Not at 8 Da 506 - V= 22/9/21 - Auto 11/21/20

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTICINCO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA
CARRERA 10ª. No. 14-33 PISO 12°

Secretaria
Fijar lista 370CGP

CLASE DE PROCESO:

VERBAL

DEMANDANTE

ELIANA MARCELA FLOREZ ROJAS C.C. No. 1108452117

DEMANDADO

SALUD TOTAL EPS, ASOCIACION DE USUARIOS DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA- HOSPITAL DE SAN JOSE.

CUADERNO No. SEIS(6)

LLAMAMIENTO EN GARANTIA- QUE HACE SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA- HOSPITAL DE SAN JOSE CONTRA U.H.J.B UROLOGOS HOSPITAL DE SAN JOSE

RADICADO DEL PROCESO

11001310302520200050 00

20-00050

PROCESO 11001310302520200005000. CONTESTACION DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTIA UHJB UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE S.A.S. DTE. ELIANA MARCELA FLOREZ Y OTROS

Baron Lemus Abogados <blabogados@baronlemus.com>

Jue 22/04/2021 2:33 PM

Para: Juzgado 25 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto25bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: carolinetas <carolinetas@hotmail.com>; abocol14@gmail.com <abocol14@gmail.com>; notificacionesjud@saludtotal.com <notificacionesjud@saludtotal.com>; f.vega@medefiende.com <f.vega@medefiende.com>; Baron Lemus Abogados <blabogados@baronlemus.com>; Gloria Baron <gloria.baron@baronlemus.com>; 'baronlemus.katherine@gmail.com' <baronlemus.katherine@gmail.com>; asistente baronlemus <baronlemus.asistente@gmail.com>

Señor
JUEZ 25 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA
E. S. D.

Ref. PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD MEDICA DE ELIANA MARCELA FLOREZ Y OTROS CONTRA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSE Y SALUD TOTAL EPS.

Rad: 11001310302520200005000

GLORIA MERCEDES BARON SERNA, mayor de edad y vecina de Bogotá, Identificada con la C.C. 51.704.902 de Bogotá y portadora de la T.P. 42.223 del C. S. de la J., obrando como apoderada de la llamada en garantía, sociedad **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.**, comedidamente comparezco ante usted dentro de la correspondiente oportunidad legal, con el fin de contestar la demanda y el llamamiento en garantía, dentro del proceso citado en referencia:

En cumplimiento de lo dispuesto por el Decreto 806 del 4 de junio de 2020, remito copia a los demás sujetos procesales, a los correos electrónicos registrados en el proceso.

Aclaro al despacho que anexo Certificado de Cámara y Comercio de fecha 9 de marzo de 2021, en el cual se evidencian los correos electrónicos de mi representada, desde los cuales se efectúo el envío del poder a su despacho, al igual que un Certificado de Cámara y Comercio reciente de fecha 21 de abril de 2021.

Anexos:

- Contestación de demanda y llamamiento en garantía de **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.** y anexos
- Poder Conferido, junto con la constancia de envío al correo electrónico del despacho desde la dirección electrónica de mi representada.
- Certificado de la Cámara de Comercio de la sociedad **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.,** de fecha 9 de marzo y 21 de abril de 2021

NOTIFICACIONES

A los demandantes en las direcciones físicas y electrónicas indicadas en la demanda.

A la llamada en garantía **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.,** en el correo electrónico, urologia@hospitaldesanjose.org.co y urologoshsj@gmail.com**,** o en la secretaria de su despacho o en la dirección; en la Calle 10 No. 18-75 de la ciudad de Bogotá

A la suscrita apoderada en su Despacho o en la Carrera. 9 No. 72-81 Of. 606 de Bogotá, Teléfonos 6068121 – 606816, celular 3102512216- 3102546671- , correo electrónico baronlemusabogados@telmex.net.co, blabogados@baronlemus.com y gloriabaronserna@cable.net.co.

Agradezco Acusar recibo.

Del señor Juez, Atentamente

GLORIA MERCEDES BARON SERNA
C.C. No. 51.704.902 de Bogotá
T.P. No. 42.223 del C. S. de la J.

Señor
JUEZ 25 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA
E. S. D.

Ref. PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD MEDICA DE ELIANA MARCELA FLOREZ Y OTROS CONTRA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTÁ - HOSPITAL SAN JOSE Y SALUD TOTAL EPS.

Rad: 11001310302520200005000O

GLORIA MERCEDES BARON SERNA, mayor de edad y vecina de Bogotá, Identificada con la C.C. 51.704.902 de Bogotá y portadora de la T.P. 42.223 del C. S. de la J., obrando como apoderada de la sociedad **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.,** según poder remitido directamente por mi representada a ese despacho el día 15 de abril de 2021, comedidamente comparezco ante usted dentro de la correspondiente oportunidad legal, con el fin de contestar la demanda y el llamamiento en garantía dentro del proceso citado en referencia, en los siguientes términos:

OPORTUNIDAD PARA CONTESTAR.

Me permito indicar al Despacho, que mi representada **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.,** fue notificada de la admisión del llamamiento en garantía por parte de la apoderada de la demandada – Sociedad de Cirugía Hospital San José, mediante correo electrónico de fecha 16 de marzo de 2021, por lo que teniendo en cuenta el artículo 8 del Decreto 806 del 4 de Junio del 2020, deberán contabilizarse los dos (2) días de termino, siguientes al envío y recepción del mensaje de datos, tal y como lo establece dicha norma en su tenor literal:

> ***"Articulo 8. Notificaciones personales.***
>
> ***(…)***
>
> ***La notificación personal se entenderá realizada una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje y los términos empezarán a correr a partir del día siguiente al de la notificación***."

Conforme a lo anterior, deberá indicarse al despacho que el termino para contestar la demanda por parte de mi representada dentro del caso indicado en asunto, vence el día 23 de abril de 2021.
PRIMERA PARTE .-

CONTESTACION A LA DEMANDA

I. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LO QUE SE DEMANDA O PETITUM.

Me opongo a la prosperidad de las Pretensiones por carecer de sustento fáctico y legal, y por revelar un propósito de enriquecimiento que no se ajusta a la ley, ni a la doctrina, ni a la jurisprudencia, ni a las situaciones de hecho expuestas, conforme a las excepciones que más adelante formularé y las que aparezcan demostradas en el proceso. Niego el Derecho que invoca la parte actora.

A LA 1.- Me opongo a su prosperidad, habida cuenta que no se ha configurado indebida prestación del servicio médico asistencial y quirúrgico, brindado al paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, por parte de la sociedad **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.,** al no existir evidencia de responsabilidad civil extracontractual, imputable a nuestra representada, por cuanto el servicio médico – asistencial y quirúrgico prestado en las instalaciones de la **SOCIEDAD DE CIRUGÍA HOSPITAL SAN JOSE**, por parte del personal médico de mi representada, se realizó con absoluto apego y cumplimiento de la "*Lex Artis Ad Hoc.* Este principio no es otro que aquel que hace referencia a la realización de la prestación del servicio y del acto médico practicado, en un todo de acuerdo con las reglas y procedimientos aceptados unánimemente por la comunidad médica en la práctica de la medicina.

En consecuencia, la prestación del servicio asistencial y quirúrgico, brindado al paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, estuvo enmarcado por las leyes del arte "*Lex Artis ad hoc*", el conocimiento de la ciencia practicada y el cumplimiento de las directrices, guías y protocolos médicos, colocando a su disposición, toda la racionalidad e idoneidad técnico-científica y altos estándares de beneficencia, los medios físicos, humanos, técnicos, necesarios y adecuados, para evaluar la condición clínica del paciente a través de práctica de exámenes de imagen y laboratorio, previo a la orden y realización del procedimiento quirúrgico de "**PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA",** por lo que no puede atribuirse responsabilidad civil extracontractual a mi representada en los perjuicios que aduce la parte actora, más aún cuando mi poderdante obró con debida y extrema diligencia en toda la etapa pre, quirúrgica y postquirúrgica.

Por consiguiente, no le asiste a mi representada **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.,** obligación frente al presente evento respecto a una

prestación indebida del servicio médico asistencial como infundadamente lo aduce la parte actora.

A LA 2- Me opongo a su prosperidad, habida cuenta que no se ha configurado indebida prestación del servicio médico asistencial y quirúrgico, brindado al paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, por parte de la sociedad **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.,** al no existir evidencia de responsabilidad civil extracontractual, imputable a nuestra representada, por cuanto el servicio médico – asistencial y quirúrgico prestado en las instalaciones de la **SOCIEDAD DE CIRUGÍA HOSPITAL SAN JOSE**, por parte del personal médico de mi representada, se realizó con absoluto apego y cumplimiento de la "*Lex Artis Ad Hoc.* Este principio no es otro que aquel que hace

referencia a la realización de la prestación del servicio y del acto médico practicado, en un todo de acuerdo con las reglas y procedimientos aceptados unánimemente por la comunidad médica en la práctica de la medicina.

En consecuencia, la prestación del servicio asistencial y quirúrgico, brindado al paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, estuvo enmarcado por las leyes del arte "*Lex Artis ad hoc*", el conocimiento de la ciencia practicada y el cumplimiento de las directrices, guías y protocolos médicos, colocando a su disposición, toda la racionalidad e idoneidad técnico-científica y altos estándares de beneficencia, los medios físicos, humanos, técnicos, necesarios y adecuados, para evaluar la condición clínica del paciente a través de práctica de exámenes de imagen y laboratorio, previo a la orden y realización del procedimiento quirúrgico de "**PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA",** por lo que no puede atribuirse responsabilidad civil extracontractual a mi representada en los perjuicios que aduce la parte actora, más aún cuando mi poderdante obró con debida y extrema diligencia en toda la etapa pre, quirúrgica y postquirúrgica.

Por consiguiente, no le asiste a mi representada **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.,** obligación frente al presente evento respecto a una prestación indebida del servicio médico asistencial como infundadamente lo aduce la parte actora.

A LA 3- Me opongo a su prosperidad, habida cuenta que no se ha configurado indebida prestación del servicio médico asistencial y quirúrgico, brindado al paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, por parte de la sociedad **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.,** al no existir evidencia de responsabilidad civil extracontractual, imputable a nuestra representada, por cuanto el servicio médico – asistencial y quirúrgico prestado en las instalaciones de la **SOCIEDAD DE CIRUGÍA HOSPITAL SAN JOSE**, por parte del personal médico de mi representada, se realizó con absoluto apego y cumplimiento de la "*Lex Artis Ad Hoc.* Este principio no es otro que aquel que hace referencia a la realización de la prestación del servicio y del acto médico practicado, en un todo de acuerdo con las reglas y procedimientos aceptados unánimemente por la comunidad médica en la práctica de la medicina.

En consecuencia, la prestación del servicio asistencial y quirúrgico, brindado al paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, estuvo enmarcado por las leyes del arte "*Lex Artis ad hoc*", el conocimiento de la ciencia practicada y el cumplimiento de las directrices, guías y protocolos médicos, colocando a su disposición, toda la racionalidad e idoneidad técnico-científica y altos estándares de beneficencia, los medios físicos, humanos, técnicos, necesarios y adecuados, para evaluar la condición clínica del paciente a través de práctica de exámenes de imagen y laboratorio, previo a la orden y realización del procedimiento quirúrgico de "**PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA",** por lo que no puede atribuirse responsabilidad civil extracontractual a mi representada en los perjuicios que aduce la parte actora, más aún cuando mi poderdante obró con debida y extrema diligencia en toda la etapa pre, quirúrgica y postquirúrgica.

Por consiguiente, no le asiste a mi representada **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.,** obligación frente al presente evento respecto a los daños materiales e inmateriales solicitados para los demandantes.

A LA 4.- Me opongo a su prosperidad, habida cuenta que no se ha configurado indebida prestación del servicio médico asistencial y quirúrgico, brindado al paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, por parte de la sociedad **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.,** al no existir evidencia de responsabilidad civil extracontractual, imputable a nuestra representada, por cuanto el servicio médico – asistencial y quirúrgico prestado en las instalaciones de la **SOCIEDAD DE CIRUGÍA HOSPITAL SAN JOSE**, por parte del personal médico de mi representada, se realizó con absoluto apego y cumplimiento de la "*Lex Artis Ad Hoc.* Este principio no es otro que aquel que hace referencia a la realización de la prestación del servicio y del acto médico practicado, en un todo de acuerdo con las reglas y procedimientos aceptados unánimemente por la comunidad médica en la práctica de la medicina.

En consecuencia, la prestación del servicio asistencial y quirúrgico, brindado al paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, estuvo enmarcado por las leyes del arte "*Lex Artis ad hoc*", el conocimiento de la ciencia practicada y el cumplimiento de las directrices, guías y protocolos médicos, colocando a su disposición, toda la racionalidad e idoneidad técnico-científica y altos estándares de beneficencia, los medios físicos, humanos, técnicos, necesarios y adecuados, para evaluar la condición clínica del paciente a través de práctica de exámenes de imagen y laboratorio, previo a la orden y realización del procedimiento quirúrgico de "**PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA",** por lo que no puede atribuirse responsabilidad civil extracontractual a mi representada en los perjuicios que aduce la parte actora, más aún cuando mi poderdante obró con debida y extrema diligencia en toda la etapa pre, quirúrgica y postquirúrgica.

Por consiguiente, no le asiste a mi representada **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.,** obligación frente al presente evento respecto a las costas y agencias en derecho pretendidas por la parte actora.

A LA 5.- No es una pretensión, se trata de la facultad que le asiste al Operador Judicial de reconocer personería al apoderado que acredita su derecho de postulación.

AL LITERAL (A) – PERJUICIOS INMATERIALES.- Me opongo a su prosperidad, habida cuenta que no se ha configurado indebida prestación del servicio médico asistencial y quirúrgico, brindado al paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, por parte de la sociedad **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.,** al no existir evidencia de responsabilidad civil extracontractual, imputable a nuestra representada, por cuanto el servicio médico – asistencial y quirúrgico prestado en las instalaciones de la **SOCIEDAD DE CIRUGÍA HOSPITAL SAN JOSE**, por parte del personal médico de mi representada, se realizó con absoluto apego y cumplimiento de la "*Lex Artis Ad Hoc.* Este principio no es otro que aquel que hace referencia a la realización de la prestación del servicio y del acto médico practicado, en un todo de acuerdo con las reglas y procedimientos aceptados unánimemente por la comunidad médica en la práctica de la medicina.

En consecuencia, la prestación del servicio asistencial y quirúrgico, brindado al paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, estuvo enmarcado por las leyes del arte "*Lex Artis ad hoc*", el conocimiento de la ciencia practicada y el cumplimiento de las directrices, guías y protocolos médicos, colocando a su disposición, toda la racionalidad e idoneidad técnico-científica y altos estándares de beneficencia, los medios físicos, humanos, técnicos, necesarios y adecuados, para evaluar la condición clínica del paciente a través de práctica de exámenes de imagen y laboratorio, previo a la orden y realización del procedimiento quirúrgico de "**PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA",** por lo que no puede atribuirse responsabilidad civil extracontractual a mi representada en los perjuicios que aduce la parte actora, más aún cuando mi poderdante obró con debida y extrema diligencia en toda la etapa pre, quirúrgica y postquirúrgica.

Por consiguiente, no le asiste a mi representada **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.,** obligación frente al presente evento respecto a los daños morales, vida de relación y daño a la salud en su modalidad psicológico, solicitados para los demandantes.

AL LITERAL (B) – PERJUICIOS MATERIALES.- Me opongo a su prosperidad, habida cuenta que no se ha configurado indebida prestación del servicio médico asistencial y quirúrgico, brindado al paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, por parte de la sociedad **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.,** al no existir evidencia de responsabilidad civil extracontractual, imputable a nuestra representada, por cuanto el servicio médico – asistencial y quirúrgico prestado en las instalaciones de la **SOCIEDAD DE CIRUGÍA HOSPITAL SAN JOSE**, por parte del personal médico de mi representada, se realizó con absoluto apego y cumplimiento de la "*Lex Artis Ad Hoc.* Este principio no es otro que aquel que hace referencia a la realización de la prestación del servicio y del acto médico practicado,

en un todo de acuerdo con las reglas y procedimientos aceptados unánimemente por la comunidad médica en la práctica de la medicina.

En consecuencia, la prestación del servicio asistencial y quirúrgico, brindado al paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, estuvo enmarcado por las leyes del arte "*Lex Artis ad hoc*", el conocimiento de la ciencia practicada y el cumplimiento de las directrices, guías y protocolos médicos, colocando a su disposición, toda la racionalidad e idoneidad técnico-científica y altos estándares de beneficencia, los medios físicos, humanos, técnicos, necesarios y adecuados, para evaluar la condición clínica del paciente a través de práctica de exámenes de imagen y laboratorio, previo a la orden y realización del procedimiento quirúrgico de "**PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA",** por lo que no puede atribuirse responsabilidad civil extracontractual a mi representada en los perjuicios que aduce la parte actora, más aún cuando mi poderdante obró con debida y extrema diligencia en toda la etapa pre, quirúrgica y postquirúrgica.

Por consiguiente, no le asiste a mi representada **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.,** obligación frente al presente evento respecto al daño emergente solicitado para los demandantes **GONZALO RUBIO PINZON Y ELIANA MARCELA FLOREZ ROJAS**

II.- PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS HECHOS.-

AL 1.- No me consta, me atengo a lo que se pruebe en el presente proceso, en especial a las constancias procesales existentes sobre el particular.

AL 2.- No me consta, me atengo a lo que se pruebe en el presente proceso, en especial a las constancias procesales existentes sobre el particular.

AL 3.- No me consta, me atengo a lo que se pruebe en el presente proceso, en especial a las ecografías obstétricas practicadas a la demandante **ELIANA MARCELA FLOREZ ROJAS**. No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de "pieloplastia abierta izquierda", efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de "catéter doble j", colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 4.- No me consta dado que las manifestaciones indicadas en este hecho corresponden a una atención medica brindada en la **IPS UCIN CAPRECOM GIRARDOT NUEVO HOSPITAL SAN RAFAEL,** por lo que me atengo a la historia clínica existente sobre el particular**.** No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de "pieloplastia abierta izquierda", efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de "catéter doble j", colocado al

paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 5.- No me consta dado que las manifestaciones indicadas en este hecho corresponden a una atención radiológica prestada por **IDIME,** por lo que me atengo a la historia clínica existente sobre el particular**.** No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de "pieloplastia abierta izquierda", efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de "catéter doble j", colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 6. No me consta dado que las manifestaciones indicadas en este hecho corresponden a las atenciones médicas brindadas por la médica tratante del paciente **DRA. LUZ STELLA GONZALEZ CHAPARRO,** por lo que me atengo a la historia clínica sobre el particular**.** No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de "pieloplastia abierta izquierda", efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de "catéter doble j", colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José

AL 7. No me consta dado que las manifestaciones indicadas en este hecho corresponden a la atención medica brindada al paciente en la **FUNDACION CARDIOINFANTIL**, por lo que me atengo a la historia clínica existente sobre el particular**.** No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de "pieloplastia abierta izquierda", efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de "catéter doble j", colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 8. No me consta dado que las manifestaciones indicadas en este hecho corresponden a la atención medica brindada al paciente en la **FUNDACION CARDIOINFANTIL**, por lo que me atengo a la historia clínica existente sobre el particular**.** No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de "pieloplastia abierta izquierda", efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de "catéter doble j", colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 9. No me consta dado que las manifestaciones indicadas en este hecho corresponden a la atención medica brindada al paciente en la **FUNDACION**

CARDIOINFANTIL, por lo que me atengo a la historia clínica existente sobre el particular**.** No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de "pieloplastia abierta izquierda", efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de "catéter doble j", colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 10.- Es cierto y aclaro que lo contenido en el presente hecho se trata de una trascripción de la historia clínica del paciente con fecha 10 de junio de 2014, en la que claramente se observa que el medico a cargo de la atención del paciente **DR. MARCO AURELIO NOSSA**, ordeno la práctica de exámenes tales como "renograma diurético (DTPA) y urografía intravenosa", con el fin de determinar el tratamiento en el paciente, el cual fue la de realizar procedimiento quirúrgico de "pieloplastia abierta izquierda", el que tenia por finalidad salvar el riñón izquierdo del paciente, dada la estrechez presentada en este y la dificultad de salida de orina, aspecto que desvirtúa la apreciación infundada del apoderado de la parte actora, al indicar que mi representada a través del DR. NOSSA, no efectuó valoración previa al paciente, ni exploración diagnostica al mismo con practica de exámenes, pues como se expondrá en excepción expresa sobre el particular, los exámenes practicados y el procedimiento quirúrgico realizado, eran los de mejor elección para conservar el riñón izquierdo del paciente. No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de "pieloplastia abierta izquierda", efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de "catéter doble j", colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 11.- Es cierto y aclaro que lo contenido en el presente hecho se trata de una trascripción de la historia clínica del paciente con fecha 4 de julio de 2014, en la que claramente se observa que el medico a cargo de la atención del mismo **DR. MARCO AURELIO NOSSA**, efectuó la lectura del examen – **UROGRAFIA ESCRETORA**, luego de haber analizado los resultados de la "Renografía Diurética" ordenados y practicados al paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, en los que al evidenciar la existencia de "estrechez uretral" en el menor de edad, que impedía la salida adecuada de orina, ordena efectuar al mismo procedimiento quirúrgico de "pieloplastia abierta izquierda", el que tenía por finalidad salvar el riñón izquierdo del paciente, aspecto que desvirtúa la apreciación infundada del apoderado de la parte actora, al indicar que mi representada a través del DR. NOSSA, no efectuó valoración previa al paciente, ni exploración diagnostica al mismo con practica de exámenes, pues como se expondrá en excepción expresa sobre el particular, los exámenes practicados y el procedimiento quirúrgico realizado, eran los de mejor elección para conservar el riñón izquierdo del paciente. No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de "pieloplastia abierta izquierda", efectuada por el personal médico

de mi representada, sino la aparente permanencia de “catéter doble j”, colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 12.- Es cierto. Aclaro al despacho que el paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, fue sometido a procedimientos de **“PIELOPLASIA VIA ABIERTA” Y “CIRCUNCISION”**, los cuales resultaron sin complicaciones y en el que fue instaurado al paciente **“DREN DE PENROSE**”, con el fin de evitar en el paciente, infecciones en la zona quirúrgica y el que fue retirado por el **DR. MARCO AURELIO NOSSA,** días después en control postquirúrgico sin ningún tipo de complicación. Lo anterior, permite aclarar que al paciente no le fue colocado “cateter doble j” en la cirugía efectuada por el DR. NOSSA, como infundadamente lo aduce la parte actora, aspecto que será expuesto en excepción expresa sobre el particular. No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de “pieloplastia abierta izquierda”, efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de “catéter doble j”, colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 13.- Es parcialmente cierto. Aclaro al despacho que el paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, ingreso al servicio de urgencias de la Sociedad de Cirugía Hospital San José de Bogotá el 2 de noviembre de 2014, manifestando presentar “picos febriles”, donde es valorado por el servicio de Pediatría y este a su vez solicitó interconsulta con el servicio de urología, quienes deciden realizar exámenes de laboratorio e imagen al paciente, los que permitieron descartar proceso infeccioso en el mismo, razón por la cual otorgan egreso el 4 de noviembre de 2014. No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de “pieloplastia abierta izquierda”, efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de “catéter doble j”, colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 14.- Es cierto y aclaro que se trata de una transcripción literal de la historia clínica con fecha 3 de noviembre de 2014. No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de “pieloplastia abierta izquierda”, efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de “catéter doble j”, colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 15.- No me consta dado que las manifestaciones indicadas en este hecho corresponden a la atención medica brindada al paciente en la **CLINICA COLSUBSIDIO**, por lo que me atengo a la historia clínica existente sobre el

particular**.** No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de “pieloplastia abierta izquierda”, efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de “catéter doble j”, colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 16.- No me consta dado que las manifestaciones indicadas en este hecho corresponden a la atención medica brindada al paciente en la **CLINICA COLSUBSIDIO**, por lo que me atengo a la historia clínica existente sobre el particular**.** No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de “pieloplastia abierta izquierda”, efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de “catéter doble j”, colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 17.- No me consta dado que las manifestaciones indicadas en este hecho corresponden a la atención medica brindada al paciente en la **CLINICA COLSUBSIDIO**, por lo que me atengo a la historia clínica existente sobre el particular**.** No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de “pieloplastia abierta izquierda”, efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de “catéter doble j”, colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 18.- No me consta dado que las manifestaciones indicadas en este hecho corresponden a la atención medica brindada al paciente en la **CLINICA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN IGNACIO,** por lo que me atengo a la historia clínica existente sobre el particular**.** Aclaro que en el presente hecho, el apoderado de la parte demandante, afirma que el “cateter doble j”, fue colocado al paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ** en la **CLINICA COLSUBSIDIO DE BOGOTÁ.** No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de “pieloplastia abierta izquierda”, efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de “catéter doble j”, colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

Al 19.- No me consta, me atengo a lo que se pruebe en el presente proceso, en especial al trámite de Acción Constitucional de Tutela surtida por los demandantes con la **EPS SALUD TOTAL**. No obstante, advierto al despacho que la perdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de “pieloplastia abierta izquierda”, efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de “catéter doble j”, colocado al paciente por otra institución

hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 20.- No me consta dado que las manifestaciones indicadas en este hecho corresponden a la atención medica brindada al paciente en la **CLINICA COLSUBSIDIO**, por lo que me atengo a la historia clínica existente sobre el particular**.** No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de "pieloplastia abierta izquierda", efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de "catéter doble j", colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 21.- No me consta dado que las manifestaciones indicadas en este hecho corresponden a las atenciones médicas brindadas por otro profesional de la medicina **DR. GUSTAVO MALO,** por lo que me atengo a la historia clínica sobre el particular**.** No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de "pieloplastia abierta izquierda", efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de "catéter doble j", colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José

AL 22.- No me consta dado que las manifestaciones indicadas en este hecho corresponden a las atenciones médicas brindadas por otro profesional de la medicina **DR. CAMILO ORJUELA RODRIGUEZ,** por lo que me atengo a la historia clínica sobre el particular**.** No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de "pieloplastia abierta izquierda", efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de "catéter doble j", colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 23.- No me consta dado que las manifestaciones indicadas en este hecho corresponden a la atención medica brindada al paciente en la **FUNDACION CARDIOINFANTIL**, por lo que me atengo a la historia clínica existente sobre el particular**.** No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de "pieloplastia abierta izquierda", efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de "catéter doble j", colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 24.- No me consta dado que las manifestaciones indicadas en este hecho corresponden a la atención medica brindada al paciente en la **FUNDACION CARDIOINFANTIL**, por lo que me atengo a la historia clínica existente sobre el

particular**.** No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de “pieloplastia abierta izquierda”, efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de “catéter doble j”, colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 25.- No me consta, dado que las manifestaciones realizadas en el presente hecho, corresponden a aspectos emocionales, personales y familiares de los demandantes. No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de “pieloplastia abierta izquierda”, efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de “catéter doble j”, colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 26.- No me consta, dado que las manifestaciones realizadas en el presente hecho, corresponden a aspectos emocionales, personales y familiares de los demandantes. No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de “pieloplastia abierta izquierda”, efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de “catéter doble j”, colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 27.- No me consta, dado que las manifestaciones realizadas en el presente hecho, corresponden a aspectos emocionales, personales y familiares de los demandantes. No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de “pieloplastia abierta izquierda”, efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de “catéter doble j”, colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 28.- No me consta, dado que las manifestaciones realizadas en el presente hecho, corresponden a aspectos emocionales, personales y familiares de los demandantes. No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de “pieloplastia abierta izquierda”, efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de “catéter doble j”, colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 29.- No me consta, dado que las manifestaciones realizadas en el presente hecho, corresponden a aspectos emocionales, personales y familiares de los demandantes. No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo

del paciente, no tiene por causa el procedimiento de “pieloplastia abierta izquierda”, efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de “catéter doble j”, colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 30.- No me consta, dado que las manifestaciones realizadas en el presente hecho, corresponden a aspectos emocionales, personales y familiares de los demandantes. No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de “pieloplastia abierta izquierda”, efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de “catéter doble j”, colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 31.- No me consta, dado que las manifestaciones realizadas en el presente hecho, corresponden a aspectos emocionales, personales y familiares de los demandantes. No obstante, advierto al despacho que la pérdida del riñón izquierdo del paciente, no tiene por causa el procedimiento de “pieloplastia abierta izquierda”, efectuada por el personal médico de mi representada, sino la aparente permanencia de “catéter doble j”, colocado al paciente por otra institución hospitalaria, pues el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** no volvió a controles médicos con el personal de Urología de la Sociedad de Cirugía Hospital San José.

AL 32.- No Es un hecho, tan solo corresponde al agotamiento del requisito de procedibilidad para acceder a la jurisdicción.

SEGUNDA PARTE-

III.- CONTESTACION AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA EFECTUADO POR LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

A.- PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS HECHOS.-

AL. 1.- Es cierto y me atengo a las cláusulas, términos, condiciones y en especial, al objeto contractual, contenidas en el contrato celebrado entre **LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA HOSPITAL SAN JOSE** y la sociedad **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE S.A.S.,** con fecha 1 de mayo de 1992.

AL 2.- Es cierto y me atengo a las cláusulas, términos, condiciones y en especial, a la cláusula segunda, contenidas en el contrato celebrado entre **LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA HOSPITAL SAN JOSE** y la sociedad **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE S.A.S.,** con fecha 1 de mayo de 1992.

AL 3.- Es cierto y me atengo a las cláusulas, términos, condiciones y en especial, a al objeto contenido en el contrato celebrado entre **LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA HOSPITAL SAN JOSE** y la sociedad **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE S.A.S.,** con fecha 1 de mayo de 1992.

AL 4.- Es cierto y me atengo a las cláusulas, términos, condiciones contenidas en el contrato celebrado entre **LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA HOSPITAL SAN JOSE** y la sociedad **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE S.A.S.,** con fecha 1 de mayo de 1992**.** No obstante, advierto que no existe evidencia de responsabilidad médica alguna imputable a mi representada **U.H.J.B UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S**., y, por consiguiente, no le asiste a la misma, obligación frente al presente evento, por no provenir de un acto médico- quirúrgico y asistencial inadecuado a cargo de esta. Me atengo a lo que se pruebe dentro del presente proceso y a lo consignado en la historia clínica.

AL 5.- Es cierto y me atengo a las cláusulas, términos, condiciones y en especial a la cláusula quinta contenida en el contrato celebrado entre **LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA HOSPITAL SAN JOSE** y la sociedad **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE S.A.S.,** con fecha 1 de mayo de 1992.

AL 6.- Es cierto y aclaro al despacho que no existe evidencia de responsabilidad médica alguna imputable a mi representada **U.H.J.B UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S**., y, por consiguiente, no le asiste a la misma, obligación frente al presente evento, por no provenir de un acto médico- quirúrgico y asistencial inadecuado a cargo de esta. Me atengo a lo que se pruebe dentro del presente proceso y a lo consignado en la historia clínica.

AL 7.- No es un hecho, se trata de la facultad que tiene el demandado para vincular a terceros al proceso, como quiera que se trata de un acuerdo contractual en el cual se edifica una presunta responsabilidad civil solidaria, dada la prestación de los servicios médico-asistenciales bajo la especialidad de urología, que requieran los pacientes de **LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTA HOSPITAL SAN JOSE,** siendo evidente que no existe ninguna responsabilidad y obligación frente a la parte actora por los actos médicos realizados por mi representada.

No obstante, advierto que no existe evidencia de responsabilidad médica alguna imputable a mi representada **U.H.J.B UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S**., y, por consiguiente, no le asiste a la misma, obligación frente al presente evento, por no provenir de un acto médico- quirúrgico y asistencial inadecuado a cargo de esta. Me atengo a lo que se pruebe dentro del presente proceso y a lo consignado en la historia clínica.

AL 8.- No es un hecho, tan solo se refiere al ejercicio del Derecho al Llamamiento en Garantía, de que aquí trata.

B.- A LAS PETICIONES DEL LLAMAMIENTO. -

Me opongo a su prosperidad por carecer de sustento fáctico, contractual y legal, de conformidad con las excepciones de mérito que propongo más adelante, a través de las cuales se demostrara la **INEXISTENCIA** de responsabilidad civil de mi representada **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE S.A.S.**, en los presuntos daños alegados para el paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, por lo que no le asiste obligación alguna de reembolsar las sumas de dinero alegadas en el llamamiento en garantía, más aún cuando los padecimientos que se alegan en la demanda no tiene por causa la práctica del procedimiento quirúrgico efectuado por mi representada.

TERCERA PARTE.-

IV. -. OBJECION A LA CUANTIA DE LA DEMANDA.

El artículo 206 del Código General del Proceso, exige que quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, "deberá estimarla razonadamente bajo juramento" obligación que advierto no cumplió el accionante, dado que en el acápite de los perjuicios materiales no se observa que los mismos hayan sido estimados bajo juramento. No obstante, lo anterior, **OBJETO LA CUANTIA** indicada en la demanda, a pesar de que no existe responsabilidad ni obligación resarcitoria alguna a cargo de mí representado el **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE S.A.S**

Por lo tanto, no acepto las sumas a que se refieren las pretensiones de la demanda, en lo relativo a daños materiales – daño emergente, así como tampoco a los daños morales, daño a la salud en su modalidad de daño psicológico y vida de relación solicitados para los demandantes**,** por cuanto dichos valores, carecen de la correspondiente fundamentación, por provenir de formulaciones técnicas, contables y actuariales equivocadas, infundadas y excesivas, que no están en consonancia con las reiteradas posiciones jurisprudenciales, que le otorguen una adecuada razonabilidad.

En este orden de ideas y siguiendo con la misma secuencia ilustrativa, sobre las inexactitudes en que incurrió el actor al cuantificar los perjuicios materiales, debe tenerse como única conclusión que la argumentación contenida en el libelo de la demanda, carece de la indicación y prueba adecuada, pues si bien aducen haber incurrido en gastos de transporte por la suma de $2.000.0000, no acreditan soporte de los mismos a través de comprobante o facturas que permitan verificar la certeza de la causación de los mismos.

Ahora bien respecto a las formulaciones relativas a los perjuicios inmateriales,

aceptadas por la jurisprudencia, deben contener como mínimo, entre otros aspectos, el grado de afectación moral para cada uno de los reclamantes, de acuerdo con los lineamientos jurisprudenciales establecidos por la Honorable Corte Suprema de Justicia, pues los mismos deben ser proporcionales al supuesto daño sufrido por las víctimas y a la clase de parentesco que tengan respecto de la víctima, pues el precio del dolor, tiene para cada vinculo de consanguinidad o afinidad, un porcentaje diferente, por lo que no puede esta cuantificación del supuesto perjuicio alegado, utilizarse indebidamente como mecanismo para incrementar injustificadamente su patrimonio, buscando un enriquecimiento sin justa causa.

Por las anteriores razones, se tiene que el demandante incumplió la obligación de discriminar de manera clara y adecuada los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales solicitados en la demanda, impidiendo con ello de la misma manera, que los demandados, pudieran analizar y evaluar detenidamente, la cuantificación de los perjuicios, controvirtiéndolos en debida forma rubro por rubro, factor por factor o las cifras tenidas como base en la liquidación de perjuicios.

En síntesis, las sumas solicitadas como perjuicios de toda índole, tales como daños materiales – daño emergente y daños morales, daño a la salud en su modalidad de daño psicológico y vida de relación, no se ajustan a los valores que reiteradamente han sido reconocidos por la Jurisprudencia Nacional.

Bajo los anteriores planteamientos, las pretensiones contenidas en la acción incoada establecen a todas luces un monto excesivo y desproporcionado, por lo que deberán desestimarse dándosele aplicación al precepto legal citado al ordenar imponerse sanción a favor de los demandantes.

V.- EXCEPCIONES DE MERITO O DE FONDO

A. INEXISTENCIA DE CULPA INSTITUCIONAL DE U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S., ANTE LA ADECUADA PRÁCTICA MÉDICA, CUMPLIMIENTO DE LA *"LEX ARTIS AD HOC".*

En el presente caso es incuestionable que los accionantes de manera infundada, pretendan reprochar la atención médico-quirúrgica y asistencial prestada por mi mandante, la sociedad **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.** y su personal médico, encargados de la atención prequirúrgica, quirúrgica y postquirúrgica del paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, al realizar el acto médico - cirugía de **"PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA**", el día 27 de octubre de 2014, acto médico que no tuvo relación alguna con la pérdida del riñón izquierdo del paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**

Resalto al despacho, que en desarrollo de su obligación médico-asistencial y quirúrgica, la sociedad **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE S.A.S.,** en

virtud del contrato de prestación de servicios de salud celebrado con la **SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL SAN JOSE,** facilitó de manera idónea y profesional, médicos especialistas en Urología, para brindar atención adecuada, oportuna y eficiente al menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ,** tras presentar padecimiento de "**HIDRONEFROSIS ANTENATAL BILATERAL",** padecimiento que fue diagnosticado al paciente al momento de nacer y el que ya se presentaba desde su formación intrauterina.

Por lo expuesto, el paciente menor de edad **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, ingresa a las instalaciones de la Sociedad de Cirugía Hospital San José, el 10 de junio de 2014 para consulta por la especialidad de Urología con el profesional **MARCO AURELIO NOSSA MENDOZA,** quien al efectuar valoración al paciente menor de edad, confirma el diagnostico de **"HIDRONEFROSIS IZQUIERDA DE TIPO OBSTRUCTIVO,** luego de haber efectuado lectura de examen de imagen denominado **(RENOGRAMA),** y quien a su vez solicita la práctica de otro examen al menor **(UROGRAFIA ESCRETORA),** con el fin de establecer el tratamiento de elección para mejorar los padecimientos referidos por el paciente, tal y como se evidencia en historia clínica suscrita sobre el particular**:**

> **"ANALISIS: PACIENTE CON HIDRONEFROSIS ANTENATAL CON AUMENTO DE DIAMETRO AP DE LA PELVIS RENAL CON RENOGRAMA CON PATRON OBSTRUCTIVO POR LO CUAL SE DECIDE SOLICITAR UROGRAFIA ESCRETORA FUNCION RENAL CONTROL CON RESULTADOS"**

Posteriormente el paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, regresa a control con el médico Urólogo **DR. MARCO AURELIO NOSSA MENDOZA** el día 4 de julio de 2014, en el que el médico tratante efectúa lectura y análisis del resultado de examen denominado **(UROGRAFIA ESCRETORA),** evidenciando en el paciente la presencia de una "estrechez uretral", la cual confirma deterioro tanto de la excreción renal izquierda como curva obstructiva en DTPA "francamente obstructiva" en el paciente. En otras palabras que el paciente menor de edad, no contaba con suficiente salida de la orina debido a la estrechez que presentaba desde su nacimiento, razón por la cual, el médico tratante considera en su criterio como profesional en urología, someter al paciente a cirugía de "**PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA",** procedimiento que fue debidamente explicado a la madre del menor, quien suscribió consentimiento informado para la realización del mismo.

Contando con la valoración preanestésica efectuada al paciente en la **SOCIEDAD DE CIRUGÍA HOSPITAL SAN JOSÉ DE BOGOTÁ**, al menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ** es sometido a cirugía de "**PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA" y "CIRCUNSICION",** la cual tenía por finalidad, por una parte corregir la "ESTRECHEZ" evidenciada en el paciente que le permitiera la salida completa de la orina y por la otra, salvar y conservar el riñón izquierdo del paciente, cirugía que por demás se efectuó sin complicaciones tal y como se evidencia en la descripción quirúrgica obrante en historia clínica, y en la que no se utilizó instrumento alguno

como un “catéter doble j”, pues únicamente fue colocado al paciente un **“DREN DE PERONSE**”, que tenía por finalidad evitar infecciones en la zona quirúrgica del paciente.

Es así como el paciente es vigilado por el personal médico y de enfermería de la **SOCIEDAD DE CIRUGÍA HOSPITAL SAN JOSÉ DE BOGOTÁ**, en el que durante su postoperatorio presento picos febriles y episodios eméticos, razón por la cual el servicio de pediatría solicitó interconsulta con el servicio de Urología dada la cirugía practicada al paciente, en el que el personal médico de mi representada, efectuó exámenes paraclínicos y de imagen al mismo, logrando descartar la presencia de infección en el menor de edad o complicaciones derivadas del procedimiento quirúrgico a este realizado, por lo que una vez estabilizado el paciente se otorga orden de egreso el día 30 de julio de 2014.

Posteriormente, se tiene que el paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, regresa a control postoperatorio con el **DR. MARCO AURELIO NOSSA MENDOZA,** quien encuentra al paciente en adecuadas condiciones generales y continua con tratamiento antibiótico en el mismo, ordenando segundo control para revisión de su estado de salud y avance de la cirugía por este efectuada, el cual se realizó el 28 de noviembre de 2014, consulta en la que a su vez ordeno nuevo control para el 2 de diciembre de 2014.

Finalmente en este último control postoperatorio del 2 de diciembre de 2014, le es retirado al paciente el “**DREN DE PERONSE**”, sin evidenciar infecciones o complicaciones en la herida quirúrgica, razón por la cual la consulta finaliza otorgando recomendaciones a la madre del menor y orden de **CONTROL EN 2 MESES**, conducta que no fue cumplida por el paciente y sus familiares, dado que no volvieron a controles médicos con el **DR. MARCO AURELIO NOSSA MENDOZA**, Urólogo a cargo de la atención y practica del procedimiento quirúrgico realizado al paciente menor de edad **NICOLAS RUBIO FLOREZ**

Es así como debe indicarse al señor Juez, que mi representada a través del **DR. MARCO AURELIO NOSSA MENDOZA** y los urólogos a cargo de la atención del paciente en su etapa de hospitalización, cumplieron con un proceder prudente y diligente en la atención del paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, pues por una parte, el **DR. NOSSA MENDOZA**, ordeno practicar al paciente, los exámenes de imagen pertinentes e importantes como lo fueron “**RENOGRAMA DIURETICO**” y una **“ULTRASONOGRAFIA ESCRETORA**”, exámenes diagnósticos indispensables para definir el tratamiento del paciente dado su diagnostico de “**HIDRONEFROSIS ANTENATAL BILATERAL**”, que no fue otro que la practica inmediata y pronta del procedimiento quirúrgico de **“PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA”,** lo que permite desvirtuar la apreciación efectuada por el apoderado de la parte demandante, al indicar que se debieron optar por otras técnicas terapéuticas y no por el procedimiento quirúrgico, cuando aquí ha quedado demostrada la adecuada exploración diagnostica efectuada al paciente y la decisión correcta de efectuar el procedimiento quirúrgico referido, el que por demás esta

soportado en los protocolos y guías de práctica medica existentes sobre el particular.

Cabe la pena resaltar, que durante la realización del procedimiento quirúrgico no fue utilizado el instrumento médico “catéter doble J”, pues tal y como lo acepta el apoderado de la parte actora en su escrito de demanda, dicho equipo fue colocado al paciente en la **CLINICA COLSUBSIDIO**, tiempo después de la práctica de la cirugía efectuada por mi representada y del cual no se conoció el estado de salud del paciente después del control de fecha 2 de diciembre de 2014, dado que el menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, no volvió a consultar por el servicio de urología, razón por la cual, no puede atribuirse a mi representada, las complicaciones presentadas en la salud del paciente y la pérdida de su riñón izquierdo, pues la colocación de un “catéter doble j” no es apto para todos los pacientes, aunado a que el mismo debe ser retirado en un periodo de tiempo específico, situación que no se realizó en el paciente por parte de la **CLINICA COLSUBSIDIO**, según historia clínica obrante dentro del expediente, y el que conllevo a efectuar la nefrectomía (extracción del riñón) al menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, por otra institución hospitalaria.

Bajo esta perspectiva debe aceptarse señor juez, que el acto médico asistencial y quirúrgico a cargo de mi representada **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE S.A.S.**, en el servicio de Urología, se realizó con absoluto apego y cumplimiento de la “*Lex Artis Ad Hoc”* exigida en el ejercicio de su profesión. Este principio no es otro que aquel que hace referencia a la realización del acto médico, en un todo de acuerdo con las reglas y procedimientos aceptados unánimemente por la comunidad médica en la práctica de la medicina.

Es así como la *“Lex Artis ad Hoc”* hace referencia a estándares y criterios de excelencia y pautas de conducta para el desarrollo de la ciencia médica. Este comportamiento adecuado permite determinar un correcto obrar del profesional de la medicina de manera diligente y cuidadosa en cada caso concreto y ajustadas a las circunstancias pertinentes del mismo.

Es por ello que en sentencia del 3 de abril de 1997 sección tercera M.P. Carlos Betancourt Jaramillo, quien recoge lo señalado en la obra “La práctica de la medicina y la ley” escrita por el Dr. Fernando Guzmán Mora, Eduardo Franco Delgadillo y Diego Andrés Roselli Cock, Biblioteca jurídica Diké, 1 Edición, 1.996, Págs. 53 y s.s., en donde se cita:

> ***“(…)***
>
> ***“El comportamiento del médico y de la institución prestadora del servicio, sólo pueden ser juzgados teniendo en cuenta de una parte la denominada "lex artis", lo que (…) implica tener en cuenta "las características especiales de quien lo ejerce, el estado de desarrollo del***

área profesional de la cual se trate, la complejidad del acto médico, la disponibilidad de elementos, el contexto económico del momento y las circunstancias específicas de cada enfermedad y cada paciente (…)

(…)"

En este preciso sentido y bajo la misma óptica, se pronuncia el tratadista Jorge Santos Ballesteros en su obra *Instituciones de Responsabilidad Civil,* Tomo II editorial Javegraf, año 2003, pág. 295, cuando expresa:

"(…)

La doctrina ha indicado que en el caso de la responsabilidad civil médica, se acude a una estimación in concreto del comportamiento, con el objeto de evitar generalizaciones o construcciones relacionadas con actuaciones ideales, y para cuyos efectos se determina el incumplimiento de los deberes jurídicos en el que hacer médico, tomado en consideración factores como la especialización la técnica y la competencia, aplicables al caso en concreto y con observancia de lo que en este caso se denomina "Lex Artix ad hoc"

(…)"

Por ser un criterio valorativo para determinar en concreto la debida actuación del profesional de la medicina, al ejecutar un acto médico en cuanto hace referencia a la aplicación de su ciencia o arte, debe tenerse en cuenta las características de las que se encuentra investido su autor, su especialidad, el estado general, gravedad o complejidad del paciente, antecedente antenatal de presentar "HIDRONEFROSIS RENAL", el procedimiento quirúrgico requerido, así como la falta de adherencia al tratamiento dada la conducta del paciente de no continuar sus controles con el médico tratante a cargo de su atención, así como aún la de sus propios familiares, su entorno social y su propia condición sanitaria.

En este punto corresponde entonces una adecuada valoración por parte del fallador, de la no corrección de la conducta, al encontrarse ajustada a la técnica médica requerida, según parámetros nacionales e internacionales, consignados en protocolos que permitan determinar que su actuar fue similar frente a casos análogos.

Por último, deberá usted Señor juez, considerar en la determinación de una responsabilidad o no de mi poderdante, además el presupuesto "ad-hoc" que permite descender de lo general a lo particular en cada caso concreto, según las particularidades del acto médico.

Es así como corresponde ahora precisar el acto médico que aquí se aduce como violatorio de la "*Lex Artis ad Hoc"* en una de sus etapas "el procedimiento médico -

quirúrgico", en el que al respecto la Ley colombiana en su artículo 12 de la Ley 23 de 1981, es clara al consagrar que solo deben ser empleados métodos terapéuticos debidamente aceptados por instituciones científicas reconocidas, lo que sin lugar a duda alguna, demuestra que la realización de la cirugía de **"PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA",** fue adecuada, correcta y oportuna, utilizando para ello los instrumentos necesarios, que permitieron disminuir la "estrechez uretral" presentada en el paciente y conservar el riñón izquierdo del mismo, por el personal médico de Urología de mi representada, así como también, el cuidado, exploración diagnostica, tratamientos y procedimientos quirúrgicos que se efectuaron posteriormente en el paciente, en su etapa postoperatoria.

> ***"(…)***
>
> ***Artículo 12. El médico solamente empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas.***
>
> ***(…)"***

Concordante con la anterior directriz, el artículo 16 de la misma Ley 23 de 1981 dispone:

> ***"(…)***
>
> ***Artículo 16. La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. (…).***
>
> ***(…)" (Subrayado ajeno al texto).***

Ahora bien, con fundamento en los anteriores preceptos y en relación con el caso *sub judice,* que ocupa aquí la atención del despacho, es procedente hacer referencia a la debida actuación médica del personal de Urología de mi representada **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE S.A.S.**, al explorar el diagnóstico del paciente a través de la orden de exámenes de imagen y la elaboración y diligenciamiento del consentimiento informado para la práctica del procedimiento de **"PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA",** el cual fue suscrito por la madre del paciente menor de edad y su médico tratante.

Así las cosas, debe aceptarse de manera diáfana y pacífica, la debida práctica médica con la que se atendió al paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, lo que desvirtúa el principal argumento de su accionar judicial, por cuanto claramente no se presentó una falla médica durante el procedimiento médico-quirúrgico ni en la etapa asistencial postoperatoria, sino los efectos colaterales que se presentan cuando un paciente no continua con el tratamiento y control por parte de su médico

tratante y en virtud de ello le fueron practicados procedimientos quirúrgicos y colocados instrumentos médicos como “catéter doble j”, como ocurrió en el presente caso, los cuales empeoraron la salud del paciente, conllevando a la pérdida de su riñón izquierdo.

Por ello téngase como única conclusión que tal como consta en la historia clínica, la prestación de los servicios de salud fue adecuada, oportuna y eficiente, motivo por el cual no existe ninguna responsabilidad personal, ni institucional que genere la obligación de reparar a cargo de mí representada, ni de los médicos intervinientes, algún tipo de perjuicio.

Nótese señor Juez, que la pérdida del riñón izquierdo del paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, fue un evento imprevisible para el cuerpo médico de mi representada **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE S.A.S.**, a pesar de que se realizaron adecuadamente todas las maniobras necesarias para evitar en el paciente estas consecuencias dañosas, situación que escapaba al control de los médicos, más aún cuando en ningún momento fue indicada por ellos, la colocación de “catéter doble j” en el paciente, menor de edad, pues tan solo con la realización de la cirugía efectuada por mi representada, era esperada la recuperación en el riñón del paciente.

En conclusión, la “*Lex Artis ad hoc”* no es una ciencia exacta que garantice en todos los casos un resultado positivo, que restablezca el hecho dañoso en la salud del paciente.

Por ello téngase como única conclusión que tal como consta en la historia clínica, la prestación de los servicios de salud fue adecuada, oportuna y eficiente, motivo por el cual no existe ninguna responsabilidad personal, ni institucional que genere la obligación de reparar a cargo de mí representada, ni de los médicos intervinientes, algún tipo de perjuicio.

B. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DE U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE S.A.S., DADO EL CUMPLIMIENTO DE SU OBLIGACIÓN DE MEDIO EN EL ACTO MÉDICO QUIRURGICO PRACTICADO – “PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA” Y SU ATENCION ASISTENCIAL.

En reiteradas oportunidades, la Jurisprudencia nacional ha definido fehacientemente, que las obligaciones que se derivan de los servicios profesionales existentes entre paciente e Institución Médica, a través del sistema de seguridad social, como el que aquí es objeto de debate, **son obligaciones de medio** y no de resultado.

Es por ello incuestionable, que cuando un profesional de la salud tiene a su cargo el diagnostico o tratamiento de un padecimiento en la salud del paciente, asume de contera desde el punto de vista jurídico una obligación, la que ha sido clasificada

como de dos tipos a) de medio y b) de resultado.

Respecto de las de resultado, el deudor, profesional de la salud, se encuentra obligado a garantizar de manera exacta, con lo ofrecido, un determinado resultado al que aspira el acreedor, paciente.

Por su parte, en las otras obligaciones de medio, como la que aquí nos ocupa el acreedor, profesional de la salud, tan solo está obligado a realizar el acto médico de la manera más idónea y profesional posible, utilizando para ello todos los medios y técnicas puestas a su alcance, por la ciencia médica con el propósito de obtener el mejor resultado, encaminado al restablecimiento de la salud y preservación de la vida del paciente, como así fue efectuada por parte de mi representada, dada la adecuada practica del procedimiento quirúrgico ordenado y la recuperación postoperatoria evidenciada hasta la fecha en que el paciente acudió a los controles con su médico tratante, esto es, hasta el 2 de diciembre del 2014, cirugía que por demás resulto sin complicaciones, sin que se reflejara inoportunidad en su diagnóstico y tratamiento como lo pretende hacer ver la parte actora, pues hasta no confirmar la impresión diagnostica que se tenia para ese momento, el paciente no debía ser sometido a otro tipo de intervención quirúrgica o tratamiento adicional, optando por practicar la **PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA,** por ser en concepto del **DR**. **MARCO AURELIO NOSSA MENDOZA,** el tratamiento más idóneo y pertinente para el paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ.**

En este segundo tipo de obligación, como el que aquí se debate, respecto del procedimiento médico-quirúrgico de "**PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA",** debe indicarse que los médicos designados por mi representada y que intervinieron en su práctica, cumplieron con un proceder diligente y prudente, proporcionando al enfermo todos los cuidados provenientes del conocimiento científico del "curar.

Sobre el particular se ha pronunciado la Corte Suprema de Justicia, en sentencia de la Sala de Casación Civil del 3 de noviembre de 1977, donde consideró que las obligaciones que para los médicos surgen, son de medio, salvo excepciones las que no son aquí objeto de debate, de ahí que éstos no se obliguen, según se dijo

> ***"a sanar el enfermo, sino a ejecutar correctamente el acto o serie de actos que, según los principios de su profesión, de ordinario deben ejecutarse para conseguir el resultado. El haber puesto estos medios, con arreglo a la ciencia y a la técnica, constituye el pago de esta clase de obligaciones".***

Igualmente en sentencia de 30 de enero de 2001, con ponencia del magistrado Jorge Fernando Ramírez Gómez, se cita jurisprudencia anterior, de la misma corporación, del 12 de septiembre de 1985, que expresa: "luego de ubicar el tema en la responsabilidad contractual y anotar que el contenido de las obligaciones que en virtud del contrato asumen los médicos y los establecimientos hospitalarios,

"variará según la naturaleza de la afección que padezca el enfermo y la especialización misma de los servicios que preste la entidad, **sostuvo que "*Con relación a las obligaciones que el médico asume frente a su cliente, hoy no se discute que el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso si no exactamente de curar al enfermo, si al menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia, según expresiones con que la jurisprudencia francesa describe su comportamiento. Por tanto, el médico sólo 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, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación".***

Por manera que, las actuaciones e intervenciones de mi mandante fueron ajustadas a la "Lex Artis Ad Hoc" utilizando de manera apropiada los medios y los conocimientos que tenían a su alcance, en beneficio del paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, en los que por una parte, era estrictamente imprescindible efectuar el procedimiento quirúrgico objeto de debate, para disminuir la "estrechez uretral del paciente" que no le permitía flujo adecuado de su orina y por la otra, salvar y conservar el riñón izquierdo del paciente de acuerdo con los protocolos y guías de práctica médica existentes sobre el tema y los que por demás así lo autorizaban.

En consecuencia, la prestación del servicio médico asistencial y quirúrgico del equipo de Urología no tuvieron injerencia alguna en la prolongación de los padecimientos que aduce la parte actora, así como tampoco en la pérdida del riñón del paciente menor de edad, los que en el presente caso se reclaman, al ser realizados dentro del marco de la ley del arte "*Lex Artis ad hoc*" y de las obligaciones, estándares y parámetros exigidos en este sentido a los galenos y a las entidades médicas o IPS prestadoras de los servicios de salud, colocando por ende, a su disposición toda la racionalidad e idoneidad técnico-científica y altos estándares de beneficencia, los medios humanos, técnicos necesarios y físicos tales como instrumentos e insumos tecnológicos, sin los cuales no se hubiera podido realizar adecuadamente y sin complicaciones el procedimiento quirúrgico referido y el que hubiera permitido la conservación del riñón del paciente, si este hubiera continuado con sus controles médicos por las especialidades de Urología de mi representada, lo que constituye una clara falta de adherencia del paciente al tratamiento, lo que genera culpa grave de su parte.

Es claro y evidente señor Juez, que mi representada **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE S.A.S.,** a través de sus profesionales de la salud, realizaron múltiples actividades para garantizar al paciente, una adecuada atención y diagnostico por la especialidad de urología, realización de procedimientos quirúrgicos y controles pre y postoperatorios, que lograron restablecer el estado de salud del paciente, como se demostrara en excepción expresa sobre el particular, por lo que de manera sucinta y para una mejor comprensión del Despacho, procedo

a indicar cronológicamente y en detalle, las actividades realizadas por el personal médico en Urología a cargo de la atención del paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ,** como se detalla a continuación:

1. El día 10 de junio de 2014, el paciente menor de edad **NICOLAS RUBIO FLOREZ,** ingresa en compañía de su madre a consulta por primera vez en la especialidad de Urología de la **SOCIEDAD DE CIRUGÍA HOSPITAL SAN JOSE DE BOGOTÁ** con el **DR. MARCO AURELIO NOSSA MENDOZA,** bajo el diagnostico de **"HIDRONEFROSIS ANTENATAL BILATERAL",** consulta en la cual el médico tratante solicita estudios para corroborar la progresión de la enfermedad del paciente, ordenando para el efecto la practica de exámenes de **"UROGRAFIA ESCRETORA"**, recomendando cita control con resultados, tal y como se evidencia en historia clínica suscrita sobre el particular:

> ***"DATOS DE LA CONSULTA***
>
> ***MOTIVO DE CONSULTA: UROLOGIA PEDIÁTRICA PACIENTE DE 5 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIDRONEFROSIS ANTENATAL. MADRE NIEGA INFECCIONES URINARIAS, NIEGA PROFILAXIS ANTIBITOTICA NIEGA ESTREÑIMIENTO NIEGA RETENCIÓN DE ORINA NIEGA OTRA SINTOMAOTLOGIA ASOCIADA***
>
> ***Enfermedad Actual: RENOGRAMA DIURETICO DEL OCTUBRE DEL 2014 HIDRONEFROSISI IZQUIERDA ITPO OBSTRUCTIVO PEILECTASIA DERECHA TFG 108,8 ML/MIN FUNCION DIFERENCIAL RIÑONI IZQUIERDO 55 % RIÑON DERECHO 45% CURVA OBSTRUCTIVA ECOGRAFÍA DEL 06 DE JUNIO DE 2014 HIDRONEFROSIS IZQUIERDA PELVIS DE 20 MM PIELECTASIA DERECHAP ELVIS DE 12 MM ECOGRAFÍA DEL 30 DE ENERO DE 2013 HIDRONEFROSISI IZQUIERDA GRADO II PELVIS DE 12 MM ECOGRAFÍA DEL 23 DE MAYO DE 2013 HIDROFROSIS LEVE DERECHA HIDRONEFROSIS IZQUIERDAP ELVIS DE 9 MM***
>
> ***(…)***
>
> ***ANALISIS: PACIENTE CON HIDRONEFROSIS ANTENATAL CON AUMENTO DE DIAMETRO AP DE LA PELVIS RENAL CON RENOGRAMA CON PATRON OBSTRUCTIVO POR LO CUAL SE DECIDE SOLICITAR UROGRAFIA ESCRETORA FUNCION RENAL CONTROL RESULTADOS"***

2. Posteriormente en control de fecha 4 de julio de 2014, asiste paciente menor de edad en compañía de su madre con resultado de exámenes de **"RENOGRAMA DIURÉTICO (DTPA)" Y "UROGRAFÍA INTRAVENOSA**", la cual confirma deterioro tanto de la excreción renal izquierda como curva obstructiva en DTPA "francamente obstructiva", por lo cual el médico tratante **Dr. MARCO AURELIO NOSSA MENDOZA**, explica a la madre del paciente que la progresión de la dilatación del riñón del menor era de (6-9 a 19 mm) sumado a patrón obstructivo

en renograma diurético y corroborando con urografía excretora, la existencia de "estrechez de la unión pielo-ureteral izquierda", razón por la cual le indica que el tratamiento de elección para corregir la "estrechez ureteral", presentada en el paciente es a través de la practica del procedimiento quirúrgico de **"PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA"**, del cual se le explica al acompañante del menor el objeto de la cirugía, ventajas y posibles complicaciones, ante lo cual se procede a suscribir el consentimiento informado, tal y como se evidencia en historia clínica suscrita sobre el particular:

"***DATOS DE LA CONSULTA:***

Motivo de la consulta: PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS DE 1 HIDRONEFROSIS GRADO III IZQUIERDA PARACLÍNICOS ANTERIORES RENOGRAMA DIURÉTICO DEL OCTUBRE DE 2014 HIDRONEFROSISI IZQUIERDA DE TIPO OBSTRUCTIVO PEILECTASIA DERECHA TFG 108,8 ML/MIN FUNCIÓN DIFERENCIAL RIÑONI IZQUIERDO 55% RIÑON DERECHO 45% CURVA OBSTRUCTIVA ECOGRAFÍA DEL 06 DE JUNIO DE 2014 HIDRONEFROSISI IZQUIERDA PELVIS DE 20 MM PIELECTASIA DERECHAP ELVIS DE 12 MM ECOGRAFÍA DEL 30 DE ENERO DE 2013 HIDRONEFROSISI IZQUIERDA GRADO II PELVIS DE 12 MM ECOGRAFÍA DEL 23 DE MAYO DE 2013 HIDRONEFROSIS LEVE DERECHA HIDRONEFROSIS IZQUERDAP ELVIS 9 MM

Enfermedad actual: ASISTE CONTROL CON REPORTE DE UROGRAFÍA EXCRETORA QUE REPROTA HIDRONEFROSIS IZQUIERDA SE OBSERVA IMANGEN DE ESTRECHEZ UERETRAL IZQUIERDA PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL HIDRATADO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RPESIRATORIA CON SV DE FC 80 FR 20 CC MUCOSA ORAL HUMEDA CP NORMAL ABDOMEN BLANDO DPERESIBLE SIN SIGNOS DE IRRITAICÓN PERITONEAL EXT PULSOSO PALABLES SIN EDEMAS

(…)

ANALISIS: PACIENTE CON IMAGEN DE ESTRECHEZ PIELOURETERAL IZQUIERDA CON RENOGRAMA CON PATRON OBSTRUCTIVO POR LO CUAL SE PLANTE (SIC) NECESIDAD DE PIELOPLASIA ABIERTA IZQUIERDA MADRE ACEPTA Y ENTIENDE SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO SE SOLICITA VALORACION POR ANESTESIA Y SE ENTREGA AUTORIZACION PARA PROCEDIMIENTO"

3. Previa valoración anestésica y suscripción de consentimiento informado, el paciente es sometido a procedimiento quirúrgico de **"PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA"** el 27 de octubre de 2014, el cual se efectúa y finaliza sin complicaciones, logrando corregir la "estrechez ureteral" presentada en el paciente y en el cual le fue colocado un **"DREN DE PERONSE",** sin utilizar instrumento medico de "catéter doble j", tal y como se evidencia en historia clínica sobre el particular:

“ DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

PACIENTE EN DECÚBITO SUPINO, APSEOSIA Y ANTISEPSIA BAJO ANESTESIA GENERAL, SE REALIZA INCISION EN HIPOCONDRIO IZQUIERDO, DISECCION POR PLANOS HASTA LOCALIZACIÓN DE PELVIS RENAL, SE DISECA. URÉTER HACIA DISTAL. SE COLOCA PUNTO DE REPARO EN PELVIS RENAL CON CROMADO SE REALIZA CORTE CON TIJERA DE EXTREMODISTAL DE PELVIS, SE ESPÁTULA SGUMENTO DE URÉTER SE REALIZA ANASTOMOSIS URETEROPIÉLICA PUNTOS CONTINUOS CON VICRYL 4-0 , SE COLOCA POR CONTRABERTURA DREN DE PENROSE EL CUAL SE FIJA A PIEL CON VCRYL 4-0 SE CIERRA FASCIA CON VICRYL 4-0 PIEL PINTOS INTRADÉRMICOS VICRYL 4-0 ******* PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BLOQUEO PENIANO CON BUPIBACAINA 0.5 % SE COLOCA PINZA RECTA SOBRE PREPUCIO REDUNDANTE Y PROXIMAL A ANILLO FIMOTICO SE CORTA CON BISTURÍ FRIO, SE REALIZA MUCOSECTOMIA HEMOSTASIA SELECTIVA Y FRENILLOPLASTIA. SE COLOCA PUNTO EN U CON VICRYL 4/0, AFRONTAMIENTO DE MUCOSA CON PIEL VICRYL 4/0 PUNTOS CONTINUOS. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.***

HALLAZGOS:

Estrechez unión pieloureteral izquierda. Prepucio redundante con adherencias balanoprepuciales”.

4.Destaco al despacho que en el postoperatorio inmediato, el paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, presenta evolución favorable y esperable para este tipo de procedimientos, otorgando egreso sin complicaciones. Posteriormente a los 3 días del haberse realizado el procedimiento quirúrgico, el paciente ingresa a través de servicio de urgencias, por presentar pico febril al día 5 del postoperatorio (el cual puede ser esperable), razón por la cual el servicio de pediatría solicita interconsulta con el servicio de urología, quienes deciden realizar exámenes de imagen y de laboratorio al paciente, sin evidenciar presencia de proceso infeccioso en la zona quirúrgica, por lo que inician tratamiento analgésico en el mismo, obteniendo una evolución clínica favorable que conllevo a otorgar egreso, sin complicaciones en la salud del paciente.

5. El paciente menor de edad **NICOLAS RUBIO FLOREZ,** acude a primer control postquirúrgico en fecha 28 de noviembre de 2014**,** con el **DR. MARCO AURELIO NOSSA MENDOZA,** en el que se retira el “**DREN DE PENROSE**” evidenciando ausencia de infección o complicación en la zona quirúrgica y encontrando buen estado y evolución postoperatoria satisfactoria en el paciente, otorgarndo cita de control en 8 días.

6. Finalmente el paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ** asiste a segundo control en fecha 2 de diciembre de 2014, resaltando que luego de esta fecha el menor de edad no volvió a consultar con el **DR. NOSSA MENDOZA** ni con el servicio de urología de mi representada, resaltando que en dicha consulta se observó evolución favorable en el paciente, en el que la madre del mismo refiere que se encuentra bien asintomático urinario; con evolución postoperatorio esperable y satisfactoria, ante lo cual el médico tratante otorga control en dos meses, sin que el paciente, reitero, volviera a reconsultar.

C. INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS PROPIOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL– AUSENCIA DE VÍNCULO CAUSAL ENTRE EL SUPUESTO DAÑO PRODUCIDO Y EL AGENTE QUE INTERVINO EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.

Fundamento la presente excepción en los siguientes términos:

Ampliamente conocido es que uno de los elementos de la responsabilidad civil es el denominado “nexo de causalidad”. Conforme en este sentido lo expresa el tratadista Javier Tamayo Jaramillo, “a la víctima le corresponde probar que el daño por ella sufrido es el comportamiento ilícito del agente” (De la Responsabilidad Civil Tomo I, Editorial Temis, 1999, Pág. 228).

Es así como el principal régimen de imputación de responsabilidad civil, se fundamenta en la ya tradicional teoría, que establece que ella surge previa comprobación de tres elementos fundamentales, a saber:

1) La culpa profesional, entendiendo por ella, aquel error de conducta en que no habría incurrido en la prestación del servicio médico, un profesional de igual experiencia y formación académica, dentro de las mismas circunstancias de tiempo, modo y lugar, el que puede provenir directamente de un hecho, omisión, de un retardo o de una ineficiencia. Por ende, igualmente la culpa deberá ser analizada dentro del marco de la “Lex Artis Ad Hoc”, lo que significa que la Ley de su ciencia es la del momento de los hechos, tomando en cuenta sus particularidades.

   De esta manera, las actuaciones e intervenciones de mi mandante fueron ajustadas a la “Lex Artis Ad Hoc” utilizando de manera apropiada los medios y los conocimientos que tenía a su alcance, en beneficio del paciente menor de edad **NICOLAS RUBIO FLOREZ,** por lo que las supuestas consecuencias dañosas en su salud de presentar “pérdida del riñón izquierdo”, son totalmente ajenas y extrañas a la conducta desplegada por mi mandante **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.**

   Por tanto la prestación del servicio médico-quirúrgico y asistencial, a través de los profesionales de la medicina adscritos a mi representada e intervinientes en

el acto médico, no tuvieron injerencia alguna, en las consecuencias que se reclaman, al ser realizadas dentro del marco de la ley del arte "*Lex Artis ad hoc*", colocando a su disposición toda la racionalidad e idoneidad técnico-científica y altos estándares de beneficencia, los medios físicos, humanos, técnicos necesarios y adecuados para el manejo de las complicaciones referidas.

Por consiguiente, el proceder y la conducta desplegada por mi mandante, no se adecua a la calificación de negligente y reprochable que se le imputa.

2) Nexo causal, es aquella relación de causalidad que existe entre la culpa y el daño reclamado, en el sentido de que debe existir de manera evidente una comprobación que el daño se produjo exclusivamente por causas imputables a mi representada **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.,** que es aquí objeto de debate. Bajo esta perspectiva y de conformidad con el acervo probatorio existente, no puede aquí predicarse que los presuntos perjuicios alegados por el actor, sean atribuidos a la prestación de los servicios médico-asistenciales y quirúrgicos de la Institución que represento y de los médicos urólogos a cargo de la atención del paciente.

3) El daño antijurídico sufrido por la víctima, el cual deberá ser comprobado tanto en su cuantía como en su existencia por la parte actora.

El elemento de responsabilidad, nexo de causalidad, el que constituye el conector eficiente y determinante entre el daño y la presunta conducta por la cual se le pretende imputar responsabilidad a mi representada la sociedad **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S**., con la advertencia de que no toda conducta del supuesto agente, es la causa de la producción del daño antijurídico, por cuanto dicho comportamiento se encuentra en el presente evento, totalmente desconectado de la causalidad influyente en las supuestas consecuencias dañosas referidas por la parte actora, pues las complicaciones que aduce la parte actora de presentar perdida del riñón izquierdo por parte del paciente, constituye una **CAUSA EXTRAÑA** para mi representada, pues debe indicarse al despacho que la atención pre- quirúrgica, el procedimiento quirúrgico efectuado y la atención postquirúrgica al paciente, fue adecuada, prudente, oportuna, idónea y diligente, en la que jamás se observaron complicaciones en el riñón del paciente menor de edad, sino que las mismas tuvieron origen posteriormente y cuando el paciente no volvió a reconsultar al servicio de urología de mi representada, por lo que se desconoce el cuidado otorgado a la recuperación de la cirugía y los tratamientos médicos efectuados al menor **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, por otras instituciones hospitalarias.

En este sentido, es importante advertir que la actuación de mi representada no ostenta la atribución de negligente e inoportuna que aduce la parte actora, pues se cumplieron a cabalidad con los protocolos existentes por el servicio de urología para tratar adecuada e idóneamente el padecimiento de **"HIDRONEFROSIS ANTENATAL BILATERAL"** por el cual consulto el paciente, en el que era necesario ordenar la

práctica de exámenes de imagen al mismo para verificar la condición de su riñón y establecer el tratamiento idóneo para corregir la "estrechez uretral" que presentaba y le impedía por demás la salida adecuada de su orina, razón por la cual en un adecuado criterio médico, el Urólogo tratante del paciente **DR. MARCO AURELIO NOSSA MENDOZA** recomendó la práctica del procedimiento de **"PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA",** el cual fue aceptado por la madre del paciente menor de edad, una vez fue informada de su finalidad y practica y el que finalizo sin complicaciones, evidenciando una adecuada respuesta al mismo como se registra en control postquirúrgico de fecha 2 de diciembre de 2014, al momento de retirar el **"DREN DE PORENSE"** a este insertado y notar la ausencia de infecciones en la zona quirúrgica.

Puestas así las cosas y ante la falta de asistencia del paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ,** a los controles postquirúrgicos al servicio de Urología de mi representada, habrá que aceptarse señor Juez, que la situación de pérdida del riñón del paciente, se tornó totalmente imprevisible e irresistible para mi representada, entre otros aspectos, porque posteriormente fue colocado al paciente por otra institución hospitalaria un "catéter doble j" y retirado al mismo, superando el tiempo permitido lo que claramente conllevo al deterioro del riñón izquierdo del paciente, actuación que no estuvo a cargo del servicio de urología de mi representada y del cual se desconoce las razones para colocarlo en un paciente de apenas 5 años de edad.

Al respecto la literatura científica ha indicado respecto al uso de "cateter doble j" en este tipo de pacientes:

> ***"Lo cierto es que los trabajos encontrados en literatura sobre la utilidad de los stents transanastomoticos no muestran diferencias significativas en cuanto a la aparición de complicaciones y el éxito de la técnica quirúrgica. Un dato a valorar de nuestro estudio es la baja incidencia de complicaciones (4,9%) en comparación con otras series publicadas (10-15%) 1.5,11,14."***[1]

Expresado de manera más sencilla, el anterior planteamiento reafirma que la actuación de los urólogos a cargo de la atención del paciente, correspondió a un proceder diligente, prudente y ausente de culpa, pues brindaron al mismo, por una parte, atención prequirúrgica adecuada, consistente en valoración clínica al paciente, examen físico, orden y practica de exámenes que permitieron determinar el tratamiento adecuado al paciente, así como la realización exitosa del procedimiento quirúrgico de **"PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA**", la que culminó con la corrección de la "estrechez uretral" presentada en el paciente, logrando conservar su riñón izquierdo, así como su adecuada atención y vigilancia dentro de su etapa postoperatoria.

Siguiendo con la misma secuencia ilustrativa, debe indicarse que no es cierto lo que

[1] Pieloplasia sin drenaje intrarenal en pacientes pediátricos.

infundadamente pretende aducir la parte actora en su demanda, relativo a que mi representada no efectuó una exploración diagnostica correcta al paciente y que el procedimiento a este efectuado no era el idóneo, pues contrario a ello, el tratamiento elegido por el **DR. NOSSA MENDOZA**, fue el más pertinente para el grave y progresivo padecimiento que presentaba el paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**, como así lo soportan los protocolos existentes sobre el particular:

> **"*13.3.2 Obstrucción de la UUP***
>
> ***Lo mas importante es tomar una decisión en función de pruebas complementarias seriadas, con aplicación de la misma técnica y realización en el mismo centro bajo condiciones normalizadas. La obstrucción sintomática (dolor en el costado recurrente, infección urinaria) requiere corrección quirúrgica con una pieloplastia, según la técnica abierta normalizada de Hynes y Anderson (11). Recientemente, cada vez hay mas datos que respaldan el uso de un abordaje laparoscópico o retroperitoneoscopico para conseguir una pieloplastia desmembrada. Además, se ha mejorado la sutura laparoscópica mediante el uso de la robótica (16). Sin embargo, estos métodos carecen de datos a largo plazo y su confirmación plena necesitaría tiempo. En los casos asintomáticos, el seguimiento conservador puede ser el tratamiento de elección.***
>
> ***Las indicaciones de intervención quirúrgica son una disfunción renal dividida (< 40%), una disminución de la función renal dividida de mas del 10% en estudios posteriores, un aumento del diámetro anteroposterior en la ecografía y una dilatación de grado III y IV según lo definido por la Sociedad de Urología fetal"***[2]

Por lo expuesto ha quedado demostrado señor Juez, que la actuación por parte del servicio de Urología, fue adecuada, correcta y oportuna, logrando con la corrección de la "estrechez uretral" presentada en el paciente y la conservación de su riñón izquierdo, pues los efectos que se generaron posteriormente escapa al control de mi representada y los demandados, toda vez que el paciente no regreso a controles con la especialidad de Urologia

Resalto al operador judicial, la inexistencia del nexo de causalidad entre el hecho dañoso y la titularidad de la responsabilidad, toda vez que el perjuicio sufrido por el paciente, no es la consecuencia de un acto médico inadecuado o incorrecto, el que fue acorde con las "leyes del arte" o el conocimiento de la ciencia practicada, por lo que es claro que no se reúnen los presupuestos generales de la responsabilidad

[2] Guia Clinica Sobre Urologia Pediatrica.

civil.

Con fundamento en el anterior planteamiento, es diáfano y pacífico aceptar, que el acto médico realizado de **"PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA**", al paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ,** fue adecuado, oportuno y acorde con las normas científicas de la medicina actual. Este aspecto permite deducir de forma inequívoca la inexistencia de incumplimiento de los deberes legales, contractuales o éticos, y por ende, ausencia total de culpa de mi representada **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S**, o la configuración de eventos que indiquen que se actuó con negligencia, imprudencia, impericia o con violación de reglamento alguno.

En estos casos en los que presuntamente se pretende infundadamente comprometer la Responsabilidad Civil Medica, es procedente afirmar que no basta que se acredite simplemente el daño a la integridad o a la salud del paciente, por cuanto corresponde a la parte actora demostrar verazmente, la supuesta culpa de las instituciones o profesionales prestadoras de los servicios de salud y además, que su actuar estuvo al margen de los criterios de razonabilidad de los diagnósticos y tratamientos, aspectos que aquí no ocurrieron.

Por lo expuesto, es evidente que el acto médico realizado es ajeno a las consecuencias aquí demandadas, por lo que debe exonerarse de responsabilidad a la llamada en garantía **U.H.J.B UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.**, de las pretensiones invocadas.

Tal como ya lo expresamos, es pertinente aceptar que es incuestionable que el acto médico, en una de sus etapas, "procedimiento quirúrgico", fue idóneo, apropiado y procedente, lo cual encuentra soporte legal y probatorio en el artículo 12 de la ley 23 de 1981, cuando de manera clara consagra que solo deben emplearse en los actos médicos, métodos terapéuticos debidamente aceptados por instituciones científicas reconocidas.

El desarrollo conceptual de la anterior premisa de connotación legal, conlleva inequívocamente a informar al despacho que este tipo de complicaciones ratifican la desarticulación del vínculo de causalidad entre las consecuencias reclamadas y la actividad médica de que se trata en la demanda, por razón de la configuración de una causa extraña al haberse efectuado tratamientos y procedimientos quirúrgicos por otras instituciones hospitalarias

D.- EL SUPUESTO DAÑO ALEGADO NO REÚNE LOS REQUISITOS LEGALES. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION DE PAGAR LOS PERJUICIOS PRETENDIDOS – CARGA PROBATORIA DEL ACTOR.

Esta excepción deberá declararse probada, por cuanto:

En efecto, sobre el particular es importante recordar, que el artículo 167 del Código General del Proceso, establece que la carga de la prueba le corresponde al demandante, como pasa a verse:

> ***"ARTÍCULO 167. CARGA DE LA PRUEBA.*** **Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.**
>
> ***(…)"***

El texto del anterior precepto legal, establece sin lugar a duda alguna, que el daño debe ser probado por quien lo alega, es decir, la carga de la prueba incumbe a los demandantes quienes deberán demostrar tanto el inadecuado actuar de los galenos a cargo, la existencia del perjuicio, así como la cuantía del mismo, aspectos que en el presente caso se encuentran ausentes de comprobación.

En este sentido lo expresa el tratadista **GILBERTO MARTINEZ RAVE**, en relación con el daño, que este "es un componente esencial y determinante en la responsabilidad jurídica civil, Y lo hemos calificado como el elemento más importante pues, aunque se dé el hecho, la culpa y el nexo, no existe obligación de indemnizar si no aparece claro el daño" (Responsabilidad Civil Extracontractual, Undécima Edición, Editorial Temis. 2003, Página 256).

Igualmente, la sección tercera del Honorable Consejo de Estado, en Sentencia del 24 de julio de 2013. Exp. 30309; C.P. Dra. Olga Melida Valle de de La Hoz, indicó

> ***"El daño antijurídico a efectos de que sea resarcible, requiere que esté cabalmente estructurado, por tal motivo, se torna imprescindible que se acrediten los siguientes aspectos relacionados con la lesión o detrimento cuya reparación se reclama: i) debe ser antijurídico, esto es, que la persona no tenga el deber jurídico de soportarlo; ii) que sea cierto, es decir, que se pueda apreciar material y jurídicamente –que no se limite a una mera conjetura–, y que suponga una lesión a un derecho, bien o interés legítimo que se encuentre protegido en el ordenamiento jurídico, y iii) que sea personal, es decir, que sea padecido por quien lo depreca, en tanto se cuente con la legitimación en la causa para reclamar o debatir el interés que se debate en el proceso, bien a través de un derecho que le es propio o uno que le deviene por la vía hereditaria.***
>
> ***La antijuridicidad del daño va encaminada a que no sólo se constate la materialidad y certidumbre de una lesión a un bien o interés amparado por la ley, sino que, precisamente, se***

determine que la vulneración o afectación de ese derecho contravenga el ordenamiento jurídico, en tanto no exista el deber jurídico de tolerarlo.

Como se aprecia, el daño antijurídico es el principal elemento sobre el cual se estructura la responsabilidad patrimonial de la administración pública, a la luz del artículo 90 de la Carta Política, entidad jurídica que requiere para su configuración de dos ingredientes: i) uno material o sustancial, que representa el núcleo interior y que consiste en el hecho o fenómeno físico o material (v.gr. la desaparición de una persona, la muerte, la lesión, etc.) y ii) otro formal que proviene de la norma jurídica, en nuestro caso de la disposición constitucional mencionada.[2]

En ese orden, el daño antijurídico no puede ser entendido como un concepto puramente óntico, al imbricarse en su estructuración un elemento fáctico y uno jurídico; se transforma para convertirse en una institución deontológica, pues sólo la lesión antijurídica es resarcible integralmente en términos normativos (artículo 16 de la ley 446 de 1998) y, por lo tanto, sólo respecto de la misma es posible predicar consecuencias en el ordenamiento jurídico.

De allí que, sólo habrá daño antijurídico cuando se verifique una modificación o alteración negativa fáctica o material respecto de un derecho, bien o interés legítimo que es personal y cierto frente a la persona que lo reclama, y que desde el punto de vista formal es antijurídico, es decir no está en la obligación de soportar porque la normativa no le impone esa carga."[3]

Es por lo anterior, que al no evidenciarse los elementos que configuran el "daño", tales como su carácter de "*personal, directo y cierto"*, no puede atribuirse responsabilidad a mi representada **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S**, al no encontrarse demostrado por otra parte, el nexo de causalidad entre la conducta desplegada por mi poderdante (valoración exploración diagnostica, práctica de procedimiento quirúrgico y atención postoperatoria), y las consecuencias dañosas que alega la parte actora.

Bajo la anterior óptica legal, doctrinal y jurisprudencial, el planteamiento expuesto anteriormente permite deducir de manera concluyente que:

[2] Cf. DE CUPIS, Adriano "El Daño", Ed. Bosch, Barcelona, 2ª edición, 1970, pág. 82.

[3] CONSEJO DE ESTADO. Sección Tercera. Subsección C. Sentencia del 1º de febrero de 2012. Exp. 21466.

No existe obligación de indemnizar a cargo de los demandados y la llamada en garantía **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.,** por cuanto además de que los demandantes no demuestran el nexo causal entre el supuesto daño alegado en la demanda y la actividad ejecutada por mi representada, tampoco aparecen demostrados los daños que alega haber sufrido el paciente, por efecto de la atención medica – asistencial y quirúrgica, prestada por la aquí llamada en garantía**,** la que reitero, fue idónea, correcta, adecuada y oportuna.

Ahora bien, en lo que respecta a la demostración del daño sufrido, se tiene por sentado el principio consistente en que la indemnización que se persiga debe tener por finalidad "compensar o pagar el daño ocasionado, o en otras palabras, restablecer el equilibrio patrimonial y extrapatrimonial roto con el hecho dañoso…" (Obra ya citada, Página 289), por lo que tal como se aprecia claramente, las pretensiones son excesivas y desproporcionadas en su cuantía.

VI. CONTRADICCION DEL PERITAZGO APORTADO POR EL DEMANDANTE.-

En virtud de lo preceptuado en el artículo 228 del Código General del Proceso, solicito al Despacho, se sirva citar al **DR. EDDY ALESSANDRO ALVAREZ SANCHEZ,** para que comparezca y en audiencia se permita ejercer el Derecho de Contradicción del "experticio medico particular", el que fue aportado por la parte actora con su escrito de demanda

VII.- PRUEBAS

Solicito decretar, practicar y tener como pruebas las siguientes:

A.- DOCUMENTALES

Que acompaño a la presente contestación de la demanda, para que sean valoradas en su oportunidad:

1. Original del Certificado de Existencia y Representación Legal vigente, expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá de **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE S.A.S.,** en nueve (9) folios.

2. Certificado de habilitación de servicios de Urología, expedida por la Secretaria de Salud de Bogotá, en diez (14) folios

3. Historia Clínica del paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ** elaborada en la **SOCIEDAD DE CIRUGÍA HOSPITAL SAN JOSE DE BOGOTÁ,** junto con el consentimiento informado para practica de procedimiento quirúrgico de

“PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA”, en ciento cincuenta y siete (157) folios.

4. Guía Clínica sobre Urología Pediátrica, en ochenta y seis (86) folios

5. Literatura referente a “Pieloplasia sin drenaje intrarrenal en pacientes pediátricos”, en cinco (5) folios

6. Hoja de vida del **DR. HERNAN APONTE VARON**, médico Urólogo, en cuatro folios (4) folios.

7. Hoja de vida de la **DRA. ANDREA BOLAÑOS**, médica Uróloga de la Sociedad de Cirugía Hospital San José de Bogotá, en once (11) folios

B.- INTERROGATORIO DE PARTE – PARTE DEMANDANTE

- Solicito se sirva decretar la práctica del interrogatorio de parte a todos y cada uno de los demandantes, para que en el día y hora que su despacho señale, absuelva interrogatorio de parte, que se les formulará verbalmente en la correspondiente audiencia o lo presentaré por escrito en la oportunidad correspondiente

C.- DECLARACION DE PARTE – PARTE LLAMADA EN GARATIA U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE S.A.S.

Al tenor de lo preceptuado por el Art. 198 del C.G.P., comedidamente solicito al despacho, decretar la declaración del **DR. HERNAN ALONSO APONTE VARON,** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.494.483 de Bogotá, con domicilio en la ciudad de Bogotá, a quien se le puede localizar en la Calle 10 No 18-75 y correo electrónico aponteurologo@gmail.com, en calidad de representante legal y médico Urólogo de la sociedad **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE S.A.S.**

D - PRUEBA PERICIAL

D.1.- MÉDICO – CIENTIFICA.

Para el decreto y practica de esta prueba, solicito al Despacho de conformidad con lo dispuesto por el artículo 227 del Código General del Proceso, se conceda

un término adicional para aportar el mencionado dictamen pericial de carácter médico – científico, el cual será rendido por un profesional especialista en la materia, idóneo, de amplia trayectoria y experiencia, al cual se le formulará el correspondiente cuestionario, que deberá ser absuelto por esta.

E.- DECLARACION DE TERCEROS.-

TESTIGOS TECNICOS.

Solicito decretar la declaración de los siguientes terceros, en su calidad de testigos técnicos, señalando al efecto día y hora.

Testimonio de la doctora **ANDREA PATRICIA BOLAÑOS GOMEZ,** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 53.120.854, con domicilio en Bogotá, a quien se le puede localizar en la Calle 10 No. 18-75 de Bogotá. El objeto de la prueba es el de que la referida declarante por razón de su ejercicio como profesional de la salud especialista en Urología de la sociedad **U.H.J.B**. **UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE**, tuvo conocimiento a través de la historia clínica, de los padecimiento, antecedentes, tratamientos y procedimientos quirúrgicos practicados al paciente **NICOLAS RUBIO FLOREZ**

VIII. ANEXOS

1. Poder Conferido por la sociedad **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE S.A.S.,** el cual fue remitido desde la dirección de notificación electrónica de esa sociedad al correo electrónico del despacho**.**
2. Certificado de existencia y representación legal de **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE S.A.S.**
3. Los enunciados en el acápite de las pruebas documentales.

IX.- NOTIFICACIONES

A los demandantes en las direcciones físicas y electrónicas indicadas en la demanda.

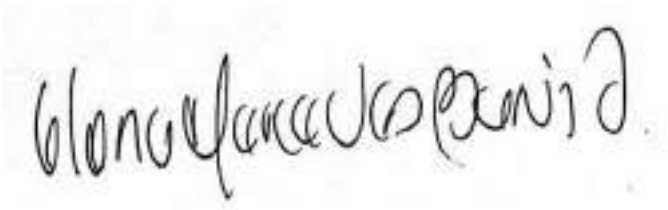
A la demandada **SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTA- HOSPITAL SAN JOSE** en la calle 10 No.18-75 de Bogotá.

A la llamada en garantía **U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE S.A.S.,** en

la Calle 10 No. 18-75 de Bogotá y correo electrónico urologia@hospitaldesanjose.org.co

A la suscrita apoderada en su Despacho o en la Carrera 9 No. 72-81 Of. 606 de Bogotá, Teléfonos 6068121 – 6068116, celular 3102512216-3102546671-3118809285, correo electrónico baronlemusabogados@telmex.net.co, blabogados@baronlemus.com y gloriabaronserna@cable.net.co

Del señor Juez, Atentamente



GLORIA MERCEDES BARON SERNA
C.C. 51.704.902 de Bogotá
T.P.42.223 del C. S. de la J.

Fwd: Poder U.H.J.B UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S

Contador UHJB <urologoshsj@gmail.com>
Vie 16/04/2021 1:52 PM
Para: Baron Lemus Abogados <blabogados@baronlemus.com>; Gloria Baron <gloria.baron@baronlemus.com>

---------- Forwarded message ---------
De: **Contador UHJB** <urologoshsj@gmail.com>
Date: jue, 15 abr 2021 a las 17:17
Subject: Poder U.H.J.B UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S
To: ccto25bt@cendoj.ramajudicial.gov.co <notificacionesmedefiende@gmail.com>, <ccto25bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Señor

JUZGADO VEINTICINCO 25 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E. S. D.

HERNAN ALONSO APONTE VARON, mayor de edad, con domicilio en la Ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.494.483 de Bogotá, obrando en condición de Representante Legal de la sociedad **U.H.J.B UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S**., en los términos del artículo 5 del Decreto 806 de 2020, los articulo 73 y siguientes del C.G. del P. y demás normas concordantes anexo poder conferido con las facultades indicadas en el texto del mismo y cámara de comercio.

Del señor Juez, atentamente

--
Cordialmente,

Patricia Becerra Vanegas
Contador Público
UHJB SAS

--
Cordialmente,

Patricia Becerra Vanegas
Contador Público
UHJB SAS

Señor
JUEZ 25 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA
E. S. D.

Ref. PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD MEDICA DE ELIANA MARCELA FLOREZ Y OTROS CONTRA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTÁ HOSPITAL SAN JOSE Y SALUD TOTAL EPS

Rad: 2020 - 00050

HERNAN ALONSO APONTE VARON, mayor de edad, con domicilio en la Ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.494.483 de Bogotá, obrando en condición de Representante Legal de la sociedad **U.H.J.B UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S**., respetuosamente manifiesto que otorgo poder especial, amplio y suficiente a la doctora **GLORIA MERCEDES BARON SERNA**, mayor de edad, vecina de la ciudad de Bogotá, con la cédula de ciudadanía No. 51.704.902 de Bogotá y portadora de la Tarjeta Profesional No. 42.223 del C.S de la J., y/o al Dr. **ALEXANDER LEMUS MAICHEL**, mayor de edad y vecino de la ciudad de Bogotá, identificado con la cedula de ciudadanía No. 88.135.355 de Ocaña (N.S) y portador de la tarjeta profesional No. 42.219 del C.S. de la J., para que en nombre y representación de la sociedad que represento, contesten la demanda y el llamamiento en garantía, interpongan los recursos de Ley, propongan las correspondientes excepciones a que haya lugar y en general, para que defienda sus intereses dentro del mencionado proceso.

Solicito se les reconozca personería a los Doctores **GLORIA MERCEDES BARON SERNA** y/o **ALEXANDER LEMUS MAICHEL,** para que actúen como apoderados judiciales de la entidad que represento, quienes quedan ampliamente facultados para recibir, desistir, transigir, conciliar, sustituir, reasumir y en general con plenas facultades de conformidad con el artículo 77 de Código General del Proceso.

Para todos los efectos y de conformidad con el artículo 8 del Decreto 806 del 4 de junio de 2020, informo al despacho que los correos para notificaciones de nuestros apoderados son: blabogados@baronlemus.com, baronlemusabogados@telmex.net.co y gloriabaronserna@cable.net.co, y números de celular 3102512216, 3102546671 y 3118809285. Igualmente manifestamos, que los correos electrónicos de la sociedad UHJB Urólogos Hospital San José Bogotá S.A.S., son urologoshsj@gmail.com y urologia@hospitaldesanjose.org.co

Del señor Juez, atentamente

HERNAN ALONSO APONTE VARON
C.C. 19.494.483 de Bogotá
Representante Legal
U.H.J.B UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.

Acepto,

GLORIA MERCEDES BARON SERNA
C.C. 51.704.902 de Bogotá
T.P. 42.223 del C.S. de la J.

ALEXANDER LEMUS MAICHEL
C.C. 88.135.355 de Ocaña (N-S)
T.P. 42.219 DEL C.S. de la J.

Señor
JUEZ 25 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA
E. S. D.

Ref. **PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD MEDICA DE ELIANA MARCELA FLOREZ Y OTROS CONTRA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTÁ HOSPITAL SAN JOSE Y SALUD TOTAL EPS**

Rad: 2020 - 00050

HERNAN ALONSO APONTE VARON, mayor de edad, con domicilio en la Ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.494.483 de Bogotá, obrando en condición de Representante Legal de la sociedad **U.H.J.B UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.**, respetuosamente manifiesto que otorgo poder especial, amplio y suficiente a la doctora **GLORIA MERCEDES BARON SERNA**, mayor de edad, vecina de la ciudad de Bogotá, con la cédula de ciudadanía No. 51.704.902 de Bogotá y portadora de la Tarjeta Profesional No. 42.223 del C.S de la J., y/o al Dr. **ALEXANDER LEMUS MAICHEL**, mayor de edad y vecino de la ciudad de Bogotá, identificado con la cedula de ciudadanía No. 88.135.355 de Ocaña (N.S) y portador de la tarjeta profesional No. 42.219 del C.S. de la J., para que en nombre y representación de la sociedad que represento, contesten la demanda y el llamamiento en garantía, interpongan los recursos de Ley, propongan las correspondientes excepciones a que haya lugar y en general, para que defienda sus intereses dentro del mencionado proceso.

Solicito se les reconozca personería a los Doctores **GLORIA MERCEDES BARON SERNA** y/o **ALEXANDER LEMUS MAICHEL,** para que actúen como apoderados judiciales de la entidad que represento, quienes quedan ampliamente facultados para recibir, desistir, transigir, conciliar, sustituir, reasumir y en general con plenas facultades de conformidad con el artículo 77 de Código General del Proceso.

Para todos los efectos y de conformidad con el artículo 8 del Decreto 806 del 4 de junio de 2020, informo al despacho que los correos para notificaciones de nuestros apoderados son: blabogados@baronlemus.com, baronlemusabogados@telmex.net.co y gloriabaronserna@cable.net.co, y números de celular 3102512216, 3102546671 y 3118809285. Igualmente manifestamos, que los correos electrónicos de la sociedad UHJB Urólogos Hospital San José Bogotá S.A.S., son urologoshsj@gmail.com y urologia@hospitaldesanjose.org.co

Del señor Juez, atentamente

HERNAN ALONSO APONTE VARON
C.C. 19.494.483 de Bogotá
Representante Legal
U.H.J.B UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTÁ S.A.S.

Acepto,

GLORIA MERCEDES BARON SERNA
C.C. 51.704.902 de Bogotá
T.P. 42.223 del C.S. de la J.

ALEXANDER LEMUS MAICHEL
C.C. 88.135.355 de Ocaña (N-S)
T.P. 42.219 DEL C.S. de la J.

PRESENTACIÓN PERSONAL CON HUELLA

NOTARÍA CUARENTA Y DOS (42)
CÍRCULO DE BOGOTÁ - COLOMBIA

ITALO GIUSEPPE ROMEO SERANI TRIANA
NOTARIO ENCARGADO

CERTIFICA.

Que **APONTE VARON HERNAN ALONSO**

Se identificó con: **C.C. 19494483**
y con la Tarjeta Profesional No.
presentó personalmente este documento. En constancia, firma nuevamente y estampa la huella de su dedo índice derecho.

(La certificación de huella causa derechos notariales según tarifa)

Bogotá D.C. **19/04/2021**

www.notariaenlinea.com
6I0BDXRPD2TVFVB0

MRG

22949

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 8 de marzo de 2021 Hora: 17:44:16
Recibo No. AA21300025
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2130002548A5E

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS. RENUEVE SU MATRÍCULA MERCANTIL A MAS TARDAR EL 31 DE MARZO Y EVITE SANCIONES DE HASTA 17 S.M.L.M.V.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: UHJB UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTA S A S
Nit: 800.165.384-3
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 00494207
Fecha de matrícula: 7 de abril de 1992
Último año renovado: 2020
Fecha de renovación: 2 de julio de 2020
Grupo NIIF: GRUPO II

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Calle 10 No 18 - 75
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: urologia@hospitaldesanjose.org.co
Teléfono comercial 1: 3538000
Teléfono comercial 2: No reportó.
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Calle 10 No 18 - 75
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: ogilarevalo@yahoo.com
Teléfono para notificación 1: 3538000
Teléfono para notificación 2: 5448579
Teléfono para notificación 3: No reportó.

La persona jurídica NO autorizó para recibir notificaciones

Signature Not Verified
Constanza del Pilar Pardo Trujillo

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 8 de marzo de 2021 Hora: 17:44:16
Recibo No. AA21300025
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2130002548A5E

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

E.P. No. 959 Notaría 13 de Santafé de Bogotá del 30 de marzo de 1.992, inscrita el 7 de abril de 1.992, bajo el No.361.566 del libro IX, se constituyó la sociedad comercial denominada: U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTA LTDA.

REFORMAS ESPECIALES

Que por Acta No. 21 de la Junta de Socios del 30 de octubre de 2009, inscrita el 23 de diciembre de 2009 bajo el número 01349901 del libro IX, la sociedad de la referencia cambió su nombre de: U H J B UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTA LTDA, por el de: UHJB UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTA S.A.S.

Que por Acta No. 21 de la Junta de Socios, del 30 de octubre de 2009, inscrita el 23 de diciembre de 2009 bajo el número 01349901 del libro IX, la sociedad de la referencia se transformó de sociedad limitada a sociedad por acciones simplificada bajo el nombre de: UHJB UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTA S.A.S.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

El objeto principal de la sociedad lo constituyen las siguientes actividades: A) La prestación de servicios médicos en general y en especial los de urología y sus ramas afines a centros médicos, instituciones médico hospitalarias, clínicas, empresas de medicina

prepagada, instituciones privadas, instituciones públicas de cualquier orden y a la comunidad. B) Formar parte de empresas, sociedades o instituciones de cualquier naturaleza, que tengan objetos afines o similares a los de esta compañía. C) La adquisición, compra, venta y arrendamiento de equipos médicos para urología y su explotación bien sea directa o en asociación con terceros. D) La adquisición, compra y venta de bienes muebles e inmuebles, con destino al desarrollo del objeto principal, así como material médico quirúrgico para urología y sus ramas afines. E) Organizar y dictar cursos de entrenamiento de pregrado y postgrado en el área urológica y sus afines. F) Contratar la prestación de los servicios de medicina urológica y sus ramas afines con personas o instituciones de cualquier naturaleza, sean ellas personas naturales o jurídicas. G) Contratar el personal médico y demás que se requiera para la prestación de los servicios y el desarrollo del objeto social. Para el normal desarrollo del objeto de la sociedad, está podrá adquirir, enajenar, gravar toda clase de bienes muebles e inmuebles, celebrar toda clase de contratos y asociarse con otras sociedades y personas jurídicas o naturales y ejecutar toda clase de actos sean o no de comercio, necesarios o conducentes al logro del objeto social y en especial las que a continuación se indican: A) Comprar, vender, o tomar en arrendamiento, hipotecar, dar en prenda y gravar bienes inmuebles y muebles. B) Dar o recibir dinero en muto, con o sin intereses y con o sin garantía. C) Abrir y manejar cuentas bancarias y celebrar con los bancos las operaciones comerciales que ellos están autorizados a realizar por la ley. D) Suscribir acciones o cuotas en otras sociedades y fusionarse con ellas.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor	: $6.400.000,00
No. de acciones	: 6.400,00
Valor nominal	: $1.000,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor	: $3.220.000,00
No. de acciones	: 3.220,00
Valor nominal	: $1.000,00

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 8 de marzo de 2021 Hora: 17:44:16
Recibo No. AA21300025
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2130002548A5E

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

* CAPITAL PAGADO *

Valor : $3.220.000,00
No. de acciones : 3.220,00
Valor nominal : $1.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

El representante legal es: El Gerente y su suplente.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

Corresponden al Gerente las siguientes: A). Nombrar y remover libremente a todos los empleados de la compañía cuyo nombramiento y remoción no corresponden a la Asamblea General, o a la Junta Directiva; B). Convocar a la Asamblea General y a la Junta Directiva a sesiones extraordinarias, cuando lo juzgue necesario; C). Presentar a la Asamblea General en sus sesiones ordinarias y por conducto de la Junta Directiva, los estados financieros de propósito general junto con sus notas cortadas a fin del respectivo ejercicio, acompañados de los documentos a que se refiere el artículo cuatrocientos cuarenta y seis (446) del Código de Comercio, de un proyecto de distribución de las utilidades repartibles; D). Presentar a la Asamblea General de Accionistas un informe de gestión que deberá contener una exposición fiel sobre la evolución de los negocios y la situación jurídica, económica y administrativa de la sociedad e incluir las indicaciones que se señalan en el artículo 47 de la Ley 222 de 1995; E). Mantener a la Junta Directiva detalladamente informada de los negocios sociales y suministrarle todos los datos e informaciones que solicite; F). Otorgar los poderes especiales para la inmediata defensa de los intereses sociales; G). Apremiar a los empleados y demás dependientes de la compañía para que cumplan oportunamente con los deberes a su cargo y vigilar continuamente la marcha de las empresas sociales; H). Cumplir y hacer cumplir las decisiones de la Asamblea General y de la Junta Directiva; I). Tomar todas las medidas y ejecutar o celebrar todos los actos y contratos necesarios o convenientes para el debido cumplimiento y desarrollo del objeto social, pudiendo obrar libremente en cuanto tales medidas o negocios no obliguen a la compañía por una suma superior al valor de treinta

(30) salarios mínimos legales mensuales y con la previa autorización de la Junta Directiva, cuando su cuantía exceda de dicha suma o cuando siendo menor se trate de uno de aquellos a que se refieren los ordinales j y l del artículo 45 de estos estatutos; J). Ejercer todas las funciones que le deleguen la Asamblea General o la Junta Directiva y las demás que le confieren los estatutos o las leyes por la naturaleza del cargo que ejerce. El representante legal principal (Gerente) y el representante legal suplente (suplente del Gerente) requieren de autorización de la Junta Directiva para celebrar todo acto o contrato cuya cuantía exceda del equivalente a setecientos (700) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Mediante Acta No. 3 del 3 de octubre de 2011, de Junta Directiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 13 de octubre de 2011 con el No. 01520163 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Gerente	Aponte Varon Hernan Alonso	C.C. No. 000000019494483

Mediante Acta No. 16 del 27 de julio de 2020, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 2 de septiembre de 2020 con el No. 02611909 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Suplente Del Gerente	Riatiga Ibañez Diego Armando	C.C. No. 000000080194995

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

JUNTA DIRECTIVA

Mediante Acta No. 16 del 27 de julio de 2020, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 2 de septiembre de

2020 con el No. 02611908 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Aponte Varon Hernan Alonso	C.C. No. 000000019494483
Segundo Renglon	Riatiga Ibañez Diego Armando	C.C. No. 000000080194995
Tercer Renglon	Caceres Buitrago Alba Lucero	C.C. No. 000000052848924

SUPLENTES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Blanco Rubio Luis Alberto	C.C. No. 000000019063801
Segundo Renglon	Bernal Correa Leonardo	C.C. No. 000000094544423
Tercer Renglon	Lopez De Mesa Rodriguez Melanie Tatiana	C.C. No. 000001121825223

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0001936 del 20 de noviembre de 1998 de la Notaría 44 de Bogotá D.C.	00660908 del 16 de diciembre de 1998 del Libro IX
E. P. No. 0000501 del 6 de febrero de 2004 de la Notaría 13 de Bogotá D.C.	00982531 del 22 de marzo de 2005 del Libro IX
E. P. No. 0001909 del 22 de abril de 2005 de la Notaría 13 de Bogotá	00993371 del 27 de mayo de 2005 del Libro IX

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 8 de marzo de 2021 Hora: 17:44:16
Recibo No. AA21300025
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2130002548A5E

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

D.C.	
Acta No. 21 del 30 de octubre de 2009 de la Junta de Socios	01349901 del 23 de diciembre de 2009 del Libro IX
Acta No. 013 del 5 de octubre de 2018 de la Asamblea de Accionistas	02383608 del 8 de octubre de 2018 del Libro IX
Acta No. 013 del 5 de octubre de 2018 de la Asamblea de Accionistas	02387411 del 19 de octubre de 2018 del Libro IX

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 8621

TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Pequeña

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 8 de marzo de 2021 Hora: 17:44:16
Recibo No. AA21300025
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2130002548A5E

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Ingresos por actividad ordinaria $ 1.851.406.608
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 8621

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Los siguientes datos sobre Planeación Distrital son informativos:
Fecha de envío de información a Planeación Distrital : 2 de septiembre de 2020.

Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

****

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

****

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.
****
****
****
****
****
****
****
****

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 8 de marzo de 2021 Hora: 17:44:16
Recibo No. AA21300025
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2130002548A5E

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

****

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 9 de marzo de 2021 Hora: 08:43:17
Recibo No. AA21301580
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2130158033615

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS. RENUEVE SU MATRÍCULA MERCANTIL A MAS TARDAR EL 31 DE MARZO Y EVITE SANCIONES DE HASTA 17 S.M.L.M.V.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: UHJB UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTA S A S
Nit: 800.165.384-3
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 00494207
Fecha de matrícula: 7 de abril de 1992
Último año renovado: 2020
Fecha de renovación: 2 de julio de 2020
Grupo NIIF: GRUPO II

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Calle 10 No 18 - 75
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: urologia@hospitaldesanjose.org.co
Teléfono comercial 1: 3538000
Teléfono comercial 2: No reportó.
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Calle 10 No 18 - 75
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: urologoshsj@gmail.com
Teléfono para notificación 1: 3538000
Teléfono para notificación 2: 5448579
Teléfono para notificación 3: 3124187387

La persona jurídica NO autorizó para recibir notificaciones

Signature Not Verified
Constanza del Pilar Puentes Trujillo

personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

E.P. No. 959 Notaría 13 de Santafé de Bogotá del 30 de marzo de 1.992, inscrita el 7 de abril de 1.992, bajo el No.361.566 del libro IX, se constituyó la sociedad comercial denominada: U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTA LTDA.

REFORMAS ESPECIALES

Que por Acta No. 21 de la Junta de Socios del 30 de octubre de 2009, inscrita el 23 de diciembre de 2009 bajo el número 01349901 del libro IX, la sociedad de la referencia cambió su nombre de: U H J B UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTA LTDA, por el de: UHJB UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTA S.A.S.

Que por Acta No. 21 de la Junta de Socios, del 30 de octubre de 2009, inscrita el 23 de diciembre de 2009 bajo el número 01349901 del libro IX, la sociedad de la referencia se transformó de sociedad limitada a sociedad por acciones simplificada bajo el nombre de: UHJB UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTA S.A.S.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

El objeto principal de la sociedad lo constituyen las siguientes actividades: A) La prestación de servicios médicos en general y en especial los de urología y sus ramas afines a centros médicos, instituciones médico hospitalarias, clínicas, empresas de medicina

prepagada, instituciones privadas, instituciones públicas de cualquier orden y a la comunidad. B) Formar parte de empresas, sociedades o instituciones de cualquier naturaleza, que tengan objetos afines o similares a los de esta compañía. C) La adquisición, compra, venta y arrendamiento de equipos médicos para urología y su explotación bien sea directa o en asociación con terceros. D) La adquisición, compra y venta de bienes muebles e inmuebles, con destino al desarrollo del objeto principal, así como material médico quirúrgico para urología y sus ramas afines. E) Organizar y dictar cursos de entrenamiento de pregrado y postgrado en el área urológica y sus afines. F) Contratar la prestación de los servicios de medicina urológica y sus ramas afines con personas o instituciones de cualquier naturaleza, sean ellas personas naturales o jurídicas. G) Contratar el personal médico y demás que se requiera para la prestación de los servicios y el desarrollo del objeto social. Para el normal desarrollo del objeto de la sociedad, está podrá adquirir, enajenar, gravar toda clase de bienes muebles e inmuebles, celebrar toda clase de contratos y asociarse con otras sociedades y personas jurídicas o naturales y ejecutar toda clase de actos sean o no de comercio, necesarios o conducentes al logro del objeto social y en especial las que a continuación se indican: A) Comprar, vender, o tomar en arrendamiento, hipotecar, dar en prenda y gravar bienes inmuebles y muebles. B) Dar o recibir dinero en muto, con o sin intereses y con o sin garantía. C) Abrir y manejar cuentas bancarias y celebrar con los bancos las operaciones comerciales que ellos están autorizados a realizar por la ley. D) Suscribir acciones o cuotas en otras sociedades y fusionarse con ellas.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor	: $6.400.000,00
No. de acciones	: 6.400,00
Valor nominal	: $1.000,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor	: $3.220.000,00
No. de acciones	: 3.220,00
Valor nominal	: $1.000,00

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 9 de marzo de 2021 Hora: 08:43:17
Recibo No. AA21301580
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2130158033615

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

* CAPITAL PAGADO *

Valor : $3.220.000,00
No. de acciones : 3.220,00
Valor nominal : $1.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

El representante legal es: El Gerente y su suplente.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

Corresponden al Gerente las siguientes: A). Nombrar y remover libremente a todos los empleados de la compañía cuyo nombramiento y remoción no corresponden a la Asamblea General, o a la Junta Directiva; B). Convocar a la Asamblea General y a la Junta Directiva a sesiones extraordinarias, cuando lo juzgue necesario; C). Presentar a la Asamblea General en sus sesiones ordinarias y por conducto de la Junta Directiva, los estados financieros de propósito general junto con sus notas cortadas a fin del respectivo ejercicio, acompañados de los documentos a que se refiere el artículo cuatrocientos cuarenta y seis (446) del Código de Comercio, de un proyecto de distribución de las utilidades repartibles; D). Presentar a la Asamblea General de Accionistas un informe de gestión que deberá contener una exposición fiel sobre la evolución de los negocios y la situación jurídica, económica y administrativa de la sociedad e incluir las indicaciones que se señalan en el artículo 47 de la Ley 222 de 1995; E). Mantener a la Junta Directiva detalladamente informada de los negocios sociales y suministrarle todos los datos e informaciones que solicite; F). Otorgar los poderes especiales para la inmediata defensa de los intereses sociales; G). Apremiar a los empleados y demás dependientes de la compañía para que cumplan oportunamente con los deberes a su cargo y vigilar continuamente la marcha de las empresas sociales; H). Cumplir y hacer cumplir las decisiones de la Asamblea General y de la Junta Directiva; I). Tomar todas las medidas y ejecutar o celebrar todos los actos y contratos necesarios o convenientes para el debido cumplimiento y desarrollo del objeto social, pudiendo obrar libremente en cuanto tales medidas o negocios no obliguen a la compañía por una suma superior al valor de treinta

(30) salarios mínimos legales mensuales y con la previa autorización de la Junta Directiva, cuando su cuantía exceda de dicha suma o cuando siendo menor se trate de uno de aquellos a que se refieren los ordinales j y l del artículo 45 de estos estatutos; J). Ejercer todas las funciones que le deleguen la Asamblea General o la Junta Directiva y las demás que le confieren los estatutos o las leyes por la naturaleza del cargo que ejerce. El representante legal principal (Gerente) y el representante legal suplente (suplente del Gerente) requieren de autorización de la Junta Directiva para celebrar todo acto o contrato cuya cuantía exceda del equivalente a setecientos (700) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Mediante Acta No. 3 del 3 de octubre de 2011, de Junta Directiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 13 de octubre de 2011 con el No. 01520163 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Gerente	Aponte Varon Hernan Alonso	C.C. No. 000000019494483

Mediante Acta No. 16 del 27 de julio de 2020, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 2 de septiembre de 2020 con el No. 02611909 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Suplente Del Gerente	Riatiga Ibañez Diego Armando	C.C. No. 000000080194995

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

JUNTA DIRECTIVA

Mediante Acta No. 16 del 27 de julio de 2020, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 2 de septiembre de

2020 con el No. 02611908 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Aponte Varon Hernan Alonso	C.C. No. 000000019494483
Segundo Renglon	Riatiga Ibañez Diego Armando	C.C. No. 000000080194995
Tercer Renglon	Caceres Buitrago Alba Lucero	C.C. No. 000000052848924

SUPLENTES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Blanco Rubio Luis Alberto	C.C. No. 000000019063801
Segundo Renglon	Bernal Correa Leonardo	C.C. No. 000000094544423
Tercer Renglon	Lopez De Mesa Rodriguez Melanie Tatiana	C.C. No. 000001121825223

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0001936 del 20 de noviembre de 1998 de la Notaría 44 de Bogotá D.C.	00660908 del 16 de diciembre de 1998 del Libro IX
E. P. No. 0000501 del 6 de febrero de 2004 de la Notaría 13 de Bogotá D.C.	00982531 del 22 de marzo de 2005 del Libro IX
E. P. No. 0001909 del 22 de abril de 2005 de la Notaría 13 de Bogotá	00993371 del 27 de mayo de 2005 del Libro IX

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 9 de marzo de 2021 Hora: 08:43:17
Recibo No. AA21301580
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2130158033615

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

D.C.	
Acta No. 21 del 30 de octubre de 2009 de la Junta de Socios	01349901 del 23 de diciembre de 2009 del Libro IX
Acta No. 013 del 5 de octubre de 2018 de la Asamblea de Accionistas	02383608 del 8 de octubre de 2018 del Libro IX
Acta No. 013 del 5 de octubre de 2018 de la Asamblea de Accionistas	02387411 del 19 de octubre de 2018 del Libro IX

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 8621

TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Pequeña

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 9 de marzo de 2021 Hora: 08:43:17
Recibo No. AA21301580
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2130158033615

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Ingresos por actividad ordinaria $ 1.851.406.608
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 8621

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Los siguientes datos sobre Planeación Distrital son informativos:
Fecha de envío de información a Planeación Distrital : 2 de septiembre de 2020.

Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

****

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

****

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.
****
****
****
****
****
****
****
****

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 9 de marzo de 2021 Hora: 08:43:17
Recibo No. AA21301580
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2130158033615

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

****

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 21 de abril de 2021 Hora: 08:28:19
Recibo No. AA21711323
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21711323EFF2A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: UHJB UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTA S A S
Nit: 800.165.384-3
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 00494207
Fecha de matrícula: 7 de abril de 1992
Último año renovado: 2021
Fecha de renovación: 30 de marzo de 2021
Grupo NIIF: GRUPO II

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Calle 10 No 18 - 75
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: urologia@hospitaldesanjose.org.co
Teléfono comercial 1: 3538000
Teléfono comercial 2: No reportó.
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Calle 10 No 18 - 75
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: urologoshsj@gmail.com
Teléfono para notificación 1: 3538000
Teléfono para notificación 2: 5448579
Teléfono para notificación 3: 3124187387

La persona jurídica NO autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Constanza del Pilar Pinzón Trujillo

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 21 de abril de 2021 Hora: 08:28:19
Recibo No. AA21711323
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21711323EFF2A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CONSTITUCIÓN

E.P. No. 959 Notaría 13 de Santafé de Bogotá del 30 de marzo de 1.992, inscrita el 7 de abril de 1.992, bajo el No.361.566 del libro IX, se constituyó la sociedad comercial denominada: U.H.J.B. UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTA LTDA.

REFORMAS ESPECIALES

Que por Acta No. 21 de la Junta de Socios del 30 de octubre de 2009, inscrita el 23 de diciembre de 2009 bajo el número 01349901 del libro IX, la sociedad de la referencia cambió su nombre de: U H J B UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTA LTDA, por el de: UHJB UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTA S.A.S.

Que por Acta No. 21 de la Junta de Socios, del 30 de octubre de 2009, inscrita el 23 de diciembre de 2009 bajo el número 01349901 del libro IX, la sociedad de la referencia se transformó de sociedad limitada a sociedad por acciones simplificada bajo el nombre de: UHJB UROLOGOS HOSPITAL SAN JOSE BOGOTA S.A.S.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

El objeto principal de la sociedad lo constituyen las siguientes actividades: A) La prestación de servicios médicos en general y en especial los de urología y sus ramas afines a centros médicos, instituciones médico hospitalarias, clínicas, empresas de medicina prepagada, instituciones privadas, instituciones públicas de cualquier orden y a la comunidad. B) Formar parte de empresas, sociedades o instituciones de cualquier naturaleza, que tengan objetos afines o similares a los de esta compañía. C) La adquisición, compra, venta y arrendamiento de equipos médicos para urología y su

---

explotación bien sea directa o en asociación con terceros. D) La adquisición, compra y venta de bienes muebles e inmuebles, con destino al desarrollo del objeto principal, así como material médico quirúrgico para urología y sus ramas afines. E) Organizar y dictar cursos de entrenamiento de pregrado y postgrado en el área urológica y sus afines. F) Contratar la prestación de los servicios de medicina urológica y sus ramas afines con personas o instituciones de cualquier naturaleza, sean ellas personas naturales o jurídicas. G) Contratar el personal médico y demás que se requiera para la prestación de los servicios y el desarrollo del objeto social. Para el normal desarrollo del objeto de la sociedad, está podrá adquirir, enajenar, gravar toda clase de bienes muebles e inmuebles, celebrar toda clase de contratos y asociarse con otras sociedades y personas jurídicas o naturales y ejecutar toda clase de actos sean o no de comercio, necesarios o conducentes al logro del objeto social y en especial las que a continuación se indican: A) Comprar, vender, o tomar en arrendamiento, hipotecar, dar en prenda y gravar bienes inmuebles y muebles. B) Dar o recibir dinero en muto, con o sin intereses y con o sin garantía. C) Abrir y manejar cuentas bancarias y celebrar con los bancos las operaciones comerciales que ellos están autorizados a realizar por la ley. D) Suscribir acciones o cuotas en otras sociedades y fusionarse con ellas.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor : $6.400.000,00
No. de acciones : 6.400,00
Valor nominal : $1.000,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor : $3.220.000,00
No. de acciones : 3.220,00
Valor nominal : $1.000,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor : $3.220.000,00
No. de acciones : 3.220,00

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 21 de abril de 2021 Hora: 08:28:19
Recibo No. AA21711323
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21711323EFF2A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Valor nominal : $1.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

El representante legal es: El Gerente y su suplente.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

Corresponden al Gerente las siguientes: A). Nombrar y remover libremente a todos los empleados de la compañía cuyo nombramiento y remoción no corresponden a la Asamblea General, o a la Junta Directiva; B). Convocar a la Asamblea General y a la Junta Directiva a sesiones extraordinarias, cuando lo juzgue necesario; C). Presentar a la Asamblea General en sus sesiones ordinarias y por conducto de la Junta Directiva, los estados financieros de propósito general junto con sus notas cortadas a fin del respectivo ejercicio, acompañados de los documentos a que se refiere el artículo cuatrocientos cuarenta y seis (446) del Código de Comercio, de un proyecto de distribución de las utilidades repartibles; D). Presentar a la Asamblea General de Accionistas un informe de gestión que deberá contener una exposición fiel sobre la evolución de los negocios y la situación jurídica, económica y administrativa de la sociedad e incluir las indicaciones que se señalan en el artículo 47 de la Ley 222 de 1995; E). Mantener a la Junta Directiva detalladamente informada de los negocios sociales y suministrarle todos los datos e informaciones que solicite; F). Otorgar los poderes especiales para la inmediata defensa de los intereses sociales; G). Apremiar a los empleados y demás dependientes de la compañía para que cumplan oportunamente con los deberes a su cargo y vigilar continuamente la marcha de las empresas sociales; H). Cumplir y hacer cumplir las decisiones de la Asamblea General y de la Junta Directiva; I). Tomar todas las medidas y ejecutar o celebrar todos los actos y contratos necesarios o convenientes para el debido cumplimiento y desarrollo del objeto social, pudiendo obrar libremente en cuanto tales medidas o negocios no obliguen a la compañía por una suma superior al valor de treinta (30) salarios mínimos legales mensuales y con la previa autorización de la Junta Directiva, cuando su cuantía exceda de dicha suma o cuando siendo menor se trate de uno de aquellos a que se refieren los ordinales j y l del artículo 45 de estos estatutos; J). Ejercer todas las funciones que le deleguen la Asamblea General o la Junta

---

Directiva y las demás que le confieren los estatutos o las leyes por la naturaleza del cargo que ejerce. El representante legal principal (Gerente) y el representante legal suplente (suplente del Gerente) requieren de autorización de la Junta Directiva para celebrar todo acto o contrato cuya cuantía exceda del equivalente a setecientos (700) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Mediante Acta No. 3 del 3 de octubre de 2011, de Junta Directiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 13 de octubre de 2011 con el No. 01520163 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Gerente	Aponte Varon Hernan Alonso	C.C. No. 000000019494483

Mediante Acta No. 16 del 27 de julio de 2020, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 2 de septiembre de 2020 con el No. 02611909 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Suplente Del Gerente	Riatiga Ibañez Diego Armando	C.C. No. 000000080194995

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

JUNTA DIRECTIVA

Mediante Acta No. 16 del 27 de julio de 2020, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 2 de septiembre de 2020 con el No. 02611908 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 21 de abril de 2021 Hora: 08:28:19
Recibo No. AA21711323
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21711323EFF2A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Primer Renglon	Aponte Varon Hernan Alonso	C.C. No. 000000019494483
Segundo Renglon	Riatiga Ibañez Diego Armando	C.C. No. 000000080194995
Tercer Renglon	Caceres Buitrago Alba Lucero	C.C. No. 000000052848924

SUPLENTES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Blanco Rubio Luis Alberto	C.C. No. 000000019063801
Segundo Renglon	Bernal Correa Leonardo	C.C. No. 000000094544423
Tercer Renglon	Lopez De Mesa Rodriguez Melanie Tatiana	C.C. No. 000001121825223

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0001936 del 20 de noviembre de 1998 de la Notaría 44 de Bogotá D.C.	00660908 del 16 de diciembre de 1998 del Libro IX
E. P. No. 0000501 del 6 de febrero de 2004 de la Notaría 13 de Bogotá D.C.	00982531 del 22 de marzo de 2005 del Libro IX
E. P. No. 0001909 del 22 de abril de 2005 de la Notaría 13 de Bogotá D.C.	00993371 del 27 de mayo de 2005 del Libro IX
Acta No. 21 del 30 de octubre de 2009 de la Junta de Socios	01349901 del 23 de diciembre de 2009 del Libro IX
Acta No. 013 del 5 de octubre de 2018 de la Asamblea de Accionistas	02383608 del 8 de octubre de 2018 del Libro IX

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 21 de abril de 2021 Hora: 08:28:19
Recibo No. AA21711323
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21711323EFF2A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Acta No. 013 del 5 de octubre de 2018 de la Asamblea de Accionistas	02387411 del 19 de octubre de 2018 del Libro IX

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 8621

TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Pequeña

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria $ 1.513.172.777
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 8621

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 21 de abril de 2021 Hora: 08:28:19
Recibo No. AA21711323
Valor: $ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A21711323EFF2A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Los siguientes datos sobre Planeación Distrital son informativos:
Fecha de envío de información a Planeación Distrital : 11 de marzo de 2021.

Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

****

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

****

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

****

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.

276

JUZGADO VEINTICINCO CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá D.C., 16 DIC 2021

Radicado. **1100131030 25 2020 00050 00**

A fin de proveer respecto del recurso de reposición formulado por el apoderado de la compañía llamante en garantía Asociación de Usuarios de la Sociedad de Cirugía de Bogotá – Hospital San José, contra el proveído de fecha dieciséis de julio del año dos mil veintiuno (fl. 74 Cdno. 6), el Despacho dirá que la decisión se revocará acorde con todas las razones mencionadas en este auto.

La decisión recurrida dispuso que de la contestación dada por la aquí llamada en garantía (UHJB Urólogos Hospital San José de Bogotá S.A.S.), no había efectuado replica alguna la llamante a quien se surtió el traslado anticipado de que trata el parágrafo único del artículo 10 del Decreto legislativo 806 de 2020.

A su vez, los argumentos del recurso se hicieron consistir en que al no haberse remitido la contestación del llamamiento al correo electrónico notificacionesmedefiende@gmail.com, que es el indicado para el abogado de la llamante en el Registro Nacional de Abogados, no se agotó el presupuesto normativo del traslado anticipado que se dio por bien realizado en la decisión fustigada, siendo ello motivo suficiente para el quiebre de la providencia. Frente a lo antedicho, la llamada en garantía descorrió el recurso, precisando que como en los escritos de contestación de la demanda y de llamado en garantía se indicó que el correo donde demandada y llamante respectivamente, recibirían notificaciones, eran los ojuridica@hospitalesdesanjose.org.co y f.vega@medefiende.com, ante ellos se copió la contestación del llamamiento y con ello se garantizaron los derechos de las partes, especialmente de la aquí llamante (demandada principal).

Pues bien, conforme inicialmente se advertía, la decisión adoptada por este Despacho debe recogerse en virtud de que al recurrente le asiste razón, puesto que los presupuestos para que se produzca y entienda el llamado "traslado anticipado o previo" de que trata el parágrafo de artículo 9° del Decreto 806 de 2002, se contraen a que la parte que remita el memorial cuyo traslado deba producirse, la haya enviado al canal digital de los demás sujetos procesales en el proceso, lo cual no se dio para el inconforme.

En efecto, siendo los apoderados de las partes, sujetos procesales, a éstos debe producirse en la antedicha forma, tal traslado; luego, como quiera que acorde con el penúltimo inciso del artículo 3° ibídem, los canales digitales de los sujetos procesales, son a su vez los por éstos señalados y empleados, se tiene en este asunto que, si bien el apoderado recurrente precisó en el escrito de llamamiento que recibiría notificaciones en el correo electrónico f.vega@medefiende.com (fl. 5 Cdno. 6), lo cierto es que al dar esa información aún no estaba vigente el Decreto 806 aludido, pues mientras que el citado llamamiento se hizo el 27 de enero del año 2020, el connotado Decreto se expidió el 4 de Junio del 2020.

Igualmente se tiene que el canal empleado por el apoderado del extremo aquí llamante para enterar a la llamada del proveído que aceptó tal llamamiento, ya en vigencia del Decreto 806 de 2020, fue el correo electrónico notificacionesmedefiende@gmail.com (fl. 23 Cdno. 6), y a dicho apartado web, no se remitió el escrito de contestación del llamamiento en garantía (fl. 73 Cdno. 6), luego, no se produjo apropiadamente dicho traslado en torno a la entidad ahora reposicionista, con lo que debe revocarse la decisión y debe disponerse que se surta en torno a ella como exclusiva recurrente, el traslado respectivo., trayendo consigo la revocatoria del auto fustigado, por lo menos, de su inciso primero.

277

Corolario de lo expuesto se **REVOCA** el inciso primero del auto adiado el dieciséis de julio del año 2021, por las consideraciones anteladas.

Por Secretaría y conforme lo normado en el artículo 370 del C.G.P., córrase traslado del escrito de contestación del llamamiento en garantía hecho en este cuadernillo, a la llamante Asociación de Usuarios de la Sociedad de Cirugía de Bogotá – Hospital San José.

Vencido el anterior término se proseguirá con el decurso procesal.

Notifíquese.
El Juez,

JAIME CHÁVARRO MAHECHA

JUZGADO 25° CIVIL DEL CIRCUITO
DE BOGOTÁ D.C.
NOTIFICACIÓN POR ESTADO
La anterior providencia se notifica por
ESTADO No.
Hoy 11 ENE 2022
La Sria.
KATHERINE STEPANIAN LAMY

Je 2020-00050

Secretaría
SALUD

Bogotá D.C., 2 de Julio de 2010

DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

Que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, con razón social SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE y sede denominada SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE, ubicada en la CL 10 # 18 75 y representada legalmente por JORGE EUGENIO GOMEZ CUSNIR; identificado con CC. 79147993 se inscribió en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, el dia 17/05/2006 con el código de prestador 11 001 08679 01 Fue visitada por una comisión de Inspección y Vigilancia de la Oferta de Servicios de Salud verificando que a la fecha 18/01/2010 cumple con las condiciones tecnologicas y cientificas, las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa establecidos en el Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, de acuerdo con la normatividad vigente (Decreto 1011 de 2006, Resolución 1043 de 2006 y demás normatividad pertinente), en el (los) servicio (s) de

SERVICIOS HABILITADOS Y MODALIDAD	CODIGO	SERVICIO ESPECIFICO	G COMPLEJIDAD BAJO	MEDIO	ALTO
HOSPITALARIO INTRAMURAL HOSPITALARIA	101	GENERAL ADULTOS			X
HOSPITALARIO INTRAMURAL HOSPITALARIA	102	GENERAL PEDIATRICA			X
HOSPITALARIO INTRAMURAL HOSPITALARIA	105	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL		X	
HOSPITALARIO INTRAMURAL HOSPITALARIA	107	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS		X	
HOSPITALARIO INTRAMURAL HOSPITALARIA	108	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL			X
HOSPITALARIO INTRAMURAL HOSPITALARIA	110	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS			X
HOSPITALARIO INTRAMURAL HOSPITALARIA	112	OBSTETRICIA			X

Certificación: SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

SERVICIOS HABILITADOS Y MODALIDAD	CODIGO	SERVICIO ESPECIFICO	G. COMPLEJIDAD		
			BAJO	MEDIO	ALTO
QUIRÚRGICO HOSPITALARIA	201	CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO			X
QUIRÚRGICO HOSPITALARIA	202	CIRUGIA CARDIOVASCULAR			X
QUIRÚRGICO AMBULATORIA Y HOSPITALARIA	203	CIRUGIA GENERAL		X	
QUIRÚRGICO AMBULATORIA Y HOSPITALARIA	204	CIRUGIA GINECOLOGICA			X
QUIRÚRGICO AMBULATORIA Y HOSPITALARIA	205	CIRUGIA MAXILOFACIAL		X	
QUIRÚRGICO HOSPITALARIA	206	CIRUGIA NEUROLÓGICA			X
QUIRÚRGICO AMBULATORIA Y HOSPITALARIA	207	CIRUGIA ORTOPEDICA			X
QUIRÚRGICO AMBULATORIA Y HOSPITALARIA	208	CIRUGIA OFTALMOLOGICA			X
QUIRÚRGICO AMBULATORIA Y HOSPITALARIA	209	CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGIA			X
QUIRÚRGICO AMBULATORIA Y HOSPITALARIA	210	CIRUGIA ONCOLOGICA			X
QUIRÚRGICO HOSPITALARIA	212	CIRUGIA PEDIATRICA			X
QUIRÚRGICO AMBULATORIA Y HOSPITALARIA	213	CIRUGIA PLASTICA Y ESTÉTICA			X
QUIRÚRGICO HOSPITALARIA	214	CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGICA			X
QUIRÚRGICO AMBULATORIA Y HOSPITALARIA	215	CIRUGIA UROLOGICA			X
QUIRÚRGICO HOSPITALARIA	217	OTRAS CIRUGIAS (CIRUGIA BARIATRICA)			X
QUIRÚRGICO HOSPITALARIA	219	TRANSPLANTE RENAL			X
QUIRÚRGICO AMBULATORIA	224	TRANSPLANTE DE CORNEA			X
QUIRÚRGICO HOSPITALARIA	226	IMPLANTE DE TEJIDO OSEO			X

Certificación: SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

SERVICIOS HABILITADOS Y MODALIDAD	CODIGO	SERVICIO ESPECIFICO	G. COMPLEJIDAD		
			BAJO	MEDIO	ALTO
QUIRÚRGICO HOSPITALARIA	226	OTROS IMPLANTES Y TRANSPLANTES (MEMBRANA AMNIOTICA INJERTO DE ESCLERA SUSPENSION FRONTAL CON FASCIA LATA)			X
QUIRÚRGICO HOSPITALARIA	229	IMPLANTE DE PIEL			X
QUIRÚRGICO HOSPITALARIA	230	IMPLANTE DE VALVULAS CARDIACAS			X
QUIRÚRGICO HOSPITALARIA	231	CIRUGÍA DE LA MANO			X
QUIRÚRGICO AMBULATORIA Y HOSPITALARIA	232	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS			X
QUIRÚRGICO AMBULATORIA Y HOSPITALARIA	233	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA			X
QUIRÚRGICO HOSPITALARIA	234	CIRUGÍA DE TORAX			X
QUIRÚRGICO HOSPITALARIA	235	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL			X
QUIRÚRGICO HOSPITALARIA	237	CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA			X
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	301	ANESTESIA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	302	CARDIOLOGÍA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	303	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	304	CIRUGIA GENERAL		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	309	DERMATOLOGIA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	309	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS		X	

Certificación SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

SERVICIOS HABILITADOS Y MODALIDAD	CODIGO	SERVICIO ESPECIFICO	G. COMPLEJIDAD		
			BAJO	MEDIO	ALTO
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	319	ENDOCRINOLOGÍA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	314	FISIOTERAPIA	X		
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	315	FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DE LENGUAJE	X		
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	316	GASTROENTEROLOGIA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	317	GENETICA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	320	GINECOBSTETRICIA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	321	HEMATOLOGÍA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	323	INFECTOLOGÍA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	325	MEDICINA FAMILIAR		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	327	MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	329	MEDICINA INTERNA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	330	NEFROLOGÍA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	331	NEUMOLOGIA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	333	NEUROLOGIA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	332	NUTRICION Y DIETETICA	X		
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	335	OFTALMOLOGÍA		X	

Certificación: SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

SERVICIOS HABILITADOS Y MODALIDAD	CODIGO	SERVICIO ESPECIFICO	G COMPLEJIDAD BAJO	MEDIO	ALTO
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	336	ONCOLOGÍA CLÍNICA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	337	OPTOMETRÍA	X		
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	340	OTORRINOLARINGOLOGÍA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	342	PEDIATRÍA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	345	PSIQUIATRÍA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	348	REUMATOLOGÍA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	352	TERAPIA OCUPACIONAL	X		
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA Y HOSPITALARIA	353	TERAPIA RESPIRATORIA	X		
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	355	UROLOGÍA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	361	CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	362	CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	363	CIRUGÍA DE MANO		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	364	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	365	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	366	CIRUGÍA DE TORAX		X	

Certificación. SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

SERVICIOS HABILITADOS Y MODALIDAD	CODIGO	SERVICIO ESPECIFICO	S COMPLEJIDAD BAJO	MEDIO	ALTO
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	367	CIRUGIA GASTROINTESTINAL		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	368	CIRUGIA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	369	CIRUGIA PLÁSTICA Y ESTETICA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	372	CIRUGÍA VASCULAR		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	377	COLOPROCTOLOGIA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	378	ELECTROFISIOLOGÍA. MARCAPASOS Y ARRITMIAS CARDÍACAS		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	379	GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	383	MEDICINA NUCLEAR		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	387	NEUROCIRUGÍA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	388	NEUROPEDIATRÍA		X	
CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	392	ORTOPEDIA INFANTIL		X	
URGENCIAS AMBULATORIA	501	SERVICIO DE URGENCIAS			X
TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES AMBULATORIA	501	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	X		
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA AMBULATORIO	701	DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR			X
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA AMBULATORIO	703	ENDOSCOPIA DIGESTIVA			X

Certificación SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

SERVICIOS HABILITADOS Y MODALIDAD	CODIGO	SERVICIO ESPECIFICO	G. COMPLEJIDAD BAJO	MEDIO	ALTO
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA AMBULATORIO	704	NEUMOLOGÍA - FIBROBRONCOSCOPIA			X
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA AMBULATORIO y HOSPITALARIO	705	HEMODINAMIA			X
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA AMBULATORIO y HOSPITALARIO	706	LABORATORIO CLINICO			X
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA AMBULATORIO	709	ONCOLOGÍA CLÍNICA			X
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA AMBULATORIO	710	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOST			X
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA AMBULATORIO y HOSPITALARIO	712	TOMA DE MUESTRAS DE LAB CLINICO	X		
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA HOSPITALARIO	713	TRANSFUSIÓN SANGUINEA		X	
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA AMBULATORIO y HOSPITALARIO	714	SERVICIO FARMACÉUTICO			X
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA AMBULATORIO y HOSPITALARIO	715	MEDICINA NUCLEAR			X

Certificación SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

SERVICIOS HABILITADOS Y MODALIDAD	CODIGO	SERVICIO ESPECIFICO	G. COMPLEJIDAD		
			BAJO	MEDIO	ALTO
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA AMBULATORIO y HOSPITALARIO	716	TOMA DE MUESTRAS CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS		X	
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA AMBULATORIO y HOSPITALARIO	717	LABORATORIO CITOLOGIAS CERVICO-UTERINAS		X	
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA AMBULATORIO y HOSPITALARIO	718	LABORATORIO DE PATOLOGÍA		X	
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA AMBULATORIO	719	ULTRASONIDO		X	
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA HOSPITALARIO	720	LACTARIO - ALIMENTACIÓN		X	
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA HOSPITALARIO	721	ESTERILIZACIÓN	X		
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA AMBULATORIO	723	UROLOGÍA PROCEDIMIENTO		X	
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA AMBULATORIO	725	ELECTRODIAGNÓSTICO		X	
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA AMBULATORIO	735	NEUMOLOGÍA LABORATORIO FUNCIÓN PULMONAR		X	

Certificación: SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

SERVICIOS HABILITADOS Y MODALIDAD	CODIGO	SERVICIO ESPECIFICO	G. COMPLEJIDAD		
			BAJO	MEDIO	ALTO
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA AMBULATORIO y HOSPITALARIO	731	LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA		X	
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA AMBULATORIO	732	ECOCARDIOGRAFÍA		X	
OTROS SERVICIOS AMBULATORIA	811	SALA DE YESO		X	
OTROS SERVICIOS AMBULATORIA	813	SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES		X	

TIPO		CODIGO SDS	MODALIDAD		PLACA O MATRICULA	AÑO MODELO	N TARJETA DE PROPIEDAD
BAS	MED		T	A			
X		5473	X		CJJ-888	2002	02-2617[illegible]5-814892
X		5521	X		BNX-299	2004	03-11001-1435170

Firma

MARTHA J. FONSECA S.

MARTHA JUDITH FONSECA SUAREZ
Profesional Especializado Vigilancia y Control de la Oferta (E)

Elaboró: Claudia P. Morales Beltrán
Revisó y Aprobó: Vilenica Parejo

Firma de recibido _____ De fecha: 4 de Agosto 2010

C.C. 60327816

Esta Secretaría se reserva el derecho de revocatoria de la presente certificación al corroborar el incumplimiento de la normatividad verificada.

CONSTANCIA AUTOEVALUACIÓN

Código y Nombre del Prestador	**1100108679 - SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE**
Código y Nombre de la Sede	**110010867901-Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José**

Fecha de vigencia del PRESTADOR para los servicios relacionados en este documento(dd-mm-aaaa):30/09/2015.

Servicios declarados en la Autoevaluación:

GRUPO DEL SERVICIO	CÓDIGO SERVICIO	NOMBRE DEL SERVICIO
INTERNACIÓN	101	GENERAL ADULTOS
INTERNACIÓN	102	GENERAL PEDIÁTRICA
INTERNACIÓN	105	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL
INTERNACIÓN	107	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS
INTERNACIÓN	108	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL
INTERNACIÓN	109	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO
INTERNACIÓN	110	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS
INTERNACIÓN	112	OBSTETRICIA
INTERNACIÓN	120	CUIDADO BÁSICO NEONATAL
QUIRÚRGICOS	201	CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
QUIRÚRGICOS	202	CIRUGIA CARDIOVASCULAR
QUIRÚRGICOS	203	CIRUGIA GENERAL
QUIRÚRGICOS	204	CIRUGIA GINECOLOGICA
QUIRÚRGICOS	205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL
QUIRÚRGICOS	206	CIRUGIA NEUROLÓGICA
QUIRÚRGICOS	207	CIRUGIA ORTOPEDICA
QUIRÚRGICOS	208	CIRUGIA OFTALMOLOGICA
QUIRÚRGICOS	209	CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGIA
QUIRÚRGICOS	210	CIRUGIA ONCOLOGICA
QUIRÚRGICOS	212	CIRUGIA PEDIÁTRICA
QUIRÚRGICOS	213	CIRUGIA PLASTICA Y ESTÉTICA
QUIRÚRGICOS	214	CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGICA
QUIRÚRGICOS	215	CIRUGIA UROLOGICA
QUIRÚRGICOS	217	OTRAS CIRUGIAS
QUIRÚRGICOS	219	TRANSPLANTE RENAL
QUIRÚRGICOS	231	CIRUGÍA DE LA MANO
QUIRÚRGICOS	232	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS

QUIRÚRGICOS	233	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA
QUIRÚRGICOS	234	CIRUGÍA DE TÓRAX
QUIRÚRGICOS	235	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL
QUIRÚRGICOS	237	CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA
QUIRÚRGICOS	239	TRASPLANTE MULTIVISCERAL
QUIRÚRGICOS	240	TRASPLANTE TEJIDOS OCULARES
QUIRÚRGICOS	241	TRASPLANTE DE TEJIDO OSTEOMUSCULAR
QUIRÚRGICOS	244	TRASPLANTE DE TEJIDOS CARDIOVASCULARES
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA
CONSULTA EXTERNA	302	CARDIOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	303	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
CONSULTA EXTERNA	304	CIRUGÍA GENERAL
CONSULTA EXTERNA	306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA
CONSULTA EXTERNA	308	DERMATOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	309	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
CONSULTA EXTERNA	310	ENDOCRINOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	316	GASTROENTEROLOGIA
CONSULTA EXTERNA	317	GENÉTICA
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOBSTETRICIA
CONSULTA EXTERNA	321	HEMATOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	323	INFECTOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	325	MEDICINA FAMILIAR
CONSULTA EXTERNA	329	MEDICINA INTERNA
CONSULTA EXTERNA	330	NEFROLOGIA
CONSULTA EXTERNA	331	NEUMOLOGIA
CONSULTA EXTERNA	332	NEUROLOGIA
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
CONSULTA EXTERNA	335	OFTALMOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	336	ONCOLOGÍA CLÍNICA
CONSULTA EXTERNA	337	OPTOMETRÍA
CONSULTA EXTERNA	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	340	OTORRINOLARINGOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	342	PEDIATRÍA
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGIA
CONSULTA EXTERNA	345	PSIQUIATRÍA
CONSULTA EXTERNA	355	UROLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD
CONSULTA EXTERNA	361	CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA
CONSULTA EXTERNA	362	CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
CONSULTA EXTERNA	363	CIRUGÍA DE MANO
CONSULTA EXTERNA	364	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS
CONSULTA EXTERNA	365	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

CONSULTA EXTERNA	366	CIRUGÍA DE TÓRAX
CONSULTA EXTERNA	367	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL
CONSULTA EXTERNA	368	CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA
CONSULTA EXTERNA	369	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA
CONSULTA EXTERNA	372	CIRUGÍA VASCULAR
CONSULTA EXTERNA	377	COLOPROCTOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	379	GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA
CONSULTA EXTERNA	383	MEDICINA NUCLEAR
CONSULTA EXTERNA	387	NEUROCIRUGÍA
CONSULTA EXTERNA	388	NEUROPEDIATRÍA
CONSULTA EXTERNA	398	MEDICINAS ALTERNATIVAS - HOMEOPATÍA
CONSULTA EXTERNA	409	ORTOPEDIA PEDIÁTRICA
URGENCIAS	501	SERVICIO DE URGENCIAS
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	701	DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	703	ENDOSCOPIA DIGESTIVA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	704	NEUMOLOGÍA - FIBROBRONCOSCOPIA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	705	HEMODINAMIA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	708	UROLOGÍA - LITOTRIPSIA UROLOGICA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	709	QUIMIOTERAPIA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	710	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	713	TRANSFUSIÓN SANGUINEA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	715	MEDICINA NUCLEAR
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	717	LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	718	LABORATORIO DE PATOLOGÍA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	719	ULTRASONIDO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	725	ELECTRODIAGNÓSTICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	728	TERAPIA OCUPACIONAL

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	729	TERAPIA RESPIRATORIA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	730	NEUMOLOGÍA LABORATORIO FUNCIÓN PULMONAR
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	731	LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	732	ECOCARDIOGRAFÍA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	738	ELECTROFISIOLOGÍA MARCAPASOS Y ARRITMIAS CARDIACAS
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	740	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	741	TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO
PROCESOS	950	ESTERILIZACIÓN

Fecha de registro de Autoevaluación: 24/07/2014 04:31:24 p.m..

En caso de cualquier inquietud con la CONSTANCIA AUTOEVALUACIÓN comuniquese con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá - Dirección:Carrera 32 No.12-81 - Telefono(s):3649586-3649590 3649090 EXT 9890-9873 - Correo Electronico:habilitacionsds@saludcapital.gov.co

Fecha de impresión: jueves 24 de julio de 2014 (4:31 p.m.).

Versión 2.0.

Guía clínica sobre urología pediátrica

S. Tekgül, H. Riedmiller, E. Gerharz, P. Hoebeke, R. Kocvara, R. Nijman, Chr. Radmayr, R. Stein

European Society for Paediatric Urology

© European Association of Urology 2010

ACTUALIZACIÓN EN MARZO DE 2009

ÍNDICE **PÁGINA**

1. INTRODUCCIÓN 988
   1.1 Bibliografía 988

2. FIMOSIS 989
   2.1 Generalidades 989
   2.2 Diagnóstico 989
   2.3 Tratamiento 989
   2.4 Bibliografía 990

3. CRIPTORQUIDIA 991
   3.1 Generalidades 991
   3.2 Diagnóstico 991
   3.3 Tratamiento 991
      3.3.1 Tratamiento médico 992
         3.3.1.1 Tratamiento médico para lograr el descenso testicular 992
         3.3.1.2 Tratamiento médico para lograr fertilidad 992
      3.3.2 Cirugía 992
   3.4 Pronóstico 993
   3.5 Bibliografía 993

4. HIDROCELE 994
   4.1 Generalidades 994
   4.2 Diagnóstico 994
   4.3 Tratamiento 995
   4.4 Bibliografía 995

5. ESCROTO AGUDO EN NIÑOS 995
   5.1 Generalidades 995
   5.2 Diagnóstico 995
   5.3 Tratamiento 996
      5.3.1 Epididimitis 996
      5.3.2 Torsión testicular 996
      5.3.3 Tratamiento quirúrgico 997
   5.4 Pronóstico 997
      5.4.1 Fertilidad 997
      5.4.2 Subfertilidad 997
      5.4.3 Concentraciones de andrógenos 998
      5.4.4 Cáncer de testículo 998
      5.4.5 Óxido nítrico 998
   5.5 Torsión perinatal 998
   5.6 Bibliografía 998

6. HIPOSPADIAS 1002
   6.1 Generalidades 1002
      6.1.1 Factores de riesgo 1002
   6.2 Diagnóstico 1003
   6.3 Tratamiento 1003
      6.3.1 Edad en el momento de la cirugía 1004
      6.3.2 Curvatura del pene 1004
      6.3.3 Conservación de la placa uretral bien vascularizada 1004

6.3.4 Reparaciones de hipospadias operados previamente 1004
6.3.5 Reconstrucción uretral 1005
6.3.6 Drenaje de orina y colocación de apósitos en la herida 1005
6.3.7 Resultados 1006
6.4 Bibliografía 1006

7. CURVATURA CONGÉNITA DEL PENE 1007
7.1 Generalidades 1007
7.2 Diagnóstico 1008
7.3 Tratamiento 1008
7.4 Bibliografía 1008

8. VARICOCELE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES 1008
8.1 Generalidades 1008
8.2 Diagnóstico 1009
8.3 Tratamiento 1009
8.4 Bibliografía 1010

9. MICROPENE 1011
9.1 Generalidades 1011
9.2 Diagnóstico 1012
9.3 Tratamiento 1012
9.4 Bibliografía 1012

10. TRASTORNOS DIURNOS DE LAS VÍAS URINARIAS INFERIORES 1013
10.1 Generalidades 1013
10.2 Definición 1013
10.2.1 Disfunción de la fase de llenado 1013
10.2.2 Disfunciones de la fase de evacuación (vaciamiento) 1013
10.3 Diagnóstico 1014
10.4 Tratamiento 1014
10.4.1 Tratamiento convencional 1014
10.4.2 Intervenciones específicas 1015
10.5 Bibliografía 1015

11. ENURESIS MONOSINTOMÁTICA 1016
11.1 Generalidades 1016
11.2 Definición 1017
11.3 Diagnóstico 1017
11.4 Tratamiento 1017
11.4.1 Medidas terapéuticas de apoyo 1017
11.4.2 Tratamiento con alarmas 1018
11.4.3 Medicación 1018
11.5 Bibliografía 1018

12. TRATAMIENTO DE LA VEJIGA NEURÓGENA EN NIÑOS 1019
12.1 Generalidades 1019
12.2 Definición 1019
12.3 Clasificación 1020
12.4 Estudios urodinámicos 1020
12.4.1 Método de estudio urodinámico 1021
12.4.2 Uroflujometría 1021
12.4.3 Cistometría 1021

12.5 Tratamiento 1022
12.5.1 Pruebas complementarias 1022
12.5.2 Tratamiento precoz con sondaje intermitente 1022
12.5.3 Tratamiento médico 1023
12.5.3.1 Inyecciones de toxina botulínica 1023
12.5.4 Tratamiento de la incontinencia fecal 1024
12.5.5 Infecciones urinarias 1024
12.5.6 Sexualidad 1024
12.5.7 Cistoplastia de aumento 1024
12.5.8 Procedimientos sobre la salida de la vejiga 1025
12.5.9 Estoma continente 1025
12.5.10 Sustitución total de la vejiga 1025
12.5.11 Seguimiento de por vida de los pacientes con vejiga neurógena 1025
12.6 Bibliografía 1026

13. DILATACIÓN DE LAS VÍAS URINARIAS SUPERIORES (UNIÓN URETEROPÉLVICA Y OBSTRUCCIÓN DE LA UNIÓN URETEROVESICAL) 1030
13.1 Generalidades 1030
13.2 Diagnóstico 1031
13.2.1 Ecografía prenatal 1031
13.2.2 Ecografía posnatal 1031
13.2.3 Cistouretrografía miccional (CUGM) 1031
13.2.4 Nefrografía con diuréticos 1031
13.3 Tratamiento 1032
13.3.1 Tratamiento prenatal 1032
13.3.2 Obstrucción de la UUP 1032
13.4 Megauréter 1033
13.5 Conclusión 1033
13.6 Bibliografía 1033

14. REFLUJO VESICOURETERAL (RVU) 1034
14.1 Generalidades 1034
14.2 Clasificación 1035
14.3 Estudio diagnóstico 1035
14.4 Tratamiento 1036
14.4.1 Abordaje conservador 1036
14.4.2 Tratamiento intervencionista 1037
14.4.2.1 Cirugía abierta 1037
14.4.2.2 Corrección laparoscópica del reflujo 1037
14.4.2.3 Tratamiento endoscópico 1037
14.5 Seguimiento 1037
14.6 Bibliografía 1038

15. LITIASIS URINARIA 1039
15.1 Generalidades 1039
15.2 Mecanismos de formación de cálculos, diagnóstico de los factores etiológicos y tratamiento médico de tipos concretos de cálculos 1040
15.2.1 Cálculos cálcicos 1040
15.2.2 Cálculos de ácido úrico 1042
15.2.3 Cálculos de cistina 1042
15.2.4 Cálculos infecciosos (cálculos de estruvita) 1043
15.3 Cuadro clínico 1043
15.4 Diagnóstico 1043
15.4.1 Pruebas de imagen 1043

15.4.2 Evaluación metabólica 1043
15.5 Tratamiento 1044
15.5.1 Litotricia extracorpórea mediante ondas de choque (LEOC) 1044
15.5.2 Nefrolitotomía percutánea 1046
15.5.3 Ureterorrenoscopia 1046
15.5.4 Cirugía abierta de cálculos 1047
15.6 Bibliografía 1048

16. TRASTORNOS OBSTRUCTIVOS DE DUPLICACIÓN RENAL: URETEROCELE Y URÉTER ECTÓPICO 1052
16.1 Generalidades 1052
16.1.1 Ureterocele 1052
16.1.2 Uréter ectópico 1052
16.2 Clasificación 1052
16.2.1 Ureterocele ectópico 1053
16.2.2 Ureterocele ortotópico 1053
16.2.3 Cecoureterocele 1053
16.3 Diagnóstico 1053
16.3.1 Ureterocele 1053
16.3.2 Uréter ectópico 1053
16.4 Tratamiento 1054
16.4.1 Ureterocele 1054
16.4.1.1 Diagnóstico precoz 1054
16.4.1.2 Reevaluación 1054
16.4.2 Uréter ectópico 1054
16.5 Bibliografía 1054

17. TRASTORNOS DEL DESARROLLO SEXUAL 1056
17.1 Generalidades 1056
17.2 Urgencia neonatal 1056
17.2.1 Antecedentes familiares y exploración clínica 1056
17.2.2 Elección de las pruebas de laboratorio 1057
17.3 Asignación del sexo 1058
17.4 Función del urólogo pediátrico 1058
17.4.1 Diagnóstico 1058
17.4.1.1 Exploración clínica 1058
17.4.1.2 Pruebas complementarias 1059
17.5 Tratamiento 1059
17.5.1 Cirugía de feminización 1059
17.5.2 Cirugía de masculinización 1060
17.6 Bibliografía 1060

18. VÁLVULAS URETRALES POSTERIORES 1061
18.1 Generalidades 1061
18.2 Clasificación 1061
18.2.1 Válvula uretral 1061
18.3 Diagnóstico 1062
18.4 Tratamiento 1063
18.4.1 Tratamiento prenatal 1063
18.4.2 Tratamiento posnatal 1063
18.5 Bibliografía 1065

19. ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL TEXTO 1067

1. INTRODUCCIÓN

Se ha creado un grupo de trabajo en colaboración formado por miembros que representan a la Sociedad Europea de Urología pediátrica (ESPU, *European Society for Paediatric Urology*) y la Asociación Europea de Urología (EAU, *European Association of Urology*) con el fin de elaborar una actualización de la guía clínica sobre urología pediátrica. El objetivo de esta colaboración estrecha entre un grupo de subespecialidades y su especialidad matriz consiste en hacer público un documento que contribuya a mejorar la calidad de la asistencia de los niños con problemas urológicos.

La mayoría de los problemas clínicos urológicos en la infancia están bien diferenciados y, en muchos aspectos, son diferentes a los observados en adultos. El objetivo de este trabajo es describir un abordaje práctico y preliminar de los problemas urológicos pediátricos. Las enfermedades complejas y raras que requieren asistencia especial por parte de médicos con experiencia deben remitirse a centros designados en los que la práctica urológica pediátrica se encuentre plenamente consolidada y dispongan de un abordaje multidisciplinar.

Durante bastante tiempo, la urología pediátrica ha desarrollado informalmente, ampliado, madurado y establecido su conjunto diverso de conocimientos y aptitudes y es posible que ya esté lista para diferenciarse de sus especialidades matrices. Así pues, en muchos países europeos ha surgido recientemente como una subespecialidad diferenciada de la urología y la cirugía pediátrica y supone un reto único en cuanto a que abarca un campo extenso con muchas escuelas diferentes de pensamiento y una enorme diversidad de tratamientos.

Los conocimientos adquiridos gracias al aumento de la experiencia, los nuevos avances tecnológicos y las técnicas incruentas de evaluación diagnóstica han tenido una influencia importante en las modalidades terapéuticas de la urología pediátrica, una tendencia que continuará probablemente en los próximos años. Ahora existen nuevas técnicas de tratamiento del reflujo, han mejorado sustancialmente las técnicas para tratar anomalías congénitas complejas y se han desarrollado tecnologías para la sustitución vesical y procedimientos laparoscópicos totalmente nuevos. También hay cada vez más conocimientos en relación con la investigación básica.

La urología pediátrica abarca un campo enorme dentro de la urología. El ámbito y la complejidad de la práctica urológica pediátrica siguen expandiéndose. Plasmar todo el campo de la urología pediátrica en un único documento de guía clínica nunca fue una opción, pero seguiremos modificando y haciendo aportaciones a este documento con regularidad. Este año hay dos capítulos nuevos y se han revisado otros ocho.

Esta guía clínica fue recopilada por el grupo de trabajo en colaboración y se basó en la bibliografía actual tras una revisión sistemática de MEDLINE. La aplicación de un análisis estructurado de la bibliografía no fue posible en muchas enfermedades debido a la ausencia de estudios bien diseñados. Siempre que ha sido posible, las afirmaciones se han clasificado en cuanto a su grado de comprobación científica y grado de recomendación (1). Debido a la disponibilidad limitada de ensayos aleatorizados y controlados extensos, influido también por el hecho de que un número considerable de opciones de tratamiento guardan relación con intervenciones quirúrgicas en una amplia variedad de problemas congénitos diferentes, este documento es, en gran medida, de consenso.

Confiamos en que considerará este documento un recurso educativo útil para su ejercicio y que le proporcionará orientación a la hora de atender casos de urología pediátrica.

1.1 Bibliografía

1. Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (May 2001). Produced by Bob Phillips, Chris Ball, Dave Sackett, Doug Badenoch, Sharon Straus, Brian Haynes, Martin Dawes since November 1998 http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025 [access date February 2009

2. FIMOSIS

2.1 Generalidades

Al final del primer año de vida, la retracción del prepucio por detrás del surco del glande tan sólo es posible en cerca del 50 % de los niños; esta cifra asciende aproximadamente al 89 % a los 3 años de edad. La incidencia de fimosis es del 8 % en los niños de 6-7 años y tan sólo del 1 % en los varones de 16-18 años (1). La fimosis puede ser primaria (fisiológica), sin signos de cicatrización, o secundaria (patológica) a una cicatrización, como en caso de balanitis xerótica obliterante. La fimosis tiene que distinguirse de la aglutinación normal del prepucio con el glande, que es un fenómeno fisiológico (2).

La parafimosis debe considerarse una situación urgente: la retracción de un prepucio demasiado estrecho por detrás del glande, en el cuello del glande, puede constreñir el cuerpo del pene y producir edema. Dificulta la perfusión distalmente a partir del anillo constrictor y entraña un riesgo de necrosis.

2.2 Diagnóstico

El diagnóstico de fimosis y parafimosis se realiza mediante exploración física.

Cuando el prepucio no es retráctil o sólo lo es en parte y muestra un anillo constrictor al hacerlo retroceder sobre el glande del pene, hay que suponer una desproporción entre la anchura del prepucio y el diámetro del glande. Además del prepucio constreñido, puede haber adherencias entre la superficie interna del prepucio y el epitelio del glande o un frenillo corto. Un frenillo corto produce una desviación ventral del glande cuando se retrae el prepucio. Cuando la punta sigue siendo estrecha y se separan las adherencias del glande, el espacio se rellena de orina durante la micción, lo que hace que el prepucio se abombe hacia afuera.

La parafimosis se caracteriza por un prepucio retraído con el anillo constrictor localizado a la altura del cuello del pene, lo que impide la recolocación del prepucio sobre el glande.

2.3 Tratamiento

El tratamiento de la fimosis en los niños depende de las preferencias de los padres y puede consistir en una circuncisión plástica o radical al final del segundo año de vida. La circuncisión plástica tiene el objetivo de lograr un perímetro amplio del prepucio con total retractilidad, al tiempo que se conserva el prepucio (incisión dorsal, circuncisión parcial). Sin embargo, este procedimiento comporta la posibilidad de reaparición de la fimosis. En la misma sesión se liberan las adherencias y se corrige un frenillo corto asociado mediante una frenulotomía. Se añade una meatoplastia en caso necesario.

Una indicación absoluta de circuncisión es la fimosis secundaria. Las indicaciones en la fimosis primaria son la balanopostitis recurrente y las infecciones urinarias recurrentes en pacientes con anomalías de las vías urinarias (3-6) (grado de comprobación científica: 2, grado de recomendación: B). El abombamiento simple del prepucio durante la micción no es una indicación estricta de circuncisión.

La circuncisión neonatal sistemática no está indicada para prevenir el carcinoma de pene. Las contraindicaciones de la circuncisión comprenden coagulopatía, infección local aguda y anomalías congénitas del pene, especialmente hipospadias o pene enterrado, ya que es posible que se necesite el prepucio para practicar una intervención reconstructiva (7, 8). La circuncisión infantil conlleva una morbilidad importante y no debe recomendarse sin un motivo médico (9-12) (grado de comprobación científica: 2, grado de recomendación: B). Como opción terapéutica conservadora para la fimosis primaria, puede administrarse una pomada o crema de corticoide (0,05 %-0,1 %) dos veces al día durante 20-30 días (13-16) (grado de comprobación científica: 1, grado de recomendación: A). Este tratamiento carece de efectos secundarios y las concentraciones sanguíneas medias de cortisol no son significativamente diferentes de las de un grupo no tratado de pacientes (17) (grado de comprobación científica: 1). La aglutinación del prepucio no responde al tratamiento con esteroides (14) (grado de comprobación científica: 2).

El tratamiento de la parafimosis consiste en compresión manual del tejido edematoso con un intento subsiguiente de retracción del prepucio tensado sobre el glande del pene. La inyección de hialuronidasa por debajo de la banda estrecha puede ser útil para liberarla (18) (grado de comprobación científica: 4, grado de recomendación: C). Si fracasa esta maniobra, se requiere una incisión dorsal del anillo constrictor. En función de los hallazgos locales, se practica una circuncisión inmediatamente o bien puede realizarse en una segunda sesión.

2.4 Bibliografía

1. Gairdner D. the fate of the foreskin: a study of circumcision. Br med j 1949;2(4642):1433-7. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15408299
2. Oster J. Further fate of the foreskin. Incidence of preputial adhesions, phimosis, and smegma among Danish schoolboys. Arch Dis Child 1968;43(288):200-3. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5689532
3. Wiswell TE. The prepuce, urinary tract infections, and the consequences. Pediatrics 2000;105(4 Pt 1): 860-2. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10742334
4. Hiraoka M, Tsukahara H, Ohshima Y, Mayumi M. Meatus tightly covered by the prepuce is associated with urinary tract infection. Pediatr Int 2002;44(6):658-62. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12421265
5. To T, Agha M, Dick Pt, Feldman W. Cohort study on circumcision of newborn boys and subsequent risk of urinary tract infection. lancet 1998;352(9143):1813-6. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9851381
6. Herndon CDA, McKenna Ph, Kolon TF, Gonzales ET, Baker LA, Docimo SG. A multicenter outcomes analysis of patients with neonatal reflux presenting with prenatal hydronephrosis. J Urol 1999;162(3 Pt 2):1203-8. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10458467
7. Thompson HC, King lr, Knox e, Korones SB. Report of the ad hoc task force on circumcision. Pediatrics 1975;56(4):610-1. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1174384
8. American Academy of Pediatrics. Report of the Task Force on Circumcision. Pediatrics 1989:84:388-91. Erratum in: Pediatrics 1989;84(2):761. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2664697
9. Griffiths DM, Atwell JD, Freeman NV. A prospective study of the indications and morbidity of circumcision in children. eur urol 1985;11(3):184-7. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4029234
10. Christakis DA, Harvey e, Zerr DM, Feudtner C, Wright JA, Connell FA. A trade-off analysis of routine newborn circumcision. Pediatrics 2000;105(1 Pt 3):246-9. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10617731
11. Ross JH. Circumcision: Pro and con. In: Elder JS, ed. Pediatric urology for the general urologist. New York: Igaku-Shoin, 1996, pp. 49-56.
12. Hutcheson JC. Male neonatal circumcision: indications, controversies and complications. Urol Clin n Amer 2004;31(3):461-7.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15313055
13. Monsour MA, Rabinovitch HH, Dean GE. Medical management of phimosis in children: our experience with topical steroids. J Urol 1999;162(3 Pt 2):1162-4. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10458456
14. Chu CC, Chen KC, Diau GY. Topical steroid treatment of phimosis in boys. J Urol 1999;162(3 Pt 1): 861-3. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10458396
15. Ter Meulen Ph, Delaere KP. A conservative treatment of phimosis on boys. eur urol 2001;40(2):196-9; discussion 200. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11528198
16. Elmore JM, Baker LA, Snodgrass Wt. Topical steroid therapy as an alternative to circumcision for phimosis in boys younger than 3 years. J Urol 2002;168(4 Pt 2):1746-7; discussion 1747. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12352350
17. Golubovic Z, Milanovic D, Vukadinovic V, Rakic I, Perovic S. The conservative treatment of phimosis in boys. Br J Urol 1996;78(5):786-8. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8976781

18. Devries CR, Miller AK, Packer MG. Reduction of paraphimosis with hyaluronidase. Urology 1996;48(3):464-5. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8804504

3. CRIPTORQUIDIA

3.1 Generalidades

A la edad de un año, casi el 1 % de todos los varones nacidos a término se ven afectados por esta anomalía congénita, la más frecuente, asociada a los genitales de los varones recién nacidos (1). Dado que el conocimiento de la localización y la existencia del testículo influyen directamente en la actitud clínica, resulta apropiado clasificar los testículos en palpables e impalpables.

Los testículos retráctiles no necesitan ninguna forma de tratamiento, salvo observación, ya que pueden ser ascendentes. Los testículos retráctiles han completado su descenso, pero pueden encontrarse en la ingle debido a un reflejo cremastérico intenso (2).

En caso de testículos impalpables bilaterales y cualquier indicio de problemas de diferenciación sexual, como hipospadias, resulta imprescindible una evaluación endocrinológica y genética urgente (3) (grado de comprobación científica: 3; grado de recomendación: B).

3.2 Diagnóstico

La exploración física es el único método de diferenciar entre testículos palpables e impalpables. La realización de una ecografía, tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) o angiografía carece de efectos beneficiosos adicionales.

La exploración física incluye una descripción visual del escroto y una exploración del niño mientras está tumbado y con las piernas cruzadas. El examinador debe inhibir el reflejo cremastérico con la mano no dominante justo por encima de la sínfisis en la zona de la ingle antes de tocar, o alcanzar, el escroto. La región inguinal puede 'ordeñarse' hacia el escroto en un intento de desplazar el testículo e introducirlo en el escroto. Esta maniobra también permite diferenciar entre un testículo inguinal y adenopatías que podrían dar la impresión de un testículo criptorquídico.

Un testículo retráctil puede llevarse generalmente hacia el escroto, donde permanecerá hasta que un reflejo cremastérico (tocar la piel de la cara interna del muslo) lo retraiga de nuevo hacia la ingle (4).

Un testículo impalpable unilateral y un testículo contralateral agrandado pueden indicar ausencia o atrofia testicular, si bien este hallazgo es inespecífico y no descarta una exploración quirúrgica.

Hay que prestar atención visual específica a las regiones femoral, peniana y perineal en el caso de un testículo impalpable inguinal para descartar un testículo ectópico.

No existen pruebas fiables para confirmar o descartar un testículo intraabdominal, inguinal y ausente/evanescente (testículo impalpable), excepto la laparoscopia diagnóstica (5) (grado de comprobación científica: 1b, grado de recomendación: A). Antes de recomendar la evaluación laparoscópica, se aconseja una exploración bajo anestesia general porque algunos testículos inicialmente impalpables son palpables en condiciones de anestesia.

3.3 Tratamiento

Cuando un testículo no ha descendido al cumplir un año, el hecho de esperar un descenso espontáneo carece de ventajas. A fin de evitar el deterioro histológico, el tratamiento ha de realizarse y finalizarse antes de los 12-18 meses de edad (6).

3.3.1 Tratamiento médico

3.3.1.1 Tratamiento médico para lograr el descenso testicular

El tratamiento médico con gonadotropina coriónica humana (hCG) o gonadoliberina (GnRH) se basa en la dependencia hormonal del descenso testicular, con unas tasas de éxito del 20 % como máximo (grado de comprobación científica: 1; grado de recomendación: C) (7, 8). La hormonoterapia para lograr el descenso testicular se acompaña de unas tasas de éxito más bajas cuanto más alto se encuentra el testículo criptorquídico. La hCG se utiliza en una dosis total de 6.000-9.000 UI, administrada en cuatro dosis durante 2 a 3 semanas en función del peso y la edad y la GnRH, en una dosis de 1,2 mg/día dividida en tres dosis al día durante 4 semanas por medio de pulverización nasal, respectivamente.

3.3.1.2 Tratamiento médico para lograr fertilidad

El tratamiento médico puede ser beneficioso antes (dosis según se ha descrito anteriormente) o después (dosis intermitentes bajas) de una orquidólisis quirúrgica con orquidopexia (14) en lo que se refiere a aumentar el índice de fertilidad, que puede servir como factor predictivo de la fertilidad en fases más avanzadas de la vida (grado de comprobación científica: 1b; grado de recomendación: A). Sin embargo, todavía faltan datos de seguimiento a largo plazo de los efectos de la hormonoterapia sobre la posible fertilidad.

3.3.2 Cirugía

Testículo palpable. La cirugía de un testículo palpable incluye una orquidofuniculólisis y orquidopexia, mediante un abordaje inguinal, con unas tasas de éxito de hasta el 92 % (9). Es importante retirar y disecar todas las fibras cremastéricas para evitar la retracción secundaria. Los problemas asociados, como un proceso vaginal abierto, deben disecarse y cerrarse cuidadosamente. Se recomienda colocar el testículo en un bolsillo subdartos. Con respecto a las suturas, han de ser suturas sin fijación o aplicarse entre la túnica vaginal y el músculo dartos.

El drenaje linfático de un testículo que ha sido objeto de cirugía con fines de orquidopexia cambia de un drenaje ilíaco a otro ilíaco e inguinal (importante en caso de neoplasia maligna posterior).

Testículo impalpable. En el caso de un testículo impalpable, ha de intentarse una exploración quirúrgica inguinal con posibilidad de realizar una laparoscopia. Existe una posibilidad notable de encontrar el testículo mediante una incisión inguinal, aunque en casos excepcionales es necesario buscar en el abdomen si no hay vasos o conducto deferente en la ingle. La laparoscopía es la forma más apropiada de explorar el abdomen en busca de un testículo. Además, mediante un acceso laparoscópico puede efectuarse una extirpación u orquidólisis con orquidopexia (10). Antes de iniciar la laparoscopia diagnóstica se recomienda explorar al niño bajo anestesia general dado que un testículo impalpable anterior podría ser ahora palpable en condiciones de anestesia.

Un testículo intraabdominal en un niño de 10 años o más con un testículo contralateral normal debe extirparse. En caso de testículos intraabdominales bilaterales, o en un niño menor de 10 años, puede practicarse una intervención de Fowler-Stephens en uno o dos tiempos. En caso de una intervención en dos tiempos, los vasos espermáticos se pinzan por vía laparoscópica o se coagulan de forma proximal al testículo para permitir el desarrollo de la vasculatura colateral (11). La intervención en dos tiempos, en la que el testículo se lleva directamente sobre la sínfisis y cerca de la vejiga hasta el escroto, también puede realizarse por laparoscopia 6 meses después. La supervivencia testicular con una intervención en un tiempo oscila entre el 50 % y el 60 % y las tasas de éxito ascienden al 90 % con una intervención en dos tiempos (12). También puede realizarse un autotrasplante microvascular con una supervivencia testicular del 90 %. Sin embargo, esta intervención requiere la técnica quirúrgica de un cirujano muy diestro y experimentado (13).

3.4 Pronóstico

Los niños con criptorquidia unilateral tienen una tasa de fertilidad más baja, pero la misma tasa de paternidad que los niños con testículos descendidos bilaterales. Los niños con criptorquidia bilateral presentan unas tasas más bajas de fertilidad y paternidad.

Los niños con criptorquidia unilateral tienen una posibilidad 20 veces mayor de padecer un tumor testicular maligno, un riesgo que no se ve modificado por ningún tipo de tratamiento. Por consiguiente, en esta población se recomienda efectuar un cribado durante y después de la pubertad. En un estudio sueco reciente se siguió a una cohorte de unos 17.000 varones tratados quirúrgicamente por criptorquidia durante un total de casi 210.000 personas-año. Este estudio reveló que el tratamiento de la criptorquidia antes de la pubertad reduce el riesgo de cáncer de testículo. El riesgo relativo de cáncer de testículo entre los que se sometieron a una orquidopexia antes de alcanzar los 13 años de edad fue de 2,23 en comparación con la población general sueca; en los tratados a los 13 años o más, el riesgo relativo fue de 5,40 (15). Además, un grupo estadounidense ha publicado una revisión sistemática y un metaanálisis de la bibliografía y ha llegado a una conclusión similar de que la orquidopexia prepuberal puede reducir realmente el riesgo de cáncer de testículo y que la intervención quirúrgica precoz está indicada en los niños con criptorquidia (16).

Los niños con testículos retráctiles no necesitan tratamiento médico o quirúrgico, pero sí una vigilancia estrecha hasta la pubertad.

Debido a la falta de descenso testicular espontáneo tras el primer año de edad y a la posible pérdida de calidad testicular, se recomienda practicar la orquidólisis quirúrgica con orquidopexia, como máximo, a los 12-18 meses de edad. Hasta ahora, parece que la hormonoterapia pre o postoperatoria puede ejercer un efecto beneficioso sobre la fertilidad en etapas posteriores de la vida.

3.5 Bibliografía

1. Berkowitz GS, Lapinski RH, Dolgin SE, Gazella JG, Bodian CA, Holzman IR. Prevalence and natural history of cryptorchidism. Pediatrics 1993;92(1):44-9.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8100060
2. Caesar Re, Kaplan GW. The incidence of the cremasteric reflex in normal boys. J Urol 1994;152(2 Pt 2):779-80.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7912745
3. Rajfer J, Walsh PC. The incidence of intersexuality in patients with hypospadias and cryptorchidism. jurol 1976;116(6):769-70.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12377
4. Rabinowitz R, Hulbert Wc JR. Late presentation of cryptorchidism: the etiology of testicular re-ascent. J Urol 1997;157(5):1892-4.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9112557
5. Cisek LJ, Peters CA, Atala A, Bauer sB, diamond dA, retik AB. current findings in diagnostic laparoscopic evaluation of the nonpalpable testis. j urol 1998;160(3 Pt 2):1145-9; discussion 1150.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9719296
6. Huff DS, Hadziselimovic F, Snyder HM 3rd, Blythe B, Ducket JW. Histologic maldevelopment of unilaterally cryptorchid testes and their descended partners. Eur J Pediatr 1993;152 suppl:s11-s14.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8101802
7. Rajfer J, Handelsman DJ, Swerdloff RS, Hurwitz R, Kaplan H, Vandergast T, Ehrlich RM. Hormonal therapy of cryptorchidism. A randomized, double-blind study comparing human chorionic gonadotropin and gonadotropin-releasing hormone. n engl j med 1986;314(8):466-70.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2868413
8. Pyorala s, Huttunen NP, Uhari M. A review and meta-analysis of hormonal treatment of cryptorchidism. J Clin Endocrinol Metab 1995;80(9):2795-9.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7673426
9. Docimo SG. The results of surgical therapy for cryptorchidism: a literature review and analysis. J Urol 1995;154:1148-52.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7637073

10. Jordan GH, Winslow BH. Laparoscopic single stage and staged orchiopexy. j urol 1994;152(4): 1249-52. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7915336
11. Bloom DA. Two-step orchiopexy with pelviscopic clip ligation of the spermatic vessels. J Urol 1991;145(5):1030-3. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1673160
12. Radmayr C, Oswald J, Schwentner C, Neururer R, Peschel r, Bartsch G. Long-term outcome of laparoscopically managed nonpalpable testes. j urol 2003;170(6 Pt 1):2409-11. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14634439
13. Wacksman J, Billmire DA, Lewis Ag, Sheldon CA. Laparoscopically assisted testicular autotransplantation for management of the intraabdominal undescended testis. J Urol 1996;156(2 Pt 2):772-4. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8683780
14. Schwentner C, Oswald J. Kreczy A, Lunacek A, Bartsch G, Deibl M, Radmayr C. Neoadjuvant gonadotropin releasing hormone therapy before surgery may improve the fertility index in undescended testes – a prospective randomized trial. J Urol 2005;173(3): 974-7. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15711353
15. Pettersson A, Richiardi L, Nordenskjold A, Kaijser M, Akre o. Age at surgery for undescended testis and risk of testicular cancer. n engl j med 2007;356(18):1835-41. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17476009
16. Walsh T, Dall'era M, Croughan M, Carroll P, Turek P. Prepubertal orchiopexy for cryptorchidism may be associated with a lower risk of testicular cancer. J Urol 2007;178: 1440-6; discussion 1446. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17706709.

4. HIDROCELE

4.1 Generalidades

El hidrocele se define como una acumulación de líquido entre las capas parietal y visceral de la túnica vaginal (1). La patogenia del hidrocele se basa en un desequilibrio entre la secreción y reabsorción de este líquido. Esto contrasta con la hernia inguinal, que se define como la prominencia de una porción de órganos o tejidos a través de la pared abdominal (2). La obliteración incompleta del proceso vaginal peritoneal provoca la formación de diversos tipos de hidrocele comunicante aislado o conectado con otros trastornos intraescrotales (hernia). Se desconoce el momento exacto de obliteración del proceso vaginal. Persiste en alrededor del 80 %-94 % de los neonatos y el 20 % de los adultos (3). Cuando se produce una obliteración completa del proceso vaginal con permeabilidad de la porción intermedia, se produce un hidrocele del cordón. También se encuentran hidroceles escrotales sin permeabilidad asociada del proceso vaginal en recién nacidos (4). Pueden aparecer hidroceles no comunicantes de forma secundaria a un traumatismo menor, torsión testicular, epididimitis u operación de varicocele o como recidiva tras la reparación primaria de un hidrocele comunicante.

4.2 Diagnóstico

La descripción clásica de un hidrocele comunicante es la de un hidrocele que oscila de tamaño y suele guardar relación con la actividad. Puede diagnosticarse mediante la anamnesis; la investigación física y la transiluminación del escroto confirman el diagnóstico en la mayoría de los casos (5). Cuando el diagnóstico es de hidrocele, no habrá antecedentes de reductibilidad ni síntomas asociados; la tumefacción es traslúcida, suave y habitualmente indolora. Cuando existen dudas sobre la naturaleza de una masa intraescrotal, ha de efectuarse una ecografía escrotal, cuya sensibilidad es casi del 100 % para detectar lesiones intraescrotales. La ecografía Doppler ayuda a distinguir hidroceles de un varicocele y una torsión testicular, aunque estos trastornos también pueden acompañarse de un hidrocele.

4.3 Tratamiento

En la mayoría de los casos, el tratamiento quirúrgico del hidrocele no está indicado durante los 12-24 primeros meses debido a la tendencia a su resolución espontánea (grado de comprobación científica: 4, grado de recomendación: C). La cirugía precoz está indicada cuando existe sospecha de una hernia inguinal concomitante o una enfermedad testicular subyacente (6). La cuestión de la enfermedad contralateral debe abordarse mediante la anamnesis y la exploración en el momento de la consulta inicial (5). La persistencia de un hidrocele escrotal simple transcurridos los 24 meses de edad puede ser una indicación de corrección quirúrgica. Sin embargo, no hay pruebas de que este tipo de hidrocele entrañe riesgo de lesión testicular. En el grupo de edad pediátrico, la operación consiste en una ligadura del proceso vaginal permeable a través de una incisión inguinal y se deja abierto el muñón distal, mientras que en el hidrocele del cordón se extirpa o se elimina el techo de la masa quística (1, 5, 6) (grado de comprobación científica: 4, grado de recomendación: C). En manos expertas, la incidencia de lesiones testiculares durante la reparación de un hidrocele o hernia inguinal es muy baja (0,3 %) (grado de comprobación científica: 3, grado de recomendación: B). No deben utilizarse productos esclerosantes debido al riesgo de peritonitis química en el proceso vaginal peritoneal comunicante (5, 6) (grado de comprobación científica: 4, grado de recomendación: C). El abordaje escrotal (técnica de Lord o Jaboulay) se utiliza para tratar un hidrocele no comunicante secundario.

4.4 Bibliografía

5. ESCROTO AGUDO EN NIÑOS

5.1 Generalidades

El escroto agudo es una urgencia urológica pediátrica, debida con mayor frecuencia a una torsión testicular, torsión del apéndice testicular o epididimitis/epididimoorquitis (1-6). Otras causas de dolor escrotal agudo son edema escrotal idiopático, orquitis urliana, varicocele, hematoma escrotal, hernia incarcerada, apendicitis o enfermedad sistémica (púrpura de Henoch-Schonlein) (7-19).

La torsión del testículo se produce con mayor frecuencia en el período neonatal y en torno a la pubertad, en tanto que la torsión del apéndice testicular tiene lugar en un intervalo más amplio de edad. La epididimitis aguda afecta a dos grupos de edad: menores de un año y entre los 12 y 15 años (5, 20, 21). La epididimitis aguda se observa con mayor frecuencia (37 %-64,6 %) en niños con escroto agudo (1-4). En un estudio se calculó una incidencia de epididimitis de alrededor de 1,2 casos por cada 1.000 niños varones y año (22).

5.2 Diagnóstico

Los pacientes suelen comenzar con dolor escrotal. La duración de los síntomas es más breve en la torsión testicular (el 69 % consulta en el plazo de 12 horas) que en la torsión del apéndice testicular (62 %) y la epididimitis aguda (31 %) (5, 6, 20).

En la fase inicial, la localización del dolor puede conducir al diagnóstico. Los pacientes con epididimitis aguda presentan un epidídimo doloroso, mientras que los afectados por una torsión testicular tienen más probabilidades de presentar un testículo doloroso y aquellos con torsión del apéndice testicular perciben dolor aislado en el polo superior del testículo (20).

Una posición anormal del testículo es más frecuente en caso de torsión testicular que en los pacientes con epididimitis (20). La búsqueda de ausencia del reflejo cremastérico es un método sencillo con una sensibilidad del 100 % y una especificidad del 66 % en presencia de torsión testicular (21, 23) (grado de comprobación científica: 3; grado de recomendación: C).

En la epididimitis aparece fiebre con frecuencia (11 %-19 %). El signo clásico de un ‘punto azul’ sólo se identifica en el 10 %-23 % de los pacientes con torsión del apéndice testicular (4, 6, 21, 24).

En muchos casos, no es fácil determinar la causa del escroto agudo a tenor exclusivamente de la anamnesis y la exploración física (1-6, 21, 24).

Sólo se obtiene un urocultivo positivo en algunos pacientes con epididimitis (3, 21, 24, 25). Hay que tener en cuenta que un análisis de orina normal no excluye una epididimitis. Asimismo, un análisis de orina anómalo no descarta una torsión testicular.

La ecografía Doppler resulta útil para valorar un escroto agudo, con una sensibilidad del 63,6 %-100 % y una especificidad del 97 %-100 %, así como con un valor predictivo positivo del 100 % y un valor predictivo negativo del 97,5 % (26-31) (grado de comprobación científica: 3; grado de recomendación: C). El uso de la ecografía Doppler puede reducir el número de pacientes con escroto agudo que se someten a una exploración escrotal, pero depende de quien la lleva a cabo y puede ser difícil de realizar en pacientes prepuberales (29, 32). También puede mostrar un flujo arterial engañoso en las primeras fases de la torsión y en caso de torsión parcial o intermitente: un flujo arterial persistente no excluye una torsión testicular. En un estudio multicéntrico de 208 niños con torsión testicular, el 24 % de los pacientes presentó una vascularización testicular normal o aumentada (29). Se han comunicado mejores resultados con la ecografía de alta resolución (EAR) para visualizar directamente la torsión del cordón espermático, con una sensibilidad del 97,3 % y una especificidad del 99 % (29, 33) (grado de comprobación científica: 2; grado de recomendación: C).

La gammagrafía y, más recientemente, la RM de sustracción con contraste dinámico del escroto también deparan una sensibilidad y especificidad comparables a las de la ecografía (34-37). Estas pruebas complementarias pueden utilizarse cuando el diagnóstico es menos probable y cuando la torsión testicular no puede descartarse a partir de la anamnesis y la exploración física. Han de efectuarse sin demoras excesivas para practicar una intervención urgente (24).

El diagnóstico de epididimitis aguda en un niño se basa principalmente en el criterio clínico y las pruebas complementarias. Sin embargo, no hay que olvidar que la observación de cambios inflamatorios secundarios en ausencia de indicios de un nódulo extratesticular mediante ecografía Doppler podría sugerir un diagnóstico erróneo de epididimitis en niños con torsión del apéndice testicular (38).

Los niños prepuberales con epididimitis aguda tienen una incidencia de anomalías genitourinarias subyacentes del 25 %-27,6 %. La realización de una evaluación urológica completa en todos los niños con epididimitis aguda sigue siendo objeto de debate (3, 21, 22).

5.3 Tratamiento

5.3.1 Epididimitis

En los niños prepuberales, la etiología suele ser poco clara, con una enfermedad subyacente en aproximadamente el 25 % de los casos. Un urocultivo suele ser negativo y, a diferencia de los niños mayores, es muy rara una enfermedad de transmisión sexual.

El tratamiento antibiótico, aunque se inicia a menudo, no está indicado en la mayoría de los casos a menos que el análisis de orina y el urocultivo revelen una infección bacteriana (22, 39). La epididimitis suele resolverse espontáneamente y, con tratamiento de apoyo (es decir, actividad física mínima y analgésicos), se cura sin secuelas (grado de comprobación científica: 3; grado de recomendación: C). Sin embargo, la epididimitis bacteriana puede complicarse con abscesos o un testículo necrótico y se requiere exploración quirúrgica (40).

La torsión del apéndice testicular puede tratarse de manera conservadora (grado de comprobación científica: 4; grado de recomendación: C). Durante un seguimiento de seis semanas, clínico y ecográfico, no se observó atrofia testicular. La exploración quirúrgica se efectúa en los casos dudosos y en los pacientes con dolor persistente (27).

5.3.2 Torsión testicular

La detorsión manual del testículo se efectúa sin anestesia. Inicialmente debe hacerse mediante una rotación hacia fuera del testículo, salvo que aumente el dolor o exista resistencia evidente. El éxito se

define como un alivio inmediato de todos los síntomas y hallazgos normales en la exploración física (41) (grado de comprobación científica: 3; grado de recomendación: C). La ecografía Doppler puede utilizarse con fines de orientación (42).

Una orquidopexia bilateral sigue siendo necesaria después de una detorsión satisfactoria. No debe practicarse de forma programada, sino inmediatamente después de la detorsión. En un estudio se notificó una torsión residual durante la exploración en 17 de 53 pacientes, incluidos 11 que habían comunicado alivio del dolor tras la detorsión manual (41, 43).

5.3.3 Tratamiento quirúrgico

La torsión testicular constituye una urgencia y requiere un tratamiento quirúrgico inmediato. Los dos determinantes más importantes del rescate inicial del testículo son el tiempo transcurrido entre el comienzo de los síntomas y la detorsión y el grado de torsión del cordón (44). Se produjo atrofia testicular grave después de una torsión de tan sólo 4 horas de duración cuando la torsión fue de más de 360°. En caso de torsión incompleta (180° a 360°), con una duración máxima de los síntomas de 12 horas, no se observó atrofia. Sin embargo, se identificó un testículo ausente o muy atrófico en todos los casos de torsión mayor de 360° y una duración de los síntomas superior a 24 horas (45).

Se constató que la intervención quirúrgica precoz con detorsión (tiempo medio de torsión < 13 horas) conserva la fertilidad (46). La exploración quirúrgica urgente es obligatoria en todos los casos de torsión testicular en las 24 horas siguientes al inicio de los síntomas.

En los pacientes con una torsión testicular superior a 24 horas se precisa una exploración semiprogramada (44, 45) (grado de comprobación científica: 3; grado de recomendación: C). Hasta la fecha, sigue habiendo controversia acerca de si se ha de realizar la detorsión y conservar el testículo ipsolateral, o practicar una orquiectomía, a fin de conservar la función contralateral y la fertilidad tras una torsión testicular de duración prolongada (> 24 horas).

Un estudio reciente realizado en seres humanos reveló que se conservó la calidad del semen en los grupos de orquiectomía y orquidopexia en comparación con los varones normales de control, aunque la orquiectomía deparó una mejor morfología de los espermatozoides (47).

Durante la exploración también se lleva a cabo una fijación del testículo contralateral. La recurrencia tras la orquidopexia es rara (4,5 %) y puede sobrevenir varios años después de la intervención. No hay recomendaciones comunes sobre el mejor tipo de fijación y material de sutura; sin embargo, muchos urólogos emplean actualmente una orquidopexia con bolsillo de dartos (48).

El enfriamiento externo antes de la exploración y varios tratamientos médicos parecen eficaces para reducir la lesión por isquemia-reperfusión y mantener la viabilidad del testículo torsionado y el testículo contralateral (49-53).

5.4 Pronóstico

5.4.1 Fertilidad

Los resultados varían y son contradictorios. En un estudio, la torsión unilateral del testículo alteró gravemente la espermatogenia ulterior en alrededor del 50 % de los pacientes y produjo un deterioro limítrofe en otro 20 %.

5.4.2 Subfertilidad

Se observa subfertilidad en el 36 %-39 % de los pacientes después de una torsión. El espermiograma puede ser normal en tan sólo el 5 %-50 % en caso de seguimiento a largo plazo (44). Se ha comprobado que la intervención quirúrgica precoz (tiempo medio de torsión < 13 horas) con detorsión conserva la fertilidad, pero los períodos prolongados de torsión (tiempo medio de torsión de 70 horas) seguidos de orquiectomía ponen en peligro la fertilidad (46).

En un estudio se identificaron anticuerpos antiespermatozoides en el semen de pacientes con torsión testicular y las concentraciones de anticuerpos se correlacionaron con la infertilidad, mientras que en otros estudios no se han confirmado estos resultados (44, 47). Anderson y cols. observaron anomalías preexistentes en el testículo contralateral en las biopsias efectuadas en el momento de la cirugía y no detectaron casos de anticuerpos antiespermatozoides después de la torsión testicular (46).

5.4.3 Concentraciones de andrógenos

En un estudio efectuado en ratas se demostró una reducción a largo plazo de la producción testicular de andrógenos después de una torsión testicular. Se consideró que este efecto fue causado por la reperfusión/agresión oxidativa en el testículo (45). Aunque las concentraciones de FSH, LH y testosterona son mayores después de una torsión testicular que en controles normales, la función testicular endocrina se mantiene dentro de los límites normales tras una torsión testicular (47).

5.4.4 Cáncer de testículo

Existe un riesgo 3,2 veces mayor de padecer un tumor testicular 6-13 años después de una torsión. Sin embargo, dos de nueve casos comunicados presentaron una torsión de un testículo que albergaba un tumor y cuatro tuvieron un tumor en el testículo contralateral al torsionado (44).

5.4.5 Óxido nítrico

En un estudio realizado con ratas se observó que la torsión del cordón espermático no produjo una alteración de las respuestas relajantes mediadas por el óxido nítrico del bulbo peniano aislado (54).

5.5 Torsión perinatal

La torsión perinatal del testículo se produce con mayor frecuencia de forma prenatal. Después del parto se producen el 25 % de las torsiones perinatales y la torsión perinatal bilateral representa el 11 %-21 % de todas ellas (55). La mayoría de los casos son torsiones extravaginales en comparación con la torsión intravaginal habitual, que aparece durante la pubertad.

La torsión intrauterina puede manifestarse como:

- Pacientes con un remanente testicular
- Pacientes con un testículo pequeño y duro
- Pacientes con un testículo de tamaño normal y duro
- Pacientes con un escroto agudo

La torsión que se produce en el período posnatal durante el primer mes de vida cursa con signos de escroto agudo. Los signos clínicos se correlacionan bien con los hallazgos quirúrgicos e histológicos, por lo que definen la necesidad y la urgencia por obtener la anamnesis (56). La ecografía Doppler puede ser otra herramienta diagnóstica. La sensibilidad en cuanto a diagnóstico de torsión testicular es elevada, aunque se desconoce su especificidad en los recién nacidos. También puede utilizarse para descartar una neoplasia testicular congénita (57). Los recién nacidos con signos escrotales agudos, así como los casos bilaterales, deben considerarse urgencias quirúrgicas (56, 58).

En caso de torsión posnatal, en un estudio se comunicó el rescate del 40 % de los testículos mediante una exploración urgente (59). El escroto contralateral también ha de explorarse debido al riesgo de torsión testicular contralateral asincrónica hasta en el 33 % de los casos (58).

5.6 Bibliografía

1. Varga J, Zivkovic D, Grebeldinger S, Somer D. Acute scrotal pain in children–ten years' experience. Urol Int 2007;78(1):73-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17192737

2. Cavusoglu YH, Karaman A, Karaman I, Erdogan D, Aslan MK, Varlikli O, Cakmak O. Acute scrotum– etiology and management. Indian J Pediatr 2005;72(3):201-3.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15812112
3. Sakellaris GS, Charissis GC. Acute epididymitis in Greek children: a 3-year retrospective study. Eur J Pediatr 2007;5. [Epub ahead of print].
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17786475
4. Klin B, Zlotkevich L, Horne T, Efrati Y, Serour F, Lotan G. Epididymitis in childhood: a clinical retrospective study over 5 years. IMAJ 2001;3:833-35.
http://www.ima.org.il/imaj/dynamic/web/showArt.asp?id=543&nMonth=11&nYear=2001&sCat=Origina%20l%20Articles&sJur=Vol%203.h
5. McAndrew HF, Pemberton R, Kikiros CS, Gollow I. The incidence and investigation of acute scrotal problems in children. Pediatr Surg Int 2002; 18(5-6): 435-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12415374
6. Makela E, Lahdes-Vasama T, Rajakorpi H, Wikstrom S. A 19-year review of paediatric patients with acute scrotum. Scan J Surg 2007;96(1):62-6.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17461315
7. Klin B, Lotan G, Efrati Y, Zlotkevich L, Strauss S. Acute idiopathic scrotal edema in children–revisited. J Pediatr Surg 2002;37(8);1200-2.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12149702
8. van Langen AM, Gal S, Hulsmann AR, de Nef JJ. Acute idiopathic scrotal oedema: four cases and short review. Eur J Pediatr 2001;160(7):455-6.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11475590
9. Hara Y, Tajiri T, Matsuura K, Hasegawa A. Acute scrotum caused by Henoch-Schonlein purpura. Int J Urology 2004;11(7):578-80.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15242376
10. Singh S, Adivarekar P, Karmarkar SJ. Acute scrotum in children: a rare presentation of acute, nonperforated appendicitis. Pediatr Surg Int 2003;19(4):298-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12682749
11. Bingol-Kologlu M, Fedakar M, Yagmurlu A, Dindar H, Gokcora IH. An exceptional complication following appendectomy: acute inguinal and scrotal suppuration. Int Urol Nephrol 2006;38(3-4):663-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17160451
12. N g KH, Chung YFA, Wilde CC, Chee C. An unusual presentation of acute scrotum after appendicitis. Singapore Med J 2002;43(7):365-6.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12437045
13. D ayanir YO, Akdilli A, Karaman CZ, Sonmez F, Karaman G. Epididymoorchitis mimicking testicular torsion in Henoch-Schonlein purpura. Eur Radiol 2001;11(11):2267-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11702171
14. Krause W. Is acute idiopathic scrotal edema in children a special feature of neutrophilic eccrine hidradenitis? Dermatology 2004;208(1):86.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14730248
15. Diamond DA, Borer JG, Peters CA, Cilento BG Jr, Sorcini A, Kaefer M, Paltiel HJ. Neonatal scrotal haematoma: mimicker of neonatal testicular torsion. BJU Int 2003; 91:675-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12699483
16. Vlazakis S, Vlahakis I, Kakavelakis KN, Charissis G. Right acute hemiscrotum caused by insertion of an inflamed appendix. BJU Int 2002;89(9):967-8.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12010250
17. Ha TS, Lee JS. Scrotal involvement in childhood Henoch-Schonlein purpura. Acta Paediatr 2007;96(4):552-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17306010
18. Myers JB, Lovell MA, Lee RS, Furness PD 3rd, Koyle M. Torsion of an indirect hernia sac causing acute scrotum. J Pediatr Surg 2004;39(1):122-3.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14694389
19. Matsumoto A, Nagatomi Y, Sakai M, Oshi M. Torsion of the hernia sac within a hydrocele of the scrotum in a child. Int J Urol 2004;11(9):789-91.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15379947

20. Sauvat F, Hennequin S, Slimane MAA, Gauthier F. [Age for testicular torsion?] Arch Pediatr 2002;9(12):1226-9. [article in French]
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12536102
21. Kadish HA, Bolte RG. A retrospective review of pediatric patients with epididymitis, testicular torsion, and torsion of testicular appendages. Pediatrics 1998;102(1 Pt 1):73-6.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9651416
22. Somekh E, Gorenstein A, Serour F. Acute epididymitis in boys: evidence of a post-infectious etiology. J Urol 2004;171(1):391-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14665940
23. Nelson CP, Williams JF, Bloom DA. The cremaster reflex: a useful but imperfect sign in testicular torsion. J Pediatr Surg 2003; 38(8):1248-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12891505
24. M ushtaq I, Fung M, Glasson MJ. Retrospective review of pediatric patients with acute scrotum. ANZ J Surg 2003;73(1-2):55-8.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12534742
25. Murphy FL, Fletcher L, Pease P. Early scrotal exploration in all cases is the investigation and intervention of choice in the acute paediatric scrotum. Pediatr Surg Int 2006;22(5):413-6.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16602024
26. Baker LA, Sigman D, Mathews RI, Benson J, Docimo SG. An analysis of clinical outcomes using color doppler testicular ultrasound for testicular torsion. Pediatrics 2000;105(3 Pt 1):604-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10699116
27. S chalamon J, Ainoedhofer H, Schleef J, Singer G, Haxhija EQ, Hollwarth ME. Management of acute scrotum in children–the impact of Doppler ultrasound. J Pediatr Surg 2006;41(8):1377-80.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16863840
28. G unther P, Schenk JP, Wunsch R, Holland-Cunz S, Kessler U, Troger J Waag KL. Acute testicular torsion in children: the role of sonography in the diagnostic workup. Eur Radiol 2006;16(11):2527-32.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16724203
29. Kalfa N, Veyrac C, Lopez M, Lopez C, Maurel A, Kaselas C, Sibai S, Arena F, Vaos G, Breaud J, Merrot T, Kalfa D, Khochman I, Mironescu A, Minaev S, Averous M, Galifer RB. Multicenter assessment of ultrasound of the spermatic cord in children with acute scrotum. J Urol 2007;177(1):297-301.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17162068
30. Karmazyn B, Steinberg R, Kornreich L, Freud E, Grozovski S, Schwarz M, Ziv N, Livne P. Clinical and sonographic criteria of acute scrotum in children: a retrospective study of 172 boys. Pediatr Radiol 2005(3);35:302-10.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15503003
31. Lam WW, Yap TL, Jacobsen AS, Teo HJ. Colour Doppler ultrasonography replacing surgical exploration for acute scrotum: myth or reality? Pediatr Radiol 2005;35(6):597-600.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15761770
32. Pepe P, Panella P, Pennisi M, Aragona F. Does color Doppler sonography improve the clinical assessment of patients with acute scrotum? Eur J Radiol 2006;60(1):120-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16730939
33. Kalfa N, Veyrac C, Baud C, Couture A, Averous M, Galifer RB. Ultrasonography of the spermatic cordin children with testicular torsion: impact on the surgical strategy. J Urol 2004;172(4 Pt 2):1692-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15371792
34. Yuan Z, Luo Q, Chen L, Zhu J, Zhu R. Clinical study of scrotum scintigraphy in 49 patients with acute scrotal pain: a comparison with ultrasonography. Ann Nucl Med 2001;15(3):225-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11545192
35. Nussbaum Blask, Bulas D, Shalaby-Rana E, Rushton G, Shao C, Majd M. Color Doppler sonographyand scintigraphy of the testis: a prospective, comparative analysis in children with acute scrotal pain. Pediatr Emerg Care 2002;18(2):67-71.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11973493
36. Paltiel HJ, Connolly LP, Atala A, Altiel AD, Zurakowski D, Treves ST. Acute scrotal symptoms in boys with an indeterminate clinical presentation: comparison of color Doppler sonography and scintigraphy. Radiology 1998;207:223-31.
http://radiology.rsnajnls.org/cgi/content/abstract/207/1/223

37. Terai A, Yoshimura K, Ichioka K, Ueda N, Utsunomiya N, Kohei N, Arai Y, Watanabe Y. Dynamic contrast-enhanced subtraction magnetic resonance imaging in diagnostics of testicular torsion.Urology 2006;67(6):1278-82. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16765192
38. Karmazyn B, Steinberg R, Livne P, Kornreich L, Grozovski S, Schwarz M, Nitza Z, Freud E. Duplex sonographic findings in children with torsion of the testicular appendages: overlap with epididymitis and epididymoorchitis. J Pediatr Surg 2006;41(3):500-4. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16516624
39. Lau P, Anderson PA, Giacomantonio JM, Schwarz RD. Acute epididymitis in boys: are antibiotics indicated? Br J Urol 1997;79(5):797-800. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9158522
40. Abul F, Al-Sayer H, Arun N. The acute scrotum: a review of 40 cases. Med Princ Pract 2005;14(3): 177-81. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15863992
41. Cornel EB, Karthaus HF. Manual derotation of the twisted spermatic cord. BJU Int 1999;83(6): 672-4. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10233577
42. Garel L, Dubois J, Azzie G, Filiatrault D, Grignon A, Yazbeck S. Preoperative manual detorsion of the spermatic cord with Doppler ultrasound monitoring in patients with intravaginal acute testicular torsion. Pediatr Radiol 2000;30(1):41-4. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10663509
43. Sessions AE, Rabinowitz R, Hulbert WC, Goldstein MM, Mevorach RA. Testicular torsion: direction, degree, duration and disinformation. J Urol 2003;169(2):663-5. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12544339
44. Visser AJ, Heyns CF. Testicular function after torsion of the spermatic cord. BJU Int 2003;92(3):200-3. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12887467
45. Tryfonas G, Violaki A, Tsikopoulos G, Avtzoglou P, Zioutis J, Limas C, Gregoriadis G, Badouraki M. Late postoperative results in males treated for testicular torsion during childhood. J Pediatr Surg 1994;29(4):553-6. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8014814
46. Anderson MJ, Dunn JK, Lishultz LI, Coburn M. Semen quality and endocrine parameters after acute testicular torsion. J Urol 1992;147(6):1545-50. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1593686
47. Arap MA, Vicentini FC, Cocuzza M, Hallak J, Athayde K, Lucon AM, Arap S, Srougi M. Late hormonal levels, semen parameters, and presence of antisperm antibodies in patients treated for testicular torsion. J Androl 2007;28(4):528-32. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17287456
48. Mor Y, Pinthus JH, Nadu A, Raviv G, Golomb J, Winkler H, Ramon J. Testicular fixation following torsion of the spermatic cord- does it guarantee prevention of recurrent torsion events? J Urol 2006;175(1):171-4. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16406900
49. Haj M, Shasha SM, Loberant N, Farhadian H. Effect of external scrotal cooling on the viability of the testis with torsion in rats. Eur Surg Res 2007;39(3):160-9. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17341878
50. Aksoy H, Yapanoglu T, Aksoy Y, Ozbey I, Turhan H, Gursan N. Dehydroepiandrosterone treatment attenuates reperfusion injury after testicular torsion and detorsion in rats. J Pediatr Surg 2007;42(10):1740-4. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17923206
51. Akcora B, Altug ME, Kontas T, Atik E. The protective effect of darbepoetin alfa on experimental testicular torsion and detorsion injury. Int J Urol 2007;14(9):846-50. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17760753
52. Y azihan N, Ataoglu H, Koku N, Erdemli E, Sargin AK. Protective role of erythropoietin during testicular torsion of the rats. World J Urol 2007;25(5):531-6. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17690891
53. U nal D, Karatas OF, Savas M, Yeni E, Keser BS, Verit A, Erel O,Bitiren M. Protective effects of trimetazidine on testicular ischemia-reperfusion injury in rats. Urol Int 2007;78(4):356-62. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17495496
54. D okmeci D, Kanter M, Inan M, Aydogdu N, Basaran UN, Yalcin O, Turan FN. Protective effects of ibuprofen on testicular torsion/detorsion-induced ischemia/reperfusion injury in rats. Arch Toxicol 2007;81(9):655-63. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17345063

55. Turner TT, Bang HJ, Lysiak JJ. Experimental testicular torsion: reperfusion blood flow and subsequent testicular venous plasma testosterone concentration. Urology 2005;65(2):390-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15708073
54. Ozkan MH, Vural IM, Moralioglu S, Uma S, Sarioglu Y. Torsion/detorsion of the testis does not modify responses to nitric oxide in rat isolated penile bulb. Basic Clin Pharmacol Toxicol 2007;101(2):117-20.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17651313
55. Yerkes EB, Robertson FM, Gitlin J, Kaefer M, Cain M, Rink RC. Management of perinatal torsion: today, tomorrow or never? J Urol 2005;174(4 Pt 2): 1579-83.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16148656
56. Cuervo JL, Grillo A, Vecchiarelli C, Osio C, Prudent L. Perinatal testicular torsion: a unique strategy. J Pediatr Surg 2007;42:699-703.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17448769
57. van der Sluijs JW, den Hollander JC, Lequin MH, Nijman RM, Robben SG. Prenatal testicular torsion: diagnosis and natural course. An ultrasonographic study. Eur Radiol 2004;14(2):250-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12955451
58. Baglaj M, Carachi R. Neonatal bilateral testicular torsion: a plea for emergency exploration. J Urol 2007;177(6):2296-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17509343
59. S orensen MD, Galansky SH, Striegl AM, Mevorach R, Koyle MA. Perinatal extravaginal torsion of the testis in the first month of life is a salvageable event. Urology 2003;62(1):132-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12837441

6. HIPOSPADIAS

6.1 Generalidades

El hipospadias puede definirse como una hipoplasia de los tejidos que forman la superficie ventral del pene después de la división del cuerpo esponjoso. El hipospadias suele clasificarse en función de la localización anatómica del orificio uretral desplazado proximalmente:

- Hipospadias distal-anterior (localizado en el glande o la porción distal del cuerpo del pene y tipo más frecuente de hipospadias)
- Hipospadias intermedio-medio (peniano)
- Hipospadias proximal-posterior (penoescrotal, escrotal, perineal)

La afección puede ser mucho más grave después de la liberación de la piel.

6.1.1 Factores de riesgo

Los factores de riesgo relacionados con el hipospadias son probablemente genéticos, placentarios o ambientales (1) (grado de comprobación científica: 2b).

- Se detectan trastornos endocrinos en muy pocos casos.
- Los niños nacidos de madres jóvenes o de edad avanzada y los niños con un bajo peso al nacer corren un mayor riesgo de hipospadias.
- Un aumento significativo de la incidencia de hipospadias durante los últimos 20 años sugiere la participación de factores ambientales (alteradores hormonales y pesticidas) (2-5).

El uso de anticonceptivos orales antes del embarazo no se ha asociado a un mayor riesgo de hipospadias en la descendencia (6) (grado de comprobación científica: 2a; grado de recomendación: B).

6.2 Diagnóstico

Los pacientes con hipospadias deberían ser diagnosticados al nacer (excepto la variante con prepucio intacto y megameato). El diagnóstico requiere una descripción de los hallazgos locales:

- Posición, forma y anchura del orificio
- Presencia de uretra atrésica y división del cuerpo esponjoso
- Aspecto del capuchón prepucial y el escroto
- Tamaño del pene
- Curvatura del pene en erección

La valoración diagnóstica incluye asimismo una evaluación de las anomalías asociadas, que son:

- Criptorquidia (hasta en el 10 % de los casos de hipospadias)
- Proceso vaginal abierto o hernia inguinal (en el 9 %-15 %)

El hipospadias grave con testículo impalpable uni o bilateral, o con genitales ambiguos, requiere un examen genético y endocrino completo inmediatamente después del parto para descartar intersexualidad, especialmente una hiperplasia suprarrenal congénita.

La expulsión de un hilo de orina y el abombamiento de la uretra requiere la exclusión de una estenosis del meato.

La incidencia de anomalías de las vías urinarias superiores no es diferente de la observada en la población general, salvo en formas muy graves de hipospadias (2, 3).

6.3 Tratamiento

La diferenciación entre intervenciones quirúrgicas funcionalmente necesarias y estéticamente viables es importante a la hora de tomar decisiones terapéuticas.

Las indicaciones funcionales de la cirugía son:

- Meato de localización proximal
- Chorro urinario desviado ventralmente
- Estenosis del meato
- Pene curvo

Las indicaciones estéticas, relacionadas firmemente con la psicología del progenitor o la psicología del futuro paciente, son:

- Meato de localización anómala
- Glande hendido
- Pene rotado con rafe cutáneo anómalo
- Capuchón prepucial
- Transposición penoescrotal
- Escroto dividido

Dado que toda intervención quirúrgica entraña un riesgo de complicaciones, un asesoramiento preoperatorio detallado de los padres es esencial.

Los objetivos terapéuticos son corregir la curvatura del pene, formar una neouretra de tamaño adecuado, llevar el neomeato a la punta del glande, si es posible, y conseguir un aspecto estético general aceptable de los genitales del niño (2, 3) (grado de comprobación científica: 4; grado de recomendación: C) (figura 1).

Resulta imprescindible el uso de gafas de aumento y materiales de sutura reabsorbibles sintéticos finos especiales (6/0-7/0). Como en cualquier intervención quirúrgica sobre el pene, hay que tener una cautela excepcional con el uso del electrocauterio. El conocimiento de diversas técnicas de reconstrucción quirúrgica, el cuidado de las heridas y el tratamiento postoperatorio resultan esenciales para obtener un resultado satisfactorio. La hormonoterapia preoperatoria con aplicación local o parenteral de testosterona, dihidrotestosterona o gonadotropina coriónica beta puede ser útil en pacientes con un pene pequeño o para practicar una nueva intervención quirúrgica.

6.3.1 Edad en el momento de la cirugía

La edad en el momento de la intervención de reparación de un hipospadias primario suele ser de 6-18 (7) meses (2) (grado de comprobación científica: 4; grado de recomendación: C). Sin embargo, recientemente se ha descrito una reparación más precoz, entre los 4 y 6 meses de edad (grado de comprobación científica: 3; grado de recomendación: B).

6.3.2 Curvatura del pene

En caso de estar presente, la curvatura del pene se libera a menudo mediante un desguantamiento (*degloving*) del pene (curvatura [*chordee]* cutánea) y una extirpación del tejido conjuntivo de la curvatura genuina en la superficie ventral del pene. La placa uretral posee tejido conjuntivo bien vascularizado y no causa curvatura en la mayoría de los casos. La curvatura residual se debe a una desproporción del cuerpo y requiere un enderezamiento del pene, en su mayor parte mediante una ortoplastia dorsal (modificación de la plicatura dorsal de Nesbit) (9) (grado de comprobación científica: 3; grado de recomendación: B).

6.3.3 Conservación de la placa uretral bien vascularizada

La piedra angular de la reparación del hipospadias es la conservación de la placa uretral bien vascularizada y su utilización para la reconstrucción uretral ha pasado a ser básica para reparar el hipospadias (10).

Cuando la placa uretral es ancha, puede tubulizarse siguiendo la técnica de Thiersch-Duplay. Cuando la placa es demasiado estrecha para ser tubulizada simplemente, se recomienda practicar una incisión relajante en la línea media de la placa, seguida de una reconstrucción según la técnica de Snodgrass-Orkiszewski, en el hipospadias distal, así como en el hipospadias proximal (aunque la tasa de complicaciones es mayor) (7, 11-15).

La técnica de *onlay* se prefiere en el hipospadias proximal y en el caso de una placa que no está demasiado sana o es demasiado estrecha. Para las formas distales de hipospadias hay diversas técnicas disponibles (por ejemplo, Mathieu, avance uretral, etc.) (12, 16) (grado de comprobación científica: 2b; grado de recomendación: B).

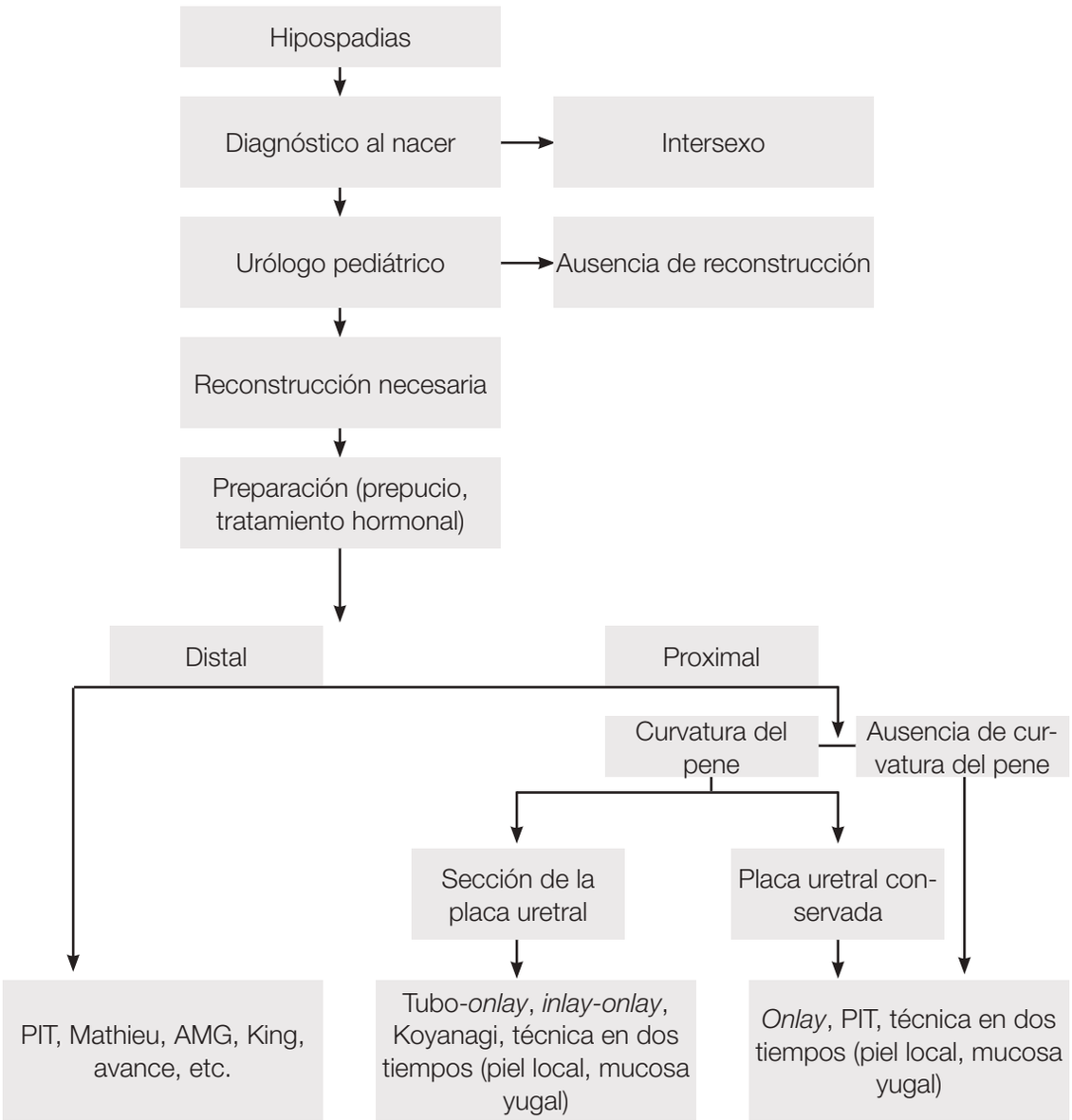
Si no puede conservarse la continuidad de la placa uretral, se utiliza una modificación del colgajo tubulizado, con un colgajo en tubo-*onlay* o un *inlay*-*onlay*, para prevenir la estenosis de la uretra (17, 18) (grado de comprobación científica: 3; grado de recomendación: C). En esta situación, así como en el hipospadias escrotal o penoescrotal grave, la técnica de Koyanagi o en dos tiempos puede ser una opción (19-21).

Cuando no se dispone de piel del prepucio o pene, o presenta signos de balanitis xerótica obliterante, se utiliza un injerto de mucosa yugal en una reparación *onlay* o en dos tiempos (22-25) (grado de comprobación científica: 3; grado de recomendación: C). Es posible que el uso de injertos de piel *inlay* permita realizar un mayor número de reparaciones en un solo tiempo (26, 27).

6.3.4 Reparaciones de hipospadias operados previamente

En cuanto a las reparaciones de hipospadias operados previamente, no pueden ofrecerse recomendaciones definitivas. Todos los procedimientos anteriores se utilizan de formas diferentes y a menudo se modifican de acuerdo con las necesidades individuales del paciente.

Figura 1: Algoritmo para tratar el hipospadias



PIT = uretroplastia con placa incidida tubulizada; AMG = avance del meato y glandeplastia.

6.3.5 Reconstrucción uretral

Tras la formación de la neouretra, la intervención se completa mediante una glandeplastia y reconstrucción de la piel del pene. Cuando hay escasez de cobertura cutánea, puede utilizarse la técnica de doble cara prepucial o la colocación de la línea de sutura en el escroto. En los países en los que la circuncisión no se realiza de forma sistemática, puede considerarse la reconstrucción del prepucio. Sin embargo, en la reparación PIT, hay que informar a los padres de que el uso de un colgajo de dartos prepucial reduce la tasa de fístulas (11) (grado de comprobación científica: 2; grado de recomendación: B).

6.3.6 Drenaje de orina y colocación de apósitos en la herida

La orina se drena con una endoprótesis de goteo transuretral o con una sonda suprapúbica. Algunos cirujanos no utilizan drenaje tras la reparación de un hipospadias distal. La colocación de un apósito circular con compresión leve y el uso de antibióticos profilácticos son procedimientos consolidados.

Se ha descrito una amplia variedad de duraciones de las endoprótesis y los apósitos. No pueden ofrecerse recomendaciones debido al bajo grado de comprobación científica.

6.3.7 Resultados

Los adolescentes que se han sometido a la reparación de un hipospadias en la infancia presentan una tasa ligeramente mayor de insatisfacción con el tamaño del pene, pero su comportamiento sexual no es diferente del observado en los controles (28) (grado de comprobación científica: 2a).

6.4 Bibliografía

1. Morera A, Valmalle A, Asensio M, Chossegros L, Chauvin M, Durand P, Mouriquand P. A study of risk factors for hypospadias in the Rhône-Alpes region (France). J Ped Urol 2006;2(3):169-77. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18947603
2. Belman AB. Hypospadias and chordee. In: Belman AB, King LR, Kramer SA, eds. Clinical Pediatric Urology. 4th edn. London, Martin Dunitz, 2002, pp. 1061-1092.
3. M ouriquand OD, Mure PY. Hypospadias. In: Gearhart J, Rink R, Mouriquand PDE, eds. Pediatric Urology, Philadelphia, WB Saunders, 2001, pp. 713-728.
4. Wang Z, Liu BC, Lin GT, Lin CS, Lue TF, Willingham E, Baskin LS. Up-regulation of estrogen responsive genes in hypospadias: microarray analysis. J Urol 2007;177(5):1939-46. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17437852
5. Weidner IS, Moller H, Jensen TK, Skakkebaek NE. Risk factors for cryptorchidism and hypospadias. J Urol 1999;161(5):1606-9. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10210427
6. Wogelius P, Horvath-Puho E, Pedersen L, Norgaard M, Czeizel AE, Sorensen HT. Maternal use of oral contraceptives and risk of hypospadias–a population-based case-control study. Eur J Epidemiol 2006;21(10):777-81. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17077991
7. S nodgrass WT, Yucel S. Tubularized incised plate for mid shaft and proximal hypospadias repair. J Urol 2007;177(2):698-702. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17222659
8. Perlmutter AE, Morabito R, Tarry WF. Impact of patient age on distal hypospadias repair: a surgical perspective. Urology 2006;68(3):648-51. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16979730
9. Baskin LS, Duckett JW, Ueoka K, Seibold J, Snyder HM 3rd. Changing concepts of hypospadias curvature lead to more onlay island flap procedures. J Urol 1994;151(1):191-6. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8254812
10. Hollowell JG, Keating MA, Snyder HM 3rd, Duckett JW. Preservation of the urethral plate in hypospadias repair: extended applications and further experience with the onlay island flap urethroplasty. J Urol 1990;143(1): 98-100; discussion 100-1. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2294275
11. E l-Sherbiny MT, Hafez AT, Dawaba MS, Shorrab AA, Bazeed MA. Comprehensive analysis of tubularized incised-plate urethroplasty in primary and re-operative hypospadias. BJU Int 2004;93(7):1057-61. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15142164
12. Germiyanoglu C, Nuhoglu B, Ayyildiz A, Akgul KT. Investigation of factors affecting result of distal hypospadias repair: comparison of two techniques. Urology 2006;68(1):182-5. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16806428
13. Orkiszewski M, Leszniewski J. Morphology and urodynamics after longitudinal urethral plate incision in proximal hypospadias repairs: long-term results. Eur J Pediatr Surg 2004;14(1):35-8. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15024677
14. Riccabona M, Oswald J, Koen M, Beckers G, Schrey A, Lusuardi L. Comprehensive analysis of six years experience in tubularized incised plate urethroplasty and its extended application in primary and secondary hypospadias repair. Eur Urol 2003;44(6):714-9. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14644125

15. Snodgrass W, Koyle M, Manzoni G, Hurwitz R, Caldamone A, Ehrlich R. Tubularized incised plate hypospadias repair: results of a multicenter experience. J Urol 1996;156(2 Pt 2):839-41.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8683797
16. Meyer-Junghanel L, Petersen C, Mildenberger H. Experience with repair of 120 hypospadias using Mathieu's procedure. Eur J Pediatr Surg 1995;5(6):355-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8773227
17. Kocvara R, Dvoracek J. Inlay-onlay flap urethroplasty for hypospadias and urethral stricture repair. J Urol 1997;158(6):2142-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9366331
18. Perovic S, Vukadinovic V. Onlay island flap urethroplasty for severe hypospadias: a variant of the technique. J Urol 1994;151(3):711-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8308994
19. Bracka A. Hypospadias repair: the two-stage alternative. Br J Urol 1995;76 (Suppl 3):31-41.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8535768
20. Hayashi Y,Kojima Y, Mizuno K, Nakane A, Kurokawa S, Maruyama T, Kohri K. Neo-modified Koyanagi technique for the single-stage repair of proximal hypospadias. J Ped Urol 2007;3(3):239-42.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18947743
21. Lam P.N., Greenfield S.P., Williot P. 2-stage repair in infancy for severe hypospadias with chordee: long-term results after puberty. J Urol 2005;174(4 Pt 2):1567-72.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16148653
22. Ahmed S, Gough DC. Buccal mucosal graft for secondary hypospadias repair and urethral replacement. Br J Urol 1997;80(2):328-30.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9284210
23. Amukele SA, Stock JA, Hanna MK. Management and outcome of complex hypospadias repairs. J Urol 2005;174(4 Pt 2):1540-2.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16148648
24. Caldamone AA, Edstrom LE, Koyle MA, Rabinowitz R, Hulbert WC. Buccal mucosal grafts for urethral reconstruction. Urology 1998;51(5A Suppl):15-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9610551
25. M okhless IA, Kader MA, Fahmy N, Youssef M. The multistage use of buccal mucosa grafts for complex hypospadias: histological changes. J Urol 2007;177(4):1496-9;discussion 1499-500.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17382762
26. Asanuma H, Satoh H, Shishido S. Dorsal inlay graft urethroplasty for primary hypospadiac repair. Int J Urol 2007;14(1):43-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17199859
27. Schwentner C, Gozzi C, Lunacek A, Rehder P, Bartsch G, Oswald J, Radmayr C. Interim outcome of the single stage dorsal inlay skin graft for complex hypospadias reoperations. J Urol 2006;175(5):1872-1876; discussion 1876-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16600785
28. M oriya K, Kakizaki H, Tanaka H, Furuno T, Higashiyama H, Sano H, Kitta T, Nonomura K. Long-term cosmetic and sexual outcome of hypospadias surgery: norm related study in adolescence. J Urol 2006;176(4 Pt 2):1889-92; discussion 1892-3.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16945681

7. CURVATURA CONGÉNITA DEL PENE

7.1 Generalidades

La curvatura del pene puede ser ventral, dorsal o lateral. La mayoría de las curvaturas ventrales se asocian a hipospadias por *chordee* o a displasia ventral de los cuerpos cavernosos (1). Asimismo, la curvatura dorsal se asocia principalmente a epispadias (2). La curvatura del pene aislada no es frecuente, con una incidencia del 0,6 % (3) (grado de comprobación científica: 2). La curvatura está causada por la asimetría de los cuerpos cavernosos (1, 4).

Una curvatura superior a 30 grados se considera clínicamente significativa y una superior a 60 grados puede dificultar un coito satisfactorio en la edad adulta (5) (grado de comprobación científica: 4).

7.2 Diagnóstico

El diagnóstico se realiza durante la reparación del hipospadias o epispadias con una erección artificial (6). La anomalía aislada no suele reconocerse hasta después de la infancia porque el aspecto del pene es normal. La curvatura sólo se observa durante las erecciones.

7.3 Tratamiento

El tratamiento es quirúrgico. Se utiliza una erección artificial para determinar el grado de curvatura y comprobar la simetría después de la reparación (6).

En el hipospadias, en primer lugar se libera el *chordee* relacionado con la fijación de la piel ventral y con los pilares esponjosos. Tan sólo en algunos casos, la curvatura del pene se debe a una placa uretral corta, que ha de seccionarse.

Para reparar la angulación del cuerpo en la curvatura aislada o la curvatura asociada a hipospadias, se utilizan diferentes técnicas de plicatura de los cuerpos cavernosos (ortoplastia) (5).

En caso de epispadias, suele ser necesaria una combinación de liberación completa del cuerpo de la uretra desde los cuerpos cavernosos y un tipo diferente de corporoplastia con o sin corporotomía para lograr un pene recto (7, 8).

7.4 Bibliografía

1. Baskin LS, Duckett JW, Lue TF. Penile curvature. Urology 1996;48(3):347-56. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8804484
2. Baka-Jakubiak M. Combined bladder neck, urethral and penile reconstruction in boys with the exstrophy-epispadias complex. BJU Int 2000;86(4):513-8. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10971283
3. Y achia D, Beyar M, Aridogan IA, Dascalu S. The incidence of congenital penile curvature. J Uro 1993;150(5 Pt 1):1478-9. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8411431
4. C endron M. Disorders of the penis and scrotum. In: Gearhart JP, Rink RC, Mouriquand PDE, eds. Pediatric urology. Philadelphia: WB Saunders, Philadelphia, 2001, pp. 729-37
5. E bbehoj J, Metz P. Congenital penile angulation. BJU Int 1987;60(3):264-6. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3676675
6. G ittes RF, McLaughlin AP 3rd. Injection technique to induce penile erection. Urology 1974;4(4):473-4. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4418594
7. Woodhouse CRJ. The genitalia in exstrophy and epispadias. In: Gearhart JP, Rink RC, Mouriquand PDE, eds. Pediatric urology. Philadelphia: WB Saunders 2001, pp. 557-64.
8. Zaontz MR, Steckler RE, Shortliffe LM, Kogan BA, Baskin L, Tekgul S. Multicenter experience with the Mitchell technique for epispadias repair. J Urol 1998;160(1):172-6. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9628644

8. VARICOCELE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

8.1 Generalidades

El varicocele se define como una dilatación anormal de las venas testiculares en el plexo pampiniforme causada por reflujo venoso. Es infrecuente en los niños menores de 10 años y se torna más frecuente al principio de la pubertad. Se encuentra en el 15 %-20 % de los adolescentes, con una incidencia similar en la edad adulta. Aparece principalmente en el lado izquierdo (78 %-93 % de los

casos). Los varicoceles derechos son menos habituales; normalmente sólo se observan cuando existen varicoceles bilaterales y rara vez aparecen como un hallazgo aislado (1, 2).

El varicocele aparece durante el crecimiento corporal acelerado por un mecanismo que no se conoce plenamente. El varicocele puede inducir vías apoptósicas debido a estrés por calor, privación de andrógenos y acumulación de materiales tóxicos. Se encuentra una lesión grave en el 20 % de los adolescentes afectados, así como hallazgos anormales en el 46 %. Los datos histológicos son similares en los niños o adolescentes y en los varones infértiles. En el 70 % de los pacientes con varicocele de grado II y III se observa una pérdida del volumen testicular izquierdo. Sin embargo, los estudios de correlación de un testículo hipoplásico con una baja calidad del semen han deparado resultados controvertidos (3, 4).

Varios autores han comunicado una corrección del crecimiento testicular después de la varicocelectomía en adolescentes (grado de comprobación científica: 2) (5, 6). Sin embargo, esto puede atribuirse en parte al edema testicular asociado a la sección de los vasos linfáticos (grado de comprobación científica: 2) (7).

En aproximadamente el 20 % de los adolescentes con varicocele surgen problemas de fertilidad (8). La influencia adversa del varicocele aumenta con el tiempo. Se ha demostrado una mejoría de los parámetros espermáticos tras una varicocelectomía en adolescentes (grado de comprobación científica: 1) (3, 9).

8.2 Diagnóstico

El varicocele es en su mayor parte asintomático y rara vez provoca dolor a esa edad. Puede ser advertido por los pacientes o sus padres o bien ser descubierto por el pediatra en una visita habitual. El diagnóstico depende del hallazgo clínico de un conjunto de venas dilatadas y tortuosas en postura erguida; las venas son más pronunciadas cuando el paciente realiza la maniobra de Valsalva.

El varicocele se clasifica en 3 grados: grado I, Valsalva positivo (palpable sólo con la maniobra de Valsalva); grado II, palpable (palpable sin la maniobra de Valsalva); grado III, visible (visible a distancia) (10). El tamaño de ambos testículos ha de evaluarse durante la palpación para detectar un testículo más pequeño.

El reflujo venoso hacia el plexo pampiniforme se diagnostica mediante la distribución del flujo en color Doppler en decúbito supino y en posición erguida (11). El reflujo venoso detectado en la ecografía se clasifica exclusivamente como varicocele subclínico. La ecografía incluye una evaluación del volumen testicular para discriminar una hipoplasia testicular. En los adolescentes, un testículo más pequeño que el otro en más de 2 ml se considera hipoplásico (grado de comprobación científica: 4) (1).

A fin de evaluar la lesión testicular en adolescentes con varicocele se consideran fiables unas respuestas supranormales de folitropina (FSH) y lutropina (LH) a la prueba de estimulación con luliberina (LHRH), ya que se han identificado cambios testiculares histopatológicos en estos pacientes (9, 12).

8.3 Tratamiento

La intervención quirúrgica se basa en la ligadura u oclusión de las venas espermáticas internas. La ligadura se realiza a distintos niveles:

- ligadura microquirúrgica inguinal (o subinguinal)
- ligadura suprainguinal, mediante técnicas abiertas o laparoscópicas (13-16)

La ventaja de la primera es la menor invasividad del procedimiento, mientras que la ventaja de la segunda radica en un número considerablemente menor de venas a ligar y en la seguridad de la sección accidental de la arteria espermática interna a nivel suprainguinal.

Para la ligadura quirúrgica debe utilizarse alguna forma de aumento óptico (microscópico o laparoscópico) porque la arteria espermática interna tiene un diámetro de 0,5 mm a la altura del anillo interno

(13-15, 17). La tasa de recurrencia suele ser inferior al 10 %. La oclusión angiográfica se basa en una esclerosis retrógrada o anterógrada de las venas espermáticas internas (18, 19).

Se prefiere la varicocelectomía con conservación linfática para evitar la formación de hidroceles y la aparición de hipertrofia testicular y para lograr una mejor función testicular según la prueba de estimulación con LHRH (grado de comprobación científica: 2; grado de recomendación: A) (7, 13, 16, 17, 20). Los métodos de elección consisten en reparaciones microquirúrgicas (microscópicas) subinguinales o inguinales o en reparaciones con conservación linfática abiertas o laparoscópicas suprainguinales.

La oclusión angiográfica de las venas espermáticas internas también cumple estos requisitos. Sin embargo, aunque este método es menos cruento, parece acompañarse de una mayor tasa de fracasos (grado de comprobación científica: 2; grado de recomendación: B) (1, 19).

No existen pruebas de que el tratamiento del varicocele a una edad pediátrica ofrezca un mejor resultado andrológico que una intervención realizada con posterioridad. Los criterios recomendados de indicación de la varicocelectomía en niños y adolescentes son (1, 21):

- varicocele asociado a un testículo pequeño
- enfermedad testicular añadida que afecta a la fertilidad
- varicocele palpable bilateral
- calidad patológica del semen (en adolescentes mayores)
- varicocele asociado a una respuesta supranormal en la prueba de estimulación con LHRH
- varicocele sintomático

También puede contemplarse la reparación de un varicocele extenso que provoca molestias físicas o psicológicas. Otros varicoceles deberán ser objeto de seguimiento hasta que pueda realizarse un espermiograma fiable (grado de comprobación científica: 4; grado de recomendación: C).

8.4 Bibliografía

1. Kogan SJ. The pediatric varicocele. In: Gearhart JP, Rink RC, Mouriquand PDE, eds. Pediatric urology. Philadelphia: WB Saunders, 2001, pp. 763-773.
2. Oster J. Varicocele in children and adolescents. An investigation of the incidence among Danish school children. Scand J Urol Nephrol;1971;5(1):27-32.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5093090
3. L ven JS, Haans LC, Mali WP, te Velde ER, Wensing CJ, Eimers JM. Effects of varicocele treatment in adolescents: a randomized study. Fertil Steril 1992;58(4):756-62.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1426322
4. Pinto KJ, Kroovand RL, Jarow JP. Varicocele related testicular atrophy and its predictive effect upon fertility. J Urol 1994;152(2 Pt 2):788-90.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8022015
5. Kass EJ, Belman AB. Reversal of testicular growth failure by varicocele ligation. J Urol 1987;137(3): 475-6.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3820376
6. Paduch DA, Niedzielski J. Repair versus observation in adolescent varicocele: a prospective study. J Urol 1997;158(3 Pt 2):1128-32.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9258155
7. Kocvara R, Dolezal J, Hampl R, Povysil C, Dvoracek J, Hill M, Dite Z, Stanek Z, Novak K. Division of lymphatic vessels at varicocelectomy leads to testicular oedema and decline in testicular function according to the LH-RH analogue stimulation test. Eur Urol 2003;43(4):430-5.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12667726
8. World Health Organization. The influence of varicocele on parameters of fertility in a large group of men presenting to infertility clinics. Fertil Steril 1992;57(6):1289-93.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1601152

9. Okuyama A, Nakamura M, Namiki M, Takeyama M, Utsunomiya M, Fujioka H, Itatani H, Matsuda M, Matsumoto K, Sdonoda T. Surgical repair of varicocele at puberty: preventive treatment for fertility improvement. J Urol 1988;139(3):562-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3343743
10. D ubin L, Amelar RD. Varicocele size and results of varicocelectomy in selected subfertile men with a varicocele. Fertil Steril 1970;21(8):606-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5433164
11. T asci AI, Resim S, Caskurlu T, Dincel C, Bayrakter Z, Gurbuz G. Color Doppler ultrasonography and spectral analysis of venous flow in diagnosis of varicocele. Eur Urol 2001;39(3):316-21.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11275726
12. Aragona F, Ragazzi R, Pozzan GB, De Caro R, Munari PF, Milani C, Glazel GP. Correlation of testicula volume, histology and LHRH test in adolescents with idiopathic varicocele. Eur Urol 1994;26(1):61-6.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7925532%2C7925635
13. Goldstein M, Gilbert BR, Dicker AP, Dwosh J, Gnecco C. Microsurgical inguinal varicocelectomy with delivery of the testis: an artery and lymphatic sparing technique. J Urol 1992;148(6):1808-11.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1433614
14. H opps CV, Lemer ML, Schlegel PN, Goldstein M. Intraoperative varicocele anatomy: a microscopic study of the inguinal versus subinguinal approach. J Urol 2003;170(6 Pt 1):2366-70.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14634418
15. Kocvara R, Dvoracek J, Sedlacek J, Dite Z, Novak K. Lymphatic-sparing laparoscopic varicocelectomy: a microsurgical repair. J Urol 2005;173(5):1751-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15821575
16. R iccabona M, Oswald J, Koen M, Lusuardi L, Radmayr C, Bartsch G. Optimizing the operative treatment of boys with varicocele: sequential comparison of 4 techniques. J Urol 2003;169(2):666-8.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12544340
17. M armar J, Benoff S. New scientific information related to varicoceles. (Editorial). J Urol 2003;170 (6 Pt 1):2371-3.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14634419
18. M azzoni G, Minucci S, Gentile V. Recurrent varicocele: role of antegrade sclerotherapy as first choice treatment. Eur Urol 2002;41(6):614-8; discussion 618.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12074778
19. T hon WF, Gall H, Danz B, Bahren W, Sigmund G. Percutaneous sclerotherapy of idiopathic varicocele in childhood: a preliminary report. J Urol 1989;141(4):913-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2926889
20. M inevich E, Wacksman J, Lewis AG, Sheldon CA. Inguinal microsurgical varicocelectomy in the adolescent: technique and preliminary results. J Urol 1998;159(3):1022-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9474223
21. Kass EJ, Reitelman C. The adolescent with a varicocele: who needs repair? Probl Urol 1994;8: 507-17.

9. MICROPENE

9.1 Generalidades

El micropene es un pene pequeño pero, por lo demás, normalmente formado con una longitud estirado inferior a 2,5 desviaciones estándar por debajo de la media (1-3).

Además de un micropene idiopático, se han identificado dos causas principales de estimulación hormonal anormal:

- Hipogonadismo hipogonadotrópico (debido a una secreción insuficiente de GnRH).
- Hipogonadismo hipergonadotrópico (debido a una incapacidad de los testículos de producir testosterona)

9.2 Diagnóstico

El pene se mide en la cara dorsal, mientras se estira, desde la sínfisis del pubis hasta la punta del glande (1). Se palpan los cuerpos cavernosos, el escroto suele ser pequeño y los testículos pueden ser pequeños y estar descendidos. El micropene debe diferenciarse del pene enterrado y plegado, que suele ser de tamaño normal.

La evaluación inicial debe determinar si la etiología del micropene es central (hipotálamo/hipófisis) o testicular. Ha de llevarse a cabo una evaluación endocrinológica pediátrica inmediatamente. La cariotipificación es obligatoria en todos los pacientes con micropene.

Hay que evaluar la función endocrina testicular (concentraciones séricas basales y estimuladas de testosterona, LH y FSH). Las concentraciones estimuladas de hormonas también dan una idea del potencial de crecimiento del pene. En los pacientes con testículos impalpables e hipogonadismo hipogonadotrópico debe realizarse una laparoscopia para confirmar un síndrome de testículos evanescentes o unos testículos hipoplásicos criptorquídicos intraabdominales. Esta investigación puede demorarse hasta el año de edad (2).

9.3 Tratamiento

El endocrinólogo pediátrico se encarga de tratar la insuficiencia hipofisaria o testicular. En los pacientes con insuficiencia testicular y sensibilidad a los andrógenos confirmada se recomienda el tratamiento con andrógenos durante la infancia y la pubertad para estimular el crecimiento del pene (grado de comprobación científica: 2; grado de recomendación: B) (4-7). En presencia de insensibilidad a los andrógenos, se pone en duda el buen resultado en cuanto a función sexual y puede contemplarse una conversión de sexo (8-10).

9.4 Bibliografía

1. Feldman KW, Smith DW. Fetal phallic growth and penile standards for newborn male infants. J Pediatr 1975;86(3):395-8.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1113226
2. Aaronson IA. Micropenis; medical and surgical implications. J Urol 1994;152:4-14.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8201683
3. G onzales JR. Micropenis. AUA Update Series 1983;2:1.
4. Burstein S, Grumbach MM, Kaplan SL. Early determination of androgen-responsiveness is important in the management of microphallus. Lancet 1979;2(8150):983-6
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/91775
5. C hoi SK, Han SW, Kim DH, de Lignieres B. Transdermal dihydrotestosterone therapy and its effects on patients with microphallus. J Urol 1993;150(2 Pt 2):657-60.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8326617
6. D iamond M. Pediatric management of ambiguous and traumatized genitalia. J Urol 1999;162 (3 Pt 2):1021-8.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10458424
7. Bin-Abbas B, Conte FA, Grumbach MM, Kaplan SL. Congenital hypogonadotrophic hypogonadism and micropenis: effect of testosterone treatment on adult penile size. Why sex reversal is not indicated. J Pediatr 1999;134(5):579-83.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10228293
8. C alikoglu AS. Should boys with micropenis be reared as girls? J Pediatr 1999;134(5):537-8.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10228285
9. R eilly JM, Woodhouse CR. Small penis and the male sexual role. J Urol 1989;142(2 Pt 2):569-71.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2746779
10. H usmann DA. The androgen insensitive micropenis: long-term follow-up into adulthood. J Pediatr Endocrinol Metab 2004;17(8):1037-41.
    http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15379413

10. TRASTORNOS DIURNOS DE LAS VÍAS URINARIAS INFERIORES

10.1 Generalidades

De acuerdo con el nuevo documento de terminología de la ICCS, 'trastornos diurnos de las VUI' es el nuevo término que se utiliza para agrupar los problemas de incontinencia funcional en los niños (1). Una vez descartada una posible uropatía o neuropatía subyacente, un problema de incontinencia infantil se agrupa en la categoría de 'trastornos diurnos de las VUI'. El hecho de 'mojar la cama' por la noche se denomina 'enuresis'.

Aunque no se dispone de datos exactos, está claro que está aumentando la incidencia de trastornos diurnos de las VUI. De este aumento de la incidencia se ha culpabilizado a los cambios en la educación de los esfínteres y los hábitos de ir al baño relacionados con el modo de vida moderno, aunque con pocas pruebas científicas. Más bien, es la vida moderna y las normas más altas de higiene las que han dado lugar probablemente a que los problemas de incontinencia reciban más atención, por lo que el incremento de la prevalencia podría atribuirse a una mayor concienciación. Existe una amplia variación en la prevalencia comunicada, entre el 2 % y el 20 % (2-6), que podría reflejar la variación en las definiciones utilizadas.

10.2 Definición

Los trastornos diurnos de las VUI son trastornos que se manifiestan con síntomas de las vías urinarias inferiores (SVUI), entre ellos, tenesmo vesical, incontinencia, chorro débil, dificultad para iniciar la micción, polaquiuria e infecciones urinarias, pero sin una uropatía o neuropatía manifiesta.

En el almacenamiento vesical y la evacuación normales interviene un llenado a presión baja y volumen adecuado de la vejiga. Esto se sigue de una contracción continua del detrusor, lo que provoca un vaciamiento completo de la vejiga, asociado a una relajación adecuada del complejo esfinteriano. El almacenamiento de orina normal en la vejiga y la evacuación se controlan mediante una interacción compleja entre la médula espinal, el tronco del encéfalo, el mesencéfalo y las estructuras corticales superiores, acompañada de una integración compleja de las inervaciones simpática, parasimpática y somática (7).

Es comprensible que sea probable que este complejo mecanismo de control sea vulnerable a distintos tipos de disfunción. Durante el sofisticado desarrollo inicial de los mecanismos normales de control de la micción pueden aparecer diversos trastornos funcionales del complejo detrusor-esfínter. Por tanto, se cree que la disfunción miccional es la expresión de una maduración incompleta o tardía del complejo esfinteriano vesical.

El control diurno normal de la función vesical madura entre los 2 y 3 años de edad, mientras que el control nocturno se consigue normalmente entre los 3 y 7 años (8). Hay dos grupos principales de disfunción miccional: de la fase de llenado y de la fase de evacuación.

10.2.1 Disfunción de la fase de llenado

En las disfunciones de la fase de llenado, el detrusor puede estar hiperactivo, como en la **vejiga hiperactiva (VHA) y el síndrome de tenesmo vesical,** o hipoactivo, como en la **vejiga hipoactiva o demasiado distensible** (anteriormente conocida como 'vejiga perezosa'). Algunos niños posponen la micción de forma habitual, lo que da lugar a una **posposición de la evacuación.**

10.2.2 Disfunciones de la fase de evacuación (vaciamiento)

En las disfunciones de la fase de evacuación (vaciamiento), la principal disfunción consiste en una interferencia en el esfínter y el suelo de la pelvis durante la contracción del detrusor. El término general para aludir a esta situación es **evacuación disfuncional.** Se describen diferentes grados de disfunción, en función de la intensidad de la interferencia en el esfínter y suelo de la pelvis. Una interferencia

leve produce una micción en *staccato*, mientras que una interferencia más intensa provoca una interrupción de la micción y esfuerzos, debido a la incapacidad de relajarse durante la micción.

La disfunción del esfínter vesical suele asociarse a disfunción intestinal, como estreñimiento y manchado por heces. En ocasiones, se observan cambios anatómicos secundarios, como trabeculación, divertículos y reflujo vesicoureteral.

10.3 Diagnóstico

Una evaluación incruenta, consistente en anamnesis, exploración clínica, uroflujometría, ecografía y diario vesical, resulta esencial para establecer un diagnóstico.

En el grupo de edad pediátrico, en el que la anamnesis se obtiene de los padres y el niño conjuntamente, se recomienda un método estructurado por medio de un cuestionario. Muchos signos y síntomas relacionados con la micción y la enuresis serán desconocidos para los padres y deben indagarse expresamente, empleando el cuestionario como una lista de comprobación. Un diario miccional es indispensable para determinar la frecuencia miccional y los volúmenes evacuados del niño, así como sus hábitos de bebida. La anamnesis también ha de incluir una evaluación de la función intestinal. Recientemente se han desarrollado y validado algunas puntuaciones de micción disfuncional (9, 10).

Durante la exploración física es necesaria una inspección genital y una observación de la columna lumbosacra y las extremidades inferiores para descartar una uropatía o neuropatía evidente. La uroflujometría con determinación del residuo posmiccional evalúa la capacidad de vaciamiento, mientras que la ecografía de las vías urinarias superiores investiga la presencia de cambios anatómicos secundarios. Un diario miccional aporta información sobre la función de almacenamiento y la frecuencia de incontinencia, mientras que una prueba de la compresa ayuda a cuantificar la pérdida de orina.

En caso de resistencia al tratamiento inicial, o en caso de fracaso de un tratamiento previo, está justificada una reevaluación y pueden contemplarse estudios videourodinámicos. En ocasiones hay problemas urológicos o neurológicos subyacentes leves, que sólo pueden sospecharse mediante el uso de videourodinámica.

En caso de problemas anatómicos, como válvulas uretrales, siringoceles, membrana uretral posterior obstructiva congénita (MUPOC) o anillo de Moormann, puede ser necesario realizar una nueva cistoscopia con el tratamiento. Cuando se sospecha una enfermedad neuropática, una RM de la columna lumbosacra y el bulbo raquídeo puede ayudar a descartar una médula fija, un lipoma u otras enfermedades poco frecuentes.

Una valoración psicológica resulta útil en los niños o las familias con problemas psicológicos importantes relacionados con la disfunción miccional.

10.4 Tratamiento

El tratamiento de la disfunción miccional consiste en rehabilitación de las vías urinarias inferiores, lo que se conoce básicamente como uroterapia. Uroterapia significa tratamiento no quirúrgico ni farmacológico de la función de las vías urinarias inferiores (VUI). Se trata de un campo terapéutico amplio, en el que se incorporan muchos tratamientos utilizados por uroterapeutas y otros profesionales sanitarios (11). La uroterapia puede dividirse en tratamiento convencional e intervenciones específicas.

10.4.1 Tratamiento convencional

La uroterapia convencional se define como el tratamiento no quirúrgico ni farmacológico de la disfunción de las VUI. Consta de los siguientes componentes:

- Información y desmitificación, lo que incluye una explicación de la función normal de las VUI y de cómo un niño concreto se desvía de la función normal.
- Instrucciones sobre lo que debe hacerse con respecto al problema, es decir, hábitos regulares de micción, postura miccional sana, evitación de maniobras de aguante, etc.

- Consejos sobre los hábitos de vida en relación con el consumo de líquidos, la prevención del estreñimiento, etc.
- Registro de los síntomas y los hábitos miccionales mediante diarios vesicales o gráficos de frecuencia-volumen.
- Apoyo y ánimo a través de una supervisión regular por parte del cuidador.

Se ha descrito una tasa de éxito del 80 % de los programas de uroterapia, con independencia de sus componentes. Sin embargo, el grado de comprobación científica es bajo, ya que la mayoría de los programa de uroterapia son retrospectivos y no controlados.

10.4.2 Intervenciones específicas

Además de la uroterapia, existen algunas intervenciones específicas, como fisioterapia (por ejemplo, ejercicios del suelo de la pelvis), biorregulación, terapia con alarmas y neuroestimulación. Aunque se han comunicado buenos resultados con estas modalidades terapéuticas, no hay ensayos aleatorizados y controlados (EAC) terapéuticos, por lo que el grado de comprobación científica es bajo (11-15).

En ciertos casos puede añadirse farmacoterapia. Se ha demostrado que los espasmolíticos y anticolinérgicos son eficaces, aunque el grado de comprobación científica es bajo. Más recientemente, se han publicado algunos EAC. En un ensayo con tolterodina se demostró seguridad pero no eficacia (16), mientras que otro EAC con propiverina reveló seguridad y eficacia (17) (grado de comprobación científica: 1) (17). La diferencia de resultados se debe probablemente al diseño de los estudios. A pesar del bajo grado de comprobación científica en relación con los anticolinérgicos y antimuscarínicos, se recomienda su uso (grado de recomendación: B) debido al elevado número de estudios en que se ha comunicado un efecto positivo sobre los síntomas de VHA.

Aunque los alfabloqueantes se emplean en ocasiones, un EAC no reveló ningún efecto beneficioso (18). La inyección de toxina botulínica parece prometedora, pero sólo puede utilizarse como indicación no autorizada (19).

10.5 Bibliografía

1. Neveus T, von Gontard A, Hoebeke P, Hjälmås K, Bauer S, Bower W, Jørgensen TM, Rittig S, Walle JV, Yeung CK, Djurhuus JC. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. J Urol 2006;176(1):314-24.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16753432
2. Hellström AL, Hanson E, Hansson S, Hjälmås K, Jodal U. Micturition habits and incontinence in 7-year-old Swedish school entrants. Eur J Pediatr1990;149(6):434-7.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2332015
3. Bakker E, van Sprundel M, van der Auwera JC, van Gool JD, Wyndaele JJ. Voiding habits and wetting in a population of 4,332 Belgian schoolchildren aged between 10 and 14 years. Scand J Urol Nephrol 2002;36(5):354-62.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12487740
4. Söderstrom U, Hoelcke M, Alenius L, Söderling AC, Hjern A. Urinary and faecal incontinence: a population-based study. Acta Paediatr 2004;93(3):386-9.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15124844
5. Sureshkumar P, Jones M, Cumming R, Craig J. A population based study of 2,856 school-age children with urinary incontinence. J Urol 2009;181(2):808-15; discussion 815-6.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19110268
6. Sureshkumar P, Craig JC, Roy LP, Knight JF. Daytime urinary incontinence in primary school children: a population-based survey. J Pediatr 2000;137(6):814-8.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11113838
7. Franco I. Overactive bladder in children. Part 1: Pathophysiology. J Urol 2007;178(3 Pt 1):761-8; discussion 768.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17631323

8. Hellstrom AL, Hanson E, Hansson S, Hjälmås K, Jodal U. Micturition habits and incontinence in 7-year-old Swedish school entrants. Eur J Pediatr 1990;149(6):434-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2332015
9. Akbal C, Genc Y, Burgu B, Ozden E, Tekgul S. Dysfunctional voiding and incontinence scoring system: quantitative evaluation of incontinence symptoms in pediatric population. J Urol 2005;173(3):969-73.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15711352
10. Farhat W, Bägli DJ, Capolicchio G, O'Reilly S, Merguerian PA, Khoury A, McLorie GA. The dysfunctional voiding scoring system: quantitative standardization of dysfunctional voiding symptoms in children. J Urol 2000;164(3 Pt 2):1011-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10958730
11. Hellstrom AL. Urotherapy in children with dysfunctional bladder. Scand J Urol Nephrol Suppl 1992;141:106-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1609245
12. Vijverberg MA, Elzinga-Plomp A, Messer AP, van Gool JD, de Jong TP. Bladder rehabilitation, the effect of a cognitive training programme on urge incontinence. Eur Urol 1997;31(1):68-72.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9032538
13. De Paepe H, Hoebeke P, Renson C, Van Laecke E, Raes A, Van Hoecke E, Van Daele J, Vande Walle J. Pelvic-floor therapy in girls with recurrent urinary tract infections and dysfunctional voiding. Br J Urol 1998;81(Suppl 3):109-13.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9634033
14. De Paepe H, Renson C, Van Laecke E, Raes A, Vande Walle J, Hoebeke P. Pelvic-floor therapy and toilet training in young children with dysfunctional voiding and obstipation. BJU Int 2000;85(7):889-93.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10792172
15. Bower WF, Yeung CK. A review of non-invasive electro neuromodulation as an intervention for nonneurogenic bladder dysfunction in children. Neurourol Urodyn 2004;23(1):63-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14694460
16. Nijman RJ, Borgstein NG, Ellsworth P, Djurhuus JC. Tolterodine treatment for children with symptoms of urinary urge incontinence suggestive of detrusor overactivity: results from 2 randomized, placebo controlled trials. J Urol 2005;173(4):1334-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15758796
17. Marschall-Kehrel D, Feustel C, Persson de Geeter C, Stehr M, Radmayr C, Sillén U, Strugala G. Treatment with propiverine in children suffering from nonneurogenic overactive bladder and urinary incontinence: results of a randomized placebo-controlled phase 3 clinical trial. Eur Urol 2008 May 7. [Epub ahead of print]
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18502028
18. Kramer SA, Rathbun SR, Elkins D, Karnes RJ, Husmann DA. Double-blind placebo controlled study of alpha-adrenergic receptor antagonists (doxazosin) for treatment of voiding dysfunction in the pediatric population. J Urol 2005;173(6):2121-4; discussion 2124.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15879863
19. H oebeke P, De Caestecker K, Vande Walle J, Dehoorne J, Raes A, Verleyen P, Van Laecke E. The effect of botulinum-A toxin in incontinent children with therapy resistant overactive detrusor. J Urol 2006;176(1):328-30; discussion 330-1.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16753434

11. ENURESIS MONOSINTOMÁTICA

11.1 Generalidades

Enuresis es sinónimo de incontinencia nocturna intermitente. Es un síntoma frecuente en los niños. Con una prevalencia del 5 %-10 % a los 7 años, se trata de uno de los trastornos más prevalentes en la infancia. Con una tasa de curación espontánea anual del 15 %, se considera relativamente benigna (1, 2).

Sin embargo, este trastorno persistirá hasta la edad adulta en 7 de cada 100 niños con enuresis a los 7 años. Dado que es un trastorno estresante, que supone una carga psicológica importante para

los niños y origina una autoestima baja, se aconseja el tratamiento desde los 6-7 años en adelante. El tratamiento resulta innecesario en los niños más pequeños en los que es probable la curación espontánea. El estado mental del niño, las expectativas familiares, los aspectos sociales y el entorno cultural deben tenerse en cuenta antes de iniciar el tratamiento.

11.2 Definición

Enuresis es el proceso que describe el síntoma de incontinencia durante la noche. Todo episodio en el que se moja la cama durante el sueño por encima de los 5 años es enuresis. Sin embargo, lo más importante es que sólo se trata de un síntoma aislado. Se dice que los niños con otros síntomas de VUI y enuresis presentan una **enuresis no monosintomática.** Una anamnesis detallada, con exclusión de otros síntomas diurnos, es obligatoria antes de diagnosticar una **enuresis monosintomática.** Cualquier síntoma de las vías urinarias asociado hace que se trate de un '**trastorno diurno de las VUI**' (3).

Esta afección se describe como 'primaria' cuando el síntoma ha existido siempre y el paciente no ha permanecido seco durante un período mayor de 6 meses. Se describe como 'secundaria' cuando ha habido un intervalo sin síntomas de 6 meses. Genéticamente, la enuresis es un trastorno complejo y heterogéneo. Se han descrito locus en los cromosomas 12, 13 y 22 (3).

Tres factores desempeñan una función fisiopatológica importante:

- producción nocturna de orina elevada
- capacidad baja de la vejiga o aumento de la actividad del detrusor por la noche
- trastorno del despertar

Debido a un desequilibrio entre la producción nocturna de orina y la capacidad de la vejiga por la noche, la vejiga puede llenarse fácilmente por la noche y el niño se despertará para vaciar la vejiga o u orinará durante el sueño si existe ausencia de despertar (1-3).

11.3 Diagnóstico

El diagnóstico se realiza mediante la anamnesis. En un paciente con enuresis monosintomática no se necesitan más pruebas complementarias. Un diario miccional, en el que se registra la función vesical diurna y la producción nocturna de orina, ayudará a orientar el tratamiento. Puede obtenerse una estimación de la producción nocturna de orina pesando los pañales por la mañana y sumando el volumen de la micción matutina. La determinación de la capacidad vesical diurna ofrece una estimación de la capacidad de la vejiga con respecto a los valores normales para la edad (4).

En la mayoría de los niños, la enuresis es un problema familiar, de modo que en la mayor parte de los niños afectados hay antecedentes de enuresis en la familia.

11.4 Tratamiento

Antes de utilizar tratamiento con alarmas o medicación, han de contemplarse intervenciones terapéuticas sencillas.

11.4.1 Medidas terapéuticas de apoyo

La explicación de la enfermedad al niño y los padres ayuda a desmitificar el problema. Han de repasarse los hábitos de comida y bebida, haciendo hincapié en una ingestión normal de líquidos durante el día y en reducir su consumo en las horas previas a acostarse. Se ha constatado que el hecho de llevar un diagrama en el que se representan las noches húmedas y secas tiene éxito.

En primer lugar debe introducirse el asesoramiento, la facilitación de información, el refuerzo positivo y el aumento (y apoyo) de la motivación del niño. Hay un grado elevado de comprobación científica que demuestra que el tratamiento de apoyo es más eficaz que no hacer nada, aunque la tasa de

curación no es significativamente alta. Sin embargo, el tratamiento de apoyo como terapia inicial se acompaña de un grado elevado de recomendación (4).

Cuando estas medidas no tienen éxito, han de contemplarse otras modalidades terapéuticas, de las que la farmacoterapia y el tratamiento con alarmas son las dos más importantes.

11.4.2 Tratamiento con alarmas

El tratamiento con alarmas es la mejor forma de tratar el trastorno del despertar (grado de comprobación científica: 1) (grado de recomendación: A). Unas tasas de éxito inicial del 80 % con tasas bajas de recidivas son realistas, especialmente cuando la diuresis nocturna no es demasiado alta y la capacidad vesical no es demasiado baja (5).

11.4.3 Medicación

En caso de diuresis intensa por la noche, pueden obtenerse tasas de éxito del 70 % con desmopresina (DDAVP), ya sea en comprimidos, 200-400 µg, o en forma de liofilizado oral de desmopresina sublingual, 120-240 µg. El aerosol nasal ha dejado de recomendarse debido a un mayor riesgo de sobredosis (6) (grado de comprobación científica: 1) (grado de recomendación: A) (7). Sin embargo, las tasas de recidivas son elevadas tras la suspensión de DDAVP (4).

En caso de una capacidad vesical pequeña, es posible el tratamiento con espasmolíticos o anticolinérgicos (4). Sin embargo, cuando se necesitan estos medicamentos, la enfermedad ya no se considera monosintomática.

Imipramina, que ha sido popular en el tratamiento de la enuresis, sólo logra una tasa moderada de respuestas del 50 % y presenta una tasa elevada de recidivas. Además, se ha descrito cardiotoxicidad y muertes por sobredosis. Por tanto, no debe recomendarse su uso (grado de comprobación científica: 1) (grado de recomendación: C) (8).

11.5 Bibliografía

1. Lackgren G, Hjalmas K, van Gool J, von Gontard A, de Gennaro M, Lottmann H, Terho P. Nocturnal enuresis: a suggestion for a European treatment strategy. Acta Paediatr 1999;88(6):679-90. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10419258
2. Neveus T, von Gontard A, Hoebeke P, Hjälmås K, Bauer S, Bower W, Jørgensen TM, Rittig S, Walle JV, Yeung CK, Djurhuus JC. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. J Urol 2006;176(1):314-24. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16753432
3. Neveus T, Lackgren G, Tuvemo T, Hetta J, Hjalmas K, Stenberg A. Enuresis–background and treatment. Scand J Urol Nephrol Suppl 2000;206:1-44. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11196246
4. Hjalmas K, Arnold T, Bower W, Caione P, Chiozza LM, von Gontard A, Han SW, Husman DA, Kawauchi A, Lackgren G, Lottmann H, Mark S, Rittig S, Robson L, Walle JV, Yeung CK. Nocturnal enuresis: an international evidence based management strategy. J Urol 2004;171(6 Pt 2):2545-61. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15118418
5. Glazener CM, Evans JH, Peto RE. Alarm interventions for nocturnal enuresis in children. Cochrane Database Syst Rev 2005;(2):CD002911. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846643
6. Dehoorne JL, Raes AM, van Laecke E, Hoebeke P, Vande Walle JG. Desmopressin toxicity due to prolonged half-life in 18 patients with nocturnal enuresis. J Urol 2006;176(2):754-7; discussion 757-8. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16813936
7. Glazener CMA, Evans JH. Desmopressin for nocturnal enuresis. Cochrane Database Syst Rev 2002;(3):CD002112. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12137645

8. Glazener CMA, Evans JHC, Peto R.Tricyclic and related drugs for nocturnal enuresis in children. Cochrane Database Syst Rev 2000;(2):CD002117.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12917922

12. TRATAMIENTO DE LA VEJIGA NEURÓGENA EN NIÑOS

12.1 Generalidades

La disfunción detrusor-esfínter neurógena (DDEN) puede surgir como consecuencia de una lesión a cualquier nivel del sistema nervioso. Este proceso contribuye a diversas formas de disfunción de las vías urinarias inferiores, lo que puede dar lugar a incontinencia, infecciones urinarias (IU), reflujo vesicoureteral (RVU) y formación de cicatrices renales. Es posible que se requiera cirugía para establecer el drenaje vesical adecuado. Si no se trata correctamente, la DDEN puede llegar a provocar insuficiencia renal, con necesidad de diálisis o trasplante.

El tratamiento de la disfunción neurógena del esfínter vesical en los niños ha experimentado cambios importantes a lo largo de los años. Aunque pañales, sondas permanentes, dispositivos externos, maniobra de Credé y varios tipos de derivación urinaria han sido métodos aceptables de tratamiento, ahora se reservan únicamente para un pequeño número de pacientes resistentes. La introducción del sondaje intermitente (SI) limpio ha revolucionado el tratamiento de los niños con vejiga neurógena. No sólo ha hecho que el tratamiento conservador sea una opción terapéutica muy satisfactoria, sino también que la creación quirúrgica de reservorios continentes sea una alternativa terapéutica muy eficaz, con un buen resultado en cuanto a calidad de vida y protección renal (1-3).

La vejiga neurógena en los niños con mielodisplasia cursa con diversos patrones de disfunción detrusor-esfínter dentro de una amplia gama de intensidades. Alrededor del 15 % de los recién nacidos con mielodisplasia carece de signos de disfunción neurourológica al nacer. Sin embargo, hay una probabilidad alta de cambios progresivos en la dinámica de las lesiones neurológicas con el tiempo. Incluso los niños con una función neurourológica normal al nacer presentan un riesgo del 33 % de desarrollar disinergia detrusor-esfínter o desnervación al alcanzar la pubertad. En el momento del nacimiento, la mayoría de los pacientes tienen unas vías urinarias superiores normales, pero casi el 60 % de ellos presenta un deterioro de las vías superiores por infecciones, cambios vesicales y reflujo (4-7).

Conforme ha evolucionado el conocimiento de los estudios urodinámicos, se ha podido entender la naturaleza e intensidad de los problemas y tratar a estos pacientes de una forma más racional e individualizada. A pesar de los notables cambios surgidos en el último trimestre del siglo XX, los principales objetivos del tratamiento siguen siendo los mismos, es decir, prevención del deterioro de las vías urinarias y consecución de la continencia a una edad adecuada.

12.2 Definición

El cuadro más frecuente es al nacer, con mielodisplasia. El término mielodisplasia engloba un grupo de anomalías congénitas derivadas de defectos en el cierre del tubo neural. Las lesiones pueden consistir en espina bífida oculta, meningocele, lipomielomeningocele o mielomeningocele. El mielomeningocele es, con mucho, el defecto más frecuente y perjudicial. Las lesiones traumáticas y neoplásicas de la médula espinal son menos comunes en los niños. Además, los diferentes ritmos de crecimiento entre los cuerpos vertebrales y la médula espinal en alargamiento pueden introducir un factor dinámico en la lesión. El tejido cicatricial que rodea la médula en el lugar de cierre del meningocele puede fijar la médula espinal durante el crecimiento.

En la mielodisplasia oculta, las lesiones no son evidentes y a menudo aparecen sin signos evidentes de lesiones neurológicas. No obstante, en casi el 90 % de los pacientes, una anomalía cutánea recubre la parte inferior de la columna vertebral y esta afección es fácil de detectar mediante inspección simple de la región lumbar (8).

La agenesia sacra total o parcial es una anomalía congénita rara que consiste en la ausencia, parcial o total, de una o más vértebras sacras. Esta anomalía puede formar parte del síndrome de regresión caudal y debe considerarse en todo niño que presente una malformación anorrectal (MAR). Los pacientes con parálisis cerebral también pueden presentar grados variables de disfunción miccional, normalmente en forma de contracciones vesicales desinhibidas (a menudo por espasticidad del suelo de la pelvis y el complejo esfinteriano) y enuresis.

La disfunción del esfínter vesical se correlaciona poco con el tipo y el nivel medular de la lesión neurológica.

12.3 Clasificación

La finalidad de todo sistema de clasificación consiste en facilitar el conocimiento y el tratamiento de la enfermedad subyacente. Existen varios sistemas de clasificación de la vejiga neurógena.

La mayoría de los sistemas de clasificación se desarrollaron principalmente para describir los tipos de disfunción secundarios a enfermedades o lesiones neurológicas. Estos sistemas se basan en la localización de la lesión neurológica y los datos de la exploración neurourológica. Estas clasificaciones han tenido mayor utilidad en los adultos, en los que las lesiones neurógenas suelen deberse a un traumatismo y se identifican más fácilmente.

En los niños, el nivel medular y el alcance de la lesión congénita se correlacionan mal con la evolución clínica. Así pues, las clasificaciones urodinámicas y funcionales han sido más prácticas para definir la extensión de la enfermedad y planificar el tratamiento en los niños.

La vejiga y el esfínter son dos unidades que trabajan en armonía para constituir una sola unidad funcional. El abordaje inicial ha de consistir en evaluar el estado de cada unidad y definir el patrón de disfunción vesical. Dependiendo de la naturaleza del déficit neurológico, la vejiga y el esfínter pueden encontrarse en un estado hiperactivo o inactivo:

- la vejiga puede estar hiperactiva con aumento de las contracciones, así como con una capacidad y distensibilidad bajas, o inactiva sin contracciones eficaces
- la salida (uretra y esfínter) puede presentar una hiperactividad independiente que causa obstrucción funcional, o encontrarse paralizada sin resistencia al flujo urinario
- estos trastornos pueden presentarse en diversas combinaciones

Se trata principalmente de una clasificación basada en los datos urodinámicos. El conocimiento de la fisiopatología de los trastornos es esencial para planificar un plan de tratamiento racional para cada paciente. En caso de mielomeningocele, la mayoría de los pacientes presentarán un detrusor hiperreflexivo y un esfínter disinérgico, lo cual representa una combinación peligrosa a medida que se genera presión y las vías superiores resultan amenazadas.

12.4 Estudios urodinámicos

Los estudios urodinámicos permiten al médico observar la función de las vías urinarias inferiores y sus desviaciones de la normalidad. Dado que el plan de tratamiento depende principalmente de un buen conocimiento del problema subyacente en las vías urinarias inferiores, un estudio urodinámico bien realizado es imprescindible en la evaluación de todo niño con vejiga neurógena.

Dado que el nivel óseo no se corresponde a menudo con el defecto neurológico presente y que el efecto de la lesión sobre la función vesical no puede determinarse por completo mediante estudios radiológicos o exploración física, la información obtenida de un estudio urodinámico resulta inestimable. Un estudio urodinámico también ofrece al médico información acerca de la respuesta de la unidad vesicouretral al tratamiento, como demuestra una mejoría o empeoramiento durante el seguimiento.

Es importante determinar varios parámetros urodinámicos, tales como:

- capacidad de la vejiga

- presión de llenado intravesical
- presión intravesical en el momento de fuga uretral
- presencia o ausencia de actividad refleja del detrusor
- competencia de los mecanismos esfinterianos interno y externo
- grado de coordinación de los mecanismos del detrusor y esfinterianos
- patrón miccional
- volumen de orina residual posmiccional

12.4.1 Método de estudio urodinámico

Hay muy pocos datos comparativos en los que se evalúe la complejidad y la capacidad invasora de las pruebas urodinámicas por vejiga neurógena en los niños.

12.4.2 Uroflujometría

Dado que la uroflujometría es la menos cruenta de todas las pruebas urodinámicas, puede utilizarse como instrumento de cribado inicial. Ofrece una manera objetiva de evaluar la eficiencia de la evacuación y, junto con una exploración ecográfica, también permite determinar el volumen de orina residual. A diferencia de los niños con disfunción miccional no neurógena, la uroflujometría apenas se utiliza como instrumento de investigación único en los niños con vejiga neurógena, ya que no aporta información sobre la capacidad de almacenamiento de la vejiga, si bien puede ser muy útil comprobar el vaciamiento durante el seguimiento. La limitación más importante de un estudio urodinámico es la necesidad de que el niño tenga la edad suficiente para seguir las instrucciones y orinar cuando se le solicite.

El registro de la actividad muscular esquelética del suelo de la pelvis o abdominal mediante un electromiograma (EMG) durante una uroflujometría puede utilizarse para evaluar la coordinación entre el detrusor y el esfínter. Como se trata de una prueba incruenta, la combinación de uroflujometría y EMG puede ser muy útil para evaluar la actividad esfinteriana durante la micción (9-12) (grado de comprobación científica: 3) (grado de recomendación: C).

12.4.3 Cistometría

Aunque moderadamente cruenta y dependiente de la cooperación del niño, la cistometría realizada en niños proporciona información valiosa sobre la contractilidad del detrusor y la distensibilidad. La cantidad de información obtenida de cada estudio tiene que ver con el grado de interés y atención prestado a la prueba.

Es fundamental ser consciente de las alteraciones de las presiones del detrusor durante el llenado y vaciamiento, ya que las velocidades de infusión varían durante la cistometría. La Sociedad internacional de continencia infantil (ICCS) recomienda el uso de una cistometría de llenado lento (velocidad de llenado < 10 ml/min) en los niños (13). Sin embargo, se ha propuesto que la velocidad de infusión debe ajustarse con arreglo a la capacidad teórica del niño, en función de su edad y dividida por 10 (14).

En varios estudios clínicos con uso de cistometría de llenado artificial convencional para evaluar la vejiga neurógena en niños se ha comunicado que la cistometría convencional proporciona información útil para el diagnóstico y seguimiento de los niños con vejiga neurógena (15-20). Todos los estudios fueron series clínicas retrospectivas y carecieron de comparación con una cistometría de llenado natural, por lo que el grado de recomendación de una cistometría artificial en los niños con vejiga neurógena no es elevado (grado de comprobación científica: 4). Además, hay datos que indican que el comportamiento vesical natural se altera durante la cistometría de llenado artificial convencional (21, 22).

Sin embargo, la cistometría convencional resulta útil en los lactantes para predecir un futuro deterioro. Los parámetros urodinámicos, como una capacidad y distensibilidad bajas y una presión alta en el punto de fuga, no son buenos factores pronósticos de un futuro deterioro. La resolución del reflujo es menos probable en estas vejigas (15, 20, 22) (grado de comprobación científica: 4).

Durante una cistometría de llenado natural, se permite que la vejiga se llene de forma natural y se registran las presiones vesical y abdominal mediante sondas con microtransductores. En teoría, esto permite una evaluación de la función vesical en condiciones casi fisiológicas. Los estudios con cistometría de llenado natural en niños deparan resultados similares a los de estudios realizados en adultos. La cistometría de llenado natural depara una menor elevación de la presión del detrusor durante el llenado, así como volúmenes evacuados inferiores con presiones de evacuación más altas. La incidencia de hiperactividad vesical es mayor con la cistometría de llenado natural que con la cistometría de llenado artificial convencional (21, 23, 24).

Aunque sólo existen algunos estudios sobre la cistometría de llenado natural en niños con vejiga neurógena, los resultados indican que detecta nuevos hallazgos en comparación con los diagnósticos emitidos mediante cistometría convencional (21) (grado de comprobación científica: 3). Sin embargo, la comparación entre la cistometría de llenado natural y artificial no se ha realizado con una prueba de referencia, lo que dificulta la conclusión de qué estudio constituye un reflejo fiel de la función vesical natural. Los resultados obtenidos en la población adulta no neurógena han puesto en duda la fiabilidad de la cistometría de llenado natural, ya que con ésta se ha demostrado una incidencia elevada de hiperactividad vesical en voluntarios asintomáticos totalmente normales (25).

El principal inconveniente de la cistometría de llenado natural es que es laboriosa y lleva mucho tiempo. Además, debido a la sonda transuretral que se utiliza durante este estudio, es posible obtener resultados falsos positivos causados por la sonda. Especialmente en los niños, el registro de episodios es difícil y existe un mayor riesgo de artefactos, lo que dificulta aún más la interpretación de la enorme cantidad de datos.

La cistometría de llenado natural sigue siendo una técnica nueva en la población pediátrica. Se necesita reunir más datos de una manera normalizada antes de poder aceptarla de forma generalizada (11).

12.5 Tratamiento

La asistencia médica de los niños con mielodisplasia y vejiga neurógena precisa observación constante y adaptación a los problemas nuevos. En los primeros años de vida, los riñones son muy sensibles a la presión retrógrada y la infección. Durante este período, se hace hincapié en la documentación del patrón de DDEN y en la evaluación del potencial de obstrucción funcional y RVU.

12.5.1 Pruebas complementarias

Una ecografía abdominal obtenida lo antes posible después del parto detectará hidronefrosis u otra enfermedad de las vías genitourinarias superiores. Tras la ecografía, hay que efectuar una cistouretrografia miccional para estudiar las vías urinarias inferiores. Durante la ecografía y la cistografía también debe medirse la orina residual. Estos estudios proporcionan una referencia en cuanto al aspecto de las vías urinarias superiores e inferiores, pueden facilitar el diagnóstico de hidronefrosis o RVU y pueden ayudar a identificar a los niños con riesgo de deterioro de las vías genitourinarias superiores y de la función renal.

Al cabo de unas semanas puede realizarse una evaluación urodinámica, que debe repetirse a intervalos regulares, en combinación con una evaluación de las vías superiores (26-28) (grado de comprobación científica: 3) (grado de recomendación: B).

12.5.2 Tratamiento precoz con sondaje intermitente

La abrumadora experiencia obtenida a lo largo de los años con el tratamiento precoz de la vejiga neurógena en lactantes se ha traducido en el consenso de que los niños no presentan un deterioro

de las vías superiores cuando son tratados precozmente con SI y anticolinérgicos. El SI debe iniciarse poco después de nacer en todos los niños, sobre todo en aquellos con signos de posible obstrucción de la salida (26, 29-37) (grado de comprobación científica: 2) (grado de recomendación: B).

El comienzo precoz del SI en el período neonatal facilita que los padres dominen el procedimiento y que los niños lo acepten a medida que van creciendo (38, 39).

El tratamiento precoz conlleva menos cambios en las vías superiores, pero también una mejor protección vesical y menores tasas de incontinencia. Se ha indicado que el incremento de las presiones vesicales debido a disinergia detrusor-esfínter causa cambios secundarios en la pared de la vejiga. Estos cambios fibroproliferativos en la pared de la vejiga pueden provocar una mayor pérdida de elasticidad y distensibilidad, lo que origina una vejiga pequeña y no distensible con presiones progresivamente elevadas.

La instauración precoz del SI y los anticolinérgicos pueden prevenirlo en algunos casos (2, 37, 40) (grado de comprobación científica: 3). La evaluación retrospectiva de pacientes también ha revelado que se precisa un número significativamente menor de cistoplastias de aumento en los pacientes con SI de inicio precoz (33, 34) (grado de comprobación científica: 4).

12.5.3 Tratamiento médico

En la actualidad, oxibutinina, tolterodina, trospio y propiverina son los medicamentos más utilizados y oxibutinina, el más estudiado.

Se han investigado dos formas diferentes de tolterodina en niños con vejiga neurógena. Se ha comprobado que la formulación de liberación prolongada de tolterodina es tan eficaz como la de liberación instantánea, con las ventajas de ser de administración única y más barata. Aunque el resultado clínico es alentador, el grado de comprobación científica es bajo para los anticolinérgicos porque no se han realizado estudios controlados (40, 41-47) (grado de comprobación científica: 3) (grado de recomendación: B).

El uso de medicación para facilitar el vaciamiento en los niños con vejiga neurógena no se ha estudiado bien en la bibliografía. En algunos estudios sobre el bloqueo alfaadrenérgico en los niños con vejiga neurógena se ha comunicado una buena tasa de respuesta, si bien carecieron de controles y se encuentra justificado un seguimiento a largo plazo (48) (grado de comprobación científica: 4) (grado de recomendación: C).

12.5.3.1 Inyecciones de toxina botulínica

En las vejigas neurógenas que son resistentes a los anticolinérgicos y permanecen en un estado de capacidad pequeña y presión elevada, una opción novedosa de tratamiento es la inyección de toxina botulínica en el detrusor. Algunos resultados prometedores iniciales en adultos han llevado a su uso en niños. Hasta ahora, los estudios del efecto clínico de la toxina botulínica en niños han sido abiertos y faltan ensayos clínicos controlados y prospectivos. Sin embargo, la inyección de toxina botulínica en vejigas resistentes al tratamiento parece una opción terapéutica eficaz y segura.

Este tratamiento parece más eficaz en las vejigas con hiperactividad del detrusor demostrada, mientras que las vejigas no distensibles sin contracciones del detrusor evidentes tienen pocas probabilidades de responder (49-52).

En los niños, la dosis se calcula según el peso corporal y una edad mínima, con precaución con respecto a la dosis total en caso de emplearse también para tratar la espasticidad. En la actualidad, no está claro cuántas veces puede repetirse este tratamiento, aunque se ha comprobado que el tratamiento repetitivo es seguro en los adultos (53-55) (grado de comprobación científica: 3) (grado de recomendación: C).

En un estudio aislado se ha demostrado que la inyección de toxina botulínica A en el esfínter uretral resulta eficaz para disminuir la resistencia uretral y mejorar la micción. Las pruebas siguen siendo demasiado escasas para recomendar su uso sistemático con el fin de reducir la resistencia de la salida, aunque podría considerarse una alternativa en los casos rebeldes (56).

12.5.4 Tratamiento de la incontinencia fecal

Los niños con vejiga neurógena presentan trastornos de la función intestinal además de la función urinaria. La incontinencia fecal en estos niños suele ser imprevisible. Tiene que ver con la tasa de recambio del material fecal en la zona anal después de la evacuación, con el grado en que estén intactas la sensibilidad y la función motora de la médula sacra y con la reactividad refleja del esfínter anal externo (57).

La incontinencia fecal se trata con mayor frecuencia con laxantes suaves, como aceite mineral, combinados con enemas para facilitar la eliminación del contenido intestinal. A menudo resulta necesario un régimen regular y eficiente de vaciamiento intestinal para mantener la continencia fecal y quizá deba comenzar a una edad muy temprana. Con enemas anterógrados o retrógrados, la mayoría de estos niños tendrán menos problemas de estreñimiento y pueden lograr un cierto grado de continencia fecal (58-62) (grado de comprobación científica: 3).

Los programas de entrenamiento con biorregulación para reforzar el esfínter anal externo no han demostrado ser más eficaces que un programa de tratamiento intestinal convencional para lograr la continencia fecal (63). La electroestimulación intestinal también ofrece un grado variable de mejoría a algunos pacientes (64) (grado de comprobación científica: 3) (grado de recomendación: C).

12.5.5 Infecciones urinarias

Las IU son frecuentes en los niños con vejiga neurógena. En ausencia de reflujo, las IU deben tratarse de forma sintomática. Existen pruebas sólidas para no recetar antibióticos a los pacientes que presentan bacteriuria, pero no síntomas clínicos. Aunque se observa bacteriuria en más de la mitad de los niños con SI limpio, los pacientes asintomáticos no necesitan tratamiento (65-67) (grado de comprobación científica: 3). Los pacientes con RVU suelen recibir antibióticos profilácticos para reducir la incidencia de pielonefritis, que puede provocar una lesión renal (68, 69).

12.5.6 Sexualidad

Aunque no supone un problema en la infancia, la sexualidad se torna cada vez más importante a medida que el paciente se hace mayor. Esta cuestión se ha ignorado históricamente en los pacientes con mielodisplasia. Sin embargo, los pacientes con mielodisplasia también tienen encuentros sexuales. Los estudios indican que al menos el 15 %-20 % de los varones son capaces de engendrar hijos y que el 70 % de las mujeres pueden concebir y llevar el embarazo a término. Por eso es importante aconsejar a los pacientes acerca del desarrollo sexual al principio de la adolescencia.

12.5.7 Cistoplastia de aumento

Los niños con una buena respuesta al tratamiento anticolinérgico y un esfínter hiperactivo pueden ser continentes entre los sondajes. La presión vesical y el desarrollo de las vías urinarias superiores determinarán si resulta necesario añadir otros tratamientos.

La hiperactividad resistente al tratamiento del detrusor, o una capacidad pequeña con distensibilidad deficiente, normalmente debe tratarse mediante una cistoplastia de aumento. Puede realizarse una cistoplastia de aumento simple con intestino en caso de existir tejido vesical, un esfínter o cuello de la vejiga competente y una uretra que pueda sondarse. Rara vez se utiliza estómago como parche de aumento debido a las complicaciones asociadas (70). Con frecuencia se emplean parches de íleon o colon para aumentar la vejiga, de modo que estos segmentos intestinales parecen igualmente útiles. A pesar de algunas ventajas (por ejemplo, evitación del moco, menor tasa de cáncer y menos complicaciones), no se ha demostrado que otras técnicas con conservación del urotelio, como la autocistoplastia de aumento y la cistoplastia seromuscular, sean tan satisfactorias como la cistoplastia de aumento convencional con intestino (71, 72).

Diversas aplicaciones de tejidos vesicales manipulados se encuentran en distintas fases de desarrollo. Se han evaluado algunos en ensayos preclínicos; los avances recientes indican que los tejidos vesicales manipulados pueden tener una mayor aplicación clínica en el futuro (73).

12.5.8 Procedimientos sobre la salida de la vejiga

Los niños con hiperactividad del detrusor, pero con esfínteres hipoactivos, son más adecuados para proteger las vías superiores, aunque tendrán una incontinencia grave. El tratamiento inicial consiste en SI (ya que podría reducir el grado de incontinencia y ofrece un control mucho mejor sobre las IU) con anticolinérgicos. A una edad más avanzada se incrementará la resistencia de la salida para hacerlos continentes. Ninguno de los tratamientos médicos disponibles se ha validado para aumentar la resistencia de la salida de la vejiga. La estimulación de los receptores alfa del cuello de la vejiga no ha sido muy eficaz (74-79).

Cuando fracasan las medidas conservadoras hay que contemplar intervenciones quirúrgicas para mantener la continencia. Aunque una cistoplastia de aumento simple resulta suficiente en la mayor parte de las vejigas de capacidad baja y presión alta, se precisa un aumento con procedimientos adicionales sobre la salida de la vejiga cuando tanto la vejiga como su salida son deficientes. Entre los procedimientos sobre la salida de la vejiga figuran la reconstrucción del cuello de la vejiga y otras formas de reconstrucción uretral.

Pueden utilizarse diversos procedimientos sobre el cuello de la vejiga para incrementar la resistencia, aunque todos ellos pueden complicar el sondaje transuretral. Una cistoplastia de aumento con cierre quirúrgico del cuello de la vejiga resulta necesaria de forma primaria o como intervención secundaria en algunas situaciones clínicas excepcionales. En esta situación se precisará un estoma continente. Sin embargo, la mayoría de los cirujanos prefieren dejar permeables el cuello de la vejiga y la uretra como medida de precaución.

12.5.9 Estoma continente

La cistoplastia de aumento con un estoma continente adicional se utiliza principalmente tras el fracaso de una intervención previa sobre la salida de la vejiga. También resulta aconsejable cuando es probable una incapacidad de sondar por vía transuretral. Un estoma continente en la pared abdominal puede ser especialmente beneficioso en los pacientes con espina bífida confinados en una silla de ruedas, que a menudo tienen dificultades con el sondaje uretral o dependen de otras personas para sondar la vejiga. En cuanto a la continencia con cistoplastia de aumento y un estoma en la pared abdominal, resulta esencial un mecanismo correcto de salida de la vejiga para mantener la continencia.

12.5.10 Sustitución total de la vejiga

La sustitución total de la vejiga en anticipación de una micción normal en niños es muy rara, ya que hay muy pocas indicaciones de una cistectomía total, con conservación de la salida de la vejiga y un esfínter uretral competente. Este tipo de sustitución vesical es mucho más frecuente en la reconstrucción urológica adulta. Cualquier tipo de construcción importante de la vejiga y su salida debe realizarse en centros con experiencia suficiente con la técnica quirúrgica y con personal sanitario experto para efectuar el seguimiento postoperatorio (80-82).

12.5.11 Seguimiento de por vida de los pacientes con vejiga neurógena

Los pacientes con vejiga neurógena requieren una supervisión de por vida y la vigilancia de la función renal es extremadamente importante. La investigación periódica de alteraciones en las vías urinarias superiores, la función renal y la situación vesical es imprescindible. Así pues, se necesitan pruebas urodinámicas repetidas con más frecuencia (cada año) en los niños más pequeños y con menor frecuencia en los niños mayores. Desde el punto de vista urológico, está justificado repetir el estudio urodinámico cuando el paciente presenta una variación de los síntomas o se somete a algún procedimiento neuroquirúrgico. En caso de cambios evidentes en las vías urinarias superiores e inferiores, o de variaciones de los síntomas neurológicos, está indicada una evaluación más detallada con pruebas urodinámicas y resonancia magnética vertebral.

La insuficiencia renal puede progresar lentamente o aparecer con asombrosa velocidad en estos niños. Los pacientes que se han sometido a procedimientos de reconstrucción con intestino deben

ser objeto de seguimiento con regularidad para identificar complicaciones tales como infección, formación de cálculos, rotura del reservorio, cambios metabólicos o neoplasias malignas (83).

12.6 Bibliografía

1. Bauer SB. The management of the myelodysplastic child: a paradigm shift. BJU Int 2003;92(Suppl 1):23-8. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12969005
2. R etik AB, Perlmutter AD, Gross RE. Cutaneous ureteroileostomy in children. N Eng J Med 1967;277(5):217-22. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4226464
3. Lapides J, Diokno AC, Silber SJ, Lowe BS. Clean, intermittent self-catheterization in the treatment of urinary tract disease. 1972. J Urol 2002;167(2 Pt 2):1131-3; discussion 1134. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11905887
4. Bauer SB. The management of spina bifida from birth onwards. In: Whitaker RH, Woodard JR, eds. Paediatric urology. London: Butterworths, 1985, pp. 87-112.
5. Bauer SB. Early evaluation and management of children with spina bifida. In: King LR (ed). Urologic surgery in neonates and young infants. Philadelphia: WB Saunders, 1988, pp. 252-264.
6. Wilcock AR, Emery JL. Deformities of the renal tract in children with meningomyelocele and hydrocephalus, compared with those of children showing no such deformities. Br J Urol 1970;42(2):152-7. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5420153
7. Hunt GM, Whitaker RH. The pattern of congenital renal anomalies associated with neural-tube defects. Dev Med Child Neurol 1987;29(1):91-5. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3556803
8. Pierre-Kahn A, Zerah M, Renier D, Cinalli G, Sainte-Rose C, Lellouch-Tubiana A, Brunelle F, Le Merrer M, Giudicelli Y, Pichon J, Kleinknecht B, Nataf F. Congenital lumbosacral lipomas. Childs Nerv Syst. 1997;13(6):298-334; discussion 335. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9272285
9. Aoki H, Adachi M, Banya Y, Sakuma Y, Seo K, Kubo T, Ohori T, Takagane H, Suzuki Y. [Evaluation of neurogenic bladder in patients with spinal cord injury using a CMG.EMG study and CMG.UFM.EMG study.] Hinyokika Kiyo 1985;31(6):937-48. [article in Japanese] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4061211
10. Casado JS, Virseda Chamorro M, Leva Vallejo M, Fernandez Lucas C, Aristizabal Agudelo JM, de la Fuente Trabado M. [Urodynamic assessment of the voiding phase in childhood.] Arch Esp Urol 2002;55(2):177-89. [article in Spanish] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12014050
11. Wen JG, Yeung CK, Djurhuus JC. Cystometry techniques in female infants and children. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2000;11(2):103-12. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10805268
12. Bradley CS, Smith KE, Kreder KJ . Urodynamic evaluation of the bladder and pelvic floor. Gastroenterol Clin North Am 2008;37(3):539-52. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18793995
13. Norgaard JP, van Gool JD, Hjalmas K, Djurhuus JC, Hellstrom AL. Standardization and definitions in lower urinary tract dysfunction in children. International Children's Continence Society. Br J Urol 1998;81(Suppl 3):1-16. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9634012
14. Bauer SB. Pediatric urodynamics: lower tract. In: O'Donnell B, Koff SA, eds. Pediatric urology. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1998, pp. 125-151.
15. Tanikaze S, Sugita Y. [Cystometric examination for neurogenic bladder of neonates and infants.] Hinyokika Kiyo 1991;37(11):1403-5. [article in Japanese] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1767767
16. Zoller G, Schoner W, Ringert RH. Pre-and postoperative urodynamic findings in children with tethered spinal cord syndrome. Eur Urol 1991;19(2):139-41. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2022217
17. Ghoniem GM, Roach MB, Lewis VH, Harmon EP. The value of leak pressure and bladder compliance in the urodynamic evaluation of meningomyelocele patients. J Urol 1990;144(6):1440-2. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2231938

18. Ghoniem GM, Shoukry MS, Hassouna ME. Detrusor properties in myelomeningocele patients: in vitro study. J Urol 1998;159(6):2193-6.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9598568
19. Palmer LS, Richards I, Kaplan WE. Age related bladder capacity and bladder capacity growth in children with myelomeningocele. J Urol 1997;158:1261-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9258190
20. Agarwal SK, McLorie GA, Grewal D, Joyner BD, Bagli DJ, Khoury AE. Urodynamic correlates of resolution of reflux in meningomyelocele patients. J Urol 1997;158 (3 Pt 2):580-2.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9224367
21. Zermann DH, Lindner H, Huschke T, Schubert J. Diagnostic value of natural fill cystometry in neurogenic bladder in children. Eur Urol 1997;32(2):223-8.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9286658
22. Webb RJ, Griffiths CJ, Ramsden PD, Neal DE. Measurement of voiding pressures on ambulatory monitoring: comparison with conventional cystometry. Br J Urol 1990;65(2):152-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2317646
23. McInerney PD, Vanner TF, Harris SA, Stephenson TP. Ambulatory urodynamics. Br J Urol 1991;67(3):272-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2021814
24. Yeung CK, Godley ML, Duffy PG, Ransley PG. Natural filling cystometry in infants and children. Br J Urol 1995;75(4):531-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7788266
25. Swithinbank LV, James M, Shepherd A, Abrams P. Role of ambulatory urodynamic monitoring in clinical urological practice. Neurourol Urodyn 1999;18(3):215-22.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10338442
26. M cGuire EJ, Woodside JR, Borden TA, Weiss RM. Prognostic value of urodynamic testing in myelodysplastic patients. 1981. J Urol 2002;167(2 Pt 2):1049-53.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11905876
27. Sillen U, Hansson E, Hermansson G, Hjalmas, Jacobsson B, Jodal U. Development of the urodynamic pattern in infants with myelomeningocele. Br J Urol 1996;78(4):596-601.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8944517
28. T arcan T, Bauer S, Olmedo E, Khoshbin S, Kelly M, Darbey M. Long-term follow-up of newborns with myelodysplasia and normal urodynamic findings: is follow-up necessary? J Urol 2001;165(2):564-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11176436
29. Kasabian NG, Bauer SB, Dyro FM, Colodny AH, Mandell J, Retik AB. The prophylactic value of clean intermittent catheterization and anticholinergic medication in newborns and infants with myelodysplasia at risk of developing urinary tract deterioration. Am J Dis Child 1992;146(7):840-3.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1496955
30. Wang SC, McGuire EJ, Bloom DA. Urethral dilatation in the management of urological complications of myelodysplasia. J Urol 1989;142(4):1054-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2795730
31. Lin-Dyken DC, Wolraich ML, Hawtrey CE, Doja MS. Follow-up of clean intermittent catheterization for children with neurogenic bladders. Urology 1992;40(6):525-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1466106
32. Kaufman AM, Ritchey ML, Roberts AC, Rudy DC, McGuire EJ. Decreased bladder compliance in patients with myelomeningocele treated with radiological observation. J Urol 1996;156(6):2031-3.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8965337
33. Wu HY, Baskin LS, Kogan BA. Neurogenic bladder dysfunction due to myelomeningocele: neonatal versus childhood treatment. J Urol 1997;157(6):2295-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9146656
34. Kaefer M, Pabby A, Kelly M, Darbey M, Bauer SB. Improved bladder function after prophylactic treatment of the high risk neurogenic bladder in newborns with myelomeningocele. J Urol 1999;162 (3 Pt 2):1068-71.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10458433
35. van Gool JD, Dik P, de Jong TP. Bladder-sphincter dysfunction in myelomeningocele. Eur J Pediatr 2001;160(7):414-20.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11475578

36. Bauer SB. The argument for early assessment and treatment of infants with spina bifida. Dialogues in Pediatric Urology 2000;23:2-3.
37. Park JM. Early reduction of mechanical load of the bladder improves compliance: experimental and clinical observations. Dialogues in Pediatric Urology 2000;23:6-7.
38. Lindehall B, Moller A, Hjalmas K, Jodal U. Long-term intermittent catheterization: the experience of teenagers and young adults with myelomeningocele. J Urol 1994;152(1):187-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8201663
39. Joseph DB, Bauer SB, Colodny AH, Mandell J, Retik AB. Clean intermittent catheterization in infants with neurogenic bladder. Pediatrics 1989;84(1):72-82.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2740179
40. Baskin LS, Kogan BA, Benard F. Treatment of infants with neurogenic bladder dysfunction using anticholinergic drugs and intermittent catheterization. Br J Urol 1990;66(5):532-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2249125
41. Connor JP, Betrus G, Fleming P, Perlmutter AD, Reitelman C. Early cystometrograms can predict the response to intravesical instillation of oxybutynin chloride in myelomeningocele patients. J Urol 1994;151(4):1045-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8126787
42. Goessl C, Knispel HH, Fiedler U, Harle B, Steffen-Wilke K, Miller K. Urodynamic effects of oral oxybutynin chloride in children with myelomeningocele and detrusor hyperreflexia. Urology 1998;51(1):94-8.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9457296
43. Haferkamp A, Staehler G, Gerner HJ, Dorsam J. Dosage escalation of intravesical oxybutynin in the treatment of neurogenic bladder patients. Spinal Cord 2000;38(4):250-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10822396
44. Ferrara P, D'Aleo CM, Tarquini E, Salvatore S, Salvaggio E. Side-effects of oral or intravesical oxybutynin chloride in children with spina bifida. BJU Int 2001;87(7):674-8.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11350411
45. Ellsworth PI, Borgstein NG, Nijman RJ, Reddy PP. Use of tolterodine in children with neurogenic detrusor overactivity: relationship between dose and urodynamic response. J Urol. 2005 Oct;174(4Pt2):1647-51.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16148673
46. M ahanta K, Medhi B, Kaur B, Narasimhan KL. Comparative efficacy and safety of extended-release and instant-release tolterodine in children with neural tube defects having cystometric abnormalities. J Pediatr Urol 2008;4(2):118-23.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18631906
47. Franco I. Overactive bladder in children. Part 2: Management. J Urol 2007;178(3Pt1):769-74; discussion 774.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17631332
48. Austin PF, Homsy YL, Masel JL, Cain MP, Casale AJ, Rink RC. Alpha-adrenergic blockade in children with neuropathic and nonneuropathic voiding dysfunction. J Urol 1999;162(3 Pt 2):1064-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10458432
49. S mith CP, Somogyi GT, Chancellor MB. Emerging role of botulinum toxin in the treatment of neurogenic and non-neurogenic voiding dysfunction. Curr Urol Rep 2002;3(5):382-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12354347
50. L eippold T, Reitz A, Schurch B. Botulinum toxin as a new therapy option for voiding disorders: current state of the art. Eur Urol 2003;44(2):165-74.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12875934
51. S chulte-Baukloh H, Knispel HH, Michael T. Botulinum-A toxin in the treatment of neurogenic bladder in children. Paediatrics 2002;110(2 Pt 1):420-1.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12165609
52. L usuardi L, Nader A, Koen M, Schrey A, Schindler M, Riccabona M. [Minimally invasive, safe treatment of the neurogenic bladder with botulinum-A-toxin in children with myelomeningocele.] Aktuelle Urol 2004;35(1):49-53. [article in German]
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14997415
53. H oebeke P, De Caestecker K, Vande Walle J, Dehoorne J, Raes A, Verleyen P,Van Laecke E. The effect of botulinum-A toxin in incontinent children with therapy resistant overactive detrusor. J Urol 2006;176(1):328-30.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16753434

54. Kajbafzadeh AM, Moosavi S, Tajik P, Arshadi H, Payabvash S, Salmasi AH, Akbari HR, Nejat F. Intravesical injection of botulinum toxin type A: management of neuropathic bladder and bowel dysfunction in children with myelomeningocele. Urology 2006;68(5):1091-6.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17113899
55. Akbar M, Abel R, Seyler TM, Bedke J, Haferkamp A, Gerner HJ, Möhring K. Repeated botulinum-A toxin injections in the treatment of myelodysplastic children and patients with spinal cord injuries with neurogenic bladder dysfunction. BJU Int 2007;100(3):639-45. Erratum in: BJU Int 2007;100(3):719.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17532858
56. Mokhless I, Gaafar S, Fouda K, Shafik M, Assem A. Botulinum A toxin urethral sphincter injection in children with nonneurogenic neurogenic bladder. J Urol. 2006 Oct;176(4Pt2):1767-70).
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16945643
57. Y ounoszai MK. Stooling problems in patients with myelomeningocele. South Med J 1992;85(7)8-24.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1631686
58. S quire R, Kiely EM, Carr B, Ransley PG, Duffy PG. The clinical application of the Malone antegrade colonic enema. J Pediatr Surg 1993;28(8):1012-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8229586
59. Whitehead WE, Wald A, Norton NJ. Treatment options for fecal incontinence. Dis Colon Rectum 2001;44(1):131-42 ; discussion 142-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11805574
60. Krogh K, Kvitzau B, Jorgensen TM, Laurberg S. [Treatment of anal incontinence and constipation with transanal irrigation.] Ugeskr Laeger 1999;161(3):253-6. [article in Danish]
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10025223
61. Van Savage JG, Yohannes P. Laparoscopic antegrade continence enema in situ appendix procedure for refractory constipation and overflow fecal incontinence in children with spina bifida. J Urol 2000;164(3 Pt 2):1084-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10958747
62. Aksnes G, Diseth TH, Helseth A, Edwin B, Stange M, Aafos G, Emblem R. Appendicostomy for antegrade enema: effects on somatic and psychosocial functioning in children with myelomeningocele. Pediatrics 2002;109(3):484-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11875145
63. Loening-Baucke V, Desch L, Wolraich M. Biofeedback training for patients with myelomeningocele and fecal incontinence. Dev Med Child Neurol 1988;30(6):781-90.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3234607
64. Marshall DF, Boston VE. Altered bladder and bowel function following cutaneous electrical field stimulation in children with spina bifida–interim results of a randomized double-blind placebocontrolled trial. Eur J Pediatr Surg 1997;7(Suppl 1):41-3.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9497117
65. Hansson S, Caugant D, Jodal U, Svanborg-Eden C. Untreated asymptomatic bacteriuria in girls: I - Stability of urinary isolates. BMJ 1989;298(6677):853-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2497822
66. Hansson S, Jodal U, Lincoln K, Svanborg-Eden C. Untreated asymptomatic bacteriuria in girls: II - Effect of phenoxymethylpenicillin and erythromycin given for intercurrent infections. BMJ 1989;298(6677):856-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2497823
67. Hansson S, Jodal U, Noren L, Bjure J. Untreated bacteriuria in asymptomatic girls with renal scarring. Pediatrics 1989;84(6):964-8.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2587151
68. Johnson HW, Anderson JD, Chambers GK, Arnold WJ, Irwin WJ, Brinton JR. A short-term study of nitrofurantoin prophylaxis in children managed with clean intermittent catheterization. Pediatrics 1994;93(5):752-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8165073
69. Schlager TA, Anderson S, Trudell J, Hendley JO. Nitrofurantoin prophylaxis for bacteriuria and urinary tract infection in children with neurogenic bladder on intermittent catheterization. J Pediatr 1998;132(4):704-8.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9580774
70. Nguyen DH, Mitchell ME. Gastric bladder reconstruction. Urol Clin North Am 1991;18(4):649-57. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1949398

71. Duel BP, Gonzalez R, Barthold JS. Alternative techniques for augmentation cystoplasty. J Urol 1998;159(3):998-1005.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9474216
72. Bandi G, Al-Omar O, McLorie GA. Comparison of traditional enterocystoplasty and seromuscular colocystoplasty lined with urothelium. J Pediatr Urol 2007;3(6):484-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18947800
73. Atala A, Bauer SB, Soker S, Yoo JJ, Retik AB. Tissue-engineered autologous bladders for patients needing cystoplasty. Lancet 2006;367(9518):1241-6.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16631879
74. Naglo AS. Continence training of children with neurogenic bladder and detrusor hyperactivity: effect of atropine. Scan J Urol Nephrol 1982;16(3):211-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7163785
75. Austin PF, Westney OL, Leng WW, McGuire EJ, Ritchey ML. Advantages of rectus fascial slings for urinary incontinence in children with neuropathic bladders. J Urol 2001;165(6 Pt 2):2369-71.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11398778
76. G uys JM, Fakhro A, Louis-Borrione C, Prost J, Hautier A. Endoscopic treatment of urinary incontinence: long-term evaluation of the results. J Urol 2001;165(6 Pt 2):2389-91.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11371983
77. Kassouf W, Capolicchio G, Bernardinucci G, Corcos J. Collagen injection for treatment of urinary incontinence in children. J Urol 2001;165(5):1666-8.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11342951
78. Kryger JV, Leverson G, Gonzalez R. Long-term results of artificial urinary sphincters in children are independent of age at implantation. J Urol 2001;165(6 Pt 2):2377-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11371981
79. Holmes NM, Kogan BA, Baskin LS. Placement of artificial urinary sphincter in children and simultaneous gastrocystoplasty. J Urol 2001;165(6 Pt 2):2366-8.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11371944
80. Mitchell ME, Piser JA. Intestinocystoplasty and total bladder replacement in children and young adults: follow up in 129 cases. J Urol 1987;138(3):579-84.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3625861
81. hekarriz B, Upadhyay J, Demirbilek S, Barthold JS, Gonzalez R. Surgical complications of bladder augmentation: comparison between various enterocystoplasties in 133 patients. Urology 2000;55(1):123-8.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10654908
82. Medel R, Ruarte AC, Herrera M, Castera R, Podesta ML. Urinary continence outcome after augmentation ileocystoplasty as a single surgical procedure in patients with myelodysplasia. J Urol 2002;168(4 Pt 2):1849-52.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12352374
83. M etcalfe PD, Rink RC. Bladder augmentation: complications in the pediatric population. Curr Urol Rep. 2007 Mar;8(2):152-6.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17303021

13. DILATACIÓN DE LAS VÍAS URINARIAS SUPERIORES (UNIÓN URETEROPÉLVICA Y OBSTRUCCIÓN DE LA UNIÓN URETEROVESICAL)

13.1 Generalidades

La dilatación de las vías urinarias superiores sigue suponiendo un reto clínico importante en lo que se refiere a determinar qué pacientes pueden beneficiarse del tratamiento.

La obstrucción de la unión ureteropélvica (UUP) se define como una alteración del flujo urinario desde la pelvis hasta el uréter proximal con dilatación consiguiente del sistema colector y posibilidad de lesión renal. Es la causa más frecuente de hidronefrosis neonatal (1). Tiene una incidencia global de 1:1.500 y una proporción entre varones y mujeres de 2:1 en recién nacidos.

La obstrucción de la unión ureterovesical (UUV) es un proceso obstructivo del uréter distal según entra en la vejiga, lo que habitualmente se denomina megauréter obstructivo primario. Los megauréteres ocupan el segundo puesto en el diagnóstico diferencial de la hidronefrosis neonatal. Se producen con mayor frecuencia en los varones y son más probables en el lado izquierdo (2).

Mucho más difícil es la definición de obstrucción. La creación de una línea divisoria entre vías urinarias 'obstruidas' y 'no obstruidas', como si estas entidades pudieran diferenciarse claramente como 'blanco' o 'negro', es imposible. En la actualidad, la definición más aceptada es que la obstrucción representa una restricción al flujo urinario que, si no se trata, provocará un deterioro renal progresivo (3).

13.2 Diagnóstico

Debido al uso generalizado de la ecografía durante el embarazo, la hidronefrosis prenatal se detecta con más frecuencia (4). El reto en el tratamiento de las vías urinarias superiores dilatadas consiste en decidir qué niño puede ser observado, cuál debe ser tratado médicamente y cuál requiere intervención quirúrgica. No existe una prueba aislada definitiva que permita distinguir entre casos obstructivos y no obstructivos (figura 1).

13.2.1 Ecografía prenatal

Normalmente, entre las 16 y 18 semanas de gestación se visualizan los riñones de forma sistemática, cuando casi todo el líquido amniótico consiste en orina. El momento más sensible para evaluar las vías urinarias fetales es la semana 28. Cuando se detecta dilatación, la ecografía debe centrarse en la intensidad de la dilatación y la ecogenicidad de los riñones, la presencia de hidronefrosis o hidroureteronefrosis, el volumen y vaciamiento vesical, el sexo del niño y el volumen de líquido amniótico, respectivamente (5).

13.2.2 Ecografía posnatal

Dado que la deshidratación neonatal pasajera dura unas 48 horas, han de realizarse pruebas de imagen después de este período de oliguria posnatal. En los casos graves (dilatación bilateral, riñón único, oligohidramnios) se recomienda una ecografía posnatal inmediata (6). Durante la ecografía ha de evaluarse el diámetro anteroposterior de la pelvis renal, la dilatación de los cálices, las dimensiones renales, el grosor del parénquima, la ecogenicidad cortical, los uréteres, la pared de la vejiga y la orina residual.

13.2.3 Cistouretrografía miccional (CUGM)

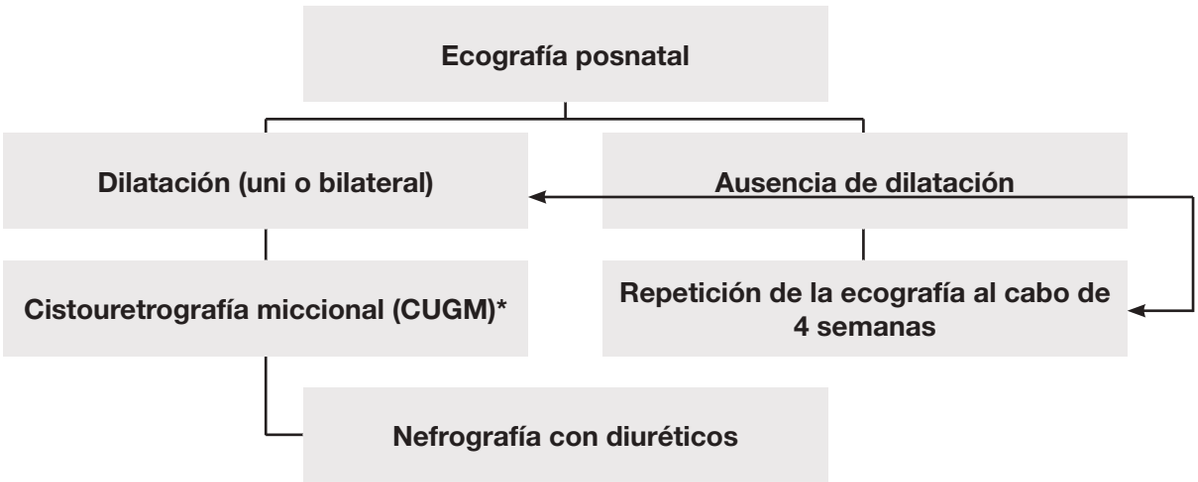
En los recién nacidos con dilatación identificada de las vías urinarias superiores, los factores primarios o asociados importantes que deben detectarse incluyen reflujo vesicoureteral en hasta el 25 % de los niños afectados (15), válvulas uretrales, ureteroceles, divertículos y vejiga neurógena. La CUGM convencional es el método de elección como procedimiento diagnóstico principal (7).

13.2.4 Nefrografía con diuréticos

La nefrografía con diuréticos es el método diagnóstico más utilizado para detectar la intensidad y la importancia funcional de los problemas del transporte de orina. El ^{99m}Tc-MAG3 es el radionúclido de elección. Es importante realizar el estudio en condiciones normalizadas (hidratación, sonda transuretral) entre la cuarta y la sexta semanas de vida (8).

Se recomienda la ingestión oral de líquidos antes de la exploración. Quince minutos antes de la inyección del radionúclido, resulta imprescindible administrar una infusión intravenosa de solución salina normal a un ritmo de 15 ml/kg durante 30 minutos y, después, a un ritmo de mantenimiento de 4 ml/kg/hora durante todo el tiempo de la investigación (9). La dosis recomendada de furosemida es de 1 mg/kg en los lactantes durante el primer año de vida, mientras que deben administrarse 0,5 mg/kg a los niños de 1 a 16 años hasta una dosis máxima de 40 mg.

Figura 2. Algoritmo diagnóstico en caso de dilatación de las vías urinarias superiores



**La evaluación diagnóstica, con inclusión de CUGM, debe comentarse con los padres, ya que un reflujo posiblemente detectado podría carecer absolutamente de repercusión clínica. Por otro lado, en la bibliografía se describe una tasa de reflujo de hasta el 25 % en casos de hidronefrosis detectada prenatalmente y confirmada posnatalmente (15), por lo que también podría tener una cierta repercusión medicolegal.*

13.3 Tratamiento

13.3.1 Tratamiento prenatal

El asesoramiento de los padres es uno de los aspectos asistenciales más importantes. El pronóstico de un riñón hidronefrótico, aun cuando se encuentre gravemente afectado, es optimista. Un riñón hidronefrótico aún puede ser capaz de proporcionar una función renal importante, mientras que las perspectivas de un riñón muy hipoplásico y displásico son desastrosas. Es importante explicar a los padres la cronología y la exactitud de la confirmación del diagnóstico definitivo de su hijo. En algunos casos hay indicios evidentes de la gravedad, como dilatación bilateral masiva, datos bilaterales de displasia hipoplásica, dilatación bilateral progresiva con oligohidramnios e hipoplasia pulmonar.

La intervención intrauterina rara vez está indicada y únicamente debe practicarse en centros con experiencia (10).

13.3.2 Obstrucción de la UUP

Lo más importante es tomar la decisión en función de pruebas complementarias seriadas, con aplicación de la misma técnica y realización en el mismo centro bajo condiciones normalizadas. La obstrucción sintomática (dolor en el costado recurrente, infección urinaria) requiere corrección quirúrgica con una pieloplastia, según la técnica abierta normalizada de Hynes y Anderson (11). Recientemente, cada vez hay más datos que respaldan el uso de un abordaje laparoscópico o retroperitoneoscópico para conseguir una pieloplastia desmembrada. Además, se ha mejorado la sutura laparoscópica mediante el uso de la robótica (16). Sin embargo, estos métodos carecen de datos a largo plazo y su confirmación plena necesitará tiempo. En los casos asintomáticos, el seguimiento conservador puede ser el tratamiento de elección.

Las indicaciones de intervención quirúrgica son una disfunción renal dividida (< 40 %), una disminución de la función renal dividida de más del 10 % en estudios posteriores, un aumento del diámetro anteroposterior en la ecografía y una dilatación de grado III y IV según lo definido por la Sociedad de urología fetal.

13.4 Megauréter

En lo que respecta a las opciones de tratamiento de los megauréteres secundarios, véase el *capítulo 14, Reflujo y válvulas.* Cuando un estudio funcional revela y confirma un drenaje ureteral adecuado, el tratamiento conservador es la mejor opción. Inicialmente, se recomienda la administración de antibióticos preventivos en dosis bajas durante el primer año de vida para prevenir las infecciones urinarias, aun cuando no existen ensayos aleatorizados prospectivos con evaluación de este régimen (12).

Con unas tasas de remisión espontánea de hasta el 85 % en casos de megauréter primario, ya no se recomienda el tratamiento quirúrgico, excepto en los megauréteres con infecciones urinarias recurrentes, deterioro de la función renal dividida y obstrucción significativa (13).

El abordaje inicial del uréter puede ser intravesical, extravesical o combinado. El enderezamiento del uréter es necesario, sin desvascularización. El afilamiento ureteral debería mejorar el flujo urinario hacia la vejiga. Ha de afilarse el uréter hasta lograr un diámetro que permita una reparación antirreflujo. Existen varias técnicas de adaptación, por ejemplo, imbricación ureteral o afilamiento por escisión (14).

13.5 Conclusión

Con el uso de la ecografía perinatal sistemática, la hidronefrosis por obstrucción de la UUP o UUV se está reconociendo con una frecuencia cada vez mayor. Una evaluación posnatal meticulosa y repetida es imprescindible para intentar identificar casos obstructivos con riesgo de insuficiencia renal y que precisan reconstrucción quirúrgica. Los métodos quirúrgicos se han normalizado bastante y deparan buenos resultados clínicos.

13.6 Bibliografía

1. Lebowitz RL, Griscom NT. Neonatal hydronephrosis: 146 cases. Radiol Clin North Am 1977;15(1): 49-59. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/139634
2. Brown T, Mandell J, Lebowitz RL. Neonatal hydronephrosis in the era of sonography. Am J Roentgenol 1987;148(5):959-63. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3034009
3. Koff SA. Problematic ureteropelvic junction obstruction. J Urol 1987;138(2):390. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3599261
4. G unn TR, Mora JD, Pease P. Antenatal diagnosis of urinary tract abnormalities by ultrasonography after 28 weeks' gestation: incidence and outcome. Am J Obstet Gynecol 1995;172(2 Pt 1):479-86. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7856673
5. G rignon A, Filiatrault D, Homsy Y, Robitaille P, Filion R, Boutin H, Leblond R. Ureteropelvic junction stenosis: antenatal ultrasonographic diagnosis, postnatal investigation, and follow-up. Radiology 1986;160:649-51. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3526403
6. Flashner SC, King LR. Ureteropelvic junction. In: Clinical Pediatric Urology. Philadelphia: WB Saunders, 1976, p. 693.
7. E bel KD. Uroradiology in the fetus and newborn: diagnosis and follow-up of congenital obstruction of the urinary tract. Pediatr Radiol 1998;28(8):630-5. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9716640
8. O 'Reilly P, Aurell M, Britton K, Kletter K, Rosenthal L, Testa T. Consensus on diuresis renography for investigating the dilated upper urinary tract. Radionuclides in Nephrourology Group. Consensus Committee on Diuresis Renography. J Nucl Med 1996;37(11):1872-6. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8917195
9. C hoong KK, Gruenewald SM, Hodson EM, Antico VF, Farlow DC, Cohen RC. Volume expanded diuretic renography in the postnatal assessment of suspected uretero-pelvic junction obstruction. J Nucl Med 1992;33:2094-8. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1460498
10. R eddy PP, Mandell J. Prenatal diagnosis. Therapeutic implications. Urol Clin North Am 1998;25(2):171-80. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9633572

11. N ovick AC, Streem AB. Surgery of the kidney. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ (eds). Campbell's Urology. Philadelphia: WB Saunders, 1998, p. 3044.
12. Arena F, Baldari S, Proietto F, Centorrino A, Scalfari G, Romeo G. Conservative treatment in primary neonatal megaureter. Eur J Pediatr Surg 1998;8(6):347-351. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9926303
13. Peters CA, Mandell J, Lebowitz RL, Colodny AH, Bauer SB, Hendren WH, Retik AB. Congenital obstructed megaureters in early infancy: diagnosis and treatment. J Urol 1989;142(2 Pt 2):641-5. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2746792
14. S ripathi V, King PA, Thomson MR, Bogle MS. Primary obstructive megaureter. J Pediatr Surg 1991;26(7):826-9. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1895193
15. T homas DF. Prenatally detected uropathy: epidemiological considerations. Br J Urol 1998;81(Suppl 2):8-12. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9602790
16. O lsen LH, Rawashdeh YF, Jorgensen TM. Pediatric robot assisted retroperitoneoscopic pyeloplasty: a 5-year experience. J Urol 2007;178(5):2137-41. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17870122

14. REFLUJO VESICOURETERAL (RVU)

14.1 Generalidades

El RVU es una anomalía urológica muy frecuente en la infancia y probablemente es uno de los aspectos más controvertidos en pediatría (1). Se define como el flujo retrógrado no fisiológico de orina desde la vejiga hacia el uréter o la pelvis renal y los cálices. Mientras que el RVU primario es una anomalía de la unión ureterovesical de base genética (2), el reflujo secundario se debe a una obstrucción anatómica o funcional de la salida de la vejiga, con la consiguiente elevación de las presiones, o a enfermedades inflamatorias. El RVU primario puede asociarse a otras alteraciones morfológicas y funcionales de las vías urinarias inferiores.

En torno al 1 %-2 % de todos los niños presenta RVU, mientras que aparece RVU en el 25 %-40 % de los niños con pielonefritis aguda (1). En los recién nacidos, la incidencia de reflujo es mayor en los niños que en las niñas, pero en etapas posteriores de la vida, las niñas se encuentran 4-6 veces más afectadas que los niños. La incidencia de hidronefrosis diagnosticada prenatalmente causada por RVU oscila entre el 17 % y 37 % (3, 4). Alrededor del 30 %-50 % de los niños con RVU sintomático presentan signos radiológicos de formación de cicatrices renales, como consecuencia de una displasia congénita o lesión postinfecciosa adquirida. Parece que el reflujo intrarrenal de orina infectada es el principal responsable de la lesión renal.

La nefropatía por reflujo (NR) podría ser la causa más frecuente de hipertensión arterial infantil. Los estudios de seguimiento revelan que en cerca del 10 %-20 % de los niños con NR se desarrolla hipertensión arterial o nefropatía terminal (5). En estudios más antiguos, el 15 %-30 % de los casos de insuficiencia renal crónica en niños y jóvenes se ha atribuido sistemáticamente a pielonefritis crónica y NR (6). Sin embargo, el conocimiento de la morbilidad relacionada con el RVU ha dado lugar a un diagnóstico y tratamiento más generalizado, lo que parece que ha provocado una reducción del número de pacientes afectados por NR. Así pues, el diagnóstico y tratamiento del RVU han alterado la epidemiología de la hipertensión arterial y la insuficiencia renal en los niños y jóvenes. En una serie reciente de poblaciones sometidas a trasplante renal, el 2 %-3 % de los casos tuvieron que ver con pielonefritis crónica (7).

Estudios de gemelos y familias han revelado que el RVU tiene una base genética (2). Los hermanos de pacientes con reflujo conocido presenta una prevalencia aproximada de reflujo del 30 %, teniendo los hermanos más jóvenes un mayor riesgo. Los hijos de padres con reflujo presentan un riesgo de progresión a reflujo de prácticamente el 70 %. Dado que los hermanos y la descendencia de los afectados suelen permanecer asintomáticos, se aconseja someterlos sistemáticamente a cribado de reflujo (8, 9).

El tratamiento de los niños afectados se ha centrado en prevenir la infección y la lesión del parénquima renal permanente y sus complicaciones tardías mediante profilaxis antibiótica o corrección quirúrgica del reflujo. Sin embargo, sigue habiendo controversia en relación con las estrategias óptimas de tratamiento de los niños con RVU primario (10-12).

14.2 Clasificación

En 1985, el Comité internacional para el estudio del reflujo introdujo un sistema uniforme para la clasificación del RVU (13) (tabla 1). Este sistema de graduación combina dos clasificaciones precedentes y se basa en el grado de llenado retrógrado y dilatación del uréter, la pelvis renal y los cálices en una CUGM. El Comité también describió una técnica normalizada de CUGM para permitir que los resultados fueran comparables.

Tabla 1: Sistema de graduación del reflujo vesicoureteral según el Comité internacional para el estudio del reflujo (13)

Grado I	El reflujo no llega a la pelvis renal; grados variables de dilatación ureteral
Grado II	El reflujo llega a la pelvis renal; ausencia de dilatación del sistema colector; fondos de saco normales
Grado III	Dilatación leve o moderada del uréter, con o sin torsión; dilatación moderada del sistema colector; fondos de saco normales o mínimamente deformados
Grado IV	Dilatación moderada del uréter con o sin torsión; dilatación moderada del sistema colector; fondos de saco despuntados, aunque las impresiones de las papilas siguen siendo visibles
Grado V	Dilatación y torsión macroscópicas del uréter, dilatación pronunciada del sistema colector; las impresiones papilares ya no son visibles; reflujo intraparenquimatoso

14.3 Estudio diagnóstico

Un estudio diagnóstico básico consta de anamnesis completa (con antecedentes familiares), exploración física, análisis de orina, urocultivos y, si hay que evaluar la función renal, creatinina sérica. El diagnóstico por imagen del RVU abarca modalidades radiológicas y ecográficas (14). Entre las técnicas radiológicas figuran la CUGM, el método más extendido para evaluar el reflujo, y la cistografía isotópica (CI).

En la CI, la exposición a la radiación es significativamente menor que en la CUGM con radioscopia continua, pero los detalles anatómicos representados son muy inferiores. Con la introducción de la radioscopia pulsada, pudo reducirse notablemente la exposición a la radiación de la CUGM. El uso de la CUGM permite determinar el grado de reflujo (en un riñón solitario o duplicado) y la evaluación de la configuración vesical y ureteral. Además, la CUGM es el estudio de elección para obtener imágenes de la uretra. El diagnóstico ecográfico del RVU con administración intravesical de un medio de contraste ecográfico (uroecografía miccional [UEM]) se utiliza en su mayor parte como modalidad para evaluar el reflujo primario en niñas y durante el seguimiento.

En los casos complejos puede ser necesaria una urografía por resonancia magnética para evaluar las vías urinarias superiores.

El ácido dimercaptosuccínico (DMSA) es el mejor producto nuclear para visualizar el tejido cortical, evaluar el parénquima renal y confirmar la presencia de cicatrices renales. Los niños con DMSA normal durante una IU aguda tienen un riesgo bajo de lesión renal. Los niños con DMSA de seguimiento normal y RVU de bajo grado presentan una resolución espontánea más frecuente del RVU (15).

En caso de incontinencia o de orina residual, pueden realizarse estudios urodinámicos para detectar anomalías funcionales de las vías urinarias inferiores. Estas pruebas son más importantes cuando se sospecha reflujo secundario, como en los pacientes con espina bífida o los niños cuya CUGM indica la presencia de válvulas uretrales posteriores residuales. No obstante, en la mayoría de los casos

de disfunción miccional no neurógena, el diagnóstico y el seguimiento pueden limitarse a pruebas incruentas (diagramas miccionales, ecografía, uroflujometría). En los pocos niños restantes con resultados no concluyentes y que son resistentes al tratamiento se requieren pruebas urodinámicas. El tratamiento adecuado de la disfunción miccional dará lugar, a menudo, a la resolución del reflujo (16).

Antiguamente, se consideraba que la cistoscopia era esencial para evaluar el RVU. Se pensaba que la posición y la forma de los orificios ureterales se correlacionaban con el grado y el pronóstico. Los datos posteriores han demostrado que las observaciones cistoscópicas no contribuyen de manera significativa al resultado del tratamiento (17). Puede practicarse una cistoscopia en el momento de la cirugía abierta para identificar otras anomalías anatómicas, como duplicación ureteral y ectopia ureteral.

14.4 Tratamiento

El diagnóstico precoz y la actitud expectante son los pilares del tratamiento (tabla 2). El objetivo último del tratamiento consiste en permitir el crecimiento renal normal y en prevenir una lesión permanente del parénquima renal y sus complicaciones tardías (nefropatía por reflujo, véase anteriormente). No existe una estrategia terapéutica única para todos los contextos clínicos de RVU.

Las opciones terapéuticas comprenden tratamiento conservador (médico), incluida la profilaxis antibiótica, y estrategias intervencionistas (por ejemplo, inyección subureteral endoscópica, corrección quirúrgica laparoscópica o abierta del reflujo), aislados o en combinación.

La elección individual del tratamiento se basa en la presencia de cicatrices renales, la evolución clínica, el grado de reflujo, la función renal ipsolateral, la bilateralidad, la capacidad y función vesical, las anomalías asociadas de las vías urinarias, la edad, el cumplimiento terapéutico y las preferencias de los padres.

La corrección quirúrgica se encuentra justificada en caso de infecciones febriles recurrentes a pesar de la profilaxis antibiótica (infecciones intercurrentes), incumplimiento médico, nuevas cicatrices y presencia de malformaciones asociadas (por ejemplo, sistemas duplicados, divertículo de Hutch o uréter ectópico).

En el RVU secundario, el objetivo es el tratamiento de la afección subyacente. Cuando el RVU persiste después de un tratamiento satisfactorio del trastorno subyacente, el tratamiento posterior depende de las circunstancias clínicas individuales.

Tabla 2: Tratamiento del reflujo

Edad del paciente	Grado de reflujo/sexo	Tratamiento
< 1 año		Conservador
1-5 años	Grado I-III	Conservador
	Grado IV-V	Corrección quirúrgica
> 5 años	Niños	La indicación de la cirugía es excepcional
	Niñas	Corrección quirúrgica

14.4.1 Abordaje conservador

La justificación del tratamiento conservador es la observación de que el RVU puede resolverse de manera espontánea con el tiempo, principalmente en pacientes jóvenes con un reflujo de grado bajo (81 % y 48 % en el RVU de grado I-II y III-V, respectivamente) (18, 19). El objetivo del tratamiento conservador es la prevención de las IU febriles.

La educación y el seguimiento sistemático del paciente y los padres, un consumo elevado de líquidos, el vaciamiento regular y completo de la vejiga (en caso necesario, con doble micción) y la

profilaxis antibiótica en dosis bajas son aspectos clave del tratamiento conservador. En los niños con RVU de bajo grado puede aconsejarse la circuncisión.

El tratamiento conservador debe descartarse en favor de la intervención quirúrgica en todos los casos de infecciones intercurrentes febriles, así como en las niñas en que el RVU ha persistido hasta una edad a la que ya no cabe esperar la resolución espontánea. En los niños de 5 años o más puede interrumpirse la profilaxis antibiótica y las indicaciones de la corrección quirúrgica del reflujo son excepcionales.

14.4.2 Tratamiento intervencionista

14.4.2.1 Cirugía abierta

Se han descrito varias técnicas intra y extravesicales para la corrección quirúrgica del reflujo. Aunque los diferentes métodos tienen ventajas y complicaciones concretas, todos ellos comparten el principio básico de prolongar la porción intramural del uréter mediante la inclusión submucosa del uréter. Se ha demostrado que todas las técnicas son seguras, con una tasa baja de complicaciones y unas tasas de éxito excelentes (92 %-98 %). En la actualidad, los procedimientos más populares son los de Lich-Gregoir, Politano-Leadbetter, Cohen y la ureteroneocistostomía de Psoas-Hitch (20, 21).

La cirugía en el período neonatal comporta un riesgo elevado de dañar gravemente la función vesical. Cuando se prevé una intervención extravesical, ha de realizarse una cistoscopia antes de la operación para evaluar la mucosa vesical y la posición y configuración de los orificios uterterales. En caso de reflujo bilateral pueden contemplarse procedimientos antirreflujo intravesicales, ya que la reparación extravesical bilateral simultánea del reflujo entraña un mayor riesgo de retención urinaria postoperatoria temporal (22).

14.4.2.2 Corrección laparoscópica del reflujo

En un pequeño número de niños, el RVU se corrige por vía laparoscópica. Aunque las tasas de éxito son similares a las de la cirugía abierta, la corrección laparoscópica del reflujo requiere significativamente más tiempo, por lo que carece de ventajas evidentes (23). En la actualidad, no puede recomendarse un abordaje laparoscópico como procedimiento habitual (24).

14.4.2.3 Tratamiento endoscópico

Aunque sigue siendo fundamentalmente experimental, el tratamiento endoscópico del RVU ofrece la ventaja de permitir tratar el defecto anatómico subyacente al tiempo que evita la morbilidad de la cirugía abierta (25). Gracias a la introducción de sustancias biodegradables, la inyección subureteral endoscópica de sustancias que refuerzan el tejido (material de relleno) se ha convertido en una alternativa a la profilaxis antibiótica a largo plazo y la intervención quirúrgica en el tratamiento del RVU en niños (26). Aunque aún no hay ensayos prospectivos en los que se demuestre que el tratamiento endoscópico es tan eficaz como el conservador, el tratamiento endoscópico se está utilizando actualmente como tratamiento inicial del reflujo en algunos centros. Una validación clínica sólida de su eficacia se ve dificultada por la falta de estudios apropiados desde el punto de vista metodológico. En un metaanálisis reciente (27), con inclusión de 5.527 pacientes y 8.101 unidades renales, la tasa de resolución del reflujo (por uréter) después de un tratamiento para el reflujo de grado I y II fue del 78,5 %, para el de grado III del 72 %, para el de grado IV del 63 % y para el de grado V del 51 %. Cuando la primera inyección no tuvo éxito, el segundo tratamiento logró una tasa de éxito del 68 % y el tercer tratamiento, del 34 %. La tasa de éxito global con una o más inyecciones fue del 85 %. La tasa de éxito fue significativamente menor en los sistemas duplicados (50 %) que en los únicos (73 %) y en las vejigas neuropáticas (62 %) que en las normales (74 %).

14.5 Seguimiento

El seguimiento tras la corrección quirúrgica del RVU es objeto de polémica. En una actualización reciente del *International Reflux Study*, los autores publicaron los resultados de una urografía a los 10 años del tratamiento médico o quirúrgico del RVU. Llegaron a la conclusión de que, con un tratamiento cuidadoso, tan sólo un pequeño porcentaje de niños con reflujo grave presentaron nuevas

cicatrices y rara vez después del primer período de seguimiento de 5 años, así como que no hubo diferencias entre los niños tratados médica o quirúrgicamente (28). Por consiguiente, no se recomienda la realización sistemática de estudios isotópicos.

Dado que la CUGM postoperatoria no permite identificar a los niños con riesgo de sufrir IU febriles, esta prueba complementaria es opcional. Aunque es posible que la CUGM no sea necesaria en los casos clínicamente asintomáticos después de cirugía abierta (29), es obligatoria después del tratamiento endoscópico.

La obstrucción de las vías urinarias superiores se descarta mediante una ecografía en el momento del alta y a los 3 meses de la operación. El protocolo de seguimiento ha de incluir la medición de la presión arterial y un análisis de orina.

14.6 Bibliografía

1. Fanos V, Cataldi L. Antibiotics or surgery for vesicoureteric reflux in children. Lancet 2004;364(9446): 1720-2. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15530633
2. M urawski IJ, Gupta IR. Vesicoureteric reflux and renal malformations: a developmental problem. Clin Genet 2006;69(2):105-17. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16433689
3. Anderson NG, Wright S, Abbott GD, Wells JE, Mogridge N. Fetal renal pelvic dilatation - poor predictor of familial vesicoureteric reflux. Pediatr Nephrol 2003;18(9):902-5. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12883970
4. Phan V, Traubici J, Hershenfield B, Stephens D, Rosenblum ND, Geary DF. Vesicoureteral reflux in infants with isolated antenatal hydronephrosis. Pediatr Nephrol 2003;18(12):1224-8. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14586679
5. Blumenthal I. Vesicoureteric reflux and urinary tract infection in children. Postgrad Med J 2006;82(963):31-5. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16397077
6. Ardissino G, Avolio L, Dacco V, Testa S, Marra G, Vigano S, Loi S, Caione P, De Castro R, De Pascale S, Marras E, Riccipetitoni G, Selvaggio G, Pedotti P, Claris-Appiani A, Ciofani A, Dello Strologo L, Lama G, Montini G, Verrina E; ItalKid Project. Long-term outcome of vesicoureteral reflux associated chronic renal failure in children. Data from the ItalKid Project. J Urol 2004;172(1):305-10. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15201801
7. Vallee JP, Vallee MP, Greenfield SP, Wan J, Springate J. Contemporary incidence of morbidity related to vesicoureteral reflux. Urology 1999;53(4):812-5. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10197863
8. Hollowell JG, Greenfield SP. Screening siblings for vesicoureteral reflux. J Urol 2002;168(5):2138-41. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12394743
9. Giel DW, Noe HN, Williams MA. Ultrasound screening of asymptomatic siblings of children with vesicoureteral reflux: a long-term followup study. J Urol 2005;174(4 Pt 2):1602-4. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16148662
10. Elder JS, Peters CA, Arant BS Jr, Ewalt DH, Hawtrey CE, Hurwitz RS, Parrott TS, Snyder HM 3rd, Weiss RA, Woolf SH, Hasselblad V. Pediatric Vesicoureteral Reflux Guidelines Panel summary report on the management of primary vesicoureteral reflux in children. J Urol 1997;157(5):1846-51. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9112544
11. Smellie JM, Barratt TM, Chantler C, Gordon I, Prescod NP, Ransley PG, Woolf AS. Medical versus surgical treatment in children with severe bilateral vesicoureteric reflux and bilateral nephropathy: a randomised trial. Lancet 2001;357(9265):1329-33. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11343739
12. Wheeler DM, Vimalachandra D, Hodson EM, Roy LP, Smith GH, Craig JC. Interventions for primary vesicoureteric reflux. Cochrane Database Syst Rev 2004; (3):CD001532. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15266449
13. Lebowitz RL, Olbing H, Parkkulainen KV, Smellie JM, Tamminen-Mobius TE. International Reflux Study in Children: international system of radiographic grading of vesicoureteric reflux. Pediatr Radiol 1985;15(2):105-9. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3975102

14. Darge K, Riedmiller H. Current status of vesicoureteral reflux diagnosis. World J Urol 2004;22:88-95. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15173954
15. Camacho V, Estorch M, Fraga G, Mena E, Fuertes J, Hernandez MA, Flotats A, Carrio I. DMSA study performed during febrile urinary tract infection: a predictor of patient outcome? Eur J Nucl Med Mol Imaging 2004;31(6):862-6. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14758509
16. Koff SA, Wagner TT, Jayanthi VR. The relationship among dysfunctional elimination syndromes, primary vesicoureteral reflux and urinary tract infections in children. J Urol 1998;160(3 Pt 2):1019-22. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9719268
17. Elder JS. Guidelines for consideration for surgical repair of vesicoureteric reflux. Curr Opin Urol 2000;10(6):579-85. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11148729
18. Arant BS Jr. Medical management of mild and moderate vesicoureteral reflux: followup studies of infants and young children. A preliminary report of the Southwest Pediatric Nephrology Study Group. J Urol 1992;148(5 Pt 2):1683-7. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1433588
19. Smellie JM, Jodal U, Lax H, Mobius TT, Hirche H, Olbing H; Writing Committee, International Reflux Study in Children (European Branch). Outcome at 10 years of severe vesicoureteric reflux managed medically: report of the International Reflux Study in Children. J Pediatr 2001;139:656-63. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11713442
20. Austin JC, Cooper CS. Vesicoureteral reflux: surgical approaches. Urol Clin North Am 2004;31(3): 543-57. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15313064
21. H eidenreich A, Ozgur E, Becker T, Haupt G. Surgical management of vesicoureteral reflux in pediatric patients. World J Urol 2004;22(2):96-106. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15221260
22. Lipski BA, Mitchell ME, Burns MW. Voiding dysfunction after bilateral extravesical ureteral reimplantation. J Urol 1998;159(3):1019-21. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9474222
23. Janetschek G, Radmayr C, Bartsch G. Laparoscopic ureteral anti-reflux plasty reimplantation. First clinical experience. Ann Urol (Paris) 1995;29:101-5. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7645993
24. El-Ghoneimi A. Paediatric laparoscopic surgery. Curr Opin Urol 2003;13(4):329-35. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12811298
25. Chertin B, Puri P. Endoscopic management of vesicoureteral reflux: does it stand the test of time? Eur Urol 2002;42(6):598-606. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12477657
26. L ightner DJ. Review of the available urethral bulking agents. Curr Opin Urol 2002;12:333-8. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12072655
27. Elder JS, Diaz M, Caldamone AA, Cendron M, Greenfield S, Hurwitz R, Kirsch A,Koyle MA, Pope J, Shapiro E. Endoscopic therapy for vesicoureteral reflux: a meta-analysis. I. Reflux resolution and urinary tract infection. J Urol 2006;175(2):716-22. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16407037
28 Olbing H, Smellie JM, Jodal U, Lax H. New renal scars in children with severe VUR: a 10-year study of randomized treatment. Pediatr Nephrol 2003(11);18:1128-31. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14523634
29. Barrieras D, Lapointe S, Reddy PP, Williot P, McLorie GA, Bigli D, Khoury AE, Merguerian PA. Are postoperative studies justified after extravesical ureteral reimplantation? J Urol 2000;164(3 Pt 2): 1064-6. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10958758

15. LITIASIS URINARIA

15.1 Generalidades

La litiasis pediátrica es un problema clínico importante en la práctica urológica pediátrica. Debido a su naturaleza recurrente, hay que hacer todo lo posible por identificar la anomalía metabólica subya-

cente para poder tratarla adecuadamente. La obtención de un estado de ausencia de cálculos con el tratamiento intervencionista y un seguimiento estrecho son de capital importancia.

La litiasis pediátrica tiene sus propias características peculiares, que difieren en cuanto a presentación y tratamiento con respecto a la observada en adultos. En comparación con los adultos con litiasis, que tienen más probabilidades de ser varones, ambos sexos se afectan prácticamente por igual. La mayoría de los cálculos pediátricos se encuentran localizados en las vías urinarias superiores. Sin embargo, los cálculos vesicales siguen siendo frecuentes en las zonas subdesarrolladas del mundo y suelen ser cálculos de urato ácido de amonio y de ácido úrico, lo que indica firmemente la intervención de factores alimentarios (1).

La incidencia y las características de los cálculos muestran una amplia variación geográfica en los niños. Aunque la litiasis urinaria suele considerarse una enfermedad relativamente poco frecuente, es muy común en algunas partes del mundo. La litiasis pediátrica es endémica en Turquía, Pakistán y algunos estados del sur de Asia, África y Sudamérica. En el Reino Unido y otros países europeos, el 75 % de los cálculos en niños están compuestos de matriz orgánica y estruvita, y muchos coinciden con una infección por *Proteus* y anomalías de las vías urinarias (2).

15.2 Mecanismos de formación de cálculos, diagnóstico de los factores etiológicos y tratamiento médico de tipos concretos de cálculos

La formación de cálculos urinarios es resultado de un proceso complejo en el que intervienen factores anatómicos y metabólicos y la presencia de infección.

Cuando se encuentran supersaturadas en orina, las moléculas de calcio, oxalato, ácido úrico y cistina pueden inducir la formación de cálculos. Una concentración baja de inhibidores de la cristalización (citrato, magnesio, pirofosfato, macromoléculas y glucosaminoglucanos) es, en ocasiones, el único factor que influye en la formación de cálculos urinarios. Los cambios del pH urinario también afectan a la formación de cálculos.

Una alteración del flujo de orina debido a una morfología anómala puede facilitar la estasis y aumentar la concentración de sustancias formadoras de cálculos.

15.2.1 Cálculos cálcicos

Los cálculos cálcicos suelen estar formados por oxalato cálcico o fosfato cálcico. La supersaturación de calcio (hipercalciuria) y oxalato (hiperoxaluria) o una reducción de la concentración de inhibidores como citrato (hipocitraturia) tienen una función esencial en la formación de cálculos de oxalato cálcico.

Hipercalciuria. Se define por una excreción de calcio en orina de 24 h superior a 4 mg/kg/día en un niño con un peso menor de 60 kg. En los niños menores de 3 meses, 5 mg/kg/día se considera el límite superior de la normalidad respecto a la excreción de calcio (3).

La hipercalciuria puede clasificarse en idiopática o secundaria. Se diagnostica hipercalciuria idiopática cuando las pruebas complementarias clínicas, analíticas y radiológicas no logran identificar una causa subyacente. La hipercalciuria secundaria aparece cuando un proceso conocido origina una cantidad excesiva de calcio urinario. En la hipercalciuria secundaria (hipercalcémica), una concentración sérica elevada de calcio puede obedecer a un aumento de la resorción ósea (hiperparatiroidismo, hipertiroidismo, inmovilización, acidosis, enfermedad metastásica) o a hiperabsorción digestiva (hipervitaminosis D) (4).

Una buena prueba de cribado de la hipercalciuria compara el cociente urinario entre calcio y creatinina. El cociente calcio:creatinina normal en los niños es menor de 0,2. Cuando el cociente calculado es mayor de 0,2 está indicado repetir la prueba. Los recién nacidos y lactantes presentan una mayor excreción de calcio y una menor excreción de creatinina que los niños mayores (3, 4). Cuando los cocientes de seguimiento son normales, no se necesitan más análisis de hipercalciuria. Sin embargo, si el cociente sigue siendo elevado, ha de realizarse una recogida de orina de 24 horas cronometrada y calcularse la excreción de calcio.

El análisis de la excreción de calcio durante 24 horas es el método de referencia para el diagnóstico de hipercalciuria. Cuando la excreción de calcio es mayor de 4 mg/kg/día (0,1 mmol/kg/día), se confirma el diagnóstico de hipercalciuria y está justificada una evaluación más profunda. En ella se incluyen las concentraciones de bicarbonato sérico, creatinina, fosfatasa alcalina, calcio, magnesio, pH y hormona paratiroidea. El pH debe medirse en orina evacuada recientemente (3-6).

También ha de recogerse orina de 24 h para medir calcio, fósforo, sodio, magnesio, citrato y oxalato. Mientras tanto hay que probar manipulaciones alimentarias para normalizar el calcio en orina (6).

El tratamiento inicial siempre consiste en aumentar la ingestión de líquidos y la diuresis. La modificación de la alimentación forma parte imprescindible de un tratamiento eficaz. Hay que derivar al niño a un dietista para evaluar con exactitud el aporte diario de calcio, proteínas de origen animal y sodio. Se recomienda la restricción de sodio en la dieta, así como el mantenimiento de un aporte de calcio compatible con las necesidades diarias del niño (7).

Puede realizarse un ensayo breve con una dieta con bajo contenido en calcio para determinar si el aporte exógeno de calcio contribuye a una calciuria elevada. Sin embargo, hay que tener gran precaución al tratar de restringir el aporte de calcio durante períodos prolongados (grado de comprobación científica: 3; grado de recomendación: B).

Pueden utilizarse hidroclorotiazida y otros diuréticos tiazídicos para tratar la hipercalciuria en una dosis de 1-2 mg/kg/día (2, 8) (grado de comprobación científica: 3; grado de recomendación: C). El tratamiento con citrato también resulta útil cuando las concentraciones de citrato son bajas o persiste la hipercalciuria a pesar de otros tratamientos (2, 9) (grado de comprobación científica: 4; grado de recomendación: C).

Hiperoxaluria. El ácido oxálico es un metabolito que se excreta por los riñones. Tan sólo el 10 %-15 % del oxalato procede de la dieta. Los niños normales en edad escolar excretan menos de 50 mg (0,57 mmol)/1,73 m^2/día (2, 10), mientras que los lactantes excretan cuatro veces más. La hiperoxaluria puede ser resultado de un aporte alimentario elevado, de hiperabsorción intestinal (como en el síndrome del intestino corto) o de un defecto congénito del metabolismo.

En la hiperoxaluria primaria puede ser deficiente una de las dos enzimas hepáticas que intervienen en el metabolismo del oxalato. En la hiperoxaluria primaria hay un mayor depósito de oxalato cálcico en el riñón y la orina. Con el aumento del depósito de oxalato cálcico en los riñones, la insuficiencia renal puede seguirse de un depósito de oxalato cálcico en otros tejidos. El diagnóstico se establece a tenor del hallazgo analítico de hiperoxaluria intensa y de los síntomas clínicos. El diagnóstico definitivo requiere una biopsia hepática para analizar la actividad enzimática.

Otras formas de hiperoxaluria, como las que se han mencionado anteriormente, pueden deberse a una hiperabsorción de oxalato en caso de enfermedad inflamatoria intestinal, pancreatitis y síndrome del intestino corto. No obstante, la mayoría de los niños que presentan grados elevados de excreción urinaria de oxalato no tienen ningún problema metabólico ni una causa alimentaria. Es lo que se conoce como hiperoxaluria 'leve' idiopática; en estos casos sólo hay unas concentraciones urinarias de oxalato ligeramente elevadas. El tratamiento de la hiperoxaluria consiste en la estimulación de una diuresis elevada, la restricción del oxalato alimentario y un aporte regular de calcio. La piridoxina puede ser útil para reducir las concentraciones urinarias, especialmente en la hiperoxaluria primaria (2, 10) (grado de comprobación científica: 4; grado de recomendación: C).

Hipocitraturia. El citrato es un inhibidor de los cálculos urinarios. Actúa uniéndose al calcio y mediante la inhibición directa del crecimiento y la agregación de los cristales de oxalato y fosfato cálcico. Por tanto, un citrato urinario bajo puede ser una causa importante de litiasis cálcica. En los adultos, la hipocitraturia consiste en una excreción urinaria de citrato de menos de 320 mg/día (1,5 mmol/día); este valor ha de ajustarse en los niños en función del tamaño corporal (11, 12).

La hipocitraturia suele aparecer en ausencia de síntomas coexistentes o trastornos metabólicos conocidos. También puede surgir junto con acidosis metabólica, acidosis tubular distal o síndromes diarreicos.

Los factores ambientales que reducen el citrato urinario comprenden un aporte elevado de proteínas y un consumo excesivo de sal. Muchos trabajos subrayan la importancia de la hipocitraturia en la litiasis cálcica pediátrica. La presencia de hipocitraturia oscila entre el 30 % y el 60 % en los niños con litiasis cálcica.

Debido al mayor riesgo de cálculos en caso de hipocitraturia, se recomienda restaurar unas concentraciones normales de citrato para reducir la formación de cálculos. Aunque en algunos estudios se ha demostrado que el tratamiento restitutivo con citrato reduce el riesgo de formación de cálculos en una población adulta, hay pocos estudios relevantes en niños. La hipocitraturia se trata con citrato potásico a una dosis inicial de 1 mEq/kg, administrado en dos dosis divididas (12) (grado de comprobación científica: 3; grado de recomendación: B).

15.2.2 Cálculos de ácido úrico

Los cálculos de ácido úrico representan el 4 %-8 % de los cálculos urinarios en los niños. El ácido úrico es el producto final del metabolismo de las purinas. La hiperuricosuria es la principal causa de formación de cálculos de ácido úrico en los niños. Se considera hiperuricosuria una producción diaria de ácido úrico superior a 10 mg/kg/día (2).

La formación de cálculos de ácido úrico depende principalmente de la presencia de una composición ácida de la orina. La disociación y solubilidad del ácido úrico se reducen mucho a un pH inferior a 5,8. A medida que el pH se torna más alcalino, los cristales de ácido úrico se hacen más solubles y se reduce el riesgo de formación de cálculos de ácido úrico.

En la forma familiar o idiopática de hiperuricosuria, los niños suelen presentar unas concentraciones séricas normales de ácido úrico. En otros niños, puede estar causada por una producción excesiva de ácido úrico secundaria a defectos congénitos del metabolismo, trastornos mieloproliferativos u otras causas de destrucción celular. La hiperuricosuria también está causada por un aporte elevado de purinas y proteínas. Aunque la hiperuricosuria es un factor de riesgo para la formación de cálculos de oxalato cálcico en los adultos, no parece ser un factor de riesgo importante en los niños.

Los cálculos de ácido úrico no son opacos. Las radiografías simples son insuficientes para demostrar cálculos de ácido úrico, de modo que se utiliza la ecografía renal y la TC helicoidal para su diagnóstico.

La alcalinización de la orina es la piedra angular del tratamiento y la prevención de los cálculos de ácido úrico. Los preparados con citrato son útiles como alcalinizantes. El mantenimiento de un pH urinario de entre 6 y 6,5 resulta suficiente para evitar los cálculos de ácido úrico (2).

15.2.3 Cálculos de cistina

La cistinuria es la causa de la formación de cálculos de cistina y explica el 2 %-6 % de todos los cálculos urinarios en los niños. La cistinuria es un trastorno autosómico incompletamente recesivo que se caracteriza por la incapacidad de los túbulos renales de reabsorber cuatro aminoácidos básicos, cistina, ornitina, lisina y arginina.

De estos cuatro aminoácidos, tan sólo la cistina tiene una solubilidad escasa en la orina, por lo que únicamente pueden formarse cálculos de cistina en caso de una excreción excesiva en la orina. La solubilidad de la cistina depende del pH, de modo que su precipitación comienza con unos valores de pH < 7,0. Otras alteraciones metabólicas, tales como hipercalciuria, hipocitraturia e hiperuricosuria, pueden acompañar a la cistinuria, por lo que da lugar a la formación de cálculos de composición mixta.

Los cálculos de cistina son débilmente radiotransparentes y pueden ser difíciles de demostrar en los estudios radiológicos habituales. También son de textura dura y más difíciles de desintegrar con litotricia extracorpórea mediante ondas de choque (LEOC).

El tratamiento médico de los cálculos de cistina tiene la finalidad de reducir la saturación de cistina en la orina y aumentar su solubilidad. El tratamiento inicial consiste en mantener una diuresis elevada y emplear alcalinizantes, como citrato potásico, para mantener el pH de la orina por encima de

7,0. Cuando fracasa este tratamiento, el uso de α-mercaptopropionil glicina o D-penicilamina puede reducir la concentración de cistina en la orina e impedir la formación de cálculos. El uso de estos medicamentos puede tener efectos secundarios graves, como mielodepresión y síndrome nefrótico (13) (grado de comprobación científica: 4; grado de recomendación: C).

15.2.4 Cálculos infecciosos (cálculos de estruvita)

Los cálculos relacionados con infecciones constituyen casi el 5 % de los cálculos urinarios en los niños. Las bacterias capaces de producir la enzima ureasa (*Proteus, Klebsiella, Pseudomonas)* son responsables de la formación de estos cálculos.

La ureasa convierte la urea en amoníaco y bicarbonato, de modo que alcaliniza la orina y transforma el bicarbonato en carbonato. En medio alcalino se forman fosfatos triples que, con el tiempo, dan lugar a un entorno supersaturado de fosfato amónico magnésico y carbonato-apatita, lo que a su vez provoca la formación de cálculos.

Aparte de la eliminación de las bacterias, la eliminación de los cálculos resulta esencial para el tratamiento, ya que los cálculos albergan la infección y el tratamiento antibiótico no será eficaz. Hay que plantearse investigar la presencia de problemas congénitos que causan estasis e infección. Las anomalías de las vías genitourinarias predisponen a la formación de estos cálculos.

15.3 Cuadro clínico

El cuadro clínico tiende a depender de la edad, de modo que síntomas tales como dolor en la fosa renal y hematuria son más frecuentes en los niños mayores. Los síntomas inespecíficos (por ejemplo, irritabilidad o vómitos) son habituales en los niños muy pequeños. La hematuria, normalmente macroscópica, con o sin dolor, es menos frecuente en los niños. Sin embargo, la hematuria microscópica puede ser el único indicador y es más común en los niños. En algunos casos, una infección urinaria es el único dato que da lugar a la realización de estudios radiológicos en los que se identifica un cálculo (14, 15).

15.4 Diagnóstico

15.4.1 Pruebas de imagen

En general, la ecografía debe utilizarse como primer estudio. La ecografía renal es muy eficaz para identificar cálculos en el riñón. Muchos cálculos radiotransparentes pueden identificarse con una radiografía simple de abdomen.

Cuando no se identifican cálculos, pero persisten los síntomas, está indicada una TC helicoidal. La prueba más sensible para identificar cálculos en las vías urinarias es la TC helicoidal sin contraste. Es segura y rápida, con una sensibilidad del 97 % y una especificidad del 96 % (16-18) (grado de comprobación científica: 2; grado de recomendación: B).

La pielografía intravenosa apenas se usa en los niños, aunque puede ser necesaria para definir la anatomía calicial antes de practicar cirugía percutánea o abierta.

15.4.2 Evaluación metabólica

Debido a la elevada incidencia de factores que predisponen a la urolitiasis en los niños y las tasas altas de recurrencia de los cálculos, todos los niños con cálculos urinarios han de ser objeto de una evaluación metabólica completa (1, 19, 20).

La evaluación metabólica consta de:

- Antecedentes familiares y personales de problemas metabólicos.
- Análisis de la composición de los cálculos (tras el análisis de los cálculos puede modificarse la evaluación metabólica con arreglo al tipo concreto de cálculo).
- Electrólitos, BUN, creatinina, calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, ácido úrico, proteínas totales, bicarbonato, albúmina y hormona paratiroidea (si hay hipercalcemia).

- Análisis de orina y urocultivo, con cociente calcio:creatinina.
- Pruebas en orina, entre ellas, una recogida de orina durante 24 horas para medir calcio, fósforo, magnesio, oxalato, ácido úrico, citrato, cistina, proteínas y aclaramiento de creatinina.

En la figura 3 se muestra un algoritmo acerca del modo de realizar estudios metabólicos en la urolitiasis infantil y de planificar el tratamiento médico en consonancia.

15.5 Tratamiento

Con el avance de la tecnología, el tratamiento de los cálculos ha pasado del abordaje quirúrgico abierto a las técnicas endoscópicas que son menos invasoras. La decisión del tipo de tratamiento depende del número, tamaño, localización y composición de los cálculos y de la anatomía de las vías urinarias (19, 21, 22).

En la actualidad, la mayor parte de los cálculos pediátricos pueden tratarse fácilmente mediante LEOC. En los cálculos ureterales y vesicales puede aplicarse un tratamiento endoscópico con facilidad. La extracción percutánea de cálculos también es posible en los cálculos renales de los niños. Tan sólo una pequeña fracción de los niños requiere un abordaje quirúrgico abierto.

15.5.1 Litotricia extracorpórea mediante ondas de choque (LEOC)

Muchos trabajos confirman que la litotricia mediante ondas de choque (LEOC) puede realizarse en niños sin sospecha de morbilidad renal a largo plazo (23-28).

El número medio de ondas de choque para cada tratamiento oscila entre 1.800 y 2.000 (hasta 4.000 en caso necesario) y la potencia media varía entre 14 y 21 kV. El uso de ecografía y radioscopia digital ha reducido significativamente la exposición a la radiación y se ha demostrado que los niños resultan expuestos a dosis significativamente menores de radiación que los adultos (21, 29, 30). Parece que las preocupaciones relacionadas con la anestesia han dejado de ser un problema debido a los adelantos en técnicas y medicación, incluso en el período neonatal. El tipo de anestesia debe ser general o disociativa en los niños menores de 10 años, mientras que la sedación intravenosa convencional o la analgesia controlada por el paciente constituye una alternativa en los niños mayores que puedan colaborar (31) (grado de comprobación científica: 2b).

Las tasas de ausencia de cálculos dependen significativamente de diversos factores. Con independencia de la localización, a medida que el cálculo aumenta de tamaño, disminuyen las tasas de ausencia de cálculos y aumenta la frecuencia de retratamiento. Se han comunicado tasas de ausencia de cálculos de < 1 cm, 1-2 cm, 2 cm y global de casi el 90 %, 80 %, 60 % y 80 %, respectivamente. A medida que aumenta el tamaño del cálculo, se incrementa la necesidad de sesiones posteriores (21, 29, 30, 32-36).

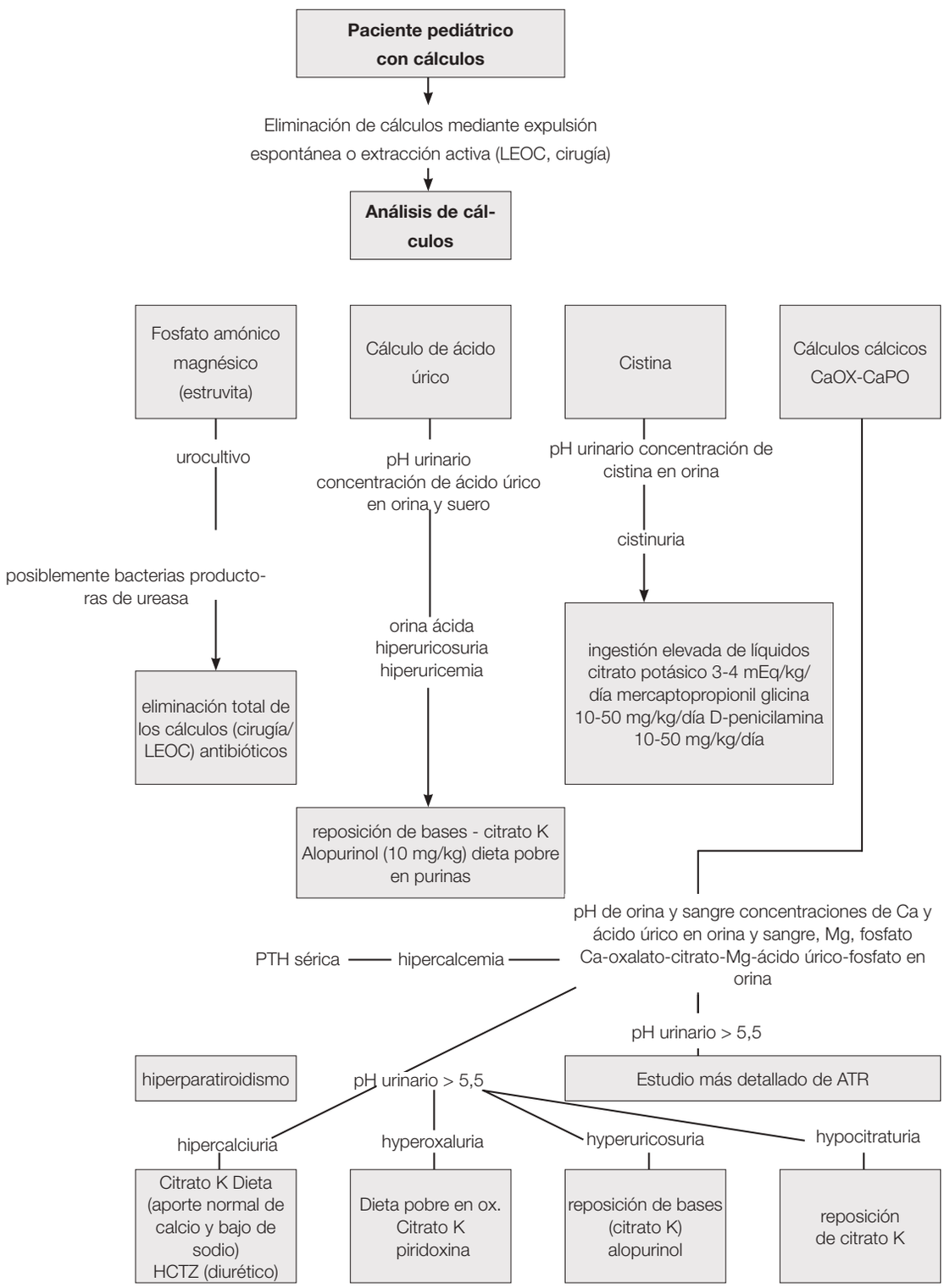
En distintos estudios se ha descrito que la localización de los cálculos es un factor importante que afecta a las tasas de éxito. Los cálculos en la pelvis renal y la porción superior del uréter parecen responder mejor a la LEOC. En estos lugares mencionados, las tasas de eliminación de cálculos son casi del 90 %. Sin embargo, la LEOC fue menos eficaz en los cálculos caliciales, en particular, en los caliciales inferiores. En varios estudios se ha descrito que las tasas de ausencia de cálculos en el caso de cálculos caliciales inferiores aislados varían entre el 50 % y 62 % (37-40).

El tratamiento con LEOC también puede utilizarse para tratar los cálculos renales. Sin embargo, se trata de un problema más específico y no carente de controversias. Las tasas de éxito con la LEOC son menores en los cálculos ureterales distales. También puede haber problemas técnicos con la localización y convergencia de las ondas en los cálculos ureterales en los niños (37, 39, 40-42).

El tipo de equipo empleado tiene un efecto importante en las tasas de éxito y las complicaciones. Los equipos de primera generación pueden aplicar más energía en una zona focal más amplia, lo que da lugar a mayores tasas de fragmentación con un solo tratamiento. Sin embargo, normalmente se necesita anestesia general por las molestias intolerables asociadas a un equipo de primera generación. Los equipos de generaciones posteriores tienen una zona focal más pequeña y aplican menos

energía y entrañan un menor riesgo de traumatismo pulmonar. Sin embargo, con estos equipos pueden requerirse tratamientos adicionales. La tasa de éxito es mayor en los niños más pequeños (35).

Aunque la colocación de endoprótesis no influye en la eliminación de cálculos, las tasas de complicaciones generales son mayores y la estancia hospitalaria es más prolongada en los pacientes sin endoprótesis (34, 35). La colocación de endoprótesis es esencial en los riñones solitarios sometidos a un tratamiento con LEOC. Los niños con una carga litiásica elevada corren un riesgo elevado de "calle litiásica" y obstrucción urinaria y han de ser objeto de un seguimiento más estrecho del riesgo de obstrucción prolongada de las vías urinarias tras la LEOC. La colocación de una endoprótesis o tubo de nefrostomía tras la LEOC puede ser necesaria en caso de obstrucción prolongada (20, 36).



LEOC = litotricia extracorpórea mediante ondas de choque; HCTZ = hidroclorotiazida; PTH = hormona paratiroidea; ATR = acidosis tubular renal

La LEOC en niños puede tener complicaciones, si bien se resuelven espontáneamente a menudo y son transitorias. Las complicaciones observadas con más frecuencia son:

- Cólico renal
- Hidronefrosis transitoria
- Equimosis dérmica
- Infección urinaria
- Formación de "calle litiásica"
- Sepsis
- Rara vez, hemoptisis

En los niños con urocultivos preoperatorios estériles no se recomienda la profilaxis antibiótica para reducir las complicaciones infecciosas (43). No obstante, hay que hacer todo lo posible por esterilizar la orina antes de practicar una LEOC, ureteroscopia (URS) o nefrolitotomía percutánea.

15.5.2 Nefrolitotomía percutánea

La LEOC es la primera opción para tratar la mayor parte de los cálculos renales pediátricos. Sin embargo, la cirugía renal percutánea puede utilizarse en caso de cálculos más grandes y complejos. La evaluación preoperatoria, la indicación y la técnica quirúrgica son similares en los niños y los adultos. La NLPC se usa en monoterapia en la mayoría de los casos, pero también se emplea como procedimiento adyuvante de otros tratamientos.

Parece que el uso de instrumentos de tamaño adulto, junto con un mayor número de vías y tamaño de la cánula, incrementa la hemorragia. Sin embargo, ahora se dispone de instrumentos de calibre pequeño y la NLPC tiene ciertas ventajas en los niños (especialmente en los más pequeños), como una incisión cutánea más pequeña, dilatación y colocación de la cánula en un solo paso, buen acceso de trabajo para el instrumental pediátrico, longitud variable y menor coste (43, 44). Ahora que existen instrumentos de tamaño apropiado, la edad ha dejado de ser un factor limitante de la NLPC.

En monoterapia, la NLPC es muy eficaz y segura. Las tasas de ausencia de cálculos comunicadas en la bibliografía reciente oscilan entre el 86,9 % y el 98,5 % después de una sola sesión. Estas tasas aumentan con medidas complementarias, como NLPC de revisión, LEOC y URS. Incluso en caso de cálculos coraliformes completos, se ha logrado una tasa de eliminación del 89 % después de una sola sesión (45-48, 50, 51).

Las complicaciones notificadas con mayor frecuencia de la NLPC en los niños son hemorragia, fiebre o infección postoperatoria y escapes urinarios persistentes. Una hemorragia con necesidad de transfusión se describe en el 0,4 % a 23,9 % y se asocia íntimamente a carga litiásica, tiempo quirúrgico, tamaño de la cánula y número de vías. Se ha descrito fiebre e infección postoperatoria hasta en el 29,3 % y 5,5 %, respectivamente; no parece que el origen de la fiebre sea la infección (49-56).

La estancia hospitalaria postoperatoria media es similar a la observada en los adultos. Se ha comunicado que es de 3 a 4 días en todos los estudios mencionados con anterioridad y es mucho menor que con la cirugía abierta. La naturaleza menos cruenta de esta técnica ha hecho que sea una alternativa prometedora a la cirugía abierta para tratar cálculos renales en los niños (grado de comprobación científica: 2; grado de recomendación: B).

15.5.3 Ureterorrenoscopia

La creciente disponibilidad de equipo endourológico de menor tamaño ha permitido tratar cálculos ureterales pediátricos con técnicas endoscópicas.

La técnica empleada en los niños es similar a la utilizada en los adultos. Se recomienda encarecidamente utilizar fiadores y realizar el procedimiento con visión directa. La dilatación con globo sistemática de la unión ureterovesical y la implantación de endoprótesis ureterales son controvertidas. En

general, la dilatación ureteral se hace cada vez menos y sólo en algunos casos. La tendencia general es emplear hidrodilatación con más frecuencia, ya que se ha demostrado que resulta igual de eficaz (57-60, 43, 61-63) (grado de comprobación científica: 3; grado de recomendación: B).

Diferentes técnicas de litotricia, como la litotricia ultrasónica, neumática y láser, han demostrado ser seguras y eficaces. Debido al menor tamaño de las sondas, la energía láser es más fácil de utilizar en instrumentos más pequeños y resulta más útil para los casos pediátricos (50, 58, 60, 64-70).

Todos los estudios en que se describe el uso de la endoscopia para tratar cálculos ureterales en niños han demostrado claramente que con esta modalidad de tratamiento no hay un riesgo importante de estenosis ureterales o reflujo (grado de comprobación científica: 1; grado de recomendación: A).

15.5.4 Cirugía abierta de cálculos

La mayoría de los cálculos en los niños pueden tratarse mediante LEOC y técnicas endoscópicas. Sin embargo, en algunas situaciones, la cirugía abierta resulta inevitable. Entre los buenos candidatos a la cirugía abierta de cálculos figuran los niños muy pequeños con cálculos grandes o un sistema obstruido de forma congénita que también precisa corrección quirúrgica. Las deformidades ortopédicas graves pueden limitar la colocación del paciente para las intervenciones endoscópicas. La cirugía abierta también sería necesaria en estos niños.

Los cálculos vesicales en niños pueden tratarse normalmente mediante técnicas endoscópicas. La cirugía abierta también puede emplearse en los cálculos vesicales muy grandes o los causados por un problema anatómico.

Las recomendaciones relativas al tratamiento intervencionista se recogen en la tabla 3.

Tabla 3: Recomendaciones relativas al tratamiento intervencionista de los cálculos pediátricos

Tamaño y localización del cálculo*	**Opción primaria de tratamiento**	**GCC**	**Opciones secundarias de tratamiento**	
Cálculos coraliformes	NLPC	2b	Abierto/LEOC	Pueden ser necesarias varias sesiones y accesos con la NLPC La combinación con LEOC puede ser útil
Pelvis < 10 mm	LEOC	1a	CIRR/NLP	
Pelvis 10-20 mm	URS	2b	NLPC/abierto	Pueden ser necesarias varias sesiones con la LEOC La NLPC tiene un grado de recomendación similar
Pelvis > 20 mm	NLPC	2b	RIRS/PCNL	Pueden ser necesarias varias sesiones con la LEOC
Cáliz del polo inferior < 10 mm	NLPC	2c	CIRR/NLP	Las variaciones anatómicas son importantes para lograr la eliminación completa después de la LEOC
Cáliz del polo inferior > 10 mm	NLPC	2b	LEOC	Las variaciones anatómicas son importantes para lograr la eliminación completa después de la LEOC
Cálculos ureterales superiores	NLPC	2b	PCNL/URS	
Cálculos ureterales inferiores	URS	1a	LEOC/abierto	La necesidad de intervenciones adicionales es elevada con la LEOC
Cálculos vesicales	Endoscópico	2b	abierto	La cirugía abierta es más fácil y requiere menos tiempo quirúrgico en caso de cálculos grandes

**Exclusión de cálculos de ácido úrico y cistina.*
GCC = grado de comprobación científica; NLPC = nefrolitostomía percutánea; LEOC = litotricia extracorpórea mediante ondas de choque; CIRR = cirugía intrarrenal retrógrada; URS = ureteroscopia.

15.6 Bibliografía

1. Straub M, Strohmaier WL, Berg W, Beck B, Hoppe B, Laube N, Lahme S, Schmidt M, Hesse A, Koehrmann KU. Diagnosis and metaphylaxis of stone disease. Consensus concept of the National Working Committee on Stone Disease for the Upcoming German Urolithiasis Guideline. World J Urol 2005;23(5):309-23. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16315051
2. Bartosh SM. Medical management of pediatric stone disease. Urol Clin North Am 2004;31(3):575-87, x-xi. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15313066
3. Kruse K, Kracht U, Kruse U. Reference values for urinary calcium excretion and screening for hypercalciuria in children and adolescents. Eur J Pediatr 1984;143(1):23-31. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6510426
4. Sargent JD, Stukel TA, Kresel J, Klein RZ. Normal values for random urinary calcium to creatinine ratios in infancy. J Pediatr 1993;123(3):393-7. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8355114
5. Stapleton FB, Noe HN, Roy S 3rd, Jerkins GR. Hypercalciuria in children with urolithiasis. Am J Dis Child 1982;136(8):675-8. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7102617
6. Stapleton FB, Noe HN, Roy S 3rd, Jerkins GR. Urinary excretion of calcium following an oral calcium loading test in healthy children. Pediatrics 1982;69(5):594-7. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7079015
7. Borghi L, Schianchi T, Meschi T, Guerra A, Allegri F, Maggiore U, Novarini A. Comparison of two diets for the prevention of recurrent stones in idiopathic hypercalciuria. N Engl J Med 2002;346(2):77-84. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11784873
8. Preminger GM, Pak CY. Eventual attenuation of hypocalciuric response to hydrochlorothiazide in absorptive hypercalciuria. J Urol 1987;137(6):1104-8. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3586136
9. Tekin A, Tekgul S, Atsu N, Bakkaloglu M, Kendi S. Oral potassium citrate treatment for idiopathic hypocitruria in children with calcium urolithiasis. J Urol 2002;168(6):2572-4. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12441986
10. Morgenstern BZ, Milliner DS, Murphy ME, Simmons PS, Moyer TP, Wilson DM, Smith LH. Urinary oxalate and glycolate excretion patterns in the first year of life: a longitudinal study. J Pediatr 1993;123(2):248-51. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8345420
11. Defoor W, Asplin J, Jackson E, Jackson C, Reddy P, Sheldon C, Minevich E. Results of a prospective trial to compare normal urine supersaturation in children and adults. J Urol 2005;174(4 Pt 2):1708-10. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16148687
12. Tekin A, Tekgul S, Atsu N, Sahin A, Ozen H, Bakkaloglu M. A study of the etiology of idiopathic calcium urolithiasis in children: hypocitruria is the most important risk factor. J Urol 2000;164(1):162-5. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10840454
13. Tekin A, Tekgul S, Atsu N, Sahin A, Bakkaloglu M. Cystine calculi in children: the results of a metabolic evaluation and response to medical therapy. J Urol 2001;165(6 Pt 2):2328-30. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11371943
14. Bove P, Kaplan D, Dalrymple N, Rosenfield AT, Verga M, Anderson K, Smith RC. Reexamining the value of hematuria testing in patients with acute flank pain. J Urol 1999;162(3 Pt 1):685-7. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10458342
15. Sternberg K, Greenfield SP, Williot P, Wan J. Pediatric stone disease: an evolving experience. J Urol 2005;174(4 Pt 2):1711-4. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16148688
16. Oner S, Oto A, Tekgul S, Koroglu M, Hascicek M, Sahin A, Akhan O. Comparison of spiral CT and US in the evaluation of paediatric urolithiasis. JBR-BTR 2004;87(5):219-23. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15587558
17. M emarsadeghi M, Heinz-Peer G, Helbich TH, Schaefer-Prokop C, Kramer G, Scharitzer M, Prokop M. Unenhanced multi-detector row CT in patients suspected of having urinary stone disease: effect of section width on diagnosis. Radiology 2005;235(2):530-6. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15758192

18. Strouse PJ, Bates DG, Bloom DA, Goodsitt MM. Non-contrast thin-section helical CT of urinary tract calculi in children. Pediatr Radiol 2002;32(5):326-32.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11956719
19. Tiselius HG, Ackermann D, Alken P, Buck C, Conort P, Gallucci M; Working Party on Lithiasis, European Association of Urology. Guidelines on urolithiasis. Eur Urol 2001;40(4):362-71.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11713390
20. Tekin A, Tekgul S, Atsu N, Ergen A, Kendi S. Ureteropelvic junction obstruction and coexisting renal calculi in children: role of metabolic abnormalities. Urology 2001;5(3)7:542-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11248635
21. Raza A, Turna B, Smith G, Moussa S, Tolley DA. Paediatric urolithiasis: 15 years of local experience with minimally invasive endourological management of paediatric calculi. J Urol 2005;174(2):682-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16006948
22. R izvi SA, Naqvi SA, Hussain Z, Hashmi A, Hussain M, Zafar MN, Sultan S, Mehdi H. Paediatric urolithiasis: developing nation perspectives. J Urol 2002;168(4 Pt 1):1522-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12352448
23. Willis LR, Evan AP, Connors BA, Blomgren P, Fineberg NS, Lingeman JE. Relationship between kidney size, renal injury, and renal impairment induced by shock wave lithotripsy. J Am Soc Nephrol 1999;10(8):1753-62.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10446943
24. Villanyi KK, Szekely JG, Farkas LM, Javor E, Pusztai C. Short-term changes in renal function after extracorporeal shock wave lithotripsy in children. J Urol 2001;166(1):222-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11435873
25. Aldridge RD, Aldridge RC, Aldridge LM. Anesthesia for pediatric lithotripsy. Paediatr Anaesth 2006;16(3):236-41.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16490086
26. M cLorie GA, Pugach J, Pode D, Denstedt J, Bagli D, Meretyk S, D'A Honey RJ, Merguerian PA, Shapiro A, Khoury AE, Landau EH. Safety and efficacy of extracorporeal shock wave lithotripsy in infants. Can J Urol 2003;10(6):2051-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14704109
27. Aksoy Y, Ozbey I, Atmaca AF, Polat O. Extracorporeal shock wave lithotripsy in children: experience using a mpl-9000 lithotriptor. World J Urol 2004;22(2):115-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14740160
28. Vlajkovic M, Slavkovic A, Radovanovic M, Siric Z, Stefanovic V, Perovic S. Long-term functional outcome of kidneys in children with urolithiasis after ESWL treatment. Eur J Pediatr Surg 2002;12(2):118-23.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12015657
29. Muslumanoglu AY, Tefekli A, Sarilar O, Binbay M, Altunrende F, Ozkuvanci U. Extracorporeal shock wave lithotripsy as first line treatment alternative for urinary tract stones in children: a large scale retrospective analysis. J Urol 2003;170(6 Pt 1):2405-8.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14634438
30. Ather MH, Noor MA. Does size and site matter for renal stones up to 30-mm in size in children treated by extracorporeal lithotripsy? Urology 2003;61(1):212-5; discussion 215.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12559298
31. Ugur G, Erhan E, Kocabas S, Ozyar B. Anaesthetic/analgesic management of extracorporeal shock wave lithotripsy in paediatric patients. Paediatr Anaesth 2003;13(1):85-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12535048
32. Rodrigues Netto N Jr, Longo JA, Ikonomidis JA, Rodrigues Netto M. Extracorporeal shock wave lithotripsy in children. J Urol 2002;167(5):2164-6.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11956471
33. Afshar K, McLorie G, Papanikolaou F, Malek R, Harvey E, Pippi-Salle JL, Bagli DJ, Khoury AE, Farhat W. Outcome of small residual stone fragments following shock wave lithotripsy in children. J Urol 2004;172(4 Pt 2):1600-3.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15371769
34. Tan AH, Al-Omar M, Watterson JD, Nott L, Denstedt JD, Razvi H. Results of shockwave lithotripsy for pediatric urolithiasis. J Endourol 2004;18(6):527-30.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15333214

35. Lottmann HB, Traxer O, Archambaud F, Mercier-Pageyral B. Monotherapy extracorporeal shock wave lithotripsy for the treatment of staghorn calculi in children. J Urol 2001;165(6 Pt 2):2324-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11371942
36. Al-Busaidy SS, Prem AR, Medhat M. Pediatric staghorn calculi: the role of extracorporeal shock wave lithotripsy monotherapy with special reference to ureteral stenting. J Urol 2003;169(2):629-33.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12544330
37. O zgur Tan M, Karaoglan U, Sozen S, Bozkirli I. Extracorporeal shock-wave lithotripsy for treatment of ureteral calculi in paediatric patients. Pediatr Surg Int 2003;19(6):471-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12736749
38. Demirkesen O, Onal B, Tansu N, Altinta , s R, Yalçin V, Oner A. Efficacy of extracorporeal shock wave lithotripsy for isolated lower caliceal stones in children compared with stones in other renal locations. Urology 2006;67(1):170-174; discussion 174-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16413356
39. O zgur Tan M, Karaoglan U, Sen I, Deniz N, Bozkirli I. The impact of radiological anatomy in clearance of lower calyceal stones after shock wave lithotripsy in paediatric patients. Eur Urol 2003;43(2):188-93.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12565778
40. Onal B, Demirkesen O, Tansu N, Kalkan M, Altinta R, Yalçin V. The impact of caliceal pelvic anatomy on stone clearance after shock wave lithotripsy for pediatric lower pole stones. J Urol 2004;172(3):1082-6.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15311043
41. L andau EH, Gofrit ON, Shapiro A, Meretyk S, Katz G, Shenfeld OZ, Golijanin D, Pode D. Extracorporeal shock wave lithotripsy is highly effective for ureteral calculi in children. J Urol 2001;165(6 Pt 2):2316-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11371970
42. H ochreiter WW, Danuser H, Perrig M, Studer UE. Extracorporeal shock wave lithotripsy for distal ureteral calculi: what a powerful machine can achieve. J Urol 2003;169(3):878-80.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12576804
43. Wu HY, Docimo SG. Surgical management of children with urolithiasis. Urol Clin North Am 2004;31(3):589-94.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15313067
44. Jackman SV, Hedican SP, Peters CA, Docimo SG. Percutaneous nephrolithotomy in infants and preschool age children: experience with a new technique. Urology 1998;52(4):697-701.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9763096
45. Sahin A, Tekgul S, Erdem E, Ekici S, Hascicek M, Kendi S. Percutaneous nephrolithotomy in older children. J Pediatr Surg 2000;35(9):1336-8.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10999692
46. S hokeir AA, El-Nahas AR, Shoma AM, Eraky I, El-Kenawy M, Mokhtar A, El-Kappany H. Percutaneous nephrolithotomy in treatment of large stones within horseshoe kidneys. Urology 2004;64(3):426-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15351557
47. Boormans JL, Scheepe JR, Verkoelen CF, Verhagen PC. Percutaneous nephrolithotomy for treating renal calculi in children. BJU Int 2005;95(4):631-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15705093
48. D awaba MS, Shokeir AA, Hafez AT, Shoma AM, El-Sherbiny MT, Mokhtar A, Eraky I, El-Kenawy M, El-Kappany HA. Percutaneous nephrolithotomy in children: early and late anatomical and functional results. J Urol 2004;172(3):1078-81.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15311042
49. Zeren S, Satar N, Bayazit Y, Bayazit AK, Payasli K, Ozkeceli R. Percutaneous nephrolithotomy in the management of pediatric renal calculi. J Endourol 2002;16(2):75-8.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11962558
50. Desai MR, Kukreja RA, Patel SH, Bapat SD. Percutaneous nephrolithotomy for complex paediatric renal calculus disease. J Endourol 2004;18(1):23-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15006048
51. Badawy H, Salama A, Eissa M, Kotb E, Moro H, Shoukri I. Percutaneous management of renal calculi: experience with percutaneous nephrolithotomy in 60 children. J Urol 1999;162(5):1710-3.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10524919

52. Holman E, Khan AM, Flasko T, Toth C, Salah MA. Endoscopic management of pediatric urolithiasis in a developing country. Urology 2004;63(1):159-62; discussion 162.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14751372
53. Aron M, Yadav R, Goel R, Hemal AK, Gupta NP. Percutaneous nephrolithotomy for complete staghorn calculi in preschool children. J Endourol 2005;19(8):968-72.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16253060
54. Salah MA, Tallai B, Holman E, Khan MA, Toth G, Toth C. Simultaneous bilateral percutaneous nephrolithotomy in children. BJU Int 2005;95(1):137-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15638911
55. Samad L, Aquil S, Zaidi Z. Paediatric percutaneous nephrolithotomy: setting new frontiers. BJU Int 2006;97(2):359-63.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15638911
56. Salah MA, Toth C, Khan AM, Holman E. Percutaneous nephrolithotomy in children: experience with 138 cases in a developing country. World J Urol 2004;22(4):277-80.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15448997
57. Hill DE, Segura JW, Patterson DE, Kramer SA. Ureteroscopy in children. J Urol 1990;144(2 Pt 2): 481-3; discussion 492-3.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2374224
58. Caione P, De Gennaro M, Capozza N, Zaccara A, Appetito C, Lais A, Gallucci M, di Silverio F. Endoscopic manipulation of ureteral calculi in children by rigid operative ureterorenoscopy. J Urol 1990;144(2 Pt 2):484-5; discussion 492-3.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2374225
59. Minevich E, Defoor W, Reddy P, Nishinaka K, Wacksman J, Sheldon C, Erhard M. Ureteroscopy is safe and effective in prepubertal children. J Urol 2005;174(1):276-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15947666
60. Soygur T, Zumrutbas AE, Gulpinar O, Suer E, Arikan N. Hydrodilation of the ureteral orifice in children renders ureteroscopic access possible without any further active dilation. J Urol 2006 ;176(1):285-7; discussion 287.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16753421
61. Al Busaidy SS, Prem AR, Medhat M. Paediatric ureteroscopy for ureteric calculi: a 4-year experience. Br J Urol 1997;80(5):797-801.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9393306
62. Schuster TG, Russell KY, Bloom DA, Koo HP, Faerber GJ. Ureteroscopy for the treatment of urolithiasis in children. J Urol 2002;167(4):1813-5; discussion 1815-6.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11912438
63. Richter S, Shalev M, Lobik L, Buchumensky V, Nissenkorn I. Early postoperative vesicoureteral refluxa temporary and infrequent complication: prospective study. J Endourol 1999;13(5):365-6.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10446797
64. Van Savage JG, Palanca LG, Andersen RD, Rao GS, Slaughenhoupt BL.Treatment of distal ureteral stones in children: similarities to the american urological association guidelines in adults. J Urol 2000;164 (3 Pt 2):1089-93.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10958749
65. Bassiri A, Ahmadnia H, Darabi MR, Yonessi M. Transureteral lithotripsy in pediatric practice. J Endourol 2002;16(4):257-60.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12042111
66. Raza A, Smith G, Moussa S, Tolley D. Ureteroscopy in the management of pediatric urinary tract calculi. J Endourol 2005 ;19(2):151-8.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15798409
67. Satar N, Zeren S, Bayazit Y, Aridogan IA, Soyupak B, Tansug Z. Rigid ureteroscopy for the treatment of ureteral calculi in children. J Urol 2004;172(1):298-300.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15201799
68. De Dominicis M, Matarazzo E, Capozza N, Collura G, Caione P. Retrograde ureteroscopy for distal ureteric stone removal in children. BJU Int 2005;95(7):1049-52.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15839930

69. D ogan HS, Tekgul S, Akdogan B, Keskin MS, Sahin A. Use of the holmium:YAG laser for ureterolithotripsy in children. BJU Int 2004;94(1):131-3.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15217447
70. Thomas JC, DeMarco RT, Donohoe JM, Adams MC, Brock JW 3rd, Pope JC 4th. Paediatric ureteroscopic stone management. J Urol 2005;174(3):1072-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16094060

16. TRASTORNOS OBSTRUCTIVOS DE DUPLICACIÓN RENAL: URETEROCELE Y URÉTER ECTÓPICO

16.1 Generalidades

El ureterocele y el uréter ectópico son las dos anomalías principales asociadas a una duplicación renal completa. En la actualidad, la ecografía prenatal detecta ambos procesos en la mayoría de los casos y el diagnóstico se confirma después del parto mediante exploraciones adicionales. En etapas posteriores de la vida, estas anomalías se ponen de manifiesto por los síntomas clínicos: IU, dolor, trastornos de la micción e incontinencia urinaria.

16.1.1 Ureterocele

El ureterocele es una dilatación quística que se desarrolla en la porción intravesical del uréter correspondiente al polo superior de una duplicación renal. Es más frecuente en las mujeres que en los varones y su prevalencia general es de 1 por cada 4.000 nacidos.

16.1.2 Uréter ectópico

El uréter ectópico es menos común que el ureterocele (1 por cada 40.000 nacidos), pero también es más frecuente en las mujeres (proporción varones:mujeres, 1:5). El 80 % de los uréteres ectópicos se asocia a una duplicación renal completa.

En las mujeres, el orificio ureteral puede localizarse:

- en la uretra, desde el cuello de la vejiga hasta el meato (35 %)
- en el vestíbulo vaginal (30 %)
- en la vagina (25 %)
- en el útero y la trompa de Falopio (rara vez).

En los varones, el orificio ureteral puede localizarse:

- en la porción posterior de la uretra por encima del veru montanum y nunca por debajo del esfínter externo (60 %)
- en la vía seminal (conducto deferente, conductos eyaculadores, vesículas seminales) (40 %).

16.2 Clasificación

Los ureteroceles suelen ser obstructivos para la fracción del polo superior, pero el grado de obstrucción y deterioro funcional es variable en función del tipo de ureterocele y displasia del polo superior. En la forma ortotópica, no suele haber obstrucción, o sólo es leve, y, con frecuencia, la función de la fracción es normal o está ligeramente alterada; el uréter correspondiente puede estar dilatado. En la forma ectópica, el polo superior se encuentra alterado, a menudo displásico e hipo o afuncional. El uréter correspondiente es un megauréter. En el cecoureterocele (véase la definición más adelante), el polo superior de la duplicación renal siempre es displásico y afuncional.

16.2.1 Ureterocele ectópico

El ureterocele ectópico es la forma más común de ureterocele (> 80 %) y es bilateral en cerca del 40 % de los casos. Es voluminoso, de modo que disocia el trígono y se desliza hacia la uretra, y rara vez se prolapsa a través del meato uretral. El orificio del ureterocele es estrecho, rara vez grande, y se localiza cerca del cuello de la vejiga, ya sea en la propia vejiga o en la uretra por debajo del cuello de la vejiga. El uréter correspondiente a la fracción del polo inferior se encuentra elevado por el ureterocele y suele presentar reflujo o estar comprimido por el ureterocele, lo que origina un megauréter obstructivo. En el 50 % de los casos se asocia a una duplicación renal contralateral. En ocasiones, los ureteroceles muy grandes son responsables de reflujo u obstrucción de las vías superiores contralaterales.

16.2.2 Ureterocele ortotópico

El ureterocele ortotópico representa el 15 % de los casos. Se observa únicamente en las mujeres, es pequeño y su localización es estrictamente intravesical. Los ureteroceles ortotópicos se combinan en su mayoría con un sistema renal único.

16.2.3 Cecoureterocele

El cecoureterocele es muy raro, de modo que aparece en menos del 5 % de los casos. Se asocia a un uréter ectópico y se localiza en la uretra por debajo del cuello de la vejiga.

16.3 Diagnóstico

16.3.1 Ureterocele

La ecografía prenatal revela ureteroceles obstructivos voluminosos con facilidad. En el caso de un polo superior muy pequeño o un ureterocele ligeramente obstructivo, el diagnóstico prenatal resulta difícil. Cuando el diagnóstico prenatal no ha sido posible, los siguientes síntomas clínicos, además de los hallazgos accidentales, pueden revelar una anomalía congénita al nacer o más adelante:

- al nacer, puede observarse un ureterocele prolapsado y en ocasiones estrangulado delante del orificio uretral. En un neonato, puede causar una retención urinaria aguda, simulando válvulas uretrales
- la aparición precoz de una pielonefritis en ambos sexos puede conducir al diagnóstico
- los síntomas ulteriores comprenden disuria, cistitis recurrente y tenesmo vesical

En los casos de diagnóstico prenatal al nacer, la ecografía confirma la dilatación ureteral que finaliza en el polo superior de una duplicación renal. También demuestra la presencia de un ureterocele en la vejiga, con un uréter dilatado detrás de la vejiga.

En este punto, es importante evaluar la función del polo superior mediante una nefrografía isotópica en la región de interés. La urografía por resonancia magnética puede permitir visualizar el estado morfológico del polo superior y las fracciones inferiores y del riñón contralateral. Una CUGM resulta imprescindible para identificar un reflujo ipsolateral o contralateral y para evaluar el grado de prolapso intrauretral del ureterocele.

La uretrocistoscopia puede revelar el trastorno en los casos en que resulta difícil hacer el diagnóstico diferencial entre ureterocele y megauréter ectópico.

16.3.2 Uréter ectópico

La mayoría de los megauréteres ectópicos se diagnostican principalmente mediante ecografía. En algunos casos, los síntomas clínicos pueden conducir al diagnóstico:

- en neonatos: goteo de orina, piuria y pielonefritis aguda
- puede identificarse un orificio ectópico en la región del meato. Un flujo vaginal importante puede ser el equivalente de incontinencia en las niñas pequeñas

- en varones preadolescentes: la epididimitis es el cuadro clínico habitual y en el tacto rectal puede encontrarse una vesícula seminal palpable

Ecografía, estudios isotópicos, CUGM, urografía por RM y cistoscopia son instrumentos diagnósticos para evaluar la función, detectar reflujo y descartar la compresión ipsolateral del polo inferior y obstrucción uretral. A fin de aclarar la incontinencia en las niñas, el relleno de la vejiga con azul de metileno puede ser útil: en caso de pérdida de orina sin teñir, tiene que existir un uréter ectópico.

16.4 Tratamiento

16.4.1 Ureterocele

El tratamiento es controvertido, con elección entre descompresión endoscópica, nefroureterectomía parcial o reconstrucción primaria completa. La elección de una modalidad terapéutica depende de los criterios siguientes: el estado clínico del paciente (por ejemplo, sepsis de origen urológico), la edad del paciente, la función renal del polo superior, la presencia o ausencia de reflujo, la obstrucción del uréter ipsolateral, la afectación del uréter contralateral y las preferencias de los padres y el cirujano.

16.4.1.1 Diagnóstico precoz

- En un niño clínicamente asintomático con un ureterocele y un polo superior hipo o afuncional, sin obstrucción significativa del polo inferior y sin obstrucción de la salida de la vejiga, se administra tratamiento antibiótico profiláctico hasta que se instauran procedimientos de seguimiento.
- En presencia de obstrucción grave e infección se recomienda una incisión o punción endoscópica inmediata.

16.4.1.2 Reevaluación

Cuando la descompresión es eficaz y no hay reflujo (alrededor del 25 % de los casos), el paciente es objeto de seguimiento de forma conservadora. La cirugía secundaria resulta necesaria cuando la descompresión no es eficaz, hay un reflujo importante o existe obstrucción del uréter ipso o contralateral u obstrucción del cuello de la vejiga. La cirugía puede variar entre una nefrectomía parcial y una reconstrucción unilateral completa.

16.4.2 Uréter ectópico

En la mayoría de los casos, el polo superior es displásico y debe contemplarse una heminefroureterectomía. La reconstrucción ureteral es una opción terapéutica en los casos en que merece la pena conservar la función del polo superior.

16.5 Bibliografía

Ureterocele

1. Austin PF, Cain MP, Casale AJ, Hiett AK, Rink RC. Prenatal bladder outlet obstruction secondary to ureterocele. Urology 1998;52(6):1132-5. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9836570
2. Borer JG, Cisek LJ, Atala A, Diamond DA, Retik AB, Peters CA. Pediatric retroperitoneoscopic nephrectomy using 2 mm instrumentation. J Urol 1999;162(5):1725-9; discussion 1730. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10524923
3. Cain MP, Pope JC, Casale AJ, Adams MC, Keating MA, Rink RC. Natural history of refluxing distal ureteral stumps after nephrectomy and partial ureterectomy for vesicoureteral reflux. J Urol 1998;160(3 Pt 2):1026-7. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9719270
4. Cendron J, Melin Y, Valayer J. [Simplified treatment of ureterocele with pyeloureteric duplication. A propos of 35 cases.] Chir Pediatr 1980;21(2):121-4. [article in French] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7448978
5. Decter RM, Roth DR, Gonzales ET. Individualized treatment of ureteroceles. J Urol 1989;142 (2 Pt 2):535-7. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2746775

6. Di Benedetto V, Montfort G. How prenatal utrasound can change the treatment of ectopic ureterocele in neonates? Eur J Pediatr Surg 1997;7(6):338-40.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9493984
7. el Ghoneimi A, Lottmann H, Odet E, Bonnin F, Aigrain Y. [Ureteropyelostomy for obstructed duplicated ureter an easy and reliable operation in infants.] Ann Urol (Paris) 1998;32(4):241-6. [article in French]
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9791553
8. Husmann D, Strand B, Ewalt D, Clement M, Kramer S, Allen T. Management of ectopic ureterocele associated with renal duplication: a comparison of partial nephrectomy and endoscopic decompression. J Urol 1999;162(4):1406-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10492225
9. Janetschek G, Seibold J, Radmayr C, Bartsch G. Laparoscopic heminephroureterectomy in pediatric patients. J Urol 1997;158(5):1928-30.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9334640
10. Jayanthi VR, Koff SA. Long-term outcome of transurethral puncture of ectopic ureteroceles: initial success and late problems. J Urol 1999;162(3 Pt 2):1077-80.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10458435
11. Moscovici J, Galinier P, Berrogain N, Juricic M. [Management of ureteroceles with pyelo-ureteral duplication in children. Report of 64 cases.] Ann Urol (Paris) 1999;33(5):369-76. [article in French]
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10544742
12. Monfort G, Guys JM, Coquet M, Roth K, Louis C, Bocciardi A. Surgical management of duplex ureteroceles. J Ped Surg 1992;27(5):634-8.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1625138
13. Pfister C, Ravasse P, Barret E, Petit T, Mitrofanoff P. The value of endoscopic treatment for ureteroceles during the neonatal period. J Urol 1998;159(3):1006-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9474217
14. Rickwood AMK, Reiner I, Jones M, Pournaras C. Current management of duplex system ureteroceles: experience with 41 patients. Br J Urol 1992;70(2):196-200.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1393443
15. Roy GT, Desai S, Cohen RC. Ureteroceles in children: an ongoing challenge. Pediatr Surg Int 1997; 12(1):448.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9035209
16. Sherz HC, Kaplan GW, Packer MG, Brock WA. Ectopic ureteroceles: surgical management with preservation of continence - review of 60 cases. J Urol 1989;142(2 Pt 3):538-41.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2746776
17. Stephens D. Caecoureterocele and concepts on the embryology and aetiology of ureteroceles. Aust N Z J Surg 1971;40(3):239-48.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5279434

Uréter ectópico

1. Carrico C, Lebowitz RL. Incontinence due to an infrasphincteric ectopic ureter: why the delay in diagnosis and what the radiologist can do about it. Pediatr Radiol 1998;28(12):942-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9880638
2. C endron J, Schulman CC. [Ectopic ureter.] In: Paediatric urology. Paris: Flammarion Médecine Sciences, 1985, pp. 147-53. [article in French]
3. el Ghoneimi A, Miranda J, Truong T, Montfort G. Ectopic ureter with complete ureteric duplication: conservative surgical management. J Pediatr Surg 1996;31(4):467-72.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8801293
4. Komatsu K, Niikura S, Maeda Y, Ishiura Y, Yokoyama O, Namiki M. Single ectopic vaginal ureter diagnosed by computed tomography. Urol Int 1999;63(2):147-50.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10592508
5. Plaire JC, Pope JC 4th, Kropp BP, Adams MC, Keating MA, Rink RC, Casale AJ. Management of ectopic ureters: experience with the upper tract approach. J Urol 1997;158(3 Pt 2):1245-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9258185

6. Robert M, Ennouchi JM, Chevallier P, Guiter J, Averous M. [Diagnosis of ectopic ureteral openings in the seminal tract. Value of modern imaging.] Progr Urol 1993;3(6):1028-33. [article in French] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8305932
7. Smith FL, Ritchie EL, Maizels M, Zaontz MR, Hsueh W, Kaplan WE, Firlit CF. Surgery for duplex kidneys with ectopic ureters: ipsilateral ureteroureterectomy versus polar nephrectomy. J Urol 1989;142:532-4. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2746774
8. S umfest JM, Burns MW, Mitchell ME. Pseudoureterocele: potential for misdiagnosis of an ectopic ureter as a ureterocele. Br J Urol 1995;75:401-5. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7735809

17. TRASTORNOS DEL DESARROLLO SEXUAL

17.1 Generalidades

Hace poco, los antiguamente denominados 'trastornos intersexuales' han sido el tema de un documento de consenso en el que se decidió cambiar el término 'intersexo' por el de 'trastornos del desarrollo sexual' (TDD) (1, 2).

La nueva clasificación ha surgido gracias a los avances en el conocimiento de las causas genéticas moleculares del desarrollo sexual anormal, a las controversias inherentes a la asistencia clínica y a aspectos éticos. La terminología controvertida y peyorativa, por ejemplo, 'seudohermafroditismo' y 'hermafroditismo', ha sido rebautizada con arreglo a las nuevas perspectivas fisiopatológicas. Además, también se han incluido algunas afecciones que cursan con malformaciones graves de los genitales masculinos, como agenesia del pene o extrofia cloacal, que no podían clasificarse. Se propone el término 'trastornos del desarrollo sexual' para indicar enfermedades congénitas con un desarrollo atípico del sexo cromosómico, gonadal o anatómico.

Aludimos a este documento de consenso como norma general, al tiempo que este capítulo se centra en lo que es relevante para el urólogo pediátrico en ejercicio. Dado que es probable que el urólogo intervenga en el trabajo neonatal quirúrgico y no quirúrgico, este capítulo aborda la urgencia neonatal y la función diagnóstica y terapéutica del urólogo pediátrico.

En general, existe una base escasa de pruebas científicas en relación con la bibliografía publicada sobre los TDD. No se han realizado ensayos aleatorizados y controlados y la mayoría de los estudios se basan en estudios descriptivos retrospectivos (grado 4 de comprobación científica) o en la opinión de expertos. Una excepción es el riesgo de cáncer gonadal, para el que el grado de comprobación científica es mayor.

Los TDD requieren un abordaje diagnóstico y terapéutico multidisciplinar, en el que deben participar genetistas, neonatólogos, endocrinólogos pediátricos y adultos, ginecólogos, psicólogos, expertos en ética y asistentes sociales. Todos los miembros del equipo han de estar especializados en TDD y el equipo ha de contar con suficientes pacientes nuevos para garantizar su experiencia.

17.2 Urgencia neonatal

El primer paso consiste en reconocer la posibilidad de un TDD (tabla 4) y derivar al recién nacido inmediatamente a un centro pediátrico terciario, dotado plenamente de unidades de neonatos, genética, endocrinología y urología pediátrica. En el centro pediátrico ha de explicarse la situación a los padres de manera detallada y amable. La inscripción en el registro civil y la asignación del nombre del recién nacido deben posponerse el tiempo necesario.

17.2.1 Antecedentes familiares y exploración clínica

Han de obtenerse unos antecedentes familiares completos, seguidos de una exploración clínica minuciosa (tabla 5).

Tabla 4: Hallazgos en un neonato que sugieren la posibilidad de un TDD (adaptado de la Academia Estadounidense de Pediatría)

- **Varón aparente**
  - Hipospadias grave asociado a escroto bífido
  - Criptorquidia uni o bilateral con hipospadias
  - Testículos impalpables bilaterales en un neonato a término de sexo aparentemente masculino
- **Mujer aparente**
  - Hipertrofia del clítoris de cualquier grado, gónadas impalpables
  - Vulva con una sola abertura
- **Indeterminado**
  - Genitales ambiguos

Tabla 5: Estudio diagnóstico de los recién nacidos con genitales ambiguos

Antecedentes (familiares, maternos, neonatales)
- Consanguinidad de los padres
- TDD o anomalías genitales anteriores
- Muertes neonatales anteriores
- Amenorrea primaria o infertilidad en otros familiares
- Exposición materna a andrógenos
- Retraso del crecimiento, vómitos o diarrea del recién nacido

Exploración física
- Pigmentación de la zona genital y areolar
- Hipospadias o seno urogenital
- Tamaño del falo
- Gónadas palpables o simétricas
- Presión arterial

Pruebas complementarias
- Análisis de sangre: 17-hidroxiprogesterona, electrólitos, LH, FSH, TST, cortisol, ACTH
- Orina: esteroides suprarrenales
- Cariotipo
- Ecografía
- Genitograma
- Prueba de estimulación con hCG
- Estudios de fijación de andrógenos
- Endoscopia

LH = lutropina; FSH = folitropina; TST = testosterona; ACTH = corticotropina; hCG = gonadotropina coriónica humana.

17.2.2 Elección de las pruebas de laboratorio

Las siguientes pruebas de laboratorio son obligatorias:

- Cariotipo
- Análisis de 17-hidroxiprogesterona en plasma
- Electrólitos en plasma
- Ecografía para evaluar la presencia de estructuras del conducto de Müller.

Estos estudios aportarán datos de una hiperplasia suprarrenal congénita (HSC), que es el TDD más frecuente. Cuando se identifican estos datos, no se necesitan más pruebas complementarias. En caso contrario, el estudio de laboratorio debe continuar.

La prueba de estimulación con hCG resulta especialmente útil para diferenciar los principales síndromes de TDD 46XY mediante una evaluación del potencial de las células de Leydig. Cuando se evalúa el metabolismo de la testosterona, la presencia o ausencia de metabolitos ayudará a definir el problema. Una estimulación prolongada puede ayudar a definir el potencial de crecimiento fálico e inducir el descenso testicular en algunos casos de criptorquidia asociada.

17.3 Asignación del sexo

Se trata de una tarea muy complicada. Ha de llevarse a cabo después de realizar un diagnóstico definitivo. La idea de que una persona tiene un sexo neutro al nacer y que la crianza determina el desarrollo del sexo ha dejado de ser la práctica habitual. En su lugar, las decisiones relativas a la asignación del sexo se basan en:

- Edad en el momento de presentación
- Potencial de fertilidad
- Tamaño del pene
- Presencia de una vagina funcional
- Función endocrina
- Posibilidad de neoplasias malignas
- Exposición prenatal a testosterona
- Aspecto general
- Bienestar psicosocial e identidad sexual estable

A todo paciente que presenta un TDD se le debe asignar un sexo con tanta rapidez como permita una evaluación diagnóstica minuciosa.

17.4 Función del urólogo pediátrico

La función del urólogo pediátrico puede dividirse en diagnóstica y terapéutica (tabla 6). Cada una de estas funciones se comenta brevemente.

Tabla 6: Función del urólogo pediátrico

Función diagnóstica
• Exploración clínica • Ecografía • Genitografía • Cistoscopia • Laparoscopia diagnóstica
Función terapéutica
• Cirugía de masculinización • Cirugía de feminización • Gonadectomía

17.4.1 Diagnóstico

17.4.1.1 Exploración clínica

Una buena exploración clínica de un neonato que presenta genitales ambiguos es importante. Además de una descripción minuciosa de los genitales ambiguos, hay que ofrecer información detallada sobre la palpabilidad y localización de las gónadas. La información recogida mediante las diversas exploraciones que se describen a continuación ayudará el equipo a llegar a un diagnóstico definitivo.

Gónadas palpables. Hay que recordar que, cuando es posible percibir una gónada, se trata casi con seguridad de un testículo; así pues, este dato clínico descarta prácticamente un TDD 46XX.

La fotografía médica puede ser útil, pero requiere sensibilidad y consentimiento (3).

Falo. Debe medirse el falo. Una torunda de algodón situada en la base suprapúbica del implante del falo estirado permite una buena medición de la longitud fálica.

Abertura del seno urogenital. La abertura del seno urogenital debe evaluarse bien. ¿Hay sólo una abertura visible? ¿Se observa un anillo himenal? ¿A qué se parece la fusión de los pliegues labioescrotales; muestran los pliegues rugosidades o una cierta decoloración?

17.4.1.2 Pruebas complementarias

La ecografía ayuda a describir las gónadas palpadas o a detectar gónadas impalpables. Sin embargo, su sensibilidad y especificidad no son altas. En la ecografía se pueden evaluar las estructuras mullerianas. ¿Existe vagina? ¿Hay gónadas abdominales? ¿Hay una estructura vaginal o utricular visible? (4,5).

La genitografía puede aportar más información sobre el seno urogenital. ¿Está baja o alta la confluencia y en qué grado? ¿Hay duplicación de la vagina? ¿Cómo se relaciona la uretra con la vagina?

Anestesia general. En algunos casos, pueden ser útiles nuevas exploraciones bajo anestesia general. En la cistoscopia puede evaluarse el seno urogenital y la altura de la confluencia entre el cuello de la vejiga y la vejiga. La cistoscopia también puede utilizarse para evaluar la vagina o el utrículo; por ejemplo, la presencia de un cuello uterino en la región superior de la vagina puede ser una información importante.

La laparoscopia es necesaria para obtener un diagnóstico definitivo en presencia de gónadas impalpables y de estructuras mullerianas. Si está indicado, puede practicarse una biopsia gonadal (6, 7).

17.5 Tratamiento

Aludiendo al documento de consenso (1, 2), resulta evidente que el momento de la cirugía es mucho más polémico de lo que solía ser.

La justificación de la cirugía precoz comprende:

- Efectos beneficiosos de los estrógenos sobre los tejidos neonatales
- Evitación de las complicaciones derivadas de las anomalías anatómicas
- Reducción al mínimo del sufrimiento familiar
- Disminución de los riesgos de estigmatización y confusión de identidad sexual (8)

Sin embargo, los resultados adversos han dado lugar a recomendaciones de retrasar la cirugía innecesaria hasta una edad en la que el paciente sea capaz de otorgar su consentimiento informado. La cirugía que modifica el aspecto no es urgente. La cirugía precoz debe reservarse para los pacientes con unas vías genitourinarias confluentes altas, las niñas con genitales gravemente masculinizados y los niños con genitales infravirilizados. La vaginoplastia ha de retrasarse hasta la pubertad y las formas más leves de masculinización no deben tratarse quirúrgicamente.

17.5.1 Cirugía de feminización

Clitororreducción. La reducción de un clítoris hipertrofiado debe efectuarse con conservación del paquete neurovascular. Se ha comunicado que la cirugía del clítoris tiene un efecto adverso sobre la función sexual, por lo que debe limitarse a los clítoris muy hipertrofiados (9, 10). Ha de obtenerse el consentimiento informado de los progenitores. Aunque se han descrito algunas técnicas que conservan el tejido eréctil, se desconoce el resultado a largo plazo (11).

La separación de la vagina y la uretra se mantiene en las anomalías de confluencia alta. Se han descrito muchas técnicas para reparar el seno urogenital, pero no se ha evaluado su resultado de forma prospectiva (12, 13).

La vaginoplastia debe realizarse durante la adolescencia. Cada técnica (autodilatación, sustitución con piel o intestino) tiene sus ventajas e inconvenientes concretos (14). Todas conllevan un potencial de formación de cicatrices que podrían precisar cirugía adicional antes de que la función sexual sea posible.

Mejoras estéticas. Los objetivos de la cirugía genital consisten en optimizar la anatomía para permitir la función sexual y una relación de pareja romántica. La estética es importante desde esta perspectiva. La reconstrucción de los labios menores a partir de un capuchón clitorídeo hipertrofiado es un ejemplo de mejora estética.

17.5.2 Cirugía de masculinización

Muchos médicos abogan por la *hormonoterapia* en la infancia. El grado de comprobación científica es bajo en cuanto a la restauración del tamaño normal del pene.

Cirugía del hipospadias. Véase la sección dedicada al hipospadias (capítulo 6).

Extirpación de las estructuras mullerianas. En un paciente con un TDD al que se asigna un sexo masculino deben extirparse las estructuras mullerianas. No hay pruebas acerca de si deben extirparse los quistes utriculares.

Orquidopexia. Véase la sección dedicada a la orquidopexia (capítulo 3).

Faloplastia. El aumento de la experiencia con la faloplastia en el tratamiento de los pacientes transexuales (de mujer a varón) ha dado lugar a informes sobre la fiabilidad y la viabilidad de esta técnica. Por tanto, ahora resulta posible tratar una deficiencia grave del pene en pacientes con TDD.

Mejoras estéticas. Comprenden la corrección de la transposición penoescrotal, la escrotoplastia y la implantación de prótesis testiculares.

Gonadectomía. Sólo aparecen neoplasias malignas de células germinativas en pacientes con TDD que poseen material cromosómico Y. El mayor riesgo corresponde a los pacientes con disgenesia gonadal y los que tienen insensibilidad parcial a los andrógenos con gónadas intraabdominales (grado de comprobación científica: 2). Las gónadas intraabdominales de los pacientes de alto riesgo deben extirparse en el momento del diagnóstico (grado de recomendación: A) (15).

17.6 Bibliografía

1. L ee PA, Houk CP, Ahmed SF, Hughes IA; International Consensus Conference on Intersex organized by the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Paediatric Endocrinology. Consensus statement on management of intersex disorders. International Consensus Conference on Intersex. Pediatrics 2006;118(2):e488-e500.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16882788
2. H ouk CP, Hughes IA, Ahmed SF, Lee PA; Writing Committee for the International Intersex Consensus Conference Participants. Summary of consensus statement on intersex disorders and their management. International Intersex Consensus Conference. Pediatrics 2006;118(2):753-7.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16882833
3. C reighton S, Alderson J, Brown S, Minto CL. Medical photography: ethics, consent and the intersex patient. BJU Int 2002;89(1):67-1; discussion 71-2.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11849163
4. Biswas K, Kapoor A, Karak AK, Kriplani A, Gupta DK, Kucheria K, Ammini A. Imaging in intersex disorders. J Pediatr Endocrinol Metab 2004;17(6):841-5.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15270401
5. Wright NB, Smith C, Rickwood AM, Carty HM. Imaging children with ambiguous genitalia and intersex states. Clin Radiol 1995;50(12): 823-9.
   http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8536391

6. Chertin B, Koulikov D, Alberton J, Hadas-Halpern I, Reissman P, Farkas A. The use of laparoscopy in intersex patients. Pediatr Surg Int 2006;22(5):405-8.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16521001
7. Denes FT, Mendonca BB, Arap S. Laparoscopic management of intersexual states. Urol Clin North Am 2001;28(1):31-42.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11277066
8. [No authors listed] Timing of elective surgery on the genitalia of male children with particular reference to the risks, benefits, and psychological effects of surgery and anesthesia. American Academy of Pediatrics. Pediatrics 1996;97(4):590-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8632952
9. Creighton SM. Adult female outcomes of feminising surgery for ambiguous genitalia. Pediatr Endocrinol Rev 2004;2(2):199-202.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16429106
10. Minto CL, Liao LM, Woodhouse CR, Ransley PG, Creighton SM. The effect of clitoral surgery on sexual outcome in individuals who have intersex conditions with ambiguous genitalia: a crosssectional study. Lancet 2003;361(9365):1252-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12699952
11. Crouch NS, Creighton SM. Minimal surgical intervention in the management of intersex conditions. J Pediatr Endocrinol Metab 2004;17(12):1591-6.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15645692
12. Jenak R, Ludwikowski B, Gonzalez R. Total urogenital sinus mobilization: a modified perineal approach for feminizing genitoplasty and urogenital sinus repair. J Urol 2001;165(6 Pt 2):2347-9.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11371975
13. Leclair MD, Gundetti M, Kiely EM, Wilcox DT. The surgical outcome of total urogenital mobilization for cloacal repair. J Urol 2007;177(4):1492-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17382761
14. Schober JM. Feminizing genitoplasty: a synopsis of issues relating to genital surgery in intersex individuals. J Pediatr Endocrinol Metab 2004;17(5):697-703.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15237702
15. Cools M. Drop SL, Wolffenbuttel KP, Oosterhuis JW, Looijenga LH. Germ cell tumors in the intersex gonad: old paths, new directions, moving frontiers. Endocr Rev 2006;27(5):468-84.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16735607

18. VÁLVULAS URETRALES POSTERIORES

18.1 Generalidades

Las válvulas uretrales posteriores (VUP) son una de las pocas anomalías congénitas potencialmente mortales de las vías urinarias que se identifican durante el período neonatal. A pesar del tratamiento óptimo, las VUP en niños provocan insuficiencia renal en casi el 35 % de los casos. Se identifican VUP en 1 de cada 1.250 miembros de la población que se someten a cribado mediante ecografía fetal (1). Se ha calculado una incidencia de VUP de 1 por cada 5.000-12.500 nacidos vivos (2, 3). En un estudio se interrumpió el embarazo de hasta el 46 % de los fetos diagnosticados de VUP (4), lo que indica una posible reducción de la incidencia.

18.2 Clasificación

18.2.1 Válvula uretral

A pesar de los intentos recientes de introducir nuevos términos de clasificación, como 'membrana uretral posterior obstructiva congénita (MUPOC)' (5), la clasificación original de Hugh Hampton Young sigue siendo la más utilizada (6).

Hampton Young describió tres categorías: tipo I, tipo II y tipo III. Sin embargo, en la actualidad, tan sólo los tipos I y III son obstructivos. Dado que el tipo 2 se parece más a un pliegue y no es obstructivo, ya no se denomina válvula. Las descripciones de Hampton Young de los tipos I y II son las siguientes:

Tipo I (90 %-95 %). 'En el tipo más frecuente hay un reborde que discurre por el suelo de la uretra, continuo con el veru montanum, que toma un trayecto anterior y se divide en dos procesos a modo de tenedor en la región de la unión bulbomembranosa. Estos procesos continúan en forma de láminas membranosas delgadas, que se dirigen hacia arriba y hacia delante y pueden unirse a la uretra en todo su perímetro. En general, se supone que las válvulas tienen una fusión completa anterior, dejando sólo un canal abierto en la pared posterior de la uretra. Sin embargo, la fusión anterior de las válvulas no es completa en todos los casos y en este punto existe una leve separación de los pliegues.' (6)

Tipo III. 'Hay un tercer tipo que se ha observado a distintos niveles de la porción posterior de la uretra y que aparentemente no guarda este tipo de relación con el veru montanum. Esta obstrucción estaba unida a toda la circunferencia de la uretra, con una pequeña abertura en el centro.' (6).

La membrana transversal descrita se ha atribuido a una disolución incompleta de la porción genitourinaria de la membrana cloacal (7). La embriología de las válvulas uretrales apenas se conoce. La membrana puede ser una inserción anormal de los conductos mesonéfricos en la cloaca fetal (8).

18.3 Diagnóstico

Una obstrucción por encima de la uretra afecta a la totalidad de las vías urinarias en un grado variable.

- La uretra prostática está distendida y los conductos eyaculadores pueden estar dilatados por reflujo urinario. El cuello de la vejiga está hipertrófico y rígido.
- La vejiga hipertrofiada presenta, en ocasiones, múltiples divertículos.
- Casi todos los pacientes con válvulas tienen una dilatación de ambas vías urinarias superiores. Esto podría deberse a la propia válvula y la presión elevada en la vejiga o a una obstrucción de la unión ureterovesical por la vejiga hipertrofiada.
- Cuando hay reflujo secundario, el riñón afectado funciona mal en la mayoría de los casos.

Durante el cribado mediante ecografía prenatal, una hidroureteronefrosis bilateral y una vejiga distendida son signos sospechosos de una válvula uretral. En caso de observar una porción posterior dilatada de la uretra y una vejiga de pared gruesa (signo del 'ojo de cerradura'), es probable una VUP. En presencia de una mayor ecogenicidad del riñón, dilatación de las vías urinarias y oligohidramnios, debe considerarse seriamente el diagnóstico de una VUP.

La cistouretrografía miccional (CUGM) confirma el diagnóstico de VUP. Este estudio resulta esencial cuando hay dudas de una obstrucción infravesical, ya que la anatomía uretral se perfila bien durante la evacuación. Se observa reflujo secundario en al menos el 50 % de los pacientes con VUP (9). El reflujo se asocia sistemáticamente a displasia renal en los pacientes con VUP. En general, se acepta que el reflujo en las unidades renales actúa como una 'válvula de seguridad de presión', que protegería al otro riñón, lo que conlleva un mejor pronóstico (10). Otros tipos de mecanismos de seguridad son los divertículos vesicales y la extravasación urinaria, con o sin ascitis urinaria (11). Sin embargo, a largo plazo, un supuesto efecto protector no presentó diferencias significativas en comparación con otros pacientes con VUP (12, 13).

La nefrografía isotópica con función renal dividida es importante para evaluar la función de los riñones. Durante los primeros días hay que vigilar estrechamente los valores de creatinina, nitrógeno ureico en sangre y electrólitos. Un valor mínimo de creatinina de 80 µmol/l se correlaciona con un pronóstico más favorable (14).

18.4 Tratamiento

18.4.1 Tratamiento prenatal

Alrededor del 40 %-60 % de las VUP se detectan antes del nacimiento (15). La obstrucción intrauterina produce una disminución de la diuresis, lo que puede originar un oligohidramnios. El líquido amniótico es necesario para el desarrollo normal del pulmón y su ausencia puede provocar hipoplasia pulmonar, lo que causa un problema potencialmente mortal. Se han hecho intentos intrauterinos de tratar a un feto con VUP.

Dado que la displasia renal no es reversible, es importante identificar a los fetos con una función renal buena. Una cifra de sodio < 100 mmol/l, un valor de cloruro < 90 mmol/l y una osmolaridad < 200 mOsm/l observados en tres muestras de orina fetal obtenidas en tres días diferentes se asocian a un pronóstico más favorable (16).

La colocación de una derivación vesicoamniótica se acompaña de una tasa de complicaciones del 21 %-59 %, la descolocación de la derivación se produce en el 44 %, la mortalidad se sitúa entre el 33 % y el 43 % y la insuficiencia renal es superior al 50 % (16-18). Aunque la derivación es eficaz para corregir el oligohidramnios, no supone diferencias en cuanto a evolución y resultados a largo plazo de los pacientes con VUP (17, 18).

18.4.2 Tratamiento posnatal

Drenaje vesical. Cuando un niño nace con sospecha de VUP, se requiere drenaje de la vejiga y, si es posible, una CUGM inmediata. A un recién nacido se le puede sondar con un sonda de calibre 3,5-5 F. Se realiza una CUGM para comprobar si el diagnóstico es correcto y si la sonda se encuentra en la vejiga y no en la porción posterior de la uretra. Una opción alternativa consiste en colocar una sonda suprapúbica, realizar una CUGM y dejar el tubo hasta que el recién nacido esté suficientemente estable como para practicar una incisión o resección endoscópica de la válvula.

Ablación de la válvula. Cuando se ha estabilizado la situación médica del recién nacido y ha disminuido la concentración de creatinina, el siguiente paso consiste en eliminar la obstrucción intravesical. Ya existen cistoscopios y resectoscopios pediátricos pequeños para incidir o extirpar válvulas ubicadas en la posición de las 4-5, 7-8 o 12 del reloj, o en las tres posiciones, según las preferencias del cirujano. Es importante evitar una electrocoagulación extensa ya que la complicación más frecuente de este procedimiento es la formación de estenosis.

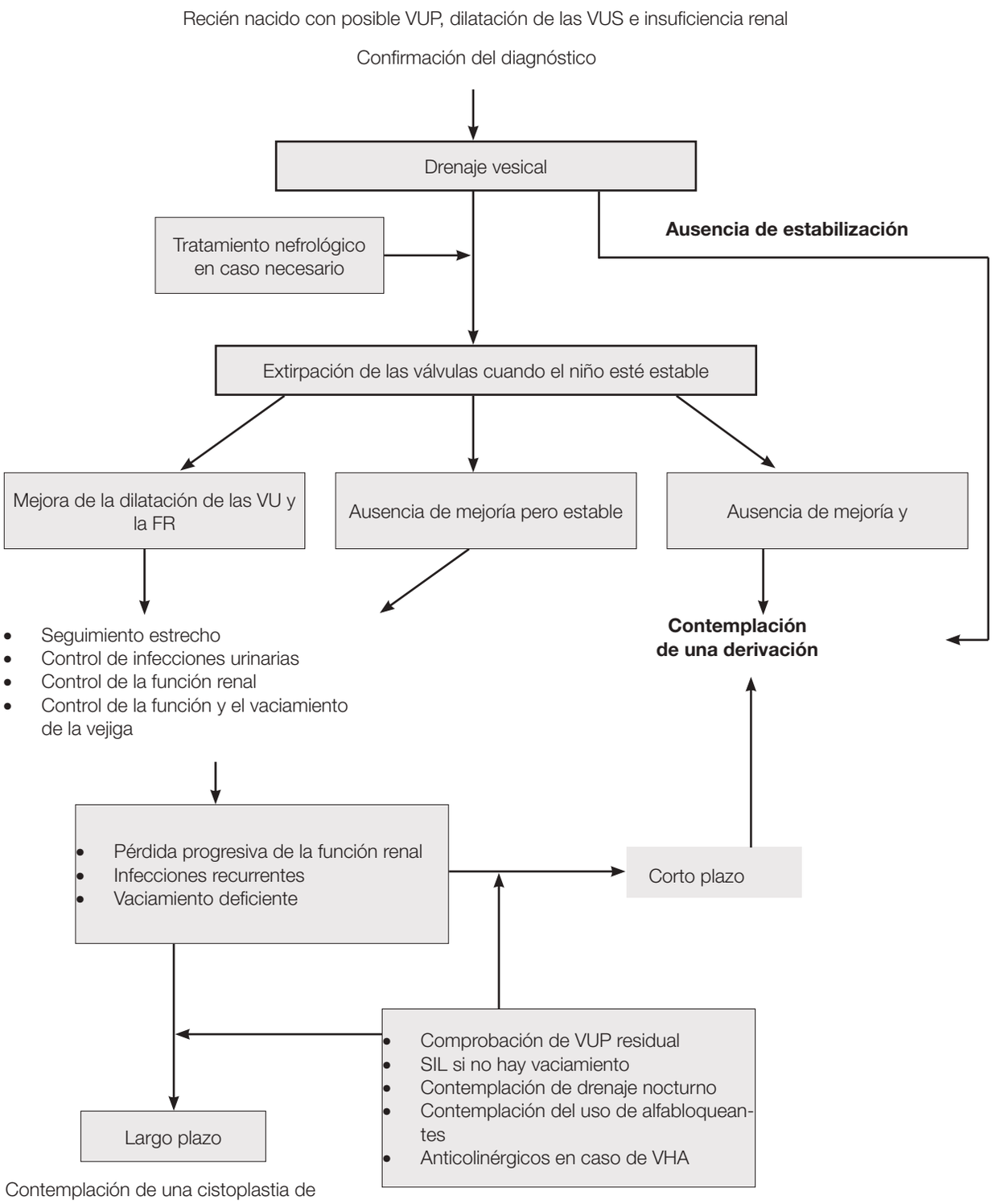
Vesicostomía. Cuando el niño es demasiado pequeño o está demasiado enfermo para someterse a cirugía endoscópica, se utiliza una vesicostomía para drenar la vejiga temporalmente. En caso de que se haya introducido inicialmente una sonda suprapúbica, puede dejarse colocada durante 6-12 semanas. De lo contrario, una vesicostomía cutánea depara una mejoría o estabilización de las vías urinarias superiores en más del 90 % de los casos (19). Aunque preocupa el hecho de que una vesicostomía pueda reducir la distensibilidad o capacidad de la vejiga, hasta ahora no hay datos válidos que respalden estas expectativas (20-22).

Derivación alta. Cuando el drenaje vesical es insuficiente para drenar las vías urinarias superiores, debe contemplarse una derivación urinaria alta. La derivación puede ser apropiada en caso de infecciones recurrentes de las vías superiores, ausencia de mejoría de la función renal o aumento de la dilatación de las vías superiores, a pesar del drenaje vesical adecuado. La elección de la derivación urinaria depende de la preferencia del cirujano por una ureterostomía en lazo alta, una ureterostomía en anillo, una ureterostomía terminal o una pielostomía; cada técnica tiene sus ventajas e inconvenientes (23-25). La cirugía reconstructora debe retrasarse hasta que las vías urinarias superiores hayan mejorado tanto como cabría esperar.

El reflujo es muy frecuente en los pacientes con VUP (hasta el 72 %) y llega a describirse de forma bilateral en el 32 % (26). Un reflujo de alto grado se asocia en la mayoría de los casos a una función renal deficiente. Sin embargo, la extirpación precoz de la unidad renal parece innecesaria, siempre que no cause problemas. Puede ser necesario aumentar la vejiga y, en tal caso, se puede utilizar el uréter (27).

El control a largo plazo de estos pacientes es obligatorio, ya que la disfunción vesical no es infrecuente y el retraso de la continencia diurna y nocturna es un problema importante (9, 14). La sensibilidad y distensibilidad vesical deficientes, la inestabilidad del detrusor y la poliuria (sobre todo por la noche) y su combinación son responsables de la disfunción vesical. Entre el 10 % y 47 % de los pacientes pueden presentar una insuficiencia renal terminal (14, 28). En estos casos puede realizarse un trasplante renal de forma segura y eficaz. El deterioro de la función del injerto se relaciona principalmente con la disfunción de las vías urinarias inferiores (29, 30).

Figura 4. Algoritmo que aporta información sobre la evaluación, el tratamiento y el seguimiento de los recién nacidos con posibles VUP



VUP = válvula uretral posterior; VUS = vías urinarias superiores; DU = densidad urinaria; CUGM = cistouretrograma miccional; VU = vías urinarias; FR = función renal; SIL = sondaje intermitente limpio; VHA = vejiga hiperactiva.

18.5 Bibliografía

1. Gunn TR, Mora JD, Pease P. Antenatal diagnosis of urinary tract abnormalities by ultrasonography after 28 weeks' gestation: incidence and outcome. Am J Obstet Gynecol 1995;172(2 Pt 1):479-86. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7856673
2. Atwell JD. Posterior urethral valves in the British Isles: a multicenter BAPS review. J Pediatr Surg 1983;18(1):70-4. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6834230
3. Casale AJ. Early ureteral surgery for posterior urethral valves. Urol Clin North Am 1990;17(2):361-72. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2186541
4. Cromie WJ, Lee K, Houde K, Holmes L. Implications of prenatal ultrasound screening in the incidence of major genitourinary malformations. J Urol 2001;165(5):1677-80. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11342955
5. Dewan PA, Zappala SM, Ransley PG, Duffy PG. Endoscopic reappraisal of the morphology of congenital obstruction of the posterior urethra. Br J Urol 1992;70(4):439-44. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1450856
6. Young HH, Frontz WA, Baldwin JC. Congenital obstruction of the posterior urethra. J Urol 1919;3: 289-365. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11743334
7. R osenfeld B, Greenfield SP, Springate JE, Feld LG. Type III posterior urethral valves: presentation and management. J Pediatr Surg 1994;29(1):81-5. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8120770
8. Stephens FD, Gupta D. Pathogenesis of the prune belly syndrome. J Urol 1994;152(6 Pt 2):2328-31. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8120770
9. Churchill BM, McLorie GA, Khoury AE, Merguerian PA, Houle AM. Emergency treatment and longterm follow-up of posterior urethral valves. Urol Clin North Am 1990;17(2):343-60. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2186540
10. Hoover DL, Duckett JW Jr. Posterior urethral valves, unilateral reflux and renal dysplasia: a syndrome. J Urol 1982;128(5):994-7. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7176067
11. R ittenberg MH, Hulbert WC, Snyder HM 3rd, Duckett JW. Protective factors in posterior urethral valves. J Urol 1988;140(5):993-6. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3139895
12. Cuckow PM, Dinneen MD, Risdon RA, Ransley PG, Duffy PG. Long-term renal function in the posterior urethral valves, unilateral reflux and renal dysplasia syndrome. J Urol 1997;158(3 Pt 2): 1004-7. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9258130
13. Kleppe S, Schmitt J, Geipel A, Gembruch U, Hansmann M, Bartmann P, Franke I, Heep A. Impact of prenatal urinomas in patients with posterior urethral valves and postnatal renal function. J Perinat Med 2006;34(5):425-8. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16965232
14. Smith GH, Canning DA, Schulman SL, Snyder HM 3rd, Duckett JW. The long-term outcome of posterior urethral valves treated with primary valve ablation and observation. J Urol 1996;155(5): 1730-4. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8627873
15. Dinneen MD, Dhillon HK, Ward HC, Duffy PG, Ransley PG. Antenatal diagnosis of posterior urethral valves. Br J Urol 1993;72(3):364-9. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8220998
16. Freedman AL, Johnson MP, Gonzalez R. Fetal therapy for obstructive uropathy: past, present, future? Pediatr Nephrol 2000;14(2):167-76. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10684370
17. M cLorie G, Farhat W, Khoury A, Geary D, Ryan G. Outcome analysis of vesicoamniotic shunting in a comprehensive population. J Urol 2001;166(3):1036-40. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11490292

18. S alam MA. Posterior urethral valve: utcome of antenatal intervention. Int J Urol 2006;13(10):1317-22.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17010011
19. Krahn CG, Johnson HW. Cutaneous vesicostomy in the young child: indications and results. Urology 1993;41(6):558-63.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8516992
20. Kim YH, Horowitz M, Combs A, Nitti VW, Libretti D, Glassberg KI. Comparative urodynamic findings after primary valve ablation, vesicostomy or proximal diversion. J Urol 1996;156(2 Pt 2):673-6.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8683757
21. Podesta M, Ruarte AC, Gargiulo C, Medel R, Castera R, Herrera M, Levitt SB, Weiser A. Bladder function associated with posterior urethral valves after primary valve ablation or proximal urinary diversion in children and adolescents. J Urol 2002;168(4 Pt 2):1830-5; discussion 1835.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12352370
22. Jayanthi VR, McLorie GA, Khoury AE, Churchill BM. The effect of temporary cutaneous diversion on ultimate bladder function. J Urol 1995;154(2 Pt 2):889-92.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7609206
23. Novak ME, Gonzales ET Jr. Single-stage reconstruction of urinary tract after loop cutaneous ureterostomy. Urology 1978;11(2):134-8.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/628990
24. Sober I. Pelvioureterostomy-en-Y. J Urol 1972;107(3):473-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5010719
25. Williams DI, Cromie WJ. Ring ureterostomy. Br J Urol 1975;47(7):789-92.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1222345
26. Scott JE. Management of congenital posterior urethral valves. Br J Urol 1985;57(1):71-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3971107
27. Bellinger MF. Ureterocystoplasty: a unique method for vesical augmentation in children. J Uro 1993; 149(4):811-3.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8455246
28. Reinberg Y, de Castano I, Gonzalez R. Influence of initial therapy on progression of renal failure and body growth in children with posterior urethral valves. J Urol 1992;148(2 Pt 2):532-3.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1640516
29. DeFoor W, Tackett L, Minevich E, McEnery P, Kitchens D, Reeves D, Sheldon C. Successful renal transplantation in children with posterior urethral valves. J Urol 2003;170(6 Pt 1):2402-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14634437
30. Salomon L, Fontaine E, Guest G, Gagnadoux MF, Broyer M, Beurton D. Role of the bladder in delayed failure of kidney transplants in boys with posterior urethral valves. J Urol 2000;163(4):1282-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10737529

19. ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL TEXTO

En esta lista no se incluyen todas las abreviaturas más frecuentes.

(S)VUI	(síntomas de las) vías urinarias inferiores
ACTH	corticotropina
AMH	hormona antimulleriana
ASI	autosondaje intermitente limpio
ATR	acidosis tubular renal
CI	cistografía isotópica
CUGM	cistouretrografía miccional
DDAVP	desmopresina
DDEN	disfunción detrusor-esfínter neurógena
DHTST	dihidrotestosterona
DMSA	ácido dimercaptosuccínico
EAC	ensayos terapéuticos aleatorizados y controlados
ECO	ecografía
EMG	electromiografía
FSH	folitropina
GnRH	gonadoliberina
hCG	gonadotropina coriónica humana
HSC	hiperplasia suprarrenal congénita
ICCS	Sociedad internacional de continencia infantil
IU	infección urinaria
LEOC	litotricia extracorpórea mediante ondas de choque
LH	lutropina
LHRH	luliberina
LLP	litolapaxia percutánea
MAR	malformación anorrectal
MUPOC	membrana uretral posterior obstructiva congénita
NR	nefropatía por reflujo
PCR	proteína C reactiva
PIT	placa uretral incidida tubularizada
RM	resonancia magnética
RVR	reflujo vesicorrenal
RVU	reflujo vesicoureteral
SAG	síndrome adrenogenital
SI	sondaje intermitente
SNC	sistema nervioso central

TC	tomografía computarizada
Tc-MAG3 (99m)	mercaptoacetiltriglicina (MAG3) con tecnecio-99m
TST	testosterona
UEM	uroecografía miccional
UIV	urografía intravenosa
UR	ureterorrenoscopia
UUP	unión ureteropélvica
VHA	vejiga hiperactiva
VSG	velocidad de sedimentación globular

Conflictos de intereses

Todos los miembros del grupo responsable de la redacción de la guía clínica sobre urología pediátrica han declarado todas las relaciones que tienen y que podrían percibirse como posible fuente de conflictos de intereses. Esta información está archivada en la base de datos de la oficina central de la Asociación Europea de Urología. Este documento de guía clínica se elaboró con el apoyo económico de la Asociación Europea de Urología. No participaron fuentes externas de financiación y apoyo. La EAU es una organización sin ánimo de lucro y la financiación se limita a asistencia administrativa y gastos de desplazamiento y reunión. No se han facilitado honorarios ni otros tipos de reembolso.

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
Calle 10 Nº 18 -75, PBX: 3538008 - 3538000

CONSULTA DE CONTROL UROLOGIA
DEPARTAMENTO DE UROLOGIA

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ

Identificación: RC 1072102014
Apellidos y Nombres: RUBIO FLOREZ NICOLAS
Fecha de Nacimiento: 16 de May del 2009 0:0 AM **Edad:** 10 a 3 m 16 d

Sexo: MASCULINO
Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD
Estado Civil: MENOR DE EDAD **Teléfono:** 3212514694
APB: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Sucursal:** PRINCIPAL
Nº Historia Clínica: 1072102014 **Nº Carpeta:** 1677727
Fecha y hora de ingreso: 2 de Dic del 2014 9:38 AM **Fecha de atención:** 2 de Dic del 2014 10:33 AM

DATOS DE LA CONSULTA

Motivo de consulta: CONTROL PTE CONOCIDO POR: 1. POP PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA (26/10/14) 2. ESTRECHEZ UPU IZQUIERDA 3. POP CIRCUNSICIÓN
Enfermedad actual: MADRE DEL PACIENTE INDICA QUE SE ENCUENTRA BIEN, QUE ADECUADA TOLERANCIA A LA DIETA, INDICA QUE HA PRESNETADO POCO VOLUMENT MICCIONAL. NO FIEBRE.

SIGNOS VITALES Y CORPORALES

T.A: -	F.C: -	F.R: -	T: -
Peso:-	Talla (mts):-	I.M.C:-	

Escala numérica para el dolor: 0

EXAMEN FISICO

Apariencia general: BUEN ESTADO GENERAL **Cabeza y cuello:** NORMAL
Cardiopulmonar: NORMAL **Abdomen:** BLANDO, NO DOLOR, NO SINGOS DE IFNECCION LOCAL, PENROSE SECO
Examen urogenital: NORMAL **Extremidades:** NORMAL
Neurológico: NORMAL **Piel y faneras:** NORMAL
Osteomuscular: NORMAL

ANALISIS

Laboratorio clínico: -
Imágenes diagnósticas: -
Procedimientos diagnósticos: -
Análisis: PACIENTE EN POP DE PIELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA + CIRCUNSICION HACE 1 MES 5 DÍAS. CON EVOLUCION NORMAL. CONTROL EN 2 MESES

INFORMACION DE LOS DIAGNOSTICOS

COD DX	NOMBRE DX	TIPO DX	CATEGORIA DX	DESC AMPLIADA	AMPLIACIÓN DX POR ESP
N130	HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA	CONFIRMADO REPETIDO	Diagnóstico Principal		

PLAN DE MANEJO

Plan de manejo: CONTROL EN 2 SEMANAS COMPLETAR ATB
Signos de alarma y recomendaciones generales: FIEBRE MAYOR DE 38.5º

INFORMACION COMPLEMENTARIA

Finalidad de la consulta NO APLICA
Causa externa ENFERMEDAD GENERAL

INFORMACION DE ORDENES DE LA HISTORIA CLINICA

155

Dr. MARCO AURELIO NOSSA M.
ESP. UROLOGIA PEDIATRICA
REG. MED. 2919297

MARCO AURELIO NOSSA MENDOZA
CC 2919297
R. M. 2919297
Imprimió: BAUTISTA CUERVO DIANA
2 de Sep del 2019 1:8 PM

154

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT: 860999317-4
Calle 10 No 18 - 75 Telefono 352 80 00

ORDEN DE VALORACION MEDICA

Fecha: 02/12/2014 9:40 Ambito: AMBULATORIO Admisión: 1630691 ORDEN SIT No. 2286380

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS F. Nacimiento: 18/05/2009 EDAD: 10 a 6 m 12 d GÉNERO: MASCULINO

Población: Habitación Cama:

APB: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A.

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Dirigido a	No. IMPRESO
CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Cód. Referencia 890302	UROLOGIA	1.00				NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO NO. REGISTRO: 2910267	

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
N130	CONFIRMADO REPETIDO	HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: ARTUNDUAGA ANGIE PAOLA Registro Medico Dependencia: CENTRO DE ATENCION AL USUARIO

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
Calle 10 N° 18 -75, PBX: 3538008 - 3538000

CONSULTA DE CONTROL UROLOGIA
DEPARTAMENTO DE UROLOGIA

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ

Identificación: RC 1072102014
Apellidos y Nombres: RUBIO FLOREZ NICOLAS
Fecha de Nacimiento: 16 de May del 2009 0:0 AM **Edad:** 10 a 3 m 16 d

Sexo: MASCULINO
Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD
Estado Civil: MENOR DE EDAD **Teléfonos:** 3212514694
APB: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Sucursal:** PRINCIPAL
N° Historia Clínica: 1072102014 **N° Carpeta:** 1677727
Fecha y hora de ingreso: 28 de Nov del 2014 8:48 AM **Fecha de atención:** 28 de Nov del 2014 9:51 AM

DATOS DE LA CONSULTA
Motivo de consulta: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE 1 HIDRONEFROSIS GRADO III IZQUIERDA 2. POP PIELOPLASTIA BAJERAs 27/10/2014 PARACLINICOS ANTERIORES
Enfermedad actual: REFIERE MADRE PERSISTE DRENAJE PON PENROSE, HOY SE DESALOJO EL DREN

SIGNOS VITALES Y CORPORALES

T.A:-	F.C: -	F.R: -	T: -
Peso:-	Talla (m/a):-	I.M.C:-	

Escala numérica para el dolor: 0

EXAMEN FISICO
Apariencia general: BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, HIDRATADO **Cabeza y cuello:** -
Cardiopulmonar: - **Abdomen:** HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO, PENROSE CON PRODUCCION
Exámen urogenital: - **Extremidades:** --
Neurológico: -- **Piel y faneras :** --
Osteomuscular: -

ANALISIS
Laboratorio clínico: -
Imágenes diagnósticas: -
Procedimientos diagnósticos: -
Análisis: PACIENTE CON EVOLUCION SATISFACTORIA, CITA DE CONTROL PROXIMO MARTES

INFORMACION DE LOS DIAGNOSTICOS

COD DX	NOMBRE DX	TIPO DX	CATEGORIA DX	DESC AMPLIADA	AMPLIACIÓN DX POR ESP
Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	CONFIRMADO NUEVO	Diagnóstico Principal		

PLAN DE MANEJO
Plan de manejo: CONTROL MARTES DICIEMBRE 2 10:00 AM
Signos de alarma y recomendaciones generales: -

INFORMACION COMPLEMENTARIA
Finalidad de la consulta NO APLICA
Causa externa ENFERMEDAD GENERAL

INFORMACION DE ORDENES DE LA HISTORIA CLINICA

152

Dr MARCO AURELIO NOSSA M.
ESP. UROLOGIA PEDIATRICA
REG. MED. 2919297

MARCO AURELIO NOSSA MENDOZA
CC 2919297
R. M. 2919297
Imprimió: BOHORQUEZ PANTOJA LAURA CATALINA
2 de Sep del 2019 3:7 PM

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT 860002017-4
Calle 10 No. 18 - 75 Teléfono 353 60 00

ORDEN DE VALORACION MEDICA

Fecha: 28/11/2014 8:44 **Ambito:** AMBULATORIO **Admisión:** 1827446 **ORDEN INT No.** 2241664

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS **F. Nacimiento:** 18/05/2009 **EDAD:** 10 a 6 m 12 d **GENERO:** MASCULINO

Pabellón: **Habitación** **Cama:**

APB: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Contrato:** SALUD TOTAL E P S-S S.A.

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant.	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Dirigido a	No. MIPRES
CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Cód. Referencia 890902	UROLOGIA	1.00				NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO NO. REGISTRO. 2919297	

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
Z908	CONFIRMADO NUEVO	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: ARTUNDUAGA ANGIE PAOLA **Registro Medico:** **Dependencia:** CENTRO DE ATENCION AL USUARIO

CONTROL DE DOCUMENTOS EN HISTORIAS CLINICAS

COD. GI-FO-08

Carpeta: 1677727-H.C. RC-1072107014

Apellidos: RUBIO FLOREZ

Nombre: NICOLAS 2009/05/16

CENTRAL URGENCIAS | CENTRAL PEDIATRIA | PABELLON Compas

NOMBRES. | ESPECIALIDAD: Pediatria | No. CARPETA

FECHA DE INGRESO: 02-10-2014 | FECHA DE EGRESO 04-11-2014 | FECHA ENTREGA H.C.A. REG. MED.:

DOCUMENTO / DIA	1	2	3	X	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	OBSERVACIONES
Resumen Final																																
Resumen UCI																																
Ordenes Médicas				9																												
Hoja Evolución				2																												
H Cl. Urgencias																																
Récord de Anestesia				2																												
Pabellón																																
Descripción Quirúrgica				2																												
CONSENTIMIENTO INFORMADO	3																															
APOYO DIAGNOSTICO																																
Laboratorio				3																												
Imagenología (RX)				3																												
INTERCONSULTA																																
Notas Enfermería																																
Hoja neurológica																																
REGISTRO DE ENFERMERIA																																
Hoja medicamentos				2																												
UCI																																
Salaa de cirugia																																
Recuento compresas				2																												

COD 008951H

Sandra Patricia Gil Ailly
C.C. 1.022 033 731
Administradora

Jefe y/o Administradora del Servicio
Firma y Sello

Vo. Bo: Jefe y/o Administradora del Servicio
Firma y Sello

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
EGRESO Y SEGUIMIENTO
RECOMENDACIONES DE CUIDADO EN CASA
CÓDIGO D-EG-FO-01

FERNANDEZ LOPEZ EMMANUEL	CC 1007859116	14 a 8 m 29 d	CCF CAFAM
APELLIDOS Y NOMBRE	**DOCUMENTO**	**EDAD**	**ASEGURADORA**

RECOMENDACIONES DE CUIDADO EN CASA

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE EGRESO (dd/mm/aaaa):	HABITACIÓN

Recomendaciones sobre medicamentos / Procedimientos (incluir efectos adversos más relevantes)
1. cefalexina 10 cc cada 6 hrs
2. acetaminofén 12 cc cada 6 hrs
3.
4
5
6
7.
Signos de Alarma
1. fiebre >38.5°c
2 nausea
3 vómitos
4 dolor persistente
5
Si usted ha sido operado, tenga en cuenta los **SIGNOS DE INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA**. Fiebre, secreción de la herida, calor excesivo en la herida, enrojecimiento en la herida o aumento del dolor en la herida
Recomendaciones de Actividad Física: actividad física leve

Recomendaciones Nutricionales: dieta normal

Terapias a realizar en forma ambulatoria

Recomendaciones Generales: baño y aseo diario, cubrir el drenaje con gasa y cambio diario

Constancia de entrega de placas de imagenes Diagnósticas: (escriba la cantidad en la opción correspondiente).	RX	RMN	ECOGRAFIA	OTRA:
PROXIMO CONTROL DIAS	**INCAPACIDAD POR** DIAS	**CITA DE CONTROL** DIA - HORA		

SI SE PRESENTA ALGUN SIGNO DE ALARMA O DE INFECCION, FAVOR ASISTIR AL SERVICIO DE URGENCIAS. SI PRESENTA ALGUNA DUDA O SUGERENCIAS PUEDE COMUNICARSE CON LA LINEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE 3538000 EXT. 183-115

Dr MARCO AURELIO NOSSA M ESP UROLOGIA REG MED 2919297 NOSSA MARCO CC 2919297 FIRMA DEL MEDICO TRATANTE	FIRMA ENFERMERA JEFE
Certifico con mi firma que he recibido y entendido la explicación sobre los cuidados en casa, signos de alarma,forma de tomar los medicamentos y cita de control	FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR

COD. 18804 L

A 146

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT: 899999017-4
Calle 10 No.18 - 75 Teléfono 3538000

ORDEN DE EGRESO HOSPITALARIO

Fecha:	04/11/2014 13:20:00	**Ambito:**	HOSPITALIZACIÓN	**Admisión:**	1004767 **ORDEN INT No.** 2149
Paciente:	RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS		**F. Nacimiento:** 16/05/2009	**Edad:**	5 a 5 m 18 d **Género** MASCULINO
Pabellón.	PABELLON CORPAS	**Habitación.**	PABELLON CORPAS	**Cama:**	2402
EPS:	SALUD TOTAL S.A.			**Contrato:**	SALUD TOTAL E.P.S

Tipo de egreso	Estado a la salida	Causa de la salida
DEFINITIVO	VIVO	ALTA

Observaciones del egreso:
SALIDA

Evolución del egreso:
SALIDA

Conducta:
SALIDA

ORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	DIAGNOSTICO	CATEGORIA DIAGNOSTICO
Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRÚRGICOS ESPECIFICADOS	Diagnostico Principal de Egreso
R509	FIEBRE NO ESPECIFICADA	Diagnostico de Ingreso

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Quien ordena NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO **Dependencia** PABELLON CORPAS

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 16 - 75
3536000

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Atención: 1004767 Fecha de Nota: 16/09/2009 Edad: 10 a 6 m 12 d Estado Civil: MENOR DE EDAD Tel: 3212514694
Dirección: rovira Ubicación del Paci:
Ciudad: Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO Religión: NO APLICA
Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD Sexo: Masculino
Admin: SALUD TOTAL EPS-S S A. Tipo Usuario: Beneficiario
Sucursal: PRINCIPAL
Contrato: SALUD TOTAL E P S-S S A

PEDIATRIA URGENCIAS

Fecha y hora de atención: 03/11/2014 10:47 p.m.

Profesional: PRECIADO BARRERA HELEN IVONNE Especialidad: PEDIATRIA Tip Admisión: HOSPITALIZACION
Hora Ingreso: 03/11/2014 10:21 p.m Dx Ingreso: R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA
Dx Salida: Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 9:29 p.m. Fecha Orden Egreso Adm: 4/11/14 0:12 p.m.

SERVICIOS REALIZADOS		CANTIDAD
890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	1

PRIMERA VEZ - DATOS DE LA CONSULTA
Motivo de consulta : FIEBRE
INFORMANTE: MARCELA FLOREZ
Enfermedad actual : PACIENTE DE 5 AÑOS QUIEN POP DE 8 DIAS DE PIELOPLASTIA Y CIRCUNCISION INTRAINSTITUCIONAL (DR. NOSA) CON UNICO PICO FEBRIL EL DIA DE HOY CUANTIFICADO EN 38.6°C ASOCIADO A TOS, DISURIA E HIPOREXIA. NIEGA VOMITO. SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA. REFIERE ESTAR TOMANDO CEFALEXINA 100C CADA 8 HORAS HOY DIA 3 Y ACETAMINOFEN 12 CC CADA 6 HORAS. ASISTE POR URGENCIAS POR INDICACION DE MEDICO TRATANTE EN SIGNOS DE ALARMA

PRIMERA VEZ - HEMOCLASIFICACIÓN
Madre : O
Rh de la Madre : +
Hemoclasificación del Menor : 1. O
Rh del Menor : +

PRIMERA VEZ - ALIMENTACIÓN
Leche Materna :
Otras Lactari : -
Fórmulas Nutricionales, Alimentación u otros : DIETA ADECUADA PARA LA EDAD

PRIMERA VEZ - VACUNAS
Vacunas : PAI ACORDE A EDAD
Reacción post-vacunal Leve : NO
Reacción post-vacunal Moderada : NO
Reacción post-vacunal Severa : NO

PRIMERA VEZ - ANTECEDENTES
Prenatales : CONTROLES PRENATALES COMPLETOS
Perinatales : FRUTO DE CUARTO EMBARAZO, A TERMINO, P. 3800GR, 1- SACM, VAGINAL. HOSPITALIZADO POR 2 DIAS POR ASPIRACION DE MECONIO
Patológicos : HIDRONEFROSIS OBSTRUCTIVA IZQUIERDA MANEJADA QUIRURGICAMENTE 27 DE OCTUBRE 2014
Quirúrgicos : PIELOPLASTIA IZQUIERDA 27-OCTUBRE-2014
CIRCUNSICION 27-OCTUBRE DE 2014
Tóxicos : NIEGA
Farmacológicos y Reconciliación Medicamentosa : CEFALEXINA 100C CADA 8 HORAS HOY DIA 3
ACETAMINOFEN 12 CC CADA 6 HORAS
Alérgicos : LORATADINA RASH
Traumáticos : NIEGA
Hospitalizaciones : POR ASPIRACION DE MECONIO POR 2 DIAS
POR ANTECEDENTE QUIRRURGICO
Transfusionales : NIEGA
Trombosis actual : NIEGA
Familiares : ABUELA PATERNA: DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HTA
Hábitos : NIEGA
Socioeconómicos : VIVIENDA PROPIA, TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS, PISO EN BALDOSA
MADRE 25 AÑOS AMA DE CASA
PADRE 43 AÑOS COMERCIANTE
Desarrollo psicomotor : ADECUADO PARA LA EDAD

PRIMERA VEZ - REVISION POR SISTEMAS
Respiratorio : NO REFIERE

PRIMERA VEZ - VALORACION RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO
Aplica Su Diligenciamiento/Registro? : NO

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSÉ

Paciente: RC 1072102814 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Dx Salida: Z098 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 1:20 p.m. **Fecha Orden Egreso Adm:** 4/11/14 5:12 p.m

SERVICIOS REALIZADOS		CANTIDAD
890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	1

PRIMERA VEZ - SIGNOS VITALES Y CORPORALES
Presión Arterial (mmHg) : 105/78
Frecuencia cardiaca (lat/min) : 136
Frecuencia respiratoria (res/min) : 26
Temperatura (C) : 37.3
Saturación Oxigeno O2 (%) : 94
FIO2 (%) : 21
Peso (kg) : 23.4
Talla (cm) : 121.5
Indice de masa corporal (kg/cm 2) : 0.00
Perimetro cefálico :
Perimetro torácico : -
Estado de hidratación : HIDRATADO

PRIMERA VEZ - EXAMEN FISICO
Apariencia General : BUEN ESTADO GENERAL
Cabeza y cuello : NORMOCEFALO, MUCOSAS HIDRATADAS
OTOSCOPIA BILATERLA NORMAL
CUELLO MOVIL SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS
RINORREA HIALINA ESCASA
OROFARINGE AMIGDALAS SIN PLACAS, NO HIPERTROFICAS.
Cardiopulmonar TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE
RSRS: SIN AGREGADOS
RSCS: RITMICOS, SIN SOPLOS
Abdomen RSRS PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, LEVE DOLOR A LA PALPACION EN HIPOGASTRIO
HERIDA QUIRURGICA EN FLANCO IZQUIERDO, SIGNO E HIGIENICA, SIN SANGRADO ACTIVO, SIN SECRESION PURULENTA, DREN NORMOINSERTO CON ESCASA ORINA, SIN HEMATURIA, SIN ERITEMA PERILESIONAL
Examen urogenital : EDEMA GRADO I EN GLANDE, CON LESION COSTROSA EN DORSO DE FRENO, SIN SECRECION, SIN MAL OLOR,
TESTICULOS NORMALES
Extremidades SIMETRICAS, EUTROFICAS, MOVILES
Neurológico SIN DEFICIT
Piel y faneras NORMAL

PRIMERA VEZ - PLAN DE MANEJO
Análisis PACIENTE DE 5 AÑOS EN POSTOPERATORIO DE 8 DIAS DE PIELOPLASTIA IZQUIERDA Y CIRCUNSICION INSTITUCIONAL CON PICO FEBRIL UNICO A LAS 20 HORAS DEL DIA DE HOY, ADICIONALMENTE CURSA CON CUADRO RESPIRATORIO ALTO LEVE, MADRE TAMBIEN REFIERE DISURIA, AL EXAMEN FISICO ES EVIDENTE DOLOR A LA PALPACION EN HIPOGASTRIO SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SE OBSERVA EN SITIO DE INSERCION DREN SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, SALIDA DE ORINA CLARA, CONCOMITANTEMENTE SE OBSERVA EDEMA GRADO I EN GLANDE, SIN EROSION, SIN ERITEMA, TENIENDO EN CUENTA ANTECEDENTE DE POP Y SINTOMATOLOGIA DESCRITA, SE DECIDE SOLICITAR ESTUDIOS DE EXTENSION (HEMOGRAMA, PCR, PARCIAL Y GRAM DE ORINA) Y VALORACION POR SERVICIO DE UROLOGIA, SE EXPLICA A LA MADRE SITUACION CLINICA ACTUAL Y MANEJO REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR
Plan de Manejo BSI HEMOGRAMA, PCR, PARCIAL DE ORINA Y GRAM, INTERCONSULTA POR UROLOGIA,

Análisis Signos de alarma y Recomendaciones generales : -

DIAGNOSTICOS CIE

Codigo: Z098 **Nombre:** OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Tipo: CONFIRMADO NUEVO **Categoría:** Diagnóstico Principal

Diagnóstico Ampliado por Especialidad:
Ampliación:

Codigo: R509 **Nombre:** FIEBRE, NO ESPECIFICADA
Tipo: CONFIRMADO NUEVO **Categoría:** Diagnóstico Relacionado 1

Diagnóstico Ampliado por Especialidad:
Ampliación:

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

[redacted]

Paciente: RC 1072162014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Finalidad de la Consulta	Causa externa	Finalidad del Procedimiento
NO APLICA	ENFERMEDAD GENERAL	

ORDENES GENERADAS

SERVICIOS

Nombre			
INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA	pcp plaquetas bajando + convulsión 6 días + fiebre	1.00	Urgente
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) METODO AUTOMATICO		1.00	Urgente
UROANALISIS CON SEDIMENTO		1.00	Urgente
ORINA SIN CENTRIFUGAR GRAM		1.00	Urgente
PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION		1.00	Urgente

[redacted]

Profesional que cierra: PRECIADO BARRERA HELEN IVONNE
CC 52862120 R.M. 52862170

Profesional que elabora: PRECIADO BARRERA HELEN IVONNE CC 52862170 R.M. 52862120

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3536000

Paciente: RC 1072182014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 10041167 **Fecha de Alta:** 5/05/2009 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel.** 3212514594

Dirección: Avenida **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

ARS: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Convenio: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A.

HISTORIA CLINICA URGENCIAS UROLOGIA

Fecha y hora de atención: 02/11/2014 11:44 p.m.

Profesional: GERMAN CORREA LEONARDO **Especialidad:** UROLOGIA **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION
Hora Ingreso: 02/11/2014 10:28 p.m. **Dx Ingreso:** R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA
Dx Salida: Z098 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 1:20 p.m. **Fecha Orden Egreso Adm:** 4/11/14 5:12 p.m.

PRIMERA VEZ - DATOS DE LA CONSULTA
Motivo de consulta : INTERCONSULTA

Enfermedad actual PACIENTE DE 5 AÑOS DIAS POP DE PIELOPLASTIA IZQUIERDA MAS CIRCUNSICION, QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PICO FEBRIL DE 38.6 CUANTIFICADO, ASOCIADO A UN EPISODIO DE DISURIA DE ARDOR, CON ASTENIA Y ADINAMIA, HIPOREXIA SIN NINGUNA OTRA SINTOMATOLOGIA.
PRIMERA VEZ - ANTECEDENTES
Patológicos . HIDRONEFROSIS OBSTRUCTIVA IZQUIERDA MANEJADA QUIRURGICAMENTE 27 DE OCTUBRE 2014

Quirúrgicos PIELOPLASTIA IZQUIERDA 27-OCTUBRE-2014
CIRCUNSICION 27-OCTUBRE DE 2014
Alérgicos : LORATADINA RASH

Farmacológicos y Reconciliación Medicamentosa CEFALEXINA 100 CC CADA 6 HORAS HOY DIA 5
ACETAMINOFEN 12 CC CADA 6 HORAS.
Familiares : ABUELA PATERNA: DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HTA

Tóxicos . NIEGA

Vacunas : -

Hospitalizaciones : POR ASPIRACION DE MECONIO POR 2 DIAS
POR ANTECEDENTE QUIRURGICO
Traumáticos NIEGA

Otros : -

PRIMERA VEZ - REVISION POR SISTEMAS
Respiratorio :

Circulatorio :

Digestivo : -

Metabólico o endocrino : -

Neurológico : -

Urogenital :

Locomotor : -

Hernia proyectada -

Piel y faneras (Extremos) : -

Psicosocial

Otros : -

PRIMERA VEZ - VALORACIÓN RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO
Aplica Su Diligenciamiento/Registro? : NO

Riesgo de TEV Patología Quirúrgica (Riesgo Bajo < Pt4) : 0

PRIMERA VEZ - SIGNOS VITALES Y CORPORALES
Presión Arterial (mmHg) : 105/79

Frecuencia cardiaca (lpl/min) : 96

Frecuencia respiratoria (resp/min) : 26

Temperatura (C) : 37.3

Saturación Oxigeno O2 (%) : 94

GLASGOW : 15/15

Peso (kg) : 23.4

Talla (cm) : 121.5

Indice de masa corporal (kg/cm 2) : 0.00

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

[redacted]

Paciente: RC 1072109014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Dx Salida: Z980 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Fecha Orden Egreso Medi: 4/11/14 1:20 p.m. Fecha Orden Egreso Admi: 4/11/14 5:12 p.m.

PRIMERA VEZ - EXAMEN FISICO
Apariencia General: BUEN ESTADO GENERAL
Estado de Conciencia: ALERTA
Cabeza: NORMOCEFALO
Cara: -
Ojos: -
ORL: MUCOSA ORAL HUMEDA
Cuello: CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, PULSOS CAROTIDEOS PRESENTES
Tórax: SIMETRICO, EXPANDIBLE
Cardiopulmonar: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS
Extremidades: NORMAL
Abdomen: BLANDO, DEPRECIBLE SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL SIN DOLOR A LA PALPACION, NO MEGALIAS HERIDA QUIRURGICA EN FLANCO IZQUIERDO SIN SIGNOS DE INFECCION
Genitourinario: -
Extremidades: Sin EDEMAS EUTROFICAS
Osteomuscular/Miembros: -
Neurológico: SIN DEFICIT
Examen mental: -
Linfático: -
Piel y Anexos: MUCOSA HUMEDA

PRIMERA VEZ - PLAN DE MANEJO
Análisis: PACIENTE DE 5 AÑOS DIA 6 POP PIELOPLASTIA IZQUIERDA MAS CIRCUNCISION, CON PICO FEBRIL EL DIA DE HOY ASOCIADO A UN SINDROME DISURICO DE ARDOR CON POSTERIOR MEJORIA CLINICA. EN EL MOMENTO ESTABLE, SIN FIEBRE, HEMOGRAMA CON RESPUESTA SISTEMICA, POR ELEVADA, UROANALISIS SIN SIGNOS DE IVU.
SE SOLICITA ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS
Plan de Manejo: PENDIENTE REPORTE DE LABORATORIOS, PCR, HEMOGRAMA, PO Y CKAM PARA DEFINIR CONDUCTA.
SE SOLICITA ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS

DIAGNOSTICOS DE

Código: Z980 Nombre: OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Tipo: CONFIRMADO NUEVO Categoría: Diagnóstico Principal

Diagnóstico Aceptado por Especialidad:
Aclaración:

Se Finaliza Manejo Por La Especialidad

[redacted]

Profesional que elabora: BERNAL CORREA LEONARDO
CC 94544423 R.M. 94544423
Profesional que elabora: REMDON FERGUSSON EDUARDO CC 80860809 R.M. [redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

Paciente: RC 1072102014 MOSQUERA NICOLAS Edad: 10 a 5 m 12 d Fecha Impresion: 28/11/2019

Direccion: COVIRA

Estado Civil: MENOR DE EDAD

Religion: NO APLICA

Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO

Ocupacion: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD

Sexo: Masculino Telefono: 3212514694

EVOLUCIÓN CLÍNICA URGENCIAS UROLOGIA

Fecha: 03/11/2014 7:41 p.m.

Fecha y hora del registro: 03/11/2014 7:55:32

Profesional: MOSSA MENDOZA MARCO AURELIO Tp Admisión: HOSPITALIZACION Triage: Hospitalizacion

APOp. SALUD TOTAL EPS-S S.A. Sucursal: PRINCIPAL Convenio: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

Hora Ingreso: 3/11/2014 10:21 p.m. Dx Salida: R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA

Dx Ingreso: Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 1:20 p.m. Fecha Orden Egreso Adm: 4/11/14 5:12 p.m.

EVOLUCIONES

EVOLUCION CLINICA

Subjetivo: UROLOGIA PEDIATRICA
PACIENTE CON DX:
POP PIELOPLASTIA IZQUIERDA; ABIERTA DIA 7 QUIEN INGRESA POR CUADRO CLINICO DE DOLOR ABDOMINAL , FIEBRE CUATIFICADA EN 38 , 6 Y PERSISTENCIA DE DRENAJE POR PENROSE SIN OTRA SINTOMATOLOGIA

Objetivo: BEG, AFEBRIL HIDRATADO
FRC. 85 FR: 22
ABD: BLANDO DEPRESIBLE CON DOLOR A LA PALPACION EN HIPOCONDRIO DERECHO DREN EN ADECUADA UBICACION CON DRENAJE IMPORTANTE DE LIQUIDO DE APARIENCIA DE ORINA
ECX. SIN EDEMAS

Análisis y Plan de Manejo: PACIENTE CON CUADRO DE FIEBRE ECOGRAFIA DUE MUESTRA ORINA PARTICULADA EN PELVIS CON HIDRONEFROSIS GRADO 3 , HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA , PO NORMAL , AUNQUE CON LA HIDRONEFROSIS MOSTRADA PODRIA CORRESPONDE A CUADR OBSTRUCTIVO POR EN EL MOMENTO CON VU ASOCIADA , POR LO CUIAL SE HOSPITALIZA PARA MANEJOP M,EDICO CON CEFAZOLINA , CONTROL DE HEMOGRAMA A LAS 24 HORAS DEL INGRESO Y NUEVA VALORACION PARA DEFINIR CONDUCTA SEGUN EVOLUCION

DIAGNOSTICOS CIE

Codigo: Z988 Nombre: OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Tipo: CONFIRMADO NUEVO Categoria: Diagnóstico Principal Descripcion:

Observaciones:

[redacted]

Paciente: RC 1072102014 MUÑOZ FLOREZ NICOLAS Edad: 16 a 6 a 12 d Fecha Impresion: 28/11/2019

EVOLUCIÓN CLÍNICA URGENCIAS UROLOGIA

Fecha: 03/11/2014 7:41 a.m.

Fecha y hora del registro: 03/11/2014 7:55:37

ORDENES CREADAS

TIPO ORDEN	SERVICIO	CANTIDAD	VIA ADMINISTRACION	INDICACIONES/JUSTIFICACION
MED	CEFAZOLINA 1 G POLVO ESTERIL PARA INYECCION	3,00	INTRAVENOSA	0.8
MED	DIPIRONA SODICA 1G SOLUCION INYECTABLE	1,00	INTRAVENOSA	72
MED	ACETAMINOFEN 150 MG/5 ML (31) JARABE	1.00	ORAL	460

[redacted]

Profesional MOSSA MENDOZA MARCO AURELIO

CC 2818297 R.M. 2818297

Elaborado por MOSSA MENDOZA MARCO AURELIO CC 2818297 R.M. 2818297

rptConsultarEvoHCSingColumn.rpt

[redacted]

Paciente: RC 1072192014 RUBIO FLOREZ NICOLAS Edad: 18 a 5 m 13 d Fecha Impresion: 28/11/2019

Dirección: rovira

Estado Civil: MENOR DE EDAD

Religión: NO APLICA

Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD

Sexo: Masculino Telefono: 3212514694

EVOLUCION CLINICA HOSP PEDIATRÍA

Fecha: 04/11/2014 6:24 p.m.

Fecha y hora del registro: 04/11/2014 6:40:27

Profesional: GARCIA SILVA DELIA CAROLINA Tp Admision: HOSPITALIZACION . Triage: Hospitalizacion

ARSe: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Sucursal: PRINCIPAL Convenio: SALUD [redacted] E.P.S-S S.A

Hora Ingreso: 02/11/2014 10:21 p.m. Dx Salida: R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA

Dx Ingreso: Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 1:20 p.m. Fecha Orden Egreso Adm: 4/11/14 5:12 p.m.

EVOLUCIONES

EVOLUCION CLINICA

Subjetivo.

PEDIATRIA
PACIENTE DE 5 AÑOS CON DX DE
+ POP DE 7 DIAS DE PIELOPLASTIA Y CIRCUNSICION(27710/2014)
+ ADP DE HIDRONEFROSIS OBSTRUCTIVA IZQUIERDA
S/ PACIENTE EN COMPAÑÍA DE AMBOS PADRES LOS CUALES DIGAN NUEVOS PICOS FEBRILES , ACEPTA Y TOLERA VIA ORAL ,NO EMBSIS .

Objetivo.

O/ TRANQUILO , CONCILIA EL SUEÑO , NO SIGNOS DE DFR.
FR 24 TENSION ARTERIAL 066745 MMHG FC 97 MIN TEMPERATURA DE 36 7C
LA 60 CC
LB 0 CC
MUCOSA ORAL HUMEDA, ESCLERAS ANICTERICAS , ERITEMA EN OROFARINGE ,CUELLO MOVIL NO ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO . MURMULLO VESICULAR AUDIBLE NO CREPITOS . TORAX SIMETRICO . MURMULLO VESICULAR UDIBLE NO CREPITOS . RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUEN TONO NO SOPLOS PULSOS PRESENTES BUEN LLENO CAPILAR NO DISTERMIA .PULSOS PRESENTES . ABDOMEN CON QUEMEN PLANCO IZQUIERDO , NO SIGNOS FLOGISTICOS. GENITALES EXTENOS CON LIGERO AUMENTO DE VOLUMEN EN GLANDE , TETIS EN ESCROTO-PIEL NORMAL. SNC SENSORIO LIBRE

Análisis y Plan de Manejo

PACIENTE CON DX ANOTADOS , SIN NUEVOS PICOS FEBRILES , ACEPTA Y TOLERA VIA ORAL , VALORADO AYER POR UROLOGIA , EN DONDE INDICAN HEMOGRAMA PARA EL DIA DE HOY , PACIENTE SIN TRATAMIENTO CON CEFAZOLINA . HOY CITA DE CONTROL A LAS 10 AM CON DR ROJA. SE EXPLICA A MAMA CONDUCTA A SEGUIR SE ACLARAN DUDAS

[redacted]

Paciente: RC 1072152014 ENRIC FLOREZ NICOLAS Edad: 10 a 6 m 13 d Fecha Impresion: 28/11/2019

EVOLUCION CLÍNICA HOSP PEDIATRIA

Fecha: 04/11/2014 6:24 a.m.
Fecha y hora del registro: 04/11/2014 6:40:27

Profesional: GARCIA SILVA DELIA CAROLINA
CC 52419758 R.M. 52419758
Elaborado por: GARCIA SILVA DELIA CAROLINA CC 52419758 R.M. 52419758

rptConsultarEvoHCBingColumn.rpt

[redacted]

Paciente: RC 1072102014 [redacted] Edad: 10 a 6 m 12 d Fecha Ingreso: 28/11/2019

Dirección: rovira

Estado Civil: MENOR DE EDAD

Religión: NO APLICA

Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD

Sexo: Masculino Teléfono: 3212514694

EVOLUCIÓN CLÍNICA HOSPITALIZACIÓN UROLOGIA

Fecha: 04/11/2014 9:45 a.m.

Fecha y hora del registro: 04/11/2014 12:10:52

Profesional: [redacted] Tp Admisión: HOSPITALIZACION Triage: Hospitalizacion

Asa: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Servicio: PRINCIPAL Convenio: SALUD[redacted] S.A.S S.A

Hora Ingreso: 02/11/2014 10:21 p.m. Dx Salida: R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA

Dx Ingreso: Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 1:20 p.m. Fecha Orden Egreso Adm: 4/11/14 5:12 p.m.

evoluciones

EVOLUCION CLINICA

Subjetivo.

UROLOGIA PEDIATRICA
PACIENTE CON DX:
POP PIELOPLASTIA IZQUIERDA0 ABIERTA DIA 9

PACIENT Y FAMILIAR MADRE REFIERE PASO ADECUAD NOCHE. CON ADECUADO PATRON DEL SUEÑO SIN NUEVOS PICOS FEBRILES, NO VOMITO.

Objetivo.

BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL HIDRATADO
FC. 85 FR: 22 TA: 89/47
ABD; BLANDO DEPRESIBLE CON DOLOR A LA PALPACION EN HIPOCONDRIO DERECHO DREN EN ADECUADA UBICACION CON DRENAJE IMPORTANTE DE LIQUIDO DE APRIENCIA DE ORINA
EXTREMIDADES: SIN EDEMA

REPORTE DE HEMOGRAMA
GLOBULOS BLANCOS 11.700, NEUTROFILOS 7.600, HEMOGLOBINA 12.3 , PLAQUETAS 471000, Cayados 1%

Análisis y Plan de Manejo

PACIENTE CON CUADRO DE FIEBRE , HEMOGRAMA DE CONTROL CON DISMINUCION DE LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA , AUNQUE CON LA HIDRONEFROSIS MOSTRADA PODRIA CORESPONDE A CUADR OBSTRUCTIVO EN MANEJOP MEDICO CON CEFAZOLINA, PACIENE EN EL MOMENTO CN ADEUDA EVOLUCION CON DISMINUCION DE RESPUESTA INFLAMATORIA, SE INDICA SALIDA Y CITA CONTROL POR UROLOGÍA PEDIATRICA.
DR. MOSSA/ DR. A. SÁNCHEZ

[redacted]

Paciente: RC 1072168014 MARIO FLOREZ NICOLAS Edad: 10 a 6 a 12 d Fecha Impresion: 28/11/2019

EVOLUCIÓN CLÍNICA HOSPITALIZACIÓN ONCOLOGIA

Fecha: 04/11/2014 9:45 a.m.
Fecha y hora del registro: 04/11/2014 13:10:52

DIAGNÓSTICOS CIE

Codigo: 2982 Nombre OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Tipo: CONFIRMADO NUEVO Categoria: Diagnóstico Principal Descripcion:
Observaciones:

[redacted]

Profesional: NOISA MENDOZA MARCO AURELIO
CC 2918297 RLM 2918297

Elaborado por: NOISA MENDOZA MARCO AURELIO CC 2918297 RLM 2918297

rptConsultarEvoHCSlogColumn.rpt

136

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT: 860980017-4
Calle 10 No.18 - 75 Teléfono 353 80 00

ORDEN DE VALORACION MEDICA

Fecha: 02/11/2014 22:46 Ambito: HOSPITALIZACIÓN Admisión: 1904767 ORDEN INT No. 2148400
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS F. Nacimiento:16/05/2009 EDAD:10 a 5 m 12 d GENERO:MASCULIN
Pabellón: Habitación Cama:
APB: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant	Prioridad	Autorización/Justificación	Dirigido a	No. MIPRES
CONSULTA DE URGENCIAS. POR PEDIATRIA MEDICINA ESPECIALIZADA CÓd. Referencia 890702		1,00	Urgente	0	PRECIADO BARRERA HELEN IVONNE NO. REGISTRO: 52862120	

INFORMACION DIAGNÓSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
R509	CONFIRMADO NUEVO	FIEBRE, NO ESPECIFICADA

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: PRECIADO BARRERA HELEN IVONNE Registro Médico: 52862120 Dependencia: URGENCIA PEDIÁTRICA

135

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSÉ
NIT: 899999017-4
Calle 10 No.18 - 75 PBX. 353 60 00 Ext. 130-118
E-mail: lclinico@hospitaldesanjose.org.co

ORDEN DE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha: 02/11/2014 22:12 **Ambito:** URGENCIAS **Admisión:** 1004767 **ORDEN INT No.** 2145409
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS **F. Nacimiento:** 16/05/2009 **Edad:** 5 a 5 m 16 d **Género:** MASCULINO
Pabellón: **Habitación:** **Cama:**
APB: SALUD TOTAL S.A **Contrato:** SALUD TOTAL E.P.S

Nombre del Laboratorio	Cantidad	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Quien Ejecuta
HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO Cód Referencia 90241	1,00	Urgente	0		GESTOR
PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION Cód Referencia 906H4	1,00	Urgente	0		GESTOR
ORINA SIN CENTRIFUGAR GRAM Cód Referencia 90159	1,00	Urgente	0		GESTOR
URUANALISIS CON SEDIVENTO Cód Referencia 90721	1,00	Urgente	0		GESTOR

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
Z988	CONFIRMADO NUEVO	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
R509	CONFIRMADO NUEVO	FIEBRE NO ESPECIFICADA

24+00
Tomado S

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Quien Ordena: PRECIADO BARRERA HELEN IVONNE **Registro Médico.** 52862120 **Dependencia:** URGENCIA PEDIÁTRICA
Apreciado usuario: es importante informar a su medico tratante los resultados de los exámenes.

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT 8999990 7-4
Calle 10 No 18 - 75 PBX 353 80 00

ORDEN DE INTERCONSULTA

Fecha: 02/11/2014 23:14 Ambito: URGENCIAS Admisión: 1004767 ORDEN INT No. 2145411
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS F. Nacimiento: 16/05/2009 EDAD: 5 a 5 m 16 d GENERO: MASCULIN
Pabellón: Habitación Cama:
APB: SALUD TOTAL S.A Contrato: SALUD TOTAL E P S

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Dirigido a
INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA Cod Referencia 890402	UROLOGIA	1.00	Urgente	0	pop pielopiastia izquierda + cistostomia 6 dias + fiebre	GESTOR

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
Z980	CONFIRMADO NUEVO	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
R509	CONFIRMADO NUEVO	FIEBRE NO ESPECIFICADA

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: PRECIADO BARRERA HELEN IVONNE Registro Médico: 52852120 Dependencia: URGENCIA PEDIATRICA

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT 860026617-4
Calle 10 No.18 - 75 Telefono 353 80 00

ORDEN DE IMAGENES DIAGNOSTICAS - ECOGRAFIAS

Fecha: 03/11/2014 2:05 Ambito: HOSPITALIZACION Admisión: 1004767 ORDEN INT No. 2148536
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS F. Nacimiento:04/05/2009 EDAD: 10 a 6 m 12 d GENERO:MASCULIN
Pabellón: Habitación Cama:
APB: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant	Prioridad	Autorización/Indicación/Justificación	Dirigido a	No. IMPRESS
ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL) (S2) Cod. Referencia: 881332	RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	1,00	Urgente	0	RAMIREZ FONSECA GIMENA ALEXANDRA NO. REGISTRO: 46673204	

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
R509	CONFIRMADO NUEVO	FIEBRE, NO ESPECIFICADA

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: RENDON FERGUSSON EDUARDO Registro Médico. 478426/09 Dependencia: URGENCIA PEDIÁTRICA

82

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT 899999017-4
Calle 10 No.18 - 75 PBX 353 80 00

ORDEN DE MATERIALES E INSUMOS - ENFERMERIA

Fecha: 03/11/2014 2:52 Ambito: URGENCIAS Admisión: 1004767 ORDEN INT No. 2145578
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS F. Nacimiento 16/05/2009 Edad: 5 a 5 m 17 d Genero: MASCULINO
Pabellón: Habitación: Cama:
APB: SALUD TOTAL S A. Contrato: SALUD TOTAL E P.S.

Servicios Ordenados	Cantidad	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Quien Ejecuta
CATETER INTRAVENOSO 24G X 19MM Cód. Referencia: 0	1	Urgente	0		GESTOR
EQUIPO INFUSION BOMBA REF 8700110SP Cod. Referencia: 0	1	Urgente	0		GESTOR
EXTENSION DE ANESTESIA PEDIATRICA Cod. Referencia: 0	1	Urgente	0		GESTOR
ISOPAN TOALLA ANTISEPTICA AI COHOl AI 70% Cod. Referencia: 0	2	Urgente	0		GESTOR

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
R509	CONFIRMADO NUEVO	FIEBRE NO ESPECIFICADA
Y838	CONFIRMADO NUEVO	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

FIRMA PROFESIONAL

Firma Paciente

Ordenado por: PITA TOVAR MONICA ALEJANDRA Registro Médico: 1070959195 Dependencia

11/11/2014

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT: 899999017-4
Calle 10 No.18 - 75 PBX 353 60 00

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Ambito: HOSPITALIZACION Admisión: 1004757 ORDEN INT No. 2140888

CADUCIDAD DE LA ORDEN: 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

Fecha: 03/11/2014 7:03 Vencimiento: 03/12/2014
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS Edad: 10 a 5 m 12 d Fecha nac: 18/05/2009
Género: MASCULINO Cargado: 1877727
PABELLON: HABITACION: CAMA:
APB: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A
Tipo Contrato: 01-EPS, ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Especialidad de Ingreso: PEDIATRIA

CUM	Nombre medicamento	Presentación	Vía administración	Cantidad	Autorizado	Prioridad	Dosis	Frecuencia	Int. HIPRESS
	ACETAMINOFEN 150 MG/5 ML (3%) JARABE	MS	ORAL	1,00	0	Prioritaria	450 MG	6 HORAS	
Justif/Posología:	12 CC VO CADA 6 HORAS		Quien ejecuta:		PEREZ PERILLA LINA MARIA 52966736	NO. REGISTRO:			Clase: MO
1983314	DIPIRONA BODICA 1G SOLUCION INYECTABLE	G	INTRAVENOSA	1,00	0	Prioritaria	72 G	DOSIS UNICA	
Justif/Posología:	720 MG IV DE RESCATE		Quien ejecuta:		PEREZ PERILLA LINA MARIA 52966736	NO. REGISTRO:			Clase: MO
1987627	CEFAZOLINA 1 G POLVO ESTERIL PARA INYECCION	G	INTRAVENOSA	3,00	0	Prioritaria	c.a 0	8 HORAS	
Justif/Posología:	600 MG IV CDAD 8 HORAS		Quien ejecuta:		PEREZ PERILLA LINA MARIA 52966736	NO. REGISTRO:			Clase: MO

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
R509	CONFIRMADO NUEVO	FIEBRE, NO ESPECIFICADA

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO Registro Médico: 2919297 Departamento: URGENCIA PEDIATRICA

*Señor usuario: si usted presenta alguna reacción adversa luego del consumo de estos medicamentos, favor avisar al PBX 353800C ext 134, Servicio Farmacéutico.

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ
NIT: 899999017-4
Calle 10 No.18 - 75 PBX: 353 60 00 Ext. 130-118
E-mail: lclinico@hospitaldesanjose.org.co

ORDEN DE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha: 04/11/2014 6:41 **Ambito:** HOSPITALIZACION **Admisión:** 1084767 **ORDEN INT No.** 2147815
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS **F. Nacimiento:** 16/05/2008 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Género:** MASCULINO
Pabellón: **Habitación:** **Cama:**
APB: SALUD TOTAL EPS-S S.A **Contrato:** SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

Nombre del Laboratorio	Cantidad	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Quien Ejecuta	No.IMPRESS
HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO Cód. Referencia. 902210	1,00	Urgente	0		GESTOR	

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
R509	CONFIRMADO NUEVO	FIEBRE, NO ESPECIFICADA

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Quien Ordena: GARCIA SILVA DELIA CAROLINA Registro Médico: 52419748 Dependencia: PABELLON CORPAS
Apreciado usuario: es importante informar a su médico tratante los resultados de los exámenes.

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT: 899999017-4
Calle 10 No.18 - 75 PBX 353 80 00

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Ambito: HOSPITALIZACION **Admisión:** 1004787 **ORDEN INT No.** 2147819

CADUCIDAD DE LA ORDEN: 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

Fecha: 04/11/2014 6:42 **Vencimiento:** 04/12/2014
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Fecha nac:** 18/05/2009
Género: MASCULINO **Carpeta:** 1677727
PABELLON: **HABITACION:** **CAMA:**
APB: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Contrato:** SALUD TOTAL E.P.S-S S.A
Tipo Contrato: 01-EPS. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD **Especialidad de Ingreso:** PEDIATRIA

CUM	Nombre medicamento	Presentación	Vía administración	Cantidad	Autorización	Prioridad	Dosis	Frecuencia	No. IMPRESIÓN	
	ACETAMINOFEN 150 MG/5 ML (3%) JARABE	SRJ	ORAL	1,00	0	Prioritaria	480 ML	6 HORAS		
Justif/Posologia	12 CC VO CADA 6 HORAS		Quien ejecuta		PEREZ PERILLA LINA MARIA 52996238	NO	REGISTRO:		Casa	NO
1993314	BIPIRONA SODICA 1G SOLUCION INYECTABLE	G	INTRAVENOSA	1,00	0	Prioritaria	72 G	DOSIS UNICA		
Justif/Posologia	720 MG IV DE RESCATE		Quien ejecuta		PEREZ PERILLA LINA MARIA 52996238	NO	REGISTRO:		Casa	NO
1997627	CEFAZOLINA 1 G POLVO ESTERIL PARA INYECCION	G	INTRAVENOSA	3,00	0	Prioritaria	6 G	6 HORAS		
Justif/Posologia	600 MG IV CDAD 6 HORAS		Quien ejecuta		PEREZ PERILLA LINA MARIA 52996238	NO	REGISTRO:		Casa	NO

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
R509	CONFIRMADO NUEVO	FIEBRE, NO ESPECIFICADA

FIRMA PROFESIONAL **FIRMA PACIENTE**

Ordenado por: GARCIA SILVA DELIA CAROLINA Registro Médico 52419768 **Dependencia:** PABELLON CORPAS

"Señor usuario: si usted presenta alguna reacción adversa luego del consumo de estos medicamentos, favor avisar al PBX 3538000 ext 134. Servicio Farmacéutico.

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT: 899999017-4
Calle 10 No.18 - 75 PBX 353 80 00

ORDEN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO

Fecha: 04/11/2014 6:44 **Ambito:** HOSPITALIZACION **Admisión:** 1804787 **ORDEN H/T No.** 2147823
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS **F. Nacimiento:** 16/05/2009 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Género:** MASCULINO
Pabellón: **Habitación:** **Cama:**
APB: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Contrato:** SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

Servicios Ordenados	cantidad	Prioridad	Autorización	Observaciones	Quien Ejecuta
	1,00	Urgente	0		ESTUPIÑAN CHIBUQUE CAROLINA MO. REGISTRO:
	1,00	Urgente	0		ESTUPIÑAN CHIBUQUE CAROLINA MO. REGISTRO:
	1,00	Urgente	0		ESTUPIÑAN CHIBUQUE CAROLINA MO. REGISTRO:
	1,00	Urgente	0		ESTUPIÑAN CHIBUQUE CAROLINA MO. REGISTRO:

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
R509	CONFIRMADO NUEVO	FIEBRE, NO ESPECIFICADA

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Quien Ordena: GARCIA SILVA DELIA CAROLINA Registro Medico: Dependencia: PABELLON CORPAS

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ
NIT: 899999017-4
Calle 10 No.16 - 75 PBX: 353 80 00 Ext. 130-118
E-mail: kilnico@hospitaldesanjose.org.co

ORDEN DE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha: 04/11/2014 8:44 **Ambito:** HOSPITALIZACIÓN **Admisión:** 1804767 **ORDEN INT No.** 2147928

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS **F. Nacimiento:** 15/05/2009 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Genero:** MASCULINO

Pabellón: – **Habitación:** **Cama:**

APB: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Contrato:** SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

Nombre del Laboratorio	Cantidad	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Quien Ejecuta	No.INFORME
HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO Cód. Referencia 902210	1,00	Urgente	0		GESTOR	

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
R509	CONFIRMADO NUEVO	FIEBRE, NO ESPECIFICADA

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Quien Ordena: GARCIA SILVA DELIA CAROLINA Registro Médico: 52419758 Dependencia: PABELLON CORPAS

Apreciado usuario: es importante informar a su médico tratante los resultados de los exámenes.

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT: 899999017-4
Calle 10 No.18 - 75 PBX 353 60 00

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Ambito: HOSPITALIZACION Admision: 1804767 ORDEN EXT No. 2[illegible]

CADUCIDAD DE LA ORDEN: 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

Fecha: 04/11/2014 13:14 Vencimiento: 04/12/2014
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS Edad: 10 a 6 m 12 d Fecha nac: 18/05/2009
Género: MASCULINO Carpeta: 1877727
PABELLON: HABITACION: CAMA:
APB: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A
Tipo Contrato: 01-EPS. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Especialidad de ingreso: PEDIATRIA

CUM	Nombre medicamento	Presentación	Vía administración	Cantidad	Autorizacion	Prioridad	Dosis	Frecuencia	No. MIPRES
	ACETAMINOFEN 160 MG/5 ML (3%) JARABE	UNID	ORAL	3,00	0	Prioritaria	320 MG	6 HORAS	
Justificación: Posologia TOMAR 12 CC CADA 6 HRS POR 7 DÍAS				Quien ejecuta					Casa MD
227057-2	CEFALEXINA 250 MG/5 ML (5%) POLVO PARA RECONSTITUIR ORAL	MG	ORAL	3,00	0	Urgente	300 MG	6 HORAS	
Justificación: Posologia TOMAR 10 CC CADA 6 HRS POR 7 DÍAS				Quien ejecuta					Casa MD

INFORMACIÓN DIAGNÓSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
R509	CONFIRMADO NUEVO	FIEBRE, NO ESPECIFICADA

[redacted]

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO Registro Médico: 2019297 Dependencia: PABELLON CORPAS

*Señor usuario: si usted presenta alguna reacción adversa luego del consumo de estos medicamentos, favor avisar al PBX 3536000 ext 134, Servicio Farmacéutico.

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT 899999017-4
Cra 10 No.18 - 75 Teléfono 353 80 00

ORDEN DE VALORACION MEDICA

Fecha: 04/11/2014 13:16 Ambito: HOSPITALIZACION Admisión: 1004767 ORDEN EXT No. 2149867
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS F. Nacimiento:16/05/2009 EDAD:10 a 6 m 12 d GENERO:MASCULIN
Pabellón: Habitación Cama:
APB: SALUD TOTAL EPS-S S A Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant.	Prioridad	Autorización/Indicación/Justificación	Dirigido a	No. MIPRES
CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Cod. Referencia 890302	UROLOGIA	1,00	Urgente 0 Ref	CITA CONTROL POP 11/ NOV/ 2014 DR. NOSSA		

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
R509	CONFIRMADO NUEVO	FIEBRE NO ESPECIFICADA

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO Registro Médico. 2919297 Dependencia: PABELLON CORPAS

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA
HOSPITAL DE SAN JOSE
IMAGENES DIAGNOSTICAS

Calle 10 No. 18-75 teléfono 5519000 Ext. 411 ó 419

NOMBRE DEL PACIENTE :	RUBIO FLOREZ NICOLAS		
DOCUMENTO :	1072107014	**HISTORIA CLINICA :**	1677727
FECHA DE NACIMIENTO:	16/05/2009		
EDAD :	5	**SEXO :**	M
SERVICIO :	PEDIATRIA		

INFORME 1

NUMERO EXAMEN : 681041
NUMERO CARGO : 575780
DESCRIPCION EXAMEN : ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS ; RINONES,VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL
FECHA Y HORA DE INGRESO A RX : 03/11/2014 6:21:14

LECTURA DIGITADA POR : DGALVAN 03/11/2014. 6:56:18

Ambos riñones presentan localización, tamaño y ecogenicidad usuales, con adecuado grosor cortical y buena diferenciación cortico-medular, sin evidencia de lesiones focales intraparenquimatosas.

Las dimensiones del riñón derecho son 90 x 40 x 41 mm. con cortical de mm. Y las del riñón izquierdo son 63 x 52 x 52 mm. con cortical de mm.

Dilatación de la pelvis renal izquierda con un diámetro AP de 40 mm. con dilatación y aporramiento de los grupos caliciales configurando hidronefrosis grado III.

Se observa contenido ecogenico móvil al interior de la pelvis renal.

No hay dilatación ureteral.

Espacio perirrenal libre.

Vejiga distendida con orina particulada.

OPINION.

HIDRONEFROSIS IZQUIERDA GRADO III SECUNDARIA A ESTENOSIS DE LA UNIÓN PIELOURETERAL.

ORINA PARTICULADA.

Dr. Julio García.

LECTURA REALIZADA POR: **JORGE ALBERTO CARRILLO BAYONA**
MEDICO RADIOLOGO

HOSPITAL DE SAN JOSE
LABORATORIO CLINICO

CALLE 10 # 18-75 PBX 3538000 EXT. 130 - 118
ldlinicos@hospitaldesanjose.org.co
NIT 899999917-4

No. de Orden. **1103007**

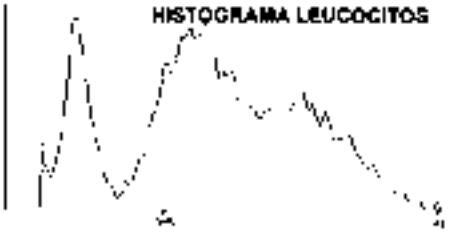
Nombre	**RUBIO FLOREZ , NICOLAS**	Fecha de Ingr	03/11/2014 12:27:47 a.m.
Identificación	1072102014	Primera Imp.:	04/11/2014 06:24:25 a.m
Pabellon :	**Urgs Pediatricas**	Ultima Imp.	04/11/2014 06:24:25 a.m
Cama		Cargo No	**575585**
H.C. HSJ:	1577727	Fecha Nacim	19 May 2009 Teléfono: 3212514694
Empresa	SALUD TOTAL E.P.S.	Edad:	5 ANOS
Comentario:		Especialidad	PEDIATRA

ESTUDIO		RESULTADO	UNIDADES	INT. BIOLOGICO DE REF.*	TECNICA
HEMATOLOGIA					
GLOBULOS BLANCOS	*	17.4	10^3/ul	3.50 - 10.50	IMPEDANCIA
% NEUTROFILOS	*	77.4	%	37.00 - 73.00	
% LINFOCITOS	*	15.9	%	20.00 - 55.00	
% MONOCITOS		4.5	%	2.50 - 10.00	
% EOSINOFILOS		1.1	%	0.50 - 11.00	
% BASOFILOS		1.1	%	0.00 - 2.00	
NEUTROFILOS	*	13.4	10^3/ul	1.40 - 6.50	
LINFOCITOS		2.8	10^3/ul	1.20 - 3.40	
MONOCITOS		0.8	10^3/ul	0.00 - 1.00	
EOSINOFILOS		0.2	10^3/ul	0.00 - 0.70	
BASOFILOS		0.2	10^3/ul	0.00 - 0.20	
RECUENTO DE G. ROJOS	*	5.85	10^6/ul	3.90 - 5.70	
HEMOGLOBINA		16.6	g/dL	12.00 - 17.00	
HEMATOCRITO		52.5	%	36.00 - 54.00	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO		89.7	fL	80.00 - 100.00	
HB CORPUSCULAR MEDIA		28.4	pg	27.00 - 33.00	
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	*	31.7	g/dL	32.00 - 36.00	
ANCHO DE DISTRIBUCION DE G.R.		13	%	12.00 - 14.00	IMPEDANCIA
PLAQUETAS		329	10^3/ul	130.00 - 450.00	
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	*	8.3	fL	9.00 - 13.00	

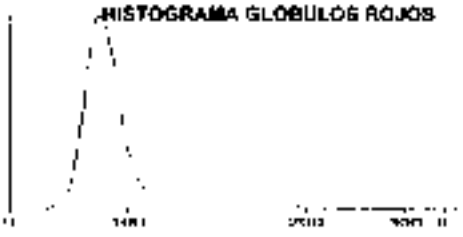
DIFERENCIAL MANUAL

Neutrofilos 81%
Linfocitos 8%
Monocitos: 5%
Basofilos. 1%
Cayados 5%

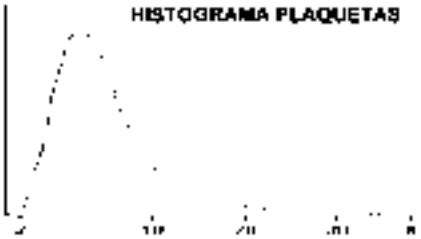
HISTOGRAMA LEUCOCITOS



HISTOGRAMA GLOBULOS ROJOS



HISTOGRAMA PLAQUETAS



Apreciado Usuario: Es importante informar a su médico tratante los resultados de sus exámenes

*** Estos valores corresponden al 95% de la población normal**

No. de Orden: **1103007**

Nombre :	RUBIO FLOREZ , NICOLAS	Fecha de Ingr:	03/11/2014 02:27:47 a.m.
Identificación	1072102014	Primera Imp	04/11/2014 06:24:25 a.m.
Pabellón	Urgs Pediatricas	Ultima Imp	04/11/2014 06:24:25 a.m.
Cama:		Cargo No	575585
H C. HSJ	1677727	Fecha Nacm	16 May 2009 Telefono: 3212514694
Empresa:	SALUD TOTAL E.P.S.	Edad:	5 AÑOS
Comentario.		Especialidad.	PEDIATRIA

ESTUDIO	RESULTADO		UNIDADES	INT. BIOLOGICO DE REF *	TECNICA

Bacteriologa Lab Clinico Luz Anyela Beltran B. Reg No 51.870.801

Revisado: 03/11/2014 01:22:57 a.m.

QUIMICA

PROTEINA C REACTIVA	15.6		mg/dl	TURBIDIMETRIA

VALOR DE REFERENCIA HOMBRES 0-1 MUJERES 0-1 NIÑOS 0-1, EMBARAZO 0-1

Bacteriologa Lab Clinico Luz Anyela Beltran B. Reg No 51.870.801

Revisado: 03/11/2014 01:22:22 a.m.

ORINAS Y COPROLOGICOS

COLOR	AMARILLO			VISUAL
ASPECTO	LIMPIDO			
DENSIDAD URINARIA (TIRA QUIMICA)	* 1010		1015.00 - 1025.00	TIRA REACTIVA
PH	* 6.5		5.00 - 6.00	TIRA REACTIVA
LEUCOCITOS	NEGATIVO		Negativo	MICROSCOPIO OPTICO
NITRITOS	NEGATIVO		Negativo	TIRA REACTIVA
PROTEINAS EN ORINA	NEGATIVO	mg/dl	Negativo	TIRA REACTIVA
GLUCOSA EN ORINA	NORMAL	mg/dl	Normal	
CUERPOS CETONICOS	NEGATIVO		Negativo	TIRA REACTIVA
UROBILINOGENO	NORMAL		Normal	TIRA REACTIVA
BILIRRUBINAS	NEGATIVO		Negativo	TIRA REACTIVA
SANGRE	NEGATIVO		Negativo	TIRA REACTIVA
SEDIMENTO URINARIO				MICROSCOPIC OPTICO

CELULAS EPITELIALES : 0-2 xc
BACTERIAS ESCASAS
LEUCOCITOS : 0-2 xc

Apreciado Usuario: Es importante informar a su médico tratante los resultados de sus exámenes

*** Estos valores corresponden al 95% de la población normal**

Nc. de Orden: **1103007**

Nombre :	**RUBIO FLOREZ , NICOLAS**	Fecha de Ingr:	03/11/2014 12:27:56 a.m.
Identificación	1072102014	Primera Impr..	04/11/2014 06:24:25 a.m.
Pabellón	**Urgs Pediatricas**	Ultima Impr :	04/11/2014 06:24:25 a.m.
Cama		Cargo No :	**575586**
H. C. HSJ	1677727	Fecha Nacim	16 May 2009 Telefono 3212514094
Empresa.	SALUD TOTAL E.P.S	Edad.	5 AÑOS
Comentario:		Especialidad	PEDIATRIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INT. BIOLOGICO DE REF *	TECNICA

Bacteriologa Lab. Clinico Luz Anyela Beltran B. Reg.No. 51 870 801

Revisado: 03/11/2014 01:12:22 a.m.

MICROBIOLOGIA ORINAS

GRAM ORINA SIN CENTRIFUGAR

No se Observan Bacterias *

Bacteriologa Lab. Clinico Luz Anyela Beltran B. Reg.No. 51 870 801

Revisado: 03/11/2014 01:12:22 a.m.

Apreciado Usuario: Es importante informar a su médico tratante los resultados de sus exámenes

*** Estos valores corresponden al 95% de la población normal**

HOSPITAL DE SAN JOSE
LABORATORIO CLINICO

CALLE 10 # 18-75 PBX 3538000 EXT. 130 - 116
lclinico@hospitaldesanjose.org.co
NIT 899999917-4

No. de Orden: **1104165**

Nombre :	RUBIO FLOREZ , NICOLAS	Fecha de Ingr:	04/11/2014 07:12:46 a.m.
Identificación:	1072102014	Primera Imp.:	04/11/2014 09:16:56 a.m.
Pabellón :	CORPAS	Ultima Imp.:	04/11/2014 09:16:56 a.m.
Cama:		Cargo No.:	876810
H. C. HSJ:	1677727	Fecha Nacim.	16 May 2009 Teléfono: 3212514594
Empresa:	SALUD TOTAL E.P.S.	Edad:	5 AÑOS
Comentario:		Especialidad:	PEDIATRIA

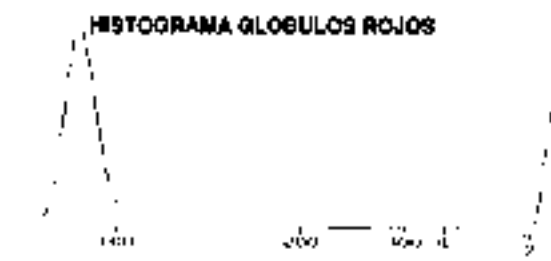
ESTUDIO		RESULTADO	UNIDADES	INT. BIOLOGICO DE REF.*	TECNICA
GLOBULOS BLANCOS	*	11.7	10^3/ul	3.50 - 10.50	IMPEDANCIA
% NEUTROFILOS		64.6	%	37.00 - 73.00	
% LINFOCITOS	*	18.6	%	20.00 - 55.00	
% MONOCITOS	*	11.6	%	2.50 - 10.00	
% EOSINOFILOS		4.6	%	0.50 - 11.00	
% BASOFILOS		0.4	%	0.00 - 2.00	
NEUTROFILOS	*	7.6	10^3/ul	1.40 - 6.50	
LINFOCITOS		2.2	10^3/ul	1.20 - 3.40	
MONOCITOS	*	1.4	10^3/ul	0.00 - 1.00	
EOSINOFILOS		0.5	10^3/ul	0.00 - 0.70	
BASOFILOS		0	10^3/ul	0.00 - 0.20	
RECUENTO DE G. ROJOS		4.42	10^6/ul	3.90 - 5.70	
HEMOGLOBINA		12.3	g/dL	12.00 - 17.00	
HEMATOCRITO		39.1	%	36.00 - 54.00	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO		88.5	fL	80.00 - 100.00	
HB CORPUSCULAR MEDIA		27.9	pg	27.00 - 33.00	
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	*	31.5	g/dL	32.00 - 36.00	
ANCHO DE DISTRIBUCION DE G.R.		13.3	%	12.00 - 14.00	IMPEDANCIA
PLAQUETAS	*	471	10^3/ul	130.00 - 450.00	
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	*	7.8	fL	9.00 - 13.00	

DIFERENCIAL MANUAL

Neutrofilos: 59% 67 ✓
Linfocitos: 20%
Monocitos: 13%
Eosinofilos: 5%
Cayados 3% - 3 5 ✓

HISTOGRAMA LEUCOCITOS

HISTOGRAMA GLOBULOS ROJOS



HISTOGRAMA PLAQUETAS

Apreciado Usuario: Es importante informar a su médico tratante los resultados de sus exámenes

*** Estos valores corresponden al 95% de la población normal**

No. de Orden: **1104165**

Nombre :	**RUBIO FLOREZ , NICOLAS**	Fecha de Ingr:	04/11/2014 07:12:46 a.m.
Identificación:	1072102014	Primera Imp.:	04/11/2014 09:16:56 a.m.
Pabellón :	**CORPAS**	Ultima Imp.:	04/11/2014 09:16:56 a.m.
Cama:		Cargo No.:	**576510**
H. C. HSJ:	1677727	Fecha Nacim.	16 May 2009 **Teléfono: 3212514694**
Empresa:	SALUD TOTAL E.P.S.	Edad.	5 AÑOS
Comentario:		Especialidad:	PEDIATRIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INT BIOLOGICO DE REF.*	TECNICA

Bacteriólogo Lab. Clínico María Lucía Parra Reg. No. 41.706.344

Revisado. 04/11/2014 09:05:05 a.m.

Apreciado Usuario: Es importante informar a su médico tratante los resultados de sus exámenes

*** Estos valores corresponden al 95% de la población normal**

240-2 116

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

AH-FO-12

Carpeta: 16/7727-0 H.C: RC-1072U2014

Apellidos: RUBIO FLOREZ

Nombre: NICOLAS -2009/05/16

(ADDESSOGRAPH)

[redacted] APELLIDOS Rubio Florez NOMBRE Nicolas

PABELLON [redacted]

[redacted]

1- ATB C-2-12-8-14-20
2- MEDICAMENTOS C8H-8-16-24 EXCEPTO ISORDIL - METRONIDAZOL 5-12-18 CATOPRIL 6-14-22
3- C-12 TIGRAS 8-20 EXCEPTO BACTRIM 8-16
4- UNA VEZ DIA 14 EXCEPTO DIURETICO 8 am + HIPOGLICEMIANTE + PREDNISONA 8 am
5- C/4H 4-8-12-16-20-24

2014

Noviembre 2014

ESQUEMA DE INSULINA	HORA / DIA																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	02																													
	08																													
	14																													
	20																													
	02																													
	12																													
	20																													
	06																													
	14																													
	22																													

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSÉ		
APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPEUTICO		
CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS		
Código: AD-FO-138	Fecha de Aprobación: 06 de Agosto de 2013	Versión: 03 / Página: 1 de 1

FECHA: 3/11/2014

SERVICIO AL QUE INGRESÓ /ESPECIALIDAD: UROLOGIA

NOMBRE DEL PACIENTE: Nicolas Pulido Florez

FECHA DE NACIMIENTO: 16/5/2009

IDENTIFICACION: C.C. ☐ T.I. ☐ RC. ☒ Otro ☐ Cual?_____ No. 1072100014

STIKER DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Toma medicamentos diariamente? SI [X] NO [ ]

Relacione los medicamentos que consume diariamente en el hogar, formulados o no, incluya medicamentos naturales:

INFORMACION DEL MEDICAMENTO				ULTIMA ADMINISTRACION				
DESCRIPCION DEL MEDICAMENTO (Indique su presentacion si es Tableta, capsula, jarabe, gotas, solucion inyectable,etc.)	**DOSIS**	**VIA DE ADMINISTRACION** (oral, intramuscular, intravenoso, inhalacion)	**FRECUENCIA** (Cada cuanto lo toma?)	**FECHA**	**HORA**			
Acetaminofen	12 cm	oral	6 horas	3-11	12:30			
Cefalexina	10 cm	oral	6 horas	3-11	1:30			

Por favor entregue este formulario diligenciado a su medico. Gracias por esta valiosa información.

FIRMA PACIENTE O ACOMPAÑANTE X Nicolas Florez

FIRMA DE MEDICO PRESCRIPTOR

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE
CALLE 10 No. 18 - 75
3539000

Paciente: RC 1072182014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 1004787 **Fecha de Nac.** 18/05/2009 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514604

Dirección: revita **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

EPS: SALUD TOTAL EPS-S S.A **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E P S-S S.A

1. NOTAS DE ENFERMERÍA URGENCIAS

Fecha y Hora de elaboración: 02/11/2014 2:31 p.m.

Profesional: MENESES GARZÓN ELIANA MARCELA **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 02/11/2014 10:21 p.m **Dx Ingreso:** R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA

Dx Salida: Z000 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Fecha Orden Egreso Med. 4/11/14 1:20 p.m **Fecha Orden Egreso Adm:** 4/11/14 5:12 p.m

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA

Nota de Enfermeria : 02+31 Ingresa paciente a sala de procedimientos consciente, alerta, estable, en soporte de oxigeno, en compañia de familiar, por orden medico se deja en observacion, se canaliza en extremidad superior derecha con jelco 24 se deja pasando SSN 0.9% a 10 cc/hora por bomba de infusion, control y registro de signos vitales dentro de los parametros normales. 02+55 se realiza pabarme a la unidad a la cama 14-10 con su respectiva manilla de identificacion, se dan recomendaciones generales en cuanto al manejo general de la unidad, en compañia de familiar, se entrega a auxiliar de turno, pendiente ecografia de las urgencias

Profesional que clausura MENESES GARZÓN ELIANA MARCELA

CC 1065270751 R.M. 1065270751

Profesional que elabora MENESES GARZÓN ELIANA MARCELA CC 1065270751 R.M. 1065270751

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE
CALLE 10 No 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS
Admisión: 1004787 Fecha de Nacer: 18/05/2009 Edad: 10 a 5 m 13 d Estado Civil: MENOR DE EDAD Tel: 3212514594
Dirección: rovira Ubicación del Pcte:
Ciudad: Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO Religión: NO APLICA
Ocupación: NINGUNA OCUPACIÓN POR SER MENOR DE EDAD Sexo: Masculino
APBs: SALUD TOTAL EPS-S S A Tipo vinculo: Beneficiario
Sucursal: PRINCIPAL
Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

1. NOTAS DE ENFERMERÍA URGENCIAS

Fecha y Hora de atención: 03/11/2014 4:08 a.m.

Profesional: TORRES CASTAÑEDA CARMEN LIGIA Especialidad: Tp Admisión: HOSPITALIZACIÓN
Hora Ingreso: 02/11/2014 10:21 p.m. Dx Ingreso: R509 - FIEBRE NO ESPECIFICADA
Dx Salida: Z998 - OTROS ESTADOS POSTQUIRÚRGICOS ESPECIFICADOS
Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 1:20 p.m. Fecha Orden Egreso Adtvo: 4/11/14 5:12 p.m.

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA
Nota de Enfermeria 4+00 paciente se lleva ecografia de vias urinarias pendiente reporte

Profesional que clausura: TORRES CASTAÑEDA CARMEN LIGIA
CC 41767805 R.M. 41767805

Profesional que elabora: TORRES CASTAÑEDA CARMEN LIGIA CC 41767805 RM 41767805

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

[redacted]

Paciente: RC 1072182014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Autorización: 1004767 **Fecha de Nac:** 19/05/2009 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514094

Dirección: rovira **Ubicación en Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

Aflia: SALUD TOTAL EPS-S S.A **Tipo vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

1. NOTAS DE ENFERMERÍA URGENCIAS

Fecha y Hora de atención: 6/11/2014 9:12 a.m.

Profesional: TORRES CASTAÑEDA CARMEN LIGIA **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 05/11/2014 10:21 p.m. **Dx Ingreso:** R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA

Dx Salida: Z488 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Fecha Orden Egreso Med: 6/11/14 1:20 p.m **Fecha Orden Egreso Adm:** 6/11/14 9:12 p.m.

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA

Nota de Enfermeria . 24HO pacientes se le toman laboratorios de control QH: PCR PO + GRAM

Profesional que elaboró: TORRES CASTAÑEDA CARMEN LIGIA

CC 41787806 R.M. 41787806

Profesional que elaboró: TORRES CASTAÑEDA CARMEN LIGIA CC 41787806 R.M. 41787806

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 16 - 75
3538000

Paciente: RC 1072182014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 1004767 **Fecha de Nac:** 15/05/2009 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514694

Dirección: nvvtv **Ubicación del Pac:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

Aflia: SALUD TOTAL EPS-S S.A **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

1. NOTAS DE ENFERMERÍA URGENCIAS

Fecha y Hora de atención: 03/11/2014 8:43 a.m.

Profesional: TORRES CASTAÑEDA CARMEN LIGIA **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 02/11/2014 10:21 p.m. **Dx Ingreso:** R509 - Fiebre, NO ESPECIFICADA

Dx Salida: Z098 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 1:20 p.m. **Fecha Orden Egreso Adm:** 4/11/14 8:12 p.m.

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA

Nota de Enfermeria : 6+30 PACIENTE PASO NOCHE ESTABLE AFEBRIL , EN COMPAÑIA DE LA MAMA, SE REGISTRAN SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES 7+00 ENTREGO PACIENTE EN CAMA EN COMPAÑIA DE LA MAMA , PACIENTE SIN APORTE DE 02 CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES CON MANILLA DE IDENTIFICACION Y CON ASEO, MANEJO CLINICO

Profesional que diligencia: TORRES CASTAÑEDA CARMEN LIGIA

CC 41787805 R.M. 41787805

Profesional que elabora: TORRES CASTAÑEDA CARMEN LIGIA CC 41787805 R.M. 41787805

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

[redacted]

Paciente: RC 1072102914 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 1004787 **Fecha de Nota:** 10/05/2000 **Edad:** [illegible] **Grupo Etar:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514994

Dirección: [illegible] **Ubicación del Paci:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: MINORIA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD . **Sexo:** Masculino

Aliña: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A.

1. NOTAS DE ENFERMERÍA URGENCIAS

Fecha y Hora de creación: 4/11/2014 11:00 a.m.

Profesional: CUERVO RICO KATHERYN PAOLA **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION
Hora Ingreso: 03/11/2014 10:21 p.m. **Dx Ingreso:** R309 - DISURIA, NO ESPECIFICADA
Dx Salida: Z098 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Fecha Orden Egreso Medi: 4/11/14 1:20 p.m. **Fecha Orden Egreso Adm:** 4/11/14 5:12 p.m.

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA
Nota de Enfermeria - 7+00 recibo paciente en la unidad en cama con barandas de seguridad elevadas sin soporte de oxigeno con buen patron respiratorio con acceso venoso en miembro superior derecho permeable SSN 0.9% 40cc/h con sus respectivas medidas de identificacion en compañia del familiar alimentado espontaneo sin nada via oral 8+00 control y registro de signos vitales dentro de sus parametros normales. 8+30 acepta y tolera via oral 9+00 ronda de profesora de turno se siguen ordenes medicas 10+00 ronda de enfermeria paciente sin ningun alteracion

Profesional que diagnostica: CUERVO RICO KATHERYN PAOLA
CC 63134979 R.M. 63134979

Profesional que elabora: CUERVO RICO KATHERYN PAOLA CC 63134979 R.M. 63134979

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 16 - 75
3539000

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA

Paciente: RC 1072102814 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 1004787 **Fecha de Nacim.:** 15/05/2009 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514694

Dirección: CRA **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

Aseg.: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

1. NOTAS DE ENFERMERÍA URGENCIAS

Fecha y Hora de Atención: 03/11/2014 8:59 p.m.

Profesional: CUERVO RICO KATHERYN PAOLA **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION
Hora Ingreso: 02/11/2014 10:21 p.m. **Dx Ingreso:** R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA
Dx Salida: Z488 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 1:20 p.m **Fecha Orden Egreso Aprc:** 4/11/14 5:12 p.m

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA
Nota de Enfermeria 11+00 paciente sin ninguna novedad 12+00 control y registro de signos vitales dentro de sus parametros normales 13+00 ronda de enfermeria paciente con pico febril de 38 grados , jefe de turno administra 12cc de acetaminofen se toma medios fisicos 14+00 control y registro de signos vitales dentro de sus parametros normales 15+00 paciente sin ninguna novedad 16+00 control y registro de signos vitales dentro de sus parametros normales 19+00 entrego paciente en la unidad en cuna con barandas de seguridad elevadas sin soporte de oxigeno con buen patron respiratorio con acceso venoso en miembro superior derecho pasando SSN 0.9% 100c/h con sus respectivas medidas de identificacion en compañia del familiar efectivamente papelamos , jefe y auxiliar de turno

Profesional que cierra: CUERVO RICO KATHERYN PAOLA
CC 53134878 R.M. 53134878

Profesional que elabora: CUERVO RICO KATHERYN PAOLA CC 53134878 R.M. 53134878

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

[redacted]

Paciente: RC 1072162014 RUSSO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 1004151 Fecha de Nac: 16/08/2008 Edad: 10 a 8 m 12 d Estado Civil: MENOR DE EDAD Tel: 3212514684
Dirección: rovira Afiliación del Pos:
Ciudad: Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO Religión: NO APLICA
Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD Sexo: Masculino
APBs: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Tipo Vinculo: Beneficiario
Sucursal: PRINCIPAL
Contrato: SALUD TOTAL E P S-S S A

1. NOTAS DE ENFERMERÍA URGENCIAS

Fecha y Hora de elaboración:
03/11/2014 9:16 p.m.

Profesional: CRUZ GOMEZ YAMILE ANDREA Especialidad: Tip Admisión: HOSPITALIZACION
Fecha Ingreso: 03/11/2014 10:21 p.m. Dx Ingreso: R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA
Dx Salida: Z488 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 1:20 p.m. Fecha Orden Egreso Adm: 4/11/14 9:12 p.m.

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA
Nota de Enfermeria : 19+00 recibo paciente en el servicio ubicado a Nebil sin dificultad respiratoria sin apoyo de oxigeno, suplementario con liquidos endovenosos en miembro superior derecho asintomatico con esplintaje sin signos de flebitis. 20+00 se realiza toma y registro de signos vitales paciente tranquilo sin novedades

Profesional que diligencia: CRUZ GOMEZ YAMILE ANDREA
CC 1072162014 R.M. 1072162014

Profesional que elaboro: CRUZ GOMEZ YAMILE ANDREA CC 1072162014 R.M. 1072162014

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 16 - 75
3536000

[redacted]

Paciente: RC 1072102814 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 1004787 **Fecha de Nacim:** 15/05/2009 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514994

Dirección: nueva **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

AFIlia: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Parentesco: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A.

1. NOTAS DE ENFERMERÍA URGENCIAS

Fecha y Hora de Impresión: 04/11/2014 12:01 a.m.

Profesional: CRUZ GOMEZ YAMILE ANDREA **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION
Hora Ingreso: 03/11/2014 10:31 p.m. **Dx Ingreso:** R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA
Dx Salida: Z985 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 1:20 p.m. **Fecha Orden Egreso Adm:** 4/11/14 5:12 p.m.

NOTA II DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA
Nota de Enfermería : 22+30 paciente duerme tranquila sin novedades 23+40 se traslada paciente al servicio de hospitalización 2 piso se deja paciente en buenas condiciones se entrega a enfermera de turno

[redacted]

Profesional que diligencia: CRUZ GOMEZ YAMILE ANDREA
CC 1033666660 R.M. 1033666660

Profesional que elabora: CRUZ GOMEZ YAMILE ANDREA CC 1033666660 R.M. 1033666660

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No 18 - 75
3538000

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSÉ

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 1004767 **Fecha de Nota:** 19/05/2009 **Edad:** 10 a 0 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514884

Dirección: rdwfa **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

Aseg: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vinculac:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

NOTAS DE ENFERMERIA

Fecha y Hora de elaboración: 04/11/2014 12:36 a.m.

Profesional: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION
Hora Ingreso: 02/11/2014 10:21 p.m **Dx Ingreso:** R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA
Dx Salida: Z488 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 1:20 p.m **Fecha Orden Egreso Adm:** 4/11/14 5:12 p.m

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA
Nota de Enfermeria 23+40 INGRESA PACIENTE A LA UNIDAD SE ENCUENTRA DESPIERTO, ALERTA, TRANQUILO, ACTIVA, APARENTEMENTE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON MUCOSAS HUMEDAS, CON BUEN COLOR DE PIEL, BUEN PATRON RESPIRATORIO ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, TORAX NORMOEXPANDIBLE, CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO PASANDO SSN A 10 CC H, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES SIN EDEMA, PIEL INTEGRA, ELIMINANDO ESPONTANEO, TOLERA Y ACEPTA MUY BIEN VIA ORAL.

PACIENTE CON SUS RESPECTIVAS MANILLAS DE IDENTIFICACION.

SE CONTINUA CON IGUAL PLAN DE CUIDADO Y MANEJO POR ORDENES MEDICAS
CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA
00+00 PACIENTE CONCILIA EL SUEÑO TRANQUILO Y PROFUNDO ESTA UBICADA CONCIDA Y SEGURO CON BARANDAS ARRIBA ESTA ACOMPAÑADO DE FAMILIAR.
01+00 SE REALIZA CONTINUA VIGILANCIA AL ESTADO DEL PACIENTE
PACIENTE CONCILIA EL SUEÑO TRANQUILO NO PRESENTA CAMBIOS CLINICOS

Profesional que cierra: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH
CC 52728448 R.M. 52728448

Profesional que elabora: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH CC 52728448 R.M. 52728448

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3536000

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Identificación: 1004787 **Fecha de Nac:** 10/05/2009 **Edad:** 10 a 8 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514694

Dirección: rovira **Ubicación del Pac:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

ARS: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E P S-S S A

NOTAS DE ENFERMERIA

Fecha / Hora de creación: 04/11/2014 3:41 p.m

Profesional: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION
Hora Ingreso: 03/11/2014 10:21 p.m **Dx Ingreso:** R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA
Dx Salida: Z488 - OTROS CUIDADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Fecha Orden Egreso Medi: 4/11/14 1:20 p.m. **Fecha Orden Egreso Adm:** 4/11/14 5:12 p.m

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA
Nota de Enfermeria 02+00 SE TOMAN SIGNOS VITALES SE ENCUENTRA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
03+00 PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES
04+00 PACIENTE SIN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

Profesional que diligencia: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH
CC 52728449 R M 52728449
Profesional que valora: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH CC 52728449 R M 52728449

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No 16 - 75
3538000

[redacted]

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 1004787 **Fecha de Ingr:** 15/05/2000 **Edad:** 13 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212614664

Dirección: tovista **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

Afilia: SALUD TOTAL EPS-S S A **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

NOTAS DE ENFERMERIA

Fecha y Hora de atención: 04/11/2014 8:30 a.m.

Profesional: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 02/11/2014 10:21 p m **Dx Ingreso:** R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA

Dx Egreso: Z488 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Fecha Cirugia Egreso Med: 4/11/14 1:20 p m **Fecha Orden Egreso Adm:** 4/11/14 5:12 p m

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA

Nota de Enfermeria 05+00 SE TOMAN SIGNOS VITALES SE ENCUENTRA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
06+00 PACIENTE PASO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES LA NOCHE Y SIN NOVEDAD

07+00 ENTREGO PACIENTE EN LA UNIDAD SE ENCUENTRA DESPIERTO, ALERTA, TRANQUILO, ACTIVA, AFEBRIL,EN COMPAÑIA DE FAMILIAR. PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON MUCOSAS HUMEDAS, CON BUEN COLOR DE PIEL, BUEN PATRON RESPIRATORIO, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, TORAX NORMOEXPANDIBLE, CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO PASANDO SSN A 10 CC H, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES SIN EDEMA, PIEL INTEGRA, ELIMINANDO ESPONTANEO, TOLERA Y ACEPTA MUY BIEN VIA ORAL

PACIENTE CON SUS RESPECTIVAS MANILLAS DE IDENTIFICACION

Profesional que elabora: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH
CC 52728448 R M 52728448

Profesional que elabora: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH CC 52728448 RM 52728448

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3539000

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

Paciente: RC 1072102914 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 1004707 **Fecha de Nac:** 18/05/2009 **Edad:** 10 a 6 m 12 **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514604

Dirección: cuya **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

Aseg: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sec usal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E P S-S S.A

NOTAS DE ENFERMERIA

Fecha y Hora de atención: 04/11/2014 08:35 a.m.

Profesional: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA **Especialidad:** **Tp Atención:** HOSPITALIZACION
Hora Ingreso: 02/11/2014 10:21 p.m **Dx Ingreso:** R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA
Dx Salida: Z980 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 1:20 p.m **Fecha Orden Egreso Adm:** 4/11/14 5:12 p.m

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA

Nota de Enfermeria : 7+00 recibo paciente en unidad vivo consciente alerta y orientado en tiempo con barandas arriba en soporte de oxigeno con acceso venoso en mid permeable pasando por bomba de infusión sin a 10 con abdomen blando depresible a la palpación no doloroso con herida quirúrgica antigua de una plastoplastia en cicatrización con dren descubierto sin signos de infección eliminando esporadico en compañía de madre 8+00 control de signos 9+00 labios seca 10+00 se baña paciente en ducha y se arregla unidad 11+00 rondo de enfermeria paciente tranquilo sin novedades 12+00 control de signos 13+00 entrego paciente en unidad vivo en iguales condiciones generales a igual manejo medico con medidas en complicaciones durante el turno en compañía de familiar

Profesional que diligencia: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA
CC 1018046781 R.M. 1018046781

Profesional que elabora: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA CC 1018046781 R.M. 1018046781

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 16 - 75
3538000

Paciente: RC 1072162014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión:	1004767	**Fecha de Nac:** 16/05/2009	**Edad:** 10 a 6 m 12 d	**Estado Civil:** MENOR DE EDAD	**Tel.** 3212514084
Dirección:	rovira		**Ubicación del Paci:**		
Ciudad:		**Barrio:**	OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO	**Religión:**	NO APLICA
Ocupación:	NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD			**Sexo:**	Masculino
Aplly	SALUD TOTAL EPS-S S A.			**Tipo Afiliado:**	Beneficiario
Regimen:	PRINCIPAL				
Convenio:	SALUD TOTAL E P S-S S A				

NOTAS DE ENFERMERIA

Fecha y Hora de atención: 04/11/2014 5:06 p.m.

Profesional: PEREZ PERILLA LINA MARIA — **Especialidad:** — **Tp Atención:** HOSPITALIZACION
Hora Ingreso: 02/11/2014 10:21 p.m — **Dx Ingreso:** R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA
Dx Salida: Z488 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 4:20 p.m. — **Fecha Orden Egreso Adm:** 4/11/14 5:12 p.m.

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA
Nota de Enfermeria 13 00 recibo paciente en habitación bajo cuidado de la madre ,con sus respectivas manillas de identificación ,activo reactivo al tacto con buen patrón respiratorio, acceso venoso en miembro superior derecho con adecuada dinámica, abdomen blando depresible a la palpación, eliminación espontánea, miembros inferiores normales sin edemas , piel integra.
14 00 se realiza control y registro de signos vitales
16 00 paciente recibe y toleta vía oral
16 05 familiar en tramites de salida
17 00 egresa paciente por eps propia madre bajo cuidado de la misma ,con sus respectivas manillas de identificación ,activo reactivo al tacto con buen patrón respiratorio,sin acceso venoso, abdomen blando depresible a la palpación, eliminación espontánea, miembros inferiores normales sin edemas , piel integra. Con sus respectivas indicaciones medicas para cuidado en casa, paz y salvo firmado por jefe del servicio

Profesional que elaboro: PEREZ PERILLA LINA MARIA
CC 52998238 R.M. 52998238
Profesional que elaboro PEREZ PERILLA LINA MARIA CC 52998238 R.M 52998238

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1072102814 RUBIO FLÓREZ NICOLAS

Admisión: 10047157 **Fecha de Nacio:** 18/05/2004 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel.** 3212514664

Dirección: rovira **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

APBs: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

VALORACIONES URGENCIAS

Fecha y Hora de elaboración: 02/11/2014 9:34 a.m.

Profesional: MENESES GARZÓN ELIANA MARCELA **Especialidad:** **Ty.Ingresado:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 02/11/2014 10:21 p.m. **Dx Ingreso:** R69 - ENFER. NO ESPECIFICADA

Dx Salida: Z998 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Fecha Cerrado Egreso Medi: 2/11/14 1:20 p.m. **Fecha Cerrado Egreso Admi:** 4/11/14 5:12 p.m.

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES

Presión arterial Sistólica : 110

Presión arterial Diastólica : 72

Presión media : 84.67

Frecuencia cardiaca : 111

Frecuencia Respiratoria : 26

Temperatura : 36.9

Saturación Oxígeno % : 99

Profesional que cierra: MENESES GARZÓN ELIANA MARCELA

CC 1065270751 RM 1065270751

Profesional que elabora: MENESES GARZÓN ELIANA MARCELA CC 1065270751 RM 1065270751

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 16 - 75
3538000

[redacted]

Paciente: RC 1072102814 RUBIO FLOREZ NICOLAS
Admisión: 1004787 **Fecha de Nacim:** 15/05/2009 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514694
Dirección: rovas **Ubicación del Pcte:**
Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA
Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino
AFilic: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vinculo:** Beneficiario
Beneficiario: PRINCIPAL
Contrato: SALUD TOTAL E.P.S.-S S.A.

VALORACIONES URGENCIAS

Fecha y Hora de elaboración: 06/11/2014 5:16 p.m.

Profesional: TORRES CASTAÑEDA CARMEN LIGIA **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION
Hora Ingreso: 02/11/2014 10:21 p.m. **Dx Ingreso:** R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA
Dx Salida: Z486 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Fecha Orden Egreso Medi: 4/11/14 1:20 p.m. **Fecha Orden Egreso Adm:** 4/11/14 5:12 p.m.

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES
Presión arterial Sistólica : 107
Presión arterial Diastólica : 67
Presión media : 80.33
Frecuencia cardiaca : 121
Frecuencia Respiratoria : 26
Temperatura : 35.7
Saturación Oxigeno % : 93

Profesional que elabora: TORRES CASTAÑEDA CARMEN LIGIA
CC 41787605 R.M. 41787605

Profesional que elabora: TORRES CASTAÑEDA CARMEN LIGIA CC 41787605 R.M. 41787605

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1073182014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 1004767 Fecha ag cita: 19/05/2006 Edad: 10 a 8 m 12 d Estado Civil: MENOR DE EDAD Tel: 3212514664

Dirección: rovira Ubicación del Paso:

Ciudad: Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO Religión: NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD Sexo: Masculino

APBs: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Tipo Vinculo: Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

VALORACIONES URGENCIAS

Fecha y Hora de atención: 03/11/2014 8:55 am

Profesional: REYES GARCIA LINA MARITZA Especialidad: Tip Admisión: HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 03/11/2014 10:24 p.m Dx Ingreso: R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA

Dx. Salida: Z980 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 1:20 p m Fecha Orden Egreso Adm: 4/11/14 8:12 p.m

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES

Presión arterial Sistólica : 102

Presión arterial Diastólica : 72

Presión media : 82.00

Frecuencia cardiaca : 116

Frecuencia Respiratoria : 33

Temperatura : 37.5

Saturación Oxigeno % : 96

Profesional que observa: REYES GARCIA LINA MARITZA

CC 1022950790 R.M. 1022950790

Profesional que edita: REYES GARCIA LINA MARITZA CC 1022950790 R.M. 1022950790

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

[redacted]

Paciente: RC 1072163014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Ingreso: 1004787 **Fecha de Nac:** 16/05/2006 **Edad:** 10 a 8 m 12 **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212014804

Dirección: ####

Ubicación del Pcte:

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

Afil: SALUD TOTAL EPS-S S A **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E P S-S S A

VALORACIONES URGENCIAS

Fecha y Hora de atención: 03/11/2014 12:08 p.m.

Profesional: JIMENEZ REYES ZULY YULIETH **Especialidad:** **Tp Adopción:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 03/11/2014 10:21 p.m. **Dx Ingreso:** R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA

Dx Salida: Z489 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Fecha Orden Egreso Red: 4/11/14 1:39 p.m. **Fecha Orden Egreso Adm:** 4/11/14 5:02 p.m.

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES
Presión arterial Sistólica : 109
Presión arterial Diastólica : 71
Presión media 84.67
Frecuencia cardiaca : 123
Frecuencia Respiratoria 32
Temperatura 37.9
Saturación Oxigeno % 95

Profesional que diligencia: JIMENEZ REYES ZULY YULIETH
CC 1012394847 Rol 1012394847

Profesional que elabora: JIMENEZ REYES ZULY YULIETH CC 1012394847 R.M. 1012394847

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1072182014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Atención: 1004767 **Fecha de Nac:** 15/05/2009 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212544694

Dirección: rovira **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

APBs SALUD TOTAL EPS-S S A **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

VALORACIONES URGENCIAS

Fecha y Hora de atención: 02/11/2014 3:00 p.m.

Profesional: JIMENEZ REYES ZULY YULIETH **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 02/11/2014 10:21 p m **Dx Ingreso:** R508 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA

Dx Egreso: Z998 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Fecha Orden Egreso Médi. 4/11/14 1:20 p.m. **Fecha Orden Egreso Adm:** 4/11/14 5:12 p.m.

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES
Presión arterial Sistólica : 104
Presión arterial Diastólica 74
Presión media 84 00
Frecuencia cardiaca 126
Frecuencia Respiratoria 32
Temperatura : 36.9
Saturación Oxigeno % 85

Profesional que clasifica: JIMÉNEZ REYES ZULY YULIETH
CC 1012394647 R.M. 1012394647

Profesional que evalua: JIMENEZ REYES ZULY YULIETH CC 1012394647 RM 1012394647

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE
CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1072192814 RUBIO FLOREZ NICOLAS
Admision: 1004767 **Fecha de Nacio:** 18/05/2009 **Edad:** +0 a 5 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514664
Dirección: rovira **Ubicación del Pcte:**
Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA
Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino
Afilia: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vinculo:** Beneficiario
Sucursal: PRINCIPAL
Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A.

VALORACIONES URGENCIAS

Fecha y Hora de atencion 4/11/2014 6:00 p.m.

Profesional: CUERVO RICO KATHERYN PAOLA **Especialidad:** **Tp Admision:** HOSPITALIZACIÓN
Hora Ingreso: 03/11/2014 10:21 p.m. **Dx Ingreso:** R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA
Dx Salida: Z098 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Fecha Orden Egreso Medi: 4/11/14 1:20 p.m **Fecha Orden Egreso Adm:** 4/11/14 5:12 p.m

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES
Presión arterial Sistólica : 100
Presión arterial Diastólica : 66
Presión media 76 67
Frecuencia cardiaca : 116
Frecuencia Respiratoria : 22
Temperatura : 37
Saturación Oxigeno % : 96

Profesional que cierra: CUERVO RICO KATHERYN PAOLA
CC 53134878 R M. 53134878
Profesional que edita: CUERVO RICO KATHERYN PAOLA CC 53134878 R M 53134878

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3536000

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA
HOSPITAL DE SAN JOSE

Paciente: RC 1072102814 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admision: 1004787 Fecha de Nac.: 16/05/2009 Edad: 10 a 8 m 12 d Estado Civil: MENOR DE EDAD Tel: 3212514894

Direccion: rovira Ubicacion del Pcte:

Ciudad: Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO Religion: NO APLICA

Ocupacion: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD Sexo: Masculino

Aflia: SALUD TOTAL EPS-S S A Tipo Vinculo: Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E P S-S S A

VALORACIONES URGENCIAS

Fecha y Hora de atencion:
02/11/2014 8:18 p.m.

Profesional: CRUZ GOMEZ YAMILE ANDREA Especialidad: Tp Admision: HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 02/11/2014 10:21 p.m. Dx Ingreso: R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA

Dx Salida: Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 1:20 p.m. Fecha Orden Egreso Adm: 4/11/14 0:12 p.m.

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES
Presión arterial Sistolica : 98
Presión arterial Diastólica : 74
Presión media : 83.33
Frecuencia cardiaca 109
Frecuencia Respiratoria 28
Temperatura : 36
Saturación Oxigeno % 95

Profesional que diligencia: CRUZ GOMEZ YAMILE ANDREA
CC 1033666650 R M 1033666650

Profesional que elabora: CRUZ GOMEZ YAMILE ANDREA CC 1033666650 R M 1033666650

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA
Hospital De San José

Paciente: RC 1072162814 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 1004767 **Fecha de Nac:** 10/05/2009 **Edad:** 10 a 6 a 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514654

Dirección: [redacted] **Ubicación del Pcte.**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

EPS: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Subsidio: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de atención 04/11/2014 12:36 a.m.

Profesional: YELANDRA NUÑEZ OLGA YANETH **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION
Hora Ingreso: 03/11/2014 10:21 p.m. **Dx Ingreso:** R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA
Dx Salida: Z988 - OTROS ESTADOS POSQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Fecha Orden Egreso Medi. 4/11/14 1:20 p.m **Fecha Orden Egreso Admi:** 4/11/14 6:12 p.m

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES
Presión arterial Sistólica : --
Presión arterial Diastólica : -
Frecuencia cardiaca : -
Temperatura : -
Frecuencia Respiratoria : -
Saturación Oxigeno % : -

VALORACIONES - VALORACIÓN DE RIESGO LESION DE PIEL NIÑOS MAYORES DE 5 AÑOS
Capacidad de responder a estímulos : 0. Sin limitaciones
Grado de humedad de la piel : 1. Comunmente húmeda
Grado de actividad : 0. Ocasionalmente camina
Control posición corporal : 0. Sin limitación
Patrón de ingesta diaria : 0. Adapta
Fricción y roce de la piel con las sábanas : 0 Ausente

MEDIDAS A CUMPLIR CON PACIENTE DE BAJO RIESGO - Realizar cuidados básicos de acuerdo a las necesidades del paciente - Evaluar diariamente cambios en la condición clínica que generen factores de riesgo de lesión de piel : SI

VALORACIONES - VALORACIÓN RIESGO DE CAIDAS [PTE PEDIÁTRICO(ESCALA MAYORES)]
Edad : Estable
Antecedentes de caidas previas : 0. No
Antecedentes : 0. Sin antecedentes
Compromiso de conciencia : 0 No

MEDIDAS PREVENTIVAS - Cama con barandas arriba - Deambulación asistida - Cama con frenos activados - Sujecciones según necesidades - Habitaciones con timbre al alcance del paciente - Acompañamiento permanente - Vigilancia programada y permanente : SI

VALORACIONES - VALORACIÓN DE RIESGO FARMACOLÓGICO(Riesgo alto 2 o mas factores)
6 o mas medicamentos : 0.No
Antibioticos amplio espectro : 0 No
Alergia a algún medicamento : 0 Si

MEDIDAS PREVENTIVAS - Aplicar 11 correctos - consultar prescripción - Lavar acceso venoso Verificar hoja de rotulo antibiotico - Verificar reconciliación medicamentosa : SI

VALORACIONES - VALORACIÓN DE RIESGO DE INFECCIÓN(Riesgo alto 2 o mas factores presentes)
Edad extrema (Prematurez o adulto mayor) : 0 No
Alteración nutricional (Desnutrición u Obesidad Mórbida) : 0.No
Inmunosupresión : 0.No
Presencia de medios invasivos : 0 No

VALORACIONES - VALORACIÓN DE RIESGO DEFINITIVO PEDIATRICA
Riesgo : Bajo

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA - PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
Acompañante Permanente : Si
Medidas de Atención Segura o Aislamiento : Ninguna
Asistencia : Total
Barandas Arriba : Si
Control de Signos Vitales Cada : 4 HORAS
Escala del Dolor (1-10 : No Refiere
Cuidados con Medios Invasivos : No

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE
CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 1:20 p m Dx Salida: Z509 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS Fecha Orden Egreso Adm: 4/11/14 5:12 p m

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA - PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
Catéter Periférico : SI
Curación : No
Tipo de Dieta : Hiperproteica

Profesional que diligencia: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH
CC 52728448 R.M. 52728448
Profesional que elabora: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH CC 52728448 R.M. 52728448

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

[redacted]

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS
Admisión: #004787 **Fecha de Nota:** 19/05/2009 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514604
Dirección: #otra **Ubicación del Pcte:**
Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA
Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino
APBs: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vinculo:** Beneficiario
Sucursal: PRINCIPAL
Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de atención: 04/11/2014 12:00 a.m.

Profesional: ANZOLA ZARATE HEIDI YOLIMA **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION
Hora Ingreso: 02/11/2014 02:24 p.m. **Dx Ingreso:** R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA
Dx Salida: Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 1:20 p.m. **Fecha Orden Egreso Adm:** 4/11/14 5:12 p.m.

idqLOtraCaDeMB - VALORACIÓN SIGNOS VITALES
Presión arterial Sistólica : 114
Presión arterial Diastólica : 67
Presión media . 82,67
Frecuencia cardiaca 70
Temperatura : 36.3
Frecuencia Respiratoria . 22
Saturación Oxigeno % : 98 AL 21%

Profesional que cierra: ANZOLA ZARATE HEIDI YOLIMA
CC 1024514079 RM. 1024514079

Profesional que elabora: ANZOLA ZARATE HEIDI YOLIMA CC 1024514079 R.M. 1024514079

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS
Admisión: 1004787 Fecha de Nato: 19/09/2000 Edad: 10 a 0 m 12 d Estado Civil: MENOR DE EDAD Tel: 3212514004
Dirección: nivela Lugar de Nac.:
Ciudad: Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO Religión: NO APLICA
Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD Sexo: Masculino
Aflia: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Tipo Vinculo: Beneficiario
Sucursal: PRINCIPAL
Contrato: SALUD TOTAL E P S-S S A

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de Impresión: 04/11/2014 9:56 a.m.

Profesional: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH Especialidad: Tip Admisión: HOSPITALIZACION
Hora Ingreso: 02/11/2014 10:21 p.m. Dx Ingreso: R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA
Dx Salida: Z098 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 1:20 p.m. Fecha Orden Egreso Adm: 4/11/14 8:12 p.m

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES
Presión arterial Sistólica : 85
Presión arterial Diastólica : 49
Presión media : 61.33
Frecuencia cardiaca : 99
Temperatura : 36.7
Frecuencia Respiratoria : 20
Saturación Oxigeno % : 98

Profesional que diligencio: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH
CC 52725449 R.M. 52725449
Profesional que elaboro: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH CC 52725449 R.M. 52725449

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3536000

[redacted]

Paciente: RC 1072103014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 1004787 **Fecha de Nac:** 15/05/2009 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212814664

Dirección: [redacted] **Ubicación del Pac:**

Cliente: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

APBs: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Afiliado:** Beneficiario

Recurrente: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL S.A. S.A.

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de atención: 04/11/2014 8:09 a.m.

Profesional: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA **Especialidad:** **Tp Atención:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 02/11/2014 10:21 p.m. **Dx Ingreso:** R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA

Dx Salida: Z098 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 1:20 p.m. **Fecha Orden Egreso Aten:** 4/11/14 5:12 p.m.

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES

Presión arterial Sistólica : 99

Presión arterial Diastólica : 54

Presión media : 65.67

Frecuencia cardiaca : 103

Temperatura : 36.1

Frecuencia Respiratoria : 30

Saturación Oxigeno % : 97

Profesional que diligencia: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA

CC 1018046781 R.M. 1018046781

Profesional que elabora: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA CC 1018046781 R.M. 1018046781

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 10047507 **Fecha de Nacim:** 05/05/2009 **Edad:** 10 a 5 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514094

Dirección: [illegible] **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACIÓN POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

Aflia: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de elaboración: 4/11/2014 12:00 p.m.

Profesional: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 03/11/2014 10:21 p.m. **Dx Ingreso:** R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA

Dx Salida: Z098 - OTROS ESTADOS POSTQUIRÚRGICOS ESPECIFICADOS

Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 1:20 p.m **Fecha Orden Egreso Adm:** 4/11/14 6:12 p.m.

VALORACIONES - VALORACION SIGNOS VITALES

Presión arterial Sistólica : 86

Presión arterial Diastólica : 46

Presión media 61 67

Frecuencia cardiaca : 104

Temperatura : 36.7

Frecuencia Respiratoria : 23

Saturación Oxigeno % : 99

Profesional que declara: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA

CC 1018046781 R.M 1018046781

Profesional que elabora: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA CC 1018046781 R.M. 1018046781

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3536000

[redacted]

Paciente: RC 1072182014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 1004787 **Fecha de Nacim.:** 16/08/2008 **Edad:** 10 a 0 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514694

Dirección: norte **Ubicación del Paci:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

AFSin: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vivienda:** Semi/Cerrado

Sucursal: PRINCIPAL

Convenio: SALUD TOTAL E P S-S S.A

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de elaboración: 04/11/2014 2:49 p.m.

Profesional: PEREZ PERILLA LINA MARIA **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 02/11/2014 10:21 p.m. **Dx Ingreso:** R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA

Dx Salida: Z985 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Fecha Orden Egreso Med: 4/11/14 1:20 p.m. **Fecha Orden Egreso Adm:** 4/11/14 8:12 p.m.

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES

Presión arterial Sistólica : 90

Presión arterial Diastólica : 58

Presión media: 71.00

Frecuencia cardiaca : 105

Temperatura : 35.6

Frecuencia Respiratoria : 30

Saturación Oxigeno % : 94 al 21%

Profesional que diagnostica: PEREZ PERILLA LINA MARIA

CC 52998238 R.M. 52998238

Profesional que elabora: PEREZ PERILLA LINA MARIA CC 52998238 R.M. 52998238

2 de 2

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSÉ
ATENCIÓN HOSPITALARIA MÉDICO - QUIRÚRGICA
INFORMACION DE ENFERMERIA AL PACIENTE Y FAMILIA

Código: AH-FO-266	Fecha de Aprobación 04 de Julio de 2014	Versión: 01 Página: 1 de 2

Señor usuario le damos la bienvenida al Hospital se San José, mi nombre es_____ cargo_____, voy a estar dispuesto para su cuidado en este turno. Durante su hospitalización puede consultar la guía del paciente, si tiene alguna inquietud, no dude en preguntarnos, estamos a su disposición para aclarar las dudas que puedan surgir y ayudar a resolverlas en forma oportuna

SERVICIO					
FECHA	03-11-16				
PREVENCIÓN DE CAÍDAS * Mantenga las barandas arriba *Haga uso del timbre *No deje sólo a su familiar, teniendo en cuenta las normas del servicio *Se recomienda uso de calzado seguro para el paciente	✓				
PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN: *Cambios de posición cada dos horas *Aplicación de crema humectante con cada cambio de posición *Mantener sábanas sin arrugas	✓				
MANEJO DE RESIDUOS *Caneca verde: Residuos comunes *Caneca roja: Residuos contaminados (guantes,jeringas sin aguja elementos con fluidos corporales)	✓				
PLAN DE EMERGENCIA *Alarma intermitente: prepárese para una posible evacuación *Alarma continua: debe salir de la institución. Tenga en cuenta las instrucciones del personal de la institución.	✓				
PRÓTESIS DENTALES Se recomienda que el paciente retire las prótesis y su utilización sea sólo para tomar los alimentos. **NO UTILIZARLAS MIENTRAS DUERME**	N/A				
ELEMENTOS DE VALOR El hospital no se hace responsable de celulares, computadores, joyas,dinero y demás elementos de valor	✓				
HORARIOS DE VISITA *Hospitalización. 8:30 am - 5:30 pm *U. Coronaria. 11- 12 am 3:00-4:00 pm *UCI Adultos. 11:30-12:00 am 3:00-3:30 pm 5:00-5:30 pm *UCI Intermedios. 11-11:30 4:30 a 5:00 Madres: 8:30-12:30 am 2:30-5:30 pm	✓				
GUÍA DEL USUARIO Por favor consulte la guía para complementar la información referente a la atención hospitalaria, derechos y deberes entre otros	✓				
FIRMA DE ENFERMERA					
FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR					

CONDICIONES DE TRASLADO DEL PACIENTE					
FECHA	03-11-16				
SERVICIO DE ORIGEN DEL PACIENTE	de Pediatría				
SERVICIO AL QUE MORESA	Cirugía				
ASPECTO	✓				
ESTADO DE CONCIENCIA					
*Alerta					
*Orientado					
*Somnoliento					
*Inconsciente					
MEDIOS INVASIVOS	✓				
*Catéter periférico					
*Catéter central					
*Sonda gástrica					
*Tubo endotraqueal					
*Oxígeno					
*Otro (especifique)					
FIRMA DE ENFERMERA QUE ENTREGA PACIENTE	Amigo				

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE		
ATENCIÓN HOSPITALARIA MÉDICO - QUIRÚRGICA		
INFORMACION DE ENFERMERÍA AL PACIENTE Y FAMILIA		
Código AH-PO-268	Fecha de Aprobación 04 de Julio de 2014	Versión: 01 Página: 1 de 2

Señor usuario le damos la bienvenida al Hospital de San José, mi nombre es_____ cargo_____ voy a estar disponible para su cuidado en este turno. Durante su hospitalización puede consultar la guía de paciente, si tiene alguna inquietud, no dude en preguntarnos, estamos a su disposición para aclarar las dudas que puedan surgir y ayudar a resolverlas en forma oportuna

SERVICIO					
FECHA	8/11/14				
PREVENCIÓN DE CAÍDAS * Mantenga las barandas arriba *Haga uso del timbre *No deje solo a su familiar, teniendo en cuenta las normas del servicio *Se recomienda uso de calzado seguro para el paciente	✓ NO ✓				
PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN: *Cambios de posición cada dos horas *Aplicación de crema humectante con cada cambio de posición *Mantener sábanas sin arrugas	NO				
MANEJO DE RESIDUOS *Caneca verde: Residuos comunes *Caneca roja: Residuos contaminados (guantes, jeringas sin aguja, elementos con fluidos corporales)	✓ ✓				
PLAN DE EMERGENCIA *Alarma intermitente: prepárese para una posible evacuación *Alarma continua: debe salir de la institución. Tenga en cuenta las instrucciones del personal de la institución	✓ ✓				
PRÓTESIS DENTALES Se recomienda que el paciente retire las prótesis y su utilización sea sólo para tomar los alimentos. NO UTILIZARLAS MIENTRAS DUERME	NO				
ELEMENTOS DE VALOR El hospital no se hace responsable de celulares, computadores, joyas, dinero y demás elementos de valor	✓ ✓				
HORARIOS DE VISITA					
*Hospitalización: 8:30 am - 5:30 pm					
*U. Coronaria: 11- 12 am 3:00-4.00 pm					
*UCI Adultos: 11.30-12.00 am 3:00-3:30 pm 5:30-5.30 pm					
*UCI intermedios. 11-11:30 4:30 a 5:00					
-Madres: 8:30-12.30 am 2:30-5:30 pm					
GUÍA DEL USUARIO Por favor consulte la guía para complementar la información referente a la atención hospitalaria, derechos y deberes entre otros	✓				
FIRMA DE ENFERMERÍA					
FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR	X Rosalba Pérez				

CONDICIONES DE TRASLADO DEL PACIENTE					
FECHA					
SERVICIO DE ORIGEN DEL PACIENTE					
SERVICIO AL QUE INGRESA					
ASPECTO					
ESTADO DE CONCIENCIA	✓				
*Alerta					
*Orientado					
*Somnoliento					
*Inconsciente					
MEDIOS INVASIVOS					
*Catéter periférico	✓				
*Catéter central					
*Sonda gástrica					
*Tubo endotraqueal					
*Oxigeno					
*Otro (especifique):					
FIRMA DE ENFERMERA QUE ENTREGA PACIENTE					
FIRMA DE ENFERMERA QUE RECIBE PACIENTE					

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ		
ATENCIÓN HOSPITALARIA MÉDICO - QUIRÚRGICA		
VALORACION DE RIESGO PEDIATRIA		
Código: AH-FO-220	Fecha de Aprobación 05 de Abril de 2013	Versión: 01
		Página: 1 de 2

NOMBRES Y APELLIDOS Nicolas Florez Rubio

FECHA DE INGRESO 3/NOV/2014 EDAD 5 años

FECHA DE NACIMIENTO 16/5/2009

INSTRUCTIVO: 1. Registre los datos de identificación y fecha en que realiza la valoración. 2. Evalúe cada escala determinando el puntaje de cada factor de riesgo. Al final calcule y clasifique el riesgo según los criterios de inclusión establecidos para cada uno de ellos. 3. Describa las medidas preventivas a cumplir según el riesgo 4. Indique información tanto al paciente como al familiar asegurándose que entiende las medidas adoptadas. Al final del formato asegúrese que quede registrada la firma de: Jefe de enfermería, paciente o responsable del paciente. 5. Registre en notas de enfermería las medidas preventivas ejecutadas. **CRITERIOS DE REVALORACIÓN DE RIESGO:** a) El paciente presenta cambios en la condición clínica. b). Al ingreso o egreso de las unidades especiales c). Cada 7 DÍAS si no presenta cambios en su condición clínica.

ESCALA PARA EVALUAR EL RIESGO DE LESIÓN DE PIEL POR PRESIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

RIESGO ALTO 4 O MAS FACTORES

ASPECTOS	CARACTERISTICAS	PUNTAJE					MEDIDAS A CUMPLIR CON PACIENTE DE ALTO RIESGO
Capacidad de respuesta a estímulos	Limitado completamente	1					* Cambios de posición según condición clínica. * Lubricación de la piel. * Evitar masajes sobre las prominencias óseas. * Evitar arrugas en las sábanas. * Rotar los brazaletes cada 2 horas. * Utilizar benjuí o alcohol glicerinado antes de retirar los esparadrapos.
	Sin limitaciones	0	○				
Grado de humedad de la piel	Constantemente húmeda	1					
	Ligeramente húmeda	0	○				
Grado de actividad	Permanece en cama o silla	1					
	Ocasionalmente camina	0	○				
Control posición corporal	Completamente inmóvil	1					MEDIDAS A CUMPLIR CON PACIENTE DE BAJO RIESGO. * Realizar cuidados básicos de acuerdo a las necesidades identificadas en el paciente. * Evaluar diariamente cambios en la condición clínica que genere factores de riesgo de lesión de piel.
	Sin limitación	0	○				
Patrón de ingesta diaria	No adecuado	1					
	Adecuado	0	○				
Fricción y roce de la piel con las sábanas	Presente	1					
	Ausente	0	○				
PUNTAJE TOTAL			○				
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO			R.ALTO__ R.BAJO ○	R.ALTO__ R.BAJO__	R.ALTO__ R. BAJO__	R.ALTO__ R. BAJO__	
FECHA			3/11/14				

RIESGO ALTO 4 O MAS FACTORES

Movilidad	Completamente inmóvil	1					MEDIDAS A CUMPLIR CON PACIENTE DE ALTO RIESGO * Cambios de posición según condición clínica. * Lubricación de la piel. * Evitar masajes sobre las prominencias óseas. * Evitar arrugas en las sábanas. * Rotar los brazaletes cada 2 horas. * Utilizar benjuí o alcohol glicerinado antes de retirar los esparadrapos.
	Sin limitaciones	0					
Actividad	Encamado	1					
	Deambula frecuentemente	0					
Percepción sensorial	Completamente limitada	1					
	Sin limitaciones	0					
Humedad	Constantemente húmeda	1					
	Ligeramente húmeda	0					
Fricción	Presente	1					
	Ausente	0					
Nutrición	Muy pobre	1					MEDIDAS A CUMPLIR CON PACIENTE DE BAJO RIESGO * Realizar cuidados básicos de acuerdo a las necesidades identificadas en el paciente. * Evaluar diariamente cambios en la condición clínica que genere factores de riesgo de lesión de piel.
	Adecuada	0					
Perfusión tisular y Oxigenación.	Comprometida	1					
	Adecuada	0					
PUNTAJE TOTAL							
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO			R.ALTO__ R. BAJO__	R.ALTO__ R. BAJO__	R.ALTO__ R. BAJO__	R.ALTO__ R.BAJO__	
FECHA							

	SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ		
	ATENCIÓN HOSPITALARIA MÉDICO - QUIRÚRGICA		
	VALORACION DE RIESGO PEDIATRIA		
	Código: AH-FO-220	Fecha de Aprobación 05 de Abril de 2013	Versión: 01 Página: 2 de 2

VALORACION RIESGO DE CAIDAS (ESCALA MACDEMS) — RIESGO ALTO ≥ 6 puntos

	VARIABLES	PUNTAJE	PUNTAJE	PUNTAJE	PUNTAJE	PUNTAJE
EDAD	Recién Nacido	2				
	Lactante Menor (28 días- 12 meses)	2				
	Lactante Mayor (12 meses- 24 meses)	3				
	Pre- escolar (2-5 años)	3	3			
	Escolar	1				
ANTECEDENTES DE CAIDAS PREVIAS	SI	1				
	NO	0				
ANTECEDENTES	Hiperactividad	1				
	Problemas Neuromusculares	1				
	Sindrome Convulsivo	1				
	Daño organico cerebral	1				
	otros	1	1			
	Sin antecedentes	0				
COMPROMISO DE CONCIENCIA	SI	1				
	NO	0	0			
	PUNTAJE TOTAL		4			
	CLASIFICACION DEL RIESGO		ALTO			
	FECHA		3/11/14			

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Cama o camilla con barandas arriba
- Cama o camilla con frenos activados.
- Sujetiones de acuerdo a las necesidades
- Habitaciones con timbres operativos y al alcance del paciente.
- * Deambulación asistida.
- * Acompañamiento permanente de familiar o tutor
- * Vigilancia programada y permanente

RIESGO FARMACOLOGICO — RIESGO ALTO ≥ 2 ítems

FACTORES DE RIESGO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
5 o más medicamentos	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Antibióticos amplio espectro	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Alergia a algún medicamento	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
PUNTAJE TOTAL	1 OVO TOTAL							
CLASIFICACION DEL RIESGO	ALTO		ALTO		ALTO		ALTO	
	BAJO		BAJO		BAJO		BAJO	
FECHA	3/11/14							

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Aplicar 11 correctos en medicamentos de alto y bajo riesgo
- Consultar interacciones de medicamentos.
- Lavar acceso venoso, después de colocar medicamento IV.
- Verificar hoja ruta de antibióticos
- Verificar reconciliación medicamentosa

VALORACION DE RIESGO DE INFECCION — RIESGO ALTO ≥ 2 ítems

FACTORES DE RIESGO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Edad extrema (Prematurez o adulto mayor)								
Alteración Nutricional (Desnutrición u obesidad mórbida)								
Inmunosupresión								
Presencia de medios invasivos								
PUNTAJE TOTAL								
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	R.ALTO		R.ALTO		R.ALTO		R.ALTO	
	R.BAJO X		R.BAJO		R.BAJO		R.BAJO	
FECHA	3/11/14							

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Estricto cumplimiento de cinco momentos de lavado de manos.
- Estricta técnica aséptica en procedimientos invasivos.
- Mínima manipulación.
- Medidas de atención segura según el caso

VALORACIÓN DE RIESGO DEFINITIVA Riesgo: Alto X Bajo _____

Certifico con mi firma que me han sido explicadas clara y ampliamente todas las medidas preventivas y las entendí suficientemente.

FIRMA ENFERMERA JEFE

X

FIRMA MADRE O PADRE

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ		
ATENCIÓN HOSPITALARIA MÉDICO - QUIRÚRGICA		
CONSENTIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓNY TRATAMIENTO		
Código: AH-FO-124	Fecha de Aprobación 06 de Junio de 2013	Versión: 02 Página:1 de 1

NOMBRE:		DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:
Nicolas Qobio Florez		1072102014
FECHA DE NACIMIENTO: 16/5/2009	N° CARPETA:	FECHA Y HORA: 3/11/2014

En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo a la **Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José**, para que me brinde la atención en salud que mi estado actual requiera, además del "Consentimiento Informado" en el evento que lo amerite.

Reconozco que siendo una institución de carácter universitario seré atendido(a) por médicos especialistas, con total idoneidad profesional, junto con personal en formación, sujeta a la estricta orientación de los instructores. Por tanto, las conductas definidas para el tratamiento estarán siempre supervisadas, avaladas y respaldadas por personal altamente capacitado.

Asi mismo acepto que durante mi hospitalización para asegurar una atención integral, me atienda otro personal de salud, quienes también cuentan con idoneidad y competencia para realizar los procedimientos e intervenciones ordenados por el médico tratante.
Igualmente he sido informado que la actividad medica no garantiza resultados, dados los múltiples factores que intervienen en la recuperación de la salud, por lo anterior en caso de requerir valoraciones medicas especializadas, intervenciones quirúrgicas, ayudas diagnósticas o terapéuticas, estas se realizaran como complemento del proceso diagnostico y tratamiento, conforme a la normatividad legal vigente.
Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leido y comprendido en su totalidad, se me ha permitido preguntar y el personal profesional ha resuelto todos y cada uno de mis interrogantes e inquietudes.

X Harold Florez

Firma de paciente, padre o cuidador

Nombre: -

C.C: 1108452117.

Firma testigo

Nombre: MONICA PITA

C.C: 1070959195

1409

SOC CIRUGIA DE BTA. HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT 899999017 - 4
CALLE 10 NO. 1B-75- 3538000
HOJA DE ADMISION - INGRESO

Fecha: 2014/11/03 62
Hora: 16:34:20
Código:

Fecha Ing (aaaa/mm/dd)	Hora de Ingreso	Tipo de Atención	No. Cama	No. Carpeta	
2014/11/03	16:34:00	Hospitalizado	1409	1677727 - 3	Responsable EPS002 - SALUD TOTAL E.P.S. S.A

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Est. Civil	Edad: 5 Años	AAAA/MM/DD
RUBIO	FLOREZ	NICOLAS	SOLTERO(A)	Sexo: M	Fecha de Nacimiento 2009/05/16

Lugar de Nacimiento	Identificación	Ocupación	Dirección Domicilio	Teléfono
IBAGUE	RC - 1072102014		CR 6 9 31 BARRIO LA ANTENA ROV	3212514694

Procedencia (Dpto)	Procedencia (Ciudad)	Tipo de Usuario	No. Póliza	No. Semanas Cotizadas
TOLIMA	ROVIRA	BENEFICIARIO POS-C	1072102014	

Nombre Acompañante	Dirección	Teléfono
	CR 6 9 31 ROVIRA	

Persona Responsable del Paciente	Teléfono	Parentesco
NICOLAS RUBIO FLOREZ	3212514694	

Servicio Ingreso	Medico Tratante	Especialidad
PEDIATRIA	PROFESIONAL BARRERA TELEN EVONNE	PEDIATRIA

Fecha de Egreso(aaaa/mm/dd): Hora de Egreso:

Observaciones de Autorizaciones

Carpeta: 1677727-3 H C: RC-1072102014
Apellidos: RUBIO FLOREZ
Nombres: NICOLAS -2009/05/16

C.C.
ma del Responsable

DATOS DEL ASEGURADOR

Nombre Empresa:	SALUD TOTAL E.P.S. S.A	NIT:	EPS002
Dirección:	AV.CARRERA 30 N.45 A 52	Teléfono	4754100-5754100

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT. 899999017-4
Calle 10 No 18 - 75 PBX 353 80 00

ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha: 03/11/2014 11:21 **Ambito:** URGENCIAS **Admisión:** 1004787 **ORDEN INT No** Z146455
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS **F. Nacimiento:** 18/05/2009 **Edad:** 5 a 5 m 17 d **Genero:** MASCULINO
Pabellón: **Habitación:** **Cama:**
APB: SALUD TOTAL S.A **Contrato:** SALUD TOTAL E.P.S.

Indicaciones	Quien Ejecuta
MANEJO ANTIBITICO INTRAHOSPITALARIO	NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO NO. REGISTRO: 2918297

Observador de la Orden **Dependencia**

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
R509	CONFIRMADO NUEVO	FIEBRE* NO ESPECIFICADA
Z988	CONFIRMADO NUEVO	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

QUIEN ORDENA

Quien Ordena: RENDON FERGUSSON EDUARDO Registro Medico: 47842608

FIRMA PACIENTE

Dependencia: URGENCIA PEDIÁTRICA

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3536000

Paciente: RC 1072162814 RUBIO FLÓREZ NICOLAS

Admisión: 1004787 Fecha de Nacim: 15/05/2009 Edad: 05 a 0 m 12 d Estado Civil: MENOR DE EDAD Tel: 3212514664

Dirección: Otro Municipio de Proc:

Ciudad: Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO Religión: NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD Zona: Urbana

Aflia: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Tipo Vinculo: Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Convenio: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

TRIAGE URGENCIAS PEDIATRIA

Fecha y Hora de atención: 02/16/2014 10:22 p.m.

Profesional: MENESES GARZÓN ELIANA MARCELA Especialidad: PEDIATRIA Tp Admisión: HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 02/16/2014 10:21 p.m. Dx Ingreso: R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA.

Dx Salida:

TRIAGE URGENCIAS - TRIAGE
Motivo de Consulta : FIEBRE

Tensión Arterial (mmHg : 105/78

Tensión Arterial Media (mmHg : 81.00

Frecuencia Cardiaca Lat/min : 156.00

Frecuencia Respiratoria Resp/min : 24.00

Temperatura °C : 37.30

Saturación Oxigeno O2 (%) : 94.00

Estado del dolor pediatrico : 3.Moderado

Peso (gr/kg) : 22.4

Talla (cm/mts) : 121.0

Aspecto de la Piel : Normal

Estado de Conciencia : Alerta

Observaciones : INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRICAS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SE TOMAN Y REGISTRAN SIGNOS VITALES PESO Y TALLA, PENDIENTE VALORACION POR PEDIATRIA.

Profesional que clausura: MENESES GARZÓN ELIANA MARCELA

CC 1098270751 R.M. 1098270751

Profesional que valora: MENESES GARZÓN ELIANA MARCELA CC 1098270751 R.M. 1098270751

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 16 - 75
3538000

[redacted]

Paciente: RC 1072162014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 1004787 **Fecha de Nacim:** 10/05/2009 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel.:** 3212514664

Dirección: revira **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

Afiliado: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

VALORACION URGENCIAS PEDIATRIA

Fecha y Hora de atención: 02/11/2014 10:37 p.m.

Profesional: PRECIADO BARRERA HELEN IVONNE **Especialidad:** PEDIATRIA **Tp Admision:** HOSPITALIZACION
Hora Ingreso: 02/11/2014 10:24 p.m. **DX:** R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA

TRIAGE URGENCIAS - TRIAGE
Motivo de Consulta : FIEBRE

Tensión Arterial mm-Hg : 105/76

Tensión Arterial Media mm-Hg : 91,00

Frecuencia Cardiaca Latmin : 135,00

Frecuencia Respiratoria Resmin : 26,00

Temperatura °C : 37,30

Saturación Oxigeno O2 (%) : 94,00

Estado del dolor pediatrico : 3.Moderado

Peso (grKg) : 29,6

Talla (cmMts) : 121,5

Aspecto de la Piel : Normal

Estado de Conciencia : Alerta

Observaciones Pediatria : INFORMANTE: MARCELA FLOREZ
PACIENTE DE 5 AÑOS EN POP DE 6 DIAS DE PIELOPLASTIA Y CIRCUNSICION CON PICO FIEBRE, EL DIA DE HOY CUANTIFICADO EN 39,8°C ASOCIADO A DISURIA E HIPOREXIA. REFIERE ESTAR TOMANDO CEFALEXINA 500 CADA 6 HORAS HOY DIA 3 Y ACETAMINOFEN 12 CC CADA 6 HORAS. CON MEJORIA

[redacted]

Profesional que elabora: PRECIADO BARRERA HELEN IVONNE
CC 52952120 R.M. 52952120

Profesional que elabora: PRECIADO BARRERA HELEN IVONNE CC 52952120 R.M. 52952120

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT: 899999017-4
Calle 10 No.18 - 75 Teléfono 3538000

ORDEN DE EGRESO HOSPITALARIO

Fecha: 30/10/2014 16:53:00 Ambito: HOSPITALIZACION Admisión: 899426 ORDEN INT No. 2197
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS F. Nacimiento:16/05/2003Edad:10 a 6 m 12 dGénero:MASCULINO
Habitación: Cama:
APB: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

Tipo de egreso	Estado a la salida	Causa de la salida
DEFINITIVO	VIVO	ALTA

Observaciones del egreso:

Evolución del egreso:

Conducta:

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	DIAGNOSTICO	CATEGORIA DIAGNOSTICO
N132	HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RINON Y DEL URETER	Diagnostico Principal de Egreso
N130	HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA	Diagnostico de Complicación
N130	HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA	Diagnostico de Ingreso

FIRMA PROFESIONAL

Quien ordena PEREZ PERILLA LINA MARIA Dependencia PABELLON CORPAS

FIRMA PACIENTE

77

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT. 899999017-4
Calle 10 No 18 - 75 PBX 353 80 00

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Ambito: HOSPITALIZACION Admisión: 998426 ORDEN INT No. 2121715

CADUCIDAD DE LA ORDEN: 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

Fecha: 27/10/2014 10:33 Vencimiento: 26/11/2014
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS Edad 5 a 5 m 11 d Fecha nac: 16/05/2009
Genero: MASCULINO Carpeta: 1677727
PABELLON: HABITACION: CAMA:
APB: SALUD TOTAL S.A Contrato: SALUD TOTAL E.P.S
Tipo Contrato: 01-EPS. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

CUM	Nombre medicamento	Presentación	Vía administración	Cantidad	Autorizacion	Prioridad	Dosis	Frecuencia
	ACETAMINOFEN 160 MG/5 ML (3%) JARABE	MG	ORAL	1.00	0	Urgente	12 MG	8 HORAS
Justif/Posologia	DAR 10 CC CADA 12 HORAS		Quien ejecuta	GESTOR				Casa NO
19937338-1	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG/ML SOLUCION INYECTABLE	MG	INTRAVENOSA	75.00	0	Urgente	25 MG	8 HORAS
Justif/Posologia	25MG C/8 HORAS		Quien ejecuta	GESTOR				Casa NO
19973775-2	CEFAZOLINA 1 G POLVO ESTERIL PARA INYECCION	G	INTRAVENOSA	3.00	0	Urgente	1 G	8 HORAS
Justif/Posologia	DAR 300MG C/8 HORAS		Quien ejecuta	GESTOR				Casa NO
19944178-1	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 MG TABLETA	MG	ORAL	15.00	0	Urgente	5 MG	8 HORAS
Justif/Posologia	DAR 5MG C/8 HORAS		Quien ejecuta	GESTOR				Casa NO
19932754-8	SODIO CLORURO 0.9% X 500ML SOLUCION INYECTABLE	FRASCO O BOLSA	INTRAVENOSA	3.00	0	Urgente	1 FRASCO O BOLSA	12 HORAS
Justif/Posologia	PASAR A SOD Cl+		Quien ejecuta	GESTOR				Casa NO

Dieta Normal

MARCO AURELIO NOSSA M.
ESP UROLOGIA PEDIATRICA
REG. MED. 2919297

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO Registro Médico: 2919297 Dependencia: CIRUGIA AMBULATORIA

Nota: El formato de medicamento NO POS debe anexar la respectiva justificación.
Nota: Advertir al usted presente alguna reacción adversa luego del consumo de estos medicamentos.

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT: 899999017-4
Calle 10 No.18 - 75 PBX 353 80 00

ORDEN DE MATERIALES E INSUMOS - ENFERMERIA

Fecha: 28/10/2014 0:24 Ambito: HOSPITALIZACION Admisión: 998426 ORDEN INT No. 2124335
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS F. Nacimiento: 05/05/2009 Edad: 10 a 5 m 12 d Género: MASCULINK
Pabellón: Habitación: Cama:
APB: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

Servicios Ordenados	Cantidad	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Quien Ejecuta	No.IMPRESIÓN
EQUIPO INFUSION BOMBA REF: 8700110SP CSL Referencia 0	1	Urgente	0		PEREZ PERILLA LINA MARIA MD REGISTRO: 52996238	

FIRMA PROFESIONAL

Firma Paciente

Ordenado por: RODRIGUEZ OSPITIA YACQUELINE Registro Médico: 65795138 Dependencia: PABELLON CORPAS

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT: 899999017-4
Calle 10 No.18 - 75 PBX 353 80 00

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Ambito: HOSPITALIZACION Admisión: 1058425 ORDEN INT No: 2125836

CADUCIDAD DE LA ORDEN: 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

Fecha: 28/10/2014 9:25 Vencimiento: 27/11/2014
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS Edad: 10 a 5 m 12 d Fecha nac: 16/05/2009
Género: MASCULINO Carpeta: 1677727
PABELLON: HABITACION: CAMA:
APB: SALUD TOTAL EPS-S S A. Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A
Tipo Contrato: 01-EPS, ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Especialidad de ingreso: UROLOGIA

CUM	Nombre medicamento	Presentación	Vía administración	Cantidad	Autorizacion	Prioridad	Dosis	Frecuencia	No. IMPRESIÓN	
	ACETAMINOFEN 150 MG/5 ML (3%) JARABE	MG	ORAL	1,00	0	Urgente	12 ML	8 HORAS		
Just/Posologia	DAR 12 CC CADA 12 HORAS			Quien ejecuta	PEREZ PERILLA LINA MARIA NO. REGISTRO 52996238				Casa	NO
1998733	BAMADOL CLORHIDRATO 50 MG/ML SOLUCION INYECTABLE	MG	INTRAVENOSA	60,00	0	Urgente	20 MG	6 HORAS		
Just/Posologia				Quien ejecuta	PEREZ PERILLA LINA MARIA NO. REGISTRO: 52996238				Casa	NO
1997827	CEFAZOLINA 1 G POLVO ESTERIL PARA INYECCION	G	INTRAVENOSA	3,00	0	Urgente	1 G	8 HORAS		
Just/Posologia	DAR 300MG C/8 HORAS			Quien ejecuta	PEREZ PERILLA LINA MARIA NO. REGISTRO 52996238				Casa	NO
1994418	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 MG TABLETA	MG	ORAL	15,00	0	Urgente	5 MG	8 HORAS		
Just/Posologia	DAR 5MG C/8 HORAS			Quien ejecuta	PEREZ PERILLA LINA MARIA NO REGISTRO. 52996238				Casa	NO
1993276	SODIO CLORURO 0.9% X 500ML SOLUCION INYECTABLE	FRASCO O BOLSA	INTRAVENOSA	3,00	0	Urgente	1 ML	10 HORAS		
Just/Posologia	PASAR A 50CC /H			Quien ejecuta	PEREZ PERILLA LINA MARIA NO. REGISTRO: 52996238				Casa	NO

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO Registro Médico: 2819287 Dependencia: PABELLON CORPAS

"Señor usuario: si usted presenta alguna reacción adversa luego del consumo de estos medicamentos, favor avisar al PBX 3538000 ext 134, Servicio Farmacéutico.

74

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT: 899999017-4
Calle 10 No.18 - 75 PBX 353 80 00

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Ambito: HOSPITALIZACION **Admision:** 996425 **ORDEN INT No.** 2129371

CADUCIDAD DE LA ORDEN: 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

Fecha: 29/10/2014 6:28 **Vencimiento:** 28/11/2014
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS **Edad:** 5 a 5 m 13 d **Fecha nac:** 16/05/2009
Género: MASCULINO **Carpeta:** 1677727
PABELLON: PABELLON CORPAS **HABITACION:** PABELLON CORPAS **CAMA:** 2420
APB: SALUD TOTAL S.A **Contrato:** SALUD TOTAL E.P.S.
Tipo Contrato: 01-EPS. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

CUM	Nombre medicamento	Presentación	Vía administración	Cantidad	Autorizacion	Prioridad	Dosis	Frecuencia	
	ACETAMINOFEN 150 MGS ML (3%) JARABE	MG	ORAL	1.00	0	Urgente	12 MG	6 HORAS	
Justif/Posología	DAR 12 CC CADA 12 HORAS		**Quien ejecuta**	GESTOR				**Casa**	NO
19987338-1	RAMADOL CLORHIDRATO 50 MG/ML SOLUCION INYECTABLE	MG	INTRAVENOSA	80.00	0	Urgente	20 MG	6 HORAS	
Justif/Posología			**Quien ejecuta**	GESTOR				**Casa**	NO
19978275-2	EFAZOLINA G POLVO ESTERIL PARA INYECCION	G	INTRAVENOSA	3.00	0	Urgente	1 G	8 HORAS	
Justif/Posología	DAR 300MG C/8 HORAS		**Quien ejecuta**	GESTOR				**Casa**	NO
19941415-1	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 MG TABLETA	MG	ORAL	15.00	0	Urgente	5 MG	8 HORAS	
Justif/Posología	DAR 5MG C/8 HORAS		**Quien ejecuta**	GESTOR				**Casa**	NO
19932754-8	CLORURO 0.9% X 500ML SOLUCION INYECTABLE	FRASCO O BOLSA	INTRAVENOSA	3.00	0	Urgente	1 FRASCO O BOLSA	10 HORAS	
Justif/Posología	PASAR A SOC C/H		**Quien ejecuta**	GESTOR				**Casa**	NO

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
N130	CONFIRMADO REPETIDO	HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dr. MARCO A. NOSSA
C.C. 2919297
UROLOGÍA

FIRMA PROFESIONAL **FIRMA PACIENTE**

Ordenado por: NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO Registro Médico: 2919297 **Dependencia:** PABELLON CORPAS

*De ser si formula un medicamento NO POS debe anexar la respectiva justificación.
*Señor usuario: si usted presenta alguna reacción adversa (ej: del consumo de estos medicamentos,

10/29/2014 :pUrdenesMedicamentos.rp

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT: 899999017-4
Calle 10 No.18 - 75 PBX 353 80 00

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Ambito: HOSPITALIZACION Admisión: 998425 ORDEN INT No 2129371

CADUCIDAD DE LA ORDEN: 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

Fecha: 29/10/2014 6:28 Vencimiento: 28/11/2014
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS Edad. 5 a 5 m 13 d Fecha nac: 16/05/2009
Género: MASCULINO Carpeta: 1677727
PABELLON: PABELLON CORPAS HABITACION: PABELLON CORPAS CAMA: 2420
APB. SALUD TOTAL S.A. Contrato: SALUD TOTAL E.P.S
Tipo Contrato. 01-EPS. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

CUM	Nombre medicamento	Presentación	Via administración	Cantidad	Autorizacion	Prioridad	Dosis	Frecuencia	
	ACETAMINOFEN 150 MG/5 ML (3%) JARABE	MG	ORAL	1,00	0	Urgente	12 MG	6 HORAS	
Justif/Posologia	DAR 12 CC CADA 12 HORAS		Quien ejecuta	GESTOR				Casa	NO
19957338	BROMHIDRATO DE DEXTROMETORFANO 50 MG/ML SOLUCION INYECTABLE	MG	INTRAVENOSA	60,00	0	Urgente	20 MG	8 HORAS	
Justif/Posologia			Quien ejecuta	GESTOR				Casa	NO
19975275	CEFAZOLINA 1 G POLVO ESTERIL PARA INYECCION	G	INTRAVENOSA	3,00	0	Urgente	1 G	8 HORAS	
Justif/Posologia	DAR 300MG C/8 HORAS		Quien ejecuta	GESTOR				Casa	NO
19941418	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 MG TABLETA	MG	ORAL	15,00	0	Urgente	5 MG	8 HORAS	
Justif/Posologia	DAR 5MG C/8 HORAS		Quien ejecuta	GESTOR				Casa	NO
19932754	SODIO CLORURO 0.9% X 500ML SOLUCION INYECTABLE	FRASCO O BOLSA	INTRAVENOSA	3,00	0	Urgente	1 FRASCO O BOLSA	10 HORAS	
Justif/Posologia	PASAR A 50CC/H		Quien ejecuta	GESTOR				Casa	NO

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
N139	CONFIRMADO REPETIDO	HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dr. MARCO A. NOSSA
C.C. 2919297
UROLOGÍA

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO Registro Médico: 2919297 Dependencia: PABELLON CORPAS

*De [illegible] formula un medicamento NO POS debe anexar la respectiva justificacion.
*Señor usuario: si usted presenta alguna reaccion adversa luego del consumo de estos medicamentos,

72

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT: 899999017-4
Calle 10 No.18 - 75 PBX 353 80 00

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Ambito: HOSPITALIZACION Admisión: 956426 ORDEN INT No 3131663

CADUCIDAD DE LA ORDEN: 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

Fecha: 29/10/2014 13:31 Vencimiento 28/11/2014
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS Edad: 5 a 6 m 13 d Fecha nac: 10/05/2009
Género: MASCULINO Cuenta: 1877727
PABELLON: PABELLON CORPAS HABITACION: PABELLON CORPAS CAMA: 2420
EPS: SALUD TOTAL S.A. Contrato: SALUD TOTAL E.P.S
Tipo Contrato: 01-EPS, ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

CUM	Nombre medicamento	Presentación	Vía administración	Cantidad	Autorizacion	Prioridad	Dosis	Frecuencia	
	ACETAMINOFEN 150MG/5 ML (3%) JARABE	MG	ORAL	150	0	Urgente	12 MG	6 HORAS	
JustUPosologia	DAR 12 CC CADA 12 HORAS		Quien ejecuta	GESTOR				Casa	NO
19967235-	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG/ML SOLUCION INYECTABLE	MG	INTRAVENOSA	60,00	0	Urgente	20 MG	8 HORAS	
JustUPosologia			Quien ejecuta	GESTOR				Casa	NO
19998475-	CEFAZOLINA 1 G POLVO ESTERIL PARA INYECCION	G	INTRAVENOSA	3,00	0	Urgente	1 G	8 HORAS	
JustUPosologia	DAR 3GMS C/8 HORAS		Quien ejecuta	GESTOR				Casa	NO
19991415-	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 MG TABLETA	MG	ORAL	15,00	0	Urgente	5 MG	8 HORAS	
JustUPosologia	DAR 5MG C/8 HORAS		Quien ejecuta	GESTOR				Casa	NO
19992764-	SODIO CLORURO 0.9 % X 500ML SOLUCION INYECTABLE	FRASCO O BOLSA	INTRAVENOSA	2,00	0	Urgente	1 FRASCO O BOLSA	10 HORAS	
JustUPosologia	PASAR A 500 CH		Quien ejecuta	GESTOR				Casa	NO

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
N30	CONFIRMADO REPETIDO	HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO PELVICA

Suspender via oral

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO Registro Médico: 291297 Dependencia: PABELLON CORPAS

HOJA DE ORDENES MEDICAS

COD. AH-FO-13

1. CADA VEZ QUE INICIE ORDENES ESCRIBIR EL NOMBRE DEL PACIENTE No. DE CAMA Y ESPECIALIDAD
2. EN EL HORARIO SOLICITE LOS MÉDICOS DE INTERCONSULTA EN UN SOLO RENGLON UNICAMENTE DANDO ORDEN DIETA Y CUIDADO ESPECIAL
3. ESCRIBA LA FECHA Y LA HORA EN LA QUE DA LAS ORDENES
4. LOS MEDICAMENTOS DEBEN SER PRESCRITOS EN DENOMINACION GENERICA
5. CADA ORDEN DEBE IR CON LA FIRMA Y SELLO EN ORIGINAL Y DOS COPIAS
6. LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL ORDENAR EN SECCION SEPARADA
7. AL ELABORAR LA SOLICITUD PARA LOS ELEMENTOS COMPLEMENTARIOS DE ACUERDO CON LA PRESCRIPCION MEDICA CON FIRMA Y SELLO
8. LA FORMULA DE SALIDA DEBE REALIZARSE EN FORMULARIO CORRIENTE
9. CUANDO HAYA EXISTENCIA DEL MEDICAMENTO ENFERMERA ESCRIBIRA MULTIDOSIS EN D) EN LA COLUMNA DE CANTIDAD

ESE HOSPITAL DE CARTAGENA DE INDIAS
HOSPITAL DE MAMONAL

FECHA	HORA	No. CARPETA	No. CAMA	CANTIDAD	ESPECIALIDAD
		EPS:			

DOC. IDENTIDAD

Carpeta: 1677727-H.C: RC-1072102014

PACIENTE:

Apellidos: RUBIO FLOREZ

Nombre: NICOLAS -2009/05/16

(1) DIPIRONA GOTAS VO ✓
APLICA GOTAS VO ✓

(1) DICLOFENACO 75MG IM DOSIS UNICA 1 UNO
APLICA IM DOSIS UNICA

75MG IM UNICA

[illegible]

70

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT: 899999017-4
Calle 10 No.18 - 75 PBX 353 80 00

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Ambito: HOSPITALIZACION Admision: 998425 **ORDEN INT No. 2133846**

CADUCIDAD DE LA ORDEN: 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

Fecha: 30/10/2014 6:26 **Vencimiento:** 29/11/2014
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS **Edad:** 5 a 5 m 14 d **Fecha nac:** 16/05/2009
Género: MASCULINO **Carpeta:** 1677727
PABELLON: PABELLON CORPAS **HABITACION:** PABELLON CORPAS **CAMA:** 2420
APB: SALUD TOTAL S A **Contrato:** SALUD TOTAL E P S.
Tipo Contrato: 01-EPS ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

CUM	Nombre medicamento	Presentación	Vía administración	Cantidad	Autorizacion	Prioridad	Dosis	Frecuencia	
	ACETAMINOFEN 150 MG/5 ML (3%) JARABE	MG	ORAL	1.00	0	Urgente	12 MG	6 HORAS	
Justif/Posologia	DAR 12 CC CADA 12 HORAS		Quien ejecuta	GESTOR				Casa	NO
19867328-1	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG/ML SOLUCION INYECTABLE	MG	INTRAVENOSA	60.00	0	Urgente	20 MG	8 HORAS	
Justif/Posologia	SUSPENDIDO		Quien ejecuta	GESTOR				Casa	NO
19975275-6	CEFAZOLINA 1 G POLVO ESTERIL PARA INYECCION	G	INTRAVENOSA	3.00	0	Urgente	1 G	8 HORAS	
Justif/Posologia	DAR 300MG C/8 HORAS		Quien ejecuta	GESTOR				Casa	NO
19941412-8	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 MG TABLETA	MG	ORAL	15.00	0	Urgente	5 MG	8 HORAS	
Justif/Posologia	DAR 5MG C/8 HORAS		Quien ejecuta	GESTOR				Casa	NO
19932754-8	SODIO CLORURO 0.9% X 500ML SOLUCION INYECTABLE	FRASCO O BOLSA	INTRAVENOSA	3.00	0	Urgente	1 FRASCO O BOLSA	10 HORAS	
Justif/Posologia	PASAR A 50CC/H		Quien ejecuta	GESTOR				Casa	NO

INFORMACION DIAGNOSTICA

COD DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
N133	CONFIRMADO REPETIDO	HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Pleno normal

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO Registro Médico: 2919297 **Dependencia:** PABELLON CORPAS

Por favor, el formula de medicamento No 00 debe estar de respectiva justificación.
Favor leer el reverso presenta alguna reacción adversa luego del consumo de estos medicamentos.

10/30/2014 ordenesMedicamentos.rpt

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT: 899999017-4
Calle 10 No 18 - 75 PBX 353 80 00

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Ambito: HOSPITALIZACION Admision 998425 ORDEN INT No. 2133845

CADUCIDAD DE LA ORDEN: 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

Fecha: 30/10/2014 6 28 Vencimiento: 29/11/2014
Paciente RC 1072102914 RUBIO FLOREZ NICOLAS Edad: 5 a 5 m 14 d Fecha nac: 16/05/2009
Género: MASCULINO Carpeta: 1677727
PABELLON: PABELLON CORPAS HABITACION: PABELLON CORPAS CAMA: 2420
APB: SALUD TOTAL S A. Contrato: SALUD TOTAL E P S.
Tipo Contrato: 01-EPS ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

CUM	Nombre medicamento	Presentación	Vía administración	Cantidad	Autorizacion	Prioridad	Dosis	Frecuencia		
	ACETAMINOFEN 150 MGS ML (3%) JARABE	MG	ORAL	1 00	C	Urgente	12 MG	6 HORAS		
JustifPosologia	DAR 12 CC CADA 12 HORAS		Quien ejecuta	GESTOR				Casa	NO	
19967935	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MGTAL SOLUCION INYECTABLE	MG	INTRAVENOSA	60,00	C	Urgente	20 MG	8 HORAS		
JustifPosologia	SUSPENDIDO		Quien ejecuta	GESTOR				Casa	NO	
19978275	CEFAZOLINA 1 G POLVO ESTERIL PARA INYECCION	G	INTRAVENOSA	3 00	C	Urgente	1 G	8 HORAS		
JustifPosologia	DAR 300MG C/8 HORAS		Quien ejecuta	GESTOR				Casa	NO	
19244181	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 MG TABLETA	MG	ORAL	15,00	C	Urgente	5 MG	8 HORAS		
JustifPosologia	DAR 5MG C/8 HORAS		Quien ejecuta	GESTOR				Casa	NO	
19832794	SODIO CLORURO 0 9% X 500ML SOLUCION INYECTABLE	FRASCO O BOLSA	INTRAVENOSA	3.00	C	Urgente	1 FRASCO O BOLSA	10 HORAS		
JustifPosologia	PASAR A SCC /H		Quien ejecuta	GESTOR				Casa	NO	

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
N13.0	CONFIRMADO REPETIDO	HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO Registro Medico 291929/ Dependencia: PABELLON CORPAS

"Por favor, si formula un medicamento NO POS debe anexar la respectiva justificación.
"Favor reportar si usted presenta alguna reacción adversa luego de recibir cualquier medicamento.

13/20/2014

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT: 899999017-4
Calle 10 No.18 - 75 PBX 353 80 00

ORDEN DE MEDICAMENTOS

Ambito: HOSPITALIZACION Admisión: 958428 ORDEN EXT No. 2133858

CADUCIDAD DE LA ORDEN: 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

Fecha: 30/10/2014 -6:31 Vencimiento: 29/11/2014
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS Edad: 10 a 8 m 12 d Fecha nac: 16/05/2009
Género: MASCULINO Carpeta: 1677727
PABELLON: HABITACION: CAMA:
APB: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A
Tipo Contrato: 01-EPS. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Especialidad de Ingreso: UROLOGIA

CUM	Nombre medicamento	Presentación	Vía administración	Cantidad	Autorización	Prioridad	Dosis	Frecuencia	No. IMPRESS
	ACETAMINOFEN 160 MG/5 ML (3%) JARABE	MG	ORAL	8.400,00	0	Urgente	350 ML	1 HORA	
Justif/Posología	12 CC VO CADA 6 HORAS			Quien ejecuta					Casa NO
227067-2	CEFALEXINA 250 MG/5 ML (5%) POLVO PARA RECONSTITUIR ORAL	MG	ORAL	12.000,00	0	Prioritaria	500 MG	1 HORA	
Justif/Posología	10 CC CO CAD 6 HORAS			Quien ejecuta					Casa NO

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO Registro Médico: 2919297 Dependencia: PABELLON CORPAS

*Señor usuario: si usted presenta alguna reacción adversa luego del consumo de estos medicamentos, favor avisar al PBX 3538000 ext 134, Servicio Farmacéutico.

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT: 899999017-4
Calle 10 No.16 - 75 Telefono 353 80 00

ORDEN DE VALORACION MEDICA

Fecha: 30/10/2014 8:31 Ambito: HOSPITALIZACION Admisión: 998426 ORDEN EXT No. 2133965
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS F. Nacimiento:15/05/2008 EDAD:10 a 6 m 12 d GENERO:MASCULIN
Pabellón: Habitación Cama:
APB: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A.

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant	Prioridad	Autorización/dedicación/Justificación	Dirigido a	No. IMPRESS
CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Cód. Referencia: 890302	UROLOGIA	1,00	Urgente 0	MAÑANA 10 AM CONSUTA EXTERNA		

[redacted]

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por:- NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO Registro Médico: 2919297 Dependencia: PABELLON CORPAS

[redacted]

Paciente: RC 1072109014 MURIO FLOREZ NICOLAS Edad: 10 a 6 m 11 d Fecha Impresion: 27/11/2019

Dirección: [illegible]

Estado Civil: MENOR DE EDAD

Religión: NO APLICA

Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD

Sexo: Masculino Teléfono: 3212514690

EVOLUCIÓN CLÍNICA HOSPITALIZACIÓN UROLOGIA

Fecha: 28/10/2014 9:26 a.m.

Fecha y hora del registro: 28/10/2014 9:27:40

Profesional: BOSSA MENDOZA MARCO AURELIO Tp Admisión. HOSPITALIZACION Origen: Hospitalizacion

Aseg: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Regimen: PRINCIPAL Convenio: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

Hora Ingreso: 27/10/2014 8:24 a.m. Dx Salida: N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Ingreso: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Med: 28/10/14 6:53 p.m Fecha Orden Egreso Adm: 28/10/14 6:53 p.m

[illegible]

EVOLUCION CLINICA

Subjetivo.

EVOLUCION UROLOGIA
PACIENTE CON DX:
1. POR PIELOPLASTIA LAPAROSCOPICA ABIERTA

S/ VOMITO EN LA NOCHE, HOY SIN VOMITOS NO DOLOR

Objetivo.

PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, HIDRATADO
ABD BLANDO, NO DOLOROSO A PALPACION, HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO
DRENAJE SEROSO ESCASO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RSIS PRESENTES
GU AFEBRIL EN PROCES DE CICATRIZACION
EXT NO EDEMA

Analisis y Plan de Manejo

PACIENTE CON EVOLUCION SATISFACTORIA, SE DISMINUYE DOSIS DE TRAMADOL POR VOMITO, CONTINUA IGUAL MANEJO

DIAGNOSTICOS CIE

Codigo: N130 Nombre: HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Tipo: CONFIRMADO NUEVO Categoria: Diagnóstico Principal Descripcion:

Observaciones:

Paciente: MC 1072192014 ROMERO FLOREZ NICOLAS Edad: 10 a 8 m 11 d Fecha Impresion: 27/11/2019

EVOLUCIÓN CLÍNICA HOSPITALIZACIÓN UROLOGIA

Fecha: 28/10/2014 9:26 a.m.
Fecha y hora del registro: 28/10/2014 9:27:40

Dr. MARCO AURELIO MOSSA M.
ESP. UROLOGIA PEDIATRICA
REG. MED. 2919227

Profesional MOSSA MENDOZA MARCO AURELIO
CC 2919227 R M 2919227
Elaborado por MOSSA MENDOZA MARCO AURELIO CC 2919227 R M 2919227

rptConsultarEvoHCGiayColumn.rpt

[redacted]

Paciente: pc 1072602014 WYNER FLORES NICOLAS Edad: 10 a 8 m 12 d Fecha Impresión: 28/11/2019

Dirección: rovira

Estado Civil: MENOR DE EDAD

Religión: NO APLICA

Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD

Sexo: Masculino Teléfono: 3212514696

EVOLUCIÓN CLÍNICA HOSPITALIZACIÓN UROLOGIA

Fecha: 29/10/2014 6:27 a.m.
Fecha y hora del registro: 29/10/2014 06:28:35a

Profesional: ROSSA MENDOZA MARCO AURELIO Tp Admisión: HOSPITALIZACION Triage: Hospitalizacion

Aseg. SALUD TOTAL EPS-S.A. Regimen: PRINCIPAL Convenio: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

Hora Ingreso: 27/10/2014 6:31 a.m. Dx Salida: N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO PELVICA

Dx Ingreso: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Med: 30/10/14 6:53 p.m Fecha Orden Egreso Adm: 30/10/14 6:57 p.m

EVOLUCIONES

Evolución Clínica

Subjetivo.

EVOLUCION UROLOGIA
PACIENTE CON DX:
1. POP PIELOPLASTIA IZQUIERDA ABIERTA

S/ HOY SIN VOMITOS NO DOLOR

Objetivo.

PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, HIDRATADO
ABD BLANDO, NO DOLOROSO A LAPLAICON, HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO
DRENAJE SEROSO ESCASO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RSIS PRESENTES
GU PENE EN PROCES DE CICATRIZACION
EXT NO EDEMA

Análisis y Plan de Manejo

PACIENTE CON EVOLUCION SATISFACTORIA, PENDIENTE EVALUACION DE TOLERANCIA A LA VIA ORAL, CONTINUA MANEJO ANTIBIOTICO Y ANALGESICO

DIAGNOSTICOS CIE

Codigo: N130 Nombre HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Tipo: CONFIRMADO REPETIDO Categoria: Diagnóstico Principal Descripcion:

Observaciones:

Paciente: RC 1072102014 ROBLO FLOREZ NICOLAS Edad: 10 a 8 m 12 d Fecha Impresion: 20/11/2019

EVOLUCIÓN CLÍNICA HOSPITALIZACIÓN UROLOGIA

Fecha: 29/10/2014 6:27 a.m.
Fecha y hora del registro: 29/10/2014 06:28:156

Dr. MARCO AURELIO NOSSA BE.
ESP. UROLOGIA PEDIATRICA
RMN. 2918297

Profesional: NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO
CC 2918297 R.M. 2918297
Elaborado por NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO CC 2918297 R.M. 2918297

rptConsultarEvoHCSingColumn.rpt

[redacted]

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS Edad: 10 a 6 m 12 d Fecha Impresion: 28/11/2019

Direccion: zovira

Estado Civil: MENOR DE EDAD

Religion: NO APLICA

Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO

Ocupacion: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD

Sexo: Masculino Telefono: 3212514694

EVOLUCIÓN CLÍNICA HOSPITALIZACIÓN UROLOGIA

Fecha: 29/10/2014 8:14 p.m.

Fecha y hora del registro: 30/10/2014 12:00:42a

Profesional: GUEDELMAN CUEVAS CARLO ANDRES Tp Admision: HOSPITALIZACION Origen: Hospitalizacion

Area: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Sucursal: PRINCIPAL Convenio: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

Hora Ingreso: 27/10/2014 6:31 a.m. Dx Salida: N133 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO PELVICA

Dx Ingreso: N132 HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Med: 30/10/14 6:53 p.m Fecha Orden Egreso Adm: 30/10/14 6:57 p.m

EVOLUCIONES

EVOLUCIÓN CLINICA

Subjetivo.

EVOLUCION UROLOGIA NOCHE
PACIENTE CON DX:
1. POP PIELOPLASTIA IZQUIERDA ABIERTA DIA 2

MAMÁ REFIERE QUE EN HORAS DE LA TARDE PRESENTÓ EPISODIO EMÉTICO, REFIERE MEJORIA DURANTE LAS HORAS SIGUIENTES, NO HEMATURIA, NO FIEBRE.

Objetivo.

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL
SIGNOS VITALES: TA: 108/70, FC:80, FR:17, T: 36.5
CABEZA Y CUELLO: NORMOCÉFALO, CUELLO MOVIL, SIN ADENOPATIAS, TORAX: SIMÉTRICO RSCS SIN PRESENCIA DE SOPLOS, RSRS SIN SOBREAGREGADOS, ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO, DRENAJE SEROSO RSCASO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RSIS PRESENTES, GU: PENE EN PROCESO DE CICATRIZACIÓN, EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, SIN EDEMA, NEUROLÓGICO: SIN DÉFICIT APARENTE

Analisis y Plan de Manejo

PACIENTE DE 5 AÑOS EN POP PIELOPLASTIA IZQUIERDA ABIERTA DIA 2, CON ADECUADA EVOLUCIÓN, ACTUALMENTE AFEBRIL DRENANDO BIEN, ORINA CLARA. SE SUSPENDE TRAMADOL. EN EL MOMENTO PACIENTE TRANQUILO SIN NUEVOS EPISODIOS EMÉTICOS, DOLOR MODULADO.
CONTINUA IGUAL MANEJO INSTAURADO

SE EXPLICA A MADRE DEL PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

DR MOSSA/ DR. GUEDELMAN/DR. MURILLO/ ESTUDIANTE MILENA CADENA

[redacted]

Paciente: RC 1072102014 SIRLO FLOREZ NICOLAS Edad: 10 a 5 m 12 d Fecha Impresion: 20/11/2019

EVOLUCIÓN CLÍNICA HOSPITALIZACIÓN UROLOGIA

Fecha: 29/10/2014 8:14 p.m.
Fecha y hora del registro: 30/10/2014 12:00:42a

DIAGNOSTICOS CIE

Codigo: N130 Nombre HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA
Tipo: DIAGNOSTICO REPETIDO Categoria: Diagnóstico Principal Descripcion:
Observaciones:

[redacted]

Profesional: GARZÓN JUAN CUEVAS CAMILO ANDRÉS
CC 79800828 R.M. 2500232
Elaborado por MURILLO PINTO JULIO CESAR CC 1053323524 R.M. 1053323524

rptConsultarEvoHCBingColumn.rpt

[redacted]

Paciente: RC 1072163014 ROJO FLOREZ NICOLAS Edad: 10 a 6 m 12 d Fecha Impresión: 28/11/2019

Dirección: cerca

Estado Civil: MENOR DE EDAD

Religión: NO APLICA

Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO

Ocupación: NINGUNA OCUPACIÓN POR SER MENOR DE EDAD

Sexo: Masculino Telefono: 3212514694

EVOLUCIÓN CLÍNICA HOSPITALIZACIÓN UROLOGIA

Fecha: 30/10/2014 6:26 a.m.

Fecha y hora del registro: 30/10/2014 06:27:25a.m.

Profesional: [redacted] Tp.Admisión: HOSPITALIZACION Triage: Hospitalizacion

EPSa: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Semaval: PRINCIPAL Convenio: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

Hora Ingreso: 27/10/2014 6:31 a.m. Dx Salida: N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Ingreso: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Med: 30/10/14 6:53 p.m. Fecha Orden Egreso Adm: 30/10/14 6:57 p.m.

EVOLUCIONES

EVOLUCION CLINICA

Subjetivo.

EVOLUCION UROLOGIA NOCHE
PACIENTE CON DX:
1. POP PIELOPLASTIA IZQUIERDA ABIERTA DIA 3
MAMÁ REFIERE ANOCHE INICIO DIETA BLANDA LA CUAL TOLERO ADECUADAMENTE . NO HEMATURIA. NO FIEBRE.ADEMAS REFIERE MEJORIA POSTERIOR A SUSPENDION DE TRAMADOL

Objetivo.

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADO. AFEBRIL SIGNOS VITALES: TA: 110/70, FC:95, FR:17, T: 36.5
CABEZA Y CUELLO: NORMOCÉFALO. CUELLO MÓVIL. SIN ADENOPATIAS, TORAX: SIMETRICO RSCS SIN PRESENCIA DE SOPLOS, RSRS SIN SOBREAGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO. DRENAJE SEROSO MODERADO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RSIS PRESENTES, GU: PENE EN PROCESO DE CICATRIZACIÓN. EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, SIN EDEMA. NEUROLÓGICO: SIN DÉFICIT APARENTE

Análisis y Plan de Manejo

PACIENTE DE 5 AÑOS EN POP PIELOPLASTIA IZQUIERDA ABIERTA DIA 3, CON ADECUADA EVOLUCIÓN, ACTUALMENTE AFEBRIL DRENANDO BIEN, ORINA CLARA. MEJORIA DESPUES DE SUSPENSION DE TRAMADOL . ES EL SEGUNDO PACIENTE TRANQUILO SIN NUEVOS EPISODIOS EMÉTICOS, DOLOR MODULADO.
CONTINUA IGUAL MANEJO INSTAURADO, SE CONTINUA DIETA NORMAL , SI TOLERA SALIDA A MEDIO DIA SE DEJAN PAPELES DE EGRESO

SE EXPLICA A MADRE DEL PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

[redacted]

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS Edad: 10 a 4 m 13 d Fecha Impresion: 28/11/2019

EVOLUCIÓN CLÍNICA HOSPITALIZACIÓN UROLOGIA

Fecha: 30/10/2014 6:24 a.m.

Fecha y hora del registro: 30/10/2014 06:27:25a.m.

DIAGNOSTICOS CIE

Codigo: N130 Nombre: HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Tipo: CONFIRMADO REPETIDO Categoria: Diagnóstico Principal Descripción:

Observaciones:

ORDENES ORDENADAS

TIPO	ORDEN	SERVICIO	CANTIDAD	VIA ADMINISTRACION	INDICACIONES/JUSTIFICACION
SER		CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	1,00		MAÑANA 10 AM CONSULTA EXTERNA
MED		SODIO CLORURO 0.9% X 500ML SOLUCION INYECTABLE	3,00	INTRAVENOSA	1
MED		METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 MG TABLETA	15,00	ORAL	5
MED		CEFAZOLINA 1 G POLVO ESTERIL PARA INYECCION	3,00	INTRAVENOSA	1
MED		CEFALEXINA 250 MG/5 ML (5%) POLVO PARA RECONSTITUIR ORAL	12.000,00	ORAL	500
MED		TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG/ML SOLUCION INYECTABLE	60,00	INTRAVENOSA	20
MED		ACETAMINOFEN 150 MG/5 ML (3%) JARABE	8.401,00	ORAL	12

Profesional: NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO

CC 2919297 R.M. 2919297

Elaborado por: NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO CC 2919297 R.M. 2919297

rptConsultarEvoHCSingColumn.rpt

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
MANIFESTACION DE CONSENTIMIENTO PARA LA PRACTICA DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS, ANESTESIA, METODOS DIAGNOSTICOS O TERAPEUTICOS

(OTROGADO EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY 23 DE 1981)

COD. AH-FO-08

58

22-09 Cf

NOMBRE		DOC. IDENTIDAD
Marcela Flory Rojas		CC 1108452117
FECHA NACIMIENTO	NO CARPETA 1072102014	FECHA VII . 4 . 2014 HORA

Actuando en nombre propio o en mi calidad de Madre del Paciente Victor Rubio

1.- Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al HOSPITAL SAN JOSÉ, para que con el concurso de su personal médico y paramédico aplique los métodos diagnósticos y los tratamientos médicos y quirúrgicos que a continuación se describen:

Pielonefritis izquierda y cirrosis

2. Autorizo la práctica de los procedimientos adicionales que se hagan necesarios derivados de los hallazgos quirúrgicos o de situaciones imprevisibles que se presenten durante la intervención.

3.- El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previa la información que se me ha dado en forma personal por los médicos sobre mis condiciones clínico patológicas, la naturaleza necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias y alternativas de la intervención que requiero. Se me ha enterado de la disposición del médico para ampliar la información que desee y la posibilidad que tengo de revocar el presente consentimiento.

4.- Se me ha informado en un lenguaje sencillo, los riesgos efectos secundarios y molestias concomitantes con la intervención y en especial los siguientes que para constancia se consignan así:

Riesgo infección quirúrgica anestesia quirúrgica, procedimiento y muerte

5.- Igualmente otorgo mi consentimiento para que se aplique anestesia por parte de un médico anestesiólogo del hospital y autorizo a aquel a utilizar el tipo de anestesia que considere más aconsejable. Me han sido explicados satisfactoriamente y advertidos los riesgos generales y personalizados que conlleva la aplicación de anestesia y en especial los siguientes:

6.- Declaro que conozco que la actividad médica no puede garantizar los resultados teniendo en cuenta los múltiples factores que inciden en la recuperación de la salud.

7.- Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mi en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias, por parte del médico, con respecto a los riesgos por el advertidos y el contenido de este consentimiento.

Marcela Florez Rojas C. C. 1108452117.

Certifico que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas de el procedimiento intervención quirúrgica o procedimiento especial y he contestado todas la preguntas. Considero que el (la) paciente, comprende cumplidamente lo que he explicado.

ESP. PEDIATRIA
REG. MED. 2019297 R. M. 2919297
Nombre y firma del Médico Tratante

Eliana Marcela Florez R. M. 1108452117
Nombre y firma del Médico Anestesiólogo

NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO

COD: 04891 H

Nicolas robio florez 2:15

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE

DEPARTAMENTO DE ANESTESIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PREANESTÉSICO

AH-FO-103

Fecha. 1 / 09 / 2014 19 4 86

Yo Marcelo florez _____, nacido el DD / MM / AA, identificado con (RC) TI CE No. 1108452117 de BOG _____, en calidad de MAMA _____ por la presente, autorizo a los médicos anestesiólogos del HOSPITAL DE SAN JOSE a realizar el acto anestésico adecuado para el procedimiento quirúrgico circuncision + Prepucio 89 _____, declaro y certifico que he sido informado ntamente por el (la) Dr. (Dra.) Hoyte _____. he comprendido satisfactoriamente, la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse. acerca de los riesgos, efectos secundarios y posibles complicaciones anestésicas y perioperatorias , tales como:

- Somnolencia
- Nauseas, Vomito
- Complicaciones de enfermedades preexistentes
- Edema pulmonar por presión negativa
- Globo Vesical. Estreñimiento
- Lesion dental, de labios rozados
- Depresion Respiratoria
- Punción Vascular y flebitis
- Irritación Radicular, Irritación Meningea, convulsiones
- Lesión de cuerdas vocales, tráquea. bronquios, ronquera
- Sangrado Cordón Espinal. Bloqueo Subdural Alto, Hemacón Cerebral (con HIC)
- Recuerdos intraoperatorios
- Reacciones medicamentosas
- Déficit Neurológico
- Neumotórax
- Dolor Local o Referido
- Cefalea Post Punción
- Infección Local o Meningea o Sepsis
- Quiste Epidérmico Subaracnoideo, Aracnoiditis
- Neumonitis aspirativa
- Reacción a Cuerpo Extraño
- Incontinencia de Esfínteres
- Arritmia Infarto de miocardio, Paro Cardiaco
- Reacciones Dermatologicas Exfoliativas y anafilaxia
- Muerte
- Trombosis o embolia cerebral
- Quemaduras
- Lesión de nervios perifericos
- Laringoespasmo, Broncoespasmo
- Hipertermia maligna
- Reacciones transfusionales
- Reacciones idiosincráticas

Por lo anterior, en forma conciente libre, sin apremio o presión alguna **DOY MI CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO** a los anestesiologos del HOSPITAL DE SAN JOSE y al personal en entrenamiento a su cargo, a que se practique, la anestesia, la monitoria, los procedimientos invasivos y bloqueos requeridos, transfusiones, los tratamientos y los procedimientos adicionales y especiales que eventualmente se requieran y se consideren necesarios para mi recuperacion y/o la recuperación de mi familiar

Hago constar que entiendo que mi tratamiento y/o procedimientos pueden no dar resultados 100% satisfactorios, me ha sido dada la oportunidad de hacer preguntas acerca de mi estado, técnica anestésica y sus alternativas, se me informo que puedo requerir hospitalización, monitoria y manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos en el posoperatorio.

Manifiesto que según mis conocimiento y capacidades he informado al anestesiólogo a cerca de mis antecedentes médicos, quirúrgicos, y ginecostetricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, medicamentos que tomo actualmente, asi como alergias y consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillo o drogas ilicitas.

Tengo la suficiente informacion al dar mi consentimiento voluntariamente por tanto asumo toda la responsabilidad que este consentimiento y autorización conllevan y me comprometo a seguir la indicaciones e instrucciones que se prescriban en el perioperatorio (ayuno, suspensión y/o administración de los medicamentos indicados por el anestesiólogo suspender tabaquismo u otros tóxicos, reserva de sangre y derivados, llevar paraclinicos e imágenes el dia quirurgico, y demás recomendaciones relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico), entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud pueden afectarse. Se me ha informado que tengo derecho a rechazar el tratamiento y/o procedimiento y revocar este consentimiento cuando lo desee

Solicito se respeten las siguientes condiciones. _____ _____ _____ (ninguna)

Certifico que esta hoja me ha sido completamente explicada, que la he leido o me la han leido y que entiendo perfectamente su contenido.

Eliana Marcela Florez _____ _____ Kitty Nieto

Paciente o persona responsable legalmente
C.C. No 1108452117
Teléfono 3212514694
Mama

Testigo
C.C. No
Teléfono

Dr (Dra.)

Fecha: _____ **Desisto de procedimiento y/o tratamiento médico.**

_____
Paciente o persona responsable legalmente
C.C.

CDO 16582 H

Sociedad de Cirugia de Bogota - Hospital de San Jose

Descripcion de Procedimiento Quirurgico

NUMERO : 175078

HISTORIA	PACIENTE	DOCUMENTO	ASEGURADOR	EDAD	SEXO
1677727	NICOLAS RUBIO FLOREZ	1072102014	SALUD TOTAL EPS	5	M

CIRUJANO
NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO

AYUDANTE 1
ALDANA ROMERO JUAN CARLOS

INSTRUMENTADOR(A)	ANESTESIOLOGO	ANESTESIA
CHACON MONICA	TORRES HIGUITA MONICA	GENERAL

HERIDA	CIRUGIA	FECHA	HORA INICIO	HORA FIN
LIMPIA CONTAMINADA	PROGRAMADA	27/10/2014	07:50.20	10:10.20

DIAGNOSTICOS PRE-OPERATORIOS :
1. N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA
2. N47 - PREPUCIO REDUNDANTE, FIMOSIS Y PARAFIMOSIS

DIAGNOSTICOS POST-OPERATORIOS :
1. N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA
2. N47 - PREPUCIO REDUNDANTE, FIMOSIS Y PARAFIMOSIS

PROCEDIMIENTOS :
1. 558701 - PIELOPLASTIA VÍA ABIERTA — via:1
2. 640000 - CIRCUNCISIÓN SOD — via:2

DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS :
PACIENTE EN DECUBITO SUPINO, ASEPSIA Y ANTISEPSIA BAJO ANESTESIA GENERAL. SE REALIZA INCISION EN HIPOCONDRIO IZQUIERDO, DISECCION POR PLANOS HASTA LOCALIZACION DE PELVIS RENAL, SE DISECA. URETER HACIA DISTAL. SE COLOCA PUNTO DE REPARO EN PELVIS RENAL CON CROMADO SE REALIZA CORTE CON TIJERA DE EXTREMO DISTAL DE PELVIS. SE ESPATULA SEGMENTO DE URETER SE REALIZA ANASTOMOSIS URETEROPIELICA PUNTOS CONTINUOS CON VICRYL 4-0 , SE COLOCA POR CONTRABERTURA DREN DE PENROSE EL CUAL SE FIJA A PIEL CON VICRYL 4-0 SE CIERRA FASCIA CON VICRYL 4-0 PIEL PUNTOS INTRADERMICOS VICRYL 4-0. ********** ********** PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BLOQUEO PENIANO CON BUPIBACAINA 0.5 % SE COLOCA PINZA RECTA SOBRE PREPUCIO REDUNDANTE Y PROXIMAL A ANILLO FIMOTICO SE CORTA CON BISTURI FRIO. SE REALIZA MUCOSECTOMIA HEMOSTASIA SELECTIVA Y FRENILLOPLASTIA. SE COLOCA PUNTO EN U CON VICRIL 4/0, AFRONTAMIENTO DE MUCOSA CON PIEL CON VICRIL 4/0 PUNTOS CONTINUOS. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.

HALLAZGOS :
ESTRECHEZ UNION PIELOURETERAL IZQUIERDA. PREPUCIO REDUNDANTE CON ADHERENCIAS BALANOPREPUCIALES

SANGRADO : 100CC
CONTEO DE COMPRESAS : INFORMADO COMO COMPLETO
COMPLICACIONES : NINGUNA
OBSERVACIONES : TRASLADO A RECUPERACION, POSTERIOR TRASLADO A PISO CONTINUAR HOSPITALIZACION
TEJIDO PATOLOGIA : NO

MARCO AURELIO NOSSA M.
ESP. UROLOGIA PEDIATRICA
REG. MED. 2919297

Descripcion realizada por : NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO
MEDICO CIRUJANO

Sociedad de Cirugia de Bogota - Hospital de San Jose

Descripcion de Procedimiento Quirurgico

NUMERO : 175078

HISTORIA	PACIENTE	DOCUMENTO	ASEGURADOR	EDAD	SEXO
1677727	NICOLAS RUBIO FLOREZ	1072102014	SALUD TOTAL EPS	5	M

CIRUJANO	AYUDANTE 1
NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO	ALDANA ROMERO JUAN CARLOS

INSTRUMENTADOR(A)	ANESTESIOLOGO	ANESTESIA
CHACON MONICA	TORRES HIGUITA MONICA	GENERAL

HERIDA	CIRUGIA	FECHA	HORA INICIO	HORA FIN
LIMPIA CONTAMINADA	PROGRAMADA	24/10/2014	07:50:20	10:10:20

DIAGNOSTICOS PRE-OPERATORIOS :

1. N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO PELVICA
2. N47 - PREPUCIO REDUNDANTE, FIMOSIS Y PARAFIMOSIS

DIAGNOSTICOS POST-OPERATORIOS :

1. N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA
2. N47 - PREPUCIO REDUNDANTE. FIMOSIS Y PARAFIMOSIS

PROCEDIMIENTOS :

1. 558701 - PIELOPLASTIA VÍA ABIERTA	Via:1
2. 640000 - CIRCUNCISIÓN SOD	Via:2

DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS :

PACIENTE EN DECUBITO SUPINO, ASEPSIA Y ANTISEPSIA BAJO ANESTESIA GENERAL, SE REALIZA INCISION EN HIPOCONDRIO IZQUIERDO, DISECCION POR PLANOS HASTA LOCALIZACION DE PELVIS RENAL, SE DISECA URETER HACIA DISTAL. SE COLOCA PUNTO DE REPARO EN PELVIS RENAL CON CROMADO SE REALIZA CORTE CON GUIA DE EXTREMO DISTAL DE PELVIS, SE ESPATULA SEGMENTO DE URETER SE REALIZA ANASTOMOSIS URETEROPIELICA PUNTOS CONTINUOS CON VICRYL 4-0 , SE COLOCA POR CONTRABERTURA DREN DE PENROSE EL CUAL SE FIJA A PIEL CON VICRYL 4-0 SE CIERRA FASCIA CON VICRYL 4-0 PIEL PUNTOS INTRADERMICOS VICRYL 4-0. ********** ********** PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE REALIZA BLOQUEO PENIANO CON BUPIBACAINA 0.5 % SE COLOCA PINZA RECTA SOBRE PREPUCIO REDUNDANTE Y PROXIMAL A ANILLO FIMOTICO SE CORTA CON BISTURI FRIO, SE REALIZA MUCOSECTOMIA HEMOSTASIA SELECTIVA Y FRENILLOPLASTIA. SE COLOCA PUNTO EN U CON VICRIL 4/0, AFRONTAMIENTO DE MUCOSA CON PIEL CON VICRIL 4/0 PUNTOS CONTINUOS. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES

HALLAZGOS :

ESTRECHEZ UNION PIELOURETERAL IZQUIERDA. PREPUCIO REDUNDANTE CON ADHERENCIAS BALANOPREPUCIALES

SANGRADO : 100CC **CONTEO DE COMPRESAS :** INFORMADO COMO COMPLETO

COMPLICACIONES : NINGUNA

OBSERVACIONES : TRASLADO A RECUPERACION, POSTERIOR TRASLADO A PISO CONTINUAR HOSPITALIZACION

TEJIDO PATOLOGIA : NO

Descripcion realizada por : NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO

MEDICO CIRUJANO

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ
ATENCIÓN HOSPITALARIA MÉDICO QUIRÚRGICA
RECORD DE ANESTESIA

CÓDIGO.	FECHA DE APROBACIÓN	VERSIÓN: 02
AH - FO - 19	OCTUBRE 19 DE 2012	PÁGINA ___ DE ___

NOMBRE	Nicolas Muñoz	PROCEDIMIENTO	Reto plasta (Circum DV)
SEXO	M	EDAD	5 años
FECHA DE NACIMIENTO	18 MAY 2009	CIRUJANO	Dr. Mesa
IDENTIFICACIÓN	1072	AYUDANTE	Residentes
No CARPETA		PROGRAMADA	X URGENCIA ○
PESO	24 Kgr.	TALLA	122 cm
PABELLÓN	Quirófano	ANESTESIÓLOGO	Dra Torres / Rubio
SERVICIO	Urología	ANESTESIA	General + Bloq Caudal
FECHA	24/05/2014	DIAGNÓSTICO PRE - QX	Hipos Retroflex + Hipos
EPS		DIAGNÓSTICO POST - QX	Idem
		ASA	I AYUNO 8H
		PREMEDICACIÓN	Midazolam 1mg IV

VIA AEREA		
MASCARA		
TUBO ET	✓	
TAMAÑO	5.0	
NEUMO	Sí	
INSERCIÓN	14	cm
CORMACK L	1	
No. INTENTOS	1	
A. REGIONAL	✓	
NEUROAXIAL	AGUJA	No.
ESPINAL		
EPIDURAL	1	20
ESPACIO	Caudal	
NIVEL	TG	
FARMACO	DE	SE
Lidocaina		X
	%	VOL
	0.5	20cc
CATETER	NO	

EVENTO

Posición en Decubito Lateralizada y de pintos de referencia

Bloqueo caudal guiado por Ultrasonido Sin complicaciones

ENTREGA DE PACIENTE

PA
FC 178
SATO2 98
ALDRETE 10/10
UCPA X UC

BALANCE DE LIQUIDOS

ADMINISTRADOS	ELIMINADOS
CRISTALOIDES	DÉFICIT
COLOIDES	SANGRADO
HEMODERIVADOS	OTRO

ANESTÉSICO
OXÍGENO
DES / ISO / SEV
mcg / Kg / Min

240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 0

MONITOREO
SAT O2
E^C O2
EKG
PVC
GCC
TEMP
TOF
L. ARTERIAL
POSICIÓN

VENTILACIÓN
MODO
VT
FR
PEEP / PIP

LIQUIDOS
ENDOCLISIS
ADMON
ELIMINADOS
DIURESIS
SANGRADO

MEDICACIÓN
(PROP) ETOMI / KET
SUCC / ROC / OIS
Bupivacaina 0.5 20cc
Dexametasona 4mg
Cefalotina 1g

GASES SANGUÍNEOS

pH		HCO3		ACT	INTERPRETACIÓN
pCO2		SAT			
PaO2		BE			

COD 62539 H

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ

ATENCIÓN HOSPITALARIA MÉDICO QUIRÚRGICA

RECORD DE ANESTESIA

CÓDIGO: AH - FO - 19	FECHA DE APROBACIÓN OCTUBRE 19 DE 2012	VERSIÓN: 02 PÁGINA: 06

HC. | FECHA DD MM AA | NOMBRE

EDAD ____ años | SEXO | SERVICIO | CAMA No

1. PROCEDIMIENTO

2. CIRUGIA ☐ HOSPITALIZACIÓN ☐ AMBULATORIA ☐ PROGRAMADO ☐ URGENTE

3. ANTECEDENTES

MEDICOS: HTA 20 hg

QUIRÚRGICOS: B 6U c/h.

ALERGICOS:

TRANSFUSIONALES: A 6U c/ B

FARMACOLÓGICOS: Cx 120 c/h

HEMORRAGICOS:

FAMILIARES: Alx 96 cc

OTROS:

DISNEA:

ANGINA:

CLASE FUNCIONAL:

	1H	2H	3H	4H
	1 6H	1 6H	6H	6H
	390	160	160	
	120	120	120	120
	96			
	500	344	344	
FUR:				194

4. E F

TA ____ FC ____ FR ____ T° ____ PESO ____ TALLA ____

CRANEO:

OJOS ANTEOJOS ____ SI☐ NO☐ LENTES DE CONTACTO ____ SI☐ NO☐ PRÓTESIS ____ SI☐ NO☐

VIA AEREA MALLAMPATI:

APERTURA ORAL:

ESPACIO-TIROIDEA:

ATM:

CLASIFICACIÓN: FÁCIL DIFÍCIL — TOTAL PROTESIS SUPERIOR NORMAL — PARCIAL INFERIOR Fija

CUELLO:

TOR:

ABDOMEN:

EXT:

NEUROLÓGICO:

5. LAB HB ____ HTO. ____ GLIC ____ CREAT ____ P.T. ____ PTT ____

E C G:

Rx TÓRAX:

OTROS:

6. RIESGO ANESTESICO:

7. ORDENES: CATEGORÍA QUIRÚRGICA:

→	Entrada de paciente	SE	Sin Epinefrina	SUCC	Succinilcolina
←	Salida de Paciente	CE	Con Epinefrina	ROC	Rocuronio
Ø	Inducción Anestésica	Vol	Volumen	VEC	Vecuronio
▼	Anestesia Regional	%	Concentración	CIS	Cisatracurio
▼	Intubación	ISO	Isofluorano	DEXA	Dexametasona
▲	Extubación	SEV	Sevorano	EPI	Epirefrina
⊕	Inicio de Cirugía	DES	Desfluorano	DLI	Decúbito Lateral Izquierdo
●	Fin de Cirugía	ETO	Etomidato	DLD	Decúbito Lateral Derecho
T	Colocación Torniquete	KET	Ketamina	DS	Decúbito Supino
⊥	Retiro de Torniquete	PROP	Propofol	DP	Decúbito Prono
[	Inicio Clamp	REMI	Remifentanil	SENT	Sentado
]	Fin Clamp	R.	Remifentanil	FENT	Fentanil
				MDZ	Midazolam
				NR	Número
				ET	Endotraqueal

COD 62050 H

Paciente alergica a la loratadina

REGISTRO DE ENFERMERÍA
AREA QUIRURGICA

COD. AH-FO-20

(NO ESCRIBA AQUI-ADHESIVO GRAPH)

No. CARPETA 1073777 - Salud Total			FECHA 27-10-2014
PRIMER APELLIDO Rubio	SEGUNDO APELLIDO Flores	NOMBRES Nicolas	
EDAD 5 años	FECHA NACIMIENTO 16-05-2009		UOC IDENTIDAD 27/10/2014
PABELLON ambulatoria	SALA 9		CAMA No 2420.

PREOPERATORIO

INFORMACIÓN Y COMPRENSIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO	(X) SI	( ) NO
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO	(X) SI	( ) NO

REVISIÓN POR SISTEMAS

ESTADO DE CONCIENCIA
(X) CONCIENTE ( ) INCONCIENTE (X) ORIENTADO
( ) SOMNOLIENTO ( ) EXCITADO ( ) DESORIENTADO

ESTADO HEMODINÁMICO
( ) HIPOTENSIÓN ( ) HIPERTENSIÓN (X) T.A. NORMAL

INOTRÓPICOS — NO —
OTROS GOTEOS ESPECIALES — NO —
CATETERES — NO —
SONDAS/TUBOS DE DRENAJE — NO —
PREPARACIÓN GASTROINTESTINAL Nada Via Oral

INGRESO A SALAS DE CIRUGÍA

LIMPIO	(X) SI	( ) NO
AYUNO	(X) SI	( ) NO
PROTESIS DENTAL	( ) SI	(X) NO
HISTORIA CLINICA	(X) SI	( ) NO
ADESOGRAFO	( ) SI	(X) NO
PLACAS R X.	(X) SI	( ) NO
LENTES	( ) SI	(X) NO
PROTESIS Qx	( ) SI	(X) NO

TRANSOPERATORIO

EVALUACIÓN DEL SITIO QUIRURGICO

QUIRURGICO REALIZADO EN ( ) PABELLÓN ( ) UNIDAD Qx ( ) EN CASA (X) NO SE REALIZO

ESTADO DE LA PIEL (X) NORMAL ( ) LACERACIONES ( ) HERIDAS ( ) ERITEMA ( ) OTROS

INTERVENCIÓN Dicloplastia + Cuneiciclo

CIRUJANO D. Rossa | AYUDANTE Dr aldana | INSTRUMENTADORA Erica B.

TIPO DE ANESTESIA General + Peridural | ANESTESIÓLOGO Dra Torres - Dr Pablo

LAVADO PREQUIRURGICO CON:

( ) ALCOHOL YODADO
( ) ISODINE SOLUCIÓN
( ) ISODINE ESPUMA
(X) CLORHEXIDINA

(X) ANTERIOR
( ) POSTERIOR

USO DE CAMPO OPERATIVO

ADHESIVO ( ) CON YODADO ( ) SIN YODADO

ANTIBIOTICO PROFILACTICO (NOMBRE) Dipiro cefazolina 500mg I.V. cada 8 horas

CLASIFICACION DE LA HERIDA	APOSITO UTILIZADO
(X) LIMPIA	( ) TRADICIONAL
( ) LIMPIA CONTAMINADA	( ) PREELABORADO
( ) CONTAMINADA	( ) MICROPOREFIXOMULL
( ) SUCIA (CON PUS)	( ) OTRAS CINTAS

PLACA DE ELECTROBISTURI UBICACIÓN EN Muslo pierna izquierda | TIEMPO QUIRURGICO

COMPLICACIONES QUIRURGICAS ANESTESICAS:

PIEZAS QUIRURGICAS	(X) SI	( ) NO	ESPÉCIMEN	— NO —
POR CONGELACION	( ) SI	(X) NO	ESPÉCIMEN	— NO —
CULTIVOS	( ) SI	(X) NO	ORIGEN	— NO —
RX TRANSOPERATORIOS	( ) SI	(X) NO	ORIGEN	— NO —

TRANSFUSIONES DE SANGRE O DERIVADOS (VER HOJA TRANSFUSIONES Y RECORD DE ANESTESIA) ( ) SI ( ) NO

OTROS REGISTROS se realiza toma positiva con yelo a 20 cm x 10

EGRESO: EL PACIENTE SALE PARA
(X) RECUPERACIÓN ( ) CIRUGÍA AMBULATORIA (X) PABELLON ( ) UCI ADULTOS
( ) UCI NEONATAL ( ) UCI PEDIATRICA (X) FALLECE

NOMBRE CIRCUNDANTE Juana Sosa

NOMBRE JEFE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Pop. g. Laparostomia + Circunscrito

PLAN DE EDUCACION INDIVIDUAL Y/O GRUPAL QUIRURGICA

Control signos vitales
Control liquidos endovenosos y
Cuidados heridas quirurgicas
Manejo dolor

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

VALORACIÓN AL INGRESO

ESTADO DE CONCIENCIA	☑ CONCIENTE	☐ SOMNOLIENTO	☐ INCONCIENTE	☐ EXCITADO
RESPIRACIÓN	☑ AMPLIA	☐ SUPERFICIAL	☐ DISNEA	☐ INTUBADO
COLOR	☐ ROSADO	☑ PÁLIDO	☐ CIANOTICO	☐ ICTERICO
TENSIÓN ARTERIAL	☐ NORMAL	☐ HIPOTENSIÓN LEVE	☐ HIPOTENSIÓN GRAVE	☐ HIPERTENSIÓN LEVE ☐ HIPERTENSIÓN GRAVE
MOTILIDAD	☑ ESPONTANEA	☐ ESCASA	☐ AUSENTE	
TUBOS		SONDAS		OTROS

HORA	SIGNOS VITALES TA	FR	FC	SAT	SOLUCIONES ADMINISTRADOS TIPO	INICIAD.	ADMINIS.	MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS DURACIÓN	OTROS	HORA	NOMBRE	DOSIS	VÍA	NOMBRE
10:25		30	145	91%	LR	500								
12:00		23	122	98%										
13:00		19	123	97%										

OBSERVACIONES: Paciente ingresa luego efectos de anestesia y
ventilación y coloca O2 x Canula c/7

TERAPIA QUIRÚRGICA En Flanco Izquierdo y pene. Cubierto.

VALORACIÓN AL EGRESO

ESTADO DE CONCIENCIA	☐ CONCIENTE	☐ SOMNOLIENTO	☐ INCONCIENTE	☐ EXCITADO
RESPIRACIÓN	☐ AMPLIA	☐ SUPERFICIAL	☐ DISNEA	☐ INTUBADO
COLOR	☐ ROSADO	☐ PALIDO	☐ CIANOTICO	☐ ICTERICO
TENSIÓN ARTERIAL	☐ NORMAL	☐ HIPOTENSIÓN LEVE	☐ HIPOTENSIÓN GRAVE	☐ HIPERTENSIÓN LEVE ☐ HIPERTENSIÓN GRAVE
MOTILIDAD	☐ ESPONTANEA	☐ ESCASA	☐ AUSENTE	

NOTAS de EGRESO

☐ CIRUGÍA AMBULATORIA ☐ PABELLON ☐ UCI ADULTOS ☐ UCI NEONATAL
☐ UCI PEDIATRICA ☐ FACELLE

FIRMA AUX. ENFERMERIA

FIRMA ENFERMERA JEFE

50

UNIDAD QUIRURGICA

RECUENTO MATERIAL INTRAQUIRURGICO

COD. AH-FO-27

FECHA 27 - Oct - 2014 | SALA 9

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Pieloplastia via abierta

NOMBRE DEL PACIENTE: Rubio Florez Nicolas

DOC. IDENTIDAD 1072102014 | FECHA NACIMIENTO 18/05/2009 | No. CARPETA 1077727

CIRUJANO Dr Nossa

COMPRESAS		
INICIO 11		TOTAL 11
COMPLETO	SI [X]	NO [ ]
ROLLOS		
INICIO		TOTAL
COMPLETO	SI [ ]	NO [ ]
GASAS		
INICIO 5		TOTAL 5
COMPLETO	SI [X]	NO [ ]
MECHAS		
INICIO		TOTAL
COMPLETO	SI [ ]	NO [ ]
AGUJAS		
INICIO 3		TOTAL 3
COMPLETO	SI [X]	NO [ ]

PATOLOGIA SI [ ] NO [X] No DE MUESTRAS

DESCRIPCIÓN DE LA PATOLOGIA

OBSERVACIONES

Proceso de esterilización correcto
Recuento de Material completo

CIRUJANO: FRANCISCO ALBERTO NOSSA MD ESP. UROLOGIA PEDIATRICA REG. MED. 26[illegible]

INSTRUMENTADORA: Yolanda Bobadilla CC 1014205275

AUXILIAR DE ENFERMERIA: Maria Silva

COD. 04709 H

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ
ATENCIÓN HOSPITALARIA MÉDICO QUIRÚRGICA
LISTA DE CHEQUEO QUIRÚRGICO

CÓDIGO	FECHA DE APROBACIÓN	VERSIÓN	03
AH-FO-01	30 DE JUNIO DE 2011	PÁGINA	1 DE 2

IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD
Rubio	Flores	Nicolas		5 años

FECHA NACIMIENTO	DOC. IDENTIDAD	CAMA	No CARPETA	FECHA ELABORACIÓN
06/05/2009	1072102014			28/01/14

TIPO DE INTERVENCIÓN	PROGRAMADO ◯	URGENCIA ◯	AMBULATORIO ◯	HOSPITALIZADO ◯

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (FUENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Pielaplastia Apendicetomia + Circuncision

ASPECTO A OBSERVAR	Unidad Quirúrgica			Unidad Quirúrgica		
	SI	NO	NA	SI	NO	NA
Consentimiento Informado firmado	✓			✓		
Historia Clínica (antigua y/o folder)	✓			✓		
Autorización procedimiento quirúrgico (boleta autorizada)	✓			✓		
Sitio Quirúrgico MARCADO	✓			✓		
Ayuno	✓			✓		
Documentación de derechos confirmada con Centro de Atención al Usuario o Facturación	✓			✓		
Manilla de identificación de paciente COLOCADA	✓			✓		
Valoración pre-anestésica	✓			✓		
Cama de UCI confirmada y disponible (si se requiere)			✓			✓
Suspensión de heparina y otros anticoagulantes (según orden médica)			✓			✓
Revisión de Perfil Farmacologico (revisión de medicamentos a administrar y/o a suspender)	✓			✓		
Confirmación en el BANCO DE SANGRE reservas de sangre o derivados			✓			✓
Identificación de alergias Lo ATROPINA	✓			✓		
En caso positivo, fueron informadas al médico tratante y a la Unidad Quirúrgica			✓			✓
Examenes de laboratorio vigentes	✓			✓		
Electrocardiograma	✓			✓		
Estudio de imagenes diagnosticas 2 Imagenes	✓			✓		
Baño general (incluye ASEPSIA DEL SITIO)	✓			✓		
Rasurado de area operatoria			✓			✓
Retiro de prótesis			✓			✓
Retiro de ropa interior	✓			✓		
Retiro de esmalte	✓			✓		
Talla quirurgica	✓			✓		

TROMBOPROFILAXIS ◯ PROFILÁCTICA ◯ MECANICA ◯ TERAPÉUTICA CUAL? ◯ FARMACOLÓGICA CUAL?

ULTIMA COMIDA HORA Y FECHA: 10 pm 28/01/14

FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN: DD MM AA

PREPARACIONES ESPECIALES: Nada Esp

OBSERVACIONES: Sala 9 ROC

ENFERMERA JEFE SERVICIO DE ORIGEN:

AUXILIAR DE ENFERMERIA: Diana

ENFERMERA JEFE DE CIRUGÍA:

CAMILLERO:

PRIMER CONTROL DE CIRUGÍA SEGURA

HALLAZGO O INCONFORMIDAD	GESTIÓN	RESULTADO
		Pasa a Sitio de Cx SI ◯ NO ◯

COD 16894 F

CIRUJANO

ASPECTO	SI	NO	NA
VERIFICACIÓN DE LOS CORRECTOS			
• Identificación Paciente correcto			
• Marcación Sitio Operatorio correcto			
• Procedimiento correcto			
• Consentimiento informado diligenciado			
Confirmación de elementos especiales solicitados disponibles (Injertos, válvulas, mallas, prótesis y material de osteosíntesis, otros)			
Riesgo de pérdida de sangre que afecte la volemia			
En caso positivo están confirmados los fluidos para reposición			
Medicamentos anticoagulantes			
En caso positivo se tomaron MEDIDAS PROFILACTICAS			
Antibiótico Profiláctico administrado			

FIRMA DEL CIRUJANO

INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

ASPECTO	SI	NO	NA
VERIFICACIÓN DE LOS CORRECTOS			
• Verificación Paciente correcto			
• Sitio Operatorio correcto y marcado			
• Procedimiento correcto según consentimiento			
Instrumental quirúrgico básico completo			
Instrumental especializado completo			
Suturas completas según procedimiento quirúrgico			
Hoja de conteo de compresas y equipos			
Elementos especiales necesarios para la cirugía (Injertos, válvulas, mallas, prótesis, material de osteosíntesis, otros)			
Equipos probados y funcionando			
Amplificación de instrumental y elementos especiales			

FIRMA DE LA INSTRUMENTADORA

ANESTESIOLOGÍA

ASPECTO	SI	NO	NA
VERIFICACIÓN DE LOS CORRECTOS			
• Confirma identificación de paciente, procedimiento y sitio operatorio correcto y marcado			
• Consentimiento informado firmado			
Valoración preanestésica			
Ultima ingesta de alimentos permite Ayuno adecuado			
Laboratorios completos			
Electrocardiograma			
Investigación de Alergias			
En caso positivo se tomaron MEDIDAS PROFILACTICAS			
Medicamentos de uso regulares			
En caso positivo se tomaron MEDIDAS PROFILACTICAS			
Existe riesgo de vía aérea difícil			
En caso positivo equipo de VIA AÉREA DIFICIL disponible			
Riesgo de pérdida de sangre que afecte la volemia			
En caso positivo está planeado el acceso adecuado por vía intravenosa y los fluidos para reposición			
Máquina de anestesia chequeada			
Monitor signos vitales instalado y funcionando			
Antibiótico Profiláctico administrado			

FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO

ENFERMERÍA

ASPECTO	SI	NO	NA
VERIFICACIÓN DE LOS CORRECTOS			
• Confirmación del paciente correcto			
• Sitio Operatorio correcto y marcado			
• Consentimiento informado firmado			
• Procedimiento correcto según consentimiento			
Historia clínica (folder y/o anexos)			
Boleta de cirugía autorizada			
Preparación prequirúrgica completa (ayuno, manilla de identificación, bata quirúrgica, retirado, bañado, retiro de ropa interior, esmalte, joyas y prótesis dental)			
Elementos especiales necesarios para la cirugía			
• Injertos			
• Intensificador			
• Cotiles			
• Mesa quirúrgica adecuada			
• Monitoria de SV completa			
• Máquina anestesia completa			
• Lámparas principal y accesoria funcionando adecuadamente			
• Inmovilizador por riesgo de caída			
El equipo quirúrgico (Se tiene claridad de disponibilidad de Cirujano, Circulantes, Instrumentadora y Anestesiólogo)			
Antibiótico Profiláctico administrado			

FIRMA AUXILIAR DE ENFERMERIA

SE REALIZÓ PAUSA QUIRÚRGICA

SI ○ NO ○

FIRMA ENFERMERA JEFE

SEGUNDO CONTROL DE CHEQUEO - RESPONSABLE: Instrumentadora Quirúrgica

HALLAZGO O INCONFORMIDAD	GESTIÓN	RESULTADO
		Se inicia cirugía SI ○ NO ○

VERIFICACIÓN PREVIA ANTES DE FINALIZAR EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO: Ovariectomia + Cervicectomia

PATOLOGÍA SI ○ NO ○ ESPECIMEN ○ No. MUESTRAS ○

ROTULACIÓN DE ESPECIMEN CORRECTA	SI	NO	CULTIVOS	SI	NO
RECUENTO DE COMPRESAS COMPLETO	SI	NO	GASAS Y ROLLOS COMPLETOS	SI	NO
INSTRUMENTAL COMPLETO	SI	NO	AGUJAS COMPLETO	SI	NO

ESPECIFICACIONES DE CUIDADO PARA EL POSTOPERATORIO INMEDIATO:

Vigilar Sangrado Vaginal presencia y Controlar dolor

CIRUJANO | INSTRUMENTADORA | CIRCULANTE

TERCER CONTROL DE CHEQUEO - RESPONSABLE: Circulante de Sala

HALLAZGO O INCONFORMIDAD	GESTIÓN	RESULTADO
NINGUNA	NINGUNA	Inconformidad resuelta SI ○ NO ○

Y 47

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

AH-FO-12

Carpeta: 1677727 H.C: RC-1072102014

Apellidos: RUBIO FLOREZ

Nombre: NICOLAS 2009/05/15

(ADDESSOGRAPH)

[redacted] APELLIDOS Rubio Florez NOMBRE Nicolas

PABELLON

[redacted]

1. ATB C/8H 2-8-14-20
2. MEDICAMENTOS C/8H 2-8-14-20 EXCEPTO ISORDIL METRONIDAZOL 8-16 CATOPRIL 6-14-22
3. C/12 HORAS 8-20 EXCEPTO BACTRIM 8-18
4. UNA VEZ DIA 14 EXCEPTO DURETICO 8 ST HIPOGLICEMIANTE 7:30 PREDNISONA 6 am
5. C/4H 4-8-12-16-20-24

Octubre 2014

ESQUEMA DE INSULINA HORA / DIA

[redacted]

06 No dx
12 Lorena Cotta Enfermera CURN
18 Lorena Cotta Enfermera CURN
24 Dolor
06 Catalina Castillo Enfermera Jefe C.C. 1098361294
14
22 28-10-14
06 Catalina Castillo Enfermera Jefe C.C. 1098361294 Lorena Cotta V. Enfermera CURN C.C. 1047448848
14
22
06 Catalina Castillo Enfermera Jefe C.C. 1098361294 Lorena Cotta V. Enfermera CURN C.C. 1047448848
14
22 Juliet Enfermera Jefe
30-10-14 Dolor
Lorena Cotta V. Enfermera CURN C.C. 1047448848
Lorena Cotta V. Enfermera CURN C.C. 1047448848

ESQUEMA DE INSULINA	HORA - DIA
MEDIC. Truvada	04 —
DOSIS 20mg VIA PO	12 —
FECHA 28-11-14	20 Julieth Díaz
OBSERV.	
MEDIC.	
DOSIS VIA	
FECHA	
OBSERV.	
MEDIC	
DOSIS VIA	
FECHA	
OBSERV.	
MEDIC	
DOSIS VIA	
FECHA	
OBSERV.	
MEDIC.	
DOSIS VIA	
FECHA	
OBSERV.	
MEDIC.	
DOSIS VIA	
FECHA	
OBSERV.	
MEDIC.	
DOSIS VIA	
FECHA	
OBSERV.	
MEDIC	
DOSIS VIA	
FECHA	
OBSERV.	

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1072162814 RUMO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 666425 **Fecha de Nate:** 15/06/2009 **Edad:** 10 años 12 **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212614694

Dirección: nueva **Ubicación del Pate:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

A/Nac: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Segmento: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

NOTAS DE ENFERMERIA

Fecha y Hora de atención: 27/09/2014 6:43 p.m.

Profesional: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 27/09/2014 8:31 a.m **Dx Ingreso:** N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Med: 30/10/14 6:53 p.m **Fecha Orden Egreso Admi:** 30/10/14 6:57 p.m

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA

Nota de Enfermeria 17+00 ingresa paciente proveniente de sala de cirugia en camilla en compañia de familiar al patalogia corpes al a cama 2420 sin complicaciones paciente sin soporte de oxigeno con apoyo venoso en mid permeable pasando por bomba peristaltica sin 80 cc/h abdomen blando depresible al palpacion herida quirurgica en flanco izquierdo por peritonitis cubierto con gasday fijo+rull limpio sangrantoso con circulacion alrededor apositado en compañia de familiar,se da bienvenida se explica valoracion de riesgo y se hace firmar 18+00 control de signos se lacia dieta sin cual hace 2 episodios vomitivos 19+00 entrego paciente en unidad sin en iguales condiones patologicas a cual mismo medico con mentiras sin complicaciones durante el turno en compañia de familiar

Profesional que diligencia: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA

CC 1018045781 R.M. 1018045781

Profesional que elabora: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA CC 1018045781 R.M. 1018045781

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

[redacted]

Paciente: RC 1072163014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 998425 **Fecha de Nac:** 18/05/2009 **Edad:** 10 a 5 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514694

Dirección: cra 1a **Dirección del Pdte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

AFP/a: SALUD TOTAL EPS-S S A **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E P S-S S.A

NOTAS DE ENFERMERIA

Fecha y Hora de atención: 27/10/2014 07:12 p.m.

Profesional: DIAZ MARTIN MARTHA ISABEL **Especialidad:** **Tp Atención:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 27/10/2014 6:31 p m **Dx Ingreso:** N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Med: 30/10/14 6:53 p m **Fecha Orden Egreso Adm:** 30/10/14 6:57 p.m.

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA

Nota de Enfermeria : 19+00 Recibo paciente en la unidad despierto tranquilo sin soporte de oxigeno, con buen patron respiratorio con acceso venoso en miembro superior derecho pasando goteo de SSN 0.9% A 50 CCH e coloca equipo bacteriyal cebadas por bombas de infusión platones siendo, caminando espontaneo, en compañia de familiar 20+00 control y registro de signos vitales, cuidados de enfermeria. se asimas necesidades basicas, se dan recomendaciones a familiar 23+00 paciente acepta y toleta via oral sin complicación, paciente estable 24+00 cierre de enfermeria paciente estable en compañia de familia, control y registro de signos vitales .2+00 paciente con buen patrón del sueño .4+00 control y registro de signos vitales.7+00 entrego paciente en la unidad despierto tranquilo sobre con requerimiento de oxigeno .con acceso venoso en extremidad superior derecho sin signos de flebitis. buen paso de la noche

Profesional que elaboró: DIAZ MARTIN MARTHA ISABEL
CC 20560050 R M 20560050

Profesional que elaboró: DIAZ MARTIN MARTHA ISABEL CC 20560050 R M 20560050

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 76
3538000

[redacted]

Paciente: RC 1072102814 RUBIO FLOREZ NICOLAS
Admisión: 168425 **Fecha de Nac:** 15/08/2009 **Edad:** 05 a 03 d 12 **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212614884
Dirección: nueva **Ubicación del Pcte:**
Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO SAN CAPACADO **Religión:** NO APLICA
Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino
Afilia: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Usuario:** Beneficiario
Régimen: PRINCIPAL
Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

NOTAS DE ENFERMERIA

Fecha y Hora de elaboración: 28/11/2014 11:38 a.m.

Profesional: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION
Hora Ingreso: 27/10/2014 6:31 a.m. **Dx Ingreso:** N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA
Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER
Fecha Orden Egreso Med: 30/10/14 6:53 p.m. **Fecha Orden Egreso Adm:** 30/10/14 6:57 p.m.

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA
Nota de Enfermería : 7+00 recibo paciente de un unidad vivo consciente alerta y orientado en tiempo con barandas arriba de acuerdo de origen con acceso venoso periférico permeable pasando por bomba de solución salina a 50 cchh abdomen blando depresible a la palpación no doloroso con plan manejo urgencia con dren cubierto con gasas y Rosetas húmedo sanguinolento con circulatorio eliminando espontaneo en campaña de media 8+00 control de signos 9+00 sobre dieta 10+00 se baña paciente en ducha y se arregla unidad de base cubierta 11+00 ronda de enfermería paciente tranquilo sin novedades 12+00 control de signos paciente vicia examinación 13+00 drenaje paciente en unidad vivo en iguales condiciones generales a igual manejo medico con medidas sin complicaciones durante el turno en compañía de familiar

Profesional que elaboró: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA
CC 1018046781 RM 1018046781

Profesional que elaboró: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA CC 1018046781 R.M. 1018046781

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1072182014 RUBIO FLOREZ NICOLAS
Admisión: 998425 Fecha de Ingreso: 15/05/2009 Edad: 10 a 9 m 12 d Estado Civil: MENOR DE EDAD Id: 3212014998
Dirección: [redacted] Ubicación del Paci.
Ciudad: Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO Religión: NO APLICA
Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD Sexo: Masculino
Régimen: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Tipo Usuario: Beneficiario
Segmento: PRINCIPAL
Contrato: SALUD TOTAL E P S-S S A

NOTAS DE ENFERMERIA

Fecha y Hora de atención: 28/10/2014 7:48 p.m.

Profesional: PEREZ PERILLA LINA MARIA Especialidad: Tp Admisión: HOSPITALIZACION
Hora Ingreso: 27/10/2014 8:31 a.m. Dx Ingreso: N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCIÓN DE LA UNION URETERO-PELVICA
Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER
Fecha Orden Egreso Med: 30/10/14 6:58 p.m. Fecha Orden Egreso Adm: 30/10/14 6:57 p.m.

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA
Nota de Enfermería : 13:00 recibe paciente en habitación con sus respectivas medidas de identificación despierto ,consciente ,colaborador , con buen patrón respiratorio ,acceso venoso en miembro superior izquierdo permeable pasando solución salina normal goteo a 50 ml hora, abdomen blando depresible a la palpación, herida quirúrgica en flanco derecho cubierta con apósito limpio y seco eliminación espontanea, miembros inferiores normales sin edemas, piel integra.
14:00 se realiza control y registro de signos vitales
15:00 paciente recibe y ubicada sin novedad,
16:00 paciente en compañía de los familiares.
17:00 se realiza ronda de enfermería sin novedad.
18:00 se realiza control y registro de signos vitales.
19:00 entrego paciente en habitación con sus respectivas medidas de identificación salina normal goteo a 50 cc hora, abdomen blando depresible a la palpación, herida quirúrgica en flanco derecho cubierta con apósito limpio y seco eliminación espontanea, miembros inferiores normales sin edemas,piel integra.

Profesional que observa: PEREZ PERILLA LINA MARIA
CC 52986236 R.M. 52986236

Profesional que elabora: PEREZ PERILLA LINA MARIA CC 52986236 R.M. 52986236

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1072182014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 998425 Fecha de Nacio: 4/08/2008 Edad: 10 a 6 m 12 d Estado Civil: MENOR DE EDAD Tel: 5212544664

Dirección: rovira Ubicación del Pcte:

Ciudad: Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO Religión: NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD Sexo: Masculino

APBs: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Tipo Vinculo: Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Convenio: SALUD TOTAL E P S-S S.A

NOTAS DE ENFERMERIA

Fecha y Hora de atención:
29/10/2014 3:48 a.m.

Profesional: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH Especialidad: Tp Admisión: HOSPITALIZACION
Hora Ingreso: 27/10/2014 6:01 a.m
Dx Ingreso: N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA
Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER
Fecha Orden Egreso Medi 30/10/14 6:53 p.m Fecha Orden Egreso Adm: 30/10/14 6:57 p.m.

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA
Nota de Enfermeria : 01+00 PACIENTE CONCILIA EL SUEÑO TRANQUILO NO PRESENTA CAMBIOS CLINICOS
02+00 SE TOMAN SIGNOS VITALES SE ENCUENTRA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
03+00 PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES
04+00 PACIENTE SIN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

Profesional que clasifica: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH
CC 52728448 R.M. 52728448
Profesional que elabora: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH CC 52728448 R.M. 52728448

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No: 16 - 75
3538000

Paciente: RC 1072100814 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 956425 Fecha de Nacio: 16/05/2009 - Edad: 10 a 5 m 12 d Estado Civil: MENOR DE EDAD Tel: 3012544894

Dirección: nvbn Ubicación del Pcte:

Ciudad: Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO Religión: NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD Sexo: Masculino

AFP/s: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Tipo Vinculo: Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S/S S.A

NOTAS DE ENFERMERIA

Fecha y Hora de creación:
28/10/2014 7:00 a.m.

Profesional: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH Especialidad: Tp Admisión: HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 27/10/2014 6:31 a.m. Dx Ingreso: N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Salida: N133 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Med: 28/10/14 6:33 p.m. Fecha Orden Egreso Adm: 28/10/14 6:57 p.m.

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA
Nota de Enfermeria : 05+00 SE TOMAN SIGNOS VITALES
06+00 PACIENTE PASO MUY BIEN LA NOCHE

07+00 ENTREGO: PACIENTE EN LA UNIDAD CON POP PIELOPLASTIA . PACIENTE DESPIERTO, TRANQUILO, AFEBRIL, ESTA EN LA UNIDAD COMODO Y SEGURO EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, PACIENTE CON MUCOSAS HUMEDAS HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON BUEN PATRON RESPIRATORIO, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, TORAX NORMOEXPANSIBLE, PACIENTE CON HERIDA QUIRURGICA EN FLANCO DERECHO CUBIERTA CON APOSITO LIMPIO Y SECO, CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PASANDO SSN A 80 CCH, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES SIN EDEMA, PIEL INTEGRA, ELIMINANDO ESPONTANEO

TIENE SUS RESPECTIVAS MANILLAS DE IDENTIFICACION

CONTROL DE LIQUIDOS ESTRICTO

Profesional que diligencio: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH
CC 52726449 R.M. 52726449

Profesional que elaboro: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH CC 52726449 R.M. 52726449

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1072182014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión:	998425	Fecha de Nac: 18/05/2008	Edad: 10 a 8 m 12 d	Estado Civil: MENOR DE EDAD	Tel: 3212514994
Dirección:	nueva		Ubicación del Pcte:		
Ciudad:		Barrio:	OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO	Religión:	NO APLICA
Ocupación:	NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD			Sexo:	Masculino
Aflia:	SALUD TOTAL EPS-S S A			Tipo Usuario:	Beneficiario
Sucursal:	PRINCIPAL				
Contrato:	SALUD TOTAL E.P.S-S S.A				

NOTAS DE ENFERMERIA

Fecha y Hora de atención: 28/10/2014 12:28 a.m.

Profesional: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH — Especialidad: — Tp Actividad: HOSPITALIZACION
Hora Ingreso: 27/10/2014 8:31 a.m.
Dx Ingreso: N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA
Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER
Fecha Orden Egreso Medi: 28/10/2014 8:53 p.m. — Fecha Orden Egreso Admi: 28/10/2014 8:57 p.m.

NOTAS DE ENFERMERIA/RIA - NOTA DE ENFERMERIA
Nota de Enfermeria : 19+00 RECIBO PACIENTE EN LA UNIDAD CON POP PIELOPLASTIA. PACIENTE DESPIERTO, TRANQUILO, AFEBRIL, ESTA EN LA UNIDAD CONFORTABLE Y SEGURO EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, PACIENTE CON MUCOSAS HUMEDAS HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON BUEN PATRON RESPIRATORIO, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, TORAX NORMOEXPANSIBLE, PACIENTE CON HERIDA QUIRURGICA EN FLANCO DERECHO CUBIERTA CON APOSITO LIMPIO Y SECO, CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PASANDO SSN A 50 CCH, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES SIN EDEMA, PIEL INTEGRA, ELIMINANDO ESPONTANEO

TIENE SUS RESPECTIVAS MANILLAS DE IDENTIFICACION

CONTROL DE LIQUIDOS ESTRICTO

20+00 SE TOMAN SIGNOS VITALES Y SE REGISTRAN DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
21+00 SE CONTINUA CON IGUAL PLAN DE CUIDADO Y MANEJO POR ORDENES MEDICAS
22+00 SE REALIZAN CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA
23+00 PACIENTE SIN CAMBIOS CLINICOS A LA HORA
00+00 SE REALIZA VIGILANCIA CONTINUA AL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE

Profesional que actualiza: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH
CC 52728448 R.M. 52728448
Profesional que elabora: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH CC 52728448 R.M. 52728448

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE
CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1072102814 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 996425 **Fecha de Nacio:** 18/05/2009 **Edad:** 4 a 5 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514694

Dirección: roma **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

A Plac: SALUD TOTAL EPS-S S.A **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

NOTAS DE ENFERMERIA

Fecha y Hora de atención: 28/10/2014 11:09 a.m.

Profesional: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 27/10/2014 8:31 a.m.

Dx Ingreso: N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RINON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Med: 30/10/14 8:50 p.m. **Fecha Orden Egreso Adm:** 30/10/14 8:57 p.m.

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA

Nota de Enfermeria 7+00 recibo paciente en unidad vivo consciente alerta y orientado en cama con barandas arriba sin soporte de oxigeno con acceso venoso en mal permeable pasando por bomba de infusión sin 50 cc/h abdomen blando depresible a la palpación no doloroso herida quirúrgica en flanco izquierdo por patronatos cubierto con pesas y tocosul humedo sanguinolento con cran de parvicua funcional eliminando expontaneo en compañia de familiar 8+00 control de signos 9+00 toma dieta 10+00 se baña paciente en ducha y se arregla unidad se realiza curación 11+00 ronda de enfermeria paciente tranquila sin novedades 12+00 control de signos 13+00 entrego paciente a la unidad vivo en iguales condiciones paracetamol e igual manejo medico con medidas sin complicaciones durante el turno en compañia de familiar

Profesional que ordena: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA
CC 1018046781 RM 1018046781

Profesional que elabora: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA CC 1018046781 RM 1018046781

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 960429 **Fecha de Nac:** 16/05/2009 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514884

Dirección: novena **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

APBs: SALUD TOTAL EPS S S A **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S S A

NOTAS DE ENFERMERIA

Fecha y Hora de Atención: 29/08/2014 7:04 p.m.

Profesional: GIRALDO TORRES MILEIDY **Especialidad:** **Tip Autorización:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 27/10/2014 8:31 a m **Dx Ingreso:** N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RINON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Med: 30/10/14 6:54 p m **Fecha Orden Egreso Adm:** 30/10/14 6:57 p m

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA

Nota de Enfermería : 13+00 recibo paciente masculino en la unidad en compañía de su mamá en posición decúbito supino con barandas elevadas con protectores de seguridad con monitoreo de electrocardiografía, canalera, alerta, orientado, con buen patrón respiratorio sin soporte de oxigeno con acceso venoso permeable en región de fosa antecubital superior izquierdo pasando un goteo de solución salina normal 0.9% por bomba de infusión a 50cc por hora, herida quirúrgica en flanco izquierdo por peritoneal con dren penrose funcional cubierto con gasas y fijación, miembros superiores e inferiores sin edemas, pies integros, abdomen blando, diuresis espontanea 14+00 control y registro de signos vitales 15+00 paciente estable en la unidad en compañía de su mamá con barandas elevadas 16+00 paciente estable con buen patrón respiratorio sin soporte de oxigeno, con acceso venoso permeable. 17+00 ronda de enfermería paciente mantiene venoclisis se suspende vía oral. 18+00 control y registro de signos vitales paciente continua sin nueva vía oral. 19+00 entrego paciente masculino en la unidad en compañía de su mamá en posición decúbito lateral derecho con barandas elevadas con protectores de seguridad con monitoreo de electrocardiografía, canalera alerta, orientado con buen patrón respiratorio, sin soporte de oxigeno, con acceso venoso permeable sin signos de flebitis en miembro superior izquierdo pasando un goteo de solución salina normal 0.9% por bomba de infusión a 50cc por hora, herida quirúrgica en flanco izquierdo por peritoneal con dren penrose funcional cubierto con gasas y fijación, miembros superiores e inferiores sin edemas, pies integros, abdomen blando, diuresis espontanea.

Profesional que elaboró: GIRALDO TORRES MILEIDY

CC 1026260229 R.M. 1026260229

Profesional que elaboró: GIRALDO TORRES MILEIDY CC 1026260229 R.M. 1026260229

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 16 - 75
3538000

Paciente: RC 1072102814 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 906425 **Fecha de Nace:** 16/05/2008 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3205514694

Dirección: Activa **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

AFBs: SALUD TOTAL EPS-S S A **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S A

NOTAS DE ENFERMERIA

Fecha y Hora de Atención: 29/10/2014 10:51 p.m.

Profesional: DIAZ MARTIN MARTHA ISABEL **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 27/10/2014 8:31 a.m **Dx Ingreso:** N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Med: 30/10/14 8:53 p.m **Fecha Orden Egreso Adm:** 30/10/14 8:57 p.m

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA

Nota de Enfermeria 19=00 Recibo paciente en la unidad despierto tranquilo con buen patrón respiratorio sin requerimiento de oxigeno suplementario, con acceso venoso con abbocan# 18#ddd, alimentando espontaneo con cuidadores verdaje esco en compañía de familiar. 20=00 control y registro de signos vitales se explican necesidades blancas 23=00 paciente acepta y tolera vo oral sin complicación .Ronda de enfermeria paciente estable en compañía de familiar 4 =00 control y registro de signos vitales. Buen patrón diturno se siguen ordenes medicas 7=00 entrego paciente en la unidad despierto tranquilo con buen patrón respiratorio con un buen acceso venoso en compañía de familiar tolerancias alimentos, sin complicaciones durante el turno.

Profesional que diligencia: DIAZ MARTIN MARTHA ISABEL

CC 20568050 R.M. 20568000

Profesional que elabora: DIAZ MARTIN MARTHA ISABEL CC 20568050 R.M. 20568000

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

[redacted]

Paciente: RC 1072102814 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 996423 **Fecha de Ingr:** 18/05/2009 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514694

Dirección: [redacted] **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

APBs: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E P S-S S A

NOTAS DE ENFERMERIA

Fecha y Hora de Impresión: 30/10/2014 1:11 p.m.

Profesional: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 27/10/2014 8:31 a.m. **Dx Ingreso:** N13.0 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Salida: N13.2 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RINON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Med: 30/10/14 6:55 p.m. **Fecha Orden Egreso Adm:** 30/10/14 6:57 p.m.

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA

Nota de Enfermeria : 7 +00 recibo paciente en unidad vivo consciente alerta y orientado en cama con barandas arriba sin soporte de oxigeno con acceso venoso en msi permeable pasando por bomba de infusión sin a 50 cc/H abdomen blando depresible a la palpación no doloroso con heridas quirúrgicas abdominales con puntos de sutura limpios y secos sin signos de infección con dren penroso herida quirúrgica en pene por circuncion descubierta limpia sin signo de infección eliminando espontaneo a n compañia de familiar 8+00 control de signos 9+00 lotero dieta 10+00 se baña paciente en ducha y se entrega unidad se hace curación 11+00 ronda de enfermeria paciente trascurre sin novedades 12+00 control de signos 13+00 entrego paciente en unidad vivo en iguales condiciones generales e igual manejo medico con medidas de complicaciones alrededor el turno en compañia de familiar

Profesional que elaboró: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA
CC 1018046781 R.M 1018046781

Profesional que elaboró: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA CC 1018046781 R.M. 1018046781

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 166425 **Fecha de Nac:** 16/06/2009 **Edad:** 10 a 5 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3125514884

Dirección: nueva **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

Afiliac: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Usuario:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A.

NOTAS DE ENFERMERIA

Fecha y Hora de Impresión: 30/10/2014 6:48 p.m.

Profesional: PEREZ PERILLA LINA MARIA **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 27/10/2014 6:21 p.m

Dx Ingreso: N135 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Salida: N133 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RINON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Medi: 30/10/14 6:03 p.m **Fecha Orden Egreso Admi:** 30/10/14 6:37 p.m.

NOTAS DE ENFERMERIA - NOTA DE ENFERMERIA

Nota de Enfermeria : 12:00 recibo paciente en habitacion con sus respectivas manillas de identificacion despierto , consciente ,orientado , con buen patron respiratorio acceso venoso en miembro superior izquierdo permeable pasando solucion salina normal goteo a 50 cc hora, abdomen blando depresible a la palpacion, herida quirurgica en flanco derecho cubierta con apósito limpio y seco eliminación espontanea, extremidades inferiores normales sin edemas, piel integra con orden de egreso.
14:00 se realiza control y registro de signos vitales.
15:00 paciente recibe y toleo via oral
16:00 paciente en compañía de los familiares .
17:00 se retira acceso venoso sin novedad
17:30 egresa paciente bajo cuidado de los padres con sus respectivas manillas de identificación ,activo , reactivo al tacto, con buen patron respiratorio , en acceso venoso, abdomen blando depresible a la palpación, herida quirúrgica en flanco derecho cubierta con apósito limpio y seco eliminación espontanea, miembros inferiores normales sin edemas,piel integra. Con sus respectivas indicaciones medicas para cuidado en casa. Paz y salvo firmado por jefe del servicio.

Profesional que cierra/re: PEREZ PERILLA LINA MARIA

CC 1072102014 R.M. 52968238

Profesional que elabora: PEREZ PERILLA LINA MARIA CC 1072102014 R.M. 52968238

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3539000

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 998421 Fecha de Nacio: 18/05/2009 Edad: 5 a 8 m 12 d Estado Civil: MENOR DE EDAD Tel: 3212514984

Dirección: none Ubicación del Pcte:

Ciudad: Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO Religión: NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD Sexo: Masculino

AFId: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Tipo Afiliado: Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y hora de elaboración: 27/10/2014 1:56 a.m

Profesional: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA Especialidad: Tp Admisión: HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 27/10/2014 6:31 a.m Dx Ingreso: N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Medi: 30/10/14 6:53 p.m Fecha Orden Egreso Admi: 30/10/14 6:57 p.m

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES

Presión arterial Sistólica : 90

Presión arterial Diastólica : 60

Presión media : 64.00

Frecuencia cardiaca : 124

Temperatura : 36.8

Frecuencia Respiratoria : 23

Saturación Oxigeno % : 95

Profesional que diligencia: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA
CC 1018046781 R.M 1018046781

Profesional que elabora: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA CC 1018046781 R.M 1018046781

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSÉ
CALLE 10 No. 18 - 75
3638000

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Autorizador: 905425 Fecha de Nace: 16/06/2009 Edad: 10 a 5 m 12 d Estado Civil: MENOR DE EDAD Tel: 3212514664

Dirección: nueva Ubicación del Pcte:

Ciudad: Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO Religión: NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD Sexo: Masculino

Aflia: SALUD TOTAL EPS-S S A Tipo Vinculo: Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S A

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de atención: 28/10/2014 8:00 a.m.

Profesional: DIAZ MARTIN MARTHA ISABEL Especialidad: Tp Autorizac: HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 27/10/2014 8:31 a m Dx Ingreso: N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCIÓN DE LA UNIÓN URETERO-PELVICA

Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCIÓN POR CALCULOS DEL RINON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Medi: 30/10/14 8:53 p m Fecha Orden Egreso Admc 30/10/14 8:57 p m

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES

Presión arterial Sistólica: 97

Presión arterial Diastólica : 50

Presión media : 65.67

Frecuencia cardiaca : 127

Temperatura : 36.9

Frecuencia Respiratoria : 22

Saturación Oxigeno % : 98

Profesional que diligencia: DIAZ MARTIN MARTHA ISABEL

CC 20585050 R M. 20585050

Profesional que elabora: DIAZ MARTIN MARTHA ISABEL CC 20585050 R M. 20585050

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSÉ

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 606425 **Fecha de Nac:** 15/05/2008 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514684

Dirección: sevilla **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACIÓN POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

APBs: SALUD TOTAL EPS-S S.A **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de elaboración: 28/10/2014 8:49 a.m.

Profesional: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA **Especialidad.** **Tp Actividad:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 27/10/2014 6:01 a.m **Dx Ingreso:** N135 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx. Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RINON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Med: 28/10/14 8:53 p.m **Fecha Orden Egreso Auto:** 30/10/14 6:17 p.m

VALORACIONES - VALIDACIÓN SIGNOS VITALES

Presión arterial Sistólica: 109

Presión arterial Diastólica: 76

Presión media: 87.00

Frecuencia cardiaca: 136

Temperatura: 36.7

Frecuencia Respiratoria: 30

Saturación Oxigeno %: 97

Profesional que diligencia: PALACIOS RODRIGUEZ ANGÉLICA PATRICIA

CC 1010046781 R.M. 1010046781

Profesional que elabora: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA CC 1010046781 R.M. 1010046781

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3536000

[redacted]

Paciente: RC 1072109014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 88023 **Fecha de Nac:** 16/08/2009 **Edad:** 10 a 6 m 13 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 32125[illegible]4694

Dirección: [illegible] **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

Aflija: BALLID TOTAL EPS-S S.A **Tipo Vivienda:** [illegible]

Encartado: PRINCIPAL

Contrato: BALLID TOTAL E.P.S-S S.A

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de atención: 30/10/2014 12:49 p.m.

Profesional: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA **Especialidad:** **TipoAdmisión:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 27/10/2014 6:31 p.m.

Dx Ingreso: N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Salida: N133 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RINON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Med: 30/10/14 6:53 p.m. **Fecha Orden Egreso Adm:** 30/10/14 4:37 p.m.

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES
Presión arterial Sistólica : 94
Presión arterial Diastólica : 57
Presión media : 69.33
Frecuencia cardíaca : 100
Temperatura : 37.1
Frecuencia Respiratoria : 27
Saturación Oxigeno % : 90

Profesional que plasmo: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA
CC 1010946791 R.M. 1010946791

Profesional que plasmo: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA CC 1010946791 R.M. 1010946791

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 16 - 76
3538000

[redacted]

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 695426 Fecha de Nace: [redacted] Edad: 10 a 6 m 13 d Estado Civil: MENOR DE EDAD Tel: 3213514664

Dirección: /cvivi Ubicación del Pcte:

Ciudad: Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO Indígena: NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD Sexo: Masculino

Aflia: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Tipo Vinculo: Beneficiario

Empresa: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E P S-S S.A.

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de atención: [redacted] 2:00 p.m.

Profesional: PEREZ PERILLA LINA MARIA Especialidad: Tp Atención: HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 27/10/2014 6:31 p.m. Dx Ingreso: N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA \

Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Red: 30/10/14 6:53 p.m Fecha Orden Egreso Adm: 30/10/14 6:07 p.m

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES
Presión arterial Sistólica : 101
Presión arterial Diastólica : 66
Presión media 79.00
Frecuencia cardiaca : 141
Temperatura : 38.3
Frecuencia Respiratoria 30
Saturación Oxigeno % : 03 al 21%

Profesional que atiende: PEREZ PERILLA LINA MARIA

CC [redacted] R.M. [redacted]

Profesional que elabora: PEREZ PERILLA LINA MARIA CC [redacted] R.M. [redacted]

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

[redacted]

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 668426 **Fecha de Nac:** 15/09/2009 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3213514654

Dirección: xxxxx **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

Aseg: SALUD TOTAL EPS-S S.A **Tipo Usuario:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de Atención: [illegible] 5:00 p.m.

Profesional: PEREZ PERILLA LINA MARIA **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACIÓN

Hora Ingreso: 27/10/2014 8:31 a.m

Dx Ingreso: N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Med: 30/10/14 6:59 p.m **Fecha Orden Egreso Admi:** 30/10/14 6:57 p.m

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES

Presión arterial Sistólica : 101

Presión arterial Diastólica : 65

Peso(Kg medio) : 17.00

Frecuencia cardiaca : 135

Temperatura : 36.9

Frecuencia Respiratoria : 22

Saturación Oxigeno % : 94 al 21%

Profesional que diligencia: PEREZ PERILLA LINA MARIA

CC [redacted] R.M. 52968256

Profesional que MODIFICA: PEREZ PERILLA LINA MARIA CC 52968256 R.M. 52968256

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3536000

Paciente: RC 1072102814 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 966435 Fecha de Nacim: 10/05/2006 Edad: 10 a 6 m. 12 d Estado Civil: MENOR DE EDAD Tel: 3212314894

Dirección: rovira Ubicación del Pcte:

Ciudad: Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO Religión: NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD Sexo: Masculino

Afilia: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Tipo Vinculo.: Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Convenio.: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de elaboración: 28/10/2014 3:56 p.m.

Profesional: VILLANOVA NUÑEZ OLGA YANETH Especialidad: Tip Admisión: HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 27/10/2014 8:31 a.m.

Dx Ingreso: N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Med.: 30/10/14 8:53 p.m. Fecha Orden Egreso Adm.: 30/10/14 8:37 p.m.

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES

Presión arterial Sistólica : 110

Presión arterial Diastólica : 68

Presión media : 84.67

Frecuencia cardiaca : 140

Temperatura : 37.3

Frecuencia Respiratoria : 26

Saturación Oxigeno % : 93

Profesional que cierra: VILLANOVA NUÑEZ OLGA YANETH

CC 52728448 R.M. 52728448

Profesional que elabora: VILLANOVA NUÑEZ OLGA YANETH CC 52728448 R.M. 52728448

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No 18 - 75
3538000

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA
HOSPITAL DE SAN JOSE

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Autoridad: 999/25 **Fecha de Nac:** 18/05/2000 **Edad:** 13 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel.** 3212514894

Dirección: rovira **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

Afilia: SALUD TOTAL EPS-S S.A **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Convenio: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de atención: 29/10/2014 12:41 a.m.

Profesional: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH **Especialidad:** **Ep.Atención:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 27/10/2014 6:31 a.m **Dx Ingreso:** N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Med: 30/10/14 8:53 p.m **Fecha Orden Egreso Admi:** 30/10/14 9:37 p.m

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES

Presión arterial Sistólica: 102

Presion arterial Diastólica: 62

Presión media : 75.33

Frecuencia cardiaca : 130

Temperatura: 36.7

Frecuencia Respiratoria : 24

Saturación Oxigeno % : 92

Profesional que diligencia: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH

CC 52728448 R.M. 52728448

Profesional que valida: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH CC 52728448 R.M. 52728448

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE
CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1072103014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Autorizador: 998425 **Fecha de Nacto:** 18/05/2009 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Id.** 321254894

Dirección: sindra **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

Afil: SALUD TOTAL EPS S S.A. **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E P S-S S.A

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y hora de atención: 28/10/2014 6:58 a.m.

Profesional: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH **Especialidad:** **Es Admisión:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 27/10/2014 6:31 a m.

Dx Ingreso: N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETEROPELVICA

Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RINON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Med: 30/10/14 6:53 p m **Fecha Orden Egreso Admi:** 30/10/14 6:57 p m

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES

Presion arterial Sistólica : 94

Presion arterial Diastólica 59

Presión media : 70 67

Frecuencia cardiaca : 115

Temperatura : 36.6

Frecuencia Respiratoria 28

Saturación Oxigeno % 94

Profesional que cierra: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH

CC 52726448 R.M 52726448

Profesional que evalúa: VELANDIA NUÑEZ OLGA YANETH CC 52726448 R.M 52726448

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 16 - 75
3536000

[redacted]

Paciente: RC 1072102814 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 908425 **Fecha de Nace:** 15/08/2009 **Edad:** 10 a 9 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514854

Dirección: cra1m **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

Afilia: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Beneficiario: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A.

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de elevación: 29/10/2014 8:58 a.m.

Profesional: GIRALDO TORRES MILEIDY **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 27/10/2014 9:31 a.m. **Dx Ingreso:** N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Med 30/10/14 6:53 p.m. **Fecha Orden Egreso Admi:** 30/10/14 6:57 p.m.

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES

Presión arterial Sistólica : 112

Presión arterial Diastólica 70

Presión media 80.00

Frecuencia cardiaca : 135

Temperatura : 36.7

Frecuencia Respiratoria 27

Saturación Oxigeno % : 92

Observaciones al Ing

Profesional que elabora: GIRALDO TORRES MILEIDY

CC 1072102814 R.M. 1072102814

Profesional que elabora: GIRALDO TORRES MILEIDY CC 1072102814 R.M. 1072102814

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 888425 **Fecha de Nota:** 15/05/2009 **Edad:** 10 a 5 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Id:** 3212514894

Dirección: rovira **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

AFP/s: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sede/sub: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de Atención: 28/10/2014 12:00 p.m.

Profesional: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACIÓN

Hora Ingreso: 27/10/2014 8:31 p.m.

Dx Ingreso: N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Salida: N133 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Hosp: 30/10/14 6:53 p.m. **Fecha Orden Egreso Adm:** 30/10/14 5:07 p.m.

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES

Presión arterial Sistólica : 105

Presión arterial Diastólica : 77

Presión media : 86.33

Frecuencia cardiaca : 120

Temperatura : 36.7

Frecuencia Respiratoria : 23

Saturación Oxigeno % : 98

Profesional que Diligencio: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA

CC 1018046781 R.M. 1018046781

Profesional que Autorizo: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA CC 1018046781 R.M. 1018046781

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 16 - 75
3538000

[redacted]

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLÓREZ NICOLAS

Admisión: 994115 Fecha de Nac: 16/08/2009 Edad: 10 a 6 m 12 d Estado Civil: MENOR DE EDAD Tel: 3212514994

Dirección: rovira Ubicación del Pac:

Ciudad: Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO Religión: NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD Sexo: Masculino

APBs: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Tipo Usuario: Beneficiario

Becerral: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A.

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de Impresión:
28/10/2014 3:46 p.m.

Profesional: PEREZ PERILLA LINA MARIA Especialidad: Tp Admisión: HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 27/10/2014 5:31 a.m. Dx Ingreso: N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Salida: N133 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CÁLCULOS DEL RIÑON Y DEL URÉTER

Fecha Orden Egreso Med: 30/10/14 8:53 p m Fecha Orden Egreso Adm: 30/10/14 6:57 pm

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES
Presión arterial Sistólica : 100
Presión arterial Diastólica : 70
Presión media : 81.00
Frecuencia cardiaca : 115
Temperatura : 36.3
Frecuencia Respiratoria : 24
Saturación Oxígeno % : 96 AL 21%

Profesional que cierra: PEREZ PERILLA LINA MARIA
CC 52998238 R.M. 52998238

Profesional que elabora: PEREZ PERILLA LINA MARIA CC 52998238 R.M. 52998238

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Identificación: 909426 Fecha de Nacim: 10/05/2005 Edad: 10 a 5 m 12 d Estado Civil: MENOR DE EDAD Tel: 3212314794
Dirección: nvvns Ubicación del Pcte:
Ciudad: Barrio: OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO Religión: NO APLICA
Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD Sexo: Masculino
Afiliac: SALUD TOTAL EPS-S S A. Tipo Vinculac: Beneficiario
Sucursal: PRINCIPAL
Convenio: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de atención: 29/10/2014 6:56 p.m

Profesional: GIRALDO TORRES MILEIDY Especialidad Tp Admisión: HOSPITALIZACION
Hora Ingreso: 27/10/2014 8:31 a.m Dx Ingreso: N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCIÓN DE LA UNION URETERO-PELVICA
Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER
Fecha Orden Egreso Med: 30/10/14 6:53 p.m Fecha Orden Egreso Adm: 30/10/14 6:57 p.m

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES
Presión arterial Sistólica : 108
Presión arterial Diastólica: 68
Presión media: 79.00
Frecuencia Cardíaca : 122
Temperatura : 36.7
Frecuencia Respiratoria: 28
Saturación Oxigeno % : 99
Observaciones: al 21%

Profesional que diligencia: GIRALDO TORRES MILEIDY
CC 1026280228 R.M 1026280228
Profesional que elabora: GIRALDO TORRES MILEIDY CC 1026280228 R.M. 1026280228

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3536000

Procedimiento que garantiza una adecuada [illegible]

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 993426 **Fecha de Nacim:** 10/09/2009 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212314894

Dirección: none **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

Aflia: SALUD TOTAL EPS-S S A **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Suscrip: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S.S.A

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de ejecución: 28/10/2014 11:53 p.m.

Provisional: DIAZ MARTIN MARTHA ISABEL **Especialidad:** **Tp Admision:** HOSPITALIZACIÓN

Hora Ingreso: 27/10/2014 6:31 a.m. **Dx Ingreso:** N390 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Medi: 28/10/14 6:53 p.m **Fecha Orden Egreso Adm:** 28/10/14 6:57 p.m.

VALORACIÓN - VALORACIÓN SIGNOS VITALES
Presión arterial Sistólica : 110
Presión arterial Diastólica : 68
Presión media : 82.06
Frecuencia cardiaca : 101
Temperatura : 36.3
Frecuencia Respiratoria : 20
Saturación Oxigeno % : 92

Profesional que clausura: DIAZ MARTIN MARTHA ISABEL
CC 20565060 R.M. 20565060
Profesional que elabora: DIAZ MARTIN MARTHA ISABEL CC 20565060 R.M. 20565060

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 238423 **Fecha de Nacto:** 19/05/2009 **Edad:** 10 a 6 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212514894

Dirección: 40#78 **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACIÓN POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

APBs: BALLID TOTAL EPS-S S.A **Tipo Vivienda:** Desconocido

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: BALLID TOTAL E.P.S-S S.A

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de atención: 30/10/2014 6:49 p.m.

Profesional: DIAZ MARTIN MARTHA ISABEL **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACIÓN

Hora Ingreso: 27/10/2014 6:31 a.m. **Dx Ingreso:** N133 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCIÓN POR CALCULOS DEL RINON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Med: 30/10/14 6:53 p.m. **Fecha Orden Egreso Adm:** 30/10/14 6:57 p.m.

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES

Presión arterial Sistólica : 109

Presión arterial Diastólica : 68

Frecuencia cardiaca : 107

Temperatura : 36

Frecuencia Respiratoria : 20

Saturación Oxígeno % : 93

Profesional que diligencia: DIAZ MARTIN MARTHA ISABEL

CC 20585060 R.M 20585060

Profesional que atiende: DIAZ MARTIN MARTHA ISABEL CC 20585060 R.M 20585060

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE
CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1072102814 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 966435 Fecha de Nacim: 16/06/2009 Edad: 10 a 6 mes 12 d Estado Civil: MENOR DE EDAD Tel: 3212514694

Dirección: rovira Ubicación del Pcte:

Ciudad: Barrio: OTRO/BARRIO NO ESPECIFICADO Religión: NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD Sexo: Masculino

Aflac: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Tipo Vinculo: Beneficiario

Beneficiario: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S.A.

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y hora de atención: 28/10/2014 8:09 a.m.

Profesional: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA Especialidad: Tp Admisión: HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 27/10/2014 8:31 a.m. Dx Ingreso: N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Medi: 30/10/14 8:55 p.m. Fecha Orden Egreso Admi: 30/10/14 8:57 p.m.

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES-
Presión arterial Sistólica : 94
Presión arterial Diastólica : 48
Presión arterial : 71.67
Frecuencia cardiaca : 112
Temperatura : 37.1
Frecuencia Respiratoria : 29
Saturación Oxigeno % : 97

Profesional que registra: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA
CC 1018048781 R.M. 1018048781

Profesional que elimina: PALACIOS RODRIGUEZ ANGELICA PATRICIA CC 1018048781 R.M. 1018048781

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3638000

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 000035 **Fecha de Nacim:** 15/05/2009 **Edad:** 10 a 5 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel.** 3212514604

Dirección: carrera **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NIÑO(A) NO APLICA POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

ARS: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Régimen: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A.

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de Impresión: 30/10/2014 11:59 p.m.

Profesional: GIRALDO TORRES MILEIDY **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 27/10/2014 8:31 a.m. **Dx Ingreso:** N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO PELVICA

Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Medi: 30/10/14 6:03 p.m. **Fecha Orden Egreso Adm:** 30/10/14 6:57 p.m.

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES

Presión arterial Sistólica : 100

Presion arterial Diastólica : 69

Presión media : 81.33

Frecuencia cardiaca : 120

Temperatura : 36.6

Frecuencia Respiratoria : 22

Saturación Oxigeno % : 97

Observaciones : al 21%

Profesional que diligencia: GIRALDO TORRES MILEIDY

CC 1026269228 R.M. 1026269228

Profesional que elabora: GIRALDO TORRES MILEIDY CC 1026269228 R.M. 1026269228

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 16 - 75
3536000

Paciente: RC 1072182014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 699426 **Fecha de Nacim:** 16/05/2009 **Edad:** 10 a 5 m 12 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Ide.** 1210514984

Dirección: none **Lugar de Nac:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Teléfono:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACIÓN POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

AFP: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL S.P.S-S S.A.

1 VALORACIONES HOSPITALIZACIÓN

Fecha y Hora de Impresión: 24/11/2014 2:09 p.m.

Profesional: PEREZ PERILLA LINA MARIA **Especialidad:** **Tp Admisión:** HOSPITALIZACION

Hora Ingreso: 27/10/2014 8:31 a m. **Dx Ingreso:** N130 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Dx Salida: N132 - HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION POR CALCULOS DEL RIÑON Y DEL URETER

Fecha Orden Egreso Med: 30/10/14 6:03 p.m **Fecha Orden Egreso Adm:** 30/10/14 6:57 p.m

VALORACIONES - VALORACIÓN SIGNOS VITALES
Presión arterial Sistólica : 98
Presión arterial Diastólica : 60
Presión media : 72.00
Frecuencia cardiaca : 112
Temperatura : 36.8
Frecuencia Respiratoria : 20
Saturación Oxigeno % : 98 al 21%

Profesional que ordena: PEREZ PERILLA LINA MARIA
CC 52966238 R.M. 52966238

Profesional que realiza: PEREZ PERILLA LINA MARIA CC 52966238 R.M. 52966238

	SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ - HOSPITAL DE SAN JOSÉ		
	ATENCIÓN HOSPITALARIA MÉDICO - QUIRÚRGICA		
	INFORMACION DE ENFERMERÍA AL PACIENTE Y FAMILIA		
	Código: AH-FO-255	Fecha de Aprobación: 04 de Julio de	Versión: 01

Señor (usuario le damos la bienvenida al Hospital de San José, mi nombre es [illegible] cargo [illegible], voy a estar disponible para su cuidado en este turno. Durante su hospitalización puede consultar la guía del paciente, si tiene alguna inquietud, no dude en preguntarnos, estamos a su disposición para aclarar las dudas que puedan surgir y ayudar a resolverlas en forma oportuna.

Carpeta: 1677727-CH C: RC :1072102014
Apellidos: RUBIO FLOREZ
Nombre: NICOLAS 2009/05/16

SERVICIO	(UCI)				
FECHA	25 10 14				
PREVENCIÓN DE CAÍDAS * Mantenga las barandas arriba *Haga uso del timbre *No deje sólo a su familiar, teniendo en cuenta las normas del servicio *Se recomienda uso de calzado seguro para el paciente	✓				
PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN: *Cambios de posición cada dos horas *Aplicación de crema humectante con cada cambio de posición *Mantener sábanas sin arrugas	NO				
MANEJO DE RESIDUOS *Canaca verde: Residuos comunes *Canaca roja: Residuos contaminados (guantes, jeringas sin aguja, elementos con fluidos corporales)	✓				
PLAN DE EMERGENCIA *Alarma intermitentes: prepárese para una posible evacuación *Alarma continua: debe salir de la institución Tenga en cuenta las instrucciones del personal de la institución.	✓				
PRÓTESIS DENTALES Se recomienda que el paciente retire las prótesis y su utilización sea solo para tomar los alimentos. **NO UTILIZARLAS MIENTRAS DUERME**	NO				
ELEMENTOS DE VALOR El hospital no se hace responsable de celulares, computadores, joyas, dinero y demás elementos de valor	✓				
HORARIOS DE VISITA					
*Hospitalización: 8:30 am - 5:30 pm	✓				
*U. Coronaria: 11- 12 am 3.00-4:00 pm					
*UCI Adultos: 11.30-12:00 am 3:00-3:30 pm 5:00-5:30 pm					
*UCI intermedios. 11-11.30 4:30 a 5.00					
-Madres: 8:30-12:30 am 2:30-5:30 pm					
GUÍA DEL USUARIO Por favor consulte la guía para complementar la información referente a la atención hospitalaria, derechos y deberes entre otros	✓				
FIRMA DE ENFERMERA	[illegible]				
FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR	[illegible]				

CONDICIONES DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE					
FECHA	25/10/14				
HORA DE ORDEN DEL PACIENTE	Correcta				
SERVICIO AL QUE INGRESA					
ASPECTO					
ESTADO DE CONCIENCIA	✓				
*Alerta					
*Orientado					
*Somnoliento					
*Inconsciente					
MEDIOS INVASIVOS					
*Catéter periférico	MSD				
*Catéter central	—				
*Sonda pleural	—				
*Tubo endotraqueal	—				
*Oxigeno	—				
*Otro (especifique)	—				
FIRMA DE ENFERMERA QUE ENTREGA PACIENTE					
FIRMA DE ENFERMERA QUE RECIBE PACIENTE					

NOC CIRUGIA DE BTA. HOSPITAL DE SAN JOSE

NIT: 899999017 -1

CALLE 10 NO. 16-75- 3538000

HOJA DE ADMISION - INGRESO

Fecha: 2014/10/27

Hora: 09:15:32

Código:

Fecha Ing (aaaa/mm/dd)	Hora de Ingreso	Tipo de Atención	No. Cama	No. Carpeta	9877727 - 2
2014/10/27	09:08:00	Hospitalizado		Responsable	EPS002 - SALUD TOTAL E.P.S. S.A.

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Est. Civil	Edad: 5 Años	AAAA/MM/DD
RUBIO	FLOREZ	NICOLAS	SOLTERO(A)	Sexo: M	Fecha de Nacimiento: 2009/05/16

Lugar de Nacimiento	Identificación	Ocupación	Dirección Domicilio	Teléfono
IBAGUE	RC - 1072102014		CR 6 9 21 BARRIO LA ANTENA ROW	3212514694

Procedencia (Dpto)	Procedencia (Ciudad)	Tipo de Usuario	No. Poliza	No. Semanas Cotizadas
TOLIMA	ROVIRA	BENEFICIARIO POS-C	1072102014	

Nombre Acompañante	Dirección	Teléfono
	CR 6 9 21 ROBIRA	

Persona Responsable del Paciente	Teléfono	Parentesco
NICOLAS RUBIO FLOREZ	3212514694	

Servicio Ingreso	Medico Tratante	Especialidad
UROLOGIA	ROSSA MENDOZA MARCO AURELIO	UROLOGIA

Fecha de Egreso(aaaa/mm/dd): _____ Hora de Egreso: _____

Observaciones de Autorizaciones

C.C.

a del Responsable.

DATOS DEL ASEGURADOR

Nombre Empresa	SALUD TOTAL E.P.S. S.A.	NIT.	EPS002
Dirección	AV.CARRERA 30 N 45 A 52	Teléfono	4754100-5754100

SOC CIRUGIA DE BTA. HOSPITAL DE SAN JOSE

NIT. 899999017 - 4

CALLE 10 NO. 18-75- 3538000

HOJA DE ADMISION - INGRESO

Fecha: 2014/11/03 /3

Hora: 03:00:22

Código:

Fecha Ing (aaaa/mm/dd)	Hora de Ingreso	Tipo de Atención	No. Cama	No. Carpeta	
2014/11/02	23:50:00	Ambulatorio		1677727 - 2	

Responsable: EPS002 - SALUD TOTAL E.P.S. S.A.

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Est. Civil	Edad:	AAAAMMDD
RUBIO	FLOREZ	NICOLAS	SOLTERO(A)	Sexo: M	Fecha de Nacimiento: 2008/05/16

Lugar de Nacimiento	Identificación	Ocupación	Dirección Domicilio	Teléfono
IBAGUE	RC 1072-02014		CR 6 # 31 BARRIO LA ANTENA ROVIRA	3212514694

Procedencia (Opio)	Procedencia (Ciudad)	Tipo de Usuario	No. Póliza	No. Semanas Cotizadas
ROVIRA	ROVIRA	BENEFICIARIO POS C	1072020141	

Nombre Acompañante	Dirección	Teléfono
	CR 6 # 31 ROVIRA	

Persona Responsable del Paciente	Teléfono	Parentesco
NICOLAS RUBIO FLOREZ	3212514694	

Servicio Ingreso	Medico Tratante	Especialidad
PEDIATRIA	PRECIADO BARRERA BELEN YVONNE	PEDIATRIA

Fecha de Egreso(aaaa/mm/dd)	Hora de Egreso

Observaciones de Autorizaciones

Observación

C C

Firma del Responsable

DATOS DEL ASEGURADOR

Nombre Empresa:	SALUD TOTAL E.P.S. S.A.	NIT:	EPS002
Dirección:	AV.CARRERA 30 N.45 A 52	Teléfono:	4754100-5754100

12

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT 899999017-4
Calle 10 No.18 - 75 PBX 353 80 00

ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha 27/10/2014 10:28 Ambito: HOSPITALIZACION Admisión: 998425 ORDEN INT No. 2124701
Paciente: RC 1072102014 RUBIC FLOREZ NICOLAS F. Nacimiento:16/05/2009 Edad:5 a 5 m 11 d Género:MASCULINO
Pabellón: Habitación: Cama:
APB: SALUD TOTAL S.A. Contrato: SALUD TOTAL S.P.S

Indicaciones	Quien Ejecuta
HOSPITALIZAR POR UROLOGIA PABELLON CORPAS	NORATO PERICO NORMAN NO REGISTRO 7223015

Observador de la Orden Dependencia

ESP. UROLOGIA PEDIATRICA
REG. MED.

QUIEN ORDENA FIRMA PACIENTE

Quien Ordena: NOSSA MENDOZA MARCO AURELIO Registro Médico. 2918237 Dependencia: CIRUGIA AMBULATORIA

rplOrdenesAdministrativas rpl

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1072183014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

Admisión: 047995 **Fecha de Ingreso:** 16/05/2009 **Edad:** 10 a 5m 11 d **Estado Civil:** MENOR DE EDAD **Tel:** 3212814694

Dirección: rovira **Ubicación del Pcte:**

Ciudad: **Barrio:** OTRO BARRIO NO ESPECIFICADO **Religión:** NO APLICA

Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD **Sexo:** Masculino

APBs: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Tipo Vinculo:** Beneficiario

Sucursal: PRINCIPAL

Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

ANESTESIA PRIMERA VEZ

Fecha y Hora de elaboración: 1/09/2014 2:21 p.m.

Profesional: MAESTRE ARDILA KETTY PAOLA **Especialidad:** ANESTESIOLOGIA **Tp Admisión:** AMBULATORIO
Hora ingreso: 01/09/2014 1:59 p.m

SERVICIOS REALIZADOS		CANTIDAD
890302	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	1

ANESTESIA PRIMERA VEZ - DATOS DE LA CONSULTA
Intervención Programada PIELOPLASTIA IZQUIERDA Abierta + CATETERIZACION

Fecha de la cirugía . -

Cirujano : DR NOSSA

Ingresa primip : NO

¿Cardiopata? . NO

Anestesia PRIMERA VEZ - ANTECEDENTES
Escriba todas las intervenciones quirúrgicas con fechas de realización, tipo de anestesia y complicaciones : Niega

Escriba cualquier alergia a Penicilina, Sulfas, Quinolonas, Dipirona, Diclofenaco, Morfina, Medio de contraste, Yodados, Talco, Látex u Otros, (y su reacción a ellos) LORATADINA
Escriba todos los MEDICAMENTOS que ha tomado en el último mes (incluidos fármacos SIN RECETA, Infusiones, Inhaladores, Hierbas medicinales, complementos dietéticos, vitaminas y aspirina) . Niega
¿Ha tomado esteroides (prednisolona o cortisona) en los últimos 2 años? : NO

¿Ha fumado alguna vez?(Cualquier cosa en pequeñas dosis) : Niega

¿Toderba fuma? : No

¿Cuándo bebió alcohol por última vez? . Niega

¿Ha tenido alguna vez problemas con la bebida? : Niega

¿Consume drogas ilegales? : NO

¿Puede participar en deportes muy intensos, como la natación, tenis individual, atletismo, baloncesto? . NO

¿Ha subido en los últimos 2 semanas 3 tramos de escaleras, o caminado 6 manzanas sin detenerse? NO

¿Ha tenido problemas cardiacos? : NO

¿Cuál? (es) (Dolor torácico, u opresión, ataques cardiacos, ECG anormal, palpitaciones, soplo cardiaco, insuficiencia cardiaca, líquido en los pulmones,) : Niega

¿Necesita antibióticos antes de una intervención dental común? : NO

¿Tiene o ha tenido alguna vez hipertensión? : NO

¿Ha tenido algún problema pulmonar o torácico? : NO

¿Cuál ? (es) (Dificultad para respirar, Hinchazón alérgica, enfisema, bronquitis crónica, tuberculosis, radiografía de tórax anormal) : Niega

¿Está tomando anfamino o tuvo recientemente (2 semanas) un catarro, fiebre, escalofrío, gripe o los produce? . NO

¿Tiene usted o alguien de su familia algún problema hemorrágico grave?(Hemorragia prolongada de la nariz, las encías, tras extracciones dentales o cirugía) : NO

¿Ha tenido algún problema sanguíneo (anemia, leucemia, anemia falciforme, coágulos, transfusiones)? : NO

¿Alguna vez ha tenido problemas de Hígado, Cirrosis, hepatitis, ictericia, ictericia? : NO

¿Alguna vez ha tenido problemas de Riñón, cálculos, infecciones, insuficiencia y diálisis? : SI

¿Alguna vez ha tenido problemas de Aparato digestivo, úlcera frecuente, hernia de hiatal, úlcera de estomago, reflujo gastroesofagico? . NO

¿Ha tenido afecciones de la Espalda, cuello o mandíbula, ATM, artritis reumatoidea? : NO

¿Alguna vez ha tenido problemas de Tiroides, bocio, hipotiroidismo, supuestamente, paratiroides? : NO

¿Ha perdido peso recientemente? NO

¿Alguna vez le han dicho que tuviera diabetes? NO

¿Se despierta para orinar mas de una vez por la noche? . NO

¿Alguna vez ha tenido Convulsiones, epilepsia o perdida de conciencia? . NO

¿Alguna vez ha tenido accidentes cerebro vascular, debilidad en las piernas o brazos, dificultad para hablar? : NO

¿Alguna vez ha tenido calambres en las piernas al caminar? : NO

¿Alguna vez ha tenido problemas de audición, visión o memoria? NO

¿Alguna vez le han tratado de cáncer con quimioterapia o radioterapia? : NO

¿Es posible que este embarazada (aunque sea recientemente)? : NO

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE
CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA
HOSPITAL DE SAN JOSE

Paciente: RC 1072102914 RUGAO FLOREZ NICOLAS

SERVICIOS REALIZADOS		CANTIDAD
890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	1

ANESTESIA PRIMERA VEZ - ANTECEDENTES
¿El último periodo menstrual comenzó (día/mes/año)? : Niega

¿Sus capacidades físicas limitan sus actividades diarias? : NO

ANESTESIA PRIMERA VEZ - PROBLEMAS CON LA ANESTESIA
¿Alguna vez se ha tenido problemas con la anestesia o la cirugía? (Nauseas, vómito, vivimos, hipertermia maligna, deficit de colinesterasas (valed o familiares)) : Niega

¿Usted se considera alérgico? : NO

ANESTESIA PRIMERA VEZ - VIA AEREA
Tiene algún(os) diente(s): Fracturado o flojo : NO

Tiene algún(os) diente(s): Prótesis, Estéticos, Puentes : NO

Tiene problemas para apertura máxima de la boca : NO

¿Tiene dificultad para colgar, ensanchamiento? : NO

ANESTESIA PRIMERA VEZ - OTROS ANTECEDENTES
Escriba las enfermedades médicas no anotadas antes y los antecedentes familiares y quien lo padece PERINATALES: PRODUCTO DE 4TO EMBARAZO, A TERMINO DE 40 SEMANAS, PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES HOSPITALIZADO 4 DIAS AL NACER POR SOSPECHA DE ATRESIA ESOFAGICA DESCARTADA, NIEGA ALGUN OTRO ANTECEDENTE
HIDRONEFROSIS GRADO III IZQUIERDA
ABLELA PATERNA HTA
Comentarios /Preguntas para la enfermera o el anestesiólogo : -

ANESTESIA PRIMERA VEZ - EXAMEN FÍSICO
Peso (kg) : 24

Talla (cm) : 124

TA (mmHg) : 100/60

FC (latx/min) : 60

FR (resp/min) : 18

Mallampati : NO

ATM : ADECUADA

Apertura Oral (cm) : 5 CM

Mallampati : II

DMH (cm) : ADECUADA

Dentadura : PRÓPIA

Cuello : LARGO

Flexoextensión : ADECUADA

DMT (cm) : 7 CM

Ronca : SI

Buenos Accesos venosos : SI

Cardiovascular : RSCS RITMICOS NO SOPLOS

Pulmonar : RSRS CONSERVADOS NO AGREGADOS

Neurológico : Niega

Extremidades y Columna vertebral : Niega

ANESTESIA PRIMERA VEZ - PARACLINICOS
No requiere : NO

Hb (gm %) :

Hcto (%) :

Plaquetas (/mm3) :

Leucocitos (/mm3) :

N :

L :

E :

B :

C :

TPT (seg) :

T. Sangría (seg) :

Creatinina :

BUN (mg %) :

CO2 (mil/mm) :

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No. 18 - 75
3538000

[redacted]

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

CODIGO DE REALIZACION		CANTIDAD
890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	1

Anatipticos Hotatitis vit2 - HEMOCLASIFICACION
Glicemia (mg %)
Na (mEq/l) .
K (mEq/l) :
Cl (mEq/l) :
Ca (mg)
Mg (mg) .
Bilirrubina T (mg %) :
Bilirrubina D
Bilirrubina I .
SGOT :
SGPT :
Fosfatasa alcalina
Amilasa .
TS .
T4 :
TBN :
Espirometria CVF .
Espirometria VEF1 .
Espirometria VEF1/CVF :
Espirometria Visual :
Uroanálisis .
Albumina :
Hemoclasificación
EKG
Ecocardiograma
Holter
Prueba de esfuerzo
Rx tórax .
Otros :

ANESTESIA PRIMERA VEZ - ANÁLISIS DE RIESGOS
Tipo de intervención : Programada
Categoria quirurgica Categoria quirúrgica A
ASA : I
Predicción de intubación . Facil
Riesgo estimado de complicación . Bajo

ANESTESIA PRIMERA VEZ - RECOMENDACIONES PRE-ANESTÉSICAS
Programar : SI
Reserva de Hemoderivados según protocolo NO
Ayuno pre-quirúrgico : Pediátrico
UCI post-quirúrgico : NO
Monitoria invasiva : NO
UCI Intermedio : NO
No usa Prótesis (Dental, Lentes de Contacto, Oculer, etc.) : NO
Hospitalización pre-quirurgica . NO
Interconsulta : No
Medicación : No
Preparar carro de via aérea difícil . NO
Terapia Respiratoria previa : NO
Manejo integral del dolor post-operatorio : NO
Profilaxis mecanicas : NO
Profilaxis neumonitis aspirativa y TVP NO
ANESTESIA PRIMERA VEZ - PLAN DE MANEJO :

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE

CALLE 10 No 18 - 75
3538000

Paciente: RC 1072162014 RUBIO FLOREZ NICOLAS

SERVICIOS REALIZADOS		CANTIDAD
890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS.	1

ANESTESIA PRIMERA VEZ - PLAN DE MANEJO
Plan de manejo: 1. SE AUTORIZA PROCEDIMIENTO
2. AYUNO DE 8 HORAS
3. NO TENER GRIPA NI TOS
4. ASISTIR CON ACOMPAÑANTE ADULTO
5. NO TOMAR ILGE 3 DIAS PREVIOS A LA CIRUGIA MEDICAMENTOS COMO ASA, CARDO BILOBA, VITAMINA E NI OMEGA 3
Signos de alarma y recomendaciones generales : Se explica claramente a familia (Marcela Florez, madre) sobre riesgos y complicaciones anestésicas alerta sobre signos de alarma, se firma consentimiento informado y se dan recomendaciones generales

DIAGNOSTICOS CIE

Codigo: N130 **Nombre:** HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA

Tipo: IMPRESION DIAGNOSTICA **Categoria:** Diagnostico Principal

Diagnóstico Ampliado por Especialidad:

Ampliación:

Pertinencia de la Consulta	Causa Externa	Finalidad del Procedimiento
NO APLICA	ENFERMEDAD GENERAL	

Kathy Maestre

Profesional que atiende: MAESTRE ARIAME KETTY PAOLA
CC 52423408 R.M. 52423408

Profesional que elabora: MAESTRE ARIAME KETTY PAOLA CC 52423408 R.M. 52423408

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT: 860980017-4
Calle 10 No.14 - 75 Telefono 359 60 00

ORDEN DE VALORACION MEDICA

Fecha: 01/09/2014 13:59 Ambito: AMBULATORIO Admisión: 847993 ORDEN INT No. 1914168
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS F. Nacimiento:16/05/2009 EDAD:10 a 6 m 12 d GENERO:MASCULIN
Pabellón: Habitación Cama:
APB: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant.	Prioridad	Autorización/Indicación/Justificación	Dirigido a	No. MIPRES
CONSULTA PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (305) Cód. Referencia: 890202	ANESTESIOLOGIA	1.00			MAESTRE ARAME KETTY PAOLA NO. REGISTRO 52423408	

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: VALENCIA RUIZ CRISTIAN JOSE Registro Médico: Dependencia: CENTRO DE ATENCION AL USUARIO

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
Calle 10 N° 18 -75, PBX: 3538008 - 3538000

CONSULTA DE CONTROL UROLOGIA
DEPARTAMENTO DE UROLOGIA

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ

Identificación: RC 1072102014
Apellidos y Nombres: RUBIO FLOREZ NICOLAS
Fecha de Nacimiento: 16 de May del 2009 0:0 AM **Edad:** 10 a 6 m 11 d

Sexo: MASCULINO
Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD
Estado Civil: MENOR DE EDAD **Teléfonos:** 3212514694
APB: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Sucursal:** PRINCIPAL
N° Historia Clínica: 1072102014 **N° Carpeta:** 1677727
Fecha y hora de ingreso: 4 de Jul del 2014 9:16 AM **Fecha de atención:** 4 de Jul del 2014 10:59 AM

DATOS DE LA CONSULTA

Motivo de consulta: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE I HIDRONEFROSIS GRADO III IZQUIERDA PARACLINICOS ANTERIORES RENOGRAMA DIURETICO DEL OCTUBRE DE 2014 HIDRONEFROSISI IZQUIERDA DE ITPO OBSTRUCTIVO PIELECTASIA DERECHA TFG 108, 8 ML/MIN FUNCION DIFERENCIAL RIÑONI IZQUIERDO 55% RIÑON DERECHO 45% CURVA OBSTRUCTIVA ECOGRAFIA DEL 06 DE JUINO DE 2014 HIDRONEFROSIS IZQUIERDA PELVIS DE 20 MM PIELECTASIA DERECHAP ELVIS DE 12 MM ECOGRAFIA DEL 30 DE ENERO DE 2013 HIDRONEFROSISI IZQUIERDA GRADO II PELVIS DE 12 MM ECOGRAFIA DEL 23 DE MAYO DE 2013 HIDRONEFROSIS LEVE DERECHA HIDORNEFROSIS IZQUIERDAP ELVIS DE 9 MM
Enfermedad actual: ASISTE A CONTORL CON REPROTE DE UROGRAFIA EXCRETORA QUE REPROTA HIDRONEFROSIS IZQUIERDA SE OBSERVA IMANGEN DE ESTRECHEZ UERETRAL IZQUIERDA PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL HIDRATADO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RPESIRATORIA CON SV DE FC 80 FR 20 CC MUCOSA ORAL HUMEDA CP NORMAL ABDOMEN BLANDO DPERESIBLE SIN SIGNOS DE IRRITAICON PERITONEAL EXT PULSOSO PALABLES SIN EDEMAS

SIGNOS VITALES Y CORPORALES

T.A: 100/70-	F.C: 85	F.R: 20	T: 36
Peso:-	Talla (mts):-	I.M.C:-	

Escala numérica para el dolor: 0

EXAMEN FÍSICO

Apariencia general: - **Cabeza y cuello:** -
Cardiopulmonar: - **Abdomen:** -
Examen urogenital: - **Extremidades:** -
Neurológico: - **Piel y faneras** : -
Osteomuscular:

ANALISIS

Laboratorio clinico: -
Imágenes diagnósticas: -
Procedimientos diagnósticos: -
Análisis: PACIENTE CON IMAGEN DE ESTRECHEZ PIELOURETERAL IZQUIERDA CON RENOGRAMA CON PATRON OBSTRUCTIVO , POR L OCUAL SEP LANTE NECESIDAD DEP IELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA MADRE ACEPTA Y ENTIENDE SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO SE OSLICITA VALORAICON POR ANESTESIA Y SE ENTREGA AUTORIZACION DE PROCEDIMIENTO ASISTIR A PROGRAMAR

INFORMACION DE LOS DIAGNOSTICOS

COD DX	NOMBRE DX	TIPO DX	CATEGORIA DX	DESC AMPLIADA	AMPLIACIÓN DX POR ESP
N130	HIDRONEFROSIS CON OBSTRUCCION DE LA UNION URETERO-PELVICA	CONFIRMADO REPETIDO	Diagnóstico Principal		

PLAN DE MANEJO

Plan de manejo: PACIENTE CON IMAGEN DE ESTRECHEZ PIELOURETERAL IZQUIERDA CON RENOGRAMA CON PATRON OBSTRUCTIVO , POR L OCUAL SEP LANTE NECESIDAD DEP IELOPLASTIA ABIERTA IZQUIERDA MADRE ACEPTA Y ENTIENDE SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO SE OSLICITA VALORAICON POR ANESTESIA Y SE ENTREGA AUTORIZACION DE PROCEDIMIENTO ASISTIR A PROGRAMAR

Signos de alarma y recomendaciones generales: FIEBRE ESCALOFIROS MALESTAR GENERAL

INFORMACION COMPLEMENTARIA

Finalidad de la consulta NO APLICA

Causa externa ENFERMEDAD GENERAL

INFORMACION DE ORDENES DE LA HISTORIA CLINICA

Dr MARCO AURELIO NOSSA M.
ESP. UROLOGIA PEDIATRICA
REG. MED 2919297

MARCO AURELIO NOSSA MENDOZA
CC 2919297
R. M. 2919297
Imprimió: GAITAN MORA JUAN PABLO
27 de Nov del 2019 10:7 AM

[redacted]

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
NIT. [redacted]
Calle 10 No.18 - 75 Telefono 353 80 00

ORDEN DE VALORACION MEDICA

Fecha: 04/07/2014 9:18 Ambito: AMBULATORIO Admisión: [redacted] ORDEN INT No. 1701423

Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS F. Nacimiento: 16/05/2009 EDAD: 10 a 6 m 12 d GENERO: MASCULINO

Habitación: Cama:

API: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

Servicios Ordenados	Especialidad	Can	Prioridad	Autorización	Indicación/Justificación	Diagnos	No. IMPRES
CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Cód. Referencia 890302	UROLOGIA	1,00				HOSPA MENDOZA MARCO AURELIO NO. REGISTRO 2918297	

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: ARTUNDUAGA ANGIE PAOLA Registro Médico: Dependencia: CENTRO DE ATENCION AL USUARIO

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE
Calle 10 Nº 18 -75, PBX: 3538008 - 3538000

UROLOGIA PRIMERA VEZ
DEPARTAMENTO DE UROLOGIA

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSÉ

Identificación: RC 1072102014
Apellidos y Nombres: RUBIO FLOREZ NICOLAS
Fecha de Nacimiento: 16 de May del 2009 0:0 AM **Edad:** 10 a 3 m 16 d

Sexo: MASCULINO
Ocupación: NINGUNA OCUPACION POR SER MENOR DE EDAD
Estado Civil: MENOR DE EDAD **Teléfonos:** 3212514694
APB: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Sucursal:** PRINCIPAL
Nº Historia Clínica: 1072102014 **Nº Carpeta:** 1677727
Fecha y hora de ingreso: 10 de Jun del 2014 8:50 AM **Fecha de atención:** 10 de Jun del 2014 9:54 AM

DATOS DE LA CONSULTA
Motivo de consulta: UROLOGIA PEDIATRICA PACIENTE DE 5 AÑOS CON ANTECEDNETE DE HIDRONEFROSIS ANTENATAL MADRE NIEGA INFECCIONES URINARIAS , NIEGA PROFILAXIS ANTIBITOTICA NIEGA ESTREÑIM,IENTO NIEGA RETENCION DE ORINA NIEGA OTRA SINTOMAOTLOGIA ASOCIADA
Enfermedad Actual: RENOGRAMA DIURETICO DEL OCTUBRE DE 2014 HIDRONEFROSISI IZQUIERDA DE TIPO OBSTRUCTIVO PEILECTASIA DERECHA TFG 108, 8 ML/MIN FUNCION DIFERENCIAL RIÑONI IZQUIERDO 55% RIÑON DERECHO 45% CURVA OBSTRUCTIVA ECOGRAFIA DEL 06 DE JUINO DE 2014 HIDRONEFROSIS IZQUIERDA PELVIS DE 20 MM PIELECTASIA DERECHAP ELVIS DE 12 MM ECOGRAFIA DEL 30 DE ENERO DE 2013 HIDRONEFROSISI IZQUIERDA GRADO II PELVIS DE 12 MM ECOGRAFIA DEL 23 DE MAYO DE 2013 HIDRONEFROSIS LEVE DERECHA HIDORNEFROSIS IZQUIERDAP ELVIS DE 9 MM

ANTECEDENTES
Patológicos: - **Quirúrgicos:** -
Tóxicos: - **Alérgicos:** -
Farmacológicos: - **Traumáticos:** -
Hospitalizaciones: - **Transfusionales:** -
Trasmisión Sexual : - **Familiares:** –
Otros: --

ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS
Menarquia: **Fecha última menstruación:** **Ciclos:**

G	P	C	A	V	M
E					

Fecha último parto: **Planificación:**
Método planificación: ¿Cual?:
Inicio vida sexual: **Número de compañeros:**
Fecha de última citología:
Resultado última citología:

REVISION POR SISTEMAS
Respiratorio: - **Circulatorio:** -
Digestivo: - **Metabólico o endocrino:** -
Neurológico: - **Urogenital:** -
Locomotor: - **Hematopoyético:** -
Piel y Faneras: - **Psicosocial:** -

SIGNOS VITALES Y CORPORALES

T.A: 100/70	**F.C :** 85	**F.R:** 20	**T :** 36
Peso (kg) : -	**Talla (mts):** -	**I.M.C:** NaN	

Escala numérica para el dolor: 0

EXAMEN FISICO

Apariencia general: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL HIDRATADO SIN SIGNOS DE IDIFICULTAD RPESITORIA GU PENE NORMAL ESCROTO Y CONTEINDO NORMAL EXT PULSOSO PALABLES SIN EDEMAS NUEORLOGICO SIN DEFICIT APARENTE **Cabeza y cuello:** -

Cardiopulmonar: - **Abdomen:** -

Examen urogenital: - **Extremidades:** -

Neurológico: - **Piel y faneras:** -

Osteomuscular: -

ANALISIS

Laboratorio clínico:

Imágenes diagnósticas:

Procedimientos diagnósticos:

Análisis: PACIENTE CON HIDRONEFROSIS ANTENATAL CON AUMENTO DEL DIAMETRO AP DE LA PELVIS RENAL CON RENOGRAMA CON PATRON OBSTRUCTIVO POR LO CUAL SE DECIDE SOLITIAR UROGRAFIA ESCRETROA FUNICON RENAL CONTORL CON REULTADOS

INFORMACION DE LOS DIAGNOSTICOS

COD DX	NOMBRE DX	TIPO DX	CATEGORIA DX	DESC AMPLIADA	AMPLIACIÓN DX POR ESP
Q620	HIDRONEFROSIS CONGENITA	CONFIRMADO REPETIDO	Diagnóstico Principal		

PLAN DE MANEJO

Plan de manejo: CONTORL CON REUSLTADOS

Signos de alarma y recomendaciones generales: FIEBRE ESCALOFRIO MALESTAR GENERAL

INFORMACION COMPLEMENTARIA

Finalidad de la consulta: NO APLICA

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Dr MARCO AURELIO NOSSA M.
ESP. UROLOGIA PEDIATRICA
REG. MED 2919297

MARCO AURELIO NOSSA MENDOZA
CC 2919297
R. M. 2919297
Imprimió: BAUTISTA CUERVO DIANA
2 de Sep del 2019 1:9 PM

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSÉ
NIT: 8999990 17-4
Calle 10 No 19 - 75 Teléfono 353 40 00

ORDEN DE VALORACION MEDICA

Fecha: 10/06/2014 8:51 Ambito: AMBULATORIO Admisión: 875596 ORDEN INT No. 1620447
Paciente: RC 1072102014 RUBIO FLOREZ NICOLAS F. Nacimiento:18/05/2009 EDAD:10 a 0 m 12 d GENERO:MASCULIN
Pabellón: Habitación Cama:
APB: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Contrato: SALUD TOTAL E.P.S-S S.A

Servicios Ordenados	Especialidad	Cant	Prioridad	Autorización/Indicación/Justificación	Dirigido a	No. IMPRESS
CONSULTA PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (301) Cód. Referencia. 890202	UROLOGIA	1.00			MOSSA MENDOZA MARCO AURELIO NO. REGISTRO 2919287	

INFORMACION DIAGNOSTICA

CODIGO DX	TIPO DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO
Q620	CONFIRMADO REPETIDO	HIDRONEFROSIS CONGENITA

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE

Ordenado por: ARTUNDUAGA ANGIE PAOLA Registro Médico: Dependencia: CENTRO DE ATENCION AL USUARIO

ANDREA PATRICIA BOLAÑOS GÓMEZ
ESPECIALISTA EN UROLOGÍA
SUBESPECIALISTA EN UROLOGÍA PEDIÁTRICA
Registro Médico Nacional: 117825/2007
Dirección: Calle 116 ·14-06 Apartamento: 403
Celular: +57 300- 6471329
+5215611245952
andrebogo@hotmail.com
Bogotá, Colombia

FORMACIÓN ACADÉMICA

Pontificia Universidad Javeriana
Médico y Cirujana
2001-2007

Rotación en la Unidad de Urología
Fundació Puigvert
Barcelona, España
Diciembre 2006 – Febrero 2007

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
Hospital de San José
Especialista en Urología
Enero 2009 – Enero 2013

Universidad Internacional de Andalucía
Master Propio en Urología Pediátrica
España
2015 - 2016

Hospital Universitario Vall d´Hebron
Estancia Formativa en Urología pediatrica, énfasis en trasplante renal y cirugia robótica
Barcelona, España
2015 - 2016

Miembro Correspondiente de la Sociedad Colombiana de Urología.
Desde 2012 a la actualidad.

Miembro de European Association of Urology.
Desde 2012 a la actualidad.

Miembro de la Confederación Americana de Urología (C.A.U.) (SIUP)
Desde 2012 a la actualidad.

SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

Exonerada del Servicio Social Obligatorio Resolución No 7825 de 21/08/2007.

CURSOS Y CONGRESOS

XLIII Congreso Nacional de Urología , Sociedad Colombiana de Urología. Medellin, Colombia 2008.

XIV Foro Académico para Residentes de Urología, Sociedad Colombiana de Urología. Girardot, Colombia 2010

I Curso Certificado de Actualización en Incontinencia Urinaria, Sociedad Colombiana de Urología, Bogota, Colombia 2010

XV Foro Académico para Residentes de Urología, Sociedad Colombiana de Urología. Girardot , Colombia 2011.

XLVI Congreso Nacional de Urología , Sociedad Colombiana de Urología. Cartagena, Colombia 2011.

XVI Foro Académico para residentes de urología, Sociedad Colombiana de Urología. Girardot, Colombia 2012.

Congreso CAU Colombia 2012. SIUP. Septiembre 4-9, Cartagena de indias, Colombia

Curso de Protección Radiológica. Hospital de San José. Septiembre 2012.

Live surgery workshop and webiner for hypospadias repair. Children's Medical Center Dallas Febrero 22 – 23, 2013.

Curso de Buenas Prácticas Clínicas. Sociedad de cirugía de Bogotá Hospital de San José. Febrero 2013.

XLVIII Congreso Curso Internacional de Urologia. Agosto 14.19 Cali, Colombia 2013.

8vo Curso de actualización en Urología pediatrica. Agosto 19 y 20 de 2014. Fundación Cardioinfantil, Bogota, Colombia.

IV Curso teórico práctico de urodinamia pediátrica y II curso teórico práctico para técnicos urodinamistas, Hospital Virgen de la Salud de Toledo del Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Febrero 2016.

XXVII Reunión nacional del Grupo Español de urología pediátrica, Toledo 17 Junio 2016.

Conferencista, en primer curso de urología pediátrica, Sociedad Colombiana de Urología, Cali, Abril 28 y 29 de Abril del 2017.

Experiencias En Cáncer De Próstata Avanzado. Sociedad Colombiana de Urología y Janssen Oncology, Abril 28 de 2018; Cartagena, Colombia.

LIII Congreso Curso Internacional De Urología. Sociedad Colombiana de Urología, 5 al 8 Septiembre del 2018.

Curso Cáncer de Próstata “Separe El Mito De La Realidad”. Sociedad Colombiana de Urología, Enero 18 y 19 de 2019; Cartagena, Colombia.

Curso De Protocolo De Atención Integral En Salud Para Víctimas De Violencia Sexual; Sociedad Colombiana De Urología, Febrero 16 De 2019; Bogotá, Colombia.

PREMIACIONES

Video Ganador Tercer Puesto, XLIX Congreso Curso Internacional De Urología, Cartagena, Colombia, 14 al 18 de agosto de 2014, Ligadura de Uréter Ectópico por Laparoscopia en Pacientes con Doble Sistema Colector completo. Una Alternativa a la Heminefrectomía.

Premio al Mejor Poster, 51 Congreso Internacional de Urología , Medellin 10 -13 Agosto 2016. Incidencia de retención urinaria en postoperatorio de reimplante vesicoureteral abierto.

Mejor Póster del LII Congreso Curso Internacional De Urología. Sociedad Colombiana de Urología, 16 al 20 Agosto 2017, Schwannoma De Próstata, Reporte De Un Caso Y Revisión De Literatura.

Trabajo seleccionado para la XV Jornada de Investigación de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Calidad de vida antes y después de la colocación de cintas sub-uretrales (TOT) para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, en el servicio de Urología del Hospital San José de Septiembre 2011 a Septiembre 2013.

PUBLICACIONES

Reporte de caso: Neuromodulación en una paciente con vejiga hiperactiva y miastenia gravis. XLIII congreso Nacional de Urología , Sociedad Colombiana de Urología. Medellin, Colombia 2008.

Experiencia en cirugía de afirmación sexual. Hospital de San Jose, XLVI Congreso Nacional de Urología , Sociedad Colombiana de Urología. Cartagena, Colombia 2011.

Incidencia de infección de vías urinarias en niños llevados a corrección quirúrgica de reflujo vesicoureteral. Congreso CAU Colombia 2012. SIUP. Cartagena, Colombia

Patrón sensibilidad/resistencia en los urocultivos de pacientes pediátricos con IVU en el

Hospital Universitario Infantil de San José entre Enero de 2011 y Diciembre de 2011 en Bogotá - Colombia. Congreso CAU Colombia 2012. SIUP. Cartagena, Colombia

Resección de masas residuales Postquimioterapia en tumores Testiculares de células germinales. Congreso CAU Colombia 2012. Cartagena, Colombia.

Calidad de vida antes y después de la colocación de cintas sub-uretrales (TOT) para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, en el servicio de Urología del Hospital San José de Septiembre 2011 a Septiembre 2013. Revista repertorio.

Correlación entre la variación ecográfica del diámetro piélico y la función renal en pacientes pediátricos llevados a pieloplastia desmembrada. Congreso Nacional de Urologia. Cali, Colombia 2013.

Manejo quirúrgico del megaprepucio congénito. Serie de casos. L Congreso curso internacional de urología, Cartagena de Indias, 19 al 23 de agosto de 2015

Trombosis Vascular en el trasplante renal pediatrico, es posible salvar el injerto? XXVII Reunión nacional del grupo Español de urología pediátrica, Toledo 17 Junio 2016.

¿Se relaciona la edad del donante menor de 6 años con un incremento de riesgo de complicaciones quirúrgicas en el trasplante renal pediátrico? XXVII Reunión nacional del grupo Español de urología pediátrica, Toledo 17 Junio 2016.

¿Qué factores se asocian con re estrechez uretral en el paciente llevado a uretroplastia mas colocación de injerto?. LIII Congreso Curso Internacional De Urología. Sociedad Colombiana de Urología, 5 al 8 Septiembre del 2018.

Abordaje Endoscópico Con Tecnología Laser En El Tratamiento De Nefrolitiasis En Paciente Pediátrico Con Síndrome De Regresión Caudal y Riñón En Herradura; Podio LIII Congreso Curso Internacional De Urología. Sociedad Colombiana de Urología, 5 al 8 Septiembre 2018.

Tratamiento Endoscópico Con Laser Holmium De Hemangioma Uretral, Reporte de Caso, Video - Podio, LIII Congreso Curso Internacional De Urología. Sociedad Colombiana de Urología, 5 al 8 Septiembre 2018

Leiomioma Sincrónico Paratesticular, Podio LIII Congreso Curso Internacional De Urología. Sociedad Colombiana de Urología, 5 al 8 Septiembre 2018.

Descripción de los patrones de uroflujometría en niños con disfunción miccional en dos centros pediátricos de III nivel. Podio LIII Congreso Curso Internacional De Urología. Sociedad Colombiana de Urología, 5 al 8 Septiembre 2018.

Trastorno de la diferenciación sexual ovotesticular, 46xx , con gónadas descendidas, reporte de caso y revisión de la literatura. Podio LIII Congreso Curso Internacional De Urología. Sociedad Colombiana de Urología, 5 al 8 Septiembre 2018.

Riñón intratoracico en un paciente pediátrico: reporte de un caso y revisión de la literatura. Podio LIII Congreso Curso Internacional De Urología. Sociedad Colombiana de Urología, 5 al 8 Septiembre 2018.

Hemorrhagic cystitis after hematopoietic stem cell transplantation: a challenge for the pediatric urologist, Journal of pediatric Urology 2018 April 20

EXPERIENCIA LABORAL

Clínica de Marly
Ayudantías quirúrgicas y Auditoría de Cuentas Médicas
2007-2008.

Hospital de San José
Uróloga
Febrero de 2013 - Diciembre 2017.

Hospital Infantil Universitario de San José
Uróloga Pediatra
Febrero de 2013 a la actualidad

Compensar Plan Complementario
Uróloga
Junio de 2013 - Julio de 2015
Febrero de 2017 a la actualidad

Clínica Pediátrica Colsanitas
Uróloga Pediatra
Mayo 2017 a la actualidad

Docente Asistente
Cátedra de Urología
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
Febrero de 2013 a la actualidad.

REFERENCIAS FAMILIARES

Augusto Gómez López
Economista
Teléfono: 313-4231807

Gilma Gómez López
Física y Matemática
Teléfono: 317- 7650713

REFERENCIAS ACADEMICAS

Dr. Hernán Alonso Aponte
Ex -Presidente Sociedad Colombiana de Urología
Jefe de Servicio Urología Hospital de San Jose
Teléfono: 310-2112538

Doctor Carlos Alberto Larios
Jefe Urología Colsanitas - Colombia
Teléfono: 315-3418159

Doctor Diego Riátiga
Jefe de Servicio Urología Hospital Infantil Universitario de San José
Teléfono: 300-4045088

Andrea Patricia Bolaños Gómez
Cédula 53.120.854 de Bogotá

LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

PERSONERÍA JURÍDICA: RES. 73-12 DE DICIEMBRE 1.933 - MINGOBIERNO

EN ATENCIÓN A QUE

ANDREA PATRICIA BOLAÑOS GOMEZ

C.C. 63160894

HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA UN GRADO UNIVERSITARIO EN LA FACULTAD DE

MEDICINA

LE OTORGA
EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
EL TÍTULO DE

MÉDICA Y CIRUJANA

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA
NOSOTROS, EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD, LOS DECANOS Y EL SECRETARIO GENERAL
EXPEDIDO EN BOGOTÁ A LOS 07 DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL AÑO 2007

No 118128

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO ACADÉMICO

DECANO DEL MEDIO UNIVERSITARIO

JAVERIANA

Secretaría General

116605

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Personería Jurídica 10917 del 1º de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Facultad de Medicina

En atención a que

Andrea Patricia Bolaños Gómez

C.C. 53.120.654 de Bogotá

Cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos del plan de estudios, le confiere el título de

Especialista en Urología

En testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos en Bogotá, D.C., a los 08 de Febrero de 2013

Presidente Consejo Superior

Rector

Vicerrector

Secretario General

Decano

Secretario Académico

Número de Registro 1038 Número de Folio 008 y 009
Bogotá, D.C. Feb. 08 de 2013

14244

El Rector de la

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE ANDALUCÍA

Considerando que

DOÑA ANDREA PATRICIA BOLAÑOS GÓMEZ

nacida el 27 de junio de 1984 en Bogotá (Colombia),

ha cursado las enseñanzas y superado las pruebas de evaluación correspondientes al II Máster Universitario Propio en Urología Pediátrica, con una asignación total de 60 créditos ECTS y cuyo contenido se detalla al dorso, le expide el presente

TÍTULO DE MÁSTER UNIVERSITARIO PROPIO EN UROLOGÍA PEDIÁTRICA

Dado en Sevilla, a 11 de octubre de 2016

La interesada,

Andrea Patricia Bolaños Gómez

El Rector,

Eugenio Domínguez Vilches

El presente Título Universitario Propio se expide al amparo de lo dispuesto en los arts. 2.2.g) y 34.1 de la Ley Orgánica de Universidades de 21 de diciembre de 2001 (BOE de 24 de diciembre), en la redacción dada por la Ley Orgánica 6/2001

Vall d'Hebron
Hospital

DC-IMP-206 /A

M. José CERQUEIRA DAPENA, como Presidenta de la Comisión de Docencia y Jefa de Estudios del "Hospital Universitari Vall d'Hebron",

CERTIFICA que:

La Dra. **Andrea Patricia BOLAÑOS GÓMEZ,** de nacionalidad colombiana, ha realizado una estancia formativa en nuestro hospital durante el periodo de 1 de septiembre de 2015 al 31 de julio de 2016, en el servicio de **Urología Pediátrica**, recibiendo formación en Trasplante Renal, Cirugía Robótica urológica y urodinámica y patología urológica compleja. Ha asistido a las sesiones docentes y la actividad asistencial diaria, mostrando en todo momento un gran interés para adquirir el máximo de conocimientos, con un alto grado de dedicación y motivación, según nos informa el responsable de su formación en el servicio el Dr. Marino Asensio.

Y para que así conste y a los efectos que corresponda, firmo el presente documento en Barcelona, a 31 de julio de 2016.

M. José Cerqueira Dapena

Vall d'Hebron
Hospital
Comissió de Docència

Institut Català de la Salut

Hospital Universitari Vall d'Hebron
Universitat Autònoma de Barcelona

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Curriculum Vitae

Nombre Completo:	**Aponte-Varón Apellidos**	**Hernán Primer Nombre**	**Alonso Segundo Nombre**	**Fecha:** 2021

PRACTICA PRIVADA	PRACTICA INSTITUCIONAL: HOSPITAL DE SAN JOSE
Dirección : **Carrera 18 # 84 – 87 Cons 204** **Ciudad:** Bogotá - D.C - Colombia	**Dirección :** **Calle 10 # 18 – 75** **Ciudad:** Bogotá - D.C - Colombia
Teléfono: : 57 1- 2368332 **Email: Correo Electrónico:** **aponteurologo@gmail.com**	

Títulos académicos

Titulo/Certificado **Fecha:** **Instituto/País**

Médico cirujano de la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario 1985, Bogotá - D.C - Colombia

Especialista en Urología de la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario 1990, Bogotá - D.C – Colombia

Especialista en Docencia Universitaria de la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario 1996, Bogotá - D.C – Colombia

Microcirugía. Laboratorio Experimental en Microcirugía. Hospital de San José, Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario 1.990.

Curso de Cirugía Laparoscópica Urológica. Universidad Nacional del Nordeste, Facultad de Medicina. Argentina 2003

Diplomado de Sexología Clínica, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. 2006

Diplomado en Cáncer de Próstata. Fundación Universitaria Sanitas - Sociedad Colombiana de Urología 2010.

Aspirante a Maestría en Urología Oncológica, Universidad del Cuyo, Mendoza Argentina 2014 - -

Posición actual y posiciones previas relevantes incluyendo académicas (primero las mas recientes: /

Fecha en años **Cargo** **Instituto/Compañía; país**

Profesor Titular de Urología Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud desde 2009

Jefe del Servicio de Urología del Hospital de San José desde 2.001

Jefe de la Cátedra de Urología de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud desde 2001

Profesor Asistente de la Cátedra de Urología del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario 1.996 - 2.015

Director del Diplomado de Sexología Clínica. Fundación Universitaria de Ciencias de La Salud 2005 - 2010

Instructor de Laparoscopia en 1er curso de básico y avanzado en cirugía Laparoscópica en Urología. Universidad del Bosque Agosto del 2003

Urólogo del Centro de Especialistas de Urología Bogotá CEUSA – Colombia desde 1.992

Curriculum Vitae

Presidente de la Sociedad Colombiana de Urología 2.009 -2.011

Director de la Comisión de Salud Pública de la Sociedad Colombiana de Urología: 2011 - 2021

Tesorero del Consejo Colombiano de Recertificación Medica CAMEC 2.013 -2.015

Presidente del Consejo Colombiano de Recertificación Medica CAMEC 2.015 – 2.017

Secretario de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas 2016 -2020

Vocal de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas 2020 -2022

Miembro del Consejo de Talento Humano Ministerio de Salud y Protección Social, 2014 -2016

Miembro Titular de la Sociedad Colombiana de Urología (SCU)
Miembro Titular de la Confederación Americana de Urología (CAU)
Miembro Titular de la International Society Sexual Medicine (ISSM)
Miembro Titular de la Sociedad Latinoamericana de Medicina Sexual (SLAMS)
Miembro correspondiente extranjero Sociedad Argentina de Urología
Miembro Honorario Federación Argentina de Urología
Miembro Honorario Sociedad Venezolana de Urología
Miembro Internacional Asociación Americana de Urología (AUA)
Miembro extranjero Asociación Europea de Urología (EUA)
Miembro Correspondiente de la Sociedad Ecuatoriana de Urología

Colegial de Numero del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario 1.983
Colegial Mayor Del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario 1.984

Integrante del Comité Asesor de Caverject Award Program, Pfarmacia and Upjhon. 1.997
Integrante del Comité Asesor del programa PROTEC, de Capacitación para la Hiperplasia Prostática Benigna, Pfizer. 1.996
Integrante del Comité asesor para Latinoamérica de Vardenafil. Bayer – GSK. 2.001-2.005

He sido miembro de los comités editoriales de la revista Urología Colombiana y Urología Panamericana

Experiencias relevantes en investigación clínica:

Libros:

- Aponte H. en Becher E, Torres LO, Glina S. Consenso Latinoamericano de la deficiencia androgénica del envejecimiento masculino. SLAMS 1ª edición 2013
- Acuña A., Guerrero P., Aponte H. (Editores) Lecciones de sexologías clínica. Fundación Universitaria de ciencias de la Salud. 2007
- Aponte H, Uribe A Diagnóstico de la Disfunción eréctil. Trastornos de la eyaculación. En Fundamentos de Cirugía, Urología. Uribe Arcila Juan Fernando y Flórez Silva Ferez, Corporación para investigaciones biológicas. 4ª Edición 2014
- Aponte H. Uribe J y Sánchez D. Disfunción eréctil en Uribe J y Flórez F Fundamentos de cirugía. Urología. Corporación para investigaciones biológicas 3ª Edición 2.006
- Díaz J. y Aponte H. (Editores) Guías Clínicas basadas en la evidencia. Sociedad Colombiana de Urología. Octubre de 2.000 – 2.003
- Aponte V. Hernán A. Estado Actual de la Anticoncepción Masculina, en Gómez Sánchez P et al. Planificación Familiar, una visión integral. Universidad Nacional de Colombia. 1.998.

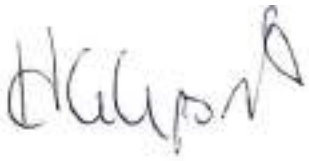
Artículos e investigaciones:

- Aponte H, León M, Colmenares D, Villamizar R, Abreo D, Carrillo J, Daza L, Solarte S, Veloza T. Impacto de la cuarentena por sars-cov2 en el servicio de urología de un hospital universitario en Bogotá. Congreso colombiano de urología 2.020.

Curriculum Vitae

- Aponte H , Villamizar R, Colmenares D, Martínez S, Rodríguez-Pinto F, Rojas D. Aumento de pielonefritis enfisematosa durante la cuarentena por sar-cov-2 en un hospital universitario de Bogotá Congreso colombiano de urología 2.020
- Clavijo R, Guiedelman C, Ramos A, López de Mesa B, Herrera D, Solano M Aponte H. Prostatectomía radical abierta vrs laparoscópica, experiencia en el Hospital de San José - FUCS Bogotá. Congreso Confederación Americana de Urología, CAU Buenos Aires octubre 2019
- Aponte H, Bolívar J, Usubillaga J. Curriculum de la catedra de medicina sexual en la facultad de medicina de la fundación universitaria de ciencias de la salud, Bogotá. Experiencia de 20 años
- Castillo L. Aponte H. Barrios A, Villaneda D, Usubillaga J. Experiencia en el manejo de catéter doble J abandonados en un hospital de 4 nivel en Bogotá, Congreso SCU Barranquilla 2019
- Moreno M, Silva J, Duarte A, Murillo J, Castilla D, Aponte H, Urazan J, Sanchez M, Quiñones A, Penile prothesis Implant: Análisis of patient and Parter Satisfaction in two hospitals in Bogota. Ascepius 2019
- Aponte H, Clavijo R et al Gastrocystoplasty and hematuria – dysuria syndrome. What role plays Helycobacter Pilory? Case report and literature review. Urology Case Report 3:70-71, 2015
- García S. Moreno S. Aponte H. Prevalence of Sexual Dysfunction in Female Outpatients and personnel at Colombian Hospital: Correlation with Hormonal profile. J Sex Med 2.008; 5: 1.208 – 1213
- Wadskier L, Aponte H, Montes J. Pólipo Hamartomatoso en pelvis renal: reporte de 1 caso y revisión de la literatura. Urol Colom. 2011 20(3): 73-77
- Andrade C., Aponte H., Duarte D. y Cote M. Complicaciones en cirugía laparoscópica Urológica. Revisión de 168 procedimientos, Urol Colom. 2005 14(3): 69 -73.
- Aponte H., Sotelo R., Andrade C., Ceballos P., Melo F., Ortiz J. y Riatiga D. Estudio comparativo de Prostatectomia radical abierta Vrs laparoscópica. Evaluación de resultados. Experiencia en el hospital de San José. Urol Colom 2006 15(2): 125 - 132
- Aponte H. Una opinión de cómo afrontar los pacientes con disfunción eréctil. En Goldstein I y Munárriz R. Pocket Pharma: Vardenafil y disfunción eréctil. Science Press Ltd 2002
- Protocolo Internacional DAZ-NY-94-001. Doxazosin in the Symptomatic treatment of benign prostatic hyperplasia an open, baseline controlled study in Urological practica. 1.994 –1.996. Aponte H, Hospital de San José, Aponte H. Gutiérrez A. Clínica para el Hombre Profamilia. (Estudio Multicéntrico Latinoamericano)
- Gómez F., Medero N., Costa A., Aponte H., Dávila H., Wadskier L. Silva J., et al. Eficacia y seguridad de sildenafil administrado a hombres con Disfunción eréctil en Colombia, Ecuador y Venezuela. XXV Congreso de la Confederación Americana de Urología. Septiembre 17 – 24 de 2000. Buenos Aires, Argentina.
- Silva J., Gómez F., Wadskier L., Mederos N., Costa A., Aponte H., Dávila H. Et al. Seguridad cardiovascular de sildenafil administrado según necesidad a hombres con disfunción eréctil en Colombia, Ecuador y Venezuela. XXV Congreso de la Confederación Americana de Urología. Septiembre 17 –24 de 2000. Buenos Aires, Argentina.
- Acuña A., Ceballos M., Aponte H., Díaz M., Montes J., Castro J., Chacón M., Romero G. y Sanabria A. Correlación entre el tipo de prepucio y la aparición de balanitis en adultos. Estudio de cohorte en 864 hombres adultos mayores de 15 años que asisten a la consulta de urología. XXXVIII Congreso Colombiano de Urología. Octubre 9 - 12 de 2003. Medellín, Colombia.
- Salazar G, Guerrero H., Ortiz J. Díaz Granados C y Aponte H. Utilidad de la medición de los niveles de creatinina sérica en pacientes con síntomas obstructivos urinarios bajos secundarios a Hiperplasia prostática benigna. LX Congreso Colombiano de Urología agosto de 2005. Cali, Colombia

Curriculum Vitae

Matrícula/Numero: 12220 Localidad/Provincia/País: Colombia
Enero/2021      _____ _____ **Fecha** **Firma**

Actas Urol Esp. 2012;36(8):469–473

Actas Urológicas Españolas

www.elsevier.es/actasuro

ARTÍCULO ORIGINAL

Pieloplastia sin drenaje intrarrenal en pacientes pediátricos

C.E. Lasso-Betancor*, M. Castellan, R. Yanes, A. Labbie y R. Gosalbez

Servicio de Urología Pediátrica, Miami Children's Hospital, Jackson Memorial Hospital, Miami, Florida, EE. UU.

Recibido el 16 de febrero de 2012; aceptado el 10 de marzo de 2012
Disponible en Internet el 17 de junio de 2012

PALABRAS CLAVE
Hidronefrosis;
Pieloplastia;
Drenaje;
Pediatría;
Estenosis pieloureteral

Resumen

Objetivos: A pesar del avance de cirugías mínimamente invasivas, la pieloplastia desmembrada a cielo abierto sigue siendo una cirugía muy utilizada en Pediatría, especialmente en niños pequeños. El propósito de este trabajo es presentar nuestra experiencia en la realización de esta técnica a través de una mínima incisión y sin dejar catéteres intrarrenales transanastomóticos.
Materiales y métodos: Revisión retrospectiva desde julio de 1992 a julio de 2009, tiempo en el que 348 pacientes fueron operados de pieloplastia desmembrada a cielo abierto. Un total de 310 pacientes (89%), 223 niños y 87 niñas, fueron intervenidos sin dejar catéter intrarrenal. La incisión fue de 2 a 2,5 cm en flanco. En todos los pacientes se dejó drenaje perirrenal y sonda vesical, esta última las primeras 24 h.
Resultados: En total se realizaron 319 pieloplastias sin catéteres intrarrenales, 174 (54,5%) del lado izquierdo, 127 (39,8%) del lado derecho y 9 (5,6%) bilaterales. El intervalo de edad fue de 14 días a 18 años, siendo el 58% de los niños menor de 12 meses. Con un seguimiento medio de 6,7 años (17 años a 11 meses), 312 pieloplastias (97,8%) fueron realizadas con éxito, con persistencia del patrón obstructivo en 7 pacientes que precisaron una nueva pieloplastia a cielo abierto (2,2%). Otras complicaciones fueron: drenaje prolongado (6), infección de herida (1) y fiebre/infección urinaria (2). La estancia media fue de 22 h.
Conclusiones: La pieloplastia desmembrada a cielo abierto es altamente efectiva en el tratamiento de la estenosis pieloureteral en niños, y prescindir de los catéteres intrarrenales no perjudica su éxito.
© 2012 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS
Hydronephrosis;
Pyeloplasty;
Drainage;
Pediatrics;
Ureteropelvic junction obstruction

Pyeloplasty Without Intrarenal Stent in Pediatric Patients

Abstract

Purpose: In spite of advances in minimally invasive endoscopic surgery, open dismembered pyeloplasty continues to be used in many pediatric centers, especially in small children. The purpose of this work is to present our experience in the performance of this technique using a minimally invasive open pyeloplasty without intrarenal stents.
Material and methods: A retrospective review was made of patients between July 1992 and July 2009. During this time, 348 patients underwent open dismembered pyeloplasty. A total of

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: chelsylb@hotmail.com (C.E. Lasso-Betancor).

0210-4806/$ - see front matter © 2012 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
10.1016/j.acuro.2012.03.007

310 patients (89%), 223 boys and 87 girls, underwent open pyeloplasty without intrarenal stent. The incision was from 2 to 2.5 cm in the flank. An extrarenal drain (3-5 days) and a bladder catheter (< 24 hs) were placed in all patients.
Results: A total of 319 pyeloplasties were performed without intrarenal catheter in our Service. Of these, 174 (54.5%) were on the left side, 127 (39.8%) on the right side and 9 (5.6%) were bilateral. Age interval was 14 days to 18 years, 58% of the children being younger than 12 months at the time of surgery. With a mean follow-up of 6.7 years (17 years to 11 months), 312 pyeloplasties (97.8%) were successful, with persistence of the obstructive patient in 7 patients who required a new open pyeloplasty (2.2%). Other complications were: prolonged drainage (6), wound infection (1), and urinary infection (2). Mean stay was 22 hours.
Conclusions: Open dismembered pyeloplasty is a safe and effective treatment choice for pyeloureteral stenosis in children and can be done without intrarenal stents with no detriment to its success.
© 2012 AEU. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La pieloplastia desmembrada descrita por Anderson-Hynes en 1949 sigue siendo el tratamiento estándar de la estenosis pieloureteral (EPU) en Pediatría, con un porcentaje de éxito superior al 95%[1,2]. La mayoría de los cirujanos coinciden en la necesidad de realizar una adecuada resección de la zona estenótica, espatulando el uréter para poder llevar a cabo una anastomosis ancha en la zona más declive de la pelvis renal[3]. Sin embargo, si hablamos sobre la vía de abordaje y la utilización de catéteres intrarrenales, el debate continúa hasta la actualidad. Con el avance de las técnicas vídeo-asistidas, el abordaje a cielo abierto en la infancia se ha comenzado a cuestionar, existiendo en la literatura defensores de ambos procedimientos, al igual que ocurre con los drenajes[4,5]. La pieloplastia desmembrada se asoció pronto a nefrostomías y catéteres transanastomóticos, entendiéndolos como un punto clave para su éxito. Pero no tardaron en ponerse en duda sus beneficios, discutidos aún hoy[6]. El objetivo de este trabajo es exponer nuestra experiencia en el tratamiento de la obstrucción pieloureteral en niños intervenidos según la técnica de Anderson-Hynes, a los cuales se les realizó una mini-incisión en flanco y no se les dejó catéter intrarrenal.

Material y métodos

Revisión retrospectiva de las pieloplastias realizadas en nuestro servicio entre julio de 1992 y julio de 2009. Durante ese tiempo 348 pacientes con diagnóstico de EPU fueron intervenidos mediante pieloplastia desmembrada a cielo abierto. De este grupo se excluyeron 38 pacientes (11%) a los que se les colocó un drenaje intrarrenal en forma de catéter doble J (32) o nefrostomía (6). Las causas por las que se utilizó un drenaje intrarrenal fueron cirugías en: riñón único, pieloplastia bilateral y neonatos operados en edad temprana con azotemia y/o por masa palpable que requirieron una extensa resección de la pelvis renal. En 310 (89%), 223 niños y 87 niñas, no se dejó tutor transanastomótico ni nefrostomía, y la cirugía se llevó a cabo por mini-incisión en flanco.

Como pruebas diagnósticas preoperatorias se utilizaron la ecografía renal para objetivar el grado de hidronefrosis, la cistografía isotópica para descartar la existencia de reflujo vesicoureteral (RVU) asociado y el renograma diurético (MAG-3) para valorar la función y la curva de excreción renal. El diagnóstico fue prenatal en 254 (82%) pacientes y en el resto el estudio fue iniciado tras una sospecha clínica, al aparecer dolor en flanco, infección urinaria, vómitos y/o hematuria. Además en 15 pacientes se asoció a otras anomalías congénitas como EPU del polo inferior de un doble sistema (6), riñón único funcionante (4), riñón en herradura (3) o riñón pélvico (2). Las indicaciones para el tratamiento quirúrgico incluyeron: hidronefrosis de alto grado (IV, V), infecciones urinarias de repetición, función renal inferior al 40% y/o patrón obstructivo en el renograma.

Antes de iniciar la cirugía, y una vez comenzado el tiempo anestésico, se realizó un pielograma retrógrado bajo fluoroscopia con brazo en C en todos los casos, para valorar la posición y longitud de la EPU, el calibre y posición del meato ureteral y la existencia de otras anomalías anatómicas del uréter. La exacta localización de la EPU permitió realizar la cirugía por incisiones pequeñas. A continuación, tras dejar una sonda vesical de Foley, se colocó al paciente en posición decúbito lateral y se realizó una incisión en flanco de 2-2,5 cm (fig. 1). Tras acceder al retroperitoneo se localizó el uréter y la unión pielo-ureteral, llevando a cabo la sección de la zona estenótica. Con intención de obtener una anastomosis amplia, el uréter se espatuló hasta conseguir un diámetro aproximado de 2-3 cm, tras lo que se anastomosó a la zona más declive de la pelvis renal con sutura continua PDS monofilamento, 6/0 o 7/0, dependiendo de la edad del paciente (fig. 2). Para llevar a cabo la pieloplastia intracorpórea con seguridad se utilizó una sonda de alimentación enteral como tutor, retirándola antes de completar la sutura. Como único cateter se colocó un drenaje aspirativo tipo Redon 7 Fr en la celda renal, finalizando la intervención con la exteriorización del drenaje por contraincisión y el cierre del defecto mediante sutura intradérmica (fig. 1 B-C). La sonda vesical se retiró a las 24 h de la cirugía. El drenaje se mantuvo durante 3-5 días, retirándolo de forma ambulatoria en la consulta. La profilaxis antibiótica se continúo hasta el quinto día postoperatorio con cefalosporina de primera generación. Todos los pacientes recibieron paracetamol con codeína por vía oral en el postoperatorio y morfina intravenosa cuando fue necesario. El seguimiento se realizó mediante un estudio ecográfico al mes de la cirugía,

Figura 1 A. Incisión de 2 cm. B. Incisión tras realizar la cirugía. Colocación de drenaje perirrenal de tipo aspirativo. C. Aspecto de la cicatriz pasado un mes de la cirugía.

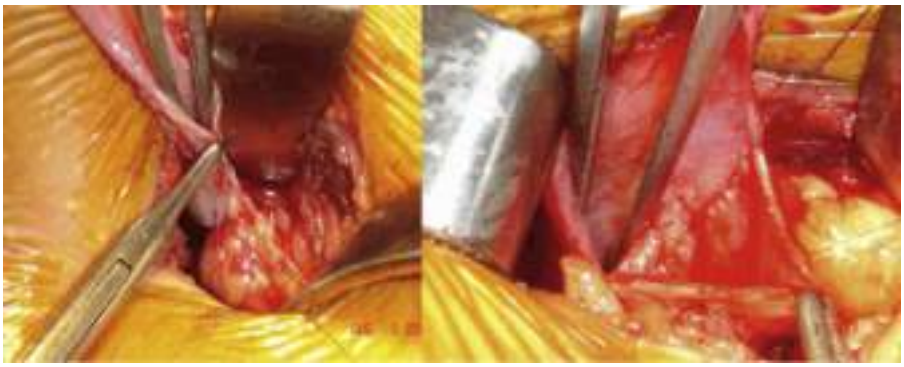


Figura 2 Pieloplastia desmembrada, anastomosis en la zona más declive de la pelvis.

repitiéndolo al tercer y sexto mes, y luego anualmente. En los casos en los que no se objetivó mejoría ecográfica se solicitó al menos un MAG-3 durante el seguimiento a largo plazo.

Resultados

La media de edad a la cirugía fue de 22,3 meses (14 días a 18 años), siendo el 58% de los pacientes menores de un año (tabla 1). En total se realizaron 319 pieloplastias sin catéteres intrarrenales: 174 (54,5%) del lado izquierdo, 127 (39,8%) del lado derecho y 9 bilaterales (5,6%). El seguimiento promedio fue de 6,7 años (17 años - 11 meses) y el tiempo operatorio medio de 87 min (65-125).

La estancia media fue de 22 h (15-48), dando el alta a la mayoría de los pacientes a la mañana siguiente de la cirugía. Los pacientes que se quedaron más de 24 h fue por intolerancia gástrica o por decisión de la familia. La cirugía corrigió favorablemente 312 de las 319 obstrucciones (97,8%), entendiendo como éxito la corrección/disminución del grado de hidronefrosis en la ecografía y mejoría de la curva de drenaje en el renograma diurético. Siete (2,2%) pacientes necesitaron una reoperación para resolver la obstrucción. En estos niños se colocó un catéter doble J como derivación temporal hasta que se les realizó una nueva pieloplastia desmembrada a cielo abierto que resolvió la obstrucción. Las edades en el momento de la cirugía y el tiempo hasta la reoperación se muestran en la tabla 2.

Tabla 1 Edad a la cirugía: menores de 12 meses

< 6 sem	46 (13,2%)
> 6 s < 3 ms	76 (21,8%)
> 3 ms < 6 ms	56 (16%)
> 6 ms < 12 ms	25 (7,2%)
Total < 12 meses	203 (58,2%)

Tabla 2 Reoperaciones, N: 7. Unidad de tiempo: meses

N	Edad Cirugía	Tiempo hasta la colocación Stent	Tiempo hasta la reoperación
1-	108	2	8
2-	5	1	3
3-	36	1	3
4-	12	7	9
5-	4	6	8
6-	72	0,5	7
7-	17	0,5	2
Tiempo medio	36,28	2,57	5,71

Otras complicaciones fueron drenaje prolongado (6), infección de herida (1) y fiebre/infección urinaria (2). En los 6 pacientes que presentaron drenaje prolongado (del quinto al decimocuarto día postoperatorio), se utilizó un catéter doble J como drenaje temporal, presentando todos una evolución favorable. La retirada del doble J se llevó a cabo entre las 6 semanas y los 3 meses posteriores a la colocación del mismo. El 95,9% de las EPU se solucionaron con una única anestesia general. El 4,1% restante necesitó de 3 tiempos anestésicos, puesto que hubo que sumarles el de la cistoscopia y colocación del catéter doble J y el de su retirada, con o sin nueva pieloplastia.

Discusión

La pieloplastia desmembrada es considerada el tratamiento de referencia para la corrección de la estenosis pieloureteral, con resultados positivos tanto en la edad adulta como en la infancia. En el paciente adulto la vía laparoscópica ha demostrado ser superior al abordaje abierto, aportando beneficios sobre el dolor postoperatorio, la estancia hospitalaria y el resultado estético, sin perjudicar de forma significativa el éxito de la técnica quirúrgica[7]. Sin embargo, los estudios realizados en niños no son concluyentes. Según Braga et al. el acceso laparoscópico puede ser una opción adecuada en niños mayores de 3 años, ya que disminuye la estancia hospitalaria sin aumentar las complicaciones postoperatorias[4], pero en los últimos años también han aparecido trabajos que defienden que el abordaje a cielo abierto no es sinónimo de estancias largas. Al igual que nosotros, consiguen estancias hospitalarias inferiores a las 24 h y un buen resultado estético con incisiones menores a 2 cm, siendo el tiempo quirúrgico y el coste económico menor que el de la técnica laparoscópica[8–10].

En cuanto al tipo de abordaje abierto, encontramos diversos estudios que comparan la incisión en flanco con la lumbotomía, presentando esta última mayor tasa de complicaciones postoperatorias[11]. Aunque Braga et al. afirman que en menores de 3 años la lumbotomía aporta resultados equiparables al acceso por flanco, en el resto de edades eleva el porcentaje de fallos[12]. A ello podemos sumar los beneficios del abordaje por mini-incisión, ya que disminuye la morbilidad postoperatoria y mejora el resultado estético sin perjudicar el éxito de la cirugía[9]. Kajbafzadeh et al. postulan que la mini-incisión en flanco es una vía segura y suficiente para exponer la pelvis y el uréter sin lesionar los tejidos[10]. Más aún si, como en nuestro caso, la pieloplastia se lleva a cabo de forma intracorpórea, procurando realizar maniobras suaves y precisas que eviten la aparición de fibrosis postoperatoria en la zona anastomótica.

Un paso fundamental para lograr el éxito de la pieloplastia con incisiones pequeñas es la realización del pielograma retrógrado. No hacerlo constituye un factor de riesgo independiente para la recurrencia de la EPU, al igual que la lumbotomía dorsal[11]. Este estudio de imagen nos permite valorar las características de la estenosis y la existencia de otras anomalías anatómicas, como la presencia de estenosis ureterales distales o el vaso polar, considerándolo pieza clave en la planificación de la cirugía.

La utilización de drenajes, sin embargo, no ha demostrado tener unos beneficios que justifiquen su uso en la pieloplastia de forma generalizada[11]. La decisión de dejar la anastomosis tutorizada o no, acompaña a la pieloplastia desbembrada desde sus inicios. A pesar de que Anderson y Hynes no lo vieron necesario cuando describieron la técnica, pronto otros comenzaron a defender sus ventajas: mantener la anastomosis alineada, facilitar la evacuación de orina del riñón y disminuir las fugas son las principales acciones que se le atribuyen y el por qué de su uso[13]. Pero la realidad es que también generan complicaciones propias como migraciones, espasmos, infecciones de orina o formación de cálculos, a lo que debemos sumar la necesidad de un segundo tiempo anestésico para su retirada[1,5].

Con la intención de disminuir sus desventajas algunos autores comenzaron a sustituir los catéteres doble J habituales por doble J con prolongador, o incluso por sondas de alimentación que se exteriorizan por contraincisión en piel, tras atravesar el parénquima renal o la pelvis, y que pueden ser retirados de forma ambulatoria en consulta. Con ello se intenta evitar la migración del stent y segundas anestesias, pero su exteriorización puede provocar daño del parénquima y sangrado[1,3].

Por otro lado, no dejarlos hace más frecuentes las fugas de orina a través de la anastomosis, lo que puede llevar a la aparición de fibrosis y obstrucción[2,5]. En nuestro caso hemos intentado disminuir su aparición elaborando anastomosis amplias y estancas y colocando un drenaje aspirativo tipo Redon cerca de la sutura, en sustitución del Penrose.

Lo cierto es que los trabajos encontrados en la literatura sobre la utilidad de los stents transanastomóticos no muestran diferencias significativas en cuanto a la aparición de complicaciones y el éxito de la técnica quirúrgica. Un dato a valorar de nuestro estudio es la baja incidencia de complicaciones (4,9%) en comparación con otras series publicadas (10-15%)[1,5,11,14]. Karen et al. comparan grupos de pacientes con catéter transanastomótico y sin catéter, hallando una diferencia no significativa en las complicaciones postoperatorias a favor de los primeros: 12 y 15% respectivamente. Sin embargo, hay que apuntar que la vía de abordaje no se tuvo en cuenta al analizar las complicaciones, y que un porcentaje no especificado de pacientes del segundo grupo fue intervenido por lumbotomía[5]. Elmalik et al. objetivan en su trabajo un menor número de complicaciones en el grupo sin stents (10,6 vs 15,5%), con una recuperación de la función renal similar entre los grupos. Pese a ello defienden su uso basándose en que la mejoría de la hidronefrosis aparece de forma más precoz. Por otro lado, aunque ellos afirman que tutorizar la anastomosis disminuye la estancia, nosotros conseguimos una estancia media de 22 h, mejorando incluso la cifra de los pacientes con stents de dicho trabajo[14].

Pensamos que los catéteres intrarrenales pueden ser útiles en casos aislados, como la pieloplastia bilateral, el riñón único o las reintervenciones[2], pero su uso generalizado está injustificado, ya que supone una morbilidad añadida para el paciente sin ventajas sobre los resultados. A pesar de las limitaciones que presenta el estudio por ser retrospectivo y descriptivo, queremos destacar la baja cifra de complicaciones y el alto porcentaje de éxitos conseguidos (97,8%), incluso en niños menores de un año, lo que parece verse beneficiado por el uso del renograma retrógrado y la mini-incisión en flanco.

La pieloplastia desmembrada a cielo abierto es altamente efectiva en el tratamiento de la EPU en niños, y prescindir de los catéteres intrarrenales no perjudica su éxito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Braga LH, Lorenzo AJ, Farhat WA, Bägli DJ, Khoury AE, Pippi Salle JL. Outcome analysis and cost comparison between externalized pyeloureteral and standard stents in 470 consecutive open pyeloplasties. J Urol. 2008;180 Suppl. 4: 1693–8.
2. Sutherland RW, Chung SK, Roth DR, Gonzales ET. Pediatric pyeloplasty: outcome analysis based on patient age and surgical technique. Urology. 1997;50:963–6.
3. Le TS, Le CT, Le TH, Nguyen TD, Huynh CN, Nguyen TT. Transpelvic anastomotic stenting: a good option for diversion after pyeloplasty in children. J Pediatr Urol. 2011;7: 363–6.
4. Braga LH, Lorenzo AJ, Bägli DJ, Mahdi M, Salle JL, Khoury AE, et al. Comparison of flank, dorsal lumbotomy and laparoscopic approaches for dismembered pyeloplasty in children older than 3 years with ureteropelvic junction obstruction. J Urol. 2010;183:306–11.
5. Smith KE, Holmes N, Lieb JI, Mandell J, Baskin LS, Kogan BA, et al. Stented versus nonstented pediatric pyeloplasty: a modern series and review of the literature. J Urol. 2002;168:1127–30.
6. Persky L, Tynberg P. Unsplinted, unstinted, pyeloplasty. Urology. 1973;1:32–5.
7. Moon DA, El-Shazly MA, Chang CM, Gianduzzo TR, Eden CG. Laparoscopic pyeloplasty: evolution of a new gold standard. Urology. 2006;67:932–6.
8. Ruiz E, Soria R, Ormaechea E, Lino MM, Moldes JM, de Badiola FI. Simplified open approach to surgical treatment of ureteropelvic junction obstruction in young children and infants. J Urol. 2011;185(6 Suppl):2512–6.
9. Chacko JK, Koyle MA, Mingin GC, Furness 3rd PD. The minimally invasive open pyeloplasty. J Pediatr Urol. 2006;2: 368–72.
10. Kajbafzadeh AM, Tourchi A, Nezami BG, Khakpour M, Mousavian AA, Talab SS. Miniature pyeloplasty as a minimally invasive surgery with less than 1 day admission in infants. J Pediatr Urol. 2011;7:283–8.
11. Braga LH, Lorenzo AJ, Bägli DJ, Keays M, Farhat WA, Khoury AE, Salle JL. Risk factors for recurrent ureteropelvic junction obstruction after open pyeloplasty in a large pediatric cohort. J Urol. 2008;180(4 Suppl):1684–7, discussion 1687-8.
12. Bayne AP, Lee KA, Nelson ED, Cisek LJ, Gonzales Jr ET, Roth DR. The impact of surgical approach and urinary diversion on patient outcomes in pediatric pyeloplasty. J Urol. 2011;186(4 Suppl):1693–8.
13. Anderson JC, Hynes W. Retrocaval ureter A case diagnosed preoperatively and treated successfully by a plastic operation. Br J Urol. 1949;21:209–14.
14. Elmalik K, Chowdhury MM, Capps SN. Ureteric stents in pyeloplasty: a help or a hindrance? J Pediatr Urol. 2008;4: 275–9.

JUZGADO 25 CIVIL CIRCUITO DE BOGOTÁ

SECRETARÍA

Bogotá D.C. 27 de enero de 2022

TRASLADO No. 001/T-001

PROCESO No. 11001310302520200005000

Artículo: 370

Código: Código General del Proceso

Inicia: 28 de enero de 2022

Vence: 03 de febrero de 2022

KATHERINE STEPANIAN LAMY

Secretaria