

## Radicación contestación, proceso 2021-00128

Alfonso Cadavid Quintero <alfonsocadavid@gmail.com>

Lun 21/06/2021 3:38 PM

Para: Juzgado 19 Civil Circuito - Antioquia - Medellin <ccto19me@cendoj.ramajudicial.gov.co>;  
carmario385@gmail.com <carmario385@gmail.com>

 1 archivos adjuntos (5 MB)

Contestación 2021-00128 y anexos .pdf;

Señores

**JUZGADO 19 CIVIL DEL CIRCUITO**

Medellín

Cordial saludo.

En calidad de apoderado de EPS Suramericana S.A. dentro del proceso identificado con radicado No. 2021-00128, en el que funge como demandante la señora Martha Ligia Gallego, presento por este medio contestación a la demanda y sus anexos, en un documento PDF que consta de 149 folios.

Copio este correo a los demás sujetos procesales.

Atentamente,

**Alfonso Cadavid Q.**

Abogado

Medellín, 21 de junio de 2021

Señor Juez

**JUZGADO 19 CIVIL DEL CIRCUITO**

Medellín

Referencia: Contestación demanda verbal de mayor cuantía  
Demandante: Martha Ligia Gallego y otros  
Demandados: EPS SURAMERICANA S.A.  
Radicado: 2021-00128

**ALFONSO CADAVID QUINTERO**, abogado con T.P. 64.460 del C. S. de la J., en calidad de apoderado de la EPS SURAMERICANA S.A. de conformidad con poder que adjunto y acepto, doy respuesta a la demanda promotora del proceso de la referencia, así:

**A LOS HECHOS DE LA DEMANDA**

**Al primero:** Se aclara para iniciar que la EPS SURA no es una institución prestadora de servicios médicos, sino una promotora de servicios de salud, por lo que los pacientes adscritos a ella son atendidos por las IPS que hacen parte de su red de servicios y no directamente por la EPS, que tampoco es guardiana de la historia clínica de sus afiliados. Por lo anterior, no me constan ni este, ni los demás hechos de la demanda relativos a la atención médica, por lo que la respuesta a los mismos se hará con base en la historia clínica.

Hecha la anterior precisión, se procede a dar respuesta a las diferentes afirmaciones contenidas en este hecho, por separado:

Es cierto que el señor Juan de Dios Gallego, padre de los demandantes según la prueba documental aportada con la demanda, tenía 68 años de edad para el año 2020.

No me consta la fecha exacta en la que se hizo el diagnóstico inicial de cáncer de próstata al señor Gallego Toro pues, según consta en la historia clínica del 25 de abril de 2016, dicha patología se sospechó desde 2014, cuando se le ordenó una biopsia que él nunca se realizó. Por tanto, en la historia clínica

aportada con la demanda se habla del diagnóstico antes mencionado solo a partir de 2016 y no de 2014, como se afirma en la demanda, aunque posiblemente desde 2014 padeciera ya la patología, que, como consecuencia de la falta de adherencia a las recomendaciones médicas, permaneció varios años sin tratamiento.

Es cierto que al señor Gallego Toro se le brindó atención médica que permitió mantener su salud relativamente estable, pero se advierte que el paciente se negó inicialmente a recibir tratamiento para el cáncer, el cual continuó su evolución natural; para el 9 de mayo de 2019 el paciente ya tenía diagnóstico de cáncer metastásico con múltiples lesiones óseas, lo que significa que el único tratamiento que podía ofrecérsele era paliativo y no curativo. Para esa fecha, también se detectó que la masa tumoral estaba causando uropatía obstructiva, por lo que, es cierto, como se narra en la demanda, que el paciente requería sonda vesical permanente.

No me consta con qué periodicidad se debiera hacer el cambio de sonda, dado que no se aportó con la demanda la historia clínica completa de Uroclin, IPS en la que se estaba realizando el tratamiento, según afirman los actores.

No me consta, más allá de la prueba documental que obra en el expediente, cuál fuera la fecha exacta de la muerte del señor Gallego Toro. Parece entender la parte actora que es la EPS SURA la encargada de dictaminar la fecha de la misma y ello es equivocado; esta es apenas una entidad promotora de servicios de salud.

No es cierto, como se verá a lo largo de este escrito, que la EPS SURA incumpliera sus obligaciones contractuales con el señor Gallego Toro; la atención médica a él dispensada por las IPS que hacían parte de su red de servicios se ajustó a la *lex artis* y, además, no fue la causante de su muerte, que se explica por la evolución del cáncer no tratado oportunamente dada la falta de adherencia del paciente a las recomendaciones médicas.

**Al segundo:** Es cierto que el Gobierno Nacional, mediante Resolución 0385 del 12 de marzo de 2020, declaró la emergencia sanitaria por causa del COVID-19, con ocasión de lo cual se decretaron una serie de medidas de aislamiento obligatorio, en especial, para personas de la tercera edad; por tanto, es cierto que el señor Gallego Toro debía permanecer en su residencia.

Lo anterior supuso, para la EPS SURA, la necesidad de contratar servicios de atención médica virtual y de salud en casa en una proporción muy alta, y

acatar las directrices impartidas respecto a los casos sospechosos de Covid-19 y a la práctica de pruebas diagnósticas del virus SARS-CoV-2, incluso de forma preventiva.

Se reitera que no es cierto que el señor Gallego Toro falleciera por fallas en la atención médica que recibió por cuenta de la EPS SURA.

**Al tercero:** Este hecho contiene varias afirmaciones, a las que se aludirá por separado.

Es cierto que el 6 de mayo de 2020 hubo un contacto de los familiares del señor Juan de Dios Gallego Toro, pero con la IPS SURA, en el que se refirió que este presentaba orina fétida y colúrica desde dos días antes, asociada a dolor en hipogastrio y oliguria o disminución de la frecuencia en la micción. En la video llamada se pudo detectar que el paciente tenía menos de 200 ml de orina, al parecer hematúrica, y esto, asociado a los demás síntomas, permitió diagnosticar clínicamente una infección del tracto urinario, por demás frecuente en el señor Gallego Toro, por lo que se le remitió al programa de salud en casa (lo que implicaba una valoración médica presencial), se le ordenó tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro (es decir, tratamiento con antibiótico capaz de neutralizar bacterias de distinto tipo, mientras se identifica la causante de la infección, medida a la que se acude para no dejar sin tratamiento al paciente) y exámenes paramédicos.

No me constan los pormenores de la conversación sostenida durante la video llamada a los que se alude en este hecho, pues, se reitera, la EPS SURA no brinda directamente atención médica a sus afiliados.

**Al cuarto:** No es cierto lo que se plantea acerca de la atención del 7 de mayo de 2020.

Si bien es cierto que en la fecha referida el señor Gallego Toro recibió atención por enfermería, en la que se le suministró la primera dosis del antibiótico ordenado el día anterior, esta no fue la única atención que recibió ese día.

Como se advirtió en respuesta al hecho anterior, el 6 de mayo de 2020 se remitió al paciente a salud en casa, lo que implicaba una atención presencial por personal médico, que se hizo efectiva al día siguiente, 7 de mayo de 2020, mediante el servicio de Salud en Casa de la IPS SURA Industriales.

En esta oportunidad, el paciente fue atendido por la Dra. Natalia María Tabares, quien constató que el señor Gallego Toro tenía la orina muy colúrica y oscura, por lo que concluyó que en efecto padecía una infección urinaria, diagnóstico que puede emitirse clínicamente, es decir, a partir de los signos y síntomas del paciente, sin que sea obligatoria la realización de ayudas diagnósticas, máxime en un caso como este, en el que la sintomatología era tan sugestiva e inequívoca del cuadro, que además venía repitiéndose con frecuencia.

Parece entender la parte actora que era necesario realizar exámenes diagnósticos antes de iniciar el tratamiento, lo cual es equivocado. Los exámenes ordenados solo tenían la finalidad de detectar específicamente qué agente estaba causando la infección, a fin de conocer exactamente a qué antibiótico era sensible, pero ello no obsta el inicio del tratamiento con antibióticos de amplio espectro, que lo combatirían, como en efecto ocurrió.

Por consiguiente, ante la claridad del cuadro clínico, la Dra. Tabares ordenó continuar con el tratamiento antibiótico previamente ordenado y extenderlo por 10 días, por tratarse de una ITU (infección del tracto urinario) complicada; además, ordenó el cambio de la sonda para el día siguiente.

**Al quinto:** Es cierto que el 8 de mayo de 2020 el servicio de enfermería de la IPS SURA acudió al hogar del señor Gallego Toro para continuar con el tratamiento ordenado inicialmente vía video llamada el 6 de mayo de 2020 y confirmado al día siguiente por la Dra. Tabares, como se indicó en respuesta al hecho anterior.

Se reitera que el diagnóstico de la ITU puede efectuarse clínicamente, por lo que no se advierte falla alguna en el proceder del personal adscrito a la IPS SURA.

**Al sexto:** Reitero que la EPS SURA no es quien brinda atención a sus afiliados, por lo que no me constan las conversaciones sostenidas entre una enfermera a quien no se identifica y los familiares del paciente, en una fecha que tampoco se señala. No obstante lo anterior, documenta la historia clínica que el personal de enfermería en efecto ejecutó las indicaciones médicas, que fueron acertadas, así como que su ejecución también se ajustó a los protocolos médicos vigentes para la época.

Es cierto que una de las hijas del señor Gallego Toro informó, el 10 de mayo de 2020, que este había presentado fiebre y *delirium*; además, refirió por primera vez la ausencia de deposiciones desde 6 días antes.

**Al séptimo:** Es cierto que el 9 de mayo de 2020 nuevamente el personal de enfermería le suministró al paciente el antibiótico ordenado. Omite la parte actora indicar que en esta misma fecha el paciente también recibió atención por medicina general, en la que la Dra. Andrea Estefanía Aguirre Marín consignó en la historia clínica:

“(...) la hija me refiere que (el) paciente sí ha tenido mejoría de la clínica, sin deterioro neurológico, respiratorio, considero que infección sí está siendo modulada, por lo que continúa igual manejo, doy recomendaciones signos de alarma, entiende y acepta.”

La mejoría sugiere que, contrario a lo que parecen concluir los demandantes, el tratamiento antibiótico ordenado fue el acertado, por lo que no era necesario aislar el agente causante de la infección, pues ya estaba siendo efectivamente atacado.

Así pues, si bien no me constan las afirmaciones que verbalmente hiciera la Dra. Aguirre (si es a quien se refiere la parte actora), lo que supuestamente se aseveró sobre el tratamiento contraría sus registros en la historia clínica, por lo que parece poco probable que ocurriera lo narrado en este hecho.

Finalmente, no relataron los familiares del paciente al personal de salud que el 9 de mayo de 2020 el señor Gallego Toro tuviera fiebre superior a 38 °C por dos días. La primera y única manifestación relacionada con este síntoma se hizo, como se indicó previamente, el 10 de mayo de 2020.

**Al octavo:** Es cierto que el 10 de mayo de 2020 desmejoró el estado de salud del señor Gallego Toro, pues su hija se comunicó con la IPS SURA e indicó que su padre, aunque ya tenía orina de color normal, presentaba fiebre y *delirium*; además, como ya se explicó, refirió también ese día y por primera vez la ausencia de deposiciones desde hacía 6 días.

No es cierto, sin embargo, que dichos síntomas fueran causados por el antibiótico suministrado, que fue tolerado en todas sus aplicaciones sin la presencia de reacciones adversas, que además son de extraña ocurrencia.

Así se dejó constancia en la historia clínica del cambio presentado en el cuadro del paciente:

“Paciente con *delirium* posiblemente multifactorial, constipación probablemente secundaria a opioide, considero control térmico, se indica dipirona 1 gr cada 12 horas, se ordena paso de enema evacuante, se suspende bisacodilo (causa *delirium* en pacientes) se inicia manejo con PEG<sup>1</sup> 1 SOBRE VO (vía oral) CADA DÍA X 30 DÍAS. Se solicita tomar mañana prioritario hemograma, creatinina, pcr, uroanálisis, urocultivo (tiene sonda vesical) ionograma (sodio, potasio y cloro) tomar sin torniquete”

La dipirona, contrario a lo que sugiere la parte actora, estaba indicada para el control de la fiebre, y dado que tanto el cáncer por sí mismo, patología de base del paciente, como la ITU que se estaba tratando, podían estar generando la nueva sintomatología, la Dra. Carolina Giraldo Santa ordenó varias ayudas diagnósticas a fin de constatar el origen del cambio en el cuadro clínico, como consta en la nota arriba transcrita.

**Al noveno:** No me consta la existencia de una llamada del 11 de mayo de 2020 que supuestamente habría efectuado una enfermera de la IPS SURA, cuyo nombre no se indica, a los familiares del señor Gallego Toro, ni mucho menos el contenido de la misma. En la historia clínica aportada con la demanda no obra registro de la llamada a la que se alude en este hecho.

Finalmente, en cuanto a los componentes y campo de acción de la ceftriaxona, me atengo a lo que la literatura médica disponga al respecto.

**Al décimo:** En la historia clínica del paciente hay constancia de dos atenciones del 11 de mayo por parte de enfermería, sin que en este hecho se especifique a cuál de ellas se refiere.

No obstante, dado que se alude a la aplicación de un medicamento, se asume que es a la atención del 11 de mayo de 2020 a las 7:05 a.m., en la que la enfermera Alba Luz Barrera Ortiz, contrario a lo afirmado en la demanda registró:

---

<sup>1</sup> Solución electrolítica de polietilenglicol.

“previas normas de bioseguridad y asepsia, se instala catéter I.V (intravenoso) calibre 24 en cara interna antebrazo derecha, procedimiento exitoso, **se realizaron 1 punciones**” (negrita añadida).

Por otro lado, en relación a la presión arterial, no es cierto que esta estuviera “bajita”, pues era de 110 mm Hg/70 mm Hg, por lo que la aplicación del medicamento dipirona nunca estuvo en duda, como sugiere este hecho.

**Al undécimo (onceavo):** No es cierto que mientras una enfermera aplicaba la dipirona, otra enfermera llegara a tomarle al paciente muestras para la práctica de las ayudas diagnósticas ordenadas previamente.

Consta en la historia clínica que la segunda atención por enfermería, brindada a las 7:36 a.m., se dio sin la presencia de otro profesional de la salud y que en la misma se suministró el medicamento de forma adecuada.

**Al duodécimo (doceavo):** La segunda atención por enfermería que registra la historia clínica es, según ya se indicó, de las 7:36 a.m., oportunidad en la cual se asistió para cambio de sonda y toma de muestras.

Es cierto que, durante la consulta, el señor Gallego Toro presentó apneas súbitas, mas no convulsiones, por lo que no se pudieron tomar todas las muestras. No me constan las manifestaciones verbales que hiciera la enfermera Mónica Patricia Flórez sobre la idoneidad del tratamiento ordenado y suministrado por su compañera, Alba Luz Barrera.

No es cierto que el señor Gallego Toro falleciera en presencia de la enfermera Mónica P. Flórez. Por el contrario, aunque aquella registró en dicho documento las apneas, dejó también constancia de haber llamado a la Dra. de turno para informarle sobre el estado del paciente y de haberse marchado cuando este se encontraba vivo (se lee en la historia clínica “dejo al paciente acompañado en buenas condiciones”).

No me constan las llamadas que supuestamente hiciera la enfermera Flórez en presencia de los ahora demandantes. Ello será objeto de prueba.

**Al décimo tercero (treceavo):** No es cierto que el señor Gallego Toro fuera efectivamente reportado como paciente fallecido por Covid 19, sino que fue reportado como paciente sospechoso de Covid 19.

Lo anterior, que consta en nota médica del 11 de mayo de 2020, no obedeció a una conducta culposa, ni mucho menos a una conducta orientada a “tapar la negligencia médica”, como se afirma en la demanda, sino que se explica porque el paciente falleció en circunstancias que en principio eran extrañas, puesto que presentó un cuadro abrupto de picos febriles y dificultad respiratoria antes de morir, síntomas propios del virus causante de la pandemia, que, por tanto, hacían mandatorio, de conformidad con los protocolos médicos y las directrices del Gobierno Nacional, tratarlo como si fuera positivo para Covid 19, a fin de minimizar el riesgo de contagio, en caso de que en efecto padeciera dicho virus.

**Al décimo cuarto (catorceavo):** No me consta exactamente a qué hora se practicó la prueba de Covid 19, pero debe advertirse que los familiares del señor Gallego Toro se negaron inicialmente a su realización, y ello es lo que explica que no se hiciera antes. Así mismo, resulta relevante resaltar que cuando la prueba se efectúa varias horas después de la muerte, aumentan las probabilidades de que su resultado arroje un falso negativo.

Reitero que no es cierto que la IPS SURA reportara a la EPS SURA que el señor Gallego Toro era positivo para Covid 19, sino, como ya se explicó, que era sospechoso de Covid 19 y fue en razón a ello que EPS SURA autorizó la práctica de la prueba *post mortem*.

Finalmente, no me constan las llamadas que sostuvieran los demandantes con un médico a quien no se identifica.

**Al décimo quinto (quinceavo):** No me consta cuál funeraria acudió al hogar de los demandantes, ni que estos se opusieran a que se llevaran el cuerpo del fallecido.

Se reitera que el señor Gallego Toro no fue reportado como un caso positivo de Covid 19 sino como un caso sospechoso, lo que exigía, por guías de atención, que su cadáver se tratara como el de un caso positivo, pues era la única manera de controlar el riesgo de contagio, tanto a sus familiares, como a terceros, en caso de que la prueba resultara positiva. Dicha decisión, se insiste, no obedeció a una conducta culposa de la EPS o de la IPS, sino, por el contrario, a una conducta diligente y del máximo cuidado, atendiendo a la pandemia y los nuevos parámetros de conducta que esta imponía.

Aunque es entendible que los familiares del paciente desearan enterrar a su ser querido sin las restricciones que la pandemia imponía, la sospecha, que

surgió por la clínica presentada por aquel antes de fallecer, no podía levantarse por solicitud de los ahora demandantes, sino únicamente con el resultado de la prueba a la que ellos se opusieron inicialmente.

**Al décimo sexto (dieciseisavo):** Es cierto que la prueba de hisopado nasofaríngeo arrojó un resultado negativo, pero eso no implica que la decisión de sospechar Covid 19 y de tratar al paciente como positivo mientras se hacía el examen, fuera una conducta equivocada.

No es cierto que se realizara un mal procedimiento por parte del personal adscrito a la EPS SURA.

**Al décimo séptimo (diecisieteavo):** No me constan los perjuicios que sufrieran los familiares del señor Gallego Toro con su muerte.

El señor Gallego Toro era un paciente terminal, que solo en la fase final del cáncer, su patología de base, accedió a recibir un tratamiento para él, el cual, en razón a ello, ya solo era paliativo y no curativo. Se le diagnosticó oportunamente y en atención a la clínica que presentaba, una infección urinaria como complicación sobreagregada al cáncer, para la cual se le ordenó un tratamiento que fue adecuado; como lo prueba la mejoría de su sintomatología.

Sin embargo, el paciente presentó un deterioro súbito y grave, que, aunque inicialmente se debía asociar al virus SARS-CoV2, causante de coronavirus, realmente se explica por el cáncer y la metástasis que este había generado en otros órganos del cuerpo del paciente. Su muerte, por tanto, no es atribuible a culpa en la atención, sino que es consecuencia de la evolución natural del cáncer metastásico que lo aquejaba hacía varios años.

**Al décimo octavo (dieciochoavo):** No solo no existió ninguna falla en la atención a la que pudiera atribuirse el daño reclamado, sino que, como se advertía previamente, la muerte del señor Gallego Toro es consecuencia del cáncer que padecía, que se encontraba ya en fase terminal.

**Al décimo noveno (diecinueveavo):** Lo poco que se comprende de este hecho permite indicar que no me consta qué familiar estuviera a cargo del señor Gallego Toro durante su enfermedad.

**Al vigésimo (veinteavo):** No me constan los perjuicios que sufrieran los demandantes con ocasión de la muerte de Juan de Dios Gallego Toro. Sin

embargo, se reitera que estos no son atribuibles a la EPS SURA, quien cumplió con todas sus obligaciones como entidad promotora de servicios de salud.

**Al veintiuno:** Este hecho contiene una serie de consideraciones jurídicas difícilmente comprensibles en su redacción, y que en cualquier caso no constituyen un hecho al que se deba responder.

**Al veintidós:** Es cierto que los demandantes, actuando en su propio nombre, otorgaron poder a un abogado.

**Al veintitrés:** Este hecho contiene varias afirmaciones, todas ellas falsas.

No es cierto que la EPS SURA incumpliera sus obligaciones contractuales; ella puso a disposición del paciente todos los recursos técnicos y humanos para la atención de las patologías que presentó el paciente, emitiendo oportunamente todas las autorizaciones que sus médicos tratantes solicitaron.

No es cierto que la EPS SURA no siguiera los protocolos médicos. Se reitera que la EPS no atiende directamente a sus afiliados, quienes son atendidos por IPS adscritas. En el caso concreto, estas últimas se ajustaron a la *lex artis* y en especial a los nuevos protocolos impuestos por la pandemia con ocasión del virus causante del Covid 19.

## **A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA**

Me opongo a todas las pretensiones de la demanda. Debe resaltarse que entre la EPS SURA y los familiares del señor Gallego Toro no existió contrato alguno que pueda sustentar una responsabilidad civil de tipo contractual.

Así mismo, se pone de presente que se solicita el pago de intereses comerciales desde la muerte del señor Gallego Toro hasta el pago efectivo de los perjuicios pretendidos. Olvida el apoderado de la parte actora que lo que solicita es la declaratoria de una obligación indemnizatoria, que no es una obligación de dinero sino de valor, por lo que no le es aplicable el régimen de intereses, aplicable solo a la primera.

## **AL JURAMENTO ESTIMATORIO**

Es improcedente la estimación bajo juramento de los perjuicios de tipo extracontractual, que son los únicos que se solicitan.

## **RAZONES DE LA DEFENSA**

### **1. Cumplimiento de las obligaciones de la EPS SURA.**

Se pretende la declaratoria de responsabilidad de la EPS SURA por la muerte del señor Juan de Dios Gallego Toro, indicando que hubo incumplimiento de las obligaciones contraídas por dicha entidad, sin precisar con claridad en qué consiste el supuesto incumplimiento, pues lo que se cuestiona es el acto médico y no el ejercicio de las funciones de la EPS como tal.

La EPS SURA garantizó al paciente acceso y atención por parte de múltiples IPS, en las que se le atendió, entre otras patologías, el cáncer que padecía. Así mismo, se le garantizó el acceso y atención durante la pandemia por Covid 19, mediante el servicio de Salud en Casa de la IPS Sura Virtual, en el que se le brindó una atención de la más alta calidad.

Los deberes que de acuerdo al sistema de seguridad social en salud competían a la aseguradora fueron cumplidos cabalmente, y los prestadores de la EPS actuaron con plena autonomía técnica y científica y ordenaron las atenciones que entendieron pertinentes y ajustadas a la condición del paciente, por lo que no se entienden las razones de la demanda en contra de la EPS SURA.

### **2. Diligencia y cuidado en la atención médica dispensada.**

Según se advertía, la demanda no cuestiona el cumplimiento de las obligaciones de EPS SURA sino únicamente el acto médico, que sin embargo estuvo ajustado a la *lex artis*, según lo que documenta la historia clínica del paciente.

El señor Gallego Toro fue diagnosticado con adenocarcinoma de próstata, por lo menos desde agosto de 2016, y con metástasis óseas en columna dorsal y lumbar en abril de 2019, por lo que estaba en tratamiento paliativo. Además, padecía una enfermedad renal crónica. Con ocasión de dichos diagnósticos, presentó una masa de recidiva tumoral que le generaba uropatía obstructiva, por lo que requería manejo con sonda permanente, lo que lo hacía más susceptible a presentar una infección del tracto urinario (ITU).

En 2019 el paciente presentó una ITU, que fue manejada con antibióticos, y en 2020, año en el que falleció, consultó también por un cuadro clínico que era evidentemente sugestivo de esa misma enfermedad. Por tanto, se le recetaron antibióticos de amplio espectro<sup>2</sup>, mientras se le realizaba el urocultivo. Es de anotar que este es un examen de laboratorio que permite identificar claramente el agente etiológico, pero que el diagnóstico de la infección se puede hacer de forma clínica, como ocurrió en este caso, por lo que lo indicado es iniciar el tratamiento incluso antes de realizar el urocultivo.

El antibiótico ordenado fue ceftriaxona, que, además, ya le había sido suministrado al paciente en el año 2019 sin que presentara ningún tipo de reacción adversa. El tratamiento inició el 7 de mayo de 2020 y para el 9 de mayo siguiente, tan solo dos días después, ya el paciente presentaba mejoría.

La respuesta favorable evidencia, no solo que el diagnóstico fue el correcto, sino que el tratamiento también lo fue, por lo que en esa misma fecha se decidió continuar con el mismo antibiótico que se le venía suministrando, que evidentemente era efectivo para atacar las bacterias que tenía el paciente; dicho proceder estuvo ajustado a la *lex artis*.

Al día siguiente, 10 de mayo de 2020, el paciente presentó fiebre, *delirium* y constipación, por lo que se le ordenó un enema evacuante, dipirona para el control de la fiebre y varios exámenes médicos a realizar el día siguiente – como hemograma, creatinina, PCR, uroanálisis, entre otros– a fin de orientar el diagnóstico, que en nada se relacionaba con el tratamiento que venía recibiendo el paciente para el control de su ITU.

A las 6:18 a.m. del 11 de mayo de 2020, la auxiliar de enfermería Alba Luz Barrera le suministró al paciente dipirona, según consta en la historia clínica de forma adecuada y sin complicaciones, con signos vitales previos normales (se resalta en especial la presión arterial, que era de 110/70 mm Hg y no de “90”, como afirman los demandantes). Sin embargo, a las 7:36 a.m., durante la atención brindada por la auxiliar de enfermería Mónica Patricia Flórez, el paciente presentó deterioro súbito con dificultad respiratoria (episodios de apnea) y posteriormente falleció.

Ante lo bizarro del cuadro, que incluía síntomas respiratorios, fiebre y *delirium* en un paciente mayor de 60 años, que además tenía cáncer y del que

---

<sup>2</sup> Es decir, un antibiótico que actúa sobre una amplia gama de bacterias.

se reportó antes de fallecer un problema respiratorio, era mandatorio sospechar Covid 19 y tratar al paciente como positivo hasta tanto no se descartara la sospecha mediante la práctica de la prueba que la familia se negó inicialmente a hacer. Lo anterior, con la finalidad de implementar los mecanismos idóneos para contener la propagación del virus, pues podía haberlo padecido.

Por consiguiente, tanto la EPS como sus prestadores, lejos de haber incurrido en una conducta culposa, se aferraron a los protocolos médicos y a las instrucciones impartidas por el Gobierno Nacional en el año 2020.

### **3. Inexistencia de causalidad entre la atención y el daño por el que se demanda.**

El daño por el que se demanda, esto es, la muerte del señor Gallego Toro, se explica por el cáncer de próstata que se sospechó desde 2014 y que solo se pudo confirmar en el año 2016, dado que el paciente no se realizó hasta este segundo año la biopsia que se le ordenó oportunamente<sup>3</sup>.

Dicha patología, que no fue tratada inicialmente por decisión del paciente, evolucionó a metástasis desde abril de 2019, lo que quiere decir que su tratamiento ya no era curativo sino únicamente paliativo. Ello significa que su enfermedad, que no era curable, se encontraba ya en una fase terminal.

El deterioro que presentó el paciente no es atribuible a la atención médica que se le brindó sino a la evolución natural de su enfermedad, que permaneció sin tratamiento por más de 4 años. Lo más probable es que el cáncer haya comprometido otros órganos, como el cerebro, y ello condujera a la muerte del paciente, que por ser inevitable, no es imputable a la EPS SURA, quien garantizó una atención médica de la más alta calidad.

## **PRUEBAS**

### **1. Interrogatorio de parte**

Solicito decretar interrogatorio de parte a absolver por la parte demandante.

---

<sup>3</sup> Así consta en la historia clínica del Centro de Especialistas del 25 de abril de 2016.

## **2. Testimonial**

Para que declare sobre la atención médica dispensada, las patologías, sus causas y todos los aspectos técnicos relacionados con aquella que sean de su conocimiento, solicito citar a los Drs. Natalia María Tabares Galvis ([nmtabares@sura.com.co](mailto:nmtabares@sura.com.co)), Andrea Estefanía Aguirre Marín ([aeaguirre@sura.com.co](mailto:aeaguirre@sura.com.co)), Carolina Giraldo Santa ([carolinagiraldos@sura.com.co](mailto:carolinagiraldos@sura.com.co)) y Chris Estefanía Bolaños Ortega ([cebolanos@sura.com.co](mailto:cebolanos@sura.com.co)), médicos de urgencias y atención domiciliaria, quienes se domicilian en Medellín y se ubican en las instalaciones de la IPS SURA.

Así mismo, para que declaren sobre la atención de enfermería recibida por el paciente, solicito citar a las auxiliares de enfermería Alba Luz Barrera Ortiz ([albarrera@sura.com.co](mailto:albarrera@sura.com.co)) y Mónica Patricia Flórez Morales ([mpflorezm@sura.com.co](mailto:mpflorezm@sura.com.co)). Ellas también se domicilian en Medellín y se ubican en las instalaciones de la IPS SURA.

Finalmente, solicito citar a Fanny Lucía Caballero Marín, auditora en salud de la IPS SURA ([fcaballero@sura.com.co](mailto:fcaballero@sura.com.co)) y Fabio Enrique Álvarez Uribe, auditor médico de la EPS SURA ([fealvarez@sura.com.co](mailto:fealvarez@sura.com.co)), a fin de que declaren sobre el análisis interno que se efectuó de este caso y sobre todos los aspectos médicos y administrativos que sean de su conocimiento, en especial, los relativos al tratamiento de cadáveres sobre los que recayera sospecha de Covid 19 al momento de la muerte del señor Gallego Toro. Ambos se domicilian en Medellín y se ubican en las instalaciones para las que laboran.

## **3. Documental**

Aporto copia de la historia clínica completa de la IPS SURA, incluidas las notas de enfermería, que no se aportaron con la demanda.

Así mismo, aporto:

- Guía de abordaje y seguimiento de la enfermedad Covid-19, implementada en el año 2020 por la IPS SURA (en 9 folios).
- Guía de manejo de pacientes fallecidos por Covid 19 o IRAG de la IPS SURA (en 17 folios).

- Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2, emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en abril del año 2020 (en 25 folios).

#### **4. Dictamen pericial**

Aporto dictamen pericial de parte, rendido por CENDES, a través de la Dra. María del Pilar López Muñoz, junto con todos sus anexos.

#### **DIRECCIONES Y NOTIFICACIONES**

De la demandada: Carrera 63 Nro. 49 A- 31, piso 1. Ed. CAMACOL, en Medellín. Correo electrónico: [notificacionesjudiciales@suramericana.com.co](mailto:notificacionesjudiciales@suramericana.com.co)

Del apoderado de la demandada: Carrera 43 Nro. 36-39 of. 402 en Medellín. Correo electrónico: [alfonsocadaid@gmail.com](mailto:alfonsocadaid@gmail.com)

Atentamente,

*Alfonso Cadaid 2*  
**ALFONSO CADAVID QUINTERO**  
T.P. 64 del C. S. de la J.

Señores

**JUZGADO DIECINUEVE CIVIL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN**

E. S. D.

**REFERENCIA:** REPARACIÓN DIRECTA  
**DEMANDANTE:** MARTHA LIGIA GALLEGO VELÁSQUEZ Y OTROS  
**DEMANDADO:** EPS SURAMERICANA S.A.  
**RADICADO:** 2021 00128  
**ASUNTO:** Poder

**CARLOS SANTIAGO JARAMILLO RENDÓN**, mayor de edad, residente y domiciliado en la ciudad de Medellín, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando como Representante Legal suplente de la **EPS SURAMERICANA S.A.**, calidad que acredito con el certificado de existencia y representación legal que se anexa, confiero poder especial, amplio y suficiente al doctor **ALFONSO CADAVID QUINTERO** abogado titulado, identificado con la Cédula de Ciudadanía número 71.705.861 de Medellín y con Tarjeta Profesional número 64.460 del Consejo Superior de la Judicatura y con el correo electrónico inscrito en el Registro Nacional de Abogados [alfonsocadavid@gmail.com](mailto:alfonsocadavid@gmail.com) para que adelante y lleve hasta su culminación la representación judicial de la de **EPS SURAMERICANA S.A.** en el proceso de la referencia.

El apoderado queda facultado para recibir, renunciar, sustituir, reasumir, conciliar, transigir, desistir, reconvenir, tachar de falsos documentos, solicitar pruebas, interponer recursos, notificarse y en general todas las facultades propias del mandato judicial.

Sírvase reconocerle personería para actuar en el proceso en los términos y para los fines del presente mandato.



**CARLOS SANTIAGO JARAMILLO RENDÓN**  
CC. 79.456.201

Acepto,



**ALFONSO CADAVID QUINTERO**  
CC.71.705.861 de Medellín  
T. P. 64.460 del C. S. de la J.



Medellín, abril 27 de 2021

Señores  
**EPS SURAMERICANA S.A //**  
**MARGARITA MARÍA MESA RUÍZ**  
E. S. M.

**ASUNTO: ENTREGA DICTAMEN MÉDICO PERICIAL / CASO JUAN DE DIOS GALLEGO TORO**

Respetada doctora,

De manera atenta hacemos entrega del dictamen médico pericial solicitado por usted en días anteriores. Dicho Dictamen es rendido por la Universidad CES a través de la Doctora Maria del Pilar López, Medicina General, Especialista en Derecho Médico, Candidata a Especialista en Valoración del Daño Corporal y Perito CENDES.

La aclaración a este dictamen sólo se surtirá si la solicitud se hace dentro de los 15 días calendario siguientes a la recepción de este escrito. En caso de programarse la sustentación del dictamen, se nos debe notificar mínimo con un mes de antelación a la diligencia por medio electrónico ([sagonzalez@ces.edu.co](mailto:sagonzalez@ces.edu.co) ; [cgiraldor@ces.edu.co](mailto:cgiraldor@ces.edu.co) para agendar al especialista; adicionalmente, se nos debe allegar soporte o comprobante de pago para la asistencia a la audiencia con 15 días hábiles de anticipación; el pago extemporáneo no garantiza la asistencia del perito a la audiencia.

La institución cuenta con los medios tecnológicos suficientes para posibilitar la asistencia del perito y contradicción de la prueba en la audiencia correspondiente. Dicha comparecencia tiene un costo de tres salarios mínimos mensuales legales vigentes. En caso de requerirse la sustentación del dictamen en audiencia oral en la ciudad de Medellín, tiene un costo de tres salarios mínimos mensuales legales vigentes por cada asistencia del especialista.

Se anexa certificaciones académicas y profesionales del especialista que elabora el dictamen y certificación de auxiliar de la justicia de la institución.

Con toda atención,

  
LEÓN MARIO TORO CORTÉS  
Coordinador CENDES



Medellín, abril 27 de 2021

Señores

**EPS SURAMERICANA S.A //**  
**MARGARITA MARÍA MESA RUÍZ**  
E. S. M.

**ASUNTO: DICTAMEN MÉDICO PERICIAL / CASO JUAN DE DIOS GALLEGO TORO**

Respetada doctora,

De manera atenta rindo dictamen médico pericial solicitado por usted en días anteriores,

#### **PERFIL PROFESIONAL DE LA PERITO**

- **María del Pilar López Muñoz**, Médica y Cirujana de la Universidad CES, especialista en Derecho Médico de la Universidad Pontificia Bolivariana y estudiante de último semestre de la especialización en Valoración del Daño Corporal de la Universidad CES. Asesora médico-jurídica independiente.
- Identificación: Cédula de ciudadanía No. 43.875.377 de Envigado (Antioquia).
- Dirección: Carrera 44 # 17 Sur 59.
- Celular: (313)8284530.
- Se anexan los certificados de formación académica que me acreditan como idónea para la realización del presente dictamen pericial.
- Se anexa Hoja de Vida.
- Se anexa soporte de la homologación del título de Médica y Cirujana en España.

Dirección de contacto: Calle 10 A # 22 – 04 U CES. Medellín – Antioquia  
Teléfono: 444 05 55 ext. 1601 – 1352 Emails: [sagonzalez@ces.edu.co](mailto:sagonzalez@ces.edu.co)  
[ltoero@ces.edu.co](mailto:ltoero@ces.edu.co)

De acuerdo al Código General del Proceso en su artículo 226:

- Expreso que cuento con los conocimientos necesarios, soy imparcial y no tengo impedimento alguno en la peritación que elaboro.
- Declaro que para el interesado que requiere el peritaje no he rendido dictamen pericial en el pasado.
- Se anexa los certificados de formación académica que me acreditan como idóneo para la presente evaluación pericial.
- La lista de procesos en los que he participado como perito se anexan a este peritaje.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos que he empleado para la rendición de dictámenes periciales a través de la Universidad CES.
- Declaro que los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son los mismos respecto de aquellos que utilizo en el ejercicio regular de mi profesión, indicando que una cosa es la prestación de los servicios de salud y otra, muy diferente, la elaboración de dictámenes periciales.



- Manifiesto que el dictamen fue elaborado con la historia clínica suministrada por la parte interesada correspondiente al paciente JUAN DE DIOS GALLEGO TORO.

#### DOCUMENTACION APORTADA PARA RENDIR ESTE EXPERTICIO:

- Historia clínica del señor JUAN DE DIOS GALLEGO TORO de EPS SURA, que está compuesta por 63 folios (126 páginas).
- Certificado de defunción, compuesto por 2 folios (4 páginas).

#### RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA:

Formato de fecha: AAAA-MM-DD

#### 2013

Fecha: 2013/06/13 15:34. CONSULTA MÉDICO GENERAL NO PROGRAMADA (Dra. Shirley Lorena Sáez Mateus). IPS Sura Los Molinos. Motivo de consulta: "Me cogió ventaja una hernia inguinal". 61 años, refiere cuadro de varios años de aparición de hernia inguinal izquierda, en los últimos meses ha empeorado, con protrusión espontánea y para reducirla debe hacerlo manualmente, en ocasiones con otras maniobras. El dolor se irradia a miembro inferior izquierdo. Examen físico: Aparentes buenas condiciones generales. Peso: 69.5Kgs; Talla: 162.0 cms; Presión arterial: 125/80; Temperatura: 36.4 °C; Frecuencia respiratoria: 18; Pulso: 80. Abdomen: se palpa hernia inguinal izquierda de 1cm de diámetro, protruye con valsalva y reduce con maniobras digitales, pero con dificultad. Resto del examen físico normal. Impresión Diagnóstica: hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena.

Fecha: 2013/06/21 12:36. CONSULTA CIRUJANO GENERAL (Dr. Santiago Gómez Correa). IPS Centro de Especialistas. Motivo de consulta: dolor en región inguinal izquierda asociado a sensación de masa. Antecedentes personales de hipertensión arterial. Exfumador ocasional. Antecedentes quirúrgicos negativos. Antecedentes familiares de cáncer de próstata. Examen físico: Pulso: 80, rítmico. Orientado. Abdomen: masa en región inguinal izquierda. Resto del examen físico no evaluado. Impresión Diagnóstica: hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena.

Fecha: 2013/12/27 18:43. CONSULTA MEDICO GENERAL (Dr. Roberth Nicolás Aguilar Medina). IPS Sura Los Molinos. Motivo de consulta: "Revisión". 61 años, residente en Cristo Rey. Paciente con hipertensión arterial (HTA) sin controles. Refiere cefaleas frontales desde hace 4 meses a repetición, sin otros síntomas asociados. Está pendiente de cirugía herniorrafia inguinal izquierda. Antecedentes personales: hipertensión arterial en tratamiento con captopril 50 mg cada 12 horas y hernia inguinal izquierda; niega antecedentes alérgicos, quirúrgicos, tóxicos y familiares. Examen físico: buenas condiciones. Peso: 69 Kgs; Talla: 168.0 cms; Presión arterial: 130/80, sentado; Temperatura: 37 °C; Frecuencia respiratoria: 18; Pulso: 70, rítmico. Cabeza Cuello: normal; Cardio-respiratorio: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular universal conservado, no agregados, no retracciones, adecuada expansión torácica; Resto del examen físico normal. Impresión Diagnóstica: hipertensión esencial (primaria) y cefalea.

#### 2014



Fecha: 2014/03/20 07:54. CONSULTA OFTALMÓLOGO (Dra. Beatriz Elena Rendón Noreña). IPS Centro de Especialistas. Motivo de consulta: Control de fondo de ojo. Paciente con diagnóstico de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril e hidroclorotiazida. Examen físico: Pulso: 80, rítmico. Agudeza Visual normal, SC OD 20/60 OI 20/100. Fondo de Ojo: AO EXC 0.3 sin retinopatía. Resto del examen físico no evaluado. Impresión Diagnóstica: Presbicia.

Fecha: 2014/05/19 08:31. CONSULTA UROLOGÍA (Dr. Jorge Alexander Girón Betancur). IPS Centro de Especialistas. Motivo de consulta: Revisión de la próstata. Paciente quien es referido por medicina general para evaluación por urología. Niega síntomas urinarios. No trae ningún estudio imagenológico. **Antígeno Específico de Próstata (PSA: 6.16 ng/ml). No antecedentes familiares de Cáncer de próstata.** Pendiente manejo de hernia inguinal. **Examen físico:** Buenas condiciones generales. Abdomen: hernia inguino-escrotal izquierda que no reduce, pero sin signos de sufrimiento de asa (intestino). **Tacto rectal: alterado, próstata grado I - II**, adenomatosa, no sospechosa. Resto del examen físico no evaluado. Impresión Diagnóstica: hiperplasia de la próstata. Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena.

Fecha: 2014/05/31 11:36. CONSULTA MÉDICO GENERAL (Dr. John Alejandro Arango Arismendy). IPS Sura Los Molinos. Motivo de consulta: "*por la hernia que me está molestando*" y "*mucho dolor en cuello*". Ingresa paciente solo. Refiere antecedente de hernia inguinal izquierda hace "*varios años*", con dolor esporádico hace "*varios meses*". Refiere además dolor cérico-occipital que empeora por temporadas, con tratamientos que no lo mejoran. Tiene lectura de Rayos X de columna cervical (22/03/2014 Dra. Dora Inés Holguín) que reportó lo siguiente: rectificación de lordosis cervical (pérdida de la curvatura natural de la columna a nivel del cuello), disminución de los espacios intervertebrales C4-C5, C5-C6 y C6-C7, espondilosis (degeneración de los huesos y de los discos del cuello). El paciente niega fiebre, no otros síntomas. **Antecedente personal de hipertensión arterial "hace más de 20 años", ya en controles en el programa de Riesgo Cardiovascular (RCV), pero no asistió a cita del control que perdió a principio de mayo;** extabaquismo; ¿neuropatía? Examen físico: buenas condiciones generales, sin disnea (sin dificultad respiratoria). Discreta antalgia por dolor cervical (adopta posturas que le ayudan a sentir menos dolor). Peso: 72 Kgs; Presión arterial: 135/80; Temperatura: 36.6 °C; Frecuencia respiratoria: 18; Pulso: 80, rítmico. Cabeza Cuello: normal; Cardio-respiratorio: normal; Gastrointestinal: hernia inguinal izquierda que no reduce. No signos de irritación peritoneal. Osteomuscular: Dificultad para movimiento de columna. Dolor en región cervical posterior acompañado de espasmo muscular. Sin déficit neurológico. Resto del examen físico no evaluado. Impresión Diagnóstica: hernia inguinal unilateral o no especificada sin obstrucción ni gangrena, síndrome cervicobraquial, cervicalgia, hipertensión esencial (primaria) e hiperplasia de la próstata.

Fecha: 2014/06/18 07:18 CONSULTA CIRUJANO GENERAL (Dr. Santiago Gómez Correa). IPS Centro de Especialistas. Motivo de consulta: masa en región inguinal izquierda. dolor con el movimiento. Antecedente personal de ¿neuropatía? e hipertensión arterial. Exfumador ocasional. Antecedentes quirúrgicos negativos. Examen físico: Pulso: 80, rítmico. Orientado. Cardio-respiratorio: no evaluado. Abdomen: masa en región inguinal izquierda. Resto del examen físico no evaluado. Impresión Diagnóstica: hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena.

Fecha: 2014/08/28 07:38 CONSULTA UROLOGÍA (Dr. Jorge Alexander Girón Betancur). IPS Centro de Especialistas. Motivo de consulta: Revisión de la próstata.



Paciente con diagnóstico de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) II y LUTS (síntomas del tracto urinario inferior) muy leves. Antígeno Específico de Próstata (PSA) elevado, en seguimiento. Trae reporte de PSA total y libre así: **7.37 ng/ml (PSA total) y 1.08 ng/ml (PSA libre)**, para una **relación del 15%**. Ecografía de vías urinarias así: **próstata de 33 CC**. Riñones y vejiga sin lesiones. Examen físico: Buenas condiciones generales, afebril, sin dificultad respiratoria. Pulso: 76/minuto, rítmico. Cardio-respiratorio: no evaluado. Abdomen: Blando, depresible, no masas, no dolor. Resto del examen físico no evaluado. Impresión Diagnóstica: hiperplasia de la próstata y **tumor maligno de la próstata**.

Fecha: 2014/09/03 06:29 CONSULTA ORTOPEDIA (Dr. Gustavo Álvarez Lopera). IPS Centro de Ortopedia y Traumatología Estadio. Motivo de consulta: dolor, ardor y prurito (picazón) en la cabeza de 1 año y medio de evolución. No es paciente de ortopedia. Revisión por sistemas: cefalea. Examen físico: presión arterial sentado 120/80. Pulso: 80/minuto, rítmico. Cardio-respiratorio: no evaluado. Osteomuscular: cefalea. Neurológico: no evaluado. Resto del examen físico no evaluado. Impresión Diagnóstica: cefalea postraumática crónica.

## 2015

Fecha: 2015/03/06 08:21 CONSULTA CIRUJANO GENERAL (Dr. Santiago Gómez Correa). IPS Centro de Especialistas. Motivo de consulta: Postoperatorio (POP) de herniorrafia inguinal. Consulta por dolor en región inguinal. **Tiene ecografía que reportó lo siguiente: por encima del ligamento inguinal, se observa defecto a través del cual se visualiza malla de 24 mm**. Refiere masa en región inguinal izquierda y dolor con el movimiento. Antecedentes personales de ¿neuropatía? e hipertensión arterial. Exfumador ocasional. Examen físico: Pulso: 80, rítmico. Orientado. Cardio-respiratorio: no evaluado. Abdomen: no palpo hernia. Resto del examen físico no evaluado. Impresión Diagnóstica: dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen.

Fecha: 2015/07/16 07:32. CONSULTA CIRUJANO GENERAL (Dr. Santiago Gómez Correa). IPS Centro de Especialistas. Motivo de consulta: dolor en región inguinal izquierda que se exagera con el movimiento. Trae ecografía de tejidos blandos (07/2015) que reportó una **hernia inguinal izquierda recidivante**. Antecedentes personales de postquirúrgico de herniorrafia inguinal izquierda, hipertensión arterial y ¿neuropatía? Exfumador ocasional. Examen físico: Pulso: 80, rítmico. Orientado. Cardio-respiratorio: no evaluado. Abdomen: masa en región inguinal izquierda que reduce. Resto del examen físico no evaluado. Impresión Diagnóstica: hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena.

## 2016

Fecha: 2016/04/20 03:02:39 PM. MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA (Dr. David Alejandro Zapata). Motivo de consulta: “tengo dolor en el pecho”. Paciente de 64 años, con diagnóstico de HTA (hipertensión arterial), niega antecedente de alergias, quien consulta por presentar un cuadro clínico de 20 minutos de evolución consistente en **dolor abdominal en la región superior del abdomen (epigastrio) además de dolor en el pecho** a nivel de la región esternal, constante, no irradiado, acompañado de náuseas. El dolor no se exagera con la marcha ni con el reposo. No fiebre, no diarrea, no melenas (no deposiciones con sangre), no ictericia (no coloración amarillenta en la piel y las mucosas), no acolia (no deposiciones color blanco), no coluria (no orina hiperpigmentada). Niega consumo de ASA (Acido Acetil Salicílico, comúnmente conocida como “aspirina”). **Refiere que estaba consumiendo licor** en el momento en el que se presentaron los síntomas. Antecedente personal de



herniorrafia inguinal izquierda. Está en tratamiento actualmente con alopurinol, amlodipino, enalapril, hidroclorotiazida y gemfibrozilo. Examen físico: **Presión Arterial: 140/100**; Frecuencia Cardíaca: 109; Frecuencia Respiratoria: 18; Temperatura: 37 °C; Saturación de oxígeno: 96%; Escala análoga del dolor: 4; Glasgow: 15/15. Buenas condiciones generales. Mucosas semisecas. No dolor a la palpación torácica. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Pulmones bien ventilados. Abdomen con peristaltismo positivo, con dolor a la palpación en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. Neurológico sin alteraciones. Impresión Diagnóstica: **trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol (intoxicación aguda)**; infarto agudo de miocardio sin otra especificación; gastritis no especificada; dolor en el pecho no especificado; dolor abdominal localizado en parte superior. Conducta: Escala Morse 0 (riesgo bajo de caídas). Se ordenan: electrocardiograma, troponina I, hemograma completo, amilasa, fosfatasa alcalina, ALT (Alanino Amino Transferasa), AST (Aspartato Amino Transferasa) y glucosa por tirilla. No se adjuntó la imagen del electrocardiograma. El electrocardiograma (EKG) fue reportado así: frecuencia cardíaca 100, intervalo PR 200, signos de hipertrofia ventricular (no se aclara si es derecha o izquierda), no signos de isquemia o arritmia cardíaca; troponina I menor de 0.05 (negativa), hemoglobina 14, hematocrito 42, leucocitos 8980, neutrófilos 48%, linfocitos 37%, plaquetas 311000, Fosfatasa Alcalina 82 (FA). Con respecto a la AST, el médico tratante reportó dos resultados diferentes para el mismo estudio, así: AST 39, AST 65. No se adjuntaron los soportes de los resultados de las ayudas diagnósticas suministrados por el laboratorio, por lo que no queda claro cuál de los dos valores corresponde a la AST y cuál a la ALT. Sólo se dispone de la información que el médico registró en la historia clínica. El Dr. Zapata conceptuó que se trataba de un paciente con un cuadro clínico de origen gástrico y tanto no cardiovascular debido a que el dolor se reproduce a la palpación directa en epigastrio y al antecedente de consumo de licor, por lo que ordenó manejo médico farmacológico sin complicaciones (ranitidina, tramadol, solución salina al 0.9% e hidróxido de aluminio/magnesio/simeticona). A las 05:58:26 PM, se documentó que los **paraclínicos se encontraban dentro de límites normales y que se trataba de un dolor epigástrico secundario a la ingesta de licor**, por lo que dan de alta con fórmula con omeprazol e hidróxido de aluminio/magnesio/simeticona, instrucciones y signos de alarma.

Fecha: 2016/04/22 04:11:37 PM. MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA (Dr. Farid Antonio Socarrás Polo). Motivo de consulta: dolor en el tórax. Cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en dolor en el tórax anterior izquierdo asociado a sensación de disnea (dificultad para respirar), malestar general, dolor epigástrico y náuseas. Ya había consultado por mismos síntomas recientemente, con paraclínicos y EKG normales, no alteraciones en la función hepática ni aumento de la amilasa o lipasa. Hoy reconsulta por el mismo cuadro, sin equivalentes anginosos. Continúa igual manejo farmacológico. Examen físico: Presión Arterial: 120/70; Frecuencia Cardíaca: 88; Frecuencia Respiratoria: 20; Temperatura: 37 °C; Saturación de oxígeno: 98%; Escala análoga del dolor: 7. Buenas condiciones generales, consciente, sin déficit neurológico. Mucosas húmedas, no ingurgitación yugular. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Pulmones bien ventilados sin ruidos sobreagregados. Abdomen blando, depresible, no masas ni megalias, con dolor a la palpación en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. No edemas. Llenado capilar inmediato. Impresión Diagnóstica: **gastritis alcohólica**; otros dolores en el pecho. Conducta: Escala Morse 20 (riesgo bajo de caídas). Se toma nuevamente EKG, el cual es interpretado por el Dr. Socarrás así: ritmo sinusal, frecuencia cardíaca 85, RR regular, signos de hipertrofia ventricular (no especifican si es derecha o izquierda), sin signos isquémicos. Troponina I negativa. No se adjuntaron los soportes de los resultados de las ayudas diagnósticas suministrados por el laboratorio, por lo que sólo se puede valorar lo que el médico tratante escribió en la historia clínica. Se



inicia protocolo UDT (Unidad de Dolor Torácico). No se administra ASA por epigastralgia, paciente con consumo excesivo de alcohol. Se ordena Radiografía de tórax, la cual fue interpretada como normal. No se dispone de la imagen de la radiografía ni de la interpretación del radiólogo, por lo que el resultado normal corresponde a la apreciación del Dr. Socarrás. Se ordena manejo con clopidogrel, ranitidina e hioscina n-butilbromuro/dipirona sódica sin complicaciones. Evoluciona satisfactoriamente, por lo que le dan de alta con fórmula con acetaminofén y ranitidina, además se remite para manejo por médico de familia y es direccionado por enfermería al programa de Riesgo Cardiovascular.

Fecha: 2016/04/25 09:18. CONSULTA UROLOGÍA (Dr. Jorge Alexander Girón Betancur). IPS Centro de Especialistas. Motivo de consulta: Revisión de la próstata. Paciente conocido por urología, con diagnóstico de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) II y **sospecha de cáncer de próstata. Última cita hace 2 años, cuando se le envió una biopsia de próstata, la cual nunca se realizó.** Es remitido nuevamente por presentar un **Antígeno Específico de Próstata (PSA) de 9.7 ng/ml, con previo hace 2 años de 7.3 ng/ml.** Refiere micción espontánea, con disminución del calibre del chorro urinario y polaquiuria (necesidad de orinar muchas veces durante el día). **Examen físico:** Buenas condiciones generales, afebril, sin dificultad respiratoria. Pulso: 76/minuto, rítmico. Cardio-respiratorio: no evaluado. Abdomen: normal. **Tacto rectal alterado, con próstata grado II-III,** adenomatosa, no sospechosa. Resto del examen físico no evaluado. Impresión Diagnóstica: hiperplasia de la próstata y tumor maligno de la próstata.

