho la Corte:

“se compromete con su paciente a tratarlo o intervenirle quirúrgicamente (...) con el fin de liberarlo, en lo posible de sus dolencias; para este efecto aquél debe emplear sus conocimientos profesionales en forma ética, con el cuidado y diligencia que se requieran (...)” (casación civil de 26 de noviembre de 1986, Gaceta Judicial No. 2423, pp. 359 ss); *“el médico no puede responder sino*



cuando su comportamiento, dentro de la estimativa profesional, fue determinante del perjuicio causado”, examinándose in casu conforme al marco fáctico de circunstancias y a los elementos de convicción (cas.civ. sentencia de 30 de enero de 2001, exp. 5507).

Todo lo anterior quiere significar que el acto médico puede eventualmente generar para el profesional que lo ejercita obligaciones de carácter indemnizatorio por perjuicios causados al paciente, únicamente cuando exista **culpa comprobada** ya porque actúe con negligencia o impericia, descuido o imprevisión, de lo cual pende el esclarecimiento de la fuerza del encadenamiento causal entre el acto imputado al médico y el daño sufrido por el paciente. Por lo tanto, el médico y las instituciones no serán responsables de la culpa o falta que le imputan, sino cuando éstas hayan sido determinantes del perjuicio causado.

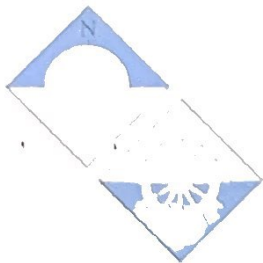
Al demandante incumbe probar esa relación de causalidad o en otros términos, debe demostrar los hechos de donde se desprende aquella. Sin embargo, señor juez, resulta evidente que los demandantes no desarrollaron la actividad probatoria que exige la ley.

Según la historia clínica que hace parte del expediente, es evidente que el paciente ANTHONY CUADROS CEBALLOS fue atendido el 27 de junio de 2017 a las 23:12 horas por un profesional especializado en pediatría, quien prestó un servicio médico oportuno, perito, de calidad y en busca del bienestar del paciente.

Al Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO le correspondió atender al recién nacido en la especialidad de pediatría, cumpliendo con los deberes profesionales que la ciencia médica en particular le exigía, siéndole propio el de abstenerse de prometer un resultado en razón precisamente de las características propias de la ciencia médica y en atención al reconocimiento de los factores de orden endógeno y exógeno que conlleva todo tratamiento médico.

De esta manera, es necesario reiterar que el médico contrae frente al paciente una obligación de **medio** y no de resultado consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud de los pacientes, ya que está obligado a practicar, una conducta diligente que normal y ordinariamente pueda alcanzar la curación, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento o la ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento.

Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado, o considerar que el médico llega al proceso culpable, sería tanto como desconocer que la ciencia médica es una ciencia inexacta, sería desconocer el dinamismo del cuerpo, de las patologías, de las reacciones de cada paciente como un único universo, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en este campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en ésta materia el riesgo que representa el



tratamiento lo asume el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias, cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad.

En igual sentido la Corte Constitucional en sentencia T-645 de noviembre 26/1996 M.P. Alejandro Martínez Caballero expuso que el Derecho a la salud no implica una obligación de resultado. Por su parte la Corte Suprema de Justicia ha sido reiterativa en reconocer la obligación médica como de medio. (Sentencia de enero 30/2001 M.P. José Fernando Ramírez.)

EXCEPCIÓN 5.- IMPROCEDENTE SOLICITUD DE PERJUICIOS INMATERIALES.

En gracia de discusión, y sin que la presente excepción implique responsabilidad alguna en cabeza de mi mandante, se plantea lo siguiente:

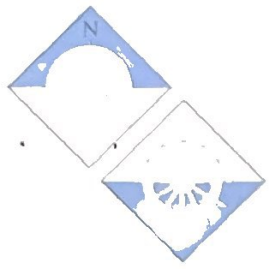
Respecto a los perjuicios inmateriales:

Indebida tasación de perjuicios respecto de los demandantes

En evento que efectivamente los demandantes hubieren sufrido algún perjuicio, de todos modos, nace la imperiosa necesidad de mencionar que el monto indemnizatorio debe ser fijado por el fallador de instancia obedeciendo a los parámetros del *arbitrio iudicis* y aquellos fijados jurisprudencialmente por la Corte Suprema de Justicia y no, los fijados por el Consejo de Estado como en forma improcedente lo pretenden los demandantes.

Para ello, traemos a colación que en la sentencia del 30 de junio de 2005 proferida por la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, únicamente se reconoció la suma de veinte millones de pesos por concepto del perjuicio moral padecido por una hija con ocasión a la muerte de su respectiva progenitora, en la que la Corte Suprema indicó:

"En relación con los perjuicios morales subjetivos que "por este lamentable suceso" tasó el a-quo en \$12.000.000.00, debe decirse que dicho monto debe ser incrementado, pues en el caso, la connatural aflicción que sufre una persona por la pérdida de un ser querido, como es apenas comprensible, adquiere mayores dimensiones por las particulares condiciones de la demandante, sobre quien, no hay que olvidar, contaba con algo más de dieciséis años al producirse el accidente en el que falleció su mamá, es decir, se encontraba en plena adolescencia al verse privada de un importante miembro de su núcleo familiar, en circunstancias por lo demás traumáticas, y en un momento en que ella misma debía afrontar la discapacidad corporal que le sobrevino por causa del mismo suceso, situación en la que la ausencia física, la pérdida del afecto maternal, la orientación, consejo, y sobre todo el apoyo de su progenitora, en tan difíciles circunstancias, y en las venideras, por lo irreversible de su propia condición, permiten entender que su desaparición afectara con mayor intensidad sus sentimientos, y que su



pérdida le resultara y resulte más dolorosa y perturbadora, de ahí que la condena por el apuntado concepto, que como se sabe no compensa ese dolor y constituye apenas una medida de relativa satisfacción de él, deba incrementarse a veinte millones de pesos (\$20.000.000.00), cuyo pago correrá por cuenta entonces de los demandados.”⁹

En este orden de ideas, en un pronunciamiento de mayo de 2012 de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia con ponencia del Dr. Ariel Salazar Ramírez¹⁰, dentro de un litigio que pretendía el reconocimiento y pago de una indemnización por los perjuicios morales sufridos con ocasión a la muerte de un padre cabeza de familia, se reconoció una indemnización por un valor de \$53.000.000 (Cincuenta y tres millones de pesos) para la esposa, y \$53.000.000 (Cincuenta y tres millones de pesos) para el hijo de la víctima.

En efecto, la evolución de los límites máximos indemnizatorios ha sido una tarea a cargo de la Corte Suprema de Justicia, Corporación que ha concebido dicho resarcimiento tasable en valores absolutos y no superiores a sesenta millones de pesos (\$60.000.000) en aquellos eventos en donde se supone que la víctima ha experimentado el dolor más agobiante por acción u omisión de los demandados que generaron la muerte de un miembro del núcleo familiar, en juicios en los cuales se acreditaron los elementos estructurales de la responsabilidad civil y en efecto, permitió al fallador declarar el resarcimiento de perjuicios, lo que NO ocurre en el presente asunto.

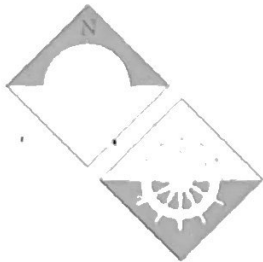
Así las cosas, aterrizando los criterios al caso concreto y las verdaderas circunstancias de la paciente PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO y el menor ANTHONY CUADROS CEBALLOS, se observa que evidentemente la indemnización pretendida por la parte actora sólo deja en evidencia un afán de lucro injustificado que deberá tener en cuenta el señor juez. Máxime, que la actividad probatoria fue nula.

EXCEPCIÓN 6.- ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA.

Teniendo en cuenta que el *enriquecimiento sin causa* se configura cuando hay un enriquecimiento patrimonial a expensas de un empobrecimiento económico sin que medie causa legal para dicha relación, debe concluirse que condenar a mi defendida al pago de los rubros aducidos en el libelo de la demanda, sería un *enriquecimiento sin causa*, pues no existe ningún argumento legal o jurisprudencial para legitimar o justificar el más mínimo pago.

⁹ Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, sentencia del 30 de junio de 2005. Magistrado Ponente: Dr. Jaime Alberto Arrubla Paucar. Exp. 68001-3103-005-1998-00650-01.

¹⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 28 veintiocho de Mayo del 2012. Exp. 11001-3103-006-2002-00101-01



EXCEPCIÓN 7.- GENÉRICA O INNOMINADA.

Además de las excepciones propuestas en el presente escrito, solicito al Juez declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley incluida la de falta de legitimación en la causa por pasiva, conforme a la Ley.

OPOSICIÓN Y OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Es necesario señalar que el juramento estimatorio realizado por la parte demandante es improcedente y en tal virtud, no podrá valorarse como prueba. Habida cuenta que la regla 206 del Código General del Proceso es clara en excluir los perjuicios inmateriales del juramento estimatorio, y teniendo en cuenta que en el presente juramento sólo se han mencionados perjuicios inmateriales bajo la tipología de morales, entonces resulta improcedente y antitécnico presentar juramento estimatorio por dicho perjuicio, situación que –por lo obvio–, me disculpo señor juez.

PRUEBAS OFRECIDAS Y APORTADAS POR PARTE DEL DR. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO

1. INTERROGATORIO DE PARTE:

Solicito respetuosamente al Juzgado citar, para que absuelva interrogatorio de parte, a las siguientes partes procesales:

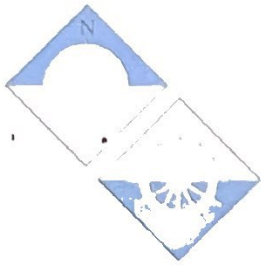
- Al número plural de personas que componen la parte demandante, quienes deberán contestar el cuestionario que les formularé sobre la demanda y la contestación.
- Al representante legal de la entidad GRUPO OPERADOR CLÍNICO HOSPITALARIO POR OUTSOURCING S.A.S. Sigla G OCHO S.A.S.

2. DOCUMENTALES:

- La historia clínica aportada con la demanda.
- Literatura médico científica.
- Títulos que acreditan al Dr. ESTEBAN ASTUDILLO DE HARO como médico y especialista en medicina pediátrica.
- Poder para actuar.

3. PRUEBA PERICIAL DE PARTE.

Dictamen pericial – estudio especializado rendido por la Dra. SANDRA LORERA MORENO ARIAS, médico especialista en Pediatría y subespecialista en Neonatología.



De acuerdo con la regla 226 del Código General del Proceso, me permito anexar todos los documentos que acreditan la idoneidad del profesional especializado que realizó la peritación.

PETICIONES

Respetuosa solicito al señor juez, acceder a las siguientes peticiones:

- PRIMERA. Tenga por contestada dentro del término legal, la demanda en nombre del Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO.
- SEGUNDA. Acceda al decreto de las pruebas aportadas por esta defensa.
- TERCERA. Declare probadas las excepciones DE MÉRITO presentadas.
- CUARTA. Conforme a Derecho, con soporte en las pruebas y con la declaratoria de las excepciones motivadas, y en consecuencia a ellas profiera sentencia de fondo, inobjetable en su sentido de justicia, en la que se denieguen las pretensiones presentadas por la demandante.

Como consecuencia de la terminación del proceso:

- QUINTA. Condene en costas y agencias en derecho a la parte demandante por las acusaciones infundadas y los costos asumidos por la defensa del presente proceso.

DIRECCIONES PARA NOTIFICACIONES

El Dr. ESTEBAN ASTUDILLO DE HARO puede ser notificado en la carrera 3ª oeste No. 2-43 Barrio El Peñon de la ciudad de Cali y el suscrito abogado en la misma dirección o en la secretaría de su Despacho. Correos electrónicos: conava@conava.net y ham.conava@gmail.com

Del señor Juez, con toda atención,


HAROLD ARISTIZABAL MARÍN
 C.C. 16.678.028 de Cali
 T.P. 41.291 C.S.D.J.

Doctor

RAMIRO ELIAS POLO CRISPINO
JUEZ CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

Proceso: Verbal declarativo de responsabilidad civil médica
Demandantes: Edwin Arley Cuadros Ceballos y otros
Demandados: Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S.
Sigla G OCHO S.A.S. y otros
Radicación: 2018-00140-00

ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO, identificado como aparece al pie de mi firma, respetuosamente me dirijo al señor juez, para manifestarle que otorgo investidura al doctor **HAROLD ARISTIZABAL MARÍN**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 16.678.028 de Cali y la Tarjeta Profesional de abogado No. 41.291 del C.S.J., para que en mi nombre y representación, actúe dentro del trámite de la referencia.

En ejercicio de este mandato, el apoderado podrá intervenir activamente en la defensa de mis derechos, con todas las facultades consagradas en el artículo 77 del Código General del Proceso. Además, el apoderado queda facultado para recibir, desistir, conciliar, renunciar, transigir, reasumir, sustituir y todas las demás inherentes a este encargo profesional.

Del señor juez, con toda atención,

ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO
C.C. 1.107.056.494 de Cali.

Acepto,

HAROLD ARISTIZABAL MARÍN
C.C. 16.678.028 de Cali
T.P. 41.291 del C.S.J.

NOTARÍA CUARTA DE SANTIAGO DE CALI
DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN
PERSONAL Y RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012



Al despacho del notario cuarto de Cali, compareció:
ASTUDILLO DE HARO ESTEBAN DAVID
Identificado con C.C. 1107056494
Y declaró que el contenido del documento que antecede es cierto y que la firma y huella que en él aparecen son suyas. Y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Verifique este documento en www.notariaenlinea.com
Santiago de Cali: 2019-08-23 12:22:34



81c-45caet3d

X
Firma Declarante



SANDRA PATRICIA TOBÁR PÉREZ
NOTARIA 4 DEL CIRCULO DE CALI (E)

República de Colombia



La Universidad Libre

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

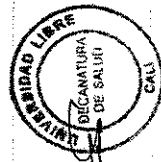
Esteban David Astudillo De Haro

C.U. No. 1.107.056.494 de Cali (Valle)

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

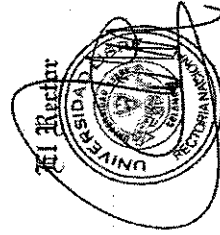
Médico y Cirujano

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, se le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.



El Decano

En la ciudad de Santiago de Cali
el 20 de Agosto del 2010
Acta 4904 Folio Tintero 8



El Rector



El Secretario General
Oficina de Admisiones y Registro
el 21 de Septiembre del 2010
Registro 17066 Folio 9849 Libro de Registro 16

C.T. 093689

Oficina de Admisiones y Registro





Acta de Grado No. EP-005
Folio No. EP-005


En el aula máxima de la Universidad Libre Seccional Cali siendo las 10 horas del día 22 del mes Septiembre del año 2016, se reunieron los Doctores LUIS FERNANDO CRUZ GOMEZ, Rector Seccional, MARISOL BADIEL OCAMPO, Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y ALEJANDRO ALMARIO MAZUERA, Secretario Académico de la misma Facultad; con el fin de llevar a cabo el acto de grado, mediante delegación efectuada por el Rector Nacional contenida en la Resolución No. 001 de 15 de Octubre de 2014, de acuerdo con el numeral 10° del artículo 34 del -Estatuto Orgánico de la Corporación Universidad Libre del Egresado(a): ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No 1107056494 de CALI (Valle), quien cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por la Ley y el Reglamento del Programa para optar al título de: ESPECIALISTA EN PEDIATRIA.

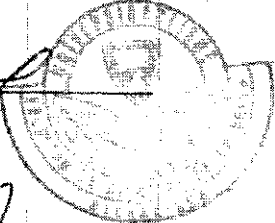
Acto seguido se procede a recibirle juramento y hacerle entrega al (la) Graduado (a): ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO, del diploma y copia de la presente Acta de Grado.

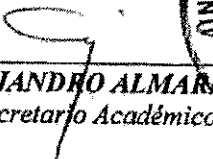
En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de Grado, en la ciudad de Cali, el día 22 del mes Septiembre del año 2016.



LUIS FERNANDO CRUZ GOMEZ
Rector Seccional

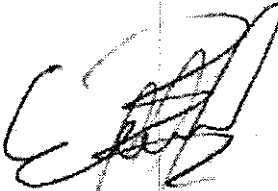



MARISOL BADIEL OCAMPO
El Decano (a)




ALEJANDRO ALMARIO MAZUERA
El Secretario Académico




ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO
El Graduado (a)

República de Colombia



La Universidad Libre

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

Esteban David Astudillo De Haro

C.C. No. 1.107.056.494 de Cali (Valle)

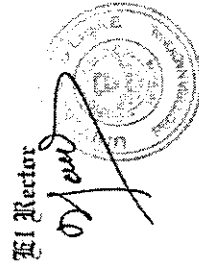
ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

Especialista en Pediatría

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

El Rector

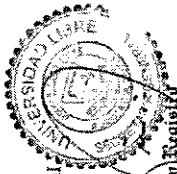
Alfonso
En la ciudad de Santiago de Cali
22 de Septiembre del 2016



Act. EP-005 Folio EP-005 Libro

El Secretario General

Yan
Oficina de Admisiones y Registro
22 de Septiembre



del 2016

Registro 27387 Folio 4913 Libro de Registro 27

CT. 148081

Oficina de Admisiones y Registro



CORPORACION UNIVERSIDAD LIBRE

RECTORIA

Santiago de Cali, Colombia

Diagonal 37 A # 3-29
Barrio Santa Isabel
Conmutador 5240007

Miembros de la Asociación
Colombiana de Universidades

Acta de grado No. 2904
Folio No. Libro 8

En el aula máxima de la Universidad Libre Seccional Cali siendo las 11:00 horas del día veinte (20) de agosto de 2010, se reunieron los doctores JAIME GUTIERREZ GRISALES, Rector (a) Seccional, LUIS EDILBERTO BLANDON PALOMINO, Decano de la Facultad de CIENCIAS DE LA SALUD, y ALEJANDRO ALMARIO MAZUERA, Secretario Académico de la misma Facultad, con el fin de llevar a cabo el acto de grado, mediante delegación hecha por el Rector Nacional contenida en la Resolución No. 008 de octubre 25 de 1996, de acuerdo con el literal 10 del artículo 34 del Estatuto de la Corporación Universidad Libre, del egresado (a) ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 1.107.056.494 expedida en Santiago de Cali (Valle), quien cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por la Ley y Reglamentos del programa, en virtud de lo expuesto

RESUELVE

Otorgarle el título de MÉDICO Y CIRUJANO, al egresado (a) ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO, previo juramento que se le toma por el Rector Seccional acto seguido se procede a hacer entrega al graduado (a) Sr. (a) ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO, del diploma y copia de la presente Acta de Grado.

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Santiago de Cali a los veinte (20) días del mes de agosto de 2010.

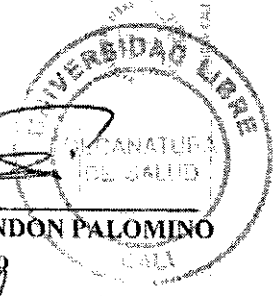
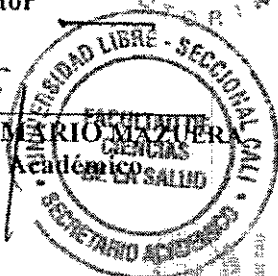
Para constancia se expide y firma la presente Acta.

JAIME GUTIERREZ GRISALES
El Rector

LUIS EDILBERTO BLANDON PALOMINO
El Decano

ALEJANDRO ALMARIO MAZUERA
El Secretario Académico

ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO
El Graduado (a)



191

Señores
JUZGADO CUARTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

Proceso: Verbal de responsabilidad civil médica
Demandantes: Edwin Arley Cuadros Arango y otros
Demandado: G Ocho S.A.S.
Radicación: 2018-00140-00

DICTAMEN PERICIAL – ESTUDIO ESPECIALIZADO EN PEDIATRÍA

I. Perfil Profesional Del Perito:

SANDRA LORENA MORENO ARIAS

- Médico especialista en Pediatría y sub especialista en Neonatología.
- Título de Médico otorgado por la Universidad Tecnológica de Pereira en el año 2004.
- Título de especialista en Pediatría otorgado por la Universidad de Caldas en el año 2009.
- Título de especialista en Neonatología otorgado por la Universidad CES de Medellín en el año 2011

II. De acuerdo al Código General del Proceso en su artículo 226.

Expreso que cuento con los conocimientos necesarios, soy imparcial y no tengo impedimento alguno en la peritación que elaboro.

Declaro que no estoy incurso en ninguna causal de impedimento que afecte la imparcialidad del presente dictamen, pues no tengo ningún vínculo con el Dr. Esteban David Astudillo de Haro y no estoy incurso en ninguna de las causales enlistadas en el artículo 50 del Código General del Proceso.

Declaro que para el interesado Dr. Harold Aristizabal Marín apoderado del Dr. Esteban Astudillo de Haro, que requiere el peritaje, no he participado ni rendido ningún dictamen pericial en otro proceso.

Prometo y juro desempeñar con idoneidad, imparcialidad e independencia el cargo de perito, al contar con los conocimientos necesarios para rendir el estudio especializado.

Anexo los certificados de formación académica que me acreditan como idónea para la presente evaluación pericial.

III. Técnica aplicada:

Manifiesto que el dictamen fue elaborado de acuerdo al estudio de los documentos aportados por la persona solicitante, entre ellos: historia clínica de la IPS G OCHO S.A.S.

Igualmente, para el presente dictamen me serví de literatura científica y mi conocimiento técnico como médico especialista en Pediatría y subespecialista en Neonatología.

IV. Dictamen

Resultados y análisis

A continuación, se responde el cuestionario planteado por la persona solicitante, respecto a la atención brindada al recién nacido ANTHONY CUADROS CEBALLOS por parte del Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO el 27 de junio de 2017:

Resultados y análisis

A continuación, se responde el cuestionario planteado por la persona solicitante, respecto a la atención brindada al recién nacido ANTHONY CUADROS CEBALLOS por parte del Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO el 27 de junio de 2017:

- 1. ¿Tiene algún vínculo familiar o de dependencia económica o laboral con el Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO?

Respuesta:

No ninguno.

- 2. Teniendo en cuenta su especialidad en pediatría y neonatología por favor indique, ¿Cuál es el concepto y alcance de la medicina especializada en pediatría?

Respuesta:

La pediatría es la especialidad de la medicina que se encarga de realizar el manejo integral del niño (menor de 18 años), dando tratamiento a las patologías médicas, además de vigilar el normal crecimiento y desarrollo de

esta población. De manera particular en la atención del recién nacido, el pediatra es el encargado de acompañar y asistir el proceso de adaptación a la vida extrauterina, identificando de manera oportuna la necesidad de maniobras de reanimación o de medidas para el manejo de las patologías que ponen en riesgo su integridad.

- 3. Según la historia clínica de la paciente PAOLA ANDREA CEBALLOS GIRALDO, indique ¿Si el Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO tuvo alguna participación en los controles prenatales y en el correspondiente parto?

Respuesta:

No ninguna.

- 4. De acuerdo con la historia clínica del 27 de junio de 2017 a las 23:12 horas, el recién nacido tuvo su primera valoración por pediatría a través del Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO HARO. Por favor explique dicha nota de evolución.

Respuesta:

En la nota de valoración médica el Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO HARO resalta las condiciones que ocurrieron durante el nacimiento que implicaron dificultad en el proceso (macrosomía, presentación compuesta) y registra la disminución de fuerza en el miembro superior derecho como hallazgo importante al examen físico que obliga a descartar fractura de clavícula y lesión del plexo braquial. Registra como conducta médica la observación clínica y solicita radiografía de miembro superior derecho.

- 5. ¿Cuáles fueron los hallazgos reportados en la nota de evolución de pediatría realizada por el Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO, una vez efectuado el examen físico al recién nacido?

Respuesta:

Al examen físico el Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO encuentra disminución de la fuerza muscular en la extremidad superior derecha.

- 6. ¿De acuerdo con los hallazgos reportados en historia clínica, fue adecuado y oportuno no ordenar el egreso del recién nacido y dejarlo en observación médica con orden de radiografía de clavícula para descartar fractura asociada a lesión del plexo braquial?

Respuesta:

La observación clínica y la toma de rx de clavícula son las conductas adecuadas para confirmar la sospecha diagnóstica de fractura de clavícula y lesión del plexo braquial.

- 144
7. Teniendo en cuenta su experiencia y criterio médico de especialista en pediatría y neonatología, ¿Usted hubiese asumido la misma conducta que el Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO?

Respuesta:

Mi conducta clínica hubiera sido igual a la asumida por el Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO.

8. Teniendo en cuenta su experiencia y criterio médico de especialista en pediatría y neonatología, ¿Advierte alguna irregularidad en la atención médica realizada por el Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO el 27 de junio de 2017 a las 23:12 horas?

Respuesta:

No encuentro ninguna irregularidad en la atención prestada por el Dr. ESTEBAN DAVID ASTUDILLO DE HARO, por el contrario, encuentro que el especialista hace una adecuada sospecha diagnóstica de acuerdo a los hallazgos del examen físico y establece una conducta clínica apropiada para este caso.

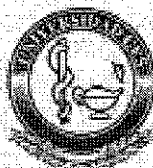
V. PRINCIPIOS CIENTÍFICOS

Para el análisis se tuvo en consideración la información bibliográfica que anexo al presente dictamen pericial.

SANDRA LORENA MORENO ARIAS
PEDIATRA - NEONATÓLOGA
U DE CALDAS - CES
C.C.42.017.926
R.M. 031305



SANDRA LORENA MORENO ARIAS
PEDIATRA NEONATÓLOGA
FUNDACIÓN VALLE DEL LILÍ
CC 42017926
RM 031305



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 1995

EN ATENCIÓN A QUE

Sandra Lorena Moreno Arias

C.C. 42.017.926 de Dosquebradas (Risaraldá)

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS
EXIGIDOS POR LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS,
PARA OPTAR EL TÍTULO DE

**Especialista en
Neonatología**

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y REFRENDA EL DIPLOMA
CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLÍN, COLOMBIA
A LOS 08 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 2013.

L m

José María Maya Mejía
Rector
Universidad CES

[Signature]

Patricia Chejne Fayad
Secretaria General
Universidad CES

[Signature]

Jorge Julián Osorio Gómez
Decano
Universidad CES

Registrado: Folio 307, Número 11063, Acta 11178; del 08 de agosto de 2013. Firma: *[Signature]*



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

ACTA DE GRADUACIÓN N°11178

Jueves, 08 de agosto de 2013

Facultad: Medicina
Programa: Postgrado
Componente: Neonatología
Código SNIES: 11537

En la ciudad de Medellín, departamento de Antioquia, República de Colombia, el jueves, 08 de agosto de 2013, a las 10:00 horas, en el Teatro de la Universidad CES, se reunieron las directivas de la Universidad CES con el propósito de conferir el título de **Especialista en Neonatología** a **Sandra Lorena Moreno Arias**, con documento de identidad **42.017.926** de Dosquebradas (Risaralda).

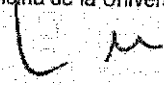
En el tiempo establecido para la entrega de los requisitos necesarios para graduarse, se entregó en la dependencia de Admisiones, Registros y Control Académico poder especial el cual señala lo siguiente: Por el presente escrito confiero poder especial a Iván Enrique Padilla Mejía, con documento de identidad 16.785.169, para que en mi nombre y representación reciba mi diploma de grado de Especialista en Neonatología. Igualmente en dicho poder aparece la constancia de que se entiende presentado el juramento por quien se va a graduar y lo suscribe Iván Enrique Padilla Mejía.

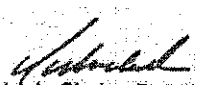
El acto estuvo presidido por el doctor José María Maya Mejía, Rector y Presidente de la ceremonia; por el doctor Jorge Julián Osorio Gómez, Decano de la Facultad de Medicina y por la doctora Patricia Chejne Fayad, Secretaria General.

Cumplidos los reglamentos y previa toma del juramento correspondiente, el presidente de la ceremonia procedió a la entrega del diploma y acta de grado.

El título se expidió de conformidad con las normas legales vigentes y de acuerdo a la autorización legal, conferida a la Universidad por Resolución 1371 de marzo 22 de 2007 y Resolución Rectoral 478 del viernes, 26 de julio de 2013.

En constancia se firma la presente Acta por los suscritos Rector de la Universidad CES, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad CES y la Secretaria General de la Universidad CES.


José María Maya Mejía
Rector


Patricia Chejne Fayad
Secretaria General


Jorge Julián Osorio Gómez
Decano de la Facultad de Medicina

El diploma fue registrado en el Folio 307 y Número 11063 del jueves, 08 de agosto de 2013. Firma: *Besty E. G. /*

En nombre de la República de Colombia
y por autorización del Ministerio de Educación Nacional



La Universidad de Caldas

En atención a que

Sandra Lorena Moreno Arias

C.C. No. 42017926 de DOSQUEBRADAS

Ha cumplido los requisitos que los estatutos exigen, le confiere el título de

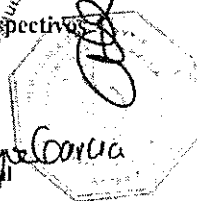
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

Y le expide el presente diploma. En testimonio de ello, se refrenda con las firmas y registro respectivos

[Firma]
Rector

[Firma]
Secretario General

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
CERTEFICA:
que el presento documento es fiel copia del original que tuvo a la vista.
DOSQUEBRADAS, 29 MAR. 2012



Manizales, 4 de septiembre de 2009 Oficina de Registro Académico folio 102/044 del libro No 4

No. 21658



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD DE CALDAS

ACTA DE GRADO No. 88

SESIÓN DE GRADO No. 5

Facultad de CIENCIAS PARA LA SALUD

Fecha Viernes, 4 de Septiembre de 2009

En ceremonia presidida por el Rector Ricardo Gómez Giraldo y el Secretario General de la Universidad, Fernando Duque García, la UNIVERSIDAD DE CALDAS, en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional, le confirió el título de **ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**, al exalumno(a) SANDRA LORENA MORENO ARIAS identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 42017926 de DOSQUEBRADAS, quien acreditó en debida forma su título profesional, expedido por LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA de PEREIRA en el año 2004, cumpliendo así con todos los requisitos legales y reglamentarios de conformidad con la Resolución de decanatura No. 66 del Martes, 4 de Agosto de 2009 y previo el juramento prestado, mediante el cual el graduando se comprometió a cumplir fiel y lealmente la Constitución y las Leyes de la República de Colombia.

Para optar al título cumplió con los siguientes requisitos académicos:

TRABAJO FINAL DE ESPECIALIZACIÓN: "CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA INFANTIL DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS DE MANIZALES NOVIEMBRE DE 2007 A OCTUBRE DE 2008".

CALIFICACIÓN: APROBADO.

El Rector hizo entrega del diploma y de las Actas de Grado que la acreditan como **ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**

Para su constancia se firma en la ciudad de Manizales hoy Viernes, 4 de Septiembre de 2009

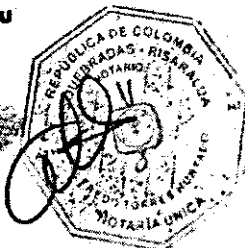
Centro de Admisiones y Registro Académico, Folio 102/044 del libro de registro No. 4

Ricardo Gómez Giraldo
EL RECTOR

Fernando Duque García
EL SECRETARIO GENERAL

NOTARIA UNICA DEL CIRCUITO DE DOSQUEBRADAS
CERTIFICA:

Que el presente documento es fiel copia de su original que tuvo a la vista.
11 JUL. 2012





149

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

CONFIERE EL TÍTULO DE

Médico y Cirujano

A

Sandra Lorena Moreno Arias

IDENTIFICADO CON: C.C 42.017.926

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE PEREIRA A LOS 28 DÍAS DEL MES DE Mayo DE 2004

RECTOR

VICERRECTOR ACADÉMICO

SECRETARIO GENERAL

DECANO

DIRECTOR REGISTRO ACADÉMICO

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
LA SECRETARÍA DE SALUD EN COORDINACIÓN CON EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN
ESTE LIBRO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES.
Fecha: 10.V.05
Resolución No. 0313

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

ANOTADO EN EL FOLIO No. 165.M-9
DEL LIBRO DE DIPLOMAS 3

PEREIRA 28 DE Mayo DE 2004

12925

Stamp: 0313

Stamp: 455 06.07.09
Stamp: 2004



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD DE CALDAS

ACTA DE GRADO No. 88

SESIÓN DE GRADO No. 5

Facultad de CIENCIAS PARA LA SALUD

Fecha Viernes, 4 de Septiembre de 2009

En ceremonia presidida por el Rector Ricardo Gómez Giraldo y el Secretario General de la Universidad, Fernando Duque García, la UNIVERSIDAD DE CALDAS, en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional, le confirió el título de **ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**, al exalumno(a) **SANDRA LORENA MORENO ARIAS** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 42017926 de **DOSQUEBRADAS**, quien acreditó en debida forma su título profesional, expedido por **LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA de PEREIRA** en el año 2004, cumpliendo así con todos los requisitos legales y reglamentarios de conformidad con la Resolución de decanatura No. 66 del Martes, 4 de Agosto de 2009 y previo el juramento prestado, mediante el cual el graduando se comprometió a cumplir fiel y lealmente la Constitución y las Leyes de la República de Colombia.

Para optar al título cumplió con los siguientes requisitos académicos:

TRABAJO FINAL DE ESPECIALIZACIÓN: "CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA INFANTIL DE LA CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS DE MANIZALES NOVIEMBRE DE 2007 A OCTUBRE DE 2008".
CALIFICACIÓN: APROBADO.

El Rector hizo entrega del diploma y de las Actas de Grado que la acreditan como **ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**

Para su constancia se firma en la ciudad de Manizales hoy Viernes, 4 de Septiembre de 2009

Centro de Admisiones y Registro Académico, Folio 102/044 del libro de registro No. 4

Ricardo Gómez Giraldo
EL RECTOR

Fernando Duque García
EL SECRETARIO GENERAL

NOTARIA UNICA DEL CIRCUITO DE DOSQUEBRADAS
CERTIFICA:
Que el presente documento es fiel copia de su original que tuvo a la vista.
Dosquebradas, 11 JUL. 2012



50



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

ACTA DE GRADO

EL DIRECTOR DE REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA, CERTIFICA: Que en el libro de Actas de Grado de la Universidad figura la siguiente: **ACTA DE GRADO N° 971**

En la ciudad de Pereira, Departamento de Risaralda, República de Colombia, a los veintiocho (28) días del mes de mayo de dos mil cuatro (2004), se cumplió el acto de graduación de **SANDRA LORENA MORENO ARIAS**, con cédula de ciudadanía N° 42.017.926. Presidió el acto el doctor **LUIS ENRIQUE ARANGO JIMÉNEZ**, Rector de la Universidad y actuó como Secretario el doctor **JORGE EDUARDO CALLE TRUJILLO**, Secretario General(e). El doctor **DIEGO OSORIO JARAMILLO**, Director del Centro de Registro y Control Académico informó que la aspirante terminó sus estudios en el año dos mil tres (2003) segundo semestre y obtuvo un promedio de grado de Cuatro punto Cero (4.0). Por su promedio de grado se le otorga la mención de "ESTUDIANTE DISTINGUIDO" El Rector de la Universidad le confirió el título de Médico y Cirujano, por medio de la Resolución N° 1257 del 27 de mayo de 2004 y autorizó este acto por haber cumplido el graduando con todos los requisitos exigidos y aprobado todas las asignaturas del plan de estudios correspondiente. El señor Rector tomó el juramento al graduando y le hizo entrega del diploma que lo acredita como Médico y Cirujano. Título aprobado por el Consejo Superior mediante el Acuerdo 007 del 24 de febrero de 1994, con Registro ICFES 111146100006600111100.

En constancia de lo anterior se expide y firma la presente Acta,

El Rector ,Fdo.

LUIS ENRIQUE ARANGO JIMÉNEZ

El Decano de la Facultad , Fdo.

ALVARO ESTRADA OSPINA

El Secretario General(e), Fdo.

JORGE EDUARDO CALLE TRUJILLO

Anotado al Folio 165.M-9 Libro Registro Diplomas N: 3 28 de mayo de 2004

Es fiel copia tomada del original a los veintisiete (27) días del mes de mayo de dos mil cuatro (2004)


DIEGO OSORIO JARAMILLO
DIRECTOR CENTRO DE REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

NZ



HOJA DE VIDA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRES : *Sandra Lorena*
APELLIDOS : *Moreno Arias*
FECHA DE NACIMIENTO : *28 de diciembre de 1979*
LUGAR : *Líbano Tolima*
CÉDULA : *42017926 Dosquebradas*
ESTADO CIVIL : *Casada*
DIRECCIÓN : *Cra 83 a No. 14ª 75 Apto 101*
Torre 2 CR La Paila. Cali
CELULAR : *3128813419*
CORREO ELECTRONICO : *armolosa8@gmail.com*

II. ESTUDIOS

SECUNDARIOS

*Colegio María Auxiliadora
Especialidad auxiliar contable
Doquebradas Risaralda 1996*

UNIVERSITARIOS

*Medicina
Universidad Tecnológica de Pereira
Pereira Risaralda 2004*

*Especialización en Pediatría
Universidad de Caldas
Manizales Caldas 2009*

*Especialización en Neonatología
Universidad CES – Convenio
Fundación Valle del Lili
Cali Valle 2011*

OTROS

XI Congreso Anua SIBEN – México 2014. Sociedad Iberoamericana de Neonatología

Octavo Congreso Panamericano de Neonatología. 2014

3era Cumbre Latinoamericana de Neonatología. Riviera Maya México 2015

29 Congreso Colombiano de Pediatría. 2015

Programa de Reanimación Neonatal. Asociación Colombiana de Neonatología 2019

VI Congreso Nacional de Neonatología. Colombia 2019

III. REFERENCIAS LABORALES

Empresa Hospital San Vicente de Paúl
Cargo Desempeñado Medico Servicio Social Obligatorio.
Tiempo 10 meses (2004-2005)
Lugar Mistrató Risaralda

Empresa Hospital San Vicente de Paúl
Cargo Desempeñado Medico por contrato
Tiempo 6 meses (2005)
Lugar Mistrató Risaralda

Empresa Hospital Infantil Universitario "Rafael Henao Toro".
Cargo desempeñado Pediatra Hospitalario
Tiempo 1 año (2008-2009)
Lugar Manizales Caldas.

Empresa Clínica Versalles
Cargo desempeñado Pediatra UCI Neonatal
Tiempo 6 meses (2009)
Lugar Manizales Caldas

Empresa Universidad de Manizales
Cargo desempeñado Profesora Área de Pediatría
Tiempo 6 meses (2009)
Lugar Manizales Caldas.

Empresa Clínica Palma Real
Cargo desempeñado Neonatóloga UCI Neonatal
Tiempo 7 meses (2011-2012)
Lugar Palmira Valle

Empresa
Cargo desempeñado
Tiempo
Lugar

143
Clínica Nuestra Señora de los Remedios
Neonatóloga UCI Neonatal
6 meses (2011-2012)
Cali Valle

Empresa
Cargo desempeñado
Tiempo
Lugar

Clínica Universitaria Rafael Uribe Uribe
Neonatóloga Coordinadora UCI Neonatal
2012- 2015
Cali Valle

Empresa
Cargo desempeñado
Tiempo
Lugar

Fundación Valle del Lili
Neonatóloga UCI Neonatal y Consulta
externa
2009 - Actualidad
Cali Valle

Empresa
Cargo desempeñado
Tiempo
Lugar

Universidad Libre Seccional Valle
Docente Área de Neonatología
2012 - Actualidad
Cali Valle

IV. REFERENCIAS PERSONALES

JAIME ALBERTO MESA
Pediatra Neonatólogo
Unidad Neonatal Clínica Comfamiliar
Teléfono: 3216471775

JAIME ORREGO GAVIRIA
Pediatra Neonatologo
Unidad Neonatal Clínica Valle del Lilli
Teléfono: 3155600616

MARTHA LUCIA JARAMILLO SALAZAR
Pediatra Neonatologa
Unidad Neonatal Fundacion Valle del Lilli
Teléfono: 3155563100

Para efectos legales hago constar que la información suministrada en esta hoja de vida, es totalmente cierta (Art. 62 numeral 1 C.S.T.), y puede ser verificada a cabalidad.

SANDRA LORENA MORENO ARIAS
Cédula de Ciudadanía N°: 42017926 Dosquebradas



Diccionario de cáncer

El diccionario de cáncer del NCI contiene **8,411** términos relacionados con el cáncer y la medicina.

Ofrecemos un widget que usted puede añadir a su sitio web para que sus usuarios puedan buscar términos de cáncer. Obtenga el widget de términos de cáncer del Diccionario del NCI.

Empieza con Contiene

Escriba frase o palabra clave

Buscar

Ojear: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X
Y Z #

pediatra

Médico que tiene una formación especial para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones en los niños. Los pediatras también ayudan a tratar otros problemas que afectan a los niños; por ejemplo, trastornos del desarrollo, y problemas de comportamiento, emocionales y sociales.



para Padres

para Niños

para Adolescentes

KidsHealth / para Padres / Lesiones del plexo braquial en los recién nacidos

Lesiones del plexo braquial en los recién nacidos

Revisado por: [Christopher A. Gegg, MD](#)

MÁS SOBRE ESTE TEMA PARA:

padres

Lesiones del plexo braquial

Cómo afrontar las lesiones deportivas

¿Qué son las lesiones del plexo braquial?

Las lesiones del plexo braquial afectan a la red de nervios que proporciona la sensibilidad y el control de los músculos del hombro, el brazo, el antebrazo, la mano y los dedos.

in English

Newborn Brachial Plexus Injuries

En los recién nacidos, estas lesiones pueden aparecer si ocurre lo siguiente:

- el parto es complicado porque el niño viene de nalgas.
- la madre tiene un trabajo de parto muy extenso
- los hombros del bebé son demasiado anchos como para pasar por el canal de parto

Existen diferentes tipos de lesiones del plexo braquial. Según el lugar del nervio donde ocurran, estas lesiones a veces reciben el nombre de **parálisis del plexo braquial neonatal** o **parálisis de Erb**.

Las lesiones del plexo braquial también pueden ocurrir durante los deportes (como el fútbol) o por un accidente, si se empuja la cabeza con fuerza hacia abajo o los costados.

¿Qué ocurre en una lesión del plexo braquial?

Durante el parto, puede ocurrir una lesión del plexo braquial si el cuello del bebé se estira hacia un lado.

La red de nervios del plexo braquial comienza con las raíces nerviosas de la médula espinal en el cuello y llega hasta la axila. Desde allí, los nervios se ramifican y continúan a lo largo del brazo, la mano y los dedos.

Cuando una fuerza aumenta el ángulo entre el cuello y los hombros, los nervios del plexo braquial pueden estirarse o desgarrarse. La lesión también puede arrancar las raíces nerviosas del plexo braquial de la médula espinal. Los nervios dañados pierden un poco de sensibilidad y hacen que los movimientos de los músculos sean débiles.

¿Cuáles son los signos y síntomas de una lesión del plexo braquial?

Los signos de una lesión del plexo braquial suelen incluir los siguientes:

- falta de movimiento parcial o total
- agarre debilitado
- adormecimiento
- una posición extraña (el brazo puede doblarse hacia adentro o colgar flácido)

119

15/8/2019

Lesiones del plexo braquial en los recién nacidos (para Padres) - KidsHealth



para Padres

para Niños

para Adolescentes

Fecha de revisión: junio de 2018

[Quiénes somos](#) [Contáctenos](#) [Asociaciones](#) [Política editorial](#) [Permisos de uso](#) [Política de privacidad y términos de uso](#) [Aviso de no discriminación](#)



Nota: Toda la información incluida en KidsHealth® es únicamente para uso educativo. Para obtener consejos médicos, diagnósticos y tratamientos específicos, consulte con su médico.

© 1995-2019 The Nemours Foundation. Todos los derechos reservados.

Imágenes proporcionadas por The Nemours Foundation, iStock, Getty Images, Veer, Shutterstock y Clipart.com.



Parálisis de Erb-Duchenne y Dejerine-Klumpke

Sinónimos: lesiones congénitas del plexo braquial, parálisis de Dejerine-Klumpke

Tabla de Contenido

[¿Qué es las parálisis de Erb-Duchenne y Dejerine-Klumpke?](#)

[¿Existe algún tratamiento?](#)

[¿Cuál es el pronóstico?](#)

[¿Qué investigaciones se están realizando?](#)

[Ensayos clínicos](#)

[Organizaciones](#)

¿Qué es las parálisis de Erb-Duchenne y Dejerine-Klumpke?

El plexo braquial es una red de nervios que conducen señales de la columna vertebral al hombro, el brazo y la mano. Las lesiones del plexo braquial son causadas por daño a esos nervios. La *parálisis de Erb-Duchenne* es la parálisis del plexo braquial superior. La *parálisis de Dejerine-Klumpke* es la parálisis del plexo braquial inferior. Aunque las lesiones del plexo braquial pueden ocurrir en cualquier momento, muchas de ellas suceden cuando los hombros del bebé se afectan durante el parto y los nervios del plexo braquial se estiran o rasgan. Existen cuatro tipos de lesiones del plexo braquial: la *avulsión*, el tipo más grave, en donde el nervio se desgarrar de la columna vertebral; la *ruptura*, en la cual el nervio se desgarrar, pero no en la unión con la columna; la *neuroma*, en la cual el nervio se rompe y cicatriza, pero el tejido cicatrizal hace presión sobre el nervio lesionado y le impide enviar señales a los músculos; y la *neuropraxia o estiramiento*, en la cual el nervio se daña pero sin romperse. La neuropraxia es el tipo más común de lesión del plexo braquial. Los síntomas de lesión del plexo braquial pueden incluir un brazo colgante o paralizado, falta de control muscular en el brazo, la mano o la muñeca y ausencia de sensación en el brazo o la mano.

¿Existe algún tratamiento?

Algunas lesiones del plexo braquial pueden curarse sin tratamiento. Muchos de los niños que se lesionan durante el parto mejoran o se recuperan hacia los 3 ó 4 meses de edad. El tratamiento de las lesiones del plexo braquial incluye fisioterapia y, en algunos casos, cirugía.

¿Cuál es el pronóstico?

15/8/2019

Parálisis de Erb-Duchenne y Dejerine-Klumpke : National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS)

<http://www.marchofdimes.com>

Tel: 914-997-4488; 888-MODIMES

(663-4637)

Fax: 914-428-8203

[Regresar al tope de la página](#)

Preparado por:
Office of Communications and Public Liaison
National Institute of Neurological Disorders and Stroke
National Institutes of Health
Bethesda, MD 20892

El material del NINDS sobre la salud se ofrece solamente para propósitos informativos y no significa un endoso ni la posición oficial del Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares o de ninguna otra agencia federal. Cualquier recomendación sobre el tratamiento o cuidado de un paciente en particular debe obtenerse a través de una consulta con un médico que lo haya examinado o que esté familiarizado con el historial médico de dicho paciente.

Toda la información preparada por el NINDS es de dominio público y se puede reproducir libremente. Se agradece que se le dé el crédito correspondiente al NINDS o a los NIH.

Revisado diciembre 20, 2016

[Página principal](#) | [Declaración de Privacidad](#) | [Política de accesibilidad](#)



Los Institutos Nacionales de la Salud
Bethesda, Maryland 20892



Departamento de Salud y
Servicios Humanos

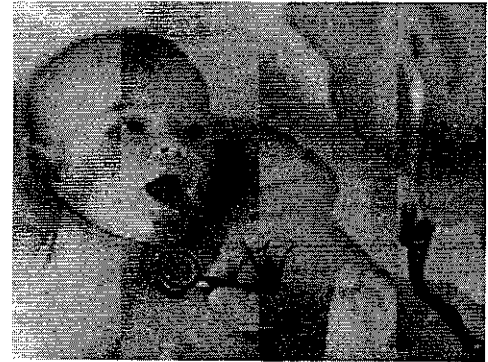
Gobierno **USA.gov**

NIH...Transformación de descubrimientos en salud

Pediatria

Pediatria. Se refiere al estudio de las enfermedades de los niños. El vocablo pediatría esta constituido por las voces griegas paidos **niño** y **iatreia** curación, no correspondiendo, por tanto, al exacto contenido doctrinal y práctico actual: **Pediatria** como la medicina infantil en el más amplio sentido.

Pediatria



Campo al que pertenece

Bebé siendo atendido por un Pediatra.

Sumario

- 1 Definiciones de Pediatría
- 2 Límites de la Pediatría
- 3 Enfermedades más frecuentes en la práctica pediátrica
- 4 Pediatría, causas de las transformaciones recientes
- 5 Fuente

Definiciones de Pediatría

- Puericultura es en esencia la pediatría preventiva o la higiene del niño en su más amplio sentido.
- Pediatría social estudia al niño sano o enfermo en sus interrelaciones con la comunidad o la sociedad.
- Pediatría Rehabilitadora se considera parte de la última, así como la Ecopediatría.
- Pediatría de Desarrollo abarca el proceso de maduración tanto en el aspecto estructural de los órganos y aparatos como en su función. Su finalidad es promover un estado óptimo de su salud física y mental, asegurándole diagnóstico precoz y el tratamiento de las posibles anomalías.

Todas las facetas citadas tienen numerosos puntos comunes, existiendo una tendencia progresiva y casi unánime a fundirlas en una sola ciencia: la Pediatría.

Límites de la Pediatría

Si por su contenido científico, es la total Medicina de la edad infantil, en cuanto a los límites cronológicos se trata de la Medicina aplicada a un período de la vida, que comienza con el nacimiento y termina en la adolescencia. Se amplía su terreno en la adolescencia, en cuanto el crecimiento no termina hasta el final de esta época: es una edad fronteriza, que con frecuencia plantea problemas.

Grupos de edades

- Perinatal 28 semanas gestación a 7 días de vida
- Neonatal precoz 0-7 días
- Neonatal tardío 7-28 días
- Neonatal 0-30 días
- Lactante 0-12 meses
- Párvulo 2-5 años
- Escolar 6-11 años
- Pubertad 12-14 años
- Adolescencia 14-18 años

La clasificación clásica comprendía:

- Primera infancia (desde el nacimiento hasta los dos años y medio)
- Segunda infancia o edad preescolar (desde los dos años y medio hasta los seis años)
- Tercera infancia (desde los seis años hasta la pubertad).

Enfermedades más frecuentes en la práctica pediátrica

- Aparato respiratorio (25%)

Rinofaringitis. Amigdalitis. Otitis Traqueobronquitis. Laringitis. Asma. Neumonía

- Gastroenterología y nutrición (15%)

Vómitos. Anorexia Gastroenteritis aguda. Diarrea prolongada Dolor abdominal. Estreñimiento. Hepatitis.

- Otras infecciones (excluidas, respiratorias y digestivas) (15%)

Infección del tracto urinario Exantemáticas. Parotiditis. Mononucleosis. Tos ferina Meningococia. Estreptococia. Estafilococia. Reacciones vacunares.

- Trastornos psicológicos y neurológicos (13%)

Anorexia, vómitos, dolor abdominal, cefaleas Alteraciones del sueño, lenguaje y conducta Inadaptación escolar Enuresis, encopresis. Espasmo del llanto Convulsiones febriles y otras

- Crecimiento y desarrollo (12%)

Retraso de crecimiento. Hipercrecimiento Fisiopatología de la pubertad

- Dermatopías (6%)

Dermatosis alérgica. Dermatitis seborroide Dermatitis del pañal o perineal Nevus, verrugas, angiomas Piodermitis

- Accidentes (5%)

Traumas. Quemaduras. Intoxicaciones

- Hematología. Oncología (4%)

164

15/8/2019

Pediatría - EcuRed

Anemia. Púrpura. Hemorragias Leucosis. Tumores sólidos

- Otras (5%)

Procesos quirúrgicos agudos (cuerpos extraños, apendicitis, invaginación) Artritis. Osteomielitis. Miositis Endocrinopatías.etc.

Pediatría, causas de las transformaciones recientes

Un extraordinario incremento en la Pediatría ha sido evidenciado en el curso de los años. Analizando cada época, es posible demostrar que al pasar por varias etapas, de todas han quedado nociones esenciales y cuyo sedimento constituye la base de la pediatría actual.

El desarrollo de la Pediatría ha sido condicionado por diversos fenómenos generales:

- Disminución de la natalidad, de modo que hay menos población inferior a 18 años.
- Descenso de la mortalidad infantil, pasando de 186 x 1000 en 1900 a 8 x 1000 en fechas próximas.
- Aumento de la patología crónica, en parte como resultado paradójico número creciente de secuelas con diversas deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales.
- Carácter científico, le lleva a ser cada vez más organizativa y más especializada condiciones económicas, ya que la medicina actual alcanza unos límites de gasto difícilmente soportados por la sanidad estatal, se trata, de una difícil decisión en cada caso y en general de un inestable equilibrio entre Pediatría primaria: ambulatoria, básica, barata y eficaz, y una Pediatría hospitalaria: científica, costosa, pero salvadora de vidas, y al mismo tiempo motor del progreso médico.
- Factores socioculturales, las familias tienen más tiempo para dedicar a la salud, presentan un evidente adelanto en su nivel cultural. Mayores exigencias, el Pediatra debe adaptar su preparación y actividad a las demandas, que no paran en exigir una ausencia de enfermedad, un buen crecimiento y una normal nutrición, sino que llegan a buscar la perfección en el desarrollo.

Fuente

- Colectivo de autores. Compendio de Pediatría, Editorial Ciencias Médicas, Ciudad de la Habana, 2006.

Obtenido de «<https://www.ecured.cu/index.php?title=Pediatría&oldid=3353534>»

165

(<https://www.redclinica.cl/>)

INICIO ([HTTPS://WWW.REDCLINICA.CL/](https://www.redclinica.cl/)) SERVICIOS CLÍNICOS

CENTRO DE CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS ([HTTPS://WWW.REDCLINICA.CL/CENTRO-DE-CONSULTAS-Y-PROCEDIMIENTOS.ASPX](https://www.redclinica.cl/centro-de-consultas-y-procedimientos.aspx))
Reserva de horas / citas-

INFORMACIÓN AL PACIENTE ([TEL:220738000](tel:220738000)) ACADÉMICA TELERADIOLOGÍA ([HTTP://TELERRADIOLOGIA.REDCLINICA.CL/](http://telerradiologia.redclinica.cl/))

ESPECIALES DE SALUD HOSPITAL CLÍNICO ([HTTPS://WWW.REDCLINICA.CL/HOSPITAL-CLINICO/SALUD.ASPX](https://www.redclinica.cl/hospital-clinico/salud.aspx))
Buscar..



Pediatría

CLÍNICA
UNIVERSIDAD
DE CHILE

QUILÍN

(/Home_Quilin)

FUNDACIÓN

RED
HOSPITAL CLÍNICO
UNIVERSIDAD DE CHILE

(/Fundacion.asp)

SIGRAC

(/Sigrac.asp)

SISTEMA DE INFORMACIÓN
PARA GRANDES CLIENTES

TRABAJE
CON NOSOTROS

(https://www.laborum.cl/perfiles/empresa_hospital-clinico-universidad-de-

chile_12000319.html)

Nuestra ubicación

Términos y condiciones del
sitio Web
(https://www.redclinica.cl/home_terminos.aspx)

([/hospital-clinico/hcuch-acreditado.aspx](#))

© Copyright - 2019. Todos los
derechos reservados.