Fecha: 2016/08/10 14:13. CONSULTA NEUROLOGÍA (Dra. Francly Yobana Castro Fuquen). IPS Centro de Especialistas. Motivo de consulta: Control. Paciente de 63 años, con diagnósticos de cefalea postraumática crónica, polineuropatía de etiología indeterminada, insuficiencia renal grado II, hiperplasia prostática, hipertensión arterial en manejo con hidroclorotiazida 25mg/día, enalapril cada 12 horas, amlodipino 5 mg cada día, gemfibrozilo 1 tableta al día. También está en manejo con toxina botulínica 200UI subcutáneas (última aplicación en febrero 2016). Refiere que persiste con cefalea biparietal (ambos lados de la cabeza), de inicio insidioso, de intensidad progresiva (de intensidad leve a moderada), de predominio en la noche, dolor sordo de más de 3 horas de duración, no se acompaña de síntomas disautonómicos (mareo, fatiga, desmayos). Refiere roncopatía (ronca), mal patrón de sueño, múltiples despertares, además persiste con dolor urente (sensación de quemazón), calambres y parestesias (sensación de hormigueo) en miembros inferiores. Ha tenido 2 aplicaciones de toxina sin mejoría. Examen físico: presión arterial 120/70, frecuencia cardíaca 78, frecuencia respiratoria 17, peso 74 kg. Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. Ruidos respiratorios sin agregados. Abdomen blando, no doloroso. Extremidades sin edemas. Neurológico: alerta, orientado en persona tiempo y lugar. Lenguaje: nomina, repite, evoca. Memoria y cálculo sin alteración. Pares craneanos: pupilas isocóricas (del mismo tamaño), normorreactivas a la luz, movimientos oculares normales, sin recortes campimétricos, fondo de ojo bilateral sin papiledema (edema de la papila, es un signo de hipertensión intracraneal), no hemorragias. Simetría facial, sensibilidad facial conservada. Audición y laberinto: no nistagmos (movimientos rápidos e involuntarios de los ojos), audición aparenta normal. Elevación simétrica del paladar, úvula central, movimiento lingual normal. Motor: tono y trofismo normal (tamaño y consistencia muscular), fuerza muscular 5/5 en las 4 extremidades (normal), reflejos músculo-tendinosos (RMT) ++/++, coordinación normal. Sensibilidad: disestesias en bota larga bilateral (sensibilidad anormal de la piel), no extinción cortical (reconoce dos estímulos de manera simultánea localizados en hemicuerpos diferentes), no signos meníngeos, no movimientos anormales. Puntos gatillo cervicales y occipitales (zona hiperirritable



localizada en una banda tensa de un músculo que genera dolor con la compresión, distensión, sobrecarga o contracción del tejido). Impresión Diagnóstica: **cefalea postraumática crónica. Otros síndromes de cefalea especificados. Neuralgia y neuritis no especificadas.**

Fecha: 2016/09/01 16:22. CONSULTA MEDICINA INTERNA (Dr. Jorge Ricardo Sánchez Madrid). IPS Salud en Casa. Motivo de consulta: ingreso al Programa de Protección Renal (PPR). 64 años, con diagnósticos de cefalea postraumática crónica, polineuropatía de etiología indeterminada, **¿insuficiencia renal?**, hiperplasia prostática, hipertensión arterial en manejo con hidroclorotiazida 25mg/día, enalapril cada 12 horas, amlodipino 5 mg cada día, gemfibrozilo 1 tableta al día. También está en manejo con toxina botulínica 200UI subcutáneas (última aplicación en febrero 2016). Sólo lleva dos aplicaciones porque siente que la segunda “no le cayó bien” (dice que quedó viendo mal). Quirúrgicos: hernia inguinal izquierda (pendiente cirugía por recidiva); pterigión ojo izquierdo. Tóxicos: fumó poco, licor ocasional. Ecografía renal de julio de 2016: riñón derecho mide 100x60.8x48.1. Tamaño, forma y posición normal. Riñón izquierdo mide: 104x57x65. Tamaño, forma y posición normal. Vejiga distendida, sin compresión y sin masas. Volumen premiccional de 693cc, posmiccional de 400cc. **Próstata aumentada de tamaño, impronta sobre la vejiga, volumen 50cc;** Laboratorios de julio de 2016: hemoglobina 14.7, hematocrito 46.7, leucocitos 11.570, plaquetas 457.000, ácido úrico 5.9, creatinina 1.5, peso 72, Tasa de Filtración Glomerular (TFG) 50, *MDRD* 49, estadio 3<sup>a</sup>, glucosa 92, BUN 20.7, proteinuria 130 con un volumen de 1300, colesterol 171, HDL 40 triglicéridos 134, uroanálisis normal. Examen físico: buenas condiciones generales, presión arterial 125/75; frecuencia respiratoria 14; pulso: 62, rítmico; cardiorrespiratorio: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Ruidos respiratorios conservados sin agregados; abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias; extremidades sin edemas. Resto del examen físico no evaluado. Impresión Diagnóstica: **insuficiencia renal crónica no especificada**, hipertensión esencial (primaria), hiperplasia de la próstata.

## 2017

Fecha: 2017/02/02 11:21. CONSULTA CIRUJANO GENERAL (Dr. Rodrigo Alberto Rodríguez Agelvis). IPS Central Especialistas Sura Clínica Medellín Centro. Motivo de consulta: remiten por hernia inguinal izquierda, ya operada hace 2 años. Sin embargo, **desde el mismo momento de la cirugía nota masa en el mismo sitio. Evaluado por cirugía, quien sí encuentra hernia, pero no se hace cirugía.**

Refiere sensación de dolor y molestia a dicho nivel. Antecedentes personales: HTA (enalapril-hidroclorotiazida-amlodipino), dislipidemia (gemfibrozilo). Alergias: penicilina. Cirugías: herniorrafia inguinal izquierda. Examen físico: apariencia normal; Pulso: 84, rítmico; Peso: 73.0Kgs; Talla: 167.0 cms; Cardio-respiratorio: no evaluado. Abdomen: cicatriz de herniorrafia inguinal izquierda. Hernia inguinal izquierda y “*me queda la duda de derecha*”. Recto/ano: normal. Resto del examen físico no evaluado. Impresión Diagnóstica: **hernia inguinal bilateral, sin obstrucción ni gangrena.**

Fecha: 2017/02/14 13:29. CONSULTA CIRUJANO GENERAL (Dr. Mauricio Esteban Valencia Agudelo). IPS Central Especialistas Sura Clínica Medellín Centro. Motivo de consulta: Paciente con hernia inguinal izquierda, refiere sensación de masa que duele y protruye con maniobras de Valsalva, además refiere dolor en región derecha. Tiene ecografía del 2015 que reporta hernia inguinal izquierda. Patologías: hipertensión arterial. Cirugías: herniorrafia inguinal izquierda vía abierta hace 2.5 años. Pterigión izquierdo. Alergias: penicilina. Examen físico: apariencia buena;



Pulso: 82, rítmico; Cardio-respiratorio: no evaluado. Abdomen: hay hernia inguinal izquierda directa que reduce. Dolor al palpar canal inguinal izquierdo sin definir defectos herniarios como tal. Resto del examen físico no evaluado. Impresión Diagnóstica: hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena.

Fecha: 2017/09/05 10:02. CONSULTA CIRUJANO GENERAL (Dr. Mauricio Esteban Valencia Agudelo). IPS Central Especialistas Sura Clínica Medellín Centro. Motivo de consulta: paciente que fue intervenido el 1 de agosto del 2017 de herniorrafia inguinal izquierda por laparoscopia, buena evolución. Refiere dolor en región cervical y lesiones vesiculares hace 15 días. Ahora con dolor en cuello y en hemicara izquierda. Patologías: anotadas y leídas. Examen físico: apariencia buena; Pulso: 84, rítmico. Cardio-respiratorio: no evaluado. Abdomen: se revisa canal inguinal no hay hernias recidivantes, no atrofia testicular. Piel y Faneras: hay lesión descamativa en cuello y hombro izquierdo. Resto del examen físico no evaluado. Impresión Diagnóstica: **herpes zoster sin complicaciones.**

Fecha: 2017/09/19 15:13. CONSULTA MEDICINA INTERNA (Dr. Andrés Camilo Mora Granja). IPS Salud en Casa. Motivo de consulta: Control Internista Programa de Protección Renal (PPR). 65 años, con diagnósticos de cefalea postraumática crónica, polineuropatía de etiología indeterminada, **cáncer de próstata (en seguimiento en Clínica Las Américas)**, hipertensión arterial en tratamiento con hidroclorotiazida 25mg/día, enalapril 20 mg cada 12 horas, amlodipino 5 mg cada 12 horas, gemfibrozilo 2 tabletas al día, alopurinol 100 mg/día. Quirúrgicos: hernia inguinal izquierda. Resección pterigion ojo izquierdo. Alérgicos: penicilina (brote en piel). Tóxicos: fumó poco, licor ocasional. Ecografía renal de julio de 2016: riñón derecho mide 100x60.8x48.1. Tamaño, forma y posición normal. Riñón izquierdo mide: 104x57x65. Tamaño, forma y posición normal. Vejiga distendida, sin compresión y sin masas. Volumen premiccional de 693cc, posmiccional de 400cc. Próstata aumentada de tamaño, impronta sobre la vejiga, volumen 50cc; Del 8/mayo/2017: creatinina 1.42; TFG estimada por Cockcroft-Gault: 54 y MDRD: 53 ml/min/1.73m<sup>2</sup>; Colesterol total: 176; HDL: 45; Triglicéridos (TG): 162; LDL calculado: 98; Uroanálisis normal; Ácido úrico:6.7. Examen físico: estable estado general; Peso 76 kgs; Talla 168 cms; Presión arterial 108/66; frecuencia respiratoria 16; pulso: 70, rítmico. Mucosa oral hidratada. Cardiorrespiratorio: auscultación cardio-pulmonar normal; abdomen no distendido, sin masas; extremidades sin edema, adecuada perfusión distal. Resto del examen físico no evaluado. Impresión Diagnóstica: insuficiencia renal crónica no especificada, hipertensión esencial (primaria), tumor maligno de la próstata y trastorno del metabolismo de las lipoproteínas no especificado.

## 2018

Fecha: 2018/03/12 17:36. CONSULTA MEDICINA INTERNA (Dr. Carlos Pizarro Sierra). IPS Salud en Casa. Motivo de consulta: Control Internista Programa de Protección Renal (PPR). 65 años, con diagnósticos de cefalea postraumática crónica, polineuropatía de etiología indeterminada, cáncer de próstata (en seguimiento en Clínica Las Américas), hipertensión arterial en tratamiento con hidroclorotiazida 25mg/día, enalapril 20 mg cada 12 horas, amlodipino 5 mg cada 12 horas, gemfibrozilo 2 tabletas al día, alopurinol 100 mg/día. Ecografía renal de julio de 2016: riñón derecho mide 100x60.8x48.1. Tamaño, forma y posición normal. Riñón izquierdo mide: 104x57x65. Tamaño, forma y posición normal. Vejiga distendida, sin compresión y sin masas. Volumen premiccional de 693cc, posmiccional de 400cc. Próstata aumentada de tamaño, impronta sobre la vejiga, volumen 50cc; **Creatinina: no hay dato, queda pendiente revisar su enfermedad renal crónica en orina de 24 horas aún no se lo ha realizado.** BUN:17.5, hemoglobina:14.3, hematocrito:44.4%,



leucocitos:10.750 con neutrófilos 4450, linfocitos 2810, monocitos 1150, eosinófilos 2200, bandas 140, plaquetas:286.000, glicemia:99, sodio:142, potasio:4.24, calcio:9.5, fósforo:2.7, albúmina:4.94, colesterol total: no hay dato, triglicéridos: no hay dato, ácido úrico:7.8, ácido fólico:9.23. Se ha sentido bien, aliviado, ha sido operado de hernia inguinal izquierda, pero dice que no está satisfecho con los resultados, le duele y tiene aún bulto. Toma mucha agua. Examen físico: buen estado general, consciente, orientado, afebril, hidratado. Peso 76.5 kgs; Talla 168 cms; **Presión arterial 140/80**; temperatura axilar: 36 °C; frecuencia respiratoria 16; pulso: 74, rítmico. Cardiorrespiratorio: ruidos cardíacos alejados, sin soplos, frote ni galope. Pulmones limpios, pero hipoventilados; abdomen sin visceromegalias, tiene dolor y una lesión dura en la zona inguinal izquierda superior al pliegue inguinal. Parece un hematoma ya que hay algo de equimosis (morado en la piel) allí; Recto/ano: normal; Osteomuscular: normal; Neurológico: normal. Resto del examen físico no evaluado. Impresión Diagnóstica: insuficiencia renal crónica no especificada, hipertensión esencial (primaria) y tumor maligno de la próstata.

## 2019

Fecha: 2019/03/13 09:15:32 AM. MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA (Dr. Juan Esteban Pineda Gómez). Motivo de consulta: "**tengo molestia para orinar**". Cuadro clínico de 15 días de evolución consistente en nicturia (aumento de la frecuencia en la micción nocturna), polaquiuria (necesidad de orinar muchas veces durante el día), disuria (dolor o ardor al orinar) y disminución del calibre del chorro miccional. No fiebre. **Antecedente de HTA sin manejo desde hace 1 año**. Alérgico a la penicilina. Herniorrafia inguinal en 2 ocasiones. Examen físico: Presión Arterial: 190/100; Frecuencia Cardíaca: 78; Frecuencia Respiratoria: 19; Temperatura: 37 °C; Saturación de oxígeno: 93%. Buenas condiciones generales, consciente, alerta, no luce toxémico. Glasgow: 15/15. No déficit neurológico. Mucosas húmedas. Tórax simétrico, expansible, murmullo vesicular conservado, no ruidos patológicos sobreagregados. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Abdomen globoso por abundante panículo adiposo, blando depresible, no doloroso a la palpación. Se palpa hernia inguinal izquierda gigante, sin signos de obstrucción, no irritación peritoneal. No edema. Llenado capilar normal. Impresión Diagnóstica: hipertensión esencial (primaria); infección de vías urinarias, sitio no especificado; hiperplasia de la próstata. Conducta: paciente con antecedente de HTA sin adherencia al manejo, ahora fuera de metas, no órgano blanco afectado. Acude por síntomas urinarios tanto irritativos como obstructivos. Se ingresa para manejo y descartar infección de tracto urinario (ITU). Llama la atención que el galeno indicara que el paciente debía ser estudiado para hiperplasia prostática benigna y hernia gigante de manera ambulatoria, ya que era ampliamente conocido su diagnóstico de cáncer de próstata. Se ordenan paraclínicos que fueron interpretados así: creatinina 1.77 (previa de mayo/2017 de 1.47), BUN 20, cintilla de orina con hematuria, sin signos de infección. No se adjuntaron los soportes de los resultados de las ayudas diagnósticas suministrados por el laboratorio, por lo que sólo se puede valorar lo que el médico tratante escribió en la historia clínica. Según notas de enfermería, escala análoga del dolor: 4, escala Morse: 10 (riesgo bajo de caídas). **Paciente con cuadro clínico de cólico renal, con función renal en aumento posiblemente secundario a la mala adherencia a tratamiento antihipertensivo**, ahora con cifras tensionales elevadas, por lo que se ordena manejo con captopril y dipirona sin complicaciones, se obtiene mejoría de las cifras tensionales, y se da de alta con fórmula con captopril y acetaminofén. Se remite para valoración por médico de familia para remisión a urología y para el programa de riesgo cardiovascular.

Fecha: 2019/03/20 10:09:49 AM. MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA (Dr. Alberto Carlos Morales García). Motivo de consulta: dolor abdominal. Cuadro



clínico de 20 días de evolución consistente en dolor suprapúbico acompañado de disuria, polaquiuria y tenesmo vesical (deseo de orinar permanentemente). No fiebre ni emesis (vómito). Antecedentes de herniorrafia inguinal izquierda e hipertensión arterial. No alergias medicamentosas. Examen físico: **Presión Arterial: 150/90**; Frecuencia Cardíaca: 90; Frecuencia Respiratoria: 20; Temperatura: 36.5 °C; Peso: 64 kg; Saturación de oxígeno: 98%; Escala análoga del dolor: 5. Buenas condiciones generales, consciente, sin déficit neurológico. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, pulmones bien ventilados sin ruidos sobreagregados. Abdomen blando, dolor suprapúbico, con masa en flanco izquierdo de 10x5 cms, ruidos intestinales presentes, puño percusión renal izquierda dolorosa. Extremidades sin edemas. Llenado capilar menor de 2 segundos. Impresión Diagnóstica: infección de vías urinarias, sitio no especificado. Conducta: Escala Morse 55 (riesgo alto de caídas). Paciente con antecedente de hipertensión arterial, quien presenta clínica urológica de ITU. Llama la atención palpación de masa abdominal en hemiabdomen izquierdo. Se ordenan paraclínicos que fueron interpretados por el médico tratante así: hemograma con **trombocitopenia (plaquetas disminuidas)**, PCR negativa, **creatinina 1.5** (alterada), cintilla de orina con hematuria. No se adjuntaron los soportes de los resultados de las ayudas diagnósticas suministrados por el laboratorio, por lo que no queda claro cuál es el valor exacto de las plaquetas ni de los demás estudios que fueron solicitados. Se ordena manejo con dipirona sin complicaciones. Paciente hemodinámicamente estable, con trombocitopenia no extrema, por lo que se remite para manejo ambulatorio con su médico de familia y se ordena ecografía abdominal prioritaria, fórmula con prazosina e hioscina n-butil bromuro, y se sugiere tamsulosina en la noche. Es direccionado por enfermería a los programas de Promoción y Prevención. A las 12:58:12 pm se presentó un evento adverso mientras auxiliar de enfermería, al retirar flujómetro (dispositivo que regula la presión de oxígeno), este se resbala y cae sobre la cabeza del paciente, con lesión menor de 1cm secundaria y sangrado escaso autolimitado. Se genera reporte de evento adverso.

Fecha: 2019/04/01 07:25 AM. RIESGO CARDIOVASCULAR – RIESGO EXTREMO (Dr. John Alejandro Arango Arismendy). Motivo de consulta: **"porque me he descuidado y me estoy atacando para orinar"**. Asiste sin acompañante. Pte relata que **"por motivo de viaje" había descuidado sus controles**. Ha requerido **2 ingresos a urgencias "porque no ha podido orinar"**. Actualmente, tiene que hacer fuerza para orinar, con dolor; niega fiebre, niega dolor lumbar, niega síntomas generales. Trae reporte de Ecografía abdominal total (Dra. Elena Cecilia Paternina): **"Colelitiasis, disminución de la diferenciación cortico-medular; hidronefrosis izquierda, hipertrofia prostática grado iv"**. Antecedente Personal de hipertensión arterial, dislipidemia, (**irregular en sus controles del programa de Riesgo Cardiovascular RCV**); Enfermedad Renal Crónica (ERC) e hiperuricemia *"que ha requerido controles en Programa de Protección Renal"*; dolor cráneo-cervical crónico; dolor pélvico, hernia inguinal que ha requerido tratamientos por Cirugía General; **Cáncer de próstata del que discontinuó el tto por Urología-Oncología**. Antecedentes Quirúrgicos: herniorrafia inguinal izquierda en 2 ocasiones. Alergia a la penicilina. Revisión por sistemas: Refiere constipación, con deposiciones duras y dolorosas. Examen físico: peso: 73 kg, talla: 167 cm, Índice de Masa Corporal (IMC): 26.18, peso normal. Frecuencia cardíaca 72, frecuencia respiratoria 16, **presión arterial 145/90**, sentado, presión arterial media: 108.33, temperatura: 36.5 °C. Aceptables condiciones generales. Ruidos cardíacos rítmicos, murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, sin agregados pulmonares. Abdomen con peristaltismo fuerte, blando, con leve dolor al palpar en hipogastrio e hipocondrio derecho. Signo de Murphy positivo (dolor al realizar una palpación por debajo del reborde costal derecho mientras el paciente realiza una inspiración profunda), signo de Blumberg negativo (no dolor con la descompresión brusca del abdomen, no irritación peritoneal). No globo vesical (no se evidencia retención de orina en la vejiga debido



a la incapacidad de poder evacuarla con normalidad). Puño percusión lumbar negativa bilateral. Sin déficit neurológico. No edemas. Buen llenado capilar distal en las 4 extremidades. Impresión Diagnóstica: trastorno de la próstata no especificado, tumor de comportamiento incierto o desconocido de la próstata, otras colelitiasis, constipación, hipertensión esencial (primaria) e insuficiencia renal crónica no especificada. Conducta: paciente que **requiere nueva valoración prioritaria por urología** por lo que lo remito (alta prioridad\*\*\* muy importante la cita con urología). **Requiere también cita con cirujano**, remito, favor priorizar. **Debe realizar los exámenes recomendados y traerlos a cita de control. Paciente que ha descuidado sus tratamientos y controles. Nuevamente le insisto en la importancia de una buena adherencia a los tratamientos, hábitos saludables y controles. Requiere continuar sus tratamientos de control sin faltas y debe asistir también a los controles de los programas de riesgo cardiovascular (RCV) y programa de protección renal (PPR)**. Doy claras instrucciones sobre posibles signos o síntomas de alarma para consultar si aparecen. Se le explican a paciente posibles riesgos y beneficios del tratamiento y dice estar de acuerdo. Fórmula con acetaminofén, prazosina, amlodipino, enalapril, hioscina n-butyl bromuro y bisacodilo. Se ordenan paraclínicos para reingreso al programa de riesgo cardiovascular además de antígeno específico de próstata (PSA) para la cita de urología.

Fecha: 2019/04/02 10:46. CONSULTA CIRUJANO GENERAL (Dr. Salin Pereira Warr). IPS Central Especialistas Sura Clínica Medellín Centro. Motivo de consulta: Asiste solo a consulta. Vive en Medellín. "Problemas". Paciente con disminución del chorro de la orina y polaquiuria, con constipación manejada con bisacodilo desde anoche. Antecedentes Personales: hipertensión arterial. Cirugías: herniorrafia inguinal abierta y laparoscópica. Alérgicos: Penicilina. Fuma: no. Antecedentes Familiares: No cáncer de colon. Examen físico: buen estado general. Frecuencia respiratoria: 18 Pulso: 70, rítmico. Cardio-respiratorio: normal. Abdomen: normal. Tacto rectal: alterado, próstata aumentada de tamaño. Resto del examen físico no evaluado. Impresión Diagnóstica: hiperplasia de la próstata y **cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis**.

Fecha: 2019/06/04 09:33:46 AM. MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA (Dr. Juan Pablo Querubín Orrego). Motivo de consulta: "tengo diarrea con sangre". Paciente con antecedente de hipertensión, tumor maligno de próstata aún sin valoración especializada, vive solo, pobre soporte social, quien consulta refiriendo que desde ayer después de desayunar inicia con malestar estomacal, dolor, y deposiciones diarreicas blandas con sangrado mezclado en las heces, color rojo fresco #3 el día de ayer y esta madrugada un episodio a las 3 am. Relata palidez, mareo, dolor y ardor al orinar. Niega fiebre, vómito, y otros síntomas. **No ha tomado medicamentos**. Alérgico a la penicilina (según notas de enfermería, refiere causarle rash cutáneo). Paciente con clínica de sangrado gastrointestinal bajo, se ingresa para estudios y manejo con líquidos intravenosos. Examen físico: Presión Arterial: 116/68; Frecuencia Cardíaca: 81; Frecuencia Respiratoria: 19; Temperatura: 36°C; Saturación de oxígeno: 98%; Escala análoga del dolor: 5. Buena condición general. conciente, alerta, orientado en las tres esferas, sin déficit motor ni sensitivo. Mucosa oral húmeda. Conjuntivas rosadas y pálidas. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreagregados. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca y flanco izquierdos, sin masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal, peristaltismo adecuado. Pulsos periféricos palpables y simétricos. Llenado capilar 4 segundos. Previo consentimiento del paciente se realiza tacto rectal encontrando esfínter normotónico, **se palpa próstata con gran aumento del tamaño, de consistencia pétreas y con nodulaciones irregulares**. Doloroso. Sale guante con sangrado con pequeños coágulos frescos. No melenas (deposiciones con sangre color negro). Impresión Diagnóstica: tumor



maligno de la próstata y hemorragia gastrointestinal no especificada. Conducta: Escala Morse 20 (riesgo bajo de caídas). **Paciente con antecedentes de hipertensión arterial y tumor prostático aún sin manejo.** Ahora consulta por 2 días de sangrado digestivo franco asociado a mareos, palidez generalizada, cifras tensionales tendientes a la hipotensión (enfermería reportó al ingreso una **presión arterial de 84/58**). Se ordenan paraclínicos que fueron interpretados por el médico tratante así: hemograma con hemoglobina 7.9 gr/dl, hematocrito 24.8%, volumen corpuscular medio 82 fl, hemoglobina corpuscular media 31.9 pg, plaquetas 329000, leucocitos 12800, neutrófilos 71.2%, linfocitos 19.5%. Anemia microcítica (hemoglobina previa del 20/03/2019 13.5 gr/dl), proteína C reactiva 1.4, sodio 141, potasio 4.2, creatinina 2.21 (previa del 20/03/2019 en 1.5), nitrógeno ureico (BUN) 37 y glucometría 123 mg/dl. No se adjuntaron los soportes de los resultados de las ayudas diagnósticas suministrados por el laboratorio, por lo que sólo se puede valorar lo que el médico tratante escribió en la historia clínica. Blatchford 11 puntos. Se ordena manejo con solución salina al 0.9% (2000 ml) y omeprazol venoso. Paciente quien requiere manejo intrahospitalario por **hemorragia digestiva anemizante, además con compromiso de la función renal.** Se comenta el caso con la línea del prestador y se remite para valoración por cirugía general en Clínica Medellín sede Occidente.

Fecha: 2019/06/12 01:44:35 AM. MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA (Dr. Fader Cardona Villada). Motivo de consulta: "*se me salió la sonda*". Paciente con sonda vesical permanente por hiperplasia prostática. Refiere que esta tarde inicia con salida de orina por los lados de la sonda, con marcada filtración, sin dolor. No se evidencian de otras alteraciones. Alérgico a la penicilina. Examen físico: **Presión Arterial: 145/70**; Frecuencia Cardíaca: 78; Frecuencia Respiratoria: 20; Temperatura: 36°C; Saturación de oxígeno: 99%; Buena condición general, consciente. Neurológico normal. Tórax normal. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias, peristaltismo presente, no globo vesical. Genitourinario con sonda vesical con filtración por los laterales. Impresión Diagnóstica: retención de orina. Conducta: Se realiza cambio exitoso de la sonda previo consentimiento informado, sin filtración, sin retención, sin hematuria (orina con sangre).

Fecha: 2019/06/23 05:52:29 PM. MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA (Dra. Liliana Yaneth Rivera Morales, y a partir de las 10:50:43 PM queda a cargo la Dra. Melissa Paola Romero Vicioso). Motivo de consulta: "*mucho dolor*". Paciente con antecedente personal de hipertensión arterial, en tratamiento con enalapril 20mg/día y amlodipino 5mg/día. Portador de sonda vesical (último cambio hace 11 días). Refiere que hace 2 días presenta dolor en región lumbar bilateral y en abdomen a nivel de hipogastrio (debajo del ombligo). Niega fiebre. Presenta además orina colúrica (orina de color oscuro) con mal olor. Alergias a medicamentos: penicilina; Examen físico: **Presión Arterial: 150/80**; Frecuencia Cardíaca: 72; Frecuencia Respiratoria: 18; Temperatura: 36.1°C; Saturación de oxígeno: 96%; Escala análoga del dolor: 8. Buena condición general, consciente. Neurológico sin déficit focal. Mucosa oral seca. Ruidos cardíacos rítmicos, murmullo vesicular conservado sin agregados. Abdomen con dolor a la palpación en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Puño percusión bilateral positiva. Genitourinario con sonda vesical con orina colúrica muy mal oliente. Impresión Diagnóstica: infección de vías urinarias sitio no especificado. Conducta: Paciente portador de sonda vesical, ahora con orina mal oliente, colúrica y dolor abdominal. Solicito paraclínicos para descartar infección. Según notas de enfermería, Escala Morse 20 (riesgo bajo de caídas). Se ordena manejo con ceftriaxona, diclofenaco, n-butyl bromuro de hioscina y cloruro de sodio al 0.9%. Se procede a paso de sonda vesical permanente. Se ordenan paraclínicos que fueron interpretados por el médico tratante así: hemograma con leucocitos 14800, neutrófilos 9700 (65.9%), linfocitos 2600 (17.4%), **hemoglobina 10.5**, hematocrito 32.7%, volumen corpuscular medio 83.6, hemoglobina corpuscular media 26.9, plaquetas



493000. Leucocitosis leve sin neutrofilia, **anemia leve microcítica normocrómica, trombocitosis, proteína C reactiva 4.5 (elevada). Creatinina 2.1 (elevada), previa 1.3 (02/16).** Coloración Gram con leucocitos (neutrófilos) abundantes. Bacilos Gram negativos abundantes. Uroanálisis con nitritos positivos, leucocitos 500, bacterias abundantes. Se tomó muestra para urocultivo. No se adjuntaron los soportes de los resultados de las ayudas diagnósticas suministrados por el laboratorio, por lo que sólo se puede valorar lo que la médica tratante escribió en la historia clínica. **Paciente con ITU con injuria renal aguda,** por lo cual se solicita manejo institucional, se activa proceso de remisión. Es aceptado en Clínica Antioquia para valoración y manejo por Medicina Interna.

Fecha: 2019/06/26 14:50. INGRESO AGUDOS DOMICILIARIO (Dra. Chris Estefanía Bolaños Ortega). IPS Salud en Casa Industriales. Acompañante: Laura Gallego (hija). Motivo de consulta: paciente remitido de Clínica Antioquia Sede Sur para recibir administración de medicamentos por el diagnóstico de infección de vías urinarias sitio no especificado. Paciente de 67 años quien consultó inicialmente en la Clínica Vida por presentar un cuadro clínico de 8 días de hematuria macroscópica (orina roja visible a simple vista) asociado a disuria (dolor y ardor al orinar), dolor abdominal en hipogastrio (parte baja del abdomen) y diarrea, sin moco ni sangre, con retención urinaria por presencia de coágulos. Consultó en varias ocasiones a IPS Sura Los Molinos, donde realizaron varios cambios de sonda, pero el paciente persiste con hematuria, por lo cual lo remiten para valoración por urología. Refiere que hace 2 semanas requirió transfusión de glóbulos rojos en Clínica Medellín de Occidente. **Desde hace 2 años en seguimiento por oncología clínica por cáncer de próstata. Hasta el momento el paciente no había aceptado manejo por dicha patología. Última valoración por urología reporta una enfermedad ósea metastásica amplia.**

Antecedentes patológicos: hipertensión arterial, *adenocarcinoma CT3NXM1B Gleason 4+3 IPSA 9.7*, enfermedad diverticular global no complicada. Farmacológicos: enalapril, amlodipino, acetato de leuprolide. Quirúrgicos: herniorrafia inguinal izquierda en 2014, cirugía ocular hace 18 años. Alérgicos: penicilina. **Tóxicos: exfumador pesado.** Antecedentes familiares: niega. Paraclínicos realizados en Sura Molinos: hemoglobina 8.6, hematocrito 26.9, glóbulos blancos 16000, neutrófilos 66.9%, plaquetas 451000, proteína C reactiva 7.3, creatinina 1.94, urocultivo negativo. Paciente con clínica compatible con infección del tracto urinario (ITU) complicada, inician manejo con aztreonam por 7 días y envían para Salud en Casa para continuar manejo instaurado. Tiene orden de resonancia magnética contrastada de abdomen y de pelvis para continuar manejo con urología posterior a hospitalización. Encuentro paciente hemodinámicamente estable, afebril, sin dificultad respiratoria, sin síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), con leve dolor lumbar, con deposiciones blandas, pero en menor frecuencia. Refiere además disuria ocasional y presencia de hematuria, ya sin coágulos. Examen físico: talla: 167 cm, frecuencia cardíaca 85, frecuencia respiratoria 18, presión arterial 110/70, presión arterial media 83.33, temperatura: 36 °C, saturación de oxígeno 96 % sin oxígeno suplementario. Aceptables condiciones generales, hemodinámicamente estable, afebril, sin dificultad respiratoria. Conjuntivas pálidas, mucosa oral húmeda. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreagregados. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas o megalias, sin signos de irritación peritoneal, puño percusión negativa bilateral. Genitourinario: presencia de sonda vesical, orina hematórica. Extremidades sin edemas. Neurológico: no déficit motor clínicamente evidente. Llenado capilar menor de 2 segundos, pulsos periféricos presentes. Palidez generalizada. Impresión Diagnóstica: infección de vías urinarias sitio no especificado. Conducta: se decide hospitalizar en Salud en Casa para manejo con aztreonam por 7 días. Se dan instrucciones sobre cómo funciona Salud en Casa.



Fecha: 2019/06/27 22:31. INGRESO AGUDOS DOMICILIARIO (Dra. Chris Estefanía Bolaños Ortega). IPS Salud en Casa Industriales. Acompañante: Laura Gallego (hija). Motivo de consulta: paciente de 67 años, remitido de Clínica Antioquia para manejo en Salud en Casa con diagnóstico de infección del tracto urinario. Consulta por cuadro clínico de 3 días de evolución de dolor musculoesquelético localizado en hombro izquierdo y cadera derecha, con sonda uretral por uropatía obstructiva. Niega alzas térmicas, niega dolor abdominal, en el momento sin hematuria, con orina clara sin sangre. Recientemente hospitalizado por episodio de hematuria y hematoquecia, **ampliamente estudiado en Clínica Medellín con colonoscopia que evidenció enfermedad diverticular global no complicada.** Desde hace 2 años en seguimiento por oncología clínica por cáncer de próstata, **hasta el momento no había aceptado manejo por dicha patología, no es claro si ya está en terapia de privación androgénica. Última valoración por urología reporta enfermedad ósea metastásica amplia.** Paraclínicos: uroanálisis turbio, densidad 1023, pH 5.0, nitritos positivos, leucocitos 500, bacterias abundantes. Creatinina 1.62, Proteína C Reactiva (PCR) 10.3, hemoglobina 9.6, hematocrito 27.9, leucocitos 13510, con 58% neutrófilos, plaquetas 377000. **Gamagrafía ósea: múltiples captaciones distribuidas en el esqueleto axial y apendicular localizadas en región L3, L1, T12, T8, T7, 6, 8, 9 y 10, arcos costales posteriores izquierdos, 7 arcos costales derecho, acetábulo izquierdo, isquion derecho, compromiso poliostótico metastásico.** Antecedentes patológicos: hipertensión arterial, cáncer de próstata. Farmacológicos: enalapril, amlodipino. Alérgicos: penicilina. Antecedentes familiares: niega. Quirúrgicos: herniorrafia inguinal en 2 ocasiones. Encuentro paciente hemodinámicamente estable, afebril, tranquilo. Examen físico: talla: 167 cm, frecuencia cardíaca 83, frecuencia respiratoria 18, presión arterial 110/75 presión arterial media 86.67, temperatura: 36 °C, saturación de oxígeno 96 % sin oxígeno suplementario. Aceptables condiciones generales. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreagregados. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas o megalias, sin signos de irritación peritoneal, puño percusión negativa bilateral. Genitourinario: presencia de sonda vesical con orina clara abundante. Osteomuscular: sin edemas, arcos de movilidad conservados, dolor óseo generalizado, fuerza 5/5. Neurológico: orientado, no déficit motor, no alteraciones en la marcha, llenado capilar menor de 2 segundos, pulsos periféricos presentes de buena intensidad. Impresión Diagnóstica: infección de vías urinarias sitio no especificado. Conducta: hospitalizar en Salud en Casa para manejo con aztreonam. Se dan instrucciones y signos de alarma. No se ordena fórmula.

Fecha: 2019/06/29 08:13. REVISIÓN AGUDOS DOMICILIARIO (Dra. Sandra Viviana Quiroz Restrepo). IPS Salud en Casa Industriales. Acompañante: Laura Gallego (hija). Motivo de consulta: remitido de Clínica Antioquia para manejo en Salud en Casa con diagnóstico de infección del tracto urinario. Reporte de urocultivo: enterococcus faecalis, ampicilina  $\leq 2$  sensible, ciprofloxacina  $\leq 05$  sensible, nitrofurantoina  $\leq 16$  sensible. Se pasó de aztreonam a ampicilina/sulbactam intravenoso. Refiere que continúa con síntomas urinarios, con disuria, además hace una hora comenzó con hematuria franca de con 20 cc aproximadamente. Niega eventos previos de trauma, sin dolor en el momento. Resto de antecedentes sin cambios con respecto a la historia clínica de ingreso al programa de Salud en Casa. Niega diaforesis, dolor precordial, mareo o palpitations. Examen físico: talla: 167 cm, frecuencia cardíaca 67, frecuencia respiratoria 17, presión arterial 120/80, presión arterial media 93.33, temperatura: 37 °C, saturación de oxígeno 96 % sin oxígeno suplementario. Paciente en buenas condiciones, alerta, orientado. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Ruidos respiratorios bilaterales sin agregados patológicos. Abdomen no distendido, peristalsis positiva, blando, depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio, no signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias. No se evidencia nueva hernia en región inguinal izquierda. Genitourinario: sonda vesical



con hematuria franca, aproximadamente 20 cc. No edemas. Neurológico sin déficit motor y sensitivo. Llenado capilar menor de 2 segundos. Impresión Diagnóstica: infección de vías urinarias sitio no especificado. Conducta: Urocultivo con enterococcus faecalis, en tratamiento con ampicilina/sulbactam, hoy en su primer día de antibiótico. **Llama la atención que desde hace una hora comenzó con hematuria franca** sin eventos previos de trauma. Se cambió la sonda hace 5 días. **Se da la opción de remitir, pero el paciente refiere que se siente bien, que desea esperar. Se da un plazo de espera de 4 horas máximo.** En caso que el sangrado empeore, debe ingresar por sus propios medios a un servicio de urgencias o comunicarse con la línea de Salud en Casa para iniciar proceso de remisión. En el momento sin taquicardia, sin hipotensión, estable hemodinámicamente. Se explican claramente los signos de alarma a su acompañante y al paciente, quienes aceptan y entienden. Si no se efectúa la remisión control telefónico para vigilar sangrado. No es candidato a paso de vía oral, todavía continua muy sintomático. Continuar hospitalizado por Salud en Casa con el mismo plan antibiótico, controles telefónicos y visita médica programados. Se ordena bisacodilo.

Fecha: 2019/06/29 03:58:30 PM. MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA (Dra. Tatiana Jiménez Montoya). Desde las 9:00 AM tiene en la sonda vesical sangrado rojo rutilante, además desde esa misma hora la sonda no evacua, con sensación de reflujo vesical, disuria y poliuria. No picos febriles. Refiere astenia (debilidad o fatiga generalizada que dificulta o impide realizar tareas que en condiciones normales hace fácilmente), adinamia (ausencia total de fuerza física que es un síntoma de algunas enfermedades graves) y malestar general. Alérgico a la penicilina. En tratamiento actual con enalapril 5 mg/día y amlodipino 5 mg/día. Examen físico: Presión Arterial: 120/70; Frecuencia Cardiaca: 87; Frecuencia Respiratoria: 18; Temperatura: 36.5°C; Saturación de oxígeno: 96%; Buena condición general, alerta, hidratado. Neurológico sin déficit focal. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Pulmonar sin ruidos sobreagregados. Abdomen blando, depresible, peristaltismo presente, sin masas ni megalias, con dolor a la palpación en hipogastrio sin signos de irritación peritoneal. Impresión Diagnóstica: hematuria no especificada. Conducta: **Paciente con globo vesical (retención de orina en la vejiga debido a la incapacidad de poder evacuarla con normalidad) posiblemente asociado a coágulo de sangre,** además hay sangrado en el cistoflow (sistema de drenaje urinario estéril). Se ordenan paraclínicos, irrigación de sonda vesical y manejo médico. Hemograma con leucocitosis (glóbulos blancos elevados) y neutrofilia (neutrófilos elevados). **No se reportaron los valores de la hemoglobina y del hematocrito, fundamentales para saber si el paciente tenía anemia o no.** Creatinina 1.9, alterada. Proteína C Reactiva 18, alterada. No se adjuntaron los soportes de los resultados de las ayudas diagnósticas suministrados por el laboratorio, por lo que sólo se puede valorar lo que la médica tratante escribió en la historia clínica. Paraclínicos alterados, pero con mejoría de la creatinina. Podría explicarse porque apenas hoy se inicia antibioticoterapia dirigida por resultado de urocultivo. Se ordena manejo con dipirona, con gran mejoría del dolor abdominal. Con paso de sonda vesical se logra evacuar orina, la cual es de color oscuro. Paciente con aclaramiento de la orina en cistoflow y mejoría del dolor abdominal posterior al tratamiento médico, por lo que se decide dar de alta y revisión mañana con médico de Salud en Casa. Se dan instrucciones y signos de alarma. Según notas de enfermería, se remitió a los programas de Promoción y Prevención (P y P), vacunación y Riesgo Cardiovascular (RCV).

Fecha: 2019/07/02 11:12. REVISIÓN AGUDOS DOMICILIARIO (Dra. Juliana Estrada Uribe). IPS Salud en Casa Industriales. Acompañante: Laura Gallego (hija). Motivo de consulta: 67 años, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial (HTA) e hiperplasia prostática benigna, en tratamiento con amlodipino, enalapril 20mg, acetaminofén si dolor, bisacodilo y tramadol 8 gotas cada 4 horas. Antecedentes



quirúrgicos: herniorrafia inguinal. Alergia a la penicilina. Con Diagnóstico actual de infección del tracto urinario por E. Faecalis multisensible. Tratamiento: Ampicilina/Sulbactam 1 gramo cada 8 horas intravenoso por 7 días (hoy día 5). Refiere que se siente mejor, no disuria, no hematuria, no ha podido hacer deposiciones, con dolor ocasional, no fiebre, no vómito, no diarrea, no otros síntomas. Examen físico: talla: 167 cm, frecuencia cardiaca 78, frecuencia respiratoria 18, presión arterial 120/75, presión arterial media 90.00, temperatura: 36.5 °C, saturación de oxígeno 98 % sin oxígeno suplementario. Buenas condiciones generales, estable hemodinámicamente, tranquilo, colaborador. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreagregados. Abdomen blando, depresible, no masas ni megalias, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. Genitourinario: puño percusión renal negativa. Neurológico sin déficit motor y sensitivo. Glasgow 15/15. Impresión Diagnóstica: infección de vías urinarias sitio no especificado. Conducta: paciente quién fue manejado con Aztreonam en Clínica Antioquia. Ingresa al programa de Salud en Casa para completar manejo. Se hizo cambio a Ampicilina/Sulbactam por urocultivo, hoy día 5. Encuentro paciente estable, sin hallazgos relevantes al examen físico, evolución tórpida. Es apto para paso a vía oral, ya tiene pendiente control por Urología para definir prostatectomía, por ahora tiene indicación de continuar manejo con sonda permanente. Refiere que ha estado sin deposiciones, flatos presentes, no dolor, se deja orden para enema. Se explica condición actual y plan de manejo, se dan indicaciones y signos de alarma de reconsulta. El paciente entiende y acepta. Se da de alta con fórmula con ciprofloxacino por 5 días y se suspende Ampicilina/Sulbactam.

Fecha: 2019/07/06 09:36:05 AM. MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA (Dr. John Sebastián Gaviria Quintero). Motivo de consulta: "dolor". Paciente en compañía de cuidador permanente con cuadro de 3 días de dolor articular, cefalea global, malestar general, astenia, adinamia, fatiga muscular, mareo y náuseas. Niega síntomas urinarios, respiratorios, o gastrointestinales. Estuvo hospitalizado en casa del 26/06/2019 al 03/07/2019, recibió manejo con aztreonam, ampicilina/sulbactam y ciprofloxacino, sin mejoría. **Hace 3 días le aplicaron primera dosis de leuprolide** (medicamento para el cáncer de próstata). Antecedente de cáncer de próstata, hipertensión arterial e ITU recurrente. Alérgico: penicilina. Farmacológico: leuprolide, enalapril 20 mg/día, amlodipino 5mg/día. Examen físico: **Presión Arterial: 161/94**; Frecuencia Cardiaca: 77; Frecuencia Respiratoria: 18; Temperatura: 36.2°C; Saturación de oxígeno: 96%; Escala análoga del dolor: 5 (según enfermería). **Regular condición general**, consciente. Neurológico sin déficit focal. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Pulmones bien ventilados sin sonidos sobreagregados. Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin organomegalia, no signos de irritación peritoneal. Genitourinario: no evaluado. Impresión Diagnóstica: cefalea, malestar y fatiga. Conducta: Paciente con clínica de síntomas generales probablemente asociado a aplicación de medicamento anticanceroso. Alta con fórmula con naproxeno, sales de rehidratación oral, metoclopramida y dimenhidrinato. Vigilar signos de alarma como fiebre > 39°, disnea (dificultad para respirar), deterioro del estado general, progresión de la enfermedad o dolor intenso. Revisión por consulta externa en 3 días.

Fecha: 2019/07/09 09:12. CONSULTA NO PROGRAMADA (Dr. José Joaquín Gnecco Cervantes). IPS Sura Los Molinos. Acompañante: Lizeth Valencia. Motivo de consulta: "tengo dolor en el hombro y la cadera". Camina con bastón. Viene con empleada. Cuadro clínico de 2 meses de evolución caracterizado por dolor en hombro izquierdo de intensidad 10/10 que limita movimientos, acompañado de disminución de la fuerza muscular. Refiere además 6 meses de evolución de dolor en región lumbosacra de intensidad 10/10 que le limita la marcha. Tuvo caída de una silla hace 6 meses, posterior a esto con dolor. Niega fiebre, niega dolor en el pecho, niega dificultad para respirar. Antecedentes personales: hipertensión arterial, dislipidemia,



enfermedad renal crónica, hiperuricemia, cáncer de próstata (en manejo con urología). Quirúrgicos: sin cambios. Alérgicos: penicilina. Examen físico: peso: 62.5 kg, talla: 168 cms, índice de masa corporal (IMC) 22.14, bajo peso. Frecuencia cardiaca 85, frecuencia respiratoria 19, presión arterial 120/70, sentado, presión arterial media 86.67, temperatura: 36 °C, saturación de oxígeno 98 % sin oxígeno suplementario. Buenas condiciones generales. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreagregados. Abdomen sin dolor a la palpación, sin irritación peritoneal. Genitourinario: sonda vesical. Extremidades: hombro izquierdo con dolor a la abducción, arcos de movilidad limitados, signo de lasseque positivo. Neurológico: sin signos de focalización neurológica. Llenado capilar menor de 2 segundos. Piel y anexos sin palidez mucocutánea. Impresión Diagnóstica: dolor en articulación. Conducta: hemodinámicamente estable, cursando con dolor articulación del hombro izquierdo y región lumbosacra. Se da fórmula con analgésicos (acetaminofén por insuficiencia renal), se ordenan radiografías de columna lumbosacra y de hombro, se le explican signos alarma para consultar por urgencias.

Fecha: 2019/07/23 08:26:09 PM. MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA (múltiples médicos tratantes). Motivo de consulta: "hematuria". **Paciente con cáncer de próstata, sin tratamiento por problemas personales según última historia de urología del 19-6-19**, clase funcional III, quien consulta por hematuria (orina con sangre) desde la 14.00 horas, sensación de mareo, disuria (ardor al orinar), estranguria (micción dolorosa, frecuente y en muy pequeña cantidad) y retención urinaria (imposibilidad para orinar). No disnea, no fiebre, no dolor lumbar. Alergia: penicilina. Tóxicos: Extabaquismo. Transfusiones: por hemorragia de vías digestivas altas. **Farmacológicos: niega**. Examen físico: **Presión Arterial: 144/78**; Frecuencia Cardiaca: 80; Frecuencia Respiratoria: 16; Temperatura: 36.5°C; Saturación de oxígeno: 95%; Escala análoga del dolor: 9 (según enfermería). Escala morse: 20 (riesgo bajo de caídas). **Regular condición general**, *caquexia*, orientado, hidratado, se moviliza con bastón. Neurológico sin déficit focal. Conjuntivas y mucosa oral pálidas. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular presente sin ruidos sobreagregados. Abdomen: peristaltismo positivo, abdomen blando, depresible, con dolor a la palpación en hipogastrio. Se palpa globo vesical, no signos de irritación peritoneal, no masas, no megalias, puño percusión negativa. Genitourinario: se observa sonda vesical con contenido hemático escaso. Impresión Diagnóstica: hematuria no especificada y retención de orina. Conducta: paciente con **retención urinaria, con obstrucción de sonda vesical posiblemente por sangrado**, se nota pálido. Se ingresa para manejo. Se solicitan paraclínicos que fueron interpretados por la médica tratante, así: **hemoglobina 7.3**, hematocrito 23.5, glóbulos blancos 18900, neutrófilos 13900, plaquetas 488000. anemia, leucocitosis, neutrofilia, plaquetas normales, anemia moderada microcítica hipocrómica; Proteína C Reactiva 16.6, elevada; cintilla urinaria patológica (proteínas 100, sangre 250, leucocitos 75); creatinina 1.75; bun 28; urea: 60.90; Paciente con elevación marcada de reactantes de fase aguda (RFA), anemia, cintilla urinaria patológica, con infección urinaria complicada, hematuria anemizante y criterios de transfusión. *qSOFA* 0 puntos. Se inicia antibiótico, se activa proceso de remisión para hospitalización por medicina interna por diagnóstico de anemia, secundaria a cáncer de próstata sin tratamiento e infección urinaria complicada. Duró 2 días en urgencias por la no disponibilidad de camas en el Hospital Manuel Uribe Ángel, Clínica Soma, Clínica Antioquia, Hospital San Vicente Fundación, Clínica El Rosario, Clínica Las Vegas, Clínica Sagrado Corazón, y finalmente es aceptado el 2019/07/25 en la Clínica CES. En urgencias, recibió tratamiento con dipirona, ceftriaxona, tramadol, ácido tranexámico y n-butil bromuro de hioscina sin complicaciones. Se realizó cateterismo vesical permanente en 2 ocasiones, obteniéndose orina hematórica durante toda la estancia hospitalaria (2 días). Paciente con estancia prolongada.



A las 04:09:12 PM del 2019/07/24, es valorado por la Dra. Lina Paola León Sierra (internista) durante su estancia en urgencias, quien conceptuó lo siguiente: Impresión Diagnóstica: 1. hematuria anemizante. 2. *cáncer de próstata ct3bnxm1b*. 3. infección de vías urinarias a descartar. Conducta: paciente con hematuria anemizante en el contexto de un cáncer de próstata activo, al examen físico sin signos clínicos de respuesta inflamatoria sistémica, abdomen doloroso y hematuria macroscópica en cistoflow. Si bien tiene cintilla patológica y elevación de reactantes de fase aguda, puede corresponder al proceso neoplásico en progresión. Es necesario revisar urocultivo para definir pertinencia de cubrimiento antibiótico. Paciente quien requiere valoración y tratamiento por urología. Viene siendo manejado en UROCLIN. Por ahora continua en observación clínica, cubrimiento antibiótico hasta obtener urocultivo. Se solicita comentar al paciente por urología.

A las 07:54:37 AM del 2019/07/25, es valorado por el Dr. Juan Andrés Echeverri Marulanda (internista) durante su estancia en urgencias, quien conceptuó lo siguiente: **Impresión Diagnóstica: cáncer de Próstata con extensión local, regional y sistémica. Nunca ha recibido tratamiento oncológico.** Tiene ya un fenómeno obstructivo que se resolvió con sonda vesical permanente. Ha presentado episodios de hematuria anemizante que han requerido transfusiones. Ahora nuevamente ingreso con anemia severa de 7.0 gr/dL y datos compatibles con infección urinaria asociada. **En la última evaluación de Urología se consideró hacerle una Resonancia Nuclear Magnética (que todavía no se realiza) para evaluar posibilidad de cirugía para aliviar obstrucción.** Ahora el problema es que no se ha podido ubicar en hospitalización. Conducta: Ante las circunstancias puede tomarse la alternativa de enviarlo a CES Atención Prehospitalaria (APH) para transfundirlo y resolver el problema de la anemia severa y luego enviarlo a Salud en Casa para terminar esquema antibiótico intravenoso de la infección urinaria con Ceftriaxona. Por ahora no tiene otras situaciones urgentes para resolver. Se cambia la orden de hospitalización por la de remisión a CES APH para transfusión y luego Salud en Casa para tratamiento antibiótico domiciliario. Se explica conducta al paciente quien entiende y acepta. Finalmente se logró proceso de remisión a la Clínica CES a las 09:10:59 PM del 2019/07/25. Sale paciente en silla de ruedas.

Fecha: 2019/07/27 01:47:54 am. MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA (Dr. Alberto Carlos Morales García). Motivo de consulta: "estoy atacado otra vez". Paciente conocido, con clínica de retención de orina, con antecedente de infección urinaria, manejado en la clínica CES quienes le dan de alta el día de ayer con continuidad de manejo con Salud en Casa con ceftriaxona. Refiere 8 horas de evolución de sensación de retención urinaria, sin retorno de orina en columna de tubo de cistoflow, con evidencia de orina hematórica. Niega episodio febril reciente. Refiere además dolor abdominal suprapúbico asociado. Antecedentes de hipertensión, hiperplasia prostática, retención de orina. Alergias a medicamentos: penicilina. Examen físico: **Presión Arterial: 150/80**; Frecuencia Cardiaca: 80; Frecuencia Respiratoria: 20; Peso: 70.0 Kg; Temperatura: 36.5°C; Saturación de oxígeno: 98%; Escala análoga del dolor: 4 (según enfermería) Escala morse: 0 (riesgo bajo de caídas). Neurológico sin déficit focal. Leve palidez mucocutánea. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Pulmonar sin ruidos sobregregados. Abdomen con globo vesical doloroso, sin masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Genitourinario con puño percusión de fosas renales bilaterales no dolorosa, con dolor a nivel suprapúbico, sonda transuretral que no moviliza, se observa cistoflow con orina escasa y hematuria franca. Impresión Diagnóstica: hematuria no especificada y retención de orina. Conducta: paciente masculino adulto mayor con clínica de retención con sonda transuretral sin retorno, en quien se sospecha obstrucción de catéter. Se indica cambio con sonda de tres vías por su hematuria franca. Se solicitan paraclínicos para descartar



síndrome anémico secundario. **Hemoglobina 8.6**, leucocitos 16000, neutrófilos 10700, plaquetas 451.000, creatinina 1.94, Proteína C Reactiva 7.3, elevada. Paciente en tratamiento en programa de Salud en Casa, con orina clara actualmente, en quien se da egreso para continuidad de tratamiento en este programa. Actualmente asintomático, hidratado, afebril con estabilidad hemodinámica, qSOFA de 0. Sale a las 06:31:15 AM. Según notas de enfermería, se dan recomendaciones y signos de alarma, se direcciona a programas de promoción y prevención, riesgo cardiovascular. Sale por sus propios medios.

Fecha: 2019/07/27 08:28:47 PM. MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA (Dr. Farid Antonio Socarrás Polo). Motivo de consulta: retención urinaria. Paciente con antecedente de hipertensión arterial y cáncer de próstata, en manejo por Salud en Casa por infección de vía urinaria, en tratamiento actual con ceftriaxona, con retención urinaria recurrente, con nuevo evento de retención desde las 6:00 PM, no hematuria, ahora con sonda de tres vías. Presenta dolor abdominal en hipogastrio. Alérgicos: penicilina (según notas de enfermería). Examen físico: **Presión Arterial: 160/90**; Frecuencia Cardíaca: 100; Frecuencia Respiratoria: 20; Temperatura: 36°C; Saturación de oxígeno: 98%; Escala análoga del dolor: 10 (según enfermería). Conciente, álgico (con dolor), diaforético (con sudoración profusa), ansioso. Palidez mucocutánea generalizada. Neurológico sin déficit focal. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Pulmonar sin ruidos sobregregados. Abdomen blando, depresible, con globo vesical doloroso en hipogastrio. Genitourinario: paciente con sonda vesical de tres vías, sin excreción miccional. Impresión Diagnóstica: retención de orina. Conducta: paciente con retención urinaria, se ordena irrigación y manejo con dipirona.

Fecha: 2019/07/28 12:00:30 AM. (Dr. Farid Antonio Socarrás Polo). Paciente en compañía de su hijo, quien continúa en urgencias, con estancia prolongada. **Se le ha realizado cambio de sonda, irrigación y drenaje, con poca respuesta, persiste con dolor, la sonda sigue obstruyéndose, persiste con hematuria**. Considero que debe ser evaluado por urología para determinar la necesidad de catéter suprapúbico fijo o cistografía diagnóstica/terapéutica. Se administran 20 mg de enalapril y 5 mg de amlodipino vía oral. **Persiste con sonda vesical disfuncional por coágulos**. Posterior a manejo paciente estable, sin dolor agudo, sin nueva obstrucción, con irrigación continua, no fiebre. Pendiente traslado a valoración por urología. A las 09:36:31 AM viene ambulancia de Home Group para traslado a Clínica Vida para valoración por urología. Definición de Remisión: hematuria franca.

Fecha: 2019/08/01 12:42. INGRESO AGUDOS DOMICILIARIO (Dra. Chris Estefanía Bolaños Ortega). IPS Salud en Casa Industriales. Acompañante: Laura Gallego (hija). Motivo de consulta: remitido de Clínica Vida para manejo por diagnóstico de infección de vías urinarias. Consultó por cuadro clínico de 8 días consistente en hematuria macroscópica asociado a disuria, dolor abdominal en hipogastrio, diarrea sin moco ni sangre y retención urinaria por presencia de coágulos. Inicialmente consultó en varias ocasiones a IPS Sura Molinos, donde realizaron varios cambios de sonda, pero el paciente persiste con hematuria, por lo cual redireccionan para ser valorado por urología. Refiere que hace 2 semanas requirió transfusión de glóbulos rojos en Clínica Medellín de Occidente. Desde hace 2 años en seguimiento por oncología clínica por cáncer de próstata. **Hasta el momento el paciente no había aceptado manejo por dicha patología**. Última valoración por urología reporta enfermedad ósea metastásica amplia. Antecedentes patológicos: hipertensión arterial, adenocarcinoma CT3NXM1B GLEASON 4+3 IPSA 9.7, enfermedad diverticular global no complicada. Farmacológicos: enalapril, amlodipino. Quirúrgicos: sin cambios. Alérgicos: penicilina. Tóxicos: exfumador pesado. Paraclínicos realizados en Sura Los Molinos: hemoglobina 8.6, hematocrito 26.9, glóbulos blancos 16000, neutrófilos 66.9%, plaquetas 451000, Proteína C Reactiva (PCR) 7.3, creatinina 1.94,



urocultivo tomado el 26/7/19 negativo. Consideran paciente con clínica compatible con infección del tracto urinario (ITU) complicada, inician manejo con aztreonam 2 gramos cada 8 horas por 7 días, y envían para Salud en Casa para continuar manejo instaurado. Tiene orden de resonancia magnética contrastada de abdomen y de pelvis para continuar manejo con urología posterior a hospitalización. El día de hoy encuentro paciente hemodinámicamente estable, con leve dolor lumbar, presenta deposiciones blandas, pero en menor frecuencia. Examen físico: talla: 167 cm, frecuencia cardiaca 85, frecuencia respiratoria 18, presión arterial 110/70, presión arterial media 83.33, temperatura: 36 °C, saturación de oxígeno 96 % sin oxígeno suplementario. Aceptables condiciones generales. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreagregados. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas o megalias, sin signos de irritación peritoneal, puño percusión negativa bilateral. Genitourinario: presencia de sonda vesical funcional, con orina hematórica. Osteomuscular: sin edemas. Neurológico: orientado, no déficit motor, no alteraciones en la marcha, llenado capilar menor de 2 segundos, pulsos periféricos presentes de buena intensidad. Piel y anexos con palidez generalizada. Impresión Diagnóstica: infección de vías urinarias sitio no especificado. Conducta: paciente con infección de tracto urinario complicada. Hospitalizar en Salud en Casa, Aztreonam por 7 días, control telefónico 2019/08/03 para vigilar estado de salud y visita médica el 2019/08/07. Se dan instrucciones sobre cómo funcional Salud en Casa.

Fecha: 2019/08/08 09:19. REVISIÓN AGUDOS DOMICILIARIO (Dra. Verónica Espinal Angarita). IPS Salud en Casa Industriales. Acompañante: Laura Gallego (hija). Motivo de consulta: Hospitalizado en Salud en Casa desde el 1 de agosto por diagnóstico de infección urinaria complicada, sin aislamiento microbiológico, en tratamiento con aztreonam por 7 días. Ya terminó el tratamiento. Su hija refiere que el paciente está mejor, no fiebre, no vómito, no disnea, tolera vía oral, no dolor abdominal. A veces se queja de dolor en miembros inferiores y disuria, lo cual es más notorio con los cambios de sonda vesical. Ya sin hematuria, no coágulos, orina clara. Tiene asignada cita de revisión en UROCLÍN en una semana. Examen físico: talla: 167 cm, frecuencia cardiaca 76, frecuencia respiratoria 18, **presión arterial 140/70**, presión arterial media 93.33, temperatura: 36 °C, saturación de oxígeno 96 % sin oxígeno suplementario. Buenas condiciones generales, hidratado, sin dificultad respiratoria. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Pulmones ventilados no agregados. Abdomen blando, depresible, no distendido, no doloroso, no signos de irritación peritoneal. Genitourinario: sonda vesical permanente a cistoflow, con orina clara, no hematuria, no sedimento. Osteomuscular: moviliza las 4 extremidades. Neurológico: orientado, no signos de focalización. No edemas. Impresión Diagnóstica: infección de vías urinarias sitio no especificado. Conducta: paciente con diagnóstico de infección urinaria complicada sin aislamiento microbiológico, terminó tratamiento con aztreonam, con buen a respuesta clínica, aún con síntomas irritativos bajos que podrían corresponder a traumatismo uretral durante paso de sondas. No hay compromiso sistémico en el momento. Alta por Salud en Casa. Pendiente revisión en UROCLÍN.

Fecha: 2019/10/15 12:58. CONSULTA MÉDICO GENERAL (Dr. Richard Rodríguez Schotborhg). IPS Sura Los Molinos. Motivo de consulta: “para revisión”. 67 años, con antecedentes de hipertensión arterial, cáncer de próstata metastásico, con masa prostática, proceso uro-obstructivo y hernias inguinales bilaterales, quien consulta el día de hoy para revisión general dado el contexto de paciente frágil. Consulta por cuadro de marcada disuria y piuria (presencia de pus en la orina), además refiere 7 días de constipación marcada con dolor abdominal asociado y distensión. No refiere fiebre u otros síntomas. Alérgico a la penicilina. Examen físico: peso: 66 kg, talla: 165 cm, IMC: 24.24, peso normal, frecuencia cardiaca 85, frecuencia respiratoria 19,



presión arterial 120/80, presión arterial media 93.33, temperatura 37 °C, saturación de oxígeno:98 % sin oxígeno suplementario. Adecuado estado general, afebril, álgico. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular universal. Gastrointestinal: abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda, no masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Genitourinario no explorado. Osteomuscular: sin edema. Neurológico: sin déficit motor o sensitivo aparente. Impresión Diagnóstica: constipación. Conducta: paciente con cuadro previamente descrito, se decide dar manejo sintomático y solicitar paraclínicos para posterior revaloración. Se solicita urocultivo.

Fecha: 2019/10/25 15:57. INGRESO PROGRAMA PROTECCIÓN RENAL (Dra. María Alejandra González Astudillo). IPS Salud en Casa. Motivo de consulta: control Programa de Protección Renal (PPR). **Última cita con internista PPR en marzo 2018, citado a control en 4 meses, vuelve 19 meses después.** Antecedentes: hipertensión arterial, cefalea postraumática crónica, polineuropatía de etiología indeterminada, cáncer de próstata (en seguimiento clínica Las Américas). Tratamiento actual: enalapril 20 mg x1, amlodipino 5 mg x1. Ecografía renal de julio de 2016 reportada en consultas previas. Cita urólogo septiembre 2019: cáncer de próstata metastásico. La masa tumoral prostática está causando uropatía obstructiva bilateral, más del lado derecho, múltiples lesiones óseas. **Paraclínicos: no tiene exámenes vigentes. Última creatinina en julio 2019 está en 1.94.** Examen físico: peso: 64 kg, talla: 168 cm, IMC:

22.68, bajo peso, frecuencia cardiaca 78, frecuencia respiratoria 18, presión arterial 120/80, presión arterial media 93.33. Estable. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Resto del examen físico normal. Impresión

Diagnóstica: insuficiencia renal crónica no especificada. Conducta: paciente sin exámenes vigentes, ultima creatinina de julio 2019 en 1.94. Se cita a 1 mes con exámenes vigentes y completos, normotenso.

Fecha: 2019/12/13 14:17. CONTROL PROGRAMA PROTECCIÓN RENAL (Dr. Jorge Hernán Mora Arboleda). IPS Salud en Casa. Motivo de consulta: control Programa de Protección Renal (PPR). Seguimiento por elevación de creatinina sérica en el contexto de cáncer de próstata metastásico (múltiples metástasis óseas), con masa de recidiva tumoral que genera uropatía obstructiva, en manejo con sonda permanente, seguimiento por urología. Último control PPR en octubre 2019 (viene sin exámenes). Últimos paraclínicos del 11/12/19: BUN 24.7; del 02/11/19: creatinina 1.64, BUN 26.5, hemoglobina 10.0, hematocrito 32.1, volumen corpuscular medio 86.1, hemoglobina corpuscular media 26.8, leucocitos 12190, neutrófilos 6250, linfocitos 3120, plaquetas 533000, potasio 4.6, calcio 9.5, albúmina 4.34, ALT 10, AST 13, bilirrubina total 0.12, bilirrubina directa 0.08, ácido úrico 5.8, hemoglobina glicosilada (HbA1C) 5.80, glucosa 93, colesterol total 179, HDL 35, LDL no calculable, triglicéridos: no tiene resultado, antígeno específico de próstata (PSA) 0.18. Ecografía renal de julio de 2016 reportada previamente. Informa sentirse bien, orina con sonda permanente, de aspecto turbia, no espumosa, no hematuria, con disuria intermitente, sin otros síntomas urinarios. No hospitalizaciones recientes ni consultas por urgencias. **Asiste de forma intermitente a controles de riesgo cardiovascular (RCV). No controles por nutrición (no desea). No trae carnet PPR.**

En tratamiento actual con acetaminofén, enalapril, amlodipino y doxazosina. Alergia a la penicilina. Examen físico: peso: 70 kg, talla: 168 cm, IMC: 24.80, peso normal, frecuencia cardiaca 70, frecuencia respiratoria 18, presión arterial 120/70, presión arterial media 86.67, temperatura 36 °C, saturación de oxígeno: 92 % sin oxígeno suplementario. Buenas condiciones generales. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin agregados. Abdomen blando, peristaltismo positivo, no masas, no dolor a la palpación. Osteomuscular: marcha antálgica con



bastón, extremidades sin edemas, arcos de movimiento completos. Neurológico sin focalización, sin déficit aparente. Piel y anexos: **lipoma** de aproximadamente 10 cm de diámetro en región escapular izquierda. Impresión Diagnóstica: insuficiencia renal crónica no especificada, tumor maligno de la próstata, hipertensión esencial (primaria) e hiperlipidemia no especificada. Conducta: paciente con persistencia de azoados elevados (nivel anormalmente elevado de productos de desechos nitrogenados en la sangre), pero con mejoría respecto a control previo. Tiene anemia leve, sin sangrado por mucosas, sin otras citopenias. Se solicita perfil de ferrocínica y se hará seguimiento. Ionograma sin alteraciones, transaminasas, bilirrubinas y albumina normales, ácido úrico en umbral de saturación, adecuado control metabólico. Por ahora se mantiene igual manejo farmacológico, se ordena ecografía renal y control por internista PPR.

## 2020

Fecha: 2020/05/07 10:45. HISTORIA DE ENFERMERÍA – ATENCIÓN DOMICILIARIA (Yudy Toro). Paciente en compañía de cuidador permanente (Martha Gallego, hija). Frecuencia cardiaca 68, frecuencia respiratoria 18, **presión arterial 110/40, temperatura 37.8 °C**. Paciente consciente, orientado, hidratado. Refiere cefalea. Abdomen blando, no doloroso a la palpación. Eliminando por sonda con orina colúrica. Refiere pocas deposiciones y con mucha dificultad. Se aplica dosis #1 de ceftriaxona 2 gramos cada 24 horas. Se deja paciente en compañía de su cuidador en buenas condiciones.

Fecha: 2020/05/07 12:42. INGRESO AGUDOS DOMICILIARIO (Dra. Natalia María Tabares Galvis). IPS Salud en Casa Industriales. Motivo de consulta: paciente remitido de IPS Sura Virtual para administración de medicamentos por diagnóstico de infección de vías urinarias sitio no especificado. Paciente de 68 años, con antecedentes de hipertensión arterial, cáncer de próstata metastásico a hueso (arcos costales, acetábulo izquierdo, isquion derecho, columna dorsal y lumbar, húmero derecho, escapulas, columna dorsal, lumbar, diáfisis femoral derecha y tercio proximal de la tibia derecha). **Ya terminó las radioterapias, finalizadas el 19 de marzo/2020**. Actualmente **en manejo por oncología y medicina del dolor**. Farmacológicos: enalapril 20mg/24 horas, amlodipino 5mg/24 horas, bisacodilo 10mg/noche, metadona 10mg/6 horas, acetaminofén 500mg/6hrs, trazodona/50mg noche. Alérgicos: penicilina. Paciente valorado por IPS Virtual, portador de sonda vesical hace 1 año, hace 2 días con orina fétida, colúrica (orina color “coca cola” como consecuencia de la presencia de bilirrubina en ella), hematuria, asociado a dolor en hipogastrio (parte baja del abdomen), oliguria (disminución anormal del volumen de orina emitido en 24 horas) y disuria (ardor y dolor al orinar). Niega fiebre, niega otra sintomatología. Revisión por sistemas: refiere disminución de agudeza visual izquierda y sensación de parestesia (sensación de hormigueo) en ambos pómulos. Tiene un diagnóstico de infección de vías urinarias complicada, y lo remiten para continuar tratamiento con ceftriaxona 2 gr intravenosos cada día por 7 días. **No fue tomado uroanálisis, no se tomó urocultivo**. El día de hoy refiere tener dolor en miembros inferiores, aún con coluria y disuria. No fiebre, no malestar, con molestia desde hace una semana

consistente en ptosis palpebral izquierda (párpado caído) y disminución de la agudeza visual. **Se realizan 4 preguntas relacionadas con posibilidad de COVID, las cuales fueron contestadas todas de manera negativa**. Examen físico: talla: 168 cm, frecuencia cardiaca 88, frecuencia respiratoria 16, presión arterial 110/70, sentado, presión arterial media 83.33, temperatura 37 °C, saturación de oxígeno: 98 % sin oxígeno suplementario. Aceptables condiciones generales, alerta, colaborador. **Ptosis palpebral izquierda**, reflejo pupilar neutro, con disminución de la agudeza visual, no ve la imagen, solo sombras, no se logra hacer oftalmoscopia porque el paciente no lo



tolera (presenta diaforesis y requiere acostarse), no signos de infección, no secreción. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin agregados. Abdomen blando, no doloroso, no masas, no megalias, no signos de irritación peritoneal. Genitourinario: puño percusión renal bilateral negativa, con sonda vesical a cistoflow, con orina muy colúrica y oscura. Osteomuscular: extremidades eutróficas, sanas. Neurológico: Glasgow 15/15 sin déficit ni focalización. Piel y anexos: piel sana. Impresión Diagnóstica: infección de vías urinarias sitio no especificado. Conducta: ¿Aplica cuestionario COVID-19? no. Paciente 68 años, con antecedente de cáncer de próstata metastásico a huesos, ya terminó tratamiento con radioterapia, portador de sonda vesical permanente la cual ya debió haber sido cambiada, ahora con síntomas urinarios asociados. Por IPS Virtual se inició tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona y se envió por Salud en Casa para continuar manejo, no fue tomado urocultivo ni ningún examen previo inicio de este. Tiene orina en cistoflow muy colúrica, casi oscura. **Llama la atención ptosis palpebral, sin respuesta pupilar izquierda, no fue posible oftalmoscopia ya que el paciente no toleró ojo abierto** y en última ocasión presento mareo y diaforesis. Se decide hospitalizar por Salud en Casa para continuar tratamiento antibiótico con ceftriaxona y extendiendo tratamiento por 10 días por tratarse de infección del tracto urinario complicada. Ordeno cambio de sonda vesical para mañana y continuar cambio cada 20 días por Salud en Casa hasta paso de contingencia. Orden para oftalmología y se envía correo a proveedor externo para agilizar cita. Explico conducta a la familia, quienes entienden y aceptan. Control telefónico el 9 de mayo (evolución clínica) y gestión médica el 11 y 15 de mayo.

Fecha: 2020/05/08 11:05. HISTORIA DE ENFERMERÍA – ATENCIÓN DOMICILIARIA (Verena Monsalve). Paciente en compañía de cuidador permanente (Martha Gallego, hija). Temperatura 36 °C. Paciente consciente, orientado, no síndrome de dificultad respiratoria. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. Elimina por sonda con orina colúrica y de mal olor. Se instala ceftriaxona 2 gramos intravenosos para pasar en 30 minutos (dosis #2), sin complicaciones. Se deja paciente en compañía de su cuidador en buenas condiciones.

Fecha: 2020/05/08 12:00. HISTORIA DE ENFERMERÍA – ATENCIÓN DOMICILIARIA (Nelson Alirio Ospina Sánchez). Encuentro paciente en compañía de su cuidador permanente (Martha Gallego). Frecuencia cardiaca 75, frecuencia respiratoria 19, presión arterial 110/80. Consciente, orientado, hidratado, tolerando la vía oral. Abdomen blando, distendido, no doloroso a la palpación. Eliminando por sonda, con orina color oscuro, hematuria. Deposiciones normales. Paciente con antecedente de trauma al paso de sondas en el último año, no disuria. Se cambia sonda vesical sin complicaciones. Se entregó educación a la familia sobre signos y síntomas de alarma y posibles efectos adversos del tratamiento.

Fecha: 2020/05/09 10:22. HISTORIA DE ENFERMERÍA – ATENCIÓN DOMICILIARIA (Edwin Alejandro Betancur Jiménez). Paciente en compañía de cuidador permanente (Laura Gallego, hija). Frecuencia cardiaca 72, frecuencia respiratoria 20, presión arterial 120/80, temperatura 35.6 °C. Paciente consciente, orientado, hidratado, con problemas para desplazamiento. Apetito normal. Abdomen blando, doloroso a la palpación. Eliminando por sonda con orina colúrica con leve fetidez. Refiere deposiciones normales. Se aplica dosis #3 de ceftriaxona 2 gramos cada 24 horas, sin complicaciones. Se deja paciente en compañía de su cuidador en buenas condiciones.

Fecha: 2020/05/09 11:19. CONTROL TELEFÓNICO AGUDOS DOMICILIARIO (Dra. Andrea Estefanía Aguirre Marín). IPS Salud en Casa Industriales. Persona contactada: Laura (hija). Paciente remitido de IPS Sura Virtual para administración de medicamentos por diagnóstico de infección de vías urinarias sitio no especificado.



Antecedentes patológicos: hipertensión arterial, cáncer de próstata metastásico a hueso. Farmacológicos: enalapril, amlodipino, bisacodilo, metadona, acetaminofén y trazodona. Alérgicos: penicilina. Paciente valorado por IPS Virtual, portador de sonda vesical hace 1 año, con infección urinaria complicada. Remiten para continuar tratamiento con ceftriaxona por 10 días. Lleva 4 dosis. La hija refiere que la orina está mejor, sin coluria y sin hematuria. Refiere que presenta además dolor articular crónico. Impresión Diagnóstica: infección de vías urinarias sitio no especificado. Conducta:

¿Aplica cuestionario COVID-19? NO. Paciente 68 años, con antecedente de cáncer de próstata metastásico a huesos, portador de sonda vesical permanente, ahora con síntomas urinarios asociados. La hija me refiere que el paciente sí ha tenido mejoría de la clínica, sin deterioro neurológico ni respiratorio. Considero que la infección si está siendo modulada, por lo que continua igual manejo, doy recomendaciones y signos de alarma.

Fecha: 2020/05/10 10:48. HISTORIA DE ENFERMERÍA – ATENCIÓN DOMICILIARIA (Andrés Camilo Taborda Ospina). Se realiza previa a la visita, llamada para control epidemiológico para COVID-19. ¿Usted o su familia presentan fiebre mayor a 38°, tos, dolor de garganta, escalofrío, desaliento, dolor muscular, dificultad para respirar, síntomas gastrointestinales, ha realizado viajes en los últimos 14 días o ha estado en contacto con personas que estuvieron en el exterior en los últimos 14 días? A lo cual responden que NO. Paciente en compañía de cuidador permanente (Laura Gallego, hija). Diagnóstico: Infección de vías urinarias. Se procede al lavado de manos, guantes de vinilo, polainas, bata, monogafas, máscara N95, y tapabocas convencional. Frecuencia cardiaca 82, frecuencia respiratoria 18, presión arterial 110/60, temperatura 37.2 °C. Paciente consciente, orientado, hidratado, apetito normal, sin síndrome de dificultad respiratoria. Se aplica dosis #4 de ceftriaxona 2 gramos cada 24 horas, sin complicaciones. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. Refiere eliminación con orina clara no hematórica. Deposición de aspecto normal. Dejo paciente acompañado en buenas condiciones. Se entregó educación a la familia sobre tratamiento, signos y síntomas de alarma, y posibles efectos adversos al tratamiento.

Fecha: 2020/05/10 13:45. CONTROL TELEFÓNICO AGUDOS DOMICILIARIO (Dra. Carolina Giraldo Santa). IPS Salud en Casa Industriales. Se comunica Laura, la hija del paciente, quien refiere que el día de hoy ha presentado **fiebre de 38.3°C** que cedió con acetaminofén, se lo dio a las 3 a.m., y a las 10 a.m., está dándole 1 gramo. En el momento con **temperatura de 38.5°C**, refiere además que **esta con delirium, está llamando a la madre, hablando incoherencias** (solo por el día de hoy), no agresividad. Refiere que hace 6 días no ha tenido deposición (no había comentado esto). Está en manejo con bisacodilo 2 tabletas en la noche, orina por sonda de características normales. No nota cambios en la respiración, no disnea, no vomito, no lesiones en piel. Impresión Diagnóstica: constipación y tumor maligno de la próstata. Conducta: paciente con delirium posiblemente multifactorial, constipación probablemente secundaria a opioide, considero control térmico. Se indica dipirona 1 gramo intravenoso cada 12 horas, se ordena paso de enema evacuante, se suspende bisacodilo (causa delirium en pacientes). Se inicia manejo con PEG 1 sobre vía oral cada día x 30 días. Se solicita tomar mañana prioritario hemograma, creatinina, PCR, uroanálisis, urocultivo (tiene sonda vesical), ionograma (sodio, potasio y cloro).

Fecha: 2020/05/10 14:38. HISTORIA DE ENFERMERÍA – ATENCIÓN DOMICILIARIA (John Eider Cano Cagua). Paciente en compañía de cuidador permanente (Laura Gallego, hija). Diagnóstico: Infección de vías urinarias. Antes de tener contacto con el paciente utilizo los elementos de bioseguridad, tapabocas n95, tapabocas convencionales, bata quirúrgica, polainas, y desinfección de elementos con



alcohol. Frecuencia cardiaca 70, frecuencia respiratoria 20, presión arterial 110/70, **temperatura 38.2 °C**. Se informó estado del paciente a la Dra. Carolina. Paciente consciente, orientado, hidratado. Se aplica dipirona 1 gramo intravenoso cada 12 horas. Dejo paciente acompañado en buenas condiciones. Se entregó educación a la familia sobre plan de tratamiento, proceso de comunicación con salud en casa, signos y síntomas de alarma, dudas e inquietudes, posibles efectos adversos al tratamiento.

Fecha: 2020/05/11 06:18. HISTORIA DE ENFERMERÍA – ATENCIÓN DOMICILIARIA (Alba Luz Barrera Ortiz). Paciente en compañía de cuidador permanente. Diagnóstico: Infección de vías urinarias. Realizo lavado de manos, calzo guantes limpios y secos, y explico procedimiento. Frecuencia cardiaca 68, frecuencia respiratoria 20, presión arterial 110/70, temperatura 36.5 °C. Paciente consciente, hidratado. Eliminación por sonda vesical, pendiente cambio de sonda hoy. Apetito normal. **Familiar informa que el paciente está delirando desde ayer**. Se llama a la Dra. Katerin, quien me informa que se comunicará con familiar del paciente. Se aplica dipirona 1 gramo intravenoso cada 12 horas. Dejo al paciente acompañado en buenas condiciones. Se entregó educación a la familia sobre plan de tratamiento, proceso de comunicación con salud en casa, instrucciones al alta, signos y síntomas de alarma, dudas e inquietudes, posibles efectos adversos al tratamiento.

Fecha: 2020/05/11 06:40. HISTORIA DE ENFERMERÍA – ATENCIÓN DOMICILIARIA (Mónica Patricia Flórez Morales). Paciente en compañía de cuidador permanente. Diagnóstico: Infección de vías urinarias. Se toma muestra para sodio, potasio, cloro, creatinina y PCR. Se recoge muestra de orina por sonda permanente para ser llevada al laboratorio. Previas normas de bioseguridad, se explica el procedimiento al paciente y/o familia y se verifica la lista de seguridad: Paciente no ha sangrado en los últimos días al orinar, no presenta disuria. Se instala sonda vesical Foley # 18 para toma de muestra, sonda permanente, paso de sonda exitoso. **No se obtiene eliminación**, se le da un poco de agua, se le coloca agua fría en el estómago, nada. Se llama a la jefe Sandra. No se presentan complicaciones. Se fija sonda y se instala cistoflow. Próximo cambio de sonda 11-05-2020. **El paciente se coloca muy mal, se llama a la doctora Katherine Araujo**. Se le informa del estado del paciente y dice que va a llamar al familiar. Se le informa a la jefe Sandra que no se le tomó urocultivo. Dejo al paciente acompañado. No se educó a la familia sobre: plan de tratamiento, proceso de comunicación con salud en casa, instrucciones al alta, signos y síntomas de alarma, dudas e inquietudes, posibles efectos adversos al tratamiento.

Fecha: 2020/05/11 08:28. NOTA ADICIONAL (Dra. Katherine Araujo González). IPS Salud en Casa Industriales. **NOTA EXTEMPORÁNEA**: recibo novedad vía telefónica de auxiliar de enfermería del servicio, aproximadamente a las 7:10 AM, expresando que ve al paciente delirando, hablando incoherencias, su hija dice que desde ayer está así, pero no tiene fiebre ni dificultad respiratoria. Refiere frecuencia respiratoria: 20, y resto de signos normales. Explico que me voy a comunicar con el familiar directamente, llamo en varias ocasiones, pero no es posible establecer comunicación. Luego me llama otra auxiliar de enfermería que fue a tomarle los laboratorios. Refiere que le pasó la sonda vesical y no salió nada de orina, y que el paciente se puso muy mal "*como con dificultad respiratoria*". **Logro establecer comunicación directa con su hija Laura (cuidadora), quien refiere que su padre ya falleció**. Explica que desde ayer venía delirando, hablando incoherencias, y haciendo picos febriles aislados cuantificados en 38.5, con ausencia de deposiciones (en promedio de 1 semana) por lo cual se le pasó enema. Sin tos, sin hemoptisis (vómito con sangre), sin dificultad respiratoria previa. En marzo había terminado sus radioterapias, con dolor óseo por metástasis. El paciente convive con sus 2 hijas, 1 de ellas es enfermera, pero se encuentra desempleada. Refiere que están haciendo la cuarentena, y que ninguna presenta síntomas respiratorios ni han recibido visitas en



su casa. Se comenta caso con la Dra. Paola Erazo (encargada de piso COVID) **en vista cuadro tan bizarro, además se activa ruta para toma de PCR y pido a su hija que no manipulen ni se acerquen al fallecido**, y que esté atenta a los teléfonos para ir dándole directrices.

## TÉRMINOS Y CONCEPTOS:

- **Cáncer de próstata**: Después de diagnosticar un cáncer de próstata, se debe verificar si el cáncer ha realizado metástasis y a qué distancia. Este proceso se llama estadificación (o determinación de la etapa). La etapa (estadio) del cáncer de próstata ayuda a determinar qué tan grave es el cáncer, así como la mejor manera de [tratarlo](#) y las [tasas de supervivencia](#). La etapa se basa en los resultados del PSA (antígeno específico de próstata) y la biopsia. El sistema de estadificación de uso más generalizado para el cáncer de próstata es el sistema **TNM** del *American Joint Committee on Cancer* (AJCC).

Este sistema se basa en 5 aspectos fundamentales<sup>(1)</sup>:

- La extensión del tumor principal (categoría **T**).
- Si el cáncer se propagó a los ganglios linfáticos (nódulos) cercanos (categoría **N**).
- Si el cáncer se ha propagado (hecho metástasis) a otras partes del cuerpo (categoría **M**).
- El [nivel de PSA](#) al momento de realizar el diagnóstico.
- El [grupo de grado](#) (basado en el puntuación de Gleason), que mide la probabilidad de que un cáncer crezca y se propague rápidamente. Esto se determina por los resultados de la biopsia de la próstata (o la cirugía).

La categoría clínica **T** (se escribe **cT**) es un estimado de la extensión de su enfermedad que realiza el médico basado en los resultados del examen físico (incluyendo un examen de tacto rectal), la biopsia de la próstata, y cualquier estudio por imágenes que se haya realizado. Los números y las letras después de la T, N y M proporcionan más detalles sobre cada uno de estos factores. Los números más altos significan que el cáncer está más avanzado. Una vez que se han determinado las categorías T, N y M, esta información se combina (junto con el grupo de grado y el nivel de PSA, si están disponibles) en un proceso llamado agrupación por etapas, para obtener la etapa general del cáncer. Las etapas principales del cáncer de próstata varían desde I (1) a IV (4). Algunas etapas se dividen aún más (A, B, etc.). Por regla general, mientras más bajo sea el número, menos se ha propagado el cáncer. Un número más alto, como **la etapa IV, significa una mayor propagación del cáncer**. Además, dentro de una etapa, una letra menor significa una etapa menos avanzada. Si bien la experiencia del cáncer de cada persona es única, los cánceres con etapas similares suelen tener un pronóstico similar, y a menudo son tratados de manera muy similar<sup>(1)</sup>.

Para los cánceres que no se han extendido (cánceres de etapa I a etapa III), muchos médicos ahora toman en cuenta las características del cáncer (como la categoría T, el nivel inicial de PSA, y los resultados de la biopsia de la próstata) para dividirlos en los siguientes grupos de riesgo: Muy bajo – Bajo - Intermedio (favorable o desfavorable) – Alto - Muy alto. El grupo de riesgo puede ayudar a determinar si se deben realizar más pruebas, así como a indicar cuáles son las opciones de tratamiento<sup>(1)</sup>.

- **Puntuación de Gleason**: Esta puntuación se basa en la medida en la que el cáncer se asemeja a tejido sano cuando se visualiza bajo un microscopio. Los tumores menos agresivos, por lo general, tienen un aspecto más semejante al del tejido sano. Los tumores que son más agresivos tienen probabilidades de crecer y diseminarse a otras partes del cuerpo. Tienen un aspecto menos semejante al tejido sano. El Sistema de puntuación Gleason es el sistema más



frecuente de determinación de los grados del cáncer de próstata. El patólogo observa cómo se disponen las células cancerosas en la próstata y asigna una puntuación en una escala de 3 a 5 de dos lugares diferentes. Las células cancerosas que tienen aspecto similar a las células sanas reciben una puntuación baja. Las células cancerosas que se parecen menos a las células sanas o que tienen un aspecto más agresivo reciben una puntuación alta. Para asignar las cifras, el patólogo determina el patrón principal de crecimiento celular, que es el área donde el cáncer es más evidente, y busca cualquier otra área de crecimiento. El médico luego le asigna a cada área una puntuación de 3 a 5. Se suman las puntuaciones para llegar a una puntuación general de entre 6 y 10.

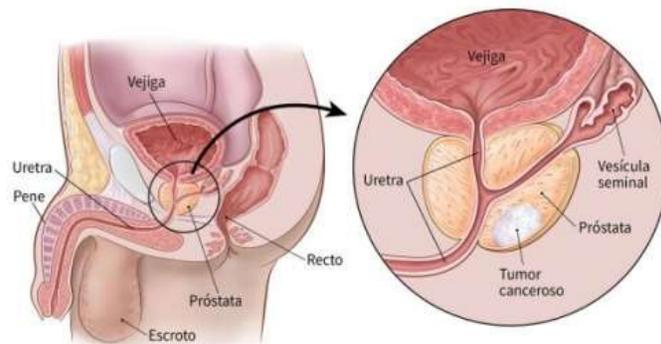
La puntuación de Gleason más baja es 6, que es un cáncer de grado bajo. Una puntuación de Gleason de 7 es un cáncer de grado medio, y una puntuación de 8, 9 o 10 es un cáncer de grado alto. Un cáncer de grado más bajo crece más lentamente y tiene menos probabilidades de diseminarse que un cáncer de grado alto<sup>(2)</sup>.

El primer número asignado es el grado más común en el tumor. Por ejemplo, si la puntuación de Gleason se escribe como 3+4=7, esto significa que la mayor parte del tumor es de grado 3 y la menor parte es de grado 4, y se suman para una puntuación de Gleason de 7.

Según la puntuación de Gleason, los cánceres de próstata a menudo se dividen en 3 grupos<sup>(2)</sup>:

- A los cánceres con puntuación de Gleason de 6 o menos, se les puede llamar cánceres bien diferenciados o de bajo grado.
  - A los cánceres con puntuación de Gleason 7 se les llama cánceres moderadamente diferenciados o de grado intermedio.
  - A los cánceres con puntuación de Gleason de 8 a 10 se les llama cánceres pobremente diferenciados o de alto grado.
- **PSA:** El antígeno prostático específico (PSA) es una proteína producida por las células en la glándula prostática (es producida por células normales y cancerosas). El PSA se encuentra principalmente en el semen, aunque también se puede encontrar en pequeñas cantidades en la sangre. El nivel de PSA en sangre se mide en unidades llamadas nanogramos por mililitro (ng/mL). La probabilidad de tener cáncer de próstata aumenta a medida que el nivel de PSA sube, pero no hay un valor límite establecido que pueda indicar con certeza si un hombre tiene o no tiene cáncer de próstata. Muchos médicos usan un valor límite de PSA de 4 ng/mL o superior al decidir si un hombre podría necesitar más pruebas, mientras que otros podrían recomendarlo comenzando en un nivel inferior, como 2.5 o 3. La mayoría de los hombres sin cáncer de próstata tiene niveles de PSA menores a 4 ng/mL de sangre. Cuando se forma el cáncer de próstata, el nivel de PSA a menudo aumenta a más de 4. Sin embargo, un nivel por debajo de 4 no garantiza que un hombre no tenga cáncer. Alrededor del 15% de los hombres que tienen un PSA menor de 4 presentará cáncer de próstata si se hace una biopsia. Los hombres con un nivel de PSA de 4 a 10 tienen (a menudo llamado “intervalo límite”) tienen una probabilidad de 1 en 4 de padecer cáncer de próstata. Si el PSA es mayor de 10, la probabilidad de tener cáncer de próstata es de más de 50%<sup>(2)</sup>.
- **Tacto rectal:** Para este examen, que se conoce como DRE (por sus siglas en inglés), el médico introduce un dedo cubierto con un guante lubricado en el recto a fin de palpar cualquier abultamiento o área firme en la próstata que

podría ser cáncer. Como se muestra en la imagen, la próstata se encuentra justo delante del recto. A menudo, los cánceres de próstata comienzan en la parte posterior de la glándula y a veces pueden palparse durante el tacto rectal. Este examen puede ser incómodo (especialmente para los hombres que tienen hemorroides), pero generalmente no es doloroso y sólo toma poco tiempo realizarlo. El tacto rectal es menos eficaz que la prueba de PSA en sangre para detectar cáncer de próstata, pero algunas veces puede ayudar a detectar tumores cancerosos en hombres con niveles normales de PSA. Por esta razón, puede ser incluido como parte de las pruebas de detección precoz del cáncer de próstata<sup>(2)</sup>.



Tomado de <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8999.00.pdf>

## CORRELACIÓN CLÍNICA Y MÉDICO-LEGAL:

**JUAN DE DIOS GALLEGO TORO**, natural de Ebéjico, residente en Cristo Rey, viudo, 4 hijos, estudió básica primaria completa, exconductor. Comenzó a consultar en Sura desde el año 2013 a la edad de 61 años. Inicialmente consultó por una hernia inguinal izquierda de varios años de evolución, y el mismo paciente se atribuye el hecho que “*le dejó coger ventaja*”. Fue remitido para valoración y manejo por cirugía general el 2013/06/13, especialidad que le confirma el diagnóstico y le ordena manejo quirúrgico. Tiene además como antecedente personal que es hipertenso desde hace más de 20 años y exfumador pesado, con una asistencia irregular y descuidada al programa de Riesgo Cardiovascular, en tratamiento con enalapril e hidroclorotiazida. En esta valoración se documentó un supuesto antecedente familiar de cáncer de próstata, pero en una valoración posterior aclaran que no existió nunca dicho antecedente.

Es valorado por urología el 2014/05/19, especialidad a la que fue remitido por presentar un antígeno específico de próstata elevado de 6.6 ng/ml (valor normal de 1.57 ng/ml para su rango de edad<sup>(3)</sup>), pero para ese entonces no presentaba ningún síntoma urinario concomitante. Se le ordenaron estudios adicionales y se le realizó el diagnóstico de hiperplasia (crecimiento) de la próstata, ya que los hombres con un nivel de PSA de 4 a 10 tienen una probabilidad de 1 en 4 de padecer cáncer de próstata. Casi un año después de la consulta inicial por la hernia inguinal no se había realizado la cirugía, pero no se aclaran los motivos en la historia clínica. Consultó para el 2014/05/31 por dolor a nivel del cuello, con una radiografía de columna cervical que mostraba disminución de los espacios intervertebrales a este nivel además de degeneración ósea a nivel vertebral, cambios inespecíficos que pueden estar relacionados con la edad. El 2014/08/28 es valorado, de nuevo, por urología. Ya para ese entonces sí presentaba síntomas urinarios de tipo irritativo. Trae resultados de ecografía renal y de vías urinarias con una próstata aumentada de tamaño (33 cc), lo que se relaciona con el tacto rectal de la primera consulta de urología, en donde presentaba una próstata grado I-II, lo que equivale a un tamaño por ecografía entre 20-40 gramos o cc. Tenía además una relación de PSA total y libre del 15 % (muchos



médicos recomiendan una biopsia de la próstata para los hombres con un porcentaje de PSA libre de 10% o menos <sup>(2)</sup> para descartar cáncer de próstata). Es por esta razón que desde el 2014/08/28 se comenzó a sospechar un tumor maligno o cáncer de próstata.

Para el 2015/03/06 se documentó que se le realizó la herniorrafia inguinal izquierda, pero ante las molestias del paciente, le vuelven a ordenar una ecografía que demostraba, de nuevo, una hernia a este nivel. Sin embargo, en esta ocasión el cirujano general no ordena la nueva intervención quirúrgica (que estaba indicada) y el paciente es valorado nuevamente por cirugía general el 2015/07/16, confirmándose el diagnóstico de hernia inguinal izquierda recidivante.

En el 2016/04/20 se documentó un ingreso a urgencias por dolor en el pecho intenso mientras se encontraba ingiriendo licor. Para ese entonces el paciente se encontraba en tratamiento con alopurinol, amlodipino, enalapril, hidroclorotiazida y gemfibrozilo, muy poco adherente a los controles, y llegó con una presión arterial elevada (140/100). Se descartó un infarto agudo de miocardio y se documentó que no tenía anemia y los resultados de sus estudios se encontraban normales. Posteriormente consultó por la misma sintomatología y le realizaron el diagnóstico de gastritis alcohólica, y como bien es sabido, el consumo de licor no es recomendable en los pacientes hipertensos, especialmente si no asisten a los controles médicos y no son adherentes al tratamiento. Urología lo valora en el 2016/04/25, en donde llama la atención que el paciente había sido valorado hacía 2 años, se le había ordenado una biopsia de próstata para confirmar o descartar un cáncer a este nivel y nunca se la realizó. Ya el PSA se encontraba en 9.7 ng/ml (recordar que el inicial fue de 6.6, que fue considerado de entrada como un valor muy elevado) y ya el tacto rectal indicaba una próstata grado II-III (el tacto rectal inicial indicaba una próstata grado I-II). El urólogo documentó en el examen físico que se trataba de una próstata “no sospechosa” porque no le palpó nódulos y su forma no era irregular, pero eso no quiere decir que el paciente no se encontrara ante una muy elevada probabilidad de padecer un cáncer a este nivel, y es por esto que desde hacía 2 años se le había ordenado una biopsia. En el 2016/08/10 hacen referencia a un diagnóstico de una cefalea postraumática crónica, pero no hay información en la historia clínica aportada que explique a qué trauma están haciendo referencia. El dolor era de una intensidad considerable, tanto así que estaba incluso en tratamiento con toxina botulínica. Presentaba además un trastorno de la sensibilidad en los miembros inferiores, pero en este punto hay que resaltar que se trataba de un paciente poco adherente a todos sus tratamientos, y que no se sabía si ya para ese entonces presentaba o no un cáncer de próstata, tampoco si tenía metástasis que pudiesen explicar esa cefalea tan intensa y el trastorno nervioso (neuralgia). En el 2016/09/01 se ingresa al programa de Protección Renal por una posible insuficiencia renal crónica. La ecografía renal reportaba una próstata que ya estaba en 50 cc (el reporte inicial fue de 33 cc en el 2014). Estaba pendiente la segunda cirugía por la recidiva de la hernia inguinal izquierda.

En el 2017//02/02 cirugía general describe que desde el mismo momento de la cirugía inicial de la hernia inguinal izquierda (hacia 2 años) se había documentado la recidiva, pero que aun así no se había ordenado la cirugía por parte del especialista tratante (que estaba indicada), y se estaba sospechando una posible hernia inguinal derecha (es decir, que el compromiso fuera bilateral), pero se descartó posteriormente. Fue intervenido el 1 de agosto del 2017 de herniorrafia inguinal izquierda por laparoscopia, pero llama la atención que en la consulta del 2017/02/14 se documentó un herpes zóster, lo cual se relaciona con un estado de inmunosupresión, y **sólo hasta el 2017/09/19 se habla como tal de un cáncer de próstata que estaba en tratamiento en la Clínica Las Américas**, pero la sospecha de este diagnóstico se tenía desde el 2013 y la falta de adherencia al tratamiento y la poca celeridad del



paciente para realizarse la biopsia de próstata retrasaron el diagnóstico y por ende el tratamiento, y como bien es sabido, en el tratamiento de cualquier tipo de cáncer el tiempo de detección de la enfermedad está directamente relacionado con el pronóstico.

En la consulta del Programa de Protección Renal del 2018/03/12 nuevamente se documentó que el paciente no se había realizado un estudio, en esta ocasión era una creatinina en orina de 24 horas, estudio fundamental para conocer su función renal.

En el 2019/03/13 se comenzaron a documentar los síntomas urinarios, y se describió además que el paciente llevaba 1 año sin tratamiento de su hipertensión arterial, lo cual es un factor de riesgo que influye directamente en el empeoramiento de la función renal, sin contar el compromiso que ya estaba presentando por el cáncer de próstata. En la consulta de 2019/04/01 de Riesgo Cardiovascular, el paciente reconoce que “*por motivos de un viaje*” había descuidado sus controles, que había tenido 2 ingresos por urgencias porque no podía orinar, con una ecografía renal que ya reportaba una hipertrofia prostática grado IV, y se documentó además que no estaba asistiendo a sus controles de urología oncológica de manera regular. Quiere decir entonces que no sólo había descuidado el manejo de su hipertensión arterial, sino que ahora el cáncer de próstata tampoco estaba teniendo un manejo adecuado por la mala adherencia del paciente al tratamiento del mismo, condiciones que influyen directamente en el pronóstico. En el 2019/04/02 se realiza el diagnóstico de cálculos de la vesícula biliar y se documenta que el paciente además de los síntomas urinarios está presentando constipación. El 2019/06/04 requirió un ingreso por urgencias por presentar diarrea con sangre (hemorragia del tracto digestivo inferior). Hasta ese momento no se habían retomado los controles por oncología y el paciente continuaba sin tomarse su tratamiento médico de base. En esta valoración se documentó un tacto rectal con una próstata muy aumentada de tamaño, con nódulos y alteración en su consistencia. Ya estamos en un punto en donde el cáncer de próstata progresó a tal punto que el deterioro en el examen físico del paciente era demasiado evidente, los síntomas gastrointestinales y urinarios eran notorios, y los ingresos por urgencias venían en aumento. A partir de este momento se comenzó a hablar de anemia y el sangrado era tan abundante que el paciente estaba presentando una descompensación hemodinámica importante. En el 2019/06/12 se hizo referencia a que el paciente tenía una sonda vesical permanente, ya que la próstata estaba tan aumentada de tamaño que estaba presentando sintomatología urinaria obstructiva y el paciente no podía orinar sino a través de una sonda vesical. En la consulta por urgencias del 2019/06/23 se documentó una infección urinaria complicada, con anemia y una insuficiencia renal aguda. Requirió manejo hospitalario y posteriormente es dado de alta con continuidad de manejo con Salud en Casa, y **en la valoración en su domicilio del 2019/06/26 se hizo referencia en la historia clínica a que el cáncer de próstata era metastásico** y con un compromiso amplio, lo que indica la afectación de varias zonas anatómicas de manera simultánea. Estamos entonces hasta este momento con un caso de un paciente que a sus 67 años tenía un cáncer de próstata diseminado y que hasta ese momento no había aceptado su enfermedad, con muy mala adherencia al manejo médico, anemia, sonda vesical permanente y múltiples ingresos por urgencias por descompensaciones. El 2019/06/27 se reporta una gammagrafía ósea (estudio para ver metástasis) con un compromiso a nivel de la columna vertebral en múltiples segmentos, a nivel de las costillas y caderas. El compromiso óseo es marcado, y el paciente empieza a manifestar dolor en varias localizaciones que coincide con la evolución de su cáncer. El 2019/06/29 el paciente comenzó a orinar sangre en abundante cantidad, con obstrucción de la sonda por coágulos de sangre, dolor abdominal, y continúa con la infección urinaria que se estaba manejando en su domicilio. El 2019/07/06 se documentó la aplicación de leuprolide (medicamento para el cáncer de próstata), pero es la única vez que se hace referencia a este manejo en toda la historia clínica aportada. El paciente hasta este momento ha venido presentando infecciones urinarias a



repetición, orina con sangre, dependiendo de una sonda vesical para poder orinar, con anemia, dolor generalizado por las metástasis óseas múltiples y mal control de su presión arterial. El 2019/07/09 reportaron que el paciente caminaba con bastón, con un dolor de intensidad considerable que lo obliga a consultar en varias ocasiones. Incluso reportaron en esta ocasión una caída de 6 meses de evolución con empeoramiento del dolor lumbar desde entonces. Se hace referencia además a un bajo peso en el examen físico, pero no hay una consistencia en los valores de peso y talla reportados por los diferentes profesionales de la salud que lo evaluaron, lo que imposibilita cuantificar con exactitud la pérdida de peso en el contexto de un cáncer metastásico. El 2019/07/23 requirió ingreso por urgencias nuevamente por presentar orina con sangre y retención urinaria por bloqueo de la sonda por coágulos de sangre, además anemia con criterios de transfusión e infección urinaria complicada. Se documentó además que el paciente estaba sin tratamiento para su cáncer de próstata según la historia clínica de urología oncológica del 2019/06/19. El 2019/07/25 medicina interna refiere que urología estaba considerando la posibilidad de realizar una intervención quirúrgica para mejorar el proceso obstructivo que presentaba el paciente y que le impedía orinar sin una sonda permanente, pero que el paciente no se había realizado la resonancia que se le ordenó para evaluar la viabilidad del procedimiento quirúrgico. Nuevamente se documenta la falta de compromiso del paciente con su tratamiento médico. El paciente sigue consultando por retención urinaria recurrente, orina con sangre e infección urinaria complicada en varias ocasiones que requirió manejo hospitalario, por urgencias, y con Salud en Casa. El 2019/10/25 en el Programa de Protección Renal se documentó que el paciente volvió a controles 19 meses después de la consulta previa, y se le había solicitado nueva valoración para dentro de 4 meses. Llegó sin exámenes vigentes, nuevamente demostrando su falta de adherencia y compromiso con el tratamiento de sus patologías de base. Lo citan nuevamente con exámenes y en la valoración del 2019/12/13 se describe que el paciente no desea ser manejado por nutrición, no trae el carné del Programa de Protección Renal, y que continúa asistiendo de manera irregular al Programa de Riesgo Cardiovascular.

En 2020/05/07 el paciente ingresa para tratamiento con Salud en Casa por diagnóstico de infección urinaria para manejo con ceftriaxona. Se documentó que el paciente terminó las radioterapias en marzo/2020, ya con 68 años, en manejo por oncología y medicina del dolor. El paciente comenzó a manifestar molestias con su visión, con el párpado izquierdo caído y hormigueo en la cara, lo cual es un signo de posible compromiso neurológico por las metástasis diseminadas que venía presentando. Se solicitó manejo por oftalmología. El 2020/05/10 el paciente comenzó a presentar fiebre y a hablar incoherencias. Fue manejado con acetaminofén y ante la persistencia de los síntomas, le ordenaron dipirona cada 12 horas además del manejo antibiótico con ceftriaxona por la infección urinaria complicada que se describió previamente. El paciente es atendido con todas las normas de bioseguridad, pero en ningún momento presenta sintomatología sugestiva de COVID-19. El 2020/05/11 se reporta que el paciente continúa delirando, por lo que se le informa a médica de Salud en Casa. La fiebre mejoró. Se cambia de sonda, pero no se obtiene retorno de orina. El paciente *“se coloca muy mal”* según enfermería, por lo que le informan a la médica encargada, profesional que realiza nota extemporánea ese mismo día informando que logra establecer comunicación con acompañante del paciente vía telefónica, quien informa que el paciente falleció. Ninguna de las personas que vivía con el paciente había tenido contacto estrecho con un caso sospechoso de COVID-19, sin embargo, debido a lo *“bizarro”* del caso según esta profesional, se activa ruta para toma de PCR y se le explica a familiar que no manipule el paciente.



## RESPUESTAS AL CUESTIONARIO PROPUESTO:

1. ¿Qué patologías de base tenía el señor Juan de Dios Gallego Toro y en qué año se le diagnosticaron?

PATOLOGÍA	DIAGNÓSTICO
Hipertensión arterial	“Hace más de 20 años”
Cáncer de próstata	2014/08/28: Sospecha. 2018/03/12: adenocarcinoma CT3NXM1B Gleason 4+3 IPSA 9.7
Enfermedad diverticular	2019/08/01: colonoscopia que evidenció enfermedad diverticular global no complicada
Infección urinaria recurrente	Desde el 2019/06/26 en adelante.
Insuficiencia renal crónica	2016/09/01: TFG 50, MDRD 49, estadio 3 <sup>a</sup>
Hernia inguinal izquierda	2013/06/13 y luego el 2015/07/16 “Ecografía compatible con una hernia inguinal izquierda recidivante”.
Cefalea postraumática crónica	2016/08/10, en manejo por neurología con toxina botulínica.

2. ¿Cuál era la gravedad y el pronóstico de tales patologías?

PATOLOGÍA	GRAVEDAD Y PRONÓSTICO
Hipertensión arterial	No asistencia a controles en el programa de Riesgo Cardiovascular (RCV), no adherencia al tratamiento farmacológico, exfumador pesado, mal control de sus cifras tensionales evidente en la mayor parte de la historia clínica, lo cual favorece el empeoramiento de la enfermedad renal crónica. Pronóstico malo.
Cáncer de próstata	La masa tumoral prostática estaba causando uropatía obstructiva bilateral, más del lado derecho. Metástasis en arcos costales, acetábulo izquierdo, isquion derecho, columna dorsal y lumbar, humero derecho, escapulas, diáfisis femoral derecha y tercio proximal de la tibia. Recibió manejo con radioterapia y no es claro si recibió terapia de deprivación androgénica (sólo se reportó una sola aplicación de leuprolide). Pésima adherencia al tratamiento, no asistencia a los controles regulares por oncología, diagnóstico tardío, con realización de biopsia 2 años después de haber sido ordenada por el médico tratante. Pronóstico reservado.
Enfermedad diverticular	Ampliamente estudiado en Clínica Medellín, con colonoscopia que evidenció enfermedad diverticular global no complicada.
Infección urinaria recurrente	Uropatía obstructiva por cáncer de próstata, con múltiples infecciones urinarias complicadas, hematuria anemizante que requirió transfusión sanguínea, insuficiencia renal crónica, y requerimiento de sonda vesical permanente para



	poder orinar. Manejado con antibióticos a nivel hospitalario y en Salud en Casa. Pronóstico malo.
Insuficiencia renal crónica	Muy mala adherencia al programa de Protección Renal (PPR), no realización de los exámenes de manera oportuna, pobre control de sus cifras tensionales, infecciones urinarias recurrentes complicadas y uso de sonda vesical permanente por uropatía obstructiva en el contexto de un cáncer de próstata metastásico, con creatinina en aumento y otras pruebas de función renal alteradas. No controles por nutrición. Pronóstico malo.
Hernia inguinal izquierda	Pese a ser recidivante y a que dejó progresar la primera hernia inguinal, recibió manejo quirúrgico en 2 ocasiones (cirugía abierta y laparoscópica), con control de síntomas posterior a la segunda cirugía.
Cefalea postraumática crónica	Aunque la historia clínica no es clara con respecto al inicio de este diagnóstico, la intensidad de la cefalea era significativa, sin respuesta al manejo incluso con dos dosis de toxina botulínica. Pronóstico desfavorable.

3. ¿El paciente era adherente al tratamiento de dichas patologías?

HC: historia clínica

ITU: Infección del tracto urinario

PPR: Programa de protección renal

RCV: Riesgo cardiovascular

PATOLOGÍA	DIAGNÓSTICO
Hipertensión arterial	Según la HC del 2014/05/31 ya en controles en programa de RCV, pero "no asistió a cita del control que perdió a principio de mayo"; Según HC del 2013/12/27 "paciente con HTA sin controles". Según HC del 2017/02/02 "pte con ultima Reclasificación de Marzo/2016"; Según HC del 2019/03/13 "refiere que hace 1 año no consume medicación de la presión arterial". NO ERA ADHERENTE AL TRATAMIENTO.
Cáncer de próstata	Según la HC del 2016/04/25 "Paciente conocido por urología, con diagnóstico de Hiperplasia Prostática Benigna y sospecha de cáncer de próstata. Última cita hace 2 años, cuando se le envió una biopsia de próstata, la cual nunca se realizó". Paciente no había aceptado manejo por dicha patología según la historia clínica del 2019/06/29. La HC del 2019/04/01 se reporta que "por motivo de viaje había descuidado sus controles" y que "descontinuó el tratamiento por Urología-Oncología". NO ERA ADHERENTE AL TRATAMIENTO.
Enfermedad diverticular	No se ordenó manejo específico para esta entidad.



Infección urinaria recurrente	El manejo era con antibioticoterapia venosa, la cual era suministrada a nivel hospitalario y por Salud en Casa. Según la última valoración de urología del 2019/07/23, se le ordenó una resonancia pélvica para evaluar la posibilidad de una cirugía y así tratar la obstrucción que lo hacía tener que usar una sonda vesical permanente (que es un factor de riesgo para ITU complicada), pero nunca se realizó la resonancia.
Insuficiencia renal crónica	Según la HC del 2019/10/25 de PPR, el paciente no asistía a las citas de control de la presión arterial, no asistía a la nutricionista y la dieta es clave para el manejo de las patologías renales y cardiovasculares, y no se tomaba los medicamentos de manera regular, lo que lo llevaba a manejar cifras tensionales por fuera de metas en gran parte de las consultas. NO ERA ADHERENTE AL TRATAMIENTO.
Hernia inguinal izquierda	Según la HC del 2013/06/13, " <i>Me cogió ventaja una hernia inguinal</i> ". El 2015/07/16 con ecografía que reporta una hernia inguinal izquierda recidivante, y a pesar de esto, el 2018/03/12 " <i>refiere que ha sido operado de hernia inguinal izquierda, pero dice que no está satisfecho con los resultados le duele y tiene aún bulto</i> ". NO CONSULTÓ OPORTUNAMENTE.
Cefalea postraumática crónica	Según HC del 2016/08/10 de neurología, con de cefalea postraumática crónica, recibió manejo con toxina botulínica en 2 ocasiones, pero refiere que " <i>le cayó mal</i> " y por esto no volvió a citas con el especialista posteriormente. NO ERA ADHERENTE AL TRATAMIENTO.

4. *¿Cuál fue la complicación que motivó la atención médica brindada al señor Juan de Dios Gallego Toro en mayo del año 2020?*

El 2020/05/07, el paciente fue remitido de IPS Sura Virtual para administración de ceftriaxona intravenosa por Salud en Casa por el diagnóstico de infección urinaria. Este mismo día en el ingreso al programa de Salud en Casa, se documentó que venía presentando ptosis palpebral izquierda (párpado izquierdo caído). En este momento ya llevaba 1 año en manejo con sonda vesical permanente por una uropatía obstructiva secundaria al cáncer de próstata metastásico que padecía. Este tratamiento antibiótico con ceftriaxona fue ordenado de manera empírica, es decir, no se realizó uroanálisis ni urocultivo previo. Enfermería reportó fiebre y que el paciente estaba delirando y hablando incoherencias el 2020/05/10, además la hija del paciente manifestó que desde hacía 6 días el paciente no había tenido ninguna deposición pese a que estaba en manejo con bisacodilo 2 tabletas en la noche. La médica tratante consideró que el paciente tenía un **delirium multifactorial** y una **constipación** probablemente secundaria al opioide que le estaban suministrando para el manejo del dolor, por lo que ordenó control de la temperatura, dipirona 1 gramo intravenoso cada 12 horas, paso de enema evacuante para el manejo de la constipación, suspendió el bisacodilo porque puede causar delirium en los pacientes de edad avanzada, ordenó manejo con PEG (polietilenglicol) 1 sobre vía oral cada día por 30 días, y se solicitaron los



siguientes paraclínicos para tomar al día siguiente de manera prioritaria: hemograma, creatinina, PCR, uroanálisis, urocultivo, sodio, potasio y cloro.

El 2020/05/11, durante la toma de las muestras de los exámenes, se documentó que el paciente no estaba orinando por la sonda, y que durante el cambio de la misma se puso “*muy mal*”, con dificultad respiratoria. Le informan a la médica encargada del caso, quien establece comunicación con hija del paciente vía telefónica, la cual le indica que el paciente falleció. La médica consideró que el cuadro clínico del paciente era bizarro, por lo que solicitó toma de muestra de PCR para COVID-19 para el paciente y que sus familiares no manipulen el cadáver.

5. *Indicará cuál fue el diagnóstico emitido con ocasión de dicha complicación y si fue el correcto.*

En el contexto de un paciente con cáncer de próstata con metástasis múltiples, quien súbitamente presenta párpado izquierdo caído como signo neurológico (ptosis palpebral izquierda) y comienza a hablar incoherencias como síntoma neurológico, el diagnóstico más probable sería una metástasis cerebral.

La constipación podría estar favorecida por el reposo en cama prolongado, poco consumo de líquidos y el uso de opioides y trazodona para el manejo del dolor crónico.

Un desequilibrio hidroelectrolítico en un paciente de 68 años también puede ocasionar un trastorno de la esfera mental, por lo que los paraclínicos también estaban indicados, pero para realizarlos de manera inmediata.

El bisacodilo y los laxantes estimulantes pueden provocar alteraciones electrolíticas e hipotensión<sup>(4)</sup>, y si la pérdida de líquidos corporales y la deshidratación es marcada (por ejemplo, en los pacientes con insuficiencia renal y edad avanzada como en este caso), puede producir mareo y síncope (pérdida abrupta de la conciencia).

La trazodona también produce estreñimiento y delirios, y el paciente estaba siendo manejado con este medicamento como parte de su tratamiento para el dolor crónico, por lo que debió tenerse en cuenta este aspecto a la hora de instaurar el manejo de la constipación.

El diagnóstico emitido por parte de la médica tratante fue el de delirio multifactorial y constipación, ordenó enema evacuante para resolver la impactación fecal de 6 días de evolución, cambió por un laxante que no causara un desequilibrio hidroelectrolítico importante y ordenó paraclínicos para evaluar la necesidad de corregir trastornos de este tipo. Hasta aquí el manejo está adecuado, pero no se trataba de un cuadro clínico bizarro, puesto que un paciente con un cáncer tan ampliamente diseminado como el que padecía este paciente, perfectamente podría haber presentado compromiso cerebral y finalmente fallecer por la evolución natural de esta enfermedad. No se evidencia sintomatología sugestiva de COVID-19 en este paciente según la historia clínica evaluada.

6. *Indicará cuál fue el tratamiento ordenado y si fue el correcto.*

Ya se explicó el tratamiento ordenado en la pregunta anterior.

7. *Indicará por qué se le ordenó Dipirona en mayo de 2020 al señor Gallego Toro y si estaba indicado dicho medicamento.*

El señor Gallego el 2020/05/10 estaba presentando fiebre a pesar de estar siendo manejado con acetaminofén por horario, por lo que sí estaba indicado ordenarle la dipirona.



8. Indicará si la historia clínica evidencia algún error en la aplicación de la Dipirona.

FECHA	OBSERVACIONES
2019/06/29	Se administra salino al 0,9% 250 cc con 1 gramo de <b>dipirona</b> para pasar en 20 minutos. Advierto mareo como efecto secundario del medicamento. Diagnóstico: hematuria e infección urinaria. Sin complicaciones. No errores en la aplicación.
2019/03/20	Se administra <b>dipirona</b> 2 gramos en 100cc de solución salina para 30 minutos, se indican posibles efectos secundarios como rash cutáneo, mareo, hipotensión, el paciente entiende y acepta, sin complicaciones. Diagnóstico: infección de vías urinarias, sitio no especificado. No errores en la aplicación.
2019/03/13	Se administra <b>dipirona</b> un gramo. Explico efectos secundarios como hipotensión, sed, el paciente entiende y acepta. Diagnóstico: infección de vías urinarias, sitio no especificado; hiperplasia de la próstata. Sin complicaciones. No errores en la aplicación.
2019/07/23	Se administra <b>dipirona</b> sódica 1 gramo solución inyectable vía intravenosa en dilución 100 cc solución salina normal al 0.9%, se explica el procedimiento al paciente y sus posibles efectos adversos como hipotensión, mareo y acepta. Diagnóstico: hematuria no especificada, infección urinaria y retención de orina. Sin complicaciones. No errores en la aplicación.
2019/07/24	Instalo por orden médica <b>Dipirona</b> 1 ampolla en 100 cc de solución salina normal e indico posibles reacciones adversas como mareo, rash cutáneo, epigastralgia, hipotensión, visión borrosa, boca seca. El paciente entiende y acepta. Diagnóstico: hematuria no especificada, infección urinaria y retención de orina. Sin complicaciones. No errores en la aplicación.
2019/07/25	Se administra <b>dipirona</b> 2 gramos vía intravenosa en dilución 250 cc de solución salina normal 0.9%. Diagnóstico: hematuria no especificada, infección urinaria y retención de orina. Sin complicaciones. No errores en la aplicación.
2019/07/27	Se le informa sobre medicación a aplicar y posibles efectos secundarios como mareo, rash cutáneo; con previo consentimiento del paciente y después de verificar los 5 correctos (paciente, medicamentos, dosis, vía y hora), se instala solución salina 100 cc + 2 gramos de <b>dipirona</b> intravenosos para 30 minutos. Diagnóstico: hematuria no especificada y retención de orina. Sin complicaciones. No errores en la aplicación.
2020/05/10	Familiar del paciente refiere que el día de hoy ha presentado fiebre de 38.3°C que cedió con acetaminofén inicialmente, pero en el momento con temperatura de 38.5°C. Por orden médica se aplica <b>dipirona</b> 1 gramo intravenoso (quedó ordenado cada 12 horas). Sin complicaciones. No errores en la aplicación.
2020/05/11	Por orden médica se aplica <b>dipirona</b> 1 gramo intravenoso (quedó ordenado cada 12 horas). Diagnóstico: infección urinaria. Sin complicaciones. No errores en la aplicación.



No se evidencian registros de errores en la aplicación de dipirona en la historia clínica que me fue aportada para la realización del presente dictamen pericial.

9. *Indicará si la Dipirona o la Ceftriaxona causaron la muerte del paciente.*

El paciente no presentaba alergias conocidas a la dipirona ni a la ceftriaxona. Ambos medicamentos fueron administrados en múltiples ocasiones sin ninguna complicación. La historia natural de la enfermedad de base que padecía el paciente (cáncer de próstata metastásico) es la causa de muerte más probable según lo descrito en la historia clínica. No se realizó necropsia.

10. *¿Cuál fue la causa de la muerte del señor Juan de Dios Gallego Toro?*

Ya se respondió esta pregunta en la respuesta anterior. Se adiciona que, según el certificado de defunción, la causa de la muerte del paciente es una falla orgánica multisistémica secundaria a una falla ventilatoria debida al cáncer de próstata metastásico. Este certificado documenta la fase final de dicha patología, lo que corresponde a la historia natural de la enfermedad como se expuso previamente.

11. *Indicará el perito si por la fecha en la que falleció el paciente y los síntomas presentados antes de su muerte, este debía ser tratado como paciente sospechoso de COVID 19.*

El paciente no presentaba sintomatología sospechosa de COVID-19, tampoco tuvo contacto estrecho con personas positivas para dicha entidad, las intervenciones por parte de enfermería fueron con todas las normas de bioseguridad y se realizó adecuadamente el interrogatorio relacionado con posibilidad de COVID-19 (cuyas respuestas siempre fueron negativas). Los síntomas presentados antes de su muerte corresponden a la evolución natural de su cáncer de próstata metastásico en la etapa final de esta patología.

## CONCLUSIÓN:

Paciente de 68 años con antecedente de cáncer de próstata con metástasis en arcos costales, acetábulo izquierdo, isquion derecho, columna dorsal y lumbar, humero derecho, escapulas, diáfisis femoral derecha y tercio proximal de la tibia. Recibió manejo con radioterapia y sólo se reportó una sola aplicación de leuprolide (medicación para el manejo del cáncer de próstata). Pésima adherencia al tratamiento, no asistencia a los controles regulares por oncología, diagnóstico tardío, con realización de biopsia de próstata que confirmó el diagnóstico sólo 2 años después de haber sido ordenada por el médico tratante, porque el paciente no tenía conciencia de enfermedad. Con antecedente además de hipertensión arterial e insuficiencia renal, ambas entidades mal controladas por la no asistencia de manera regular por parte del paciente a los programas de Riesgo Cardiovascular (RCV) y Protección Renal (PPR), la no adherencia al tratamiento farmacológico, la negativa del paciente a realizarse los exámenes oportunamente y su renuencia al tratamiento concomitante con nutrición. Debido a la evolución natural del cáncer de próstata, presentó uropatía obstructiva, por lo que tuvo que usar sonda vesical de manera permanente para poder orinar, lo cual favoreció la aparición de infecciones urinarias recurrentes, con hematuria (orina con sangre) que en una ocasión lo llevó incluso a una anemia tan severa que requirió manejo hospitalario para estabilización y transfusión de sangre. En mayo de 2020 presentó sintomatología sugestiva de compromiso cerebral por parte de su cáncer de próstata metastásico severo, con signos y síntomas de instauración súbita (párpado izquierdo caído y delirio), además de una infección urinaria que



padece en ese momento y fiebre asociada que no cedió a pesar del uso de acetaminofén por horario en dosis plenas, lo que implicó la adición de dipirona y ceftriaxona intravenosa. El paciente finalmente fallece el 2020/05/11 y según la historia clínica, su muerte corresponde a la evolución natural de su enfermedad. El certificado de defunción es consecuente con los hallazgos de la historia clínica, el diagnóstico del paciente, y la evolución esperada de esta patología en el contexto clínico descrito previamente.

#### ANEXOS:

- Certificados de formación académica que me acreditan como idónea para la realización del presente dictamen pericial.
- Certificado de estudio de la Universidad CES de la especialización en Valoración del Daño Corporal que me encuentro cursando actualmente.
- Hoja de Vida.
- Soporte de la homologación del título de Médica y Cirujana en España.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 
- 1. American Cancer Society. Etapas y otras maneras de evaluar el riesgo de cáncer de próstata. [Internet]. Detección temprana, diagnóstico y clasificación por etapas. 2019. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-por-etapas.html>
- 2. American Cancer Society. Detección temprana, diagnóstico y clasificación por etapas. [Internet]. Disponible en: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8999.00.pdf>
- 3. Gelpi-Méndez JA, Gómez-Fernández E, Martín-Barallat J, Cortés-Arcas MV, Monsonis-Artero JV, Calvo-Mora A. Valores de referencia del antígeno prostático específico (PSA) en 63.926 trabajadores sin síntomas prostáticos que participaron en el cribado de cáncer de próstata desarrollado por la Sociedad de Prevención de Ibermutuamur durante el año 2006. Elsevier. 2010;34(8):669-76.
- 4. Servicio Canario de Salud. RECOMENDACIONES FARMACOTERAPÉUTICAS EN LAS PERSONAS MAYORES. Disponible en: [https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/0816803f-ad3d-11e4-9053-9d1690bb437a/Formato\\_electronico\\_Guia\\_Farmacogeriatría](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/0816803f-ad3d-11e4-9053-9d1690bb437a/Formato_electronico_Guia_Farmacogeriatría)

Con toda atención,

#### **Dra. María del Pilar López M.**

Medicina General CES  
Especialista en Derecho Médico UPB  
Candidata a Especialista en Valoración del  
Daño Corporal CES  
CC 43.875.377 de Envigado; RM 5-0248-08  
Perito CENDES



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

# CES

*Un Compromiso con la Excelencia*  
*Personería Jurídica 11154 de agosto 4 de 1978*

EN ATENCIÓN A QUE

**María del Pilar López Muñoz**

C.C. 43.875.377 Envigado (Antioquia)

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS  
EXIGIDOS POR LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS,  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE

**Médica y Cirujana**

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA

EN TESTIMONIO DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA  
CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLÍN-COLOMBIA  
A LOS 15 DÍAS DEL MES DE MARZO DE 2007.

José María Maya Mejía  
Rector  
Instituto de Ciencias de la Salud CES

Gustavo Adolfo Castrillón Suárez  
Secretario General  
Instituto de Ciencias de la Salud CES

Jorge Julián Osorio Gómez  
Decano  
Instituto de Ciencias de la Salud CES

Registrado: Folio 155 Número 4724 Fecha: 15 de marzo de 2007 Acta 6664 de 15 de marzo de 2007 Firma: Beatriz E. Guzmán



**ACTA DE GRADO No. 03 – 2020  
Del 20 de febrero de 2020**

En la ciudad de Medellín la Universidad Pontificia Bolivariana con Personería Jurídica reconocida mediante la Resolución No. 48 del 22 de febrero de 1937, expedida por el Ministerio de Gobierno, en Ceremonia de Grado y previo el solemne juramento de rigor, confirió el título de:

**Especialista en Derecho Médico**  
A

**María del Pilar López Muñoz**  
Cédula de Ciudadanía No. 43.875.377

En cuanto cursó y aprobó la totalidad de las asignaturas correspondientes al plan de estudios de:

**Especialización en Derecho Médico**  
Código SNIES 14000

Y quien realizó y aprobó como requisito final de grado:

**SEMINARIO**

El Rector General: Pbro. JULIO JAIRO CEBALLOS SEPÚLVEDA

La Secretaria General: Esp. DORA ALBA GÓMEZ GIRALDO

El Decano de la Escuela: Mg. LUIS FERNANDO ÁLVAREZ JARAMILLO

Diploma No. 69017 Registrado con el No. 000401073-1

Es fiel copia tomada del original, el día veinte (20) de febrero de dos mil veinte (2020).

  
\_\_\_\_\_  
Secretaría General

**A50326**



Rama Judicial del Poder Público  
Consejo Superior de la Judicatura  
Sala Administrativa  
Dirección Seccional Administración Judicial Medellín  
Oficina Judicial

### CERTIFICADO

La suscrita Jefe de Oficina Judicial de Medellín, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 1518 de 2002, de la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura por medio del cual se establece manejo de los auxiliares de la justicia, hace constar que una vez consultado el listado de auxiliares de la justicia para el periodo vigente se pudo evidenciar que la UNIVERSIDAD CES, representada legalmente por el doctor JOSE MARIA MAYA MEJIA identificado con cédula de ciudadanía 70.048.880 de Medellín, presentó solicitud de inscripción en el mes de Octubre del año 2002, para conformar el registro de Auxiliares de la Justicia, para los despachos judiciales de Medellín, en todas las especialidades y acreditó requisitos para los siguientes cargos así:

- Odontología (507), psiquiatría (509), veterinaria (510), fisioterapeuta (512), zootecnista (513), cardiología (601), ginecología (602), médico general (603), otorrinolaringología(604), siquiatría (605), oftalmología (606), pediatría (607), fonoaudiología (608), ortopedia(609), cirujano plástico(610), urología (611), dermatología(612), optometría (613).

En octubre de 2004, adiciono los siguientes cargos:

- Especialista en salud ocupacional (517), biología (524), dermatología (612), optometría (613), valoración de daño corporal (614).

En octubre de 2008, adiciono los siguientes cargos:

- Especialista en gerencia en servicios de salud (525), especialista en auditoria en la calidad de la salud (526).

La lista se encuentra vigente a partir del primer día del mes de marzo de 2003 y tiene carácter permanente sin perjuicio de las decisiones judiciales sobre las exclusiones de los auxiliares de la justicia.

Medellín, Febrero 3 de 2010.

  
MARIA ROSINA GIRALDO OSORIO  
Coordinadora de la Oficina Judicial

# SARS-CoV2/COVID 19 (Nuevo coronavirus)



Coordinación científica y Salud Pública EPS SURA / Mayo 1 de 2020 (12:30 am)

Los conceptos y recomendaciones establecidos en estas guías de abordaje pretenden orientar la gestión y el manejo de los pacientes con sospecha y diagnóstico de COVID-19 (Nuevo coronavirus) y algunas de sus comorbilidades, sin embargo, todo paciente deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares.

Para la elaboración de esta guía se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Dada la continua evolución de las tendencias médicas y normativas, en cualquier momento pueden sugerir cambios sobre opciones de diagnóstico, tratamiento y farmacoterapia.

## Persona con caso sospechoso para COVID

### PRECAUCIONES PARA AISLAMIENTO POR GOTAS Y CONTACTO



**Nuevo**

Cualquiera de los siguientes:

- Persona con **enfermedad respiratoria aguda** (dos o más de los siguientes: fiebre, tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga, adinamia), síntomas gastrointestinales (diarrea, emesis, dolor abdominal)), disgeusia, augeusia o anosmia Y **sin otra etiología que explique** completamente la **presentación clínica** Y una historia de viaje a o residencia en un país, área o territorio que ha informado la transmisión local de la enfermedad COVID-19 durante los 14 días anteriores al inicio de los síntomas, **o**
- Persona con alguna **enfermedad respiratoria aguda** Y que haya estado en **contacto estrecho\*** con un **caso confirmado o probable** de enfermedad COVID-19 durante los 14 días anteriores al inicio de los síntomas, **o**
- Persona con **infección respiratoria aguda grave** (es decir, fiebre y al menos un signo o síntoma de enfermedad respiratoria, por ejemplo, tos o dificultad para respirar) Y que **requiere hospitalización** Y que no tiene otra etiología que explique completamente el cuadro clínico.
- Persona **asintomática** en **contacto estrecho\*** (**no protegido**) con pacientes COVID-19 CONFIRMADO

\*Ver descripción en página 7

### Evalúe y clasifique la severidad:

#### IRA Grave Inusitada

- Inestabilidad hemodinámica
- Disnea, expectoración, hemoptisis o necesidad de soporte ventilatorio
- Vómito intratable y diarrea con deshidratación
- Deterioro clínico rápido en menos de 72 horas desde el inicio de síntomas
- Confusión y letargia

**Clasifique como Caso 1.**

**Nuevo**

Toma de muestra COVID-19 (RT-PCR) en sede.

\*No aplica para toma de muestra domiciliaria

Establezca, garantice aislamiento por contacto y gotas, y remita para manejo intrainstitucional inmediato.  
**Cód principal CIE10: U072**  
**Otros dx relacionados (Ver pagina 8)**

**Notificación Ficha epidemiológica 348**

**Nuevo**

Segunda muestra COVID-19 (RT-PCR) a los 14 días de inicio de síntomas.

\*Probablemente esta muestra sea hospitalaria, en caso de alta antes de ese tiempo se debe garantizar la toma de la muestra

**Fin**

Si esta prueba **es positiva**, solicite repetición de RT-PCR a los 21 días y si es positiva repetir cada 7 días hasta negativizar.

Si la prueba **es negativa**: Caso recuperado

#### IRA Grave

Identifique antecedentes de fiebre y tos no mayor a 10 días de evolución que requieran manejo hospitalario institucional

**Clasifique como Caso 3.**

Remita a nivel hospitalario (domiciliario o institucional)  
**Cód. principal CIE10: U072**  
**Otros dx relacionados (Ver pagina 8)**

**Notificación inmediata. Ficha epidemiológica 345.**

Panel Viral por aspirado (CUPS 9063290) y Toma de muestra COVID-19 por hisopado (RT-PCR)  
\*Se ordenan ambos exámenes de forma simultánea  
**Continuar según resultado de prueba COVID-19**

**Nuevo**

Si hay **ALTA** sospecha de COVID19, repetir la prueba PCR a las 48- 72 horas, **solo si el paciente tiene menos de 14 días de síntomas**

- Continúe manejo de acuerdo a clínica y etiología.
- Recomendaciones para distanciamiento social.
- Incapacidad según pertinencia por su cuadro clínico **NO COVID.**

**Fin**

#### IRA Leve/Moderada

Uno o más síntomas de Infección respiratoria aguda.

**Clasifique como Caso 2.**  
Ver descripción y abordaje en página siguiente

#### Asintomático

Personas en **CONTACTO ESTRECHO** con pacientes con COVID 19 CONFIRMADO

**Clasifique como Caso 5.**  
Ver abordaje en página 3

**Nuevo**

**Recuerde que el contacto estrecho de personal de salud se clasifica diferente a la población general.**

**+**

- Si considera hospitalización domiciliaria, recuerde no iniciar tratamiento "específico" para COVID19. (ej: HQ, CQ). Su uso es interinstitucional
  - Aislamiento obligatorio por gotas y contacto
- Segunda muestra COVID-19 (RT-PCR) a los 14 días de inicio de síntomas.

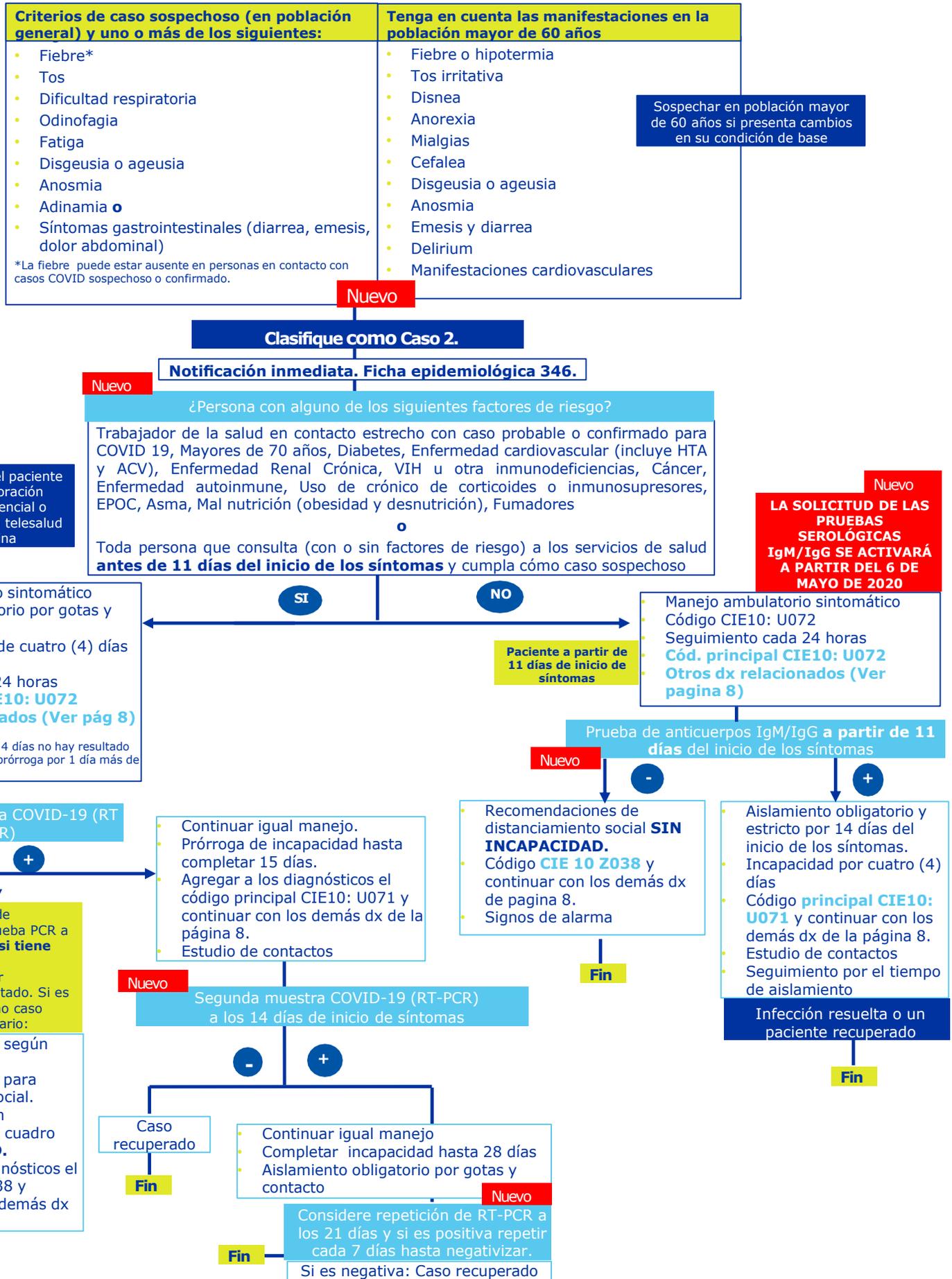
**+**

- Completar otros 14 días de aislamiento. **Nuevo**
- Incapacidad mínimo hasta completar 14 días luego de inicio de síntomas
- Seguimiento hasta completar 30 días del alta hospitalaria en caso de UCI.
- Si solo requirió hospitalización general se realizará seguimiento hasta 15 días posterior al alta.

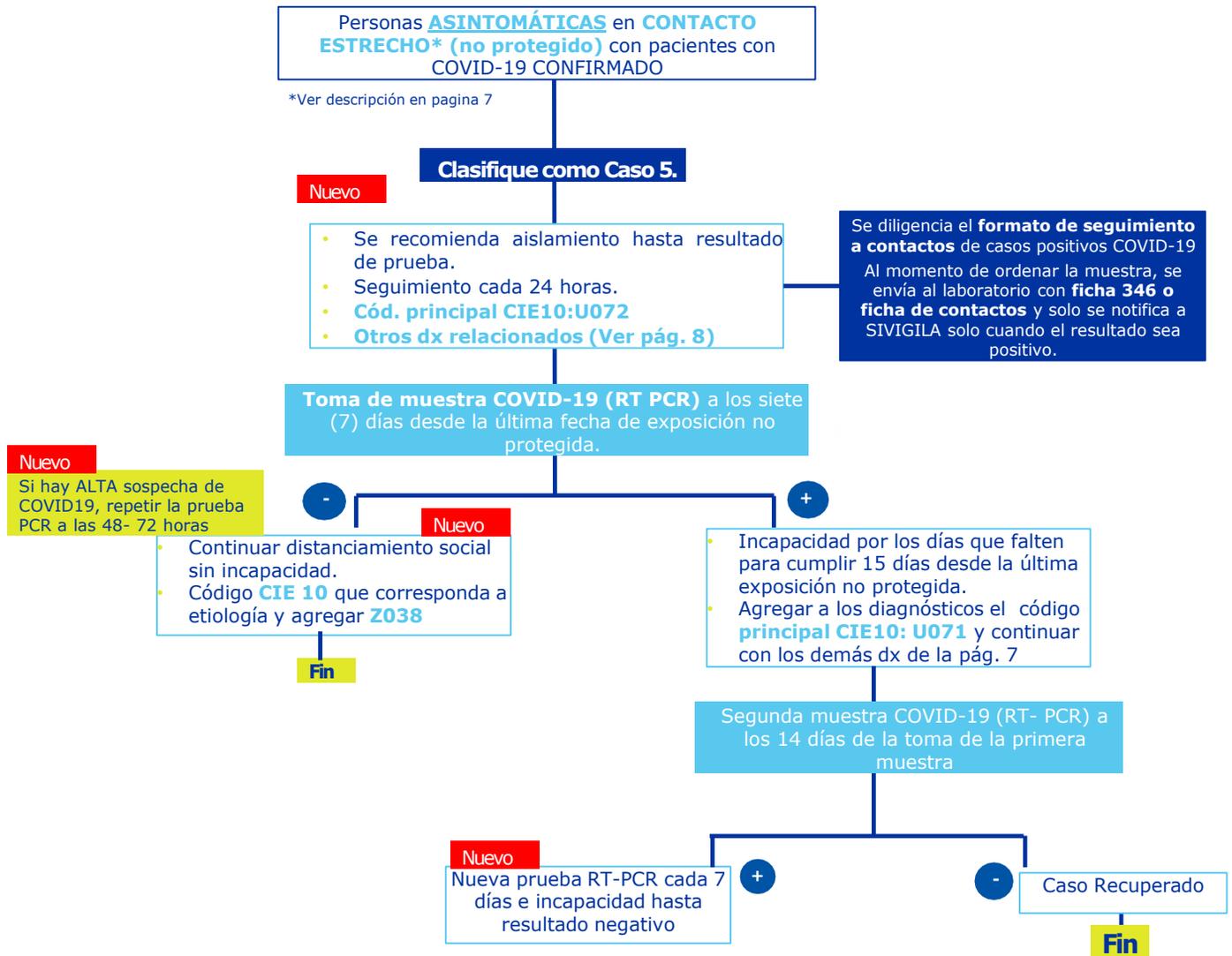
Si esta prueba **es positiva**, solicite repetición de RT-PCR a los 21 días y si es positiva repetir cada 7 días hasta negativizar.  
Si la prueba **es negativa**: Caso recuperado

Caso recuperado

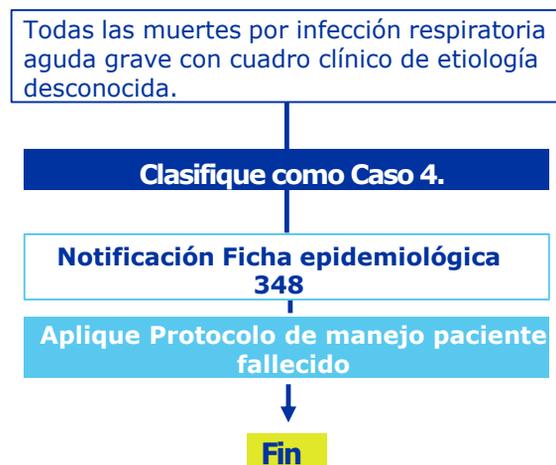
## Persona con IRA Leve (Caso 2)



## Persona asintomática (Caso 5)

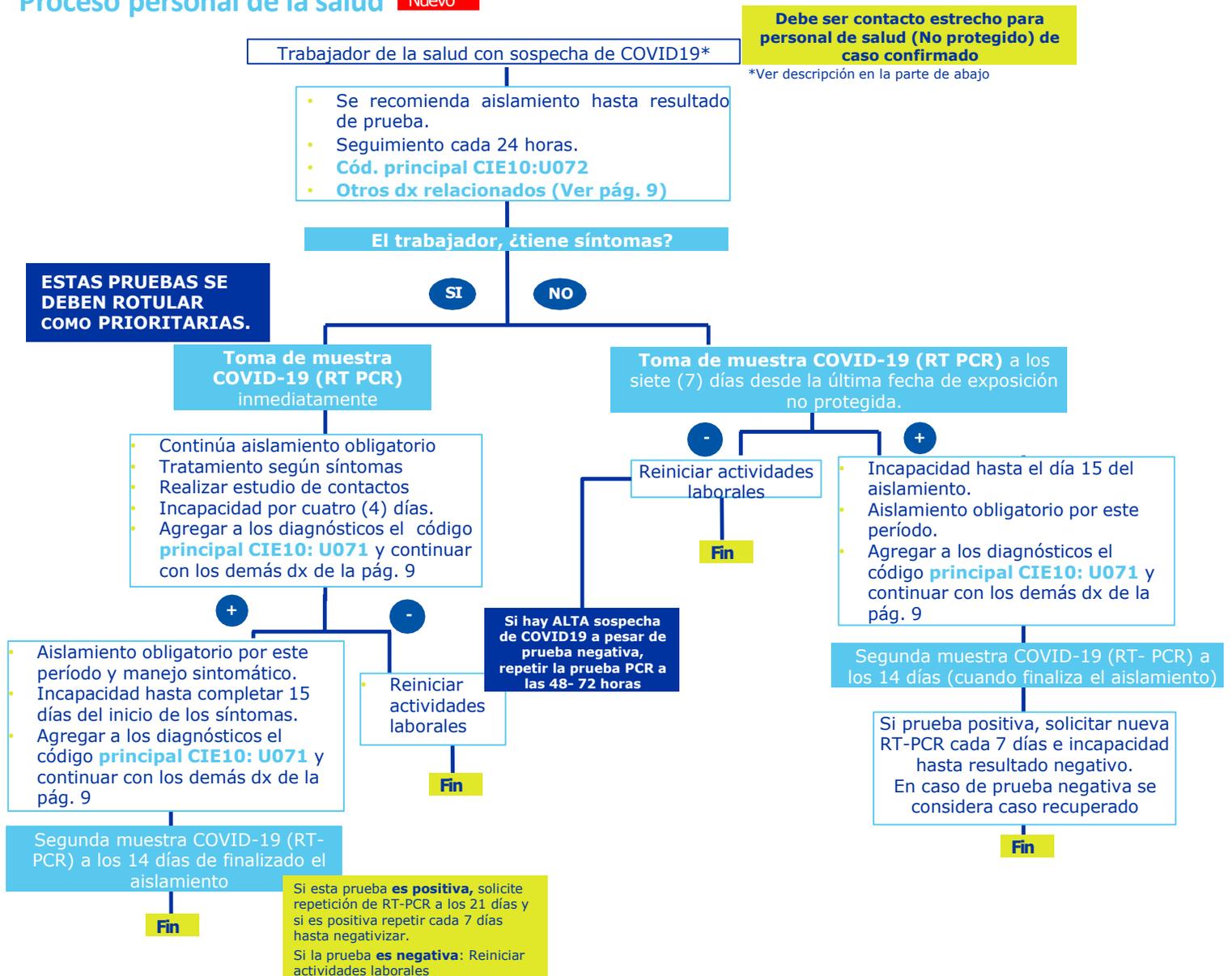


## Persona fallecida (Caso 4)



## Proceso personal de la salud

Nuevo



## Contacto para personal de salud

Cualquier trabajador en el ámbito hospitalario o de consulta externa con exposición no protegida:

- SI:** el trabajador de la salud **no utilizó mascarilla N95** durante la atención del caso confirmado de COVID-19 en procedimientos que generan aerosoles (por ejemplo: reanimación cardiopulmonar, intubación, extubación, broncoscopia, endoscopia, terapia con nebulizador, inducción de esputo, procedimientos que estimulan el reflejo de la tos).
- El trabajador del ámbito hospitalario proporcionó atención clínica (examen físico, obtención de muestras, intubación, aspirado de secreciones, etc.) o atención al usuario (personal administrativo) a pacientes confirmados de COVID-19 y **no utilizó los elementos de protección personal definidos para su tipo de actividad** y adecuadamente.
- Las exposiciones del personal sanitario también incluyen **contacto a menos de dos metros por más de 15 minutos** con un caso de COVID-19 o **contacto con material potencialmente infeccioso** del COVID-19 y **no utilizó los elementos de protección personal definidos para su tipo de actividad** y adecuadamente.

**NO es contacto estrecho** en el grupo de personal del ámbito hospitalario:

- Usó adecuadamente los elementos de protección personal durante la atención clínica, procedimientos que generan aerosol o atención al usuario COVID-19.
- En atención clínica o atención al usuario al caso confirmado de COVID-19, el personal de salud realiza adecuadamente higiene de manos (en los 5 momentos)
- No tienen contacto a menos de dos metros por más de 15 minutos con un caso de COVID-19 y usó equipos de protección personal adecuados con un caso de COVID-19
- Tuvieron exposición con fluidos que no transmiten COVID-19 (ejemplo: sangre, líquido cefalorraquídeo, vómito)

## Seguimiento Nuevo

- CASO 1**
  - **Si el paciente requirió UCI:** Realizar seguimiento hasta 30 días posterior al alta, por los diferentes canales de contacto **cada 24 horas\***, evaluando signos de gravedad. Se deberá garantizar un seguimiento por video llamada o presencial (de acuerdo a evolución clínica del paciente) a las 48 horas, 7, 14 y 30 días.\*\*
  - **Si el paciente requirió hospitalización general:** Realizar seguimiento hasta **15 días posterior al alta**, por los diferentes canales de contacto **cada 24 horas\***, evaluando signos de gravedad. Se deberá garantizar un seguimiento por video llamada o presencial en cualquier momento (de acuerdo a evolución clínica del paciente).
- CASO 2**
  - En caso de **Prueba para COVID positivo (RT-PCR):** Realizar seguimiento hasta resultado de **nueva prueba para COVID negativa**, por los diferentes canales de contacto **cada 24 horas\***, evaluando signos de gravedad.
  - En caso de **prueba para COVID negativo (RT-PCR):** No se realiza seguimiento. Se recomienda distanciamiento social durante 14 días y signos de alarma.
  - **En caso de prueba serológica IgM/IgG positiva:** Seguimiento hasta completar 14 días de aislamiento obligatorio y estricto
- CASO 3**
  - En caso de **Prueba para COVID positivo que requirió UCI:** Realizar seguimiento hasta **30 días posterior al alta**, por los diferentes canales de contacto **cada 24 horas\***, evaluando signos de gravedad. Se deberá garantizar un seguimiento por video llamada o presencial (de acuerdo a evolución clínica del paciente) a las 48 horas, 7, 14 y 30 días.\*\*
  - En caso de **Prueba para COVID positivo que requirió hospitalización general:** Realizar seguimiento hasta **15 días posterior al alta**, por los diferentes canales de contacto **cada 24 horas\***, evaluando signos de gravedad. Se deberá garantizar un seguimiento por video llamada o presencial (de acuerdo a evolución clínica del paciente).
  - En caso de **prueba para COVID negativo:** Seguimiento post hospitalario **único** por los diferentes canales de contacto y recomendar distanciamiento social durante 14 días.
- CASO 5**
  - En caso de **Prueba para COVID positivo (RT-PCR):** Seguimiento por los diferentes canales de contacto **cada 24 horas\*** hasta completar 14 días de aislamiento desde el contacto no protegido, indagando por inicio de síntomas respiratorios y luego signos de gravedad.
  - En caso de **prueba para COVID negativo (RT-PCR):** Se realiza seguimiento durante 14 días.

\*Excepción pacientes mayores de 80 años que será cada **12 horas**.

\*\*Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Declaración de consenso en medicina crítica para la atención multidisciplinaria del paciente con sospecha o confirmación diagnóstica de COVID-19. Marzo 30 de 2020

## Incapacidades

- **CASO 1:** Incapacidad médica al alta según condición particular, mínimo hasta completar 15 días desde el inicio de los síntomas. Si segunda muestra es positiva se deberá prorrogar mínimo hasta cumplir 28 días.
- **CASO 2:** Incapacidad inicial de cuatro (4) días desde la consulta inicial y conducta según resultado de prueba de COVID-19:
  - RT-PCR Positivo: prórroga de incapacidad hasta completar 15 días. Si el segundo resultado es positivo, prórroga de incapacidad hasta completar 28 días). Si la segunda muestra es negativa NO se prorroga incapacidad.
  - RT-PCR o Prueba serológica IgM/IgG negativa: Recomendaciones para continuar distanciamiento social. Incapacidad según pertinencia por su cuadro clínico NO COVID.
  - Prueba Serológica IgM/IgG positiva: Incapacidad inicial por cuatro (4) días.
- **CASO 3:** Incapacidad médica al alta según condición particular y resultado de prueba para COVID-19:
  - Positivo: incapacidad mínima por 15 días desde el inicio de los síntomas. Si segunda muestra es positiva se deberá prorrogar hasta cumplir 28 días. Si la segunda muestra es negativa y la condición clínica del paciente lo permite, NO se prorroga incapacidad.
  - Negativo: incapacidad médica al alta según condición particular.
- **CASO 5:** Se recomienda aislamiento hasta resultado de prueba, **sin incapacidad**. Una vez se tenga resultado de la prueba de COVID-19 se procede así:
  - Positivo: Incapacidad hasta nueva prueba negativa o hasta completar 15 días de aislamiento. Si la segunda muestra es negativa NO se prorroga incapacidad.
  - Negativo: Continuar distanciamiento sin incapacidad.Estas recomendaciones para pacientes asintomático aplican de igual forma al personal de salud.

**RECUERDE: Distanciamiento social** se entiende como el conjunto de medidas (uso de tapabocas y distancia mayor de 2 metros) para minimizar el contacto físico entre personas y de esta manera disminuir el riesgo de contagio por SARS-CoV-2/COVID-19.

## Toma de muestras

### Toma de segundas muestras:

Los casos **asintomáticos positivos (Caso 5) que se tornen sintomáticos** requieren nueva muestra al momento del inicio del cuadro clínico.

En un caso de IRAG (345 o 348) de acuerdo con los **hallazgos clínicos compatibles con neumonía viral atípica, requiere** repetir la prueba con un intervalo de 48 -72 horas entre muestras de acuerdo al Consenso Colombiano de Infectología. Esto aplica como criterio de alta para hospitalización domiciliaria. Nuevo

Recuerde que **NO** se repite prueba RT-PCR si la inicial fue negativa en un paciente con más de 14 días de síntomas

## Resumen de definiciones operativas de caso

Definición operativa	Definición de caso
<b>CASO 1</b>	Paciente con <b>fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C y tos, con cuadro de infección respiratoria aguda grave -IRAG que desarrolla un curso clínico inusual o inesperado</b> , especialmente un deterioro repentino a pesar del tratamiento adecuado, que, <b>Sí</b> requiere hospitalización (IRAG inusitado) y cumple con algún criterio de caso sospechoso IRAG inusitado – Cód. 348
<b>CASO 2</b>	Persona con un cuadro sindrómico de infección respiratoria aguda (Por lo menos uno de los siguientes: <b>fiebre cuantificada mayor o igual a 38 °C, tos, dificultad respiratoria, odinofagia, fatiga/adinamia</b> ) – <b>IRA - leve o moderada</b> que <b>NO</b> requiere hospitalización y cumple con algún criterio de caso sospechoso IRA – Cód. 346
<b>CASO 3</b>	Persona con <b>infección respiratoria aguda con antecedentes de fiebre y tos no mayor a 10 días de evolución</b> , que requiera <b>manejo intrahospitalario</b> (definición operativa de IRAG) y cumple con algún criterio de caso sospechoso IRAG – Cod 345
<b>CASO 4</b>	Muerte probable por COVID-19 <b>Todas las muertes</b> por infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico de <b>etiología desconocida</b> . IRAG-348
<b>CASO 5</b>	<b>ASINTOMATICO</b> Contacto estrecho de <b>caso confirmado COVID-19</b> , quien que no ha manifestado síntomas en los primeros 7 días posteriores a la última exposición no protegida.

## Caso confirmado

Es una persona con confirmación de laboratorio de infección con el virus COVID-19, independientemente de los signos y síntomas clínicos

## Caso descartado

Persona que cumple la definición de caso probable y tenga un resultado negativo para nuevo coronavirus 2019 (COVID-19).

## Caso probable

Es un caso sospechoso para quien el informe de las pruebas de laboratorio (RT-PCR) para el virus COVID-19 no es concluyente o con prueba rápido positiva.

## El contacto estrecho comunitario se define como:

Cualquier persona, con exposición no protegida, que haya compartido en un **espacio menor a dos metros y por más de 15 minutos** con una persona con diagnóstico confirmado de COVID-19 durante su periodo sintomático (esto puede incluir las personas que conviven, trabajan, visitantes a lugar de residencia); también haber estado en contacto sin protección adecuada con secreciones infecciosas (por ejemplo: secreciones o fluidos respiratorios o la manipulación de los pañuelos utilizados).

Tenga en cuenta que **NO** se considera contacto estrecho las interacciones por corto tiempo, el contacto visual o casual.

En los **aviones u otros medios de transporte**, se consideran contacto estrecho a la tripulación que tuvo contacto o exposición no protegida con una persona con diagnóstico confirmado de COVID-19 (auxiliares de vuelo) y a los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor del caso que tuvo contacto o exposición no protegida

## Recomendaciones a pacientes Caso 2

Cuide su salud y proteja a los demás a través de las siguientes medidas:

- **LÁVESE LAS MANOS FRECUENTEMENTE:** puede ser con un desinfectante de manos a base de alcohol o con agua y jabón.
- **ADOpte MEDIDAS DE HIGIENE RESPIRATORIA:** Al toser o estornudar, cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo; tire el pañuelo inmediatamente y lávese las manos con un desinfectante de manos a base de alcohol, o con agua y jabón. Si usted estornuda o tose cubriéndose con las manos puede contaminar los objetos o las personas a los que toque.  
Utilice siempre la mascarilla (tapabocas) convencional.
- **MANTENGA EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL:** Mantenga al menos 1 metro (3 pies) de distancia entre usted y las demás personas, particularmente aquellas que tosan, estornuden y tengan fiebre. Evite compartir artículos de uso personal (teléfonos, computadores...)
- **EVITE TOCARSE LOS OJOS, LA NARIZ Y LA BOCA.**
- **INFÓRMESE** en fuentes confiables: Ministerio de salud, OMS, Instituto Nacional de Salud.
- **LIMPIE Y DESCONTAMINE** objetos y superficies.
- **VENTILE SU CASA Y LAS ÁREAS DE TRABAJO** cada vez que sea posible.

\*Estas recomendaciones se encuentra automáticamente en la historia clínica de PHC a través del **CDS (Soporte a las decisiones clínicas)**

## Recomendaciones para pacientes asintomáticos (Caso 5)

Se recomiendan medidas de distanciamiento social:

- Si tiene dudas, pregunte sin temor
- Recuerde que nos estaremos comunicando para realizar el seguimiento por los diferentes canales de contacto establecidos por SURA.
- Si alguno de los convivientes experimenta síntomas respiratorios, comuníquese por los mismos canales.
- Se recomienda en lo posible usar habitaciones y baños diferentes separados. Restrinja las visitas innecesarias al hogar (avise a sus familiares y amigos),
- El paciente no debe cuidar/manipular mascotas
- Lávese las manos con frecuencia o desinfectelas con alcohol. Puede usar cualquier alcohol con una concentración de al menos el 70%. Use agua y jabón siempre que vea o sienta las manos sucias
- No se toque los ojos, nariz y boca con las manos sin lavar. Evite saludar de besos y abrazos.
- Si el paciente y el cuidador se encuentran en la misma habitación, ambos deben usar una mascarilla de tela. Las mascarillas pueden ser fabricadas con tela de algodón
- Use guantes si va a manipular o puede entrar en contacto con los líquidos corporales del paciente confirmado con COVID19 que convive con usted. (Si aplica)
- Deseche las mascarillas de tela desechable y los guantes después de usarlos en una bolsa plástica y ciérrela. Estos elementos no deben ser reusados. Las mascarillas fabricadas con tela de algodón deben lavarse cada día
- Evite compartir elementos de uso personal, ropa de cama, toallas y utensilios de comida
- Limpie todos los días las superficies de mayor contacto con alcohol desinfectante o jabón (detergente doméstico)
- Lave la ropa diariamente con el jabón usual. Asegúrese de lavarse las manos después de esta tarea

**A continuación está el registro obligatorio de casos en la historia clínica (Estos códigos CIE 10 se deben diligenciar en su totalidad en todos los casos).**

**CASO CONFIRMADO de COVID-19 (Caso 5)** en persona asintomática con resultado de laboratorio positivo, con o sin historia de exposición.

Diagnostico	Código CIE-10	Descripción código diagnóstico
<b>Diagnóstico principal</b>	U071	<ul style="list-style-type: none"> <li>COVID-19 (virus identificado)</li> </ul>
<b>Diagnóstico relacionado 1</b>	Código que aplique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registrar Comorbilidad preexistente si la hubiese (enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad respiratoria crónica, hipertensión, cáncer, problemas inmunitarios)</li> </ul>
<b>Diagnóstico relacionado 2</b>	Z208	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contacto con y exposición a otras enfermedades transmisibles</li> </ul>
<b>Diagnóstico relacionado 3</b>	Z290 Z017	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aislamiento</li> <li>Examen de laboratorio</li> </ul>

**CASO CONFIRMADO de COVID-19 (Caso 1, 2 y 3)** en persona con síntomas respiratorios agudos y con resultado de laboratorio positivo, con o sin historia de exposición.

Diagnostico	Código CIE-10	Descripción código diagnóstico
<b>Diagnóstico principal</b>	U071	<ul style="list-style-type: none"> <li>COVID-19 (virus identificado)</li> </ul>
<b>Diagnóstico relacionado 1</b>	J00-J22; J80 R00-R99 (cód. que aplique)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registrar Enfermedad respiratoria específica, como Neumonía viral leve o grave, Dificultad Respiratoria Aguda; o, signo o síntoma presente más severo o importante.</li> </ul>
<b>Diagnóstico relacionado 2</b>	Código que aplique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registrar Comorbilidad preexistente de mayor riesgo si la hubiere: enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad respiratoria crónica, hipertensión, cáncer, problemas inmunitarios u otra que sea de mal pronóstico para Covid-19.</li> </ul>
<b>Diagnóstico relacionado 3</b>	Z208 Z290 Z017	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contacto con y exposición a otras enfermedades transmisibles</li> <li>Aislamiento</li> <li>Examen de laboratorio</li> </ul>

**CASO PROBABLE O SOSPECHOSO de COVID-19 (Caso 1, 2 y 3)** en persona que presente síntomas respiratorios agudos y con resultado de laboratorio negativo o no concluyente, con o sin historia de exposición.

Diagnostico	Código CIE-10	Descripción código diagnóstico
<b>Diagnóstico principal</b>	U072	<ul style="list-style-type: none"> <li>COVID-19 (virus no identificado)</li> </ul>
<b>Diagnóstico relacionado 1</b>	J00-J22; J80 R00-R99 (cód. que aplique)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registrar Enfermedad respiratoria específica, como Neumonía viral leve o grave, Dificultad Respiratoria Aguda; o signo o síntoma presente más severo o importante.</li> </ul>
<b>Diagnóstico relacionado 2</b>	Código que aplique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registrar Comorbilidad preexistente de mayor riesgo si la hubiere: enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad respiratoria crónica, hipertensión, cáncer, problemas inmunitarios u otra que sea de mal pronóstico para Covid-19.</li> </ul>
<b>Diagnóstico relacionado 3</b>	Z208 Z290 Z017 Z038	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contacto con y exposición a otras enfermedades transmisibles</li> <li>Aislamiento</li> <li>Examen de laboratorio</li> <li>Observación por sospecha de otras enfermedades y afecciones</li> </ul>

**CASO PROBABLE O SOSPECHOSO de COVID-19 (Caso 5)** en persona que no presenta síntomas, con resultado de laboratorio negativo o no concluyente y con historia de exposición.

Diagnostico	Código CIE-10	Descripción código diagnóstico
<b>Diagnóstico principal</b>	U072	<ul style="list-style-type: none"> <li>COVID-19 (virus no identificado)</li> </ul>
<b>Diagnóstico relacionado 1</b>	Z208	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contacto con y exposición a otras enfermedades transmisibles</li> </ul>
<b>Diagnóstico relacionado 2</b>	Código que aplique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registrar Comorbilidad preexistente de mayor riesgo si la hubiere: enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad respiratoria crónica, hipertensión, cáncer, problemas inmunitarios u otra que sea de mal pronóstico para Covid-19.</li> </ul>
<b>Diagnóstico relacionado 3</b>	Z290 Z017	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aislamiento</li> <li>Examen de laboratorio</li> </ul>

**CASO DESCARTADO de COVID-19 (Todos los casos)**, en personas con síntomas de enfermedad respiratoria aguda y con prueba de laboratorio negativa.

Diagnostico	Código CIE-10	Descripción código diagnóstico
<b>Diagnóstico principal</b>	J00-J22; J80 R00-R99 (cód. que aplique)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registrar Enfermedad respiratoria específica, como Neumonía viral leve o grave, Dificultad Respiratoria Aguda; o signo o síntoma presente más severo o importante.</li> </ul>
<b>Diagnóstico relacionado 1</b>	Z038	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observación por sospecha de otras enfermedades y afecciones</li> </ul>
<b>Diagnóstico relacionado 2</b>	Z115 (si aplica)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de pesquisa especial para otras enfermedades virales</li> </ul>
<b>Diagnóstico relacionado 3</b>	Z208 Z290	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contacto con y exposición a otras enfermedades transmisibles</li> <li>Aislamiento</li> </ul>

**CASO DESCARTADO de COVID-19**, en persona preocupada por la enfermedad, que luego de la evaluación clínica no amerita investigaciones adicionales.

Diagnostico	Código CIE-10	Descripción código diagnóstico
<b>Diagnóstico principal</b>	Z711	<ul style="list-style-type: none"> <li>Persona que teme estar enferma, a quien no se hace diagnóstico</li> </ul>
<b>Diagnóstico relacionado 1</b>	Z115 (si aplica)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de pesquisa especial para otras enfermedades virales</li> </ul>
<b>Diagnóstico relacionado 2</b>	Z290 (si aplica)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aislamiento</li> </ul>

## Referencias

- Instituto Nacional de Salud. Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus 2019 (COVID 19) Bogotá DC Versión 9. Abril 2020.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Instrucciones para el registro, codificación y reporte de Enfermedad Respiratoria Aguda causada por el nuevo coronavirus COVID-19, en los registros médicos de morbilidad del Sistema de Salud. Bogotá DC. Versión 1. Abril 2020.
- Guía de CDC de Atlanta (marzo 16 de 2020) <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/disposition-in-home-patients.html>
- Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Declaración de consenso en medicina crítica para la atención multidisciplinaria del paciente con sospecha o confirmación diagnóstica de COVID-19. Marzo 30 de 2020.
- Asociación Colombiana de infectología (ACIN). Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS COV-2 / COVID 19 en seniores de atención de la salud. Recomendaciones basadas en el consenso de expertos e informadas en la evidencia. Versión 2. Abril 2020.
- <http://portalsivigila.ins.gov.co/sivigila/index.php>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas de SARS-CoV-2 (COVID-19) En Colombia. Bogotá DC. Versión 2. Abril 2020.



MANEJO DE PACIENTES FALLECIDOS POR COVID 19  
O IRAG

Fecha: Mayo 2020

Versión: 3

---

**MANEJO DE PACIENTES FALLECIDOS CON SOSPECHA DE  
INFECCIÓN POR COVID 19 O INFECCION RESPIRATORIA AGUDA  
GRAVE**

**Servicios de Salud IPS Suramericana S.A.S**

## OBJETIVOS

### Objetivo general

Orientar a los miembros del personal de salud y demás entes que tienen contacto con el paciente fallecido por sospecha o diagnóstico de COVID 19, frente al manejo seguro y traslado, con el fin de disminuir el riesgo de transmisión en los trabajadores del sector salud, familiares, comunidad en general y autoridades involucradas.

### Objetivos específicos

- ✓ Brindar a todos nuestros colaboradores, asegurados y demás actores en el manejo de pacientes fallecidos con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID 19 un direccionamiento correcto en el manejo seguro y traslado, promoviendo el uso de medidas de bioseguridad adecuadas, con el fin de evitar la transmisión y así disminuir el riesgo de futuros contagios.
- ✓ Contar con el personal de salud suficiente y entrenado para el manejo de pacientes fallecidos, con el fin de garantizar un proceso seguro para el paciente, su familia y el personal de salud encargado.

## ALCANCE

Talento humano que tiene contacto con cadáveres en la prestación de servicios de salud ó en el manejo del cuerpo, adicional familia o cuidador primario y comunidad en general.

### 1. MEDIDAS GENERALES PARA EL MANEJO DE CADAVERES CON CAUSA DE MUERTE PROBABLE O CONFIRMADA POR EL VIRUS COVID 19

#### 1.1. Recomendaciones generales

Las medidas generales expresadas a continuación, desglosan en orden cronológico los cuidados y medidas a tener en cuenta por parte del personal asistencial, Sodexo, personal funerario que realiza manipulación del cadaver, cuidadores o familia, desde el momento de la muerte, traslado y entrega del cadáver a entidad funeraria o autoridades.

En el manejo de cadáveres con causa de muerte probable o confirmada por COVID-19 o infección respiratoria grave (IRAG) se deben tener en cuenta las siguientes disposiciones:

- Los principios de precaución y dignidad humana se deben cumplir siempre en todo momento de la manipulación del cadáver.

- El cadáver debe mantenerse íntegro y limitar al máximo su manipulación, teniendo especial atención al movilizarlo evitando contacto directo con fluidos o heces fecales, utilizando en todo momento las medidas de seguridad que se describen más adelante.
  
- En atención al principio de precaución, se suspende temporalmente la realización de autopsias sanitarias, necropsias académicas de cualquier edad, incluyendo fetales, viscerotomías y tomas de muestras post mortem por métodos invasivos o similares, que no sean estrictamente necesarias. A excepción de:
  - Toma de muestra por hisopado nasofaríngeo 6 horas post mortem (Ver instrucciones de conservación y transporte de la muestra).
  - Las autopsias clínicas o procedimientos post mortem invasivos en pacientes negativos para infección SARS-COV-2 (COVID-19) por método de identificación viral (PCR), que se consideren necesarios para determinar la causa de muerte y en las cuales no haya justificación para la judicialización del caso, se realizarán de manera excepcional, cumpliendo con todos los requerimientos de bioseguridad.
  - Autopsias médico legales por muerte de causa violenta cuando requieren judicialización, deberán realizarse con el mayor cuidado, siguiendo los procedimientos determinados por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, dentro del menor tiempo posible. (Ver apartado Criterios para realización de Necropsia Médico Legal)
  
- La comunicación del riesgo en defunciones por COVID-19 deberá ser informada de manera respetuosa, responsable y oportuna a todos los actores que intervienen en la gestión de cadáver (personal de salud, Sodexo, servicios funerarios) y familiares, de manera responsable y oportuna, observando siempre el respeto a la dignidad humana.
  
- Todo el personal que interviene en el manejo y traslado de los cadáveres asociados a la infección, deberán cumplir las **normas de bioseguridad**, el uso de elementos de protección personal (EPP) de acuerdo a lo establecido en este protocolo. Especialmente, las técnicas de lavado de manos con agua y jabón después de la manipulación de los cuerpos. **No se recomienda el lavado de manos con alcohol glicerinado o similar.**
  
- Para todos los casos y todos los individuos que intervienen con dichos procesos es **obligatorio** el uso permanente:
  1. Doble guante: (el guante de vinilo se coloca en contacto con la piel y encima se coloca el quirúrgico (o estéril) para fijar la bata de manga larga o el traje tibetano.
  2. Máscaras de filtración N95 y encima mascarilla convencional.
  3. Gafas de seguridad o careta para evitar salpicaduras.

4. Cualquiera de las siguientes: Batas impermeables de manga larga, con polainas y pantalón, ó traje kleenguard A40 +con capucha (traje tibetano). En caso de que la bata no sea impermeable se deberá añadir un delantal plástico desechable. Estos elementos deberán ser eliminados inmediatamente y no reutilizados en los casos en que dichos elementos puedan serlo.
- En el área donde ocurrió el deceso (**urgencias o consulta externa**), se debe realizar la limpieza y desinfección terminal de toda la zona y elementos (camilla, equipos de la cabecera, colchonetas, puertas, cerraduras, ventanas, baño, etc.), incluyendo todos los que sean reutilizables, de acuerdo a los protocolos definidos por la institución. Esta limpieza en las instituciones se encuentra a cargo del personal de Sodexo o en casos seleccionados estará a cargo de el proveedor de servicios funerarios que embala el cuerpo.
  - Si el deceso ocurre en el **domicilio** se debe recomendar proceso de limpieza y desinfección terminal en toda la habitación y baño. El equipo de salud brindará las orientaciones dirigidas a familiares o responsables del sitio del deceso sobre con el objeto de evitar posibles contagios del virus.
  - El cadáver debe colocarse en **doble bolsa** específica para cadáveres de 150 micras o más de espesor, resistentes a la filtración de líquidos. Así mismo, realizar la desinfección de ambas bolsas previamente al traslado según se explica más adelante. El traslado interno del cadáver deberá realizarse siguiendo la ruta establecida por el prestador de servicios de salud, garantizando las condiciones de bioseguridad sin poner en riesgo la comunidad hospitalaria, pacientes, familiares y usuarios.
  - Los elementos y equipos utilizados durante el traslado interno de cadáveres dentro de las instituciones y hasta el destino final, deberán ser sometidos a procedimientos de limpieza y desinfección estrictos.
  - El manejo y eliminación segura de los residuos generados en el proceso de manipulación del cadáver deberá ser cumplida de acuerdo con lo establecido en el título 10 del Decreto 780 de 2016, la Resolución 1164 de 2002 y las orientaciones para el manejo de residuos por COVID-19.
  - En caso de que los familiares del paciente fallecido se nieguen al cumplimiento del protocolo de manejo de cadáveres COVID-19, se deberá contactar la DST con el fin de que brinden el apoyo requerido con la autoridad local para garantizar el cumplimiento de la ruta, para mitigar el riesgo de contagio en las personas que tengan contacto con el cadáver.
  - Durante la fase de contención, para los casos de muerte institucional por un **presunto cuadro respiratorio no diagnosticado**, se debe realizar la **toma de muestras de secreción**

**respiratoria por hisopado**, dentro de las **primeras 6 horas postmortem**, y remitirlas de manera inmediata a Ayudas Diagnósticas SURA o al Laboratorio de Salud Pública Departamental o Distrital (LDSP). En los casos sin diagnóstico en los cuales se sospecha infección por COVID-19, se hace obligatoria la aplicación de todos los lineamientos de protección y cuidados aquí descritos.

- En casos de muertes violentas o por establecer, se debe seguir el procedimiento de inspección técnica a cadáver determinado por las autoridades judiciales. Para los efectos, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y la Policía Judicial, establecerán los mecanismos interinstitucionales para el traslado y recepción de los cuerpos a fin de realizar su análisis dentro del menor tiempo posible.
- Para aquellos fallecidos que no estaban afiliados a una EAPB, la entidad territorial de salud deberá asumir la atención integral definida en este documento.

## 1.2. Actividades y responsabilidades generales:

- La IPS que atiende casos de COVID-19, será el encargado de notificar la muerte a través de la **ficha epidemiológica 348** Infección Respiratoria Aguda (IRA), de forma inmediata a la Secretaría Territorial de Salud y al INS.
- **El alistamiento del cadáver** será realizado en el mismo sitio del deceso, y para ello, el personal de salud deberá contar con los elementos de protección personal y seguir los procedimientos de bioseguridad.

En caso de fallecimiento en urgencias o consulta externa quien realiza la manipulación del cadáver será el equipo asistencial que estaba a cargo de la atención.

En caso de fallecimiento durante la hospitalización domiciliaria será el equipo de salud en casa, el encargado de articular todos los actores, incluyendo la toma de muestra en caso de ser necesaria.

En el momento de identificar el caso el personal de salud debe informar al servicio fúnebre o sistema judicial, sobre los riesgos y medidas preventivas que se deben tener para el manejo del cadáver. Así mismo, verificará que cumplan con las normas de bioseguridad y elementos de protección personal para el retiro del cadáver.

### 1.2.1 Alistamiento y embalaje del cadáver:

Para el alistamiento completo del cadáver, se seguirán los siguientes pasos por parte del personal del equipo de salud encargado de la atención, para manejo para dicho fin:

- a) **Cubrir todos los orificios naturales** con algodón impregnado de solución desinfectante utilizada para la desinfección de áreas.
- b) El cadáver se deberá envolver en su totalidad **sin retirar catéteres, sondas o tubos** que puedan contener los fluidos del cadáver, en tela antifluido o sábana.
- c) Luego se pasa el cadáver a la primera bolsa para traslado, con la sábana o tela antifluido que cubre la cama donde fue atendido el paciente.
- d) Una vez que se ha colocado el cadáver en la primera bolsa para traslado, se debe rociar con desinfectante el interior de la bolsa previo al cierre de la misma.
- e) Igualmente, tras el cierre de la bolsa, se debe desinfectar su exterior; se coloca la primera bolsa debidamente cerrada dentro de la segunda, se cierra y se repite el rociado con desinfectante.
- f) Culminado este proceso, se deben desinfectar los guantes exteriores usados, con alcohol isopropílico al 70%.
- g) Luego del retiro del cadáver de la habitación, área de atención y lugar donde se realizó el alistamiento del cadáver, se debe realizar el respectivo procedimiento de limpieza y desinfección de áreas y elementos según las recomendaciones del manual de aseo, prevención de infecciones y bioseguridad. El traslado interno del cadáver deberá realizarse siguiendo la ruta establecida por el prestador de servicios de salud, garantizando las condiciones de bioseguridad sin poner en riesgo la comunidad hospitalaria, pacientes, familiares y usuarios.
- h) Después del alistamiento del cadáver, el servicio fúnebre trasladará el cuerpo a la morgue o depósito de cadáveres donde será entregado al personal del servicio funerario para su depósito en ataúd o contenedor de cremación y posterior traslado al sitio de destino final (horno crematorio y/o cementerio), luego de completar toda la documentación necesaria.
- i) Cuando deba practicarse necropsia médico legal, el cuerpo será entregado a los servidores del sistema judicial quienes asumirán la custodia.

### 1.2.2 Recomendaciones toma de muestra confirmatoria COVID-19

- Cuando se presente un caso de fallecimiento por un presunto cuadro respiratorio no diagnosticado, se debe realizar la toma de muestras de secreción respiratoria por hisopado nasofaríngeo, dentro de las primeras 6 horas post mortem, y remitirlas de manera inmediata para su procesamiento a Ayudas Diagnóstica Sura o al Laboratorio de Salud Pública Departamental o Distrital (LDSP) de acuerdo con la cobertura en cada Regional.

- La toma de la muestra, deberá ser tomada con hisopo, y conservada en medio de transporte de viral (MTV). Dentro de las primeras 48 horas luego de su recolección se deben conservar a una temperatura de refrigeración entre -2 y 8°C. Si van a ser procesadas o enviadas al LDSP o al Instituto Nacional de Salud después de las 48 horas de recolección, se deben conservar congeladas a menos 70°C.
- El transporte de las muestras debe realizarse con geles o pilas congeladas, teniendo en cuenta que temperaturas superiores a 8°C degradan la partícula viral.

Indicaciones para Toma de Muestra Confirmatoria COVID-19	
ADULTOS RT PCR para SARS CoV2	NIÑOS Panel Viral y RT PCR para SARS CoV2
Pacientes a quienes no se les ha realizado previamente toma de muestra respiratoria	Pacientes a quienes no se les ha realizado previamente toma de muestra respiratoria
Pacientes a quienes se les realizó la prueba, pero aún está pendiente su resultado	Pacientes a quienes se les realizó la prueba, pero aún está pendiente su resultado
Pacientes con alta sospecha clínica de infección por COVID-19, a pesar de resultado de muestra negativa	Pacientes con resultado de muestras negativas

### 1.3. Actividades de cuidado luego de manipulación de paciente:

#### 1.3.1 Personal asistencial de urgencias y consulta externa:

- Retira los elementos de protección empezando por los guantes, desinfectar los guantes exteriores usados, con alcohol isopropílico al 70%.
- Lava las manos con agua y jabón, y ponte unos guantes limpios
- Retira en este orden gorro, gafas o careta de acetato, mascarilla, bata y guantes.
- Si los elementos como gorro, mascarilla y bata desechable antifluido, pantalón y polainas son de tela, estos deberán depositarse en bolsa color naranja marcada como ropa COVID 19 y llevarse al proceso de lavado definido por la Compañía. Lo mismo aplica si el traje tibetano fue el utilizado.
- Si gorro, mascarilla y bata, son desechables, deséchalos en bolsa roja junto con los guantes.
- Quítate las gafas o careta: con la misma técnica definida para la limpieza y desinfección de los equipos biomédicos, realiza limpieza profunda con jabón enzimático. Descarta el paño en bolsa roja. Ten precaución de evitar salpicadura en tus ojos.
- Retírate la mascarilla N95 que al estar protegida por la mascarilla convencional tendrá una vida útil de 49 horas. Recuerda almacenar en bolsa de papel y registrar en ella las horas de uso, como se indica normalmente. Solo se descarta antes del tiempo de uso si esta se deteriora o se contamina por secreciones o fluidos.

### **1.3.2 Personal asistencial servicio domiciliario (pero sin salir del domicilio):**

- Retira los elementos de protección empezando por los guantes, desinfectar los guantes exteriores usados, con alcohol isopropílico al 70%. Deséchalos en la bolsa roja.
- Higienízate las manos
- Ponte el 3er par de guantes
- Quítate el gorro.
- Si los elementos como gorro, mascarilla y bata desechable anti fluidos, pantalón y polainas son de tela, estos deberán depositarse en bolsa color naranja marcada como ropa COVID 19 y llevarse al proceso de lavado definido por la Compañía. Lo mismo aplica si el traje tibetano fue el utilizado.
- Quítate las gafas o careta: con la misma técnica definida para la limpieza y desinfección de los equipos biomédicos (con el paño desechable y el preparado de cloro orgánico, recuerda hacerlo de abajo hacia arriba, sin devolverte. Repite esta acción) luego llévalo al cuarto sucio para realizar limpieza profunda con jabón enzimático. Descarta el paño en bolsa roja. Ten precaución de evitar salpicadura en tus ojos.
- Si gorro, mascarilla y bata, son desechables, deséchalos en bolsa roja junto con los guantes.
- Retírate la mascarilla N95 que al estar protegida por la mascarilla convencional tendrá una vida útil de 49 horas. Recuerda almacenar en bolsa de papel y registrar en ella las horas de uso, como se indica normalmente. Solo se descarta antes del tiempo de uso si esta se deteriora o se contamina por secreciones o fluidos.

## **2. Manejo específico y ruta de atención del paciente fallecido con sospecha o confirmación de Covid 19 o IRAG:**

### **2.1 Paciente que fallece en IPS Sura (urgencias, consulta externa general o prioritaria).**

Cada acción que se ejecute debe quedar descrita y especificada en la historia clínica.

Una vez el paciente fallece, se debe confirmar el fallecimiento por parte del personal de salud.

Activar protocolo de bioseguridad, el área la que fallece debe encontrarse en aislamiento, las personas que ingresen y salen de dicha área (personal de salud, aseo o servicios funerarios) deben seguir de manera rigurosa el protocolo de bioseguridad.

Diligenciar ficha epidemiológica 348 si no se había diligenciado antes.

El médico o personal de salud debe informar a los familiares del fallecimiento, activar acompañamiento de salud mental para los familiares. Al mismo tiempo debe verificar si se

había firmado previamente el **CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACOMPAÑANTE COVID-19**. (Anexo 1). En caso de no haber sido firmado ó de no haber comprensión del mismo se lee y se le explica a familia en que consiste dicho protocolo y lo hace firmar. Si la familia no desea firmar dicho protocolo el medico de manera manual escribirá en el protocolo que familiar no está de acuerdo y lo entregará a jefe de enfermería del servicio para archivar.

Linea psicológica para acompañamiento a familiares del fallecido en el proceso de duelo, será activada por personal de salud que atiende caso, lo hará enviando correo electrónico a: [cetelesicosalud@suramericana.com.co](mailto:cetelesicosalud@suramericana.com.co) , detallando la situación, identificación de la o las personas afectadas, confirmando su consentimiento de ser acompañado y datos de contactos tan amplios como sean posible. Teléfono móvil, teléfonos fijos. Linea funciona 24 horas, realizarán contención verbal en el momento del contacto y adicional algunos seguimientos.

En caso de ser requerido apoyo psicologico para personal de salud que por necesidades del servicio realiza embalamiento será activada por lider del equipo, contactando via Teams a Luisa Fernanda Urazan o via correo electronico: [lurazan@sura.com.co](mailto:lurazan@sura.com.co).

El personal de salud verifica si paciente ya cuenta con toma de muestra para COVID19.

- Paciente cuenta con toma de muestra: entonces verificar resultado. El resultado es negativo la disposicion y manejo del cadaver se hará de manera convencional (\*tener en cuenta que ante alta sospecha clinica de infección por COVID 19 a pesar de prueba negativa deberá realizarse manejo y disposición como si fuera caso sospechoso). El resultado es positivo continuará el manejo según este protocolo.
- Paciente no cuenta con toma de muestra: activará a personal capacitado para realizarla; esto debe ocurrir lo antes posible para no entretener el embalaje del cuerpo. Se activará a personal de Ayudas diagnósticas Sura para toma de muestra, durante el día envía correo a: [ayudasdiagcovid@suramericana.com.co](mailto:ayudasdiagcovid@suramericana.com.co) Asunto: Toma de muestra FALLECIDO, nombre completo, numero de cedula, debe adjuntar ficha epidemiológica 348 diligenciada escaneada, teléfono celular (familiar que va estar disponible para contestar), teléfono fijo, dirección de fallecimiento, si es en la noche debe llamar a Nidia Cristina Jimenez al número 3117338161; la toma de muestra debe ocurrir en menos de 6 horas luego del fallecimiento.

NO SE ACTIVA AL SERVICIO FUNERARIO PARA EL ALISTAMIENTO Y EMBALAJE DEL CUERPO, este estará a cargo del personal de salud que atendió al paciente como se describió anteriormente y cómo está consignado en la guía de abordaje.

El traslado del cadáver para su disposición final (cremación o inhumación), será realizado por el personal de funeraria del afiliado. Si el afiliado no cuenta con servicios exequiales, se deberá contactar la DST.

El aseo de dicha area estará a cargo del personal de Sodexo.

Si el cadaver deberá ser trasladado a zona de transición destinada por cada institución. Cada IPS es responsable de definir areas por las cuales va a salir el cadáver: tanto al momento de movilizarse a area de transicion como para ser sacado de la institución por parte de la funeraria. El cadaver debe permanecer aislado y en zona de transición hasta ser trasladado por personal funerario a lugar de cremación.

El personal de sodexo debe realizar aseo terminal de las areas por las que haya transitado el cuerpo (lugar de deceso y areas de transporte), adicional debe realizar dispocision y desecho adecuado de residuos siguiendo protocolo establecido.

El médico que atiende diligencia certificado de defunción y entrega a funeraria.

Recuerde el orden en que debe diligenciarse de acuerdo a las recomendaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, y Medicina legal:

V. CAUSAS DE DEFUNCIÓN PARA TODOS LOS CASOS		
<b>43. ¿CÓMO DETERMINÓ LA CAUSA DE MUERTE?</b> <input type="radio"/> 1. Necropsia <input checked="" type="radio"/> 2. Historia clínica <input type="radio"/> 3. Pruebas de laboratorio <input type="radio"/> 4. Interrogatorio a familiares o testigos		<b>44. ¿RECIBIÓ ASISTENCIA MÉDICA DURANTE EL PROCESO QUE LO LLEVO A LA MUERTE?</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Ignorado
<b>45. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN</b> (en caso de muerte fetal, o de menores de 7 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d) (Consigne una causa por línea):  <b>I. CAUSA DIRECTA:</b> mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente. <u>Insuficiencia Respiratoria</u> a) Debido a: <u>Neumonía</u>  <b>CAUSAS ANTECEDENTES:</b> estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada en (a), mencionándose en el último lugar, la causa básica o fundamental. b) Debido a: <u>Infección Respiratoria Aguda</u> c) Debido a: <u>COVID -19 Virus - No Identificado / COVID -19 Virus Identificado</u> d) _____		Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte Tiempo    Unidad de medida ( minutos, horas, días, semanas, meses, años) <input type="text"/> _____ <input type="text"/> _____ <input type="text"/> _____ <input type="text"/> _____
<b>II. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS IMPORTANTES</b> que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad, o estado morbooso que la produjo: <u>Comorbilidades potencialmente contribuyentes</u>		<input type="text"/> _____
<b>46. MUERTE SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA</b> (CERTIFICADO EXPEDIDO POR PERSONAL DE SALUD AUTORIZADO (ENFERMERO(A), AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PROMOTOR(A) DE SALUD)) CAUSA PROBABLE DE MUERTE _____		

*\*Revisar numeral 3 donde se señalan los casos en los que es necesario necropsia medico legal.*

## 2.2 Paciente que fallece en su domicilio

- **Paciente sin Atenciones Previas por Sura**
- **Paciente en hospitalización domiciliaria.**
- **Paciente en seguimiento por Atención Medica virtual o Salud en Casa (atención medica virtual, teleorientación, whatsapp, herramienta autogestión).**

Cada acción que se ejecute debe quedar descrita y especificada en la historia clínica.

Familiar de paciente notifica la muerte a través de línea única de atención para pacientes fallecidos por COVID -19: 01-8000-519-519 opción 0, opción 3., personal de salud que recibe llamado da información a la familia acerca del protocolo que se debe seguir en estos casos, lo hará de manera telefónica, validará el diligenciamiento del **CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACOMPAÑANTE COVID-19** y en caso que no cuente con él deberá enviarlo (Anexo 1), se debe reportar en ficha 348 en caso de que no estuviera diligenciado previamente.

El certificado de defunción deberá ser realizado por un médico, el cual realizará una autopsia verbal (Anexo 2)

Recuerde el orden en que debe diligenciarse de acuerdo a las recomendaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, y Medicina legal:

V. CAUSAS DE DEFUNCIÓN PARA TODOS LOS CASOS													
<p>43. ¿CÓMO DETERMINÓ LA CAUSA DE MUERTE?</p> <p> <input type="radio"/> 1. Necropsia    <input checked="" type="radio"/> 2. Historia clínica    <input type="radio"/> 3. Pruebas de laboratorio    <input type="radio"/> 4. Interrogatorio a familiares o testigos </p>	<p>44. ¿RECIBIÓ ASISTENCIA MÉDICA DURANTE EL PROCESO QUE LO LLEVÓ A LA MUERTE?</p> <p> <input type="radio"/> 1. Sí    <input type="radio"/> 2. No    <input type="radio"/> 3. Ignorado </p>												
<p>45. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (en caso de muerte fetal, o de menores de 7 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d)</p> <p>(Consigne una causa por línea):</p> <p>I. CAUSA DIRECTA: mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente.</p> <p>_____ <b>Insuficiencia Respiratoria</b></p> <p>a) Debido a: _____</p> <p>_____ <b>Neumonía</b></p> <p>b) Debido a: _____</p> <p>_____ <b>Infección Respiratoria Aguda</b></p> <p>c) Debido a: _____</p> <p>_____ <b>COVID -19 Virus - No Identificado / COVID -19 Virus Identificado</b></p> <p>d) _____</p> <p>II. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS IMPORTANTES que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad, o estado morbozo que la produjo: _____ <b>Comorbilidades potencialmente contribuyentes</b></p>	<p>Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tiempo</th> <th>Unidad de medida ( minutos, horas, días, semanas, meses, años)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Tiempo	Unidad de medida ( minutos, horas, días, semanas, meses, años)	<input type="text"/>									
Tiempo	Unidad de medida ( minutos, horas, días, semanas, meses, años)												
<input type="text"/>	<input type="text"/>												
<input type="text"/>	<input type="text"/>												
<input type="text"/>	<input type="text"/>												
<input type="text"/>	<input type="text"/>												
<input type="text"/>	<input type="text"/>												
<p>46. MUERTE SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA (CERTIFICADO EXPEDIDO POR PERSONAL DE SALUD AUTORIZADO (ENFERMERO(A), AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PROMOTOR(A) DE SALUD))</p> <p>CAUSA PROBABLE DE MUERTE _____</p>													

Personal de salud en casa verifica si el paciente ya tenía muestra de COVID19

- Paciente cuenta con toma de muestra: entonces verifica resultado. El resultado es **negativo** la disposición y manejo del cadáver se hará de manera convencional (\*tener en cuenta que ante alta sospecha clínica de infección por COVID 19 a pesar de prueba negativa deberá realizarse manejo y disposición como si fuera caso sospechoso). El resultado es **positivo** o aún no ha salido continuará el manejo del cadáver según este protocolo.

- Paciente no cuenta con toma de muestra: activará a personal de Ayudas diagnósticas Sura para toma de muestra, durante el día envía correo a: [ayudasdiagcovid@suramericana.com.co](mailto:ayudasdiagcovid@suramericana.com.co) Asunto: Toma de muestra FALLECIDO, nombre completo, numero de cedula, debe adjuntar ficha epidemiológica 348 diligenciada escaneada, telefono celular (familiar que va estar disponible para contestar), telefono fijo, dirección de fallecimiento, si es en la noche debe llamar a Nidia Cristina Jimenez al numero 3117338161; la toma de muestra debe ocurrir en menos de 6 horas luego del fallecimiento. A familia del paciente le debe quedar muy claro que será contactada por personal de ayudas diagnósticas y debe estar disponible para responder el telefono.

NO SE ACTIVA AL SERVICIO FUNERARIO PARA EL ALISTAMIENTO Y EMBALAJE DEL CUERPO, este estará a cargo equipo de salud domiciliario designado como se describió anteriormente y cómo está consignado en la guía de abordaje.

Tener en cuenta que, si al fallecido no se le ha realizado toma de muestra, se debe esperar la toma para poder iniciar el embalaje.

El cadaver debe permanecer aislado y en el mismo sitio del deceso, hasta ser trasladado. El traslado del cadáver para su disposición final (cremación o inhumación), será realizado por el personal de funeraria del afiliado. Si el afiliado no cuenta con servicios exequiales, se deberá contactar la DST.

El proceso de limpieza y desinfección estará a cargo de la familia, se le entregará orientaciones acerca de dichos procedimientos con el fin de evitar posibles contagios del virus.

Si el paciente fallece en presencia de personal de salud en casa el proceso a seguir es igual, con la salvedad que la información entregada a la familia (protocolo de manejo, protocolo de desinfección, instrucciones) y el diligenciamiento de certificado de defunción se hace de manera presencial.

Linea psicológica para acompañamiento a familiares del fallecido en el proceso de duelo, será activada por personal de salud que atiende caso, lo hará enviando correo electrónico a: [cetelesicosalud@suramericana.com.co](mailto:cetelesicosalud@suramericana.com.co) , detallando la situación, identificación de la o las personas afectadas, confirmando su consentimiento de ser acompañado y datos de contactos tan amplios como sean posible. Teléfono móvil, teléfonos fijos. Linea funciona 24 horas, realizarán contención verbal en el momento del contacto y adicional algunos seguimientos.

En caso de ser requerido apoyo psicológico para personal de salud que por necesidades del servicio realiza embalaje será activada por lider del equipo, contactando via Teams a Luisa Fernanda Urazan o via correo electrónico: [lurazan@sura.com.co](mailto:lurazan@sura.com.co).

*\*Revisar numeral 3 donde se señalan los casos en los que es necesario necropsia médico legal.*

### **3. Casos que cumplen criterios para necropsia medico legal:**

Según los Artículos 2.8.9.6 del decreto 780 del 2016 deberá realizarse autopsias médico legales en los siguientes casos:

- Homicidio o sospecha de homicidio
- Suicidio o sospecha de suicidio
- Cuando se requiera distinguir entre homicidio y suicidio
- Muerte accidental o sospecha de la misma

Otras muertes en las cuales no exista claridad sobre su causa, o la autopsia sea necesaria para coadyuvar a la identificación de un cadáver cuando medie solicitud de autoridad competente.

En caso de requerirse necropsia médico legal por las situaciones referidas en artículos 2.8.9.6 Del Decreto 780 de 2016, o en cualquier caso que se deba judicializar, el prestador de salud deberá:

- Informar de manera inmediata a las autoridades judiciales, advirtiendo el diagnostico presuntivo o confirmado de infección por COVID-19.
- Entregar a la Policía Judicial, junto con el cuerpo, copia de la historia clínica o epicrisis completa.
- Diligenciar la ficha epidemiológica y entregar copia a la autoridad que retira el cadáver.
- Verificar que el personal de policía judicial que realizará la inspección y el traslado de cadáveres cumpla con las normas de bioseguridad y elementos de protección personal para el retiro del cadáver.
- Evitar que se manipule el cuerpo en el depósito de cadáveres.

## Anexo 1. Consentimiento informado acompañante COVID-19.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO ACOMPAÑANTE COVID-19



Fecha AAAA MM DD	Ciudad	Historia Clínica No.
Nombre completo del paciente (primeros Nombres, luego Apellidos)		Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.J. <input type="checkbox"/> Otro
		Número de Identificación

\_\_\_\_\_ identificado con \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_, actuando en calidad de acompañante del paciente \_\_\_\_\_, por medio del presente documento manifiesto: Que de manera detallada se me ha suministrado información completa, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro. El profesional de la salud me ha explicado la naturaleza de la enfermedad, acerca del significado de caso sospechoso o confirmado del coronavirus COVID-19 en cuanto a su presentación clínica, modo de contagio, medidas para contenerla, posibilidad de sufrir la enfermedad, complicaciones o muerte, mientras permanezca como acompañante del paciente.

Que se me ha explicado que las infecciones respiratorias agudas son provocadas por diferentes virus o bacterias; se transmiten de persona a persona cuando tienen contacto estrecho (a menos de 1 metro de distancia) con un enfermo; por ejemplo, al vivir bajo el mismo techo, compartir la misma sala de un hospital o cuidar a un enfermo sin la medida de protección, ya que se transmite a través de la saliva, el moco y secreción de los ojos. En la mayoría de los casos se ha presentado fiebre, tos y dificultad para respirar. Las enfermedades pueden agravarse y llegar hasta la muerte. La infección por el nuevo coronavirus COVID-19 hace parte de este grupo. Una de las finalidades como IPS es intensificar actividades de detección, diagnóstico y manejo, no solo para COVID-19, sino para las Infecciones Respiratorias Agudas Graves - IRAG- en general.

Que he podido hacer las preguntas relacionadas con dicha enfermedad y se me han respondido en forma satisfactoria; así mismo se me ha explicado que voy a estar en riesgo de contagiarme mientras permanezca junto a él. Que tras haberse cumplido lo anterior, doy mi consentimiento para permanecer como acompañante mientras dure el proceso de la enfermedad de mi acompañado en el servicio \_\_\_\_\_, atendiendo el estricto cumplimiento de las normas de la entidad.

Que uno de los desenlaces que puede presentarse es el fallecimiento del paciente, por lo que todos los familiares y personas que intervienen en el manejo y traslado del paciente, por protección y con el fin de mitigar la diseminación de la infección, deben cumplir las normas de bioseguridad (adecuado aislamiento, limpieza y aseo profundo), garantizar una distancia de 2 metros y procurar manipular el cuerpo lo menos posible.

En cumplimiento del principio de precaución y teniendo en cuenta que se trata de un evento de interés de salud pública, para los pacientes que fallezcan y cumplan criterios de caso sospechoso o confirmado para infección por COVID-19 o Infección respiratoria aguda, aunque NO tenga nexos epidemiológicos, queda restringida, con algunas excepciones, la realización de necropsias y se recomienda siempre la cremación del cuerpo. Que en caso de considerar sospecha por COVID-19, se requerirá realizar la toma de muestras post mortem si no se ha llevado a cabo previamente.

Certifico que el contenido de este consentimiento me ha sido explicado en su totalidad, que lo he leído o me lo han leído y que entiendo perfectamente su contenido.

## Anexo 2. Cuestionario de autopsia verbal

Ante las siguientes preguntas las respuestas son SI/NO/NO SABE

CRITERIO	HALLAZGOS
Posible manera de muerte	¿Encuentra evidencia si (nombre) falleció por una lesión, accidente, caída u otra causa externa?
	Si fue por causa externa, ¿Cuál? Accidente de tránsito / Accidente por disparo de arma de fuego / envenenamiento o intoxicación accidental / Caída accidental / Exposición a fuego, humo y llamas quemadura / Ahogamiento y Sumersión / Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio) / Agresiones (Homicidio) / En un desastre natural (avalancha, terremoto, explosiones)
Posibles nexos epidemiológicos	¿Conoce si algún familiar y/o amigo cercano de (nombre) está o ha estado hospitalizado en el último mes por problemas respiratorios?
	¿Conoce si (nombre) en las dos semanas previas a la muerte, tuvo contacto con una persona con diagnóstico confirmado de COVID-19 o que estuviese en espera de resultados?
	¿Conoce si (nombre) en las dos semanas previas a la muerte tuvo contacto con personas en sitios donde se ha confirmado casos por COVID-19, tales como hospitales, mercados, u otros espacios con aglomeraciones?
	¿Conoce si (nombre) o alguien de su núcleo familiar es profesional de la salud y ha realizado atención a pacientes en hospitales o clínicas?
	¿Conoce si (nombre) compartía su habitación con más de una persona?
	¿Conoce si (nombre) utilizaba transporte público habitualmente?
Signos y síntomas	¿Durante los últimos 15 días antes de su muerte, (nombre) presentó alguno de estos síntomas?
	Fiebre / Tos / Dificultad respiratoria / Dolor de garganta / Diarrea
	Otro signo o síntoma. ¿Cual? [describirlos]
Antecedentes	Si la persona fallecida es mujer en edad fértil (10-54 años de edad) pregunte:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstétricos</li> </ul>	¿(nombre) estaba embarazada al momento de la muerte?
	¿(nombre) falleció después de un parto o durante la dieta (puerperio)?

	¿(nombre) falleció durante y/o después de un aborto?
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comorbilidades</li> </ul>	¿Conoce si (nombre) le habían diagnosticado alguna enfermedades o factor de riesgo
	¿Conoce cuál(es) enfermedad(es)? Hipertensión Arterial / Diabetes / Asma / EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) / Tuberculosis / HIV-SIDA / Obesidad / Insuficiencia Renal / Enfermedad Cardiovascular / Malnutrición / Cáncer
	¿Conoce si (nombre) tomaba medicamentos inmunosupresores? / ¿Fumaba?
	¿conoce si tenía otros problemas de salud? ¿Cuáles
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención medica</li> </ul>	¿Conoce si a (nombre) recibió atención médica durante los últimos 15 días?
	¿Conoce si a (nombre) le habían indicado aislamiento preventivo obligatorio?
	¿Conoce si a (nombre) le habían tomado algún examen?
Verificación	Había sido notificado como caso sospechoso de COVID a través del SIVIGILA
	Le tomaron muestra de hisopado faríngeo para RT/PCR- SARS-CoV-2
	Resultado de PCR: Positivo / Negativo/ No concluyente / Pendiente
	Indicar fecha (dd/mm/aaaa)
	Le tomaron Radiografía de Tórax
	¿Cuál es la clasificación final del caso? Confirmado / Sospechoso / Probable / Sin clasificar
Evaluación del entrevistador médico/certificador	
Según el informante (familiar o relacionado, autoridad, testigo): ¿cuál fue la causa de muerte?	
Resumen de síntomas, signos y antecedentes positivos más relevante	
Luego del análisis de información: ¿Cuál es la causa probable de muerte?	

## Referencias

1. Instituto Nacional de Salud. Anexo. Instructivo para la vigilancia en salud pública intensificada de infección respiratoria Versión 11. Mayo 12 de 2020.
2. Ministerio de la Protección Social. Circular externa 0019. Marzo 27 de 2007
3. Ministerio de Salud Pública. Decreto Número 1171 de 1997
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres COVID-19. Marzo 2020.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19). Abril 2020
7. MORALES GONZALEZ, E. Concepto: Certificado de defunción en el domicilio por muerte natural Radicado 201742301202672. (2017). [http://www.nuevaleislacion.com/files/susc/cdj/doct/msps\\_48121\\_17.pdf](http://www.nuevaleislacion.com/files/susc/cdj/doct/msps_48121_17.pdf).
8. EPS SURA. Manejo de pacientes fallecidos con sospecha de infección por COVID 19 o infección respiratoria aguda grave. Versión 4. Mayo 2020.
9. Seguros SURA. manejo de pacientes fallecidos con sospecha de infección por COVID 19 Seguros Sura. Versión 1. Mayo 2020.



La salud  
es de todos

Minsalud

## ORIENTACIONES PARA EL MANEJO, TRASLADO Y DISPOSICIÓN FINAL DE CADÁVERES POR SARS-COV-2 (COVID-19)

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
Bogotá, abril de 2020

*Nota: las orientaciones incluidas en el presente documento están en continua revisión y se darán los alcances y ajustes pertinentes si las situaciones epidemiológicas así lo requieren.*

	<b>PROCESO</b>	Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	<b>Código</b>	<b>GIPG08</b>
	<b>GUIA</b>	Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04	<b>Versión</b>	<b>04</b>

## TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO .....	3
2. ALCANCE .....	3
3. ÁMBITO DE APLICACIÓN .....	3
4. NORMATIVA APLICABLE Y OTROS DOCUMENTOS EXTERNOS.....	3
5. DEFINICIONES .....	4
6. PRECAUCION GENERAL PARA EL MANEJO DE CADAVERES. ....	6
7. MEDIDAS GENERALES PARA EL MANEJO DE CADAVERES CON CAUSA DE MUERTE PROBABLE O CONFIRMADA POR EL VIRUS SARS-COV-2 (COVID-19).....	6
8. ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES DE LOS DIFERENTES ACTORES QUE PARTICIPAN EN LA GESTIÓN INTEGRAL DEL CADÁVER .....	11
9. ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. ....	12
10. ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS. ....	13
11. ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES DE LOS SERVICIOS FUNERARIOS EN EL TRASLADO Y DESTINO FINAL DEL CADÁVER. ....	14
12. ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES DE LOS SERVICIOS DE LAS POLICÍAS JUDICIALES .....	15
13. ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES.....	15
14. ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES DE SALUD .....	16
15. ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES DE LAS ADMINISTRACIONES TERRITORIALES MUNICIPALES (ALCALDIAS) .....	16
16. INSTRUCCIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN MÉDICA DE LA DEFUNCIÓN POR SARS-COV-2 (COVID-19).....	17
17. AMPLIACIÓN DE LA CAPACIDAD INSTALADA PARA LA GESTIÓN DE CADÁVERES EN CASO DE SITUACIÓN CATASTRÓFICA POR SARS-COV-2 (COVID-19). ....	18
18. Bibliografía.....	20
19. ANEXO 1. REQUERIMIENTOS LOCATIVOS Y DE BIOSEGURIDAD PARA LA REALIZACIÓN DE NECROPSIAS (AUTOPSIAS) CLÍNICAS O MÉDICO LEGALES .....	22
20. ANEXO 2. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN LUGAR DIFERENTE A LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD .....	23
21. ANEXO 3. CONDICIONES SANITARIAS Y DE SEGURIDAD DE VEHÍCULOS FÚNEBRES PARA EL TRANSPORTE DE CADÁVERES .....	23
22. ANEXO 4. AUTOPSIA VERBAL .....	24

	<b>PROCESO</b>	<b>Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</b>	<b>Código</b>	<b>GIPG08</b>
	<b>GUIA</b>	<b>Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04</b>	<b>Versión</b>	<b>04</b>

## 1. OBJETIVO

Orientar a las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud – IPS, autoridades competentes del orden nacional, autoridades judiciales, ciencias forenses, servicios funerarios y cementerios frente al manejo seguro, transporte y disposición de cadáveres debido a la infección por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), con el fin de disminuir el riesgo de transmisión en los trabajadores del sector salud, de otras autoridades involucradas, funerario, familiares y comunidad en general.

## 2. ALCANCE

Establecer las directrices, orientaciones, normas de bioseguridad y aspectos referentes con las medidas prevención y control frente al manejo de cadáveres asociados a infección con el virus SARS-COV-2 (COVID-19) en las siguientes entidades y servidores:

- Prestadores de servicios de salud
- Entidades Promotoras de Salud (EPS)
- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)
- Entidades que hacen parte del régimen especial o excepcional de salud
- Entidades Territoriales
- Autoridades Sanitarias
- Fuerza Pública
- Policía judicial que realiza inspección a lugar de los hechos y cadáveres
- Servidores que cumplen funciones de Policía Judicial, o quienes por vía de excepción que hagan sus veces en la Inspección al Lugar de los Hechos.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
- Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC
- Sector funerario y Cementerios

## 3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Talento humano que tiene contacto con cadáveres en la prestación de servicios de salud, sector funerario, cementerios, autoridades judiciales, policía judicial, ciencias forenses, fuerza pública y población general.

## 4. NORMATIVA APLICABLE Y OTROS DOCUMENTOS EXTERNOS

- Reglamento Sanitario Internacional – RSI 2005.
- Ley 09 de 1979 “Por la cual se dictan medidas sanitarias” Título III Salud Ocupacional.
- Resolución 4445 de 1996, por la cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del título IV de la Ley 09 de 1979 en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.
- Resolución 5194 de 2010 “Por la cual se reglamenta la prestación de los servicios de cementerios, inhumación, exhumación y cremación de cadáveres”
- Resolución 2400 de 1979 “Por la cual se establecen algunas disposiciones sobre vivienda, higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo”. Título V De la ropa de trabajo equipos y elementos de protección personal.

	PROCESO	Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	Código	GIPG08
	GUIA	Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04	Versión	04

- Resolución 1164 de 2002 “Por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares”.
- Resolución 5095 del 19 noviembre de 2018, Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia V3.1.
- Decreto 0786 de 1990, compilado en el Decreto 780 de 2016, “Por el cual se reglamenta parcialmente el Título XI de la Ley 09 de 1979, en cuanto a la práctica de autopsias clínicas y médico - legales, así como viscerotomias y se dictan otras disposiciones”.
- Decreto 351 de 2018, compilado en el Decreto 780 de 2016 “Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades”
- Decreto 1443 de 2014 Por el cual se dictan disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), artículos 24 y 25 compilados en el Decreto Único Reglamentario 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo.
- Resolución 3100 de 2019."Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.
- Resolución 385 de 2020 “Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus SARS-COV-2 (SARS-COV-2 (COVID-19)) y se adoptan medidas para hacer frente al virus”
- Ley 906 de 2004, Código Procedimiento Penal en los artículos 205 y 214.
- Decreto Ley 1333 de 1986.
- Ley 1523 de 2012.
- Decreto 303 de 2015 “Por el cual se reglamenta la Ley 1408 de 2010”
- Resolución 385 de 2020
- Resolución 507 de 2020
- Decreto 538 de 2020

## 5. DEFINICIONES

- **Autopsia verbal:** Técnica de recolección de información que busca, a través de la entrevista a un familiar, cuidador o responsable de mayor cercanía y confianza a la persona fallecida, recabar los signos, síntomas, antecedentes, factores de riesgo, factores sociales, culturales o de atención a la salud y posibles registros de historia clínica, asociados al último padecimiento del fallecido, con el fin de identificar de manera responsable y razonable las circunstancias que rodearon el desarrollo del padecimiento y finalmente establecer la causa probable de la muerte.
- **Bioseguridad:** Conjunto de medidas preventivas que tienen por objeto eliminar o minimizar el factor de riesgo biológico que pueda llegar a afectar la salud, el medio ambiente o la vida de las personas, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la salud y seguridad de los trabajadores y comunidad en general.
- **Bolsa para traslado de cadáveres:** Elemento de fácil abertura, cierre impermeable, diseñado para el traslado de cadáveres.
- **Embalar:** disponer o colocar convenientemente dentro de cubiertas los cadáveres humanos que han de transportarse, utilizando los elementos necesarios para resguardar, facilitar su identificación, manipulación y garantizar la integridad de los mismos durante su transporte para el destino final o labores judiciales. La definición para las autoridades judiciales, es el procedimiento técnico utilizado para empacar preservar y proteger los elementos de material probatorio y evidencia física en el contenedor adecuado, con el fin de ser enviados para análisis o almacenamiento.

	PROCESO	Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	Código	GIPG08
	GUIA	Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04	Versión	04

- **Cadáver:** cuerpo humano sin vida, cuyo deceso debe, para efectos jurídicos, estar certificado previamente a su inhumación o cremación por un médico o funcionario de salud competente.
- **Cementerio:** es el lugar destinado para recibir y alojar cadáveres, restos óseos, restos humanos y cenizas; quedan excluidos de la presente definición los cenizarios y osarios ubicados en iglesias, capillas y monasterios.
- **Cenizas humanas:** Partículas que resultan del proceso de combustión completa (cremación) de cadáveres o restos óseos o restos humanos.
- **Contenedor de Cremación:** caja interna, contenida en un ataúd, construida en material de fácil combustión, diseñado especialmente para depositar un cadáver o restos humanos destinados a la cremación.
- **Creinar:** acción de quemar o reducir a cenizas cadáveres, restos humanos o restos óseos u órganos y/o partes humanas por medio de la energía calórica.
- **Desinfección:** eliminación de microorganismos de una superficie por medio de agentes químicos o físicos.
- **Inhumar:** acción de enterrar o depositar en los cementerios cadáveres, restos óseos y partes humanas.
- **Inspección al lugar de los hechos:** procedimiento técnico que se realiza en todo espacio en el que se planea o materializa la comisión de un hecho que pueda constituir un delito, o aquel en el que se hallare Elemento Material Probatorio y Evidencia Física – EMP Y EF que permita identificar o individualizar al autor, cómplice y partícipe del mismo. (Definición específica para las autoridades judiciales)
- **Inspección Técnica a cadáver:** examen externo que proporciona al investigador datos objetivos con respecto al EMP y EF más importante del lugar de los hechos, provee información detallada con respecto a características físicas del occiso, su relación con el lugar y circunstancias de la muerte; lo cual permite plantear las hipótesis de causa y manera del deceso. (definición específica para las autoridades judiciales)
- **Muerte Natural:** cuando las circunstancias en que ocurre la muerte corresponden a un proceso natural del curso de enfermedad o de deterioro del organismo por envejecimiento.
- **Muerte No Natural:** cuando las circunstancias en que ocurre la muerte y los hallazgos de la necropsia indican un proceso fisiopatológico ocasionado por una causa externa infligida por otra persona, autoinfligida o accidental.
- **Muerte Indeterminada:** cuando se desconocen las circunstancias en que ocurrió la muerte y/o la causa de la misma.
- **Material Contaminado:** cualquier material o elemento que ha estado en contacto con microorganismos, que funcione como fómite o sea sospechoso de estar contaminado.
- **Microorganismo:** cualquier organismo vivo de tamaño microscópico, incluyendo bacterias, virus, levaduras, hongos, algunas algas y protozoos.
- **Minimización:** racionalización y optimización de los procesos, procedimientos y actividades que permiten la reducción de los residuos generados y sus efectos, en el mismo lugar donde se producen.
- **Necropsia (Autopsia):** Procedimiento mediante el cual, a través de observación, intervención y análisis de un cadáver, en forma tanto externa como interna y teniendo en cuenta, cuando sea del caso, el examen de las evidencias o pruebas físicas relacionadas con el mismo, así como las circunstancias conocidas como anteriores o posteriores a la muerte, se obtiene información para fines científicos o jurídicos.
- **Normas de bioseguridad:** normas de precaución que deben aplicar los trabajadores en áreas asistenciales al manipular sangre, secreciones, fluidos corporales o tejidos provenientes de todo paciente y sus respectivos recipientes, independiente de su estado de salud, y forman parte del programa de salud ocupacional.
- **Limpieza:** procedimiento mecánico que remueve el material extraño u orgánico de las superficies que puedan preservar bacterias al oponerse a la acción de biodegradabilidad de las soluciones antisépticas.
- **Precaución en ambiente:** es el principio según el cual cuando exista peligro de daño grave e irreversible, la falta de certeza científica absoluta no deberá utilizarse como razón para postergar la adopción de medidas eficaces para impedir la degradación del medio ambiente.
- **Precaución en salud:** principio de gestión y control de la organización estatal, empresarial y ciudadana, tendiente a garantizar el cumplimiento de las normas de protección de la salud pública, para prevenir y prever los riesgos a la salud de las personas y procurar mantener las condiciones de protección y mejoramiento continuo.

	<b>PROCESO</b>	<b>Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</b>	<b>Código</b>	<b>GIPG08</b>
	<b>GUIA</b>	<b>Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04</b>	<b>Versión</b>	<b>04</b>

- **Policía Judicial:** función que cumplen las Entidades del Estado para apoyar la investigación penal y en el ejercicio de las mismas, dependen funcionalmente del Fiscal General de la Nación y sus delegados.
- **Prestadores de Servicios de Salud:** se consideran como tales, las instituciones prestadoras de servicios de salud-IPS, los profesionales independientes de salud, las entidades con objeto social diferente y el transporte especial de pacientes.
- **Prevención:** conjunto de acciones dirigidas a identificar, controlar y reducir los factores de riesgo biológicos, del ambiente y de la salud, que puedan producirse como consecuencia del manejo de los residuos, ya sea en la prestación de servicios de salud o cualquier otra actividad que implique la generación, manejo o disposición de esta clase de residuos, con el fin de evitar que aparezca el riesgo o la enfermedad y se propaguen u ocasionen daños mayores o generen secuelas evitables.
- **Residuos o desechos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso.** un residuo o desecho con riesgo biológico o infeccioso se considera peligroso cuando contiene agentes patógenos como microorganismos y otros agentes con suficiente virulencia y concentración como para causar enfermedades en los seres humanos o en los animales.
- **Riesgo Biológico:** consiste en la presencia de un organismo, o la sustancia derivada de un organismo, que puede presentar una amenaza a la salud humana como residuos con características biológicas-infecciosas, muestras de un microorganismo, virus o toxina de una fuente biológica que puede resultar patógena

## 6. PRECAUCION GENERAL PARA EL MANEJO DE CADAVERES.

Teniendo en cuenta la incertidumbre sobre fuentes, mecanismos de transmisión, persistencia de virus en el ambiente, y la alta proporción de personas que pueden cursar asintomáticas estando infectadas, durante la fase pandémica de SARS-COV-2 (COVID-19), se exhorta a todos los involucrados en la gestión integral de las personas fallecidas por cualquier causa, aplicar cabalmente las medidas preventivas básicas para evitar contagios, y en particular, las medidas de bioseguridad para el personal que manipula cadáveres desde el momento del deceso hasta su disposición final, independientemente si se trata de casos sospechosos o no de SARS-COV-2 (COVID-19).

## 7. MEDIDAS GENERALES PARA EL MANEJO DE CADAVERES CON CAUSA DE MUERTE PROBABLE O CONFIRMADA POR EL VIRUS SARS-COV-2 (COVID-19)

COVID-19 es una enfermedad con gran variabilidad en presentación clínica, alta tasa de contagio para la cual no existe en el momento un tratamiento definido. El riesgo de contagio al personal que ejecuta autopsias o procedimientos de tanatopraxia y la probabilidad de diseminación de la enfermedad por la manipulación de cadáveres no se conoce, pero se considera que puede ser alto, teniendo en cuenta que, en ausencia de la aplicación de un método de diagnóstico masivo, todo caso debe considerarse potencialmente positivo. Por tanto, el manejo de cuerpos de personas fallecidas con diagnóstico confirmado, sospechoso o probable de SARS-COV-2 (COVID-19), debe realizarse con la mínima manipulación posible.

Es por ello que, en el marco del estado de Emergencia Sanitaria declarado por el Ministerio de Salud, la toma de muestras post mortem para la definición de diagnóstico en estas condiciones interinas de emergencia, se someten a la prioridad de prevención del riesgo de enfermar y diseminar el virus en el caso del personal de salud que ejecuta autopsias. Adicionalmente, la disponibilidad de talento humano sanitario, infraestructura, instalaciones y equipo que cumpla con las condiciones razonables de bioseguridad es limitada y su agotamiento puede conducir a condiciones de mayor riesgo individual y comunitario.

	<b>PROCESO</b>	<b>Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</b>	<b>Código</b>	<b>GIPG08</b>
	<b>GUIA</b>	<b>Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04</b>	<b>Versión</b>	<b>04</b>

En general, para el manejo de cadáveres con causa de muerte probable o confirmada por SARS-COV-2 (COVID-19), se deben tener en cuenta las siguientes disposiciones:

- Los principios de precaución y dignidad humana se deben cumplir siempre en todo momento de la manipulación del cadáver.
- La comunicación asertiva del fallecimiento de las personas por COVID-19 a la familia o red de apoyo, debe brindarse con consideración y respeto, manejando las reacciones propias del duelo por el ser querido.
- El cadáver debe mantenerse íntegro y limitar al máximo su manipulación, teniendo especial atención al movilizar o amortajar el cadáver evitando contacto directo con fluidos o heces fecales, utilizando en todo momento máscaras de filtración FFP2 o N95 (nunca tapabocas).
- Durante todo el proceso de manipulación se debe minimizar los procedimientos que generen aerosoles, restringiéndolos solo aquellos que sean necesarios en la preparación del cadáver para cremación o inhumación y en los procedimientos de las necropsias exceptuadas.
- En el marco de la emergencia sanitaria y cumplimiento del principio de precaución, se suspende temporalmente la ejecución de autopsias sanitarias, necropsias académicas de cualquier edad, incluyendo fetales, viscerotomías, y tomas de muestras de tejido post mortem por métodos invasivos (vg biopsias por aguja), que no sean estrictamente necesarias. Se exceptúan de esta restricción, la toma de muestras post mortem no invasiva por hisopado nasofaríngeo en todos los casos de muertes con sospecha de SARS-COV-2 (COVID-19), las autopsias médico legales por muerte violenta y aquellas necropsias clínicas que se consideren inevitables por excepcionalidad, así:
  - a) La toma de muestra post mortem no invasiva por hisopado nasofaríngeo se debe hacer antes de seis (6) horas post mortem, de lo contrario la muestra no es útil para análisis. La muestra deberá ser conservada en medio de transporte de viral (MTV) a una temperatura de refrigeración entre -2 y 8°C, si el envío se realiza al laboratorio de referencia dentro de las primeras 48 horas luego de su recolección. Si van a ser procesadas o enviadas al LDSP o al Instituto Nacional de Salud después de las 48 horas de recolección, se deben conservar congeladas a menos 70°C y transportadas en recipientes con geles o pilas congeladas, teniendo en cuenta que las temperaturas superiores a 8°C degradan la partícula viral<sup>1</sup>. Para la toma de las muestras no es necesario el traslado del cadáver a una morgue ni la intervención de patología.
  - b) Las autopsias médico legales por muerte de causa violenta que requieren dictamen forense, deben realizarse extremando el mayor cuidado en términos de uso de elementos adecuados de protección personal y locativos, siguiendo los procedimientos determinados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
  - c) Las autopsias clínicas o procedimientos post mortem invasivos en pacientes negativos para infección SARS-COV-2 (COVID-19) por método de identificación viral (PCR), que se consideren necesarios para determinar la causa de muerte y en las cuales no haya justificación para la judicialización del caso, se realizarán de manera excepcional, cumpliendo con todos los requerimientos de bioseguridad personal y locativa de la morgue hospitalaria que se enumeran en el anexo 1.

<sup>1</sup>. Para tipos de muestra, recolección y transporte, consultar manual para Obtención y envío de muestras en salud pública para análisis de eventos de interés en salud pública. Disponible en [http://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Protocolo%20Vigilancia%20Infecci%C3%B3n%20Respiratoria%20Aguda%20\(IRA\).pdf](http://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Protocolo%20Vigilancia%20Infecci%C3%B3n%20Respiratoria%20Aguda%20(IRA).pdf)

	<b>PROCESO</b>	<b>Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</b>	<b>Código</b>	<b>GIPG08</b>
	<b>GUIA</b>	<b>Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04</b>	<b>Versión</b>	<b>04</b>

- Así mismo, queda restringida la realización de prácticas de embalsamamiento, tanatopraxia u otros alistamientos de cadáver en casos con diagnóstico presuntivo o confirmado de infección por SARS-COV-2 (COVID-19). Se exceptúan los casos establecidos en el artículo 2.8.9.6 del Decreto 780 de 2016 donde será obligatoria la realización de Inspección técnica a cadáver antes de las necropsias médico legal, con observancia de todas las medidas de precaución y bioseguridad aquí consignadas.
- Todo el personal que interviene en el manejo, traslado y disposición final de los cadáveres asociados a la infección, deberán cumplir las normas de bioseguridad, el uso del EPP<sup>2</sup> de acuerdo a lo establecido en este protocolo. Especialmente, las técnicas de lavado de manos con agua y jabón después de la manipulación de los cuerpos. No se recomienda el lavado de manos con alcohol glicerinado o similar.
- Para todos los casos y todos los individuos relacionados con dichos procesos es obligatorio el uso permanente de doble guante; máscaras de filtración FFP2 o N95 (no tapabocas convencional); mono gafas para evitar salpicaduras; batas impermeables de manga larga (si la bata no es impermeable, añadir un delantal plástico desechable). Los elementos desechables deberán ser eliminados inmediatamente y no reutilizados en los casos en que dichos elementos puedan serlo. Los elementos no desechables podrán desinfectarse de acuerdo a las instrucciones de los fabricantes.
- En el área hospitalaria donde ocurrió el deceso, el prestador de servicios de salud debe realizar la limpieza y desinfección terminal de toda la zona y elementos (cama, equipos de la cabecera, colchonetas, puertas, cerraduras, ventanas, baño, etc.), incluyendo todos los que sean reutilizables, de acuerdo a los protocolos definidos por la institución. La desinfección no aplica para máscaras y filtros de máscaras reutilizables, estos deben contar con un protocolo de limpieza y desinfección específico y reemplazarlos de acuerdo a las recomendaciones de los fabricantes.
- Los prestadores de servicios de salud deben colocar el cadáver en doble bolsa específica para cadáveres de 150 micras o más de espesor, resistentes a la filtración de líquidos. Así mismo, realizar la desinfección de ambas bolsas previamente al traslado según se explica más adelante.
- La disposición final de cadáveres de personas fallecidas por COVID-19 se hará preferiblemente por cremación. Cuando no se cuente con instalaciones para este procedimiento en el territorio donde ocurrió el deceso o la disponibilidad de esta tecnología desborda la capacidad económica de las personas, se hará inhumación en sepultura o bóveda individualizada. En todo caso, el alistamiento del cadáver se realizará siempre en el lugar del deceso y no se permitirá el traslado hacia otra ciudad o municipio para su disposición final, salvo en las áreas metropolitanas y entre municipios vecinos cuando no existen servicios locales para la disposición final, y siempre y cuando el servicio funerario garantice condiciones seguras de traslado y se cuente con la autorización del municipio receptor. En los casos que se requiera necropsia médico legal y estuviese indicada la cremación, esta deberá contar con la orden del fiscal del caso.
- Los elementos y equipos utilizados durante el traslado interno y externo de cadáveres dentro de las instituciones y hasta el destino final, deberán ser sometidos a procedimientos de limpieza y desinfección estrictos.

<sup>2</sup>. Adaptado del MANUAL DE BIOSEGURIDAD PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD QUE BRINDEN ATENCIÓN EN SALUD QUE BRINDEN ATENCIÓN EN SALUD ANTE LA EVENTUAL INTRODUCCIÓN DEL NUEVO CORONAVIRUS ( N-COV-2019) A COLOMBIA: Elementos de protección personal (EPP): Gorro quirúrgico, guantes, máscaras de filtración FFP2 , protección ocular ajustada de montura integral o protector facial completo, batas impermeables de manga larga (si la bata no es impermeable, añadir un delantal de plástico), calzado de seguridad.

	<b>PROCESO</b>	<b>Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</b>	<b>Código</b>	<b>GIPG08</b>
	<b>GUIA</b>	<b>Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04</b>	<b>Versión</b>	<b>04</b>

- El manejo y eliminación segura de los residuos generados en el proceso de manipulación del cadáver deberá ser cumplida por todos los intervinientes en la gestión del cadáver de conformidad con lo establecido en el Título 10 del Decreto 780 de 2016, la Resolución 1164 de 2002 y las orientaciones para el manejo de residuos por SARS-COV-2 (COVID-19).
- El transporte, la cremación o inhumación, según sea el caso, se efectuará en el menor tiempo posible, con el fin de prevenir la exposición de los trabajadores y comunidad general al virus SARS-COV-2 (COVID-19). Se debe evitar la realización de rituales fúnebres que conlleven reuniones o aglomeraciones de personas.
- Con el fin de prevenir la propagación del virus a través de los cadáveres en el medio hospitalario o domiciliario y por el periodo que dure la Emergencia Económica, Social y Ecológica, las entidades territoriales municipales se harán cargo del transporte, la cremación o inhumación de personas fallecidas por COVID-19, declaradas como pobres sin seguridad social o pertenecientes a grupos vulnerables. Los departamentos y el Gobierno Nacional podrán concurrir con la financiación de estas actividades, previa definición de los costos básicos.
- La comunicación del riesgo en defunciones por SARS-COV-2 (COVID-19), deberá ser informada a todos los actores que intervienen en la gestión del cadáver y a sus familiares o red de apoyo, de manera responsable, clara y oportuna, observando siempre el respeto a la dignidad humana, garantizando que existan canales de comunicación entre IPS-Funeraria-Cementerio, IPS y Familiares, IPS y Secretarías de Salud. Lo anterior con el fin de disminuir los riesgos asociados al manejo del cadáver y garantizar que se tomen las medidas de precaución por parte de los servicios funerarios, cuyo cumplimiento será objeto de vigilancia por parte de las autoridades sanitarias.
- En el caso de los decesos que ocurren en casa sin atención médica previa, un prestador de salud asignado por la respectiva DTS, se desplazará al domicilio, a fin de evaluar las circunstancias que rodearon el deceso y establecer las posibles causas de muerte con una exhaustiva indagación del estado de salud previo y revisión de antecedentes clínicos-epidemiológicos a través de autopsia verbal, utilizando la metodología establecida en el anexo definido por el MSPS, para tales fines. Si los hallazgos soportan una sospecha de COVID-19, enfermedad respiratoria no determinada, o antecedentes de exposición al virus SARS-COV-2 (COVID-19), y no ha transcurrido más de 6 horas del fallecimiento, se procederá a la respectiva toma de muestra post mortem no invasiva por hisopado nasofaríngeo y remisión inmediata al Laboratorio de Salud Pública. En la misma diligencia se tomarán muestras al cuidador y acompañantes, en caso que no se haya realizado antes. Finalmente, procederá a la emisión del certificado de defunción y embalaje del cadáver para entrega al servicio funerario contratado por los deudos o definido por la entidad territorial, evitando traslados innecesarios del cadáver al prestador de servicios de salud o al sistema judicial (artículo 2.8.9.7 del Decreto 780 de 2016).
- Desde el ámbito del aseguramiento en salud, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) o Entidades obligadas a compensar (EOC) con cargo a los recursos de la UPC, garantizarán la visita domiciliaria y la firma del certificado médico, cuando se determine muerte por causa natural. En casos de sospecha o duda para la certificación de defunción, se desplegará bajo los principios de concurrencia y complementariedad, los protocolos y lineamientos establecidos por la policía judicial para establecer causa de muerte no natural ante el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses –INMLCF. Igualmente, las entidades territoriales, conforme el presupuesto establecido por la Ley, frente a la emergencia sanitaria realizará las reservas y acciones correspondientes en el marco de sus obligaciones y competencias.

 <span>La salud es de todos</span> <span>Minsalud</span>	<b>PROCESO</b>	<b>Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</b>	<b>Código</b>	<b>GIPG08</b>
	<b>GUIA</b>	<b>Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04</b>	<b>Versión</b>	<b>04</b>

- De lo anterior se colige que el alistamiento del cadáver será realizado en el mismo sitio del deceso, y para ello, el personal de salud autorizado para la manipulación del cadáver deberá contar con los elementos de protección personal y seguir los procedimientos de bioseguridad establecidos en este documento, así como los elementos necesarios para la toma de muestras, bolsas para el embalaje e insumos para el manejo de residuos entre otros. En cuanto al proceso de limpieza y desinfección, el equipo de salud brindará las orientaciones dirigidas a familiares o responsables del sitio del deceso sobre los procedimientos de limpieza y desinfección con el objeto de evitar posibles contagios del virus. (anexo 2).
- En caso de presentarse muertes en espacios o vías públicas, si el deceso es en persona identificada y muerte natural aparente, el cadáver deberá ser conducido -preferiblemente por el servicio funerario autorizado temporalmente por la administración municipal para este fin, por cualquier otro sistema que defina el ente territorial, o de manera subsidiaria por la policía judicial-, a la morgue o sitio temporal designado para el examen, evaluación, toma de muestras (si procede), certificación y alistamiento, que debe hacer el prestador de salud asignado por la DTS. En todo caso, se recomienda que este procedimiento se lleve a cabo en morgues o sitios de examen ubicados en cementerios y se evite el uso de morgues hospitalarias u otros lugares de la infraestructura sanitaria.
- En el marco del aseguramiento en salud, las EPS o EOC, con los recursos de la UPC, garantizará la visita al sitio que se designe para evaluar y establecer la causa probable de la defunción en los casos con manera de muerte natural acorde a la normatividad vigente. En caso que no apliquen las tecnologías en salud o servicios financiados con la UPC, les corresponderán a las entidades territoriales en correspondencia con sus obligaciones y responsabilidades legales y reglamentarias.
- En los decesos con manera de muerte no natural (homicida, suicida, accidental o indeterminada), se debe seguir el procedimiento de inspección técnica a cadáver determinado por las autoridades judiciales. En este caso, la policía judicial concurrirá al lugar de los hechos para el reconocimiento de cadáver y conducción al servicio de Medicina Legal para lo de su competencia. Para los efectos, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y la Policía Judicial, establecerán los mecanismos interinstitucionales para el traslado y recepción de los cuerpos, así como la adecuación de las medidas de bioseguridad y los tiempos pertinentes en sus operaciones.
- Así mismo, si la muerte en el espacio o vía pública ocurre en persona no identificada y no se trata de una muerte por causa externa aparente (es decir, la manera de muerte parece natural), el cuerpo podrá ser trasladado a la morgue o sitio temporal designado para el examen, para que la policía judicial o los peritos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, realicen los procedimientos de identificación (dactiloscopia y verificación con el Registro Nacional del Estado Civil), previamente a la evaluación, toma de muestras (si procede), certificación y alistamiento, que debe hacer el prestador de salud asignado por la DTS correspondiente.
- En los casos de muertes que ocurren en zonas rurales de alta dispersión, territorios de pertenencia étnica, y en grupos étnicos (indígenas, afrocolombianos y ROM), los cuerpos no deben ser trasladados sino inhumados en bóvedas o sepulturas en el municipio donde ocurre la defunción, de conformidad, teniendo en cuenta que los usos y costumbres en estos sucesos son de vital importancia para las familias y comunidades, y que se deberán limitar solamente al acompañamiento espiritual o mediante rituales al territorio de manera simbólica; siempre y cuando se cumpla con todas las medidas preventivas para evitar el contagio tales como el aislamiento, la no aglomeración de personas y que no incluyan prácticas de manipulación de los cadáveres. En

	<b>PROCESO</b>	<b>Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</b>	<b>Código</b>	<b>GIPG08</b>
	<b>GUIA</b>	<b>Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04</b>	<b>Versión</b>	<b>04</b>

este sentido, la entidad territorial en diálogo con las comunidades deberá realizar las adecuaciones que sean pertinentes para el caso y que no vayan en contra vía de los lineamientos y directrices para el manejo de cadáveres emitidos por este Ministerio. Adicionalmente, en todos los casos, la atención postmortem por parte de los trabajadores de salud deberá realizarse en el sitio de habitación del fallecido. En el caso que deba trasladarse en vehículo no fúnebre al sitio de disposición final, se deberá cumplir los lineamientos que permitan la bioseguridad de quien está transportando y la posterior desinfección del vehículo.

- En caso de cadáveres que requieran ser repatriados se deberán tener en consideración las directrices y restricciones establecidas por las autoridades sanitarias de los países y sus consulados. Para los efectos en Colombia, todo cadáver con antecedente de infección confirmada o sospechosa de SARS-COV-2 (COVID-19), debe ser cremado en el país de origen y sólo podrán ser ingresadas las cenizas, en virtud del principio de precaución en salud.

## **8. ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES DE LOS DIFERENTES ACTORES QUE PARTICIPAN EN LA GESTIÓN INTEGRAL DEL CADÁVER**

- La responsabilidad en la primera fase de la atención postmortem desde el momento de la muerte hasta la entrega del cuerpo a sus familiares o red de apoyo, corresponde al prestador y asegurador del afiliado en los casos de muertes naturales. En el caso de las muertes por causa externa, las actuaciones corresponden a la policía judicial para la inspección técnica, traslado del cuerpo y entrega al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para lo de su competencia.
- Las EPS o EOC, en cumplimiento del aseguramiento en salud, con recursos de la UPC de conformidad con la reglamentación vigente, financiará la visita a domicilio y la suscripción del certificado de defunción cuando se determine la muerte por causa natural, directamente o a través de los servicios contratados con los prestadores asignados para la atención del afiliado y beneficiarios.
- En la primera fase de la atención postmortem, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB/DTS), deben proveer la asistencia necesaria para la atención postmortem del afiliado fallecido, que incluye los procedimientos diagnósticos a que hubiere lugar para determinar la causa de la muerte y la certificación médica de la defunción. Esta prestación, contenida entre los procedimientos que establece el Plan de Beneficios en Salud, debe ser garantizada por la entidad aseguradora (EAPB/DTS).
- Desde la entrega del cuerpo a familiares o dolientes hasta la disposición final del cadáver, que corresponde a la segunda fase de la atención postmortem, la responsabilidad es de las familias o de las autoridades administrativas locales (alcaldías) cuando el fallecido no tiene dolientes o es pobre de solemnidad.
- Para aquellos fallecidos que no estaban afiliados a una EAPB, la entidad territorial de salud y demás autoridades administrativas locales, deberán asumir la atención que les compete descritas en este documento. Para todos los casos en que el fallecido –residente o no en el municipio, no cuente con recursos ni cuente con un contrato funerario, la Alcaldía dispondrá la partida presupuestal necesaria para la disposición final de cadáveres de personas pobres de solemnidad (Decreto Ley 1333 de 1986, artículo 268) garantizando en sus presupuestos los gastos de funerales y de destino final. Para el resto de la población, los gastos mencionados estarán a cargo de los dolientes o familiares.
- Las entidades del sector funerario y cementerios se regirán por las normas establecidas en la Resolución 5194 de 2010 y los lineamientos del presente documento.

	<b>PROCESO</b>	<b>Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</b>	<b>Código</b>	<b>GIPG08</b>
	<b>GUIA</b>	<b>Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04</b>	<b>Versión</b>	<b>04</b>

- La provisión de los elementos de protección personal y otras medidas de prevención y bioseguridad destinadas a los trabajadores directamente expuestos al contagio del virus, son competencia de todos los empleadores de conformidad con la Ley 9 de 1979 (artículos 81-89), Decreto 1072 de 2015 (Artículo 2.2.4.6.24), así como de las Empresas Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), en los términos fijados por los Decretos Legislativos 488 y 500 de 2020. En el caso, de las entidades territoriales de salud, dicha provisión con destino al talento humano dedicado a actividades de vigilancia y control epidemiológico, se harán según lo estipulado en la Resolución 507 de 2020.

## 9. ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

- El prestador de salud que atiende casos de SARS-COV-2 (COVID-19), será el encargado de notificar la muerte a través de las fichas epidemiológicas establecidas para el reporte de Infección Respiratoria Aguda (IRA), de forma inmediata a la Secretaria Territorial de Salud, Instituto Nacional de Salud INS y Centro Nacional de Enlace CNE.
- El alistamiento del cadáver será realizado en el ámbito hospitalario del mismo sitio del deceso, y para ello, el personal de salud autorizado para la manipulación deberá contar con los elementos de protección personal y seguir los procedimientos de bioseguridad.
- Para el alistamiento del cadáver, se seguirán los siguientes pasos:
  - a) Cubrir todos los orificios naturales con algodón impregnado de solución desinfectante. El cadáver se deberá envolver en su totalidad sin retirar catéteres, sondas o tubos que puedan contener los fluidos del cadáver, en tela anti fluido o sábana. Luego se pasa el cadáver a la primera bolsa para traslado, con la sábana o tela antifluido que cubre la cama donde fue atendido el paciente. Una vez que se ha colocado el cadáver en la primera bolsa para traslado, se debe rociar con desinfectante (exceptuando los casos asociados de COVID-19 y muerte violenta) el interior de la bolsa previo al cierre de la misma. Igualmente, tras el cierre de la bolsa, se debe desinfectar su exterior; se coloca la primera bolsa debidamente cerrada dentro de la segunda, se cierra y se repite el rociado con desinfectante. Culminado este proceso, se deben desinfectar los guantes exteriores usados.
  - b) Después del alistamiento del cadáver, el personal de salud informará al servicio fúnebre encargado y trasladará el cuerpo a la morgue o depósito de cadáveres donde será entregado al personal del servicio funerario para su depósito en ataúd o contenedor de cremación o inhumación y posterior traslado al sitio de destino final (horno crematorio y/o cementerio), luego de completar toda la documentación necesaria. Cuando deba practicarse necropsia médico legal, el cuerpo será entregado a los servidores del sistema judicial quienes asumirán la custodia.
  - c) Luego del retiro del cadáver de la habitación, área de atención y lugar donde se realizó el alistamiento del cadáver, se debe realizar el respectivo procedimiento de limpieza y desinfección de áreas y elementos según las recomendaciones del comité de infecciones. El traslado interno del cadáver deberá realizarse siguiendo la ruta establecida por el prestador de servicios de salud, garantizando las condiciones de bioseguridad sin poner en riesgo la comunidad hospitalaria, pacientes, familiares y usuarios.
  - d) El personal de salud informará a los servidores del servicio fúnebre o del sistema judicial, sobre los riesgos y medidas preventivas que se deben observar para el manejo del cadáver. Así mismo, verificará que cumplan con las normas de bioseguridad y elementos de protección personal para el retiro del cadáver.

	<b>PROCESO</b>	<b>Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</b>	<b>Código</b>	<b>GIPG08</b>
	<b>GUIA</b>	<b>Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04</b>	<b>Versión</b>	<b>04</b>

- e) En todo caso, el cadáver será transportado en vehículo fúnebre que cumpla con las condiciones establecidas en el anexo 2 del presente documento o en necro móvil empleado por las autoridades judiciales. En caso de situación catastrófica por SARS-COV-2 (COVID-19) como se documenta en el numeral 17 de este documento, cuando no se cuente con vehículos fúnebres, se podrán emplear vehículos que garanticen la separación entre la cabina del conductor y el compartimiento de carga que permitan la bioseguridad de quien está transportando y la posterior desinfección del vehículo.
- En caso de requerirse necropsia médico legal por las situaciones referidas en artículos 2.8.9.6 y 2.8.9.7 del Decreto 780 de 2016, o en cualquier caso que se deba judicializar, el prestador de salud deberá:
  - a) Informar de manera inmediata a las autoridades judiciales, advirtiendo el diagnóstico presuntivo o confirmado de infección por SARS-COV-2 (COVID-19)
  - b) Entregar a la Policía Judicial, junto con el cuerpo, copia de la historia clínica o epicrisis completa.
  - c) Diligenciar la ficha epidemiológica y entregar copia a la autoridad que retira el cadáver.
  - d) Verificar que el personal de policía judicial que realizará la inspección y el traslado de cadáveres cumpla con las normas de bioseguridad y elementos de protección personal para el retiro del cadáver.
  - e) Evitar que se manipule el cuerpo en el depósito de cadáveres.
- El prestador realizará la capacitación y socialización de directrices para manejo de cadáveres a los familiares o red de apoyo de paciente fallecido.

#### **10. ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS.**

- Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB / DTS) dispondrán a su población afiliada la información de contacto directo cuando se requiera comunicar el fallecimiento de un afiliado o beneficiario y recibir instrucciones para la declaración de la muerte y certificación de las causas de la defunción.
- La prestación de servicios de atención póstuma a sus afiliados deberá proveerse por parte de las EAPB / DTS a través de los prestadores designados para la atención del afiliado y sus beneficiarios, o a través de los equipos de atención domiciliar que estas entidades organicen de acuerdo a las condiciones del territorio. Si de la evaluación y examen del cadáver se concluye que se trata de un caso sospechoso o probable de SARS-CoV-2 (COVID-19), se procederá a la toma de muestra post mortem no invasiva por hisopado nasofaríngeo, como se ha indicado. Las EPS o EOC, conforme el aseguramiento en salud, garantizará las tecnologías en salud, para la expedición del certificado de defunción por causa natural en cumplimiento de señalado en la Resolución 3512 de 2019, con recursos de la UPC.
- Las EAPB / DTS deberán facilitar todos los medios para la asistencia postmortem a sus afiliados de manera oportuna a través de la red de prestadores de servicios propias o contratadas y en coordinación con las entidades territoriales en cada jurisdicción.
- En caso de que el afiliado fallezca en el lugar de domicilio, y exista una duda razonable respecto de las posibles causas que dieron lugar a la muerte, y/o a solicitud de los familiares o red de apoyo, las EAPB / DTS, a través del prestador de salud asignado o personal calificado y dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al

 <span>La salud es de todos</span> <span>Minsalud</span>	<b>PROCESO</b>	<b>Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</b>	<b>Código</b>	<b>GIPG08</b>
	<b>GUIA</b>	<b>Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04</b>	<b>Versión</b>	<b>04</b>

fallecimiento, realizarán la autopsia verbal utilizando la metodología establecida en el anexo definido por el MSPS, para tales fines.

## 11. ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES DE LOS SERVICIOS FUNERARIOS EN EL TRASLADO Y DESTINO FINAL DEL CADÁVER.

- El personal del servicio funerario con el apoyo del prestador de servicios de salud, realizará el proceso administrativo para el retiro del cadáver de las instalaciones de salud, en un tiempo no mayor de 24 horas.
- El personal del servicio funerario se encarga de delimitar el área externa para el retiro de cadáver, conforme a los protocolos definidos por el prestador de servicios de salud; lo cual se hará a través de la ruta interna definida en el menor tiempo posible, aislando la zona de transeúntes o personal no relacionado al alistamiento y traslado del cadáver.
- El cadáver se trasladará en el vehículo fúnebre de uso exclusivo para tal fin, utilizando la ruta más corta y rápida hacia el cementerio o servicio crematorio, donde hará la entrega del cuerpo a los responsables del servicio. La comunicación del riesgo deberá mantenerse y ser informada por parte del operador funerario que realiza el transporte al cementerio para que el personal adopte las medidas necesarias en el alistamiento, logística y adecuación para la recepción, la cremación o inhumación del cadáver según corresponda.
- El personal operativo autorizado por parte del cementerio para la cremación o inhumación, deberá ser capacitado, contar con los EPP definidos en este documento, y las medidas adicionales de seguridad y salud en el trabajo establecidas por el cementerio, de acuerdo con las directrices del Ministerio del Trabajo.
- Luego de la entrega del cadáver, se debe realizar inmediatamente el procedimiento de desinfección del vehículo<sup>3</sup> y los elementos empleados para el traslado, de acuerdo a los procedimientos de bioseguridad definidos por el prestador de servicios funerarios.
- En caso de realizar cremación de cadáveres, deberá realizar permanentemente el procedimiento de limpieza desinfección de instalaciones, equipos y los elementos empleados para el servicio, de acuerdo con los procedimientos de bioseguridad definidos por el prestador del servicio y garantizar el cumplimiento de las condiciones sanitarias.
- En caso de presentarse una contingencia al momento del traslado o en la entrega del cadáver, que ponga en riesgo las medidas de contención del cuerpo, se deberán aplicar los mismos procedimientos para el embalaje descritos en el numeral 7 de este documento.
- Las entidades del sector funerario deben informar de manera continua a las entidades territoriales y autoridades sanitarias el estado actual del funcionamiento de los cementerios, hornos crematorios y prestación de servicios funerarios con el fin de monitorear la capacidad instalada de estos sitios y actividades para la toma de decisiones a nivel territorial.
- Los administradores de cementerios de naturaleza pública o privada atenderán los requerimientos de inhumación en los casos de cadáveres no identificados o los identificados no reclamados por sus deudos,

<sup>3</sup> A manera de guía se puede tener en cuenta el procedimiento de limpieza y desinfección de ambulancias para medios de transporte de destino final realicen su actividad, establecido en el "MANUAL DE BIOSEGURIDAD PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD QUE BRINDEN ATENCIÓN EN SALUD ANTE LA EVENTUAL INTRODUCCIÓN DEL NUEVO CORONAVIRUS (NCOV-2019) A COLOMBIA

	<b>PROCESO</b>	<b>Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</b>	<b>Código</b>	<b>GIPG08</b>
	<b>GUIA</b>	<b>Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04</b>	<b>Versión</b>	<b>04</b>

declarados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, de acuerdo a lo establecido en artículo 18 de la Resolución 5194 de 2010, y los parámetros de buenas prácticas de conservación y custodia de que trata el Título V del Decreto 303 de 2015. Así mismo, atenderán estos requerimientos cuando sean demandado por las autoridades territoriales y sanitarias en el marco de la Emergencia Económica, Social y Ecológica declarada mediante el Decreto 417 de 2020, por causa del SARS-COV-2 (COVID-19).

- Los cementerios activarán el plan operacional de emergencia establecido en el artículo 40 de la Resolución 5194 de 2010.

## **12. ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES DE LOS SERVICIOS DE LAS POLICÍAS JUDICIALES**

- En los casos de interés judicial se debe dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por cada institución en el marco de las diligencias de Inspección al lugar de los hechos e Inspección técnica del cadáver.
- En ejercicio de sus competencias, los servidores con funciones de Policía Judicial deberán contar con los elementos de protección personal y las medidas adicionales de seguridad y salud pertinentes, cuando concurren al lugar de los hechos en los casos de fallecimientos en espacios y vías públicas que les compete asistir cuando suceden hechos violentos, ante el llamado del primer respondiente en una escena, y siempre que sea requerida por las instituciones de salud para realizar los procedimientos de reconocimiento de cadáveres de personas fallecidas no identificadas, en ámbito institucionales y domiciliarios.
- Las Policías Judiciales, en el marco de la Emergencia Económica, Social y Ecológica declarada mediante el Decreto 417 de 2020, por causa del SARS-COV-2 (COVID-19), atenderán las directrices y recomendaciones establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

## **13. ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES**

- El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el marco de la Emergencia Económica, Social y Ecológica declarada mediante el Decreto 417 de 2020, por causa del SARS-COV-2 (COVID-19), atenderán las directrices y recomendaciones establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- En caso de requerirse necropsia médico legal de un cadáver con causa probable o confirmada por SARS-COV-2 (COVID-19), por las situaciones referidas en artículos 2.8.9.6 y 2.8.9.7 del Decreto 780 de 2016, o en cualquier otra circunstancia de judicialización, los servidores del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, deberán verificar el cumplimiento de los prestadores de servicios de salud en la entrega de copias de la historia clínica o epicrisis completa y la ficha epidemiológica correspondiente, a la Policía Judicial.
- Para las muertes referidas en el artículo 2.8.9.7, literal e del Decreto 780 de 2016, donde se alegue presuntas fallas en la prestación del servicio de salud en casos probables o confirmados de SARS-COV-2 (COVID-19), no serán objeto de inspección técnica a cadáver ni de necropsia médico legal y se realizará análisis de historia clínica previa denuncia.
- Para las muertes en custodia referidas en el artículo 2.8.9.7., literal a; y las muertes referidas en los literales b, c, d y f del Decreto 780 de 2016, con causa probable o confirmada de SARS-COV-2 (COVID-19), no serán objeto de inspección técnica a cadáver ni de necropsia médico legal.

	<b>PROCESO</b>	<b>Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</b>	<b>Código</b>	<b>GIPG08</b>
	<b>GUIA</b>	<b>Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04</b>	<b>Versión</b>	<b>04</b>

- Coadyuvar en la capacitación y socialización de las directrices a todos los actores relacionados con la gestión del cadáver, incluyendo a las autoridades judiciales y prestadores de servicios de salud.

#### **14. ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES DE SALUD**

- Realizar la capacitación y socialización de las directrices a todos los actores relacionados con la gestión del cadáver, incluyendo prestadores de servicios de salud, organismos de socorro, personal de los servicios funerarios y cementerios.
- Evaluar la capacidad instalada con que cuenta el territorio frente a la disponibilidad de insumos, equipos y servicios funerarios para disposición final de cadáveres.
- Mantener actualizado el diagnóstico de capacidad instalada para la gestión del cadáver en el sector funerario de acuerdo a las acciones de vigilancia sanitaria e informar a las autoridades competentes para la toma de decisiones y adelantar los planes de contingencia cuando se supere la capacidad instalada.
- Realizar la articulación interinstitucional para atender los casos de muerte, definiendo procedimientos de actuación sectoriales e intersectoriales, personal implicado en mecanismos de comunicación y verificación de información, rutas de intervención. (CRUE, Epidemiología, Vigilancia Sanitaria).
- Realizar la comunicación del riesgo a la comunidad y actores del sistema de salud, de manera oportuna, objetiva y responsable.
- Establecer los canales de comunicación con la comunidad para reporte de casos y muertes
- Establecer líneas de comunicación para la aclaración de dudas e inquietudes desde la competencia del sector salud.

#### **15. ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES DE LAS ADMINISTRACIONES TERRITORIALES MUNICIPALES (ALCALDIAS)**

- Dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto Ley 1333 de 1986, artículos 268 y 269, para los gastos de inhumación de las personas pobres de solemnidad que mueran en su municipio y sus familiares no tengan recursos para la inhumación.
- En el marco del estado de Emergencia Sanitaria, para la contención y efectos del coronavirus COVID-19, entendiendo el deceso como un efecto, las entidades territoriales pueden asumir el costo de los servicios de alistamiento, embalaje, traslado del cadáver, inhumación o cremación y el valor de la caja mortuoria en caso de ser utilizada, para aquellos que no cuenten con los recursos suficientes y necesarios para tal fin, y cuando se requiera para atender situaciones catastróficas, en concordancia con lo establecido en el artículo 22 del Decreto 538 de 2020.
- Liderar la gestión adecuada de los cadáveres articulada con las entidades involucradas en su jurisdicción, como representante local del Sistema Nacional de Gestión de Riesgos y Desastres en el municipio, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 12 y 47 de la Ley 1523 de 2012<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones

	<b>PROCESO</b>	<b>Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</b>	<b>Código</b>	<b>GIPG08</b>
	<b>GUIA</b>	<b>Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04</b>	<b>Versión</b>	<b>04</b>

- Gestionar la expedición de las licencias de inhumación o cremación de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 5194 de 2010. Para mayor eficiencia de este procedimiento, los funcionarios responsables de la expedición de las licencias de inhumación/cremación/traslado de cadáveres, sea que pertenezcan a oficinas de registros públicos o dependencias de las Entidades Territoriales de Salud, solicitarán a este Ministerio la habilitación de usuarios y contraseñas para acceder a las consultas de certificados ingresados en el Registro de Defunciones del RUAF-ND.
- En el marco de los consejos municipales o consejos territoriales de gestión del riesgo y otras instancias locales evaluar periódicamente las condiciones para la respuesta oportuna y gestión de los cadáveres con el fin de evitar contingencias que se puedan presentar en el manejo hospitalario, hogares, espacio público y la prestación de los servicios funerarios, cementerios y hornos crematorios en su territorio.
- Contribuir con la capacitación y verificación de las medidas de seguridad y salud en el trabajo del personal de los servicios funerarios, cementerios y organismos de socorro que eventualmente participen en la gestión de cadáveres.
- En caso de solicitar apoyo a la fuerza pública deberá coordinar el alistamiento, el alcance de las actividades y los requerimientos que estas soliciten con el fin de garantizar las condiciones de bioseguridad y control del riesgo a los miembros de estos equipos todo en el marco de los mecanismos que ofrecen los comités de gestión del riesgo.

## 16. INSTRUCCIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN MÉDICA DE LA DEFUNCIÓN POR SARS-COV-2 (COVID-19).

- El caso CONFIRMADO es una persona con confirmación de laboratorio de infección con el virus COVID-19, independientemente de los signos y síntomas clínicos.

Todo caso confirmado de COVID-10 por laboratorio se registrará utilizando el término “COVID-19, virus identificado” o un término sinónimo como “COVID19 confirmado por laboratorio”; indicando, además, los términos diagnósticos de las entidades nosológicas que mejor describan el proceso mórbido que causó la muerte, así como las comorbilidades relacionadas con un mayor riesgo de morbilidad asociada.

- Los casos SOSPECHOSOS son:
  - a) paciente con enfermedad respiratoria aguda (es decir, fiebre y al menos un signo o síntoma de enfermedad respiratoria, por ejemplo, tos o dificultad para respirar) Y sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica Y una historia de viaje a o residencia en un país, área o territorio que ha informado la transmisión local de la enfermedad COVID-19 durante los 14 días anteriores al inicio de los síntomas, o
  - b) paciente con alguna enfermedad respiratoria aguda Y que haya estado en contacto con un caso confirmado o probable de enfermedad COVID-19 durante los 14 días anteriores al inicio de los síntomas; o
  - c) paciente con infección respiratoria aguda grave (es decir, fiebre y al menos un signo o síntoma de enfermedad respiratoria, por ejemplo, tos o dificultad para respirar) Y que requiere hospitalización Y que no tiene otra etiología que explique completamente el cuadro clínico.

El caso PROBABLE es un caso sospechoso para quien el informe de las pruebas de laboratorio para el virus COVID-19 no es concluyente.

	<b>PROCESO</b>	<b>Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</b>	<b>Código</b>	<b>GIPG08</b>
	<b>GUIA</b>	<b>Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04</b>	<b>Versión</b>	<b>04</b>

Todo caso sospechoso o probable de COVID-19 se registrará con el término “COVID-19, virus no identificado”. También son válidos términos sinónimos como “Sospechoso o Probable de Infección Respiratoria Aguda por COVID-19” “SARS-COV-2 (COVID-19) sospechoso”, adicionando términos diagnósticos de las entidades nosológicas que mejor describan el proceso mórbido que causó la muerte, así como las comorbilidades relacionadas con un mayor riesgo de morbimortalidad asociada, si existen.

- Para llenar/completar un certificado de defunción, no se necesita una orientación especial. COVID-19 se informa en un certificado de defunción como cualquier otra causa de muerte. La infección respiratoria puede evolucionar a neumonía que puede evolucionar a insuficiencia respiratoria y otras consecuencias y se registran en las líneas de causas intervinientes. La comorbilidad potencialmente contribuyente (problema del sistema inmunitario, enfermedades crónicas u otra), se informa en la parte 2 del capítulo de causas del certificado.
- Los códigos y términos asignados por el equipo de Clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud para registrar la causa de muerte por COVID-19 son el código "U07.1 COVID-19, virus identificado" para casos confirmados, como el código "U07.2 COVID-19, virus no identificado" para casos probables y sospechosos.

#### **17. AMPLIACIÓN DE LA CAPACIDAD INSTALADA PARA LA GESTIÓN DE CADÁVERES EN CASO DE SITUACIÓN CATASTRÓFICA POR SARS-COV-2 (COVID-19).**

En el marco de la emergencia sanitaria ocasionada por el virus SARS-COV-2 (COVID-19), se puede presentar un aumento de muertes que pueden exceder los estándares normales de la operación frente al manejo de cadáveres planteado en este documento y constituirse en emergencia catastrófica de salud pública a nivel local, por lo que las entidades territoriales (alcaldías) en el marco de sus competencias, con el apoyo de los consejos municipales o consejos territoriales de gestión del riesgo y demás entidades asociadas a la gestión de los cadáveres, podrán establecer planes de contingencia para dar respuesta a estas eventualidades, si llegare a declararse un evento catastrófico, considerando proyecciones de afectación, necesidades, escenarios y actos administrativos a que haya lugar.

Para los efectos, deberá tener en cuenta dos escenarios de riesgo: el primero, la instalación de depósitos temporales y/o morgues de emergencia cuando la capacidad hospitalaria y territorial colapse; y el segundo, establecer nuevos sitios de inhumación cuando se presente saturación y pérdida de capacidad para inhumar en cementerios y suspendan operaciones por problemas técnicos los hornos crematorios en los territorios.

##### ***Escenario 1 depósitos temporales y/o morgues de emergencia***

Estos lugares podrán ser instalados preferiblemente en los cementerios, por lo que las entidades territoriales deberán realizar los acuerdos institucionales y convenios con el fin que se garantice la prestación óptima del servicio y no se afecte la operación del cementerio frente a las demás actividades prestadas en estos establecimientos. Estos lugares deberán cumplir con los siguientes requisitos y condiciones:

- Tener fácil acceso para peatones y vehículos de las autoridades, con buen manejo de tráfico.
- Tener ubicación alejada de fuentes de contaminación o riesgos ambientales, así como también no generar quejas por parte de la población.
- Disponer de área suficiente para la realización de los procesos de identificación en caso de fallecidos en espacio público con sospecha de COVID 19 y demás actividades y equipos que se requieran ubicar.
- Disponer de servicios permanentes de agua, comunicaciones, energía.

	PROCESO	Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	Código	GIPG08
	GUIA	Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04	Versión	04

- Tener posibilidades de instalación de sistemas de calefacción y aire acondicionado, plantas de energía, así como iluminación artificial.
- Disponer de servicios sanitarios, lavamanos, zona de vestier y demás facilidades para las autoridades.
- Garantizar la-seguridad de las autoridades que realizan la gestión del cadáver.
- Garantizar la privacidad y aislamiento para el desarrollo de las actividades por parte de las autoridades.
- Disponer de un área administrativa y de información a la comunidad en caso de requerirse
- Permitir el acceso a las áreas designadas para la ubicación de las unidades o vehículos con sistemas de refrigeración en caso de requerirse para el almacenamiento de los cadáveres.
- Tener pisos de fácil limpieza y desinfección; éstos pueden ser removibles y ser descartados al finalizar la operación.
- Disponer de sistemas de drenajes con tecnologías alternativas.
- Disponer de área temporal para el almacenamiento de residuos generados en los procesos.
- Disponer de área para labores administrativas y procedimientos de entrega de cadáveres por las autoridades competentes.

### ***Escenario 2 Lugares para destino final de cadáveres diferentes a los cementerios***

Para la ubicación y designación de estas áreas para la disposición de cadáveres, las entidades territoriales deben verificar primero que el cementerio público o privado del municipio se encuentra saturado y sin disponibilidad de bóvedas o sepulturas de conformidad con los parámetros del artículo 41 de la Resolución 5194 de 2010; y que los cementerios públicos o privados aledaños no estén en capacidad de recibir cadáveres procedentes del municipio donde se está generando la contingencia por falta de sitios para el destino final. Estos lugares deberán cumplir con los siguientes requisitos y condiciones:

- Establecer un lugar o terreno acorde con los usos del suelo de acuerdo al plan de ordenamiento territorial o el esquema de ordenamiento territorial y demás requisitos que estimen las autoridades ambientales.
- Disponer un terreno ubicado en zonas no inundables, alejado de fuentes de contaminación y de población cercana.
- Disponer un cerco perimetral y vigilancia permanente del sitio designado
- Verificar un nivel freático para las sepulturas o tumbas en tierra, no inferior a 2.00 mts con respecto al fondo de la sepultura, para permitir la adecuada disposición de los cadáveres y que no haya contaminación de aguas subterráneas.
- Disponer de un registro claro y completo de los cadáveres que son asignados al lugar, debidamente conservado y custodiado para el seguimiento de las autoridades, que contenga la siguiente información:
  - a) Fecha (hora, día, mes y año) del ingreso del cadáver.
  - b) Nombre de la persona fallecida, numero de certificado de defunción.
  - c) Nombre, cargo y firma del funcionario que recibió el cadáver.

	PROCESO	Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	Código	GIPG08
	GUIA	Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04	Versión	04

- d) Identificación de la autoridad, cargo, nombre y firma del funcionario que entrega el cadáver.  
e) Número de identificación de marcación de la sepultura donde ha sido inhumado el cadáver.

- Verificar la documentación completa que acompañara al cadáver al momento de realizar la inhumación (informe de identificación, certificado de defunción y licencia de inhumación).
- Realizar la inhumación de los cadáveres en sepulturas individuales, marcadas e identificadas con los datos básicos del cadáver (nombre completo, fecha del fallecimiento).
- Adecuar las sepulturas individuales de conformidad con lo establecido en los numerales 1, 2, y 3 del artículo 37 de la Resolución 5194 de 2010.
- Realizar un croquis o esquema con la ubicación de los cadáveres tanto para familiares como para autoridades.
- Brindar información a los familiares relacionada con el proceso de disposición final del cuerpo o restos humanos de su familiar.
- Garantizar el mantenimiento permanente de las condiciones sanitarias de estos sitios.
- Garantizar las medidas de prevención y de bioseguridad para el manejo de cadáveres en este sitio de acuerdo a las indicaciones del presente documento

***Nota: Las anteriores indicaciones se dan en el marco del estado de emergencia que se determine a nivel local, una vez superada esta situación las entidades territoriales, deberán establecer las condiciones y capacidades para poder diseñar y construir cementerios que cumplan con las disposiciones establecidas en la Resolución 5194 de 2010 y se reestablezcan las condiciones normales para los procesos de inhumación en los territorios.***

## 18. Bibliografía.

- Occupational Safety and Health Administration. Health and Safety Recommendations for Workers Who Handle Human Remains, disponible en [https://www.osha.gov/OshDoc/data\\_Hurricane\\_Facts/mortuary.pdf](https://www.osha.gov/OshDoc/data_Hurricane_Facts/mortuary.pdf)
- Occupational Safety and Health Administration. Control and Prevención COVID 19, disponible en [https://www.osha.gov/SLTC/SARS-CoV-2\\_\(SARS-COV-2\\_\(COVID-19\)\)/controlprevention.html#deathcare](https://www.osha.gov/SLTC/SARS-CoV-2_(SARS-COV-2_(COVID-19))/controlprevention.html#deathcare).
- Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Dirección general de Salud pública, calidad e Innovación, Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (2019-nCoV) disponible en: [file:///C:/Users/scoreedor/Downloads/Procedimiento\\_2019-nCoV%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/scoreedor/Downloads/Procedimiento_2019-nCoV%20(2).pdf).
- Organización Mundial de la Salud. Coronavirus causante del Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV). Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/mers-cov/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected Interim guidance 25 January 2020 WHO/2019-nCoV/IPC/v2020.2. Disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125).
- República de Argentina, Ministerio de Salud, Manejo Seguro De Cadáveres Desastres, Cólera y otras Infecciones, 2017.
- Gobierno de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Protocolo de atención y manejo de casos de infección por virus pandémico AH1N1/09 y sus contactos, 2009, disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/PROTOCOLO%20DE%20ATENCI%C3%93N%20Y%20MANEJO%20DE%20CASOS%20AH1N1.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud con colaboración del Comité Internacional de la Cruz Roja., La gestión de cadáveres en situaciones de desastre: Guía práctica para equipos de respuesta, 2009, disponible en:

	<b>PROCESO</b>	<b>Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</b>	<b>Código</b>	<b>GIPG08</b>
	<b>GUIA</b>	<b>Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04</b>	<b>Versión</b>	<b>04</b>

<https://www.icrc.org/es/doc/assets/files/other/icrc-003-0880.pdf>

Decreto 303 de 2015 "Por el cual se reglamenta la Ley 1408 de 2010", disponible en:

<http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30019755>.

- Ministerio del Interior, Dirección de Derechos Humanos: Guía Normativa para el Fortalecimiento de la Gestión de los cementerios en Colombia, disponible en: [https://derechoshumanos.mininterior.gov.co/sites/default/files/guia\\_normativa-2018.pdf](https://derechoshumanos.mininterior.gov.co/sites/default/files/guia_normativa-2018.pdf)
- Hanley, B., Lucas, S.B., Youd, E., Swift, B. and Osborn, M., 2020. Autopsy in suspected SARS-COV-2 (COVID-19) cases. Journal of Clinical Pathology.
- World Health Organization, 2020. Laboratory testing for coronavirus disease ( SARS-COV-2 (COVID-19)) in suspected human cases: interim guidance, 19 March 2020 (No. WHO/SARS-COV-2 (COVID-19)/laboratory/2020.5). World Health Organization.
- Álvaro Vivas Botero, 2019, Sala de Atención a Personas Fallecidas en Desastres en Masa: una propuesta para la dignificación de la vida, después de la muerte.

*Este documento fue elaborado y revisado conjuntamente con representantes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Asociación Colombiana de Patología, Cuerpo Técnico de Investigación de la Fiscalía, DIJIN-Policía Nacional, Asociación Colombiana de Infectología, Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, Instituto Nacional de Salud, Ministerios del Interior, Ambiente y Desarrollo Sostenible, Unidad de Gestión del Riesgo y Ministerio de Salud y Protección Social.*

<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>	<b>APROBADO POR:</b>
<b>Nombre y Cargo:</b>  <b>Giovanni Rodríguez Vargas</b> Subdirección de Salud Ambiental-MSPS <b>Leonor Guavita Cuta</b> Dir. de Epidemiología y Demografía <b>Diana Ayala</b> Dir. de Epidemiología y Demografía <b>Victor Hugo Alvarez Castaño</b> Dir. de Epidemiología y Demografía  <b>Fecha: 24 de febrero de 2020</b>  Ajustes: <b>Fecha: 05 de abril de 2020</b> <b>Fecha: 19 de abril de 2020</b> <b>Fecha: 22 de abril de 2020</b>	<b>Nombre y Cargo:</b>  <b>Victor Hugo Alvarez Castaño</b> Coordinador del Grupo de Vigilancia en Salud Publica Dirección de Epidemiología y Demografía -MSPS  <b>Fecha: 26 de marzo de 2020</b>  Revisiones y ajustes  <b>Fecha: 23 de abril de 2020</b>	<b>Nombre y Cargo:</b>  <b>Sandra Lorena Girón Vargas</b> Directora de Epidemiología y Demografía <b>Claudia Milena Cuellar Segura</b> Directora de Promoción y Prevención (E)-MSPS <b>Felix Regulo Nates Solano</b> Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas <b>Luis Fernando Correa</b> Jefe Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres <b>Luis Alexander Moscoso</b> Viceministro de Salud y Prestación de Servicios  <b>Fecha: 23 de abril de 2020</b>

C:\Users\VALVAREZ\Downloads\Manejo de Cadaveres COVID19\_23042020.docx

	<b>PROCESO</b>	<b>Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</b>	<b>Código</b>	<b>GIPG08</b>
	<b>GUIA</b>	<b>Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04</b>	<b>Versión</b>	<b>04</b>

## 19. ANEXO 1. REQUERIMIENTOS LOCATIVOS Y DE BIOSEGURIDAD PARA LA REALIZACIÓN DE NECROPSIAS (AUTOPSIAS) CLÍNICAS O MÉDICO LEGALES

### Requerimientos de locativos y sanitarios de las áreas

- Área para vestier para el personal que realizara la autopsia
- Área aislada dedicada exclusivamente para ejecución de autopsias.
- En lo posible, el área debería contar con condiciones de flujo de aire que incluyan flujo laminar y presión negativa, filtros HEPA, que impidan la convección de aire hacia áreas vecinas o con tránsito humano, con un mínimo de ventilación de 12 ACH (air change per hour).
- Los sistemas de extracción alrededor de la mesa de autopsia deben dirigir el aire y los aerosoles en la dirección contraria al personal que realiza el procedimiento (por ejemplo, extracción hacia abajo).
- Mesa para autopsias –preferiblemente de acero inoxidable, con capacidad para lavado y desagüe que no contamine áreas vecinas o con tránsito humano.
- Uso de equipo para cortar hueso, sierra eléctrica oscilante con mandatorio sistema de vacío para la extracción de partículas, solo donde el área cumpla todas las condiciones técnicas de flujos y filtros.
- Equipo de disección y corte sin puntas, extremos redondos, análogos a los sistemas PM40.
- Culminado el procedimiento las áreas deben ser sometidas a procesos de limpieza y desinfección en condiciones de máxima bioseguridad y entrenamiento para el personal de aseo.
- Realizar la gestión y manejo de los residuos generados en el proceso de necropsia

### Requerimientos de bioseguridad personal:

- El patólogo u otro profesional entrenado que dirija la ejecución de la autopsia debe tener acceso a la historia clínica del paciente con toda la información pertinente, en especial el estatus de positividad o negatividad para SARS-CoV2 (COVID-19).
- Debe reducirse al mínimo el número de personas que actúen durante el procedimiento, idealmente una (1) sola persona, máximo dos (2) personas. En ningún momento más de una persona debe trabajar en cavidad durante el procedimiento.
- Traje de protección quirúrgico desechable completo, incluyendo gorro que cubra toda la cabeza, vestido que cubra tronco y extremidades.
- Vestido impermeable corporal que cubra tronco y extremidades
- Delantal de plástico.
- Careta ajustada o visor transparente que cubra todo el rostro (preferiblemente).
- Uso de tapabocas tipo FFP3 idealmente, o NP95.
- Botas de caucho impermeables.
- Polainas
- Guantes quirúrgicos dobles, de nitrilo, no de látex.
- Estos elementos de protección deben retirarse, disponerse y desinfectarse en un lugar seguro que no contamine áreas aledañas o con tránsito humano.
- Una vez se culmine los procesos se debe realizar el lavado e higiene de manos.
- Todo material adicional debe cumplir con estrictas normas de bioseguridad para superficies y objetos inertes (vg contenedores, viales, etc).

	<b>PROCESO</b>	<b>Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</b>	<b>Código</b>	<b>GIPG08</b>
	<b>GUIA</b>	<b>Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04</b>	<b>Versión</b>	<b>04</b>

## 20. ANEXO 2. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN LUGAR DIFERENTE A LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- Usar mascarilla respiratoria N 95 y guantes para trabajo pesado (guantes de Nitrilo), lavarlos con jabón líquido después de cada procedimiento y permitir su secado.
- Aplicar las soluciones detergentes y desinfectantes según las indicaciones del fabricante.
- Al barrer con escoba en áreas de atención de pacientes cubrirla con un paño húmedo para reducir que se propaguen los microorganismos y el polvo.
- Se debe realizar la limpieza de áreas y superficies con el fin de retirar el polvo y suciedad, con el fin de que la desinfección sea efectiva
- Para la limpieza de pisos, se deben seguir las técnicas de barrido húmedo, enjabonar, enjuagar y secar.
- Posteriormente aplicar desinfectante, se realizará con hipoclorito de uso doméstico el cual debe estar en contacto con las áreas de: pisos, baños en caso de que el deceso haya sido en domicilio y durante 10 minutos para que sea efectivo y después se debe retirar con un paño limpio se podrán utilizar concentraciones de 2500 ppm o 5000 ppm en caso de que haya presencia de fluidos corporales, y continuar con la desinfección con aplicando alcohol al 70% en las superficies en las cuales no se puede aplicar hipoclorito, el alcohol se deja en contacto con la superficie no se debe retirar.
- En caso de que la muerte haya sido ocurrida en casa, la ropa, las sábanas del cadáver deben separarse y lavarse con agua y jabón ordinario, o a máquina a 60–90 °C con detergente ordinario, y dejarse secar por completo.
- Los trapos y de más material descartable empleado en el proceso deben ser desechados en doble bolsa, se deberá marcar, para lo cual se podrá emplear cinta aislante o de enmascarar de color blanco.

## 21. ANEXO 3. CONDICIONES SANITARIAS Y DE SEGURIDAD DE VEHÍCULOS FÚNEBRES PARA EL TRANSPORTE DE CADÁVERES

- Cabina de conductor y compartimiento de carga de cadáveres separados y aislados entre sí.
- Pisos, paredes y techos del compartimiento de carga deberán ser en material higiénico sanitario liso, no poroso, no absorbente, sin fisuras que permitan su fácil limpieza y desinfección; con uniones entre piso-paredes, techos curvos para que faciliten la limpieza y desinfección.
- Plataforma en material higiénico sanitario que permita el fácil desplazamiento del cadáver en el compartimiento de cadáveres.
- Sistema de anclaje que sujete el cadáver e impida su movimiento durante el traslado.
- Compartimiento de carga con iluminación suficiente para el desarrollo de la actividad y en caso de emergencia.
- Kit antiderrames en caso de que ocurra uno a causa del traslado inicial de cadáveres.
- Camilla porta cadáveres
- Recipiente de material impermeable, liviano, resistente, de fácil limpieza y desinfección, dotado de bolsa plástica para el depósito de residuos biológicos-infecciosos que se puedan generar a causa del traslado de cadáveres

	<b>PROCESO</b>	<b>Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</b>	<b>Código</b>	<b>GIPG08</b>
	<b>GUIA</b>	<b>Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04</b>	<b>Versión</b>	<b>04</b>

## 22. ANEXO 4. AUTOPSIA VERBAL

- **POSIBLE MANERA DE MUERTE**

¿Encuentra evidencia si (nombre) falleció por una lesión, accidente, caída u otra causa externa? [SI / NO / NS]  
 Si fue por causa externa, ¿Cuál? Accidente de tránsito / Accidente por disparo de arma de fuego / envenenamiento o intoxicación accidental / Caída accidental / Exposición a fuego, humo y llamas quemadura / Ahogamiento y Sumersión / Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio) / Agresiones (Homicidio) / En un desastre natural (avalancha, terremoto, explosiones) [SI / NO / NS]

- **POSIBLES NEXOS EPIDEMIOLÓGICOS**

¿Conoce si algún familiar y/o amigo cercano de (nombre) está o ha estado hospitalizado en el último mes por problemas respiratorios? [SI / NO / NS]  
 ¿Conoce si (nombre) en las dos semanas previas a la muerte, tuvo contacto con una persona con diagnóstico confirmado de COVID-19 o que estuviese en espera de resultados? [SI / NO / NS]  
 ¿Conoce si (nombre) en las dos semanas previas a la muerte tuvo contacto con personas en sitios donde se ha confirmado casos por COVID-19, tales como hospitales, mercados, u otros espacios con aglomeraciones? [SI / NO / NS]  
 ¿Conoce si (nombre) o alguien de su núcleo familiar es profesional de la salud y ha realizado atención a pacientes en hospitales o clínicas? [SI / NO / NS]  
 ¿Conoce si (nombre) compartía su habitación con más de una persona? [SI / NO / NS]  
 ¿Conoce si (nombre) utilizaba transporte público habitualmente? [SI / NO / NS]

- **SIGNOS Y SINTOMAS**

¿Durante los últimos 15 días antes de su muerte, (nombre) presentó alguno de estos síntomas?  
 Fiebre / Tos / Dificultad respiratoria / Dolor de garganta / Diarrea / [SI / NO / NS]  
 Otro signo o síntoma. ¿Cual? [describirlos]

- **ANTECEDENTES**

**OBSTÉTRICOS.** Si la persona fallecida es mujer en edad fértil (10-54 años de edad) pregunte:

¿(nombre) estaba embarazada al momento de la muerte? [SI / NO / NS]  
 ¿(nombre) falleció después de un parto o durante la dieta (puerperio)? [SI / NO / NS]  
 ¿(nombre) falleció durante y/o después de un aborto? [SI / NO / NS]

**COMORBILIDADES**

¿Conoce si (nombre) le habían diagnosticado alguna enfermedades o factor de riesgo? [SI / NO / NS]  
 ¿Conoce cuál(es) enfermedad(es)? Hipertensión Arterial / Diabetes / Asma / EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) / Tuberculosis / HIV-SIDA / Obesidad / Insuficiencia Renal / Enfermedad Cardiovascular / Malnutrición / Cáncer [SI / NO / NS]  
 ¿Conoce si (nombre) tomaba medicamentos inmunosupresores? / ¿Fumaba? [SI / NO / NS]  
 ¿conoce si tenía otros problemas de salud? ¿Cuáles? [SI / NO / NS]

**ATENCION MEDICA**

¿Conoce si a (nombre) recibió atención médica durante los últimos 15 días? [SI / NO / NS]  
 ¿Conoce si a (nombre) le habían indicado aislamiento preventivo obligatorio? [SI / NO / NS]  
 ¿Conoce si a (nombre) le habían tomado algún examen? [SI / NO / NS]

 <span>La salud es de todos</span> <span>Minsalud</span>	<b>PROCESO</b>	<b>Gestión de las intervenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</b>	<b>Código</b>	<b>GIPG08</b>
	<b>GUIA</b>	<b>Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19) -Versión 04</b>	<b>Versión</b>	<b>04</b>

- **VERIFICACION**

Había sido notificado como caso sospechoso de COVID a través del SIVIGILA [SI / NO / NS]

Le tomaron muestra de hisopado faríngeo para RT/PCR- SARS-CoV-2 [SI / NO / NS]

Resultado de PCR: Positivo / Negativo/ No concluyente / Pendiente [SI / NO / NS]. Indicar fecha (dd/mm/aaaa)

Le tomaron Radiografía de Tórax [SI / NO / NS]

¿Cuál es la clasificación final del caso? Confirmado / Sospechoso / Probable / Sin clasificar [SI / NO / NS]

- **EVALUACION DEL ENTREVISTADOR MEDICO / CERTIFICADOR**

Según el informante (familiar o relacionado, autoridad, testigo): ¿cuál fue la causa de muerte?

Resumen de síntomas, signos y antecedentes positivos más relevante

Luego del análisis de información: ¿Cuál es la causa probable de muerte?

## Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

Juan De Dios Gallego Toro

Identificación  
CC 70037540Fecha de nacimiento  
16-03-1952Edad  
68 años(Vejez)Sexo  
MasculinoTipo de afiliación  
POS  
Teléfono fijo  
2729263  
Estado civilDepartamento  
ANTIOQUIA  
Otro teléfono fijo  
3194827540  
OcupaciónMunicipio  
MEDELLINDirección  
CL 3 C # 78 B 04  
Correo electrónico  
laura-1525@hotmail.com

## Notas aclaratorias

Notas aclaratorias

NOTA EXTEMPORANEA:  
RECIBO NOVEDAD VIA TELEFONICA DE AUX DE ENFERMERIA DEL SERVICIO APROX: 7:10 AM, EXPRESANDO QUE VE AL PACIENTE DELIRANDO, HABLANDO INHCOHERENCIAS, QUE DESDE SU HIJA DICE QUE DESDE AYER ESTÁ ASÍ, PERO QUE NO TIENE FIEBRE. Y QUE TAMPOCO DIFICULTAD RESPIRATORIA, REFIERE FR: 20, Y RESTO DE SIGNOS EN SU NORMALIDAD, EXPLICO QUE ME VOY A COMUNICAR CON EL FAMILIAR DIRECTAMENTE, LLAMO EN VARIAS OCASIONES PERO NO ES POSIBLE ESTABLECER COMUNICACION, LUEGO ME LLAMA OTRA AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE FUE A TOMARLE LOS LABORATORIOS, REFIERE QUE LE PASÓ LA Sonda vesical y NO SALIÓ NADA DE ORINA, Y QUE EL PACIENTE SE PUSO MUY MAL "COMO CON DIFICULTAD RESPIRATORIA"- LOGRO ESTABLECER COMUNICACION DIRECTA CON SU HIJA: LAURA CUIDADORA: QUIEN REFIERE: SU PADRE YA FALLECIÓ- EXPLICA QUE DESDE AYER VENIA DELIRANDO HABLANDO INCOHERENCIAS, Y HACIENDO PICOS FEBRILES AISLADOS CUANTIFICADOS EN 38.5- CON AUSENCIA DE DEPSOCIOENS EN PROMEDIO DE 1 SEMANA POR LO CUAL SE LE PASÓ ENEMA, SIN TOS, SIN HEMOPISIS, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA PREVIA, YA EN MARZO HABIA TERMINADO SUS RADIOTERAPIAS, CON OSTEMIALGIAS POR METASTASIS, EL PACIENTE CONVIVE CON SUS 2 HIJAS, 1 EN ENFERMERA PERO SE ENCUENTRA DESEMPLEADA, REFIERE QUE ESTAN HACIENDO LA CUARENTENA, Y QUE NINGUNA PRESENTA SINTOMAS RESPIRAOTIROS NI HAN RECIBIDO VISITAS EN SU CASA. POR EL MOMENTO SE COMENTA CASO CON LA DRA: PAOLA ERAZO ( ENCARGADA DE PISO COVID) EN VISTA CUADRO TAN BIZARRO, ADEMAS SE ACTIVA RUTA PARA TOMA DE PCR Y PIDO A SU HIJA, QUE NO MANIPULEN NI SE ACERQUEN AL FALLECIDO, Y QUE ESTÉ ATENTA A LOS TELEFONOS PARA IR DANDOLE DIRECTRIZ.

## Información del profesional

KATHERIN ARAUJO GONZALEZ

CC 1140857986

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Registro 1140857986

## Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

**Juan De Dios Gallego Toro**

Identificación  
CC 70037540

Fecha de nacimiento  
16-03-1952

Edad  
68 años(Vejez)

Sexo  
Masculino

Tipo de afiliación  
POS  
Teléfono fijo  
2729263  
Estado civil  
Viudo

Departamento  
ANTIOQUIA  
Otro teléfono fijo  
3194827540  
Ocupación  
Pensionado

Municipio  
MEDELLIN

Dirección  
CL 3 C # 78 B 04  
Correo electrónico  
laura-1525@hotmail.com

## Motivo de Consulta

Paciente remitido de IPS SURA VIRTUAL por el profesional LODYS LORETH LOPEZ MOSQUERA para recibir tratamiento de Administración de Medicamentos; por los siguientes diagnósticos:

- INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

## Enfermedad actual

### Enfermedad Actual

Enfermedad Actual

se comunica laura la hija del paciente quien refiere que el día de hoy ha presentado fiebre de 38.3 cedio con acetaminofen, se lo dio a las 3 am y a las 10 am esta dandole 1 gr, en el momento con temperatura de 38.5, refiere además que esta con delirium esta llando a la madre, hablando incoherencias solo por el día de hoy, no agresividad, solo hablando incoherencias, refiere que hace 6 días no ha tenido deposición (no había comentado esto) esta en manejo con bisacodilo 2 tabletas en la noche, orina por sonda de características normales. no nota cambios en la respiración, no disnea, no vomito, no lesiones en piel. paciente con delirium posiblemente multifactorial, constipación probablemente secundaria a opioide, considero control termico se indica dipirona 1 gr iv cada 12 horas, se ordena paso de enema evacuante, se suspende bisacodilo ( causa delirium en pacientes) se inicia manejo con PEG 1 SOBRE VO CADA DIA X 30 DIAS. se solicita tomar mañana prioritario hemograma, creatinina, pcr, uroanálisis, urocultivo (tiene sonda vesical) inograma ( sodio, potasio y cloro) tomar sin torniquete

## Composición Médico Domiciliario

### Información Contacto

Motivo de Contacto  
Persona Contactada

Seguimiento Clínico  
laura hija.

Contactado  
Observación Contacto Telefónico

Si  
se comunica laura la hija del paciente quien refiere que el día de hoy ha presentado fiebre de 38.3 cedio con acetaminofen, se lo dio a las 3 am y a las 10 am esta dandole 1 gr, en el momento con temperatura de 38.5, refiere además que esta con delirium esta llando a la madre, hablando incoherencias solo por el día de hoy, no agresividad, solo hablando incoherencias, refiere que hace 6 días no ha tenido deposición (no había comentado esto) esta en manejo con bisacodilo 2 tabletas en la noche, orina por sonda de características normales. no nota cambios en la respiración, no disnea, no vomito, no lesiones en piel. paciente con delirium posiblemente multifactorial, constipación probablemente secundaria a opioide, considero control termico se indica dipirona 1 gr iv cada 12 horas, se ordena paso de enema evacuante, se suspende bisacodilo ( causa delirium en pacientes) se inicia manejo con PEG 1 SOBRE VO CADA DIA X 30 DIAS. se solicita tomar mañana prioritario hemograma, creatinina, pcr, uroanálisis, urocultivo (tiene sonda vesical) inograma ( sodio, potasio y cloro) tomar sin torniquete

## Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta

No aplica

## Análisis y plan

#### Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

**Notas de análisis y plan:** se comunica laura la hija del paciente quien refiere que el día de hoy ha presentado fiebre de 38.3 cedio con acetaminofen, se lo dio a las 3 am y a las 10 am esta dandole 1 gr, en el momento con temperatura de 38.5, refiere ademas que esta con delirium esta llendo a la madre, hablando incoherencias solo por el dia de hoy, no agresividad, solo hablando incoherencias, refiere que hace 6 dias no ha tenido deposicion (no habia comentado esto) esta en manejo con bisacodilo 2 tabletas en la noche, orina por sonda de características normales. no nota cambios en la respiracion, no disnea, no vomito, no lesiones en piel. paciente con delirium posiblemente multifactorial, constipacion probablemente secundaria a opioide, considero control termico se indica dipirona 1 gr iv cada 12 horas, se ordena paso de enema evacuante, se suspende bisacodilo ( causa delirium en pacientes) se inicia manejo con PEG 1 SOBRE VO CADA DIA X 30 DIAS. se solicita tomar mañana prioritario hemograma, creatinina, pcr, uroanálisis, urocultivo (tiene sonda vesical) inograma ( sodio, potasio y cloro) tomar sin torniquete

#### Diagnóstico

##### Diagnóstico principal

Diagnóstico principal	K590-CONSTIPACIÓN	Tipo de diagnóstico	Confirmado repetido
-----------------------	-------------------	---------------------	---------------------

##### Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	C61X-TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA	Tipo de diagnóstico	Confirmado repetido
--------------------	-----------------------------------	---------------------	---------------------

##### Alta de paciente observación

¿Egresas? No

#### Conducta final

##### Prescripción de medicamentos

##### Ayudas diagnósticas

##### Remisión

#### Información del profesional

CAROLINA GIRALDO SANTA

CC 1128469635

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Registro 17000815

## Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

**Juan De Dios Gallego Toro**

Identificación  
CC 70037540

Fecha de nacimiento  
16-03-1952

Edad  
68 años(Vejez)

Sexo  
Masculino

Tipo de afiliación  
POS  
Teléfono fijo  
2729263  
Estado civil  
Viudo

Departamento  
ANTIOQUIA  
Otro teléfono fijo  
3194827540  
Ocupación  
Pensionado

Municipio  
MEDELLIN

Dirección  
CL 3 C # 78 B 04  
Correo electrónico  
laura-1525@hotmail.com

## Motivo de Consulta

Paciente remitido de IPS SURA VIRTUAL por el profesional LODYS LORETH LOPEZ MOSQUERA para recibir tratamiento de Administración de Medicamentos; por los siguientes diagnósticos:

- INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

## Enfermedad actual

### Enfermedad Actual

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 68 AÑOS, VIUDO, 4 HIJOS, CESANTE, ANTES MANEJABA BUS, RESIDENTE DE BELEN RINCON-- CRA 80A N 2B-26 ---TEL: 3185182646--- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: HIPERTENSION ARTERIAL, CA DE PROSTATA METASTASICO A HUESO ( ARCOS COSTALES, ACETABULO IZQUIERDO, ISQUION DERECHO, COLUMNA DORSAL Y LUMBAR, HUMERO DERECHO, ESCAPULAS, COLUMNA DORSAL, LUMBAR, DIAFISIS FEMORAL DERECHA Y TERCIO PROXIMAL DE LA TIBIA DERECHA ---, YA TERMINO RADIOTERAPIAS FINALIZADAS EL 19 DE MARZO/2020, ACTUALMENTE EN MANEJO POR ONCOLOGIA Y MEDICINA DEL DOLOR --- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:2 HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA - FARMACOLÓGICOS: ENALAPRIL 20MG/24 HORAS, AMLÓDIPINO 5MG/24 HORAS BISACODILO 10MG/NOCHE, METADONA 10MG/6 HORAS ACETAMINOFEN 500MG/6hrs TRAZODONA/ 50MG NOCHE - ALERGICOS:PENICILINA. TÓXICOS: EXFUMADOR HACE MÁS DE 20 AÑOS----- PACIENTE VALORADO POR IPS VIRTUAL PORTADOR DE SONDA VESICAL HACE 1 AÑO, HACE 2 DÍAS CON ORINA FETIDA, COLURICA "HEMATURIA" ASOCIADO A DOLOR EN HIPOGASTRIO. OLIGURIA. DISURIA. NIEGA FIEBRE, NIEGA TRAUMAS, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA. RXS REFIERE DISMINUCIÓN DE AGUDEZA IZQUIERDA. Y SENSACIÓN DE PARESTESIA EN AMBOS POMULOS-- CONSIDERA QUE SE TRATA DE INFECCION DE VIAS URINARIAS COMPLICADA REMITIENDO PARA CONTINUAR TRATAMIENTO CON CEFTRIAXONA 2 GR IV CADA 24H POR 10 DIAS. LLEVA 4 DOSIS - NO TOMARON UROANALISIS, NO UROCULTIVO -- ME REIFER ELA HIJA QUE LA ORINA ESTA MEJOR, SIN COLURIA, SIN HEMATURIA, SIN DOLOR PRECORDIAL, SIN DISNEA, SIN CIANOSIS, SIN TOS, SIN ODINOFAGIA, SIN FIEBRE, SIN MIALGIA S, SIN MALESYTTAR GENERAL, SIN NAUSEAS, SIN VOMITOS, SIN DIARREA, SIN DOLOR ABDOMINAL, SIN DOLOR PARALUMBAR, LA HIJA REFIERE DOLOR ARTICULAR CRONICO. NIEGA OTRO.

## Composición Médico Domiciliario

### Información Contacto

Motivo de Contacto  
Persona Contactada

Seguimiento Clínico  
LAURA - HIJA .

Contactado  
Observación Contacto Telefónico

Si  
SGTO CLINICO .

### Causa externa y finalidad

Causa externa

Enfermedad general

Finalidad de la consulta

No aplica

## Análisis y plan

### Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19?

No

**Notas de análisis y plan:** PACIENTE 68 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE CA DE PROSTATA METASTASICO A HUESOS , YA TERMINO TTO CON RADIOTERAPIA, PORTADOR DE SONDA VESICAL PERMANENTE , AHORA CON SINTOMAS URINARIOS ASOCIADOS, POR IPS VIRTUAL SE INICIO TTO AB EMPIRICO CON CEFTRIAXONA CON DX D EITU , LA HIJA ME REFIERE QUEPACIENTE SI HA TENIDO MEJORIA DE LA CLINICA , SIN DETERIORO NEUROLOGICO , RESPIRATORIO , CONSIDERO QUE INFECCION SI ESTA SIENDO MODULADA , POR LO QUE CONTINUA IGUAL MANEJO , DOY RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA , ENTIENDE Y ACEPTA.

Notas de expectativas y metas

**Notas de expectativas y metas** ORDENES MEDICAS .  
1. CONTINUA IGUAL .

## Diagnóstico

### Diagnóstico principal

Diagnóstico principal N390-INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO Tipo de diagnóstico Confirmado repetido

### Alta de paciente observación

¿Egresó? No

## Conducta final

### Prescripción de medicamentos

### Ayudas diagnósticas

### Remisión

### Recomendaciones

MEDIDAS DE PROTECCIÓN BÁSICAS CONTRA INFECCIONES VIRALES: Cuide su salud y proteja a los demás a través de las siguientes medidas: LÁVESE LAS MANOS FRECUENTEMENTE: puede ser con un desinfectante de manos a base de alcohol o con agua y jabón. ADOPTÉ MEDIDAS DE HIGIENE RESPIRATORIA: Al toser o estornudar, cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo; tire el pañuelo inmediatamente y lávese las manos con un desinfectante de manos a base de alcohol, o con agua y jabón. Si usted estornuda o tose cubriéndose con las manos puede contaminar los objetos o las personas a los que toque. MANTENGA EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL: Mantenga al menos 2 metros de distancia entre usted y las demás personas, particularmente aquellas que tosan, estornuden y tengan fiebre. Evite compartir artículos de uso personal (teléfonos, computadores...) EVITE TOCARSE LOS OJOS, LA NARIZ Y LA BOCA INFORMATE en fuentes confiables: Ministerio de salud, OMS. LIMPIA Y DESCONTAMINA objetos y superficies. Ventila tu casa y las áreas de trabajo cada vez que sea posible. CUANDO CONSULTAR A LA IPS:-Fiebre cuantificada (mayor o igual a 38 grados) por más de dos días-Respiración más rápida de lo normal -Decaimiento del estado general en forma rápida-Si el pecho le suena o le duele respirar-Somnolencia o dificultad para despertar

SE EXPLICA AL PACIENTE Y A SU CUIDADOR LAS CONDICIONES DE LA HOSPITALIZACIÓN EN CASA, FRECUENCIA DE VISITAS MÉDICAS, FRECUENCIA DE VISITAS DE ENFERMERÍA, SE LE EXPLICA AL PACIENTE Y A SU CUIDADOR QUE DISPONE DE LÍNEA ÚNICA 3606010 OPCIÓN 0-1, EN DONDE SE ATENDERÁN DUDAS, PREGUNTAS O SE RESOLVERÁN REQUERIMIENTOS EN CASO DE SER PERTINENTES. SE EXPLICA QUE NO SE CUENTA CON EL RECURSO PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIAS DOMICILIARIAS, EN CASO DE PRESENTARSE SE ATENDERÁN EN RED DE IPS DE SURA O PUEDE LLAMAR SERVICIO MÉDICO DOMICILIARIO DE URGENCIA SI DISPONE DE ESTE Y DE IGUAL FORMA INFORMAR A LA LÍNEA DEL PRESTADOR PARA QUE DEN POR ENTERADO AL PERSONAL ASISTENCIAL LA NOVEDAD. SI DEBE SALIR DEL DOMICILIO, FAVOR AVISAR A LA LÍNEA DEL PRESTADOR, IDEALMENTE COMO MÍNIMO 1 DÍA ANTES. SI PRESENTA: FIEBRE, MALESTAR GENERAL Y DESALIENTO INTENSO, CAMBIOS EN LA ORINA, CAMBIOS EN LA RESPIRACIÓN, AUMENTO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SENSACIÓN INTENSA DE FALTA DE AIRE, TOS CON EXPECTORACIÓN VERDOSA, DOLOR EN EL PECHO, SUDORACIÓN INTENSA ASOCIADO AL DOLOR, COLOR MORADO EN LA PIEL O LOS LABIOS, DOLOR DE CABEZA INTENSO, PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO, PALPITACIONES, NO PODER MOVER O SENTIR DE FORMA EXTRAÑA MEDIO CUERPO; NO PODER HABLAR O DECIR LO QUE QUIERE PORQUE SE TRABAN LAS PALABRAS, VISIÓN BORROSA O DOBLE, TENER NAUSEAS O VÓMITOS QUE NO PUEDEN SER CONTENIDOS, DEBE CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS Y/O INFORMAR A TRAVÉS DE LA LÍNEA.

## Información del profesional

ANDREA ESTEFANIA AGUIRRE MARIN

CC 1140855008

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Registro 1140855008

### Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

**Juan De Dios Gallego Toro**

Identificación  
CC 70037540

Fecha de nacimiento  
16-03-1952

Edad  
68 años(Vejez)

Sexo  
Masculino

Tipo de afiliación  
**POS**  
Teléfono fijo  
**2729263**  
Estado civil  
**Viudo**

Departamento  
**ANTIOQUIA**  
Otro teléfono fijo  
**3185182646**  
Ocupación  
**Pensionado**

Municipio  
**MEDELLIN**

Dirección  
**CL 3 C # 78 B 04**  
Correo electrónico  
**laura-1525@hotmail.com**

### Motivo de Consulta

Paciente remitido de IPS SURA VIRTUAL por el profesional LODYS LORETH LOPEZ MOSQUERA para recibir tratamiento de Administración de Medicamentos; por los siguientes diagnósticos:

- INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

### Enfermedad actual

#### Enfermedad Actual

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 68 AÑOS, VIUDO, 4 HIJOS, CESANTE, ANTES MANEJABA BUS, RESIDENTE DE BELEN RINCON-- CRA 80A N 2B-26 ---TEL: 3185182646--- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: HIPERTENSION ARTERIAL, CA DE PROSTATA METASTASICO A HUESO ( ARCOS COSTALES, ACETABULO IZQUIERDO, ISQUION DERECHO, COLUMNA DORSAL Y LUMBAR, HUMERO DERECHO, ESCAPULAS, COLUMNA DORSAL, LUMBAR, DIAFISIS FEMORAL DERECHA Y TERCIO PROXIMAL DE LA TIBIA DERECHA ---, YA TERMINO RADIOTERAPIAS FINALIZADAS EL 19 DE MARZO/2020, ACTUALMENTE EN MANEJO POR ONCOLOGIA Y MEDICINA DEL DOLOR --- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:2 HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA - FARMACOLÓGICOS: ENALAPRIL 20MG/24 HORAS, AMLÓDIPINO 5MG/24 HORAS BISACODILO 10MG/NOCHE, METADONA 10MG/6 HORAS ACETAMINOFEN 500MG/6hrs TRAZODONA/ 50MG NOCHE - ALERGICOS:PENICILINA. tÓXICOS: EXFUMADOR HACE MÁS DE 20 AÑOS---- PACIENTE VALORADO POR IPS VIRTUAL PORTADOR DE Sonda VESICAL HACE 1 AÑO, HACE 2 DÍAS CON ORINA FETIDA, COLURICA "HEMATURIA" ASOCIADO A DOLOR EN HIPOGASTRIO. OLIGURIA. DISURIA. NIEGA FIEBRE, NIEGA TRAUMAS, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA. RXS REFIERE DISMINUCIÓN DE AGUDEZA IZQUIERDA. Y SENSACIÓN DE PARESTESIA EN AMBOS PUNOS-- CONSIDERA QUE SE TRATA DE INFECCION DE VIAS URINARIAS COMPLICADA REMITIENDO PARA CONTINUAR TRATAMIENTO CON CEFTRIAXONA 2 GR IV CADA 24H POR 7 DIAS, NO FUE TOMADO UROANALISIS, NO SE TOMO UROCULTIVO --- EL DIA DE HOY REFIERE TENER DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES, AUN CON COLURIA, DISURIA, NO FIEBRE, NO MALESTAR, CON MOLESTIA DESDE HACE UNA SEMANA CON PTOSIS PALPEBRAL IZQUIERDA, DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL

### Revisión por Sistemas

Pregunta #1: ¿has estado fuera del país en los últimos 14 días? NO --Pregunta #2: ¿has estado en contacto estrecho con alguien que haya llegado de otro país en los últimos 14 días y esté sintomático y/o siendo estudiado por sospecha de coronavirus en los últimos 14 días? NO Pregunta #3: ¿Eres trabajador de algún área de la salud y has estado en contacto con algún caso sospechoso de

Coronavirus? NO--Pregunta #4: Presenta fiebre, odinofagia y/o síntomas respiratorios como estornudos tos, dificultad respiratoria? NO-

### Antecedentes Patológicos

Patología	Presenta	Observación	Patología	Presenta	Observación
Hipertensión Arterial	Sí	NO RECUERDA TIEMPO DE DX	VIH	No	
Insuficiencia Renal Crónica	No		Enfermedad Tiroidea	No	
Asma	No		Trastorno Del Tracto Digestivo	No	
Epoc	No		Trastorno Psiquiátrico	No	

Epilepsia	No	
Cáncer	Sí	Prostata

## Antecedentes alérgicos

Patología
Alergia A La Penicilina

## Antecedentes quirúrgicos

Procedimiento	Observación
herniorrafia inguinal	Relata AP Qxs. "herniorrafia inguinal izq 2 ocasiones".

## Examen físico

**Medidas Antropométricas** Talla: 168 cm

**Signos Vitales** Frecuencia cardiaca: 88 lpm, Frecuencia respiratoria: 16 rpm

**Presión Arterial** Presión arterial sistólica: 110, Presión arterial diastólica: 70, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 83.33

**Otros signos vitales** Temperatura: 37 °C, Sitio de toma de temperatura: Axilar, Saturación de oxígeno sin oxígeno: 98 %

**Estado general del paciente** Al examen físico paciente en aceptables condiciones generales, alerta, colaborador.

**Cabeza y Cuello** Mucosas rosadas, hidratadas, escleras anictéricas

Cuello móvil, no doloroso, no adenomegalias, no rigidez nuchal, no ingurgitación yugular ni retracciones supraclaviculares, tiene ptosis palpebral izquierda, reflejo pupilar neutro, con disminución de la agudeza visual, no ve la imagen, solo sombras, no se logra hacer oftalmoscopia porque el paciente no lo tolera (presenta diaforesis y requiere acostarse), no signos de infección, no secreción

**Tórax** Tórax simétrico, sin retracciones, sin tiraje, Murmullo vesicular conservado, sin agregados patológico, Ruidos cardiacos rítmicos, no ausculto soplos ni otros agregados,

**Gastrointestinal** Abdomen blando, no doloroso, no masas, no megalias, no signos de irritación peritoneal.

**Genitourinario** Puño percusión renal bilateral negativa, con sonda vesical a cistoflo con orina muy colorica y oscura

**Osteomuscular** Extremidades eutróficas, sanas, fuerza y reflejos osteotendinosos conservados

**Neurologicos** Glasgow 15/15 sin déficit ni focalización, lenguaje claro y coherente

**Vascular periférico** Llenado capilar menor de dos segundos, no palidez, ictericia, equimosis u otros signos patológicos.

**Piel y anexos** Piel sana

## Análisis y plan

### Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

**Notas de análisis y plan:** PACIENTE 68 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE CA DE PROSTATA METASTASICO A HUESOS, YA TERMINO TTO CON RADIOTERAPIA, PORTADOR DE SONDA VESICAL PERMANENTE EL CUAL YA DEBIO HABER SIDO CAMBIADA, AHORA CON SINTOMAS URINARIOS ASOCIADOS, POR IPS VIRTUAL SE INICIO TTO AB EMPIRICO CON CEFTRIAXONA Y SE ENVIO POR SALUD EN CASA PARA CONTINUAR MANEJO, NO FUE TOMADO UROCULTIVO NI NINGUN EXAMEN PREVIO INICIO DE ESTE --- AL EXAMEN FISICO ENCUENTRO PACIENTE EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES, SIN SIRS, SIN SDR, TRANQUILO, CON ORINA EN CISTOFLO MUY COLORICA CASI OSCURA LLAMA LA ATENCION PTOSIS PALPEBRAL, SIN RESPUESTA PUPILAR IZQUIERDO, NO FUE POSIBLE OFTALMOSCOPIA YA QUE EL PACIENTE NO TOLERO OJO ABIERTO Y EN ULTIMA OCASION PRESENTO MAREO Y DIAFORESIS----- SE DECIDE CONTINUAR TRATAMIENTO ANTIBIOTICO Y EXTIENDO POR 10 DIAS POR TRATARSE DE ITU COMPLICADA, ORDENO CAMBIO DE SONDA VESICAL PARA MAÑANA Y CONTINUAR CAMBIO CADA 20 DIAS POR SALUD EN CASA HASTA PASO DE CONTINGENCIA ---DEJO ORDEN PARA OFTALMOLOGIA Y SE ENVIA CORREO A PROVEEDOR EXTERNO PARA AGILIZAR CITA --SE REALIZARA GESTION EL 11 Y 15, EXPLICO CONDUCTA A FAMILIA QUIENES ENTIENDEN Y ACEPTAN

**Notas de expectativas y metas:** PLAN

--HOSPITALIZAR SENC

--CEFTRIAXONA 2 GR IV CADA 24H POR 10 DIAS

--REALIZAR CAMBIO DE SONDA VESICAL HOY O MAÑANA N°18 Y LUEGO CADA 20 DIAS POR SENC

--CT: 9 DE MAYO (EVOLUCION CLINICA)  
--GESTION MEDICA 11Y 15 DE MAYO  
--DEJO ORDEN DE OFTALMOLOGIA Y SE ENVIA CORREO A PROVEEDOR PARA OPTIMIZAR CITA

Diagnóstico principal	Tipo de diagnóstico
N390-INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	Confirmado repetido

## Recomendaciones

Recomendaciones: SI PRESENTA ALGUNA DUDA, TIENE PREGUNTAS O VA A SALIR DE LA CASA, INFORMAR A LA LÍNEA ÚNICA 3606010 OPCIÓN 0, OPCIÓN 1. ALIMENTACIÓN RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, DIETA BAJA EN GRASAS, CARBOHIDRATOS Y SODIO. ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN, NO AUTOMEDICARSE.

CONSULTAR SI PRESENTA FIEBRE, CAMBIOS EN ESTADO DE CONCIENCIA, HABLA RARO O SE COMPORTA RARO, CONVULSIÓN, SÍNTOMAS URINARIOS, DOLOR PRECORDIAL, PALPITACIONES, EDEMA GENERALIZADO, DIFICULTAD RESPIRATORIA, QUE SE LE HUNDAN LAS COSTILLAS, QUE SE PONGA MORADO, QUE NO PARE DE VOMITAR, DIARREA CON SANGRE O SI HAY UN EMPEORAMIENTO DE LA CONDICIÓN CLÍNICA  
¿...--EN CASO DE PRESENTAR , FIEBRE, DISNEA, TOS COMUNICARSE POR MEDIO DE LA LINEA AL 3606010----RECUERDE QUE POR CONTINGENCIA DE COVID 19 RESTRINJA LAS VISITAS INNECESARIAS AL HOGAR (AVISE A SUS FAMILIARES Y AMIGOS) LAVESSE LAS MANOS CON FRECUENCIA O DESINFECTELAS CON ALCOHOL, PUEDEN USAR CUALQUIER ALCOHOL CON UNA CONCENTRACION DE AL MENOS EL 70% . ASEGURECE DE FROTAR TODAS LAS SUPERFICIES DE LAS MANOS. USE AGUA Y JABON SIEMPRE QUE VEA O SIENTA LAS MANOS USCIAS. NO SE TOQUE LOS OJOS, NARIZ O BOCA CON LAS MANOS SIN LAVAR. EVITE SALUDAR DE BESOS Y ABRAZOS, EVITE COMPARTIR ELEMENTOS DE USO PERSONAL, ROPA DE CAMA, TOALLAS Y UTENSILIOS DE COMIDA

## Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general	Finalidad de la consulta	No aplica
---------------	--------------------	--------------------------	-----------

## Alta de paciente observación

¿Egresas? No

## Conducta final

### Prescripción de medicamentos

### Ayudas diagnósticas

### Remisión

## Recomendaciones

SI PRESENTA ALGUNA DUDA, TIENE PREGUNTAS O VA A SALIR DE LA CASA, INFORMAR A LA LÍNEA ÚNICA 3606010 OPCIÓN 0, OPCIÓN 1. ALIMENTACIÓN RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, DIETA BAJA EN GRASAS, CARBOHIDRATOS Y SODIO. ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN, NO AUTOMEDICARSE.  
CONSULTAR SI PRESENTA FIEBRE, CAMBIOS EN ESTADO DE CONCIENCIA, HABLA RARO O SE COMPORTA RARO, CONVULSIÓN, SÍNTOMAS URINARIOS, DOLOR PRECORDIAL, PALPITACIONES, EDEMA GENERALIZADO, DIFICULTAD RESPIRATORIA, QUE SE LE HUNDAN LAS COSTILLAS, QUE SE PONGA MORADO, QUE NO PARE DE VOMITAR, DIARREA CON SANGRE O SI HAY UN EMPEORAMIENTO DE LA CONDICIÓN CLÍNICA  
¿...--EN CASO DE PRESENTAR , FIEBRE, DISNEA, TOS COMUNICARSE POR MEDIO DE LA LINEA AL 3606010----RECUERDE QUE POR CONTINGENCIA DE COVID 19 RESTRINJA LAS VISITAS INNECESARIAS AL HOGAR (AVISE A SUS FAMILIARES Y AMIGOS) LAVESSE LAS MANOS CON FRECUENCIA O DESINFECTELAS CON ALCOHOL, PUEDEN USAR CUALQUIER ALCOHOL CON UNA CONCENTRACION DE AL MENOS EL 70% . ASEGURECE DE FROTAR TODAS LAS SUPERFICIES DE LAS MANOS. USE AGUA Y JABON SIEMPRE QUE VEA O SIENTA LAS MANOS USCIAS. NO SE TOQUE LOS OJOS, NARIZ O BOCA CON LAS MANOS SIN LAVAR. EVITE SALUDAR DE BESOS Y ABRAZOS, EVITE COMPARTIR ELEMENTOS DE USO PERSONAL, ROPA DE CAMA, TOALLAS Y UTENSILIOS DE COMIDA

## Información del profesional

NATALIA MARIA TABARES GALVIS

CC 1128272828

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Registro 5195212

## Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

**Juan De Dios Gallego Toro**

Identificación  
CC 70037540

Fecha de nacimiento  
16-03-1952

Edad  
67 años(Vejez)

Sexo  
Masculino

Tipo de afiliación  
POS  
Teléfono fijo  
3022729263  
Estado civil  
Viudo

Departamento  
ANTIOQUIA  
Otro teléfono fijo  
3185182646  
Ocupación  
Pensionado

Municipio  
MEDELLIN

Dirección  
CL 3 C # 78 B 04  
Correo electrónico  
laura-1525@hotmail.com

## Motivo de Consulta

"CONTROL PPR"

## Enfermedad actual

PACIENTE DE 67 AÑOS, NATURAL DE EBÉJICO, VIVE EN MEDELLIN. VIUDO. 4 HIJOS. PRIMARIA COMPLETA. FUÉ CONDUCTOR..... SEGUIMIENTO PPR POR ELEVACION DE CREATININA SERICA EN EL CONTEXTO DE CA DE PROSTATA METASTASICO (MÚLTIPLES METASTASIS OSEAS), CON MASA DE RECIDIVA TUMORAL QUE GENERA UROPATIA OBSTRUCTIVA, EN MANEJO CON Sonda PERMANENTE, SEGUIMIENTO POR UROLOGIA..... ULTIMO CONTROL PPR EN OCTUBRE 2019 (VIENE SIN EXAMENES).....

\*\*\*ULTIMOS PARACLINICOS DEL 11/12/19: BUN 24.7.... 02/11/19: Cr 1.64, BUN 26.5, HB 10.0, HCTO 32.1, VCM 86.1, MCH 26.8, WBC 12190, N 6250, L 3120, PLAQUETAS 533000, K 4.6, Ca 9.5, ALBUMINA 4.34, ALT 10, AST 13, BT 0.12, BD 0.08, AC URICO 5.8, HBA1C 5.80, GLUCOSA 93, CT 179, HDL 35, LDL NO CALCULABLE, TG: NO TIENE RESULTADO, PSA 0.18 .....ECO RENAL DE JULIO DE 2016: RD 100X60.8X48.1 TAMAÑO, FORMA Y POSICION NORMAL..R IZQUIERDO: 104X57X65 TAMAÑO, FORMA Y POSICION NORMAL, VEJIGA DISTENDIDA , SIN COMPRESION SIN MASAS, VOLUMEN PREMICCIONAL DE 693CC , POSMICCIONAL DE 400CC..PROSTATA AUMENTADA DE TAMAÑO,IMPRONTA SOBRE LA VEJIGA , VOLUMEN 50CC .....

## Revisión por Sistemas

INFORMA SENTIRSE BIEN, ORINA CON Sonda PERMANENTE, DE ASPECTO TURBIA. NO ESPUMOSA. NO HEMATURIA, CON DISURIA INTERMITENTE SIN OTROS SINTOMAS URINARIOS, NO RETENCION URINARIA, NO DISNEA, NO DOLOR PRECORDIAL, NO SINTOMAS RESPIRATORIOS, NO ORTOPNEA. NO DOLOR ABDOMINAL. NO ALTERACIONES GASTROINTESTINALES. NO EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES. NO HOSPITALIZACIONES RECIENTES NI CONSULTAS POR URGENCIAS.... ASISTE DE FORMA INTERMITENTE A CONTROLE DE RCV.... NO CONTROLES POR NUTRICION (NO DESEA)..... NO TRAE CARNET PPR

## Antecedentes Patológicos

Patología	Presenta	Observación	Patología	Presenta	Observación
Hipertensión Arterial	Sí	NO RECUERDA TIEMPO DE DX			
Cáncer	Sí	Próstata			

## Tratamiento farmacológico actual

Medicamento	Dosificación	Medicamento	Dosificación
ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA (POS)	2 TABLETAS cada 8 Horas durante 30 Dias	ENALAPRIL 20 MG TABLETA (POS)	1 TABLETAS cada 1 Dias durante 30 Dias
AMLODIPINO 5 MG TABLETA (POS)	1 TABLETAS cada 1 Dias durante 30 Dias	Doxazosina (no pbs)	1 cada dia

## Antecedentes alérgicos

Patología
Alergia A La Penicilina

## Antecedentes quirúrgicos

Procedimiento	Observación
---------------	-------------

herniorrafia inguinal

Relata AP Qxs. "herniorrafia inguinal izq 2 ocasiones".

## Examen físico

**Medidas Antropométricas** Peso: 70 kg, Talla: 168 cm, IMC: 24.80, Clasificación según IMC : Peso normal

**Signos Vitales** Frecuencia cardiaca: 70 lpm, Frecuencia respiratoria: 18 rpm

**Presión Arterial** Presión arterial sistólica: 120, Presión arterial diastólica: 70, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 86.67

**Otros signos vitales** Temperatura: 36 °C, Sitio de toma de temperatura: Axilar, Clasificación de la temperatura: Normal, Saturación de oxígeno sin oxígeno: 92 %, Clasificación saturación sin oxígeno: Normal

**Estado general del paciente** BUENAS CONDICIONES GENERALES, CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADO.

**Cabeza y Cuello** CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO SIN MASAS, NO SOPLOS CAROTIDEOS, NO IY.

**Tórax** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, NO S3. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS,

**Gastrointestinal** ABDOMEN BLANDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NO MASAS, NO DOLOR A LA PALPACION.

**Osteomuscular** MARCHA ANTALGICA CON BASTON, EXTREMIDADES SIN EDEMAS, ARCOS DE MOVIMIENTO COMPLETOS. PULSOS PERIFERICOS PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD.

**Neurologicos** NEUROLOGICO SIN FOCALIZACION, SIN DEFICIT APARENTE.

**Piel y anexos** LIPOMA DE APROXIMADAMENTE 10 CM DE DIAMETRO EN REGION ESCAPULAR IZQUIERDA, SIN OTRAS LESIONES EN PIEL

## Análisis y plan

**Notas de análisis y plan:** PACIENTE EN LA SEPTIMA DECADA DE LA VIDA, EN SEGUIMIENTO PPR POR ELEVACION DE CREATININA SERICA EN EL CONTEXTO DE CA DE PROSTATA METASTASICO (MULTIPLES METASTASIS OSEAS), CON MASA DE RECIDIVA TUMORAL QUE GENERA UROPATIA OBSTRUCTIVA, EN MANEJO CON Sonda PERMANENTE, SEGUIMIENTO POR ONCOLOGIA UROLOGICA. EN EL MOMENTO CON DISURIA INTERMITENTE, SIN OTROS SINTOMAS URINARIOS, SIN FIEBRE, SIN DOLOR ABDOMINAL, SIN SIGNOS DE SIRS, CON PERSISTENCIA DE AZOADOS ELEVADOS PERO CON MEJORIA RESPECTO A CONTROL PREVIO. TIENE ANEMIA LEVE, SIN SANGRADO POR MUCOSAS, SIN OTRAS CITOPENIAS, SE SOLICITA PERFIL DE FERROCINETICA Y SE HARA SEGUIMIENTO. IONOGRAMA SIN ALTERACIONES, TRANSAMINASAS, BILIRRUBINAS Y ALBUMINA NORMALES, AC URICO EN UMBRAL DE SATURACION, ADECUADO CONTROL METABOLICO, POR AHORA SE MANTIENE IGUAL MANEJO FARMACOLOGICO.

Diagnóstico principal	Tipo de diagnóstico
N189-INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, NO ESPECIFICADA	Confirmado repetido
Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
C61X-TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA	Confirmado repetido
Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
I10X-HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	Confirmado repetido
Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
E785-HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA	Confirmado repetido

## Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general Finalidad de la consulta No aplica

## Conducta final

## Prescripción de medicamentos

## Ayudas diagnósticas

Código	Tipo	Nombre	Cantidad
881332	pos	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)	1

## Remisión

Código	Tipo	Nombre	Cantidad
501211	pos	CONTROL INTERNISTA DE PROGRAMA PROTECCION RENAL (PPR)	1

## Recomendaciones

POR AHORA SE MANTIENE IGUAL MANEJO FARMACOLOGICO.

TOMAR 4-5 VASOS DE AGUA CADA DIA, ADICIONAL AL LIQUIDO QUE TOMA COMO SOBREMESA DE LAS COMIDAS

EVITAR USO DE MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS E INFUSIONES HERBALES

SE SOLICITA ECOGRAFIA RENAL PARA PROXIMO CONTROL -----> PEDIR ORDEN EN IPS BASICA EN ABRIL 2020

NUEVO CONTROL POR MEDICINA INTERNA PPR EN 6 MESES --- NO DESEA CONTROLES POR NUTRICION

\*\* NO AUTOMEDICARSE, TOMAR LOS MEDICAMENTOS COMO FUERON FORMULADOS Y NO SUSPENDERLOS AUN CUANDO SE SIENTA BIEN.

\*\* REALICE EJERCICIO REGULARMENTE, LLEVE LA DIETA INDICADA POR SU NUTRICIONISTA.

\*\* EVITE FUMAR Y CONSUMIR LICOR EN EXCESO.

\*\* EVITE MEDICAMENTOS QUE DETERIOREN LA FUNCIÓN DEL RIÑÓN COMO LOS ANTI-INFLAMATORIOS COMO EL DICLOFENACO, PONSTAN, ADVIL, MOTRIN, IBUPROFENO, NAPROXENO, PIROXICAM, VOLTAREN, FELDENE, LUMBAL, APRONAX Y SIMILARES). ALGUNOS ANTIBIOTICOS COMO GENTAMICINA, AMIKACINA, ESTREPTOMICINA, ETC. MEDIOS DE CONTRASTE RADIOLOGICO.

\*\* MANTENGASE BIEN HIDRATADO, EVITE SENTIR SED.

\*\* CONSULTAR POR URGENCIAS EN CASO DE DOLOR EN EL PECHO INTENSO, AHOGO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR ABDOMINAL INTENSO. FIEBRE ARDOR PARA ORINAR, ORINA TURBIA, FETIDA, OSCURA, INCLUSO CON SANGRE.

CON DEPURACIÓN DE CREATININA POR MDRD= 45ml/min/1,73m2 -----> ESTADIO 3A \*\*\*

POR COCKROFT-GAULT= 43ml/min/1,73m2 -----> ESTADIO 3B

## Información del profesional

JORGE HERNAN MORA ARBOLEDA

CC 1037571199

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Registro 5421111

**Información básica del paciente y la atención**

Plan: POS

**Juan De Dios Gallego Toro**

Identificación CC 70037540      Fecha de nacimiento 16-03-1952      Edad 67 años(Vejez)      Sexo Masculino

Tipo de afiliación POS  
 Teléfono fijo 3022729263  
 Estado civil Viudo

Departamento ANTIOQUIA  
 Otro teléfono fijo 3185182646  
 Ocupación Pensionado

Municipio MEDELLIN

Dirección CL 3 C # 78 B 04  
 Correo electrónico laura-1525@hotmail.com

**Motivo de Consulta**

CONTROL PPR

**Enfermedad actual**

JUAN DE DIOS 65 AÑOS, NATURAL DE EBEJICO, VIVE EN MEDELLIN. VIUDO. 4 HIJOS. PRIMARIA COMPLETA. FUÉ CONDUCTOR..... ULTIMA CITA CON INTERNISTA PPR EN MARZO 2018, CITADO A CONTROL EN 4 MESES, VUELVE 19 MESES DESPUES..... ANTECEDENTES: HTA - CEFALEA POSTRAUMÁTICA CRÓNICA - POLINEUROPATÍA DE ETIOLOGÍA INDETERMINADA. CA DE PRÓSTATA (EN SEGUIMIENTO CLÍNICA LAS AMÉRICAS) ----- TRATAMIENTO ACTUAL: ENALAPRIL 20 MG X1, AMLODIPINO 5 MG X1, ----- --ECO RENAL DE JULIO DE 2016: RD 100X60.8X48.1 TAMAÑO, FORMA Y POSICION NORMAL..R IZQUIERDO: 104X57X65 TAMAÑO, FORMA Y POSICION NORMAL, VEJIGA DISTENDIDA, SIN COMPRESION SIN MASAS, VOLUMEN PREMICCIONAL DE 693CC , POSMICCIONAL DE 400CC..PROSTATA AUMENTADA DE TAMAÑO, IMPRONTA SOBRE LA VEJIGA, VOLUMEN 50CC ..... CITA UROLOGO SEPT 2019: En resumen paciente con ca de próstata metastasico la masa tumoral prostatica esta causando uropatia obstructiva bilateral mas lado derecho, múltiples lesiones oseas..... PARACLINICOS : NO TIENE EXAMENES VIGENTES.... ULTIMA CREATININA EN JUL 2019 ESTA EN 1.94.

**Revisión por Sistemas**

NO CEFALEA, NO MAREOS, NO PALPITACIONES, NO DISNEA, NO ANGINA, NO DISTENSIÓN ABDOMINAL, NO CAMBIOS EN EL RÍTMO INTESTINAL, NO CAMBIOS EN EL CALIBRE DEL CHORRO, NO ORINA ESPUMOSA, NO PUJO NI TENESMO VESICAL, NO DISURIA, NO HEMATURIA, NO EDEMAS, NO CLAUDICACIÓN.-----NIEGA HOSPITALIZACIONES RECIENTES

**Antecedentes Patológicos**

Patología	Presenta	Observación	Patología	Presenta	Observación
Hipertensión Arterial	Sí				
Cáncer	Sí	Próstata			

**Antecedentes alérgicos**

Patología
Alergia A La Penicilina

**Antecedentes quirúrgicos**

Procedimiento	Observación
herniorrafia inguinal	Relata AP Qxs. "herniorrafia inguinal izq 2 ocasiones".

**Examen físico**

**Medidas Antropométricas** Peso: 64 kg, Talla: 168 cm, IMC: 22.68, Clasificación según IMC : Bajo Peso

**Signos Vitales** Frecuencia cardiaca: 78 lpm, Frecuencia respiratoria: 18 rpm

**Presión Arterial** Presión arterial sistólica: 120, Presión arterial diastólica: 80, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 93.33

**Estado general del paciente** ESTABLE

**Cabeza y Cuello** NORMAL

**Tórax** RSCRS SIN SOPLOS

Gastrointestinal NORMAL  
Genitourinario NORMAL  
Osteomuscular NORMAL  
Neurológicos NORMAL  
Vascular periférico NORMAL  
Piel y anexos NORMAL

### Análisis y plan

**Notas de análisis y plan:** PACIENTE SIN EXAMENES VIGENTES, ULTIMA CR DE JUL 2019 EN 1.94, SE CITA A 1 MES CON EXAMENES VIGENTES Y COMPLETOS, NORMOTENSO.

Diagnóstico principal	Tipo de diagnóstico
N189-INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, NO ESPECIFICADA	Confirmado repetido

### Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general Finalidad de la consulta No aplica

## Conducta final

### Prescripción de medicamentos

### Ayudas diagnósticas

### Remisión

Código	Tipo	Nombre	Cantidad
5093900	pos	CONTROL MEDICO GENERAL DE PROGRAMA PROTECCION RENAL (PPR)	1

### Recomendaciones

TRATAMIENTO ACTUAL: ENALAPRIL 20 MG X1, AMLODIPINO 5 MG X1  
CITA CON MEDICO PPR EN 1 MES CON EXAMENES VIGENTES.

INDICACIONES PARA EVITAR LA PROGRESION DE SU ENFERMEDAD RENAL: MANTENER UN ADECUADO CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL , DE LOS NIVELES DE AZUCAR Y DE LOS LÍPIDOS (COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS). REALICE EJERCICIO REGULARMENTE, LLEVE LA DIETA INDICADA POR SU NUTRICIONISTA. EVITE FUMAR Y CONSUMIR LICOR EN EXCESO. MANTENGASE BIEN HIDRATADO , EVITE SENTIR SED. EVITE MEDICAMENTOS QUE DETERIOREN LA FUNCIÓN DEL RIÑÓN COMO LOS ANTI-INFLAMATORIOS COMO EL DICLOFENACO, PONSTAN, ADVIL, MOTRIN, IBUPROFENO, NAPROXENO, PIROXICAM, VOLTAREN, FELDENE, LUMBAL, APRONAX Y SIMILARES). ALGUNOS ANTIBIOTICOS COMO GENTAMICINA, AMIKACINA, ESTREPTOMICINA, ETC. MEDIOS DE CONTRASTE RADIOLOGICO. SIEMPRE INFORME A SU MEDICO TRATANTÉ ACERCA DE SU CONDICION RENAL. NO CONSUMA SUPLEMENTOS NUTRICIONALES O VITAMINICOS QUE NO HAYAN SIDO ORDENADOS POR SU MEDICO O POR SU NUTRICIONISTA.

DISMINUIR CONSUMO DE PROTEINAS: HUEVO, TODO TIPO DE CARNES, LECHE Y SUS DERIVADOS Y GRANOS..... SOLO COMER 3 PROTEINAS AL DIA

## Información del profesional

**MARIA ALEJANDRA GONZALEZ ASTUDILLO**

CC 34329819

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Registro 19480809

## Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

**Juan De Dios Gallego Toro**

Identificación  
CC 70037540

Fecha de nacimiento  
16-03-1952

Edad  
67 años(Vejez)

Sexo  
Masculino

Tipo de afiliación  
POS  
Teléfono fijo  
2563594  
Estado civil  
Viudo

Departamento  
ANTIOQUIA  
Otro teléfono fijo  
3185182646  
Ocupación  
Pensionado

Municipio  
MEDELLIN

Dirección  
CL 3 C # 78 B 04  
Correo electrónico  
laura-1525@hotmail.com

## Motivo de Consulta

"PARAR REVISION"

## Enfermedad actual

PACIENTE MASCULINO DE 67 AÑOS, CON ANTECEDENTES DE HTA, CA DE PROSTATA METASTASICO, CON MASA PROSTATICA CON PROCESO UROOBSTRUCTIVO, HERNIA INGUINALES BILATERALES QUIEN CONSULTA EL DIA DE HOY PARA REVISION, GENERAL, DADO EL CONTEXTO DE PACIENTE FRAGIL, CONSULTA EL DIA DE HOY CON CUADRO DE MARCADA DISURIA, PIURIA, ADEAMS REFIERE CUADRO CLINICO, DE 7 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CUADRO DE CONSTIPACION, MARCADA, REFIERE ASOCAIDO DOLOR ABDOMINA DISTENSION NO REFIERE FIEBRE U OTROS SINTOMAS.

## Antecedentes Patológicos

Patología	Presenta	Observación	Patología	Presenta	Observación
Hipertensión Arterial	Sí				
Cáncer	Sí	Prostata			

## Antecedentes alérgicos

Patología
Alergia A La Penicilina

## Antecedentes quirúrgicos

Procedimiento	Observación
herniorrafia inguinal	Relata AP Qxs. "herniorrafia inguinal izq 2 ocasiones".

## Examen físico

**Medidas Antropométricas** Peso: 66 kg, Talla: 165 cm, IMC: 24.24, Clasificación según IMC : Peso normal

**Signos Vitales** Frecuencia cardiaca: 85 lpm, Frecuencia respiratoria: 19 rpm

**Presión Arterial** Presión arterial sistólica: 120, Presión arterial diastólica: 80, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 93.33

**Otros signos vitales** Temperatura: 37 °C, Sitio de toma de temperatura: Axilar, Clasificación de la temperatura: Normal, Saturación de oxígeno sin oxígeno: 98 %, Clasificación saturación sin oxígeno: Normal

**Estado general del paciente** EN ADECUADO ESTADO GENERAL, AFEBRIL, ALGICO.

**Cabeza y Cuello** NORMOCEFALO CUERO CABELLUDO BIEN IMPLANTADO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA NO ESTIGMAS DE SANGRADO, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, NO DOLOROSO A LA MOVILIZACION.

**Tórax** RUIDOS CARDAICOS, RITMICOS SIN SOPLOS, TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE, NO TIRAJES SUBCOSTALES, MURMULLO VEISCULAR UNIVERSAL.

**Gastrointestinal** ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA, NO MASAS NI MEGALIAS SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO CIRCULACION COLATERAL.

**Genitourinario** NO EXPLORADO.

**Osteomuscular** SIMETRICAS EUTROFICAS SIN EDEMA.

**Neurologicos** CONSCIENTE ORIENTADO SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE.

**Vascular periférico** PULSOS DISTALES CONSERVADOS

**Piel y anexos** SIN LESIONES APARENTES.

### Análisis y plan

**Notas de análisis y plan:** PACIENTE CON CAUDRO PREVIAMENTE DESCRITO,S E DECIDE DAR MANEJO SINTOAMTICO Y SOLICITAR PARACLINICOS PARA POSTERIOR REVLORACION.

Diagnóstico principal	Tipo de diagnóstico
K590-CONSTIPACIÓN	Impresión diagnóstica

### Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general Finalidad de la consulta No aplica

## Conducta final

### Prescripción de medicamentos

### Ayudas diagnósticas

Código	Tipo	Nombre	Cantidad
901235	pos	UROCULTIVO [RECUESTO DE COLONIAS, ANTIBIOGRAMA Y CONCENTRACION INHIBITORIA MINIMA]	1

### Remisión

## Información del profesional

RICHARD RODRIGUEZ SCHOTBORHG

CC 1140866470

MEDICINA GENERAL

Registro 1140866470

### Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

**Juan De Dios Gallego Toro**

Identificación  
CC 70037540

Fecha de nacimiento  
16-03-1952

Edad  
67 años(Vejez)

Sexo  
Masculino

Tipo de afiliación  
POS  
Teléfono fijo  
2729263-3176759521  
Estado civil  
Viudo

Departamento  
ANTIOQUIA  
Otro teléfono fijo  
3017542525  
Ocupación  
Pensionado

Municipio  
MEDELLIN

Dirección  
CL 3 C # 78 B 04  
Correo electrónico  
laura-1525@hotmail.com

### Datos del acompañante

Nombre acompañante	Laura Gallego	Parentesco acompañante	Hijo
Teléfono acompañante	3176759521		

### Motivo de Consulta

Paciente remitido de CLINICA VIDA por el profesional JAIME ALEJANDRO RESTREPO GONZALEZ para recibir tratamiento de Administración de Medicamentos; por los siguientes diagnósticos:

- INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

### Enfermedad actual

#### Enfermedad Actual

Enfermedad Actual

REVISIÓN MEDICA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA... PACIENTE MASCULINO DE 67 AÑOS DE EDAD, EN COMPAÑÍA DE SU HIJA, HOSPITALIZADO EN SALUD EN CASA DESDE EL 1 DE AGOSTO CON D X DE ITU COMPLICADA SIN AISLAMIENTO MICROBIOLÓGICO... EN TTO CON AZTREONAM 2 GR IV CADA 8 HRAS POR 7DIAS.. YA TERMINO TTO .... HIJA REFIERE QUE PACIENTE ESTA MEJOR, NO PICOS FEBRILES, NO EMESIS, NO DISNEA, TOLERA VIA ORAL.. NO DOLOR ABDOMINAL.. A VECES SE QUEJA DE DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES.. A VECES SE QUEJA DE DISURIA,, LO CUAL ES MAS NOTORIO CON LOS CAMBIOS DE SONDA VESICAL.. YA SIN HEMATURIA.. NO COÁGULOS.. ORINA CLARA... YA TIENE ASIGNADA CITA DE REVISIÓN EN UROCLIN, EN UNA SEMANA.....  
 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: HTA,ADENOCARCINOMA CT3NXM1B GLEASON 4+3 IP5A 9.7,ENFERMEDAD DIVERTICULAR GLOBAL NO COMPLICADA,

### Revisión por Sistemas

DEPOSICION NORMAL

### Antecedentes Patológicos

Patología	Presenta	Observación
Hipertensión Arterial	Sí	
Cáncer	Sí	Prostata

Patología	Presenta	Observación
-----------	----------	-------------

### Antecedentes alérgicos

Patología
Alergia A La Penicilina

### Antecedentes quirúrgicos

Procedimiento	Observación
herniorrafia inguinal	Relata AP Qxs. "herniorrafia inguinal izq 2 ocasiones".

### Examen físico

**Medidas Antropométricas** Talla: 167 cm

**Signos Vitales** Frecuencia cardiaca: 76 lpm, Frecuencia respiratoria: 18 rpm

**Presión Arterial** Presión arterial sistólica: 140, Presión arterial diastólica: 70, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 93.33

**Otros signos vitales** Temperatura: 36 °C, Sitio de toma de temperatura: Axilar, Saturación de oxígeno sin oxígeno: 96 %, Paciente en cama: No

**Estado general del paciente** BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, NO DIFICULTAD RESPIRATORIA.

**Cabeza y Cuello** MUCOSAS HUMEDAS, CONJUNTIVAS ROSADAS,

**Tórax** RSCRS NO SOPLOS, NO RESTRICCIONES, NO TIRAJE, PULMONES VENTILADOS NO AGREGADOS.

**Gastrointestinal** BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, NO DOLOROSO, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL

**Genitourinario** SONTA VESICAL PERMANENTE A CISTOFLO... CON URINA CLARA NO HEMATURIA, NO SEDIMENTO..

**Osteomuscular** MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES

**Neurológicos** CONSCIENTE, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, NO SIGNOS DE FOCALIZACIÓN.

**Vascular periférico** NO EDEMAS

## Análisis y plan

**Notas de análisis y plan:** PACIENTE CON DX DE ITU COMPLICADA SIN AISLAMIENTO MICROBIOLÓGICO... TERMINO TTO CON AZTREONAM,, CON BUENA RESPUESTA CLÍNICA, AUN CON SÍNTOMAS IRRITATIVOS BAJOS QUE PODRÍAN CORRESPONDER INCLUSO A TRAUMATISMO URETRAL DURANTE PASO DE SONDAS... NO HAY COMPROMISO SISTÉMICO EN EL MOMENTO.. DEFINO ALTA POR SALUD EN CASA.. PENDIENTE REVISIÓN EN UROCLIN...

Diagnóstico principal	Tipo de diagnóstico
N390-INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	Impresión diagnóstica

## Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general	Finalidad de la consulta	No aplica
---------------	--------------------	--------------------------	-----------

## Alta de paciente observación

¿Egresar?	Si	Causa egreso	Mejoría clínica
-----------	----	--------------	-----------------

## Conducta final

## Prescripción de medicamentos

## Ayudas diagnósticas

## Remisión

## Recomendaciones

SIGNOS DE ALARMA (RECONSULTE INMEDIATAMENTE A URGENCIAS SI PRESENTA):  
¿DIFICULTAR PARA RESPIRAR (ASFIXIA).  
¿FIEBRE ... SANGRADO EN LA URINA.. NO URINA.. DOLOR ABDOMINAL... DOLOR LUMBAR...  
¿DETERIORO O EMPEORAMIENTO DEL ESTADO GENERAL.  
¿SOMNOLENCIA MARCADA.  
¿VÓMITO PERSISTENTE  
AUMENTAR LA INGESTA DE LÍQUIDOS SI ES POSIBLE

## Información del profesional

VERONICA ESPINAL ANGARITA

CC 32243678

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA Registro 5037310

## Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

Juan De Dios Gallego Toro

Identificación  
CC 70037540Fecha de nacimiento  
16-03-1952Edad  
67 años(Vejez)Sexo  
Masculino

Tipo de afiliación

POS

Teléfono fijo  
2729263 -3176759521

Estado civil

Viudo

Departamento

ANTIOQUIA

Otro teléfono fijo

3017542525

Ocupación

Pensionado

Municipio

MEDELLIN

Dirección

CL 3 C # 78 B 04

Correo electrónico

laura-1525@hotmail.com

## Datos del acompañante

Nombre acompañante

Laura Gallego

Parentesco acompañante

Hijo

Teléfono acompañante

3176759521

## Motivo de Consulta

Paciente remitido de CLINICA VIDA por el profesional JAIME ALEJANDRO RESTREPO GONZALEZ para recibir tratamiento de Administración de Medicamentos; por los siguientes diagnósticos:

- INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

## Enfermedad actual

## Enfermedad Actual

Enfermedad Actual

DIRECCION:CRA 80A#2B-26 BELEN RINCON, ACOMPAÑANTE: LAURA GALLEGO HIJA---- ENFERMEDAD ACTUAL:MASCULINO DE 67 AÑOS DE EDAD REMITIDO DE CLINICA VIDA DONDE CONSULTO POR CUADRO CLINICO DE APROX 8 DIAS DE EVOLUCION DE HEMATURIA MACROSCOPICA ASOCIADO A DISURIA,ASOCIADO A DOLOR ABDOMINAL EN HIPOGASTRIO Y DIARREA SIN MOCO NI SANGRE, RETENCIO URINARIA POR PRESENCIA DE COAGULOS, INICIALMENTE CONSULTO EN VARIAS OCASIONES A IPS SURA MOLINOS DONDE REALIZARON VARIOS CAMBIOS DE SONDA PERO EL PACIENTE PERSISTE CON HEMATURIA POR LO CUAL REDIRECCIONAN PARA SER VALORADO POR UROLOGIA, PACIENTE REFIERE QUE HACE 2 SEMANAS REQUIRIO TRANSFUSION DE GLOBULOS ROJOS EN CLINICA MEDELLIN DE OCCIDENTE, PACIENTE DESDE HACE 2 AÑOS EN SEGUIMIENTO POR ONCOLOGIA CLINICA POR CA DE PRÓSTATA, HASTA EL MOMENTO PACIENTE NO HABIA ACEPTADO MANEJO POR DICHA PATOLOGIA,ULTIMA VALORACION POR UROLOGIA REPORTA PACIENTE CON ENFERMEDAD OSEA METASTASICA AMPLIA---- ANTECEDENTES PATOLOGICOS: HTA,ADENOCARCINOMA CT3NXM1B GLEASON 4+3 IPSA 9.7,ENFERMEDAD DIVERTICULAR GLOBAL NO COMPLICADA, FARMACOLOGICOS: ENALAPRILX2 AMLODIPINO X1, QX HERNIA INGUINAL IZQUIERDA EN 2014 CX OCULAR HACE 18 AÑOS. ALERGICOS:PENICILINA TOXICOS: EX FUMADOR PESADO, FAMILIARES NIEGA----PARACLINICOS REALIZADOS EN SURA MOLINOS: HEMOGLOBINA 8.6, HEMATOCRITO 26.9, GLÓBULOS BLANCOS 16000, NEUTRÓFILOS (PORCENTAJE) 66.9, PLAQUETAS 451000,PROTEINA C REACTIVA 7.3 CREATININA 1.94, UROCULTIVO TOMADO EL 26/7/19 NEGATIVO A LAS 48 HRS---CONSIDERAN PACIENTE CON CLINICA COMPATIBLE CON ITU COMPLICADA, INICIAN MANEJO CON AZTREONAM 2GR CADA 8 HRS POR 7 DIAS Y ENVIAN PARA SALUD EN CASA PARA CONTINUAR MANEJO INSTAURADO. TIENE ORDEN DE RESONANCIA MAGNETICA CONTRASTADA DE ABDOMEN Y DE PELVIS PARA CONTINUAR MANEJO CON UROLOGIA POSTERIOR A HOSPITALIZACION----EL DIA DE HOY ENCUENTRO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL,SIN DIFICULTA RESPIRATORIA,SIN SIRS,EN EL MOMENTO CON LEVE DOLOR LUMBAR, REFIERE QUE PASO BUENA NOCHE,REFIERE QUE EN EL MOMENTO PRESENTA DEPOSICIONES BLANDAS PERO EN MENOR FRECUENCIA, NIEGA ALZAS TERMICAS,NIEGA OTROS SINTOMAS.

## Revisión por Sistemas

PACIENTE NIEGA FIEBRE,NIEGA DIFICULTAD RESPIRATORIA,NIEGA DOLOR ABDOMINAL,NIEGA EMESIS,NIEGA DIARREA,NIEGA SINTOMAS URINARIOS,NIEGA OTROS

## Antecedentes Patológicos

Patología	Presenta	Observación	Patología	Presenta	Observación
Hipertensión Arterial	Sí				
Cáncer	Sí	Prostata			

## Antecedentes alérgicos

Patología
Alergia A La Penicilina

## Antecedentes quirúrgicos

Procedimiento	Observación
herniorrafia inguinal	Relata AP Qxs. "herniorrafia inguinal izq 2 ocasiones".

## Examen físico

**Medidas Antropométricas** Talla: 167 cm

**Signos Vitales** Frecuencia cardiaca: 85 lpm, Frecuencia respiratoria: 18 rpm

**Presión Arterial** Presión arterial sistólica: 110, Presión arterial diastólica: 70, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 83.33

**Otros signos vitales** Temperatura: 36 °C, Sitio de toma de temperatura: Axilar, Saturación de oxígeno sin oxígeno: 96 %

**Estado general del paciente** ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES,HEMODYNAMICAMENTE ESTABLE,AFEBRIL,SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA,SIN SIRS

**Cabeza y Cuello** NORMOCÉFALO CUELLO MOVIL, SIN MASAS NI ADENOPATIAS A LA PALPACIÓN, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS PALIDAS, SIN SECRECIONES NI ENOFTALMOS. MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE SANA SIN LESIONES, AMIGDALAS EUTROFICAS SIN EXUDADOS NI ESCURRIMIENTO POSTERIOR, OTOSCOPIA BILATERAL CON CAE PERMEABLE, SIN LESIONES, MEMBRANA INTEGRAL, NO ERITEMATOSA, NO ABOMBADA, NO PÉRDIDA DE CONO LUMINOSO, NO EXUDADOS

**Tórax** TORAX SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN RUIDOS SOBREGREGADOS,NO RONCUS, NO SIBILANCIAS, NO CRÉPITOS, NO USO DE MÚSCULOS ACCESORIOS PARA LA RESPIRACIÓN.

**Gastrointestinal** ABDOMEN BLANDODEPRESIBLENO DOLOROSA LA PALPACION, SIN MASAS O MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEALPUÑO PERCUSION NEGATIVA BILATERAL.

**Genitourinario** PRESENCIA DE SONDA VESICAL FUNCIONAL,SE EVIDENCIA ORINA HEMATURICA

**Osteomuscular** EXTREMIDADES MOVILES SIN EDEMAS, FUERZA 5/5 GLOBAL

**Neurologicos** PACIENTE ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, LENGUAJE FLUIDO Y COHERENTE, RESPONDE AL INTERROGATORIO Y OBEDECE ORDENES.NO DEFICIT MOTOR CLINICAMENTE EVIDENTE. NO ALTERACIONES EN LA MARCHA.

**Vascular periférico** LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD

**Piel y anexos** PALIDEZ GENERALIZADA

## Análisis y plan

**Notas de análisis y plan:** DIRECCION:CRA 80A#2B-26 BELEN RINCON, ACOMPAÑANTE: LAURA GALLEG0 HIJA---- ENFERMEDAD ACTUAL:MASCULINO DE 67 AÑOS DE EDAD REMITIDO DE CLINICA VIDA DONDE CONSULTO POR CUADRO CLINICO DE APROX 8 DIAS DE EVOLUCION DE HEMATURIA MACROSCOPICA ASOCIADO A DISURIA,ASOCIADO A DOLOR ABDOMINAL EN HIPOGASTRIO Y DIARREA SIN MOCO NI SANGRE, RETENCION URINARIA POR PRESENCIA DE COAGULOS, INICIALMENTE CONSULTO EN VARIAS OCASIONES A IPS SUR0 MOLINOS DONDE REALIZARON VARIOS CAMBIOS DE SONDA PERO EL PACIENTE PERSISTE CON HEMATURIA POR LO CUAL REDIRECCIONAN PARA SER VALORADO POR UROLOGIA, PACIENTE REFIERE QUE HACE 2 SEMANAS REQUIRIO TRANSFUSION DE GLOBULOS ROJOS EN CLINICA MEDELLIN DE OCCIDENTE, PACIENTE DESDE HACE 2 AÑOS EN SEGUIMIENTO POR ONCOLOGIA CLINICA POR CA DE PROSTATA, HASTA EL MOMENTO PACIENTE NO HABIA ACEPTADO MANEJO POR DICHA PATOLOGIA,ULTIMA VALORACION POR UROLOGIA REPORTA PACIENTE CON ENFERMEDAD OSEA METASTASICA AMPLIA----- ANTECEDENTES PATOLOGICOS: HTA,ADENOCARCINOMA CT3NXM1B GLEASON 4+3 IPSA 9.7,ENFERMEDAD DIVERTICULAR GLOBAL NO COMPLICADA, FARMACOLOGICOS: ENALAPRILX2 AMLODIPINO X1, QX HERNIA INGUINAL IZQUIERDA EN 2014 CX OCULAR HACE 18 AÑOS. ALERGICOS:PENICILINA TOXICOS: EX FUMADOR PESADO, FAMILIARES NIEGA-----PARACLINICOS REALIZADOS EN SUR0 MOLINOS:

HEMOGLOBINA 8.6, HEMATOCRITO 26.9, GLÓBULOS BLANCOS 16000, NEUTROFILOS (PORCENTAJE) 66.9, PLAQUETAS 451000,PROTEINA C REACTIVA 7.3 CREATININA 1.94, UROCULTIVO TOMADO EL 26/7/19 NEGATIVO A LAS

48 HRS---CONSIDERAN PACIENTE CON CLINICA COMPATIBLE CON ITU COMPLICADA, INICIAN MANEJO CON AZTREONAM 2GR CADA 8 HRS POR 7 DIAS Y ENVIAN PARA SALUD EN CASA PARA CONTINUAR MANEJO INSTAURADO. TIENE ORDEN DE RESONANCIA MAGNETICA CONTRASTADA DE ABDOMEN Y DE PELVIS PARA CONTINUAR MANEJO CON UROLOGIA POSTERIOR A HOSPITALIZACION---EL DIA DE HOY ENCUENTRO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL,SIN DIFICULTA RESPIRATORIA,SIN SIRS,EN EL MOMENTO CON LEVE DOLOR LUMBAR, REFIERE QUE PASO BUENA NOCHE,REFIERE QUE EN EL MOMENTO PRESENTA DEPOSICIONES BLANDAS PERO EN MENOR FRECUENCIA, NIEGA ALZAS TERMICAS,NIEGA OTROS SINTOMAS----SE CONSIDERA: HOSPITALIZAR EN SENC, AZTREONAM 1GR CADA 8 HRS X 7 DIAS,CT:3/8/19 ESTADO DE SALUD, VM:7/8/19

**Notas de expectativas y metas:** PLAN

PLAN

HOSPITALIZAR EN SENC

AZTREONAM 1GR CADA 8 HRS X 7 DIAS

CT:3/8/19 ESTADO DE SALUD

VM:7/8/19

Diagnóstico principal	Tipo de diagnóstico
N390-INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	Confirmado repetido

**Recomendaciones**

Recomendaciones: SE BRINDA INFORMACION AL PACIENTE Y SU ACOMPAÑANTE QUE EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO POR LO QUE NO DEBE SALIR DE SU DOMICILIO, DEBE PERMANECER CON UN CUIDADOR Y ATENDER LAS VISITAS DEL PERSONAL DE SALUD EN CASA SEGÚN LA PROGRAMACIÓN, SE EXPLICA QUE ESTE NO ES UN SERVICIO PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EN CASO DE TENER ALGUNA DUDA, QUEJA O SOLICITUD CON RESPECTO AL TRATAMIENTO, LAS VISITAS O EL SERVICIO DE SALUD O EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN CAMBIO EN LA CONDICIÓN DE SALUD POR FAVOR COMUNICARSE CON LA LÍNEA DE SALUD EN CASA 360-60-10, MARCAR LA OPCIÓN 0 Y LUEGO LA OPCIÓN 1, Y ALLÍ SERÁ ATENDIDO Y ASESORADO SEGÚN SU NECESIDAD

**Causa externa y finalidad**

Causa externa	Enfermedad general	Finalidad de la consulta	No aplica

**Alta de paciente observación**

¿Egresar? No

**Conducta final****Prescripción de medicamentos****Ayudas diagnósticas****Remisión****Recomendaciones**

SE BRINDA INFORMACION AL PACIENTE Y SU ACOMPAÑANTE QUE EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO POR LO QUE NO DEBE SALIR DE SU DOMICILIO, DEBE PERMANECER CON UN CUIDADOR Y ATENDER LAS VISITAS DEL PERSONAL DE SALUD EN CASA SEGÚN LA PROGRAMACIÓN, SE EXPLICA QUE ESTE NO ES UN SERVICIO PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EN CASO DE TENER ALGUNA DUDA, QUEJA O SOLICITUD CON RESPECTO AL TRATAMIENTO, LAS VISITAS O EL SERVICIO DE SALUD O EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN CAMBIO EN LA CONDICIÓN DE SALUD POR FAVOR COMUNICARSE CON LA LÍNEA DE SALUD EN CASA 360-60-10, MARCAR LA OPCIÓN 0 Y LUEGO LA OPCIÓN 1, Y ALLÍ SERÁ ATENDIDO Y ASESORADO SEGÚN SU NECESIDAD

**Información del profesional**

CHRIS ESTEFANIA BOLAÑOS ORTEGA

CC 1083812899

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Registro 1083812899

## Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

**Juan De Dios Gallego Toro**

Identificación  
CC 70037540

Fecha de nacimiento  
16-03-1952

Edad  
67 años(Vejez)

Sexo  
Masculino

Tipo de afiliación  
POS

Teléfono fijo  
2729263-3176759521  
Estado civil  
Viudo

Departamento  
ANTIOQUIA  
Otro teléfono fijo  
3017542525  
Ocupación  
Pensionado

Municipio  
MEDELLIN

Dirección  
CL 3 C # 78 B 04  
Correo electrónico  
laura-1525@hotmail.com

## Datos del acompañante

Nombre acompañante

LIZETH VALENCIA

Parentesco acompañante

Otro

Teléfono acompañante

3185182646

## Motivo de Consulta

"TENGO DOLOR EN EL HOMBRO Y EN LA CADERA"

## Enfermedad actual

RESIDENTE EN BELEN RINCON, VIUDO, 4 HIJOS, PENSIONADO.(CAMINA CON BASTON), VIENE CON EMPLEADA.

PACIENTE MASCULINO DE 67 AÑOS DE EDAD, REFIERE CUADRO CLINICO DE 2 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN HOMBRO IZQUIERDO DE INTENSIDAD 10/10 QUE LIMITA MOVIMIENTOS ACOMPAÑADO DE DISMINUCION DE LA FUERZA MUSCULAR, COMENTA ADEMAS CUADRO DE 6 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN REGION LUMBOSACRA DE INTENSIDAD 10/10 EN LA ESCALA DEL DOLOR QUE LIMITA LA MARCHA, COMENTA QUE TUVO CAIDA DE UNA SILLA HACE 6 MESES POSTERIOR A ESTO DOLOR. NIEGA FIEBRE, NIEGA DOLOR EN EL PECHO, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR.

ANTECEDENTES PERSONALES: PATOLOGICOS: HTA "HACE MAS DE 20 AÑOS", DISLIPIDEMIA, ERC, HIPERURICEMIA, CA DE PROSTATA(EN MANEJO CON UROLOGIA), QUIRURGICOS:2 CIRUGIA(HERNIA INGUINAL IZQUIERDA),CIRUGIA PTERIGION OJO IZQUIERDO, ALERGICOS:PENICILINA, FAMILIARES:NIEGA.

## Antecedentes Patológicos

Patología	Presenta	Observación	Patología	Presenta	Observación
Hipertensión Arterial	Sí				
Cáncer	Sí	Prostata			

## Antecedentes alérgicos

Patología
Alergia A La Penicilina

## Antecedentes quirúrgicos

Procedimiento	Observación
herniorrafia inguinal	Relata AP Qxs. "herniorrafia inguinal izq 2 ocasiones".

## Examen físico

**Medidas Antropométricas** Peso: 62.5 kg, Talla: 168 cm, IMC: 22.14, Clasificación según IMC : Bajo Peso

**Signos Vitales** Frecuencia cardiaca: 85 lpm, Frecuencia respiratoria: 19 rpm

**Presión Arterial** Presión arterial sistólica: 120, Presión arterial diastólica: 70, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 86.67

**Otros signos vitales** Temperatura: 36 °C, Sitio de toma de temperatura: Axilar, Saturación de oxígeno sin oxígeno: 98 %

**Estado general del paciente** BUENAS CONDICIONES GENERALES.

**Cabeza y Cuello** MUCOSAS HIDRATADAS ANICTERICAS.CAVIDAD ORAL SIN ERITEMA NI SECRECION. OTOSCOPIA NORMAL.NO ADENOPATIASPUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS, NO SIGNOS DE FOCALIZACIÓN.NO

RIGIDEZ DE NUCA.

**Tórax** TORAX: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS.

**Gastrointestinal** ABDOMEN: BLANDO, SIN DOLOR A LA PALPACION SIN IRRITACION PERITONEAL.

**Genitourinario** SONDA VESICAL

**Osteomuscular** EXTREMIDADES: HOMBRO IZQUIERDO: DOLOR A LA ABDUCCION, ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS, SIGNO DE LASSEGUE POSITIVO

**Neurologicos** NEUROLOGICO: SIN SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA, SIN SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA.

**Vascular periférico** LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS.

**Piel y anexos** SIN PALIDEZ MUCOCUTANEA.

## Análisis y plan

**Notas de análisis y plan:** REFIERE CUADRO CLINICO DE 2 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN HOMBRO IZQUIERDO DE INTENSIDAD 10/10 QUE LIMITA MOVIMIENTOS ACOMPAÑADO DE DISMINUCION DE LA FUERZA MUSCULAR, COMENTA ADEMÁS CUADRO DE 6 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN REGION LUMBOSACRA DE INTENSIDAD 10/10 EN LA ESCALA DEL DOLOR QUE LIMITA LA MARCHA, COMENTA QUE TUVO CAIDA DE UNA SILLA HACE 6 MESES POSTERIOR A ESTO DOLOR. NIEGA FIEBRE, NIEGA DOLOR EN EL PECHO, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR.EXAMEN FISICO: EXTREMIDADES: HOMBRO IZQUIERDO: DOLOR A LA ABDUCCION, ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS, SIGNO DE LASSEGUE POSITIVO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CURSANDO CON DOLOR ARTICULACION DEL HOMBRO IZQUIERDO Y REGION LUMBOSACRA, SE DA FORMULA CON ANALGESICOS(ACETAMINOFEN POR INSUFICIENCIA RENAL), SE ORDENAN RADIOGRAFIAS, SE LE EXPLICAN SIGNOS ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS.

Diagnóstico principal	Tipo de diagnóstico
M255-DOLOR EN ARTICULACIÓN	Impresión diagnóstica

## Recomendaciones

Recomendaciones: SIGNOS ALARMA CONSULTAR URGENCIAS: DOLOR DE CABEZA QUE NO LA DEJA DORMIR O LA DESPIERTA VISION BORROSA, MAREOS INTENSOS SOMNOLENCIA DESVIACION DE LA BOCA LIMITACION PARA CAMINAR DISMINUCION DE LA FUERZA MUSCULAR DIFICULTAD PARA HABLAR VOMITOS ABUNDANTE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR EN REPOSO, DOLOR EN EL PECHO INTENSO

## Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general	Finalidad de la consulta	No aplica

## Conducta final

## Prescripción de medicamentos

Código	Tipo	Nombre	Posología	Cantidad
16137	pos	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA	1 TABLETAS cada 8 Horas durante 5 Dias	15

## Ayudas diagnósticas

Código	Tipo	Nombre	Cantidad
871040	pos	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	1
873204	pos	RADIOGRAFIA DE HOMBRO (UNILATERAL)	1

## Remisión

## Recomendaciones

SIGNOS ALARMA CONSULTAR URGENCIAS: DOLOR DE CABEZA QUE NO LA DEJA DORMIR O LA DESPIERTA VISION BORROSA, MAREOS INTENSOS SOMNOLENCIA DESVIACION DE LA BOCA LIMITACION PARA CAMINAR DISMINUCION DE LA FUERZA MUSCULAR DIFICULTAD PARA HABLAR VOMITOS ABUNDANTE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR EN REPOSO, DOLOR EN EL PECHO INTENSO

## Información del profesional

JOSE JOAQUIN GNECCO CERVANTES

CC 1045713548

MEDICINA GENERAL

Registro 1045713548

**Información básica del paciente y la atención**

Plan: POS

**Juan De Dios Gallego Toro**

Identificación CC 70037540      Fecha de nacimiento 16-03-1952      Edad 67 años(Vejez)      Sexo Masculino

Tipo de afiliación  
**POS**  
 Teléfono fijo  
**2729263-3176759521**  
 Estado civil  
**Viudo**

Departamento  
**ANTIOQUIA**  
 Otro teléfono fijo  
**3017542525**  
 Ocupación  
**Pensionado**

Municipio  
**MEDELLIN**

Dirección  
**CL 3 C # 78 B 04**  
 Correo electrónico  
**laura-1525@hotmail.com**

**Datos del acompañante**

Nombre acompañante      Laura Gallego      Parentesco acompañante      Hijo  
 Teléfono acompañante      3176759521

**Motivo de Consulta**

Control agudos zona 4. Belen Rincón, dirección carrera 80A # 2B-26 teléfono 2563594.

**Enfermedad actual**

**Enfermedad Actual**

Enfermedad Actual      Juan Gallego.  
 Paciente masculino de 67 años de edad, residente en Belen Rincón, dirección carrera 80A # 2B-26 teléfono 2563594, con antecedentes patológicos: HTA, HPB, medicamentos: Amlodipino 5mg/día, Enalapril 20mg/día, Acetaminofén si dolor, Bisacodilo 1/día, Tramadol 8 gotas cada 4 horas, quirúrgicos: Herniorrafia inguinal, no alérgicos, tóxicos de importancia referidos. Ingresó a la institución Clínica Antioquia, donde se le realizó diagnóstico de Infección del Tracto Urinario, por lo cual realizaron remisión para manejo por Salud en Casa. Diagnósticos: Infección del Tracto Urinario por E. Fecalis multisensible. Tratamiento: Ampicilina Sulbactam 1gr cada 8 horas intravenoso por 7 días (hoy día 5). Subjetivo: la paciente refiere que se siente mejor, no disuria, no hematuria, no ha podido hacer deposiciones, dolor ocasional, no fiebre, no vómito, no diarrea, no otros síntomas.

**Antecedentes Patológicos**

Patología	Presenta	Observación	Patología	Presenta	Observación
Hipertensión Arterial	Sí				
Cáncer	Sí	Prostata			

**Antecedentes alérgicos**

Patología
Alergia A La Penicilina

**Antecedentes quirúrgicos**

Procedimiento	Observación
herniorrafia inguinal	Relata AP Qxs. "herniorrafia inguinal izq 2 ocasiones".

**Examen físico**

**Medidas Antropométricas**      Talla: 167 cm

**Signos Vitales**      Frecuencia cardiaca: 78 lpm, Frecuencia respiratoria: 18 rpm

**Presión Arterial**      Presión arterial sistólica: 120, Presión arterial diastólica: 75, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 90.00

**Otros signos vitales** Temperatura: 36.5 °C, Sitio de toma de temperatura: Axilar, Saturación de oxígeno sin oxígeno: 98 %

**Estado general del paciente** Buenas condiciones generales, estable hemodinamicamente, tranquilo, colaborador, sin SIRS

**Cabeza y Cuello** Normocéfalo, conjuntivas rosadas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda, cuello móvil sin masas ni adenopatías, orofaringe sana, no eritema no escurrimiento, no foco infeccioso

**Tórax** Tórax simétrico sin retracciones, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado bilateral sin sobreagregados

**Gastrointestinal** Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias palpables, no signos de irritación peritoneal

**Genitourinario** Genitales normoconfigurados, no alteraciones evidentes, puño percusión renal bilateral negativa

**Osteomuscular** Extremidades móviles, arcos del movimiento conservados, sin edemas, pulsos conservados, llenado capilar menor de 2 segundos

**Neurológicos** Glasgow 15/15, conciente, alerta, orientado en las 3 esferas, no déficit motor ni sensitivo aparente, fuerza conservada, sensibilidad conservada, no parestias ni parestesias, no focalización

## Análisis y plan

**Notas de análisis y plan:** Paciente masculino de 67 años de edad, sin antecedentes relevantes de importancia, quién cursó con cuadro de Infección del Tracto Urinario, por lo que fue manejado con Aztreonam, en Clínica Antioquia, en el momento ingresa a programa de Salud en Casa para completar manejo, se hizo cambio a Ampicilina Sulbactam por urocultivo, hoy día 5, encuentro paciente estable, sin hallazgos relevantes al examen físico, evolución tórpida, el paciente es apto para paso a vía oral, ya tiene pendiente control por Urología para definir prostatectomía, por ahora tiene indicación de continuar manejo con sonda permanente, el paciente refiere que ha estado sin deposiciones flatos presentes, no dolor, se deja orden para enema. Se explica condición actual y plan de manejo, se dan indicaciones y signos de alarma de reconsulta. El paciente refiere que entiende y acepta.

Diagnóstico principal	Tipo de diagnóstico
N390-INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	Impresión diagnóstica

## Recomendaciones

Recomendaciones: Consultar si: fiebre, vómito que no mejora, dolor de cabeza severo, sangrados por alguna parte del cuerpo, los síntomas persisten a pesar de 2-3 días de tratamiento, no tolera la alimentación, tiene un dolor insoportable

## Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general	Finalidad de la consulta	No aplica

## Alta de paciente observación

¿Egresar?	Si	Causa egreso	Mejoría clínica
Observaciones	1. Alta. 2. Enviar Ciprofloxacino 750mg # 10 tabletas (1 cada 12 horas por 5 días). 3. Suspender manejo con Ampicilina Sulbactam.		

## Conducta final

### Prescripción de medicamentos

### Ayudas diagnósticas

### Remisión

### Recomendaciones

Consultar si: fiebre, vómito que no mejora, dolor de cabeza severo, sangrados por alguna parte del cuerpo, los síntomas persisten a pesar de 2-3 días de tratamiento, no tolera la alimentación, tiene un dolor insoportable

## Información del profesional

JULIANA ESTRADA URIBE

CC 1037623619

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Registro 1037623619

**Información básica del paciente y la atención**

Plan: POS

**Juan De Dios Gallego Toro**

Identificación CC 70037540      Fecha de nacimiento 16-03-1952      Edad 67 años(Vejez)      Sexo Masculino

Tipo de afiliación  
**POS**  
 Teléfono fijo  
**2729263-3176759521**  
 Estado civil  
**Viudo**

Departamento  
**ANTIOQUIA**  
 Otro teléfono fijo  
**3017542525**  
 Ocupación  
**Pensionado**

Municipio  
**MEDELLIN**

Dirección  
**CL 3 C # 78 B 04**  
 Correo electrónico  
**laura-1525@hotmail.com**

**Datos del acompañante**

Nombre acompañante      Laura Gallego      Parentesco acompañante      Hijo  
 Teléfono acompañante      3176759521

**Motivo de Consulta**

Paciente remitido de CLINICA ANTIOQUIA SEDE SUR por el profesional MIGUEL SEBASTIÁN RODRIGUEZ para recibir tratamiento de Administración de Medicamentos; por los siguientes diagnósticos:

- INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

**Enfermedad actual**

**Enfermedad Actual**

Enfermedad Actual      PACIENTE MASCULINO DE 67 AÑOS DE EDAD RESIDE EN BELEN RINCON , REMITIDO DE CLINICA ANTIOQUIA PARA MANEJO EN SALUD EN CASA CON DX DE ITU. PACIENTE CONSULTO POR CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO LOCALIZADO EN HOMBRO IZQUIERDO Y CADERA DERECHA,DERIVADO CON Sonda URETRAL POR UROPATIA OBSTRUCTIVA, PACIENTE RECIENTEMENTE HOSPITALIZADO POR EPISODIO DE HEMATURIA Y HEMATOQUEZIA AMPLIAMENTE ESTUDIADO EN CLINICA MEDELLIN EN DONDE REALIZAN COLONOSCOPIA QUE EVIDENCIO ENFERMEDAD DIVERTICULAR GLOBAL NO COMPLICADA,PACIENTE DESDE HACE 2 AÑOS EN SEGUIMIENTO POR ONCOLOGIA CLINICA POR CA DE PROSTATA, HASTA EL MOMENTO PACIENTE NO HABIA ACEPTADO MANEJO POR DICHA PATOLOGIA,NO ES CLARO SI YA ESTA EN TERAPIA DE DEPRIVACION ANDROGENICA. ULTIMA VALORACION POR UROLOGIA REPORTA PACIENTE CON ENFERMEDAD OSEA METASTASICA AMPLIA PARACLINICOS +:UROANALISIS TURBIO.DENSIDAD 1023 PH:5.0 NITRITOS POSITIVOS,LEU:500, BACTERIAS ABUNDANTES PARACLINICOS: CR:1.62PCR:10.3 HB:9.6 HTO:27.9LEU:13510 NEU:58% PLT:377000 GAMAGRAFIA OSEA:SE OBSERVA MULTIPLES CAPTACIONES DISTRIBUIDAS EN EL ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR LOCALIZADAS EN REGION L3,L1,T12,T8,T7,6,8,9Y10 ARCOS COSTALES POSTERIORES IZQUIERDOS 7 ARCOS COSTALES DERECHO,ACETABULO IZQUIERDO,ISQUION DER,COMPROMISO POLIOSTOTICO METASTASICO. ANTECEDENTES PATOLOGICOS: HTA, CA DE PRÓSTATA FARMACOLOGICOS: ENALAPRILX2 AMLODIPINO X1 ALERGICOS:PENICILINA FAMILIARES NIEGA QX NIEGA. REPORTE DE UROCULTIVO: UROCULTIVO MICROORGANISMO AISLADO ORGANISMO: ENTEROCOCCUS FAECALIS AMPICILINA <=2 S CIPROFLOXACINA <=05 S NITROFURANTOINA <=16 S, SE PASO DE AZTREONAM A AMPICILINA SULBACTAM. IV. PACIENTE REFIERE QUE CONTOMUA CON SIMTOMAS URINARIOS CON DISURIA, ADEMAS HACE UNA HORA COMENXO CON HEMATURIA FFRANCA DE CON 20 CC APROXIMADAMENTE, NIEGA EVENTOS PREVIOS DE TRAUMA, SIN DOLOR EN EL MEMENTO

**Revisión por Sistemas**

PACIENTE NIEGA DIAFORESIS, NIEGA MAREO, NIEGA DOLOR PRECORDIAL, NO PALPITACIONES

**Antecedentes Patológicos**

Patología	Presenta	Observación
Hipertensión Arterial	Sí	
Cáncer	Sí	Prostata

Patología	Presenta	Observación
-----------	----------	-------------

## Antecedentes alérgicos

Patología
Alergia A La Penicilina

## Antecedentes quirúrgicos

Procedimiento	Observación
herniorrafia inguinal	Relata AP Qxs. "herniorrafia inguinal izq 2 ocasiones".

## Examen físico

**Medidas Antropométricas** Talla: 167 cm

**Signos Vitales** Frecuencia cardiaca: 67 lpm, Frecuencia respiratoria: 17 rpm

**Presión Arterial** Presión arterial sistólica: 120, Presión arterial diastólica: 80, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 93.33

**Otros signos vitales** Temperatura: 37 °C, Sitio de toma de temperatura: Axilar, Saturación de oxígeno sin oxígeno: 96 %

**Estado general del paciente** PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, COLABORADOR A LA ENTREVISTA.

**Cabeza y Cuello** CABEZA: NORMOCEFALO, SIN ESTIGMAS DE TRAUMA, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SIN EVIDENCIA DE NISTAGMUS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, NARINAS CON ADECUADA ENTRADA DE AIRE, DE CONFIGURACION NORMAL, MUCOSA ORAL HÚMEDA, HIDRATADA, OROFARINGE SIN ALTERACIONES.

- CUELLO: MOVIL NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN NI MOVILIZACIÓN, NO SE PALPAN ADENOMEGALIAS NI MASAS. NO SOPLOS CAROTIDEOS.

**Tórax** TORAX: SIMETRICO, EXPANSIBLE, SIN USO DE MUSCULATURA ACCESORIA, PULMONES CON ADECUADA ENTRADA DE AIRE BILATERAL, RUIDOS RESPIRATORIOS BILATERALES SIN AGREGADOS PATOLOGICOS.

- CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, DE BUEN TONO E INTENSIDAD SIN SOPLOS NI AGREGADOS.

**Gastrointestinal** - ABDOMEN: NO DISTENDIDO, PERISTALSIS POSITIVA, EFECTIVA BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.

REFIERE DOLOR A LA PALPACION EN REGIÓN DEL HIPOGASTRIO, NO SE EVIDENCIA NUEVA HERNIA, EN REGIÓN INGUINAL IZQUIERDA,

**Genitourinario** -GENITOURINARIO: SONDA VESICAL CON HEMATURIA FRANCA APROXIMADAMENTE 20 CC

**Osteomuscular** - EXTREMIDADES: SIMETRICAS Y EUTROFICAS SIN EDEMAS.

**Neurologicos** -NEUROLOGICO: CONSCIENTE, ORIENTADO, SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, NO SIGNOS DE FOCALIZACION SIN ALTERACIONES, PARES CRANEALES NORMALES, LENGUAJE SIN ALTERACIONES, SIN SIGNOS MENINGEOS.

**Vascular periférico** - VASCULAR CON LLENADO CAPILAR DISTAL INMEDIATO, MENOR DE 2 SEGUNDOS

**Piel y anexos** -PIEL: INTEGRAL SIN LESIONES, NO SE OBSERVA TINTE ICTÉRICO. NO UPP

## Análisis y plan

**Notas de análisis y plan:** PACIENTE MASCULINO EN LA SÉPTIMA DÉCADA DE LA VIDA CON ANTECEDENTES ANOTADOS, REMITIDO A SALUD EN CASA CON DX DE ITU, SE ENCONTRÓ EN EL UROCULTIVO ENTEROCOCCUS FECALIS, EN TTO CON AMPICILINA SULBACTAM, HOY EN SU PRIEMER DIA DE TTO ANTIBIÓTICO, REFIERE QUE CONTINUA CON DISURIA Y TENESMO; ME LLAMA LA ATENCION QUE DESDE HACE UNA HORA HA COMENZADO CON HEMATURIA FRANCA, 20 CC EN EL MOMENTO, SIN EVENTOS PREVIOS DE TRAUMA, SE CAMBIO LA SONDA HACE 5 DIAS, SE DA LA OPCIÓN DE REMITIR PERO EL PACIENTE REFIERE QUE SE SIENTE BIEN QUE DESEA ESPERAR, SE DA UN PLAZO DE ESPERA DE 4 HORAS MÁXIMO. EN CASO DE QUE EL SANGRADO EMPEORE DEBE INGRESAR POR SUS PROPIOS MEDIOS A UN SERVICIO DE URGENCIAS O COMUNICASE CON LA LINEA DE SALUD EN CASA PARA INICIAR PROCESO DE REMISION. EN EL MOMENTO PACIENTE SIN TAQUICARDIA, SIN HIPOTENSION, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE. SE EXPLICA CLARAMENTE LOS SIGNOS DE ALARMA A SU ACOMPAÑANTE Y AL PACIENTE QUIENES ACEPTAN Y ENTIENDE. SI NO SE EFECTÚA LA REMISIÓN CT PARA VIGILAR SANGRADO. PACIENTE NO ES CANDIDATO A PASO DE VIA ORAL TODAVÍA CONTINUA MUY SINTOMATICO.

**Notas de expectativas y metas:** 1. CONTINUA HOSPITALIZADO

2. CONTROL DE SV

3. CONTINUAR CON AMPICLINA SULBACTAN 3 GR IV CADA 8 HORAS POR 7 DIAS

4. CT 30-06-19 VIGILAR SANGRADO

5. RM 02-07-19

6. ENVIAR BISACODILO TAB 5 MG TOMAR UN CADA 24 HORAS POR 10 DIAS # 10

Diagnóstico principal	Tipo de diagnóstico
N390-INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	Confirmado nuevo

### Recomendaciones

Recomendaciones: --SE INFORMA AL CUIDADOR SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMASALUD EN CASA, FRECUENCIA Y HORARIO DE VISITAS POR PERSONAL MEDICO, ENFERMERÍA Y TERAPEUTAS. SE ACLARA QUE NO SE TRATA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS, EL PACIENTE ESTA HOSPITALIZADO DENTRO DE SU CASA Y EN CASO DE PRESENTAR SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA DEBE CONSULTAR A TRAVÉS DE LA LINEA ÚNICA DE SURA 3606010 OPCIÓN 0-1. A LA LINEA TAMBIÉN SE DEBEN REPORTAR LAS NOVEDADES POR SALIDA A CITAS MEDICAS, EXÁMENES MEDICO O URGENCIA DE AUSENTARSE DEL DOMICILIO.

### Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general	Finalidad de la consulta	No aplica
---------------	--------------------	--------------------------	-----------

### Alta de paciente observación

¿Egresó?	No
----------	----

## Conducta final

### Prescripción de medicamentos

### Ayudas diagnósticas

### Remisión

### Recomendaciones

--SE INFORMA AL CUIDADOR SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMASALUD EN CASA, FRECUENCIA Y HORARIO DE VISITAS POR PERSONAL MEDICO, ENFERMERÍA Y TERAPEUTAS. SE ACLARA QUE NO SE TRATA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS, EL PACIENTE ESTA HOSPITALIZADO DENTRO DE SU CASA Y EN CASO DE PRESENTAR SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA DEBE CONSULTAR A TRAVÉS DE LA LINEA ÚNICA DE SURA 3606010 OPCIÓN 0-1. A LA LINEA TAMBIÉN SE DEBEN REPORTAR LAS NOVEDADES POR SALIDA A CITAS MEDICAS, EXÁMENES MEDICO O URGENCIA DE AUSENTARSE DEL DOMICILIO.

## Información del profesional

SANDRA VIVIANA QUIROZ RESTREPO

CC 1037589971

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Registro 1037589971

## Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

**Juan De Dios Gallego Toro**

Identificación  
CC 70037540

Fecha de nacimiento  
16-03-1952

Edad  
67 años(Vejez)

Sexo  
Masculino

Tipo de afiliación  
**POS**  
Teléfono fijo  
2729263 -3176759521  
Estado civil  
**Viudo**

Departamento  
**ANTIOQUIA**  
Otro teléfono fijo  
3017542525  
Ocupación  
**Pensionado**

Municipio  
**MEDELLIN**

Dirección  
**CL 3 C # 78 B 04**  
Correo electrónico  
**laura-1525@hotmail.com**

## Datos del acompañante

Nombre acompañante Laura Gallego  
Teléfono acompañante 3176759521

Parentesco acompañante Hijo

## Motivo de Consulta

Paciente remitido de CLINICA ANTIOQUIA SEDE SUR por el profesional MIGUEL SEBASTIÁN RODRIGUEZ para recibir tratamiento de Administración de Medicamentos; por los siguientes diagnósticos:  
 - INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

## Enfermedad actual

### Enfermedad Actual

Enfermedad Actual

PACIENTE MASCULINO DE 67 AÑOS DE EDAD REMITIDO DE CLINICA ANTIOQUIA PARA MANEJO EN SALUD EN CASA CON DX DE ITU. PACIENTE CONSULTO POR CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO LOCALIZADO EN HOMBRO IZQUIERDO Y CADERA DERECHA, DERIVADO CON Sonda URETRAL POR UROPATIA OBSTRUCTIVA, NIEGA ALZAS TERMICAS, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, EN EL MOMENTO SIN HEMATURIA. PACIENTE RECIENTEMENTE HOSPITALIZADO POR EPISODIO DE HEMATURIA Y HEMATOQUEZIA AMPLIAMENTE ESTUDIADO EN CLINICA MEDELLIN EN DONDE REALIZAN COLONOSCOPIA QUE EVIDENCIO ENFERMEDAD DIVERTICULAR GLOBAL NO COMPLICADA, PACIENTE DESDE HACE 2 AÑOS EN SEGUIMIENTO POR ONCOLOGIA CLINICA POR CA DE PROSTATA, HASTA EL MOMENTO PACIENTE NO HABIA ACEPTADO MANEJO POR DICHA PATOLOGIA, NO ES CLARO SI YA ESTA EN TERAPIA DE DEPRIVACION ANDROGENICA. ULTIMA VALORACION POR UROLOGIA REPORTA PACIENTE CON ENFERMEDAD OSEA METASTASICA AMPLIA Y METASTASIS EN SITIOS DE DOLOR DESCRITOS. DENTRO DE LOS PARACLINICOS RESALIZADOS REPORTE DE UROANALISIS TURBIO, DENSIDAD 1023 PH:5.0 NITRITOS POSITIVOS, LEU:500, BACTERIAS ABUNDANTES ANTECEDENTES PATOLOGICOS: HTA, CA DE PROSTATA FARMACOLOGICOS: ENALAPRIL X2 AMLODIPINO X1 ALERGICOS: PENICILINA FAMILIARES NIEGA QX NIEGA----- PARACLINICOS: CR:1.62 PCR:10.3 HB:9.6 HTO:27.9 LEU:13510 NEU:58% PLT:377000 GAMAGRAFIA OSEA: SE OBSERVA MULTIPLES CAPTACIONES DISTRIBUIDAS EN EL ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR LOCALIZADAS EN REGION L3, L1, T12, T8, T7, 6, 8, 9 Y 10 ARCOS COSTALES POSTERIORES IZQUIERDOS 7 ARCOS COSTALES DERECHO, ACETABULO IZQUIERDO, ISQUION DER, COMPROMISO POLIOSTOTICO METASTASICO. ---EL DIA DE HOY ENCUENTRO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, TRANQUILO, REFIERE DOLOR OSEO GENERALIZADO, REFIERE ORINA CLARA SIN SANGRE NI OTROS. -- ENVIAN PARA MANEJO EN SALUD EN CASA CON AZTREONAM 1GR CADA 8 HRS X 7 DIAS, CT:28/6/19 REV UROCULTIVO VM:3/7/19

## Revisión por Sistemas

NIEGA ALZAS TERMICAS, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, NIEGA DIARREA, NIEGA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, REFIERE DOLOR OSEO GENERALIZADO, NIEGA OTROS

## Antecedentes Patológicos

Patología	Presenta	Observación
Hipertensión Arterial	Sí	
Cáncer	Sí	Prostata

Patología	Presenta	Observación
-----------	----------	-------------

### Antecedentes alérgicos

Patología
Alergia A La Penicilina

### Antecedentes quirúrgicos

Procedimiento	Observación
herniorrafia inguinal	Relata AP Qxs. "herniorrafia inguinal izq 2 ocasiones".

### Examen físico

**Medidas Antropométricas** Talla: 167 cm

**Signos Vitales** Frecuencia cardiaca: 83 lpm, Frecuencia respiratoria: 18 rpm

**Presión Arterial** Presión arterial sistólica: 110, Presión arterial diastólica: 75, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 86.67

**Otros signos vitales** Temperatura: 36 °C, Sitio de toma de temperatura: Axilar, Saturación de oxígeno sin oxígeno: 96 %

**Estado general del paciente** ACCEPTABLES CONDICIONES GENERALES,HEMODYNAMICAMENTE ESTABLE,AFEBRIL,SIN SIRS

**Cabeza y Cuello** NORMOCÉFALO,CUELLO MOVIL, SIN MASAS NI ADENOPATIAS A LA PALPACIÓN, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, SIN SECRECIONES NI ENOFTALMOS. MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE SANA SIN LESIONES,OTOSCOPIA BILATERAL CON CAE PERMEABLE, SIN LESIONES, MEMBRANA INTEGRAS, NO ERMEMATOSA, NO ABOMBADA, NO PÉRDIDA DE CONO LUMINOSO, NO EXUDADOS

**Tórax** TORAX SIMETRICO,RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN RUIDOS SOBREGREGADOS,NO RONCUS, NO SIBILANCIAS, NO CREPITOS, NO USO DE MÚSCULOS ACCESORIOS PARA LA RESPIRACIÓN.

**Gastrointestinal** ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN MASAS O MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PUÑO PERCUSION NEGATIVA BILATERAL.

**Genitourinario** PRESENCIA DE Sonda Vesical con Orina Clara Abundante

**Osteomuscular** EXTREMIDADES SIMÉTRICAS,SIN EDEMAS,ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS,DOLOR OSEO GENERALIZADO, FUERZA 5/5

**Neurológicos** PACIENTE ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, LENGUAJE FLUIDO Y COHERENTE, RESPONDE AL INTERROGATORIO Y OBEDECE ORDENES.NO DEFICIT MOTOR CLINICAMENTE EVIDENTE.

**Vascular periférico** NO ALTERACIONES EN LA MARCHA, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD

**Piel y anexos** SIN LESIONES

### Análisis y plan

**Notas de análisis y plan:** PACIENTE MASCULINO DE 67 AÑOS DE EDAD REMITIDO DE CLINICA ANTIOQUIA PARA MANEJO EN SALUD EN CASA CON DX DE ITU. PACIENTE CONSULTO POR CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO LOCALIZADO EN HOMBRO IZQUIERDO Y CADERA DERECHA, DERIVADO CON Sonda Uretral por Uropatía obstructiva, niega alzas térmicas, niega dolor abdominal, en el momento sin hematuria. PACIENTE RECIENTEMENTE HOSPITALIZADO POR EPISODIO DE HEMATURIA Y HEMATOQUEZIA AMPLIAMENTE ESTUDIADO EN CLINICA MEDELLIN EN DONDE REALIZAN COLONOSCOPIA QUE EVIDENCIO ENFERMEDAD DIVERTICULAR GLOBAL NO COMPLICADA, PACIENTE DESDE HACE 2 AÑOS EN SEGUIMIENTO POR ONCOLOGIA CLINICA POR CA DE PROSTATA, HASTA EL MOMENTO PACIENTE NO HABIA ACEPTADO MANEJO POR DICHA PATOLOGIA, NO ES CLARO SI YA ESTA EN TERAPIA DE DEPRIVACION ANDROGENICA. ULTIMA VALORACION POR UROLOGIA REPORTA PACIENTE CON ENFERMEDAD OSEA METASTASICA AMPLIA Y METASTASIS EN SITIOS DE DOLOR DESCRITOS. DENTRO DE LOS PARACLINICOS RESALZADOS REPORTE DE UROANALISIS TURBIO, DENSIDAD 1023 PH:5.0 NITRITOS POSITIVOS, LEU:500, BACTERIAS ABUNDANTES ANTECEDENTES PATOLOGICOS: HTA, CA DE PROSTATA FARMACOLOGICOS: ENALAPRIL X2 AMLODIPINO X1 ALERGICOS: PENICILINA FAMILIARES NIEGA QX NIEGA---- PARACLINICOS: CR:1.62 PCR:10.3 HB:9.6 HTO:27.9 LEU:13510 NEU:58% PLT:377000 GAMAGRAFIA OSEA: SE OBSERVA MULTIPLES CAPTACIONES DISTRIBUIDAS EN EL ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR LOCALIZADAS EN REGION L3, L1, T12, T8, T7, 6, 8, 9 Y 10 ARCOS COSTALES POSTERIORES IZQUIERDOS 7 ARCOS COSTALES DERECHO, ACETABULO IZQUIERDO, ISQUION DER, COMPROMISO POLIOSTOTICO METASTASICO.--EL DIA DE HOY ENCUENTRO PACIENTE HEMODYNAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, TRANQUILLO, REFIERE DOLOR OSEO GENERALIZADO, REFIERE ORINA CLARA SIN SANGRE NI OTROS.--ENVIAN PARA MANEJO EN SALUD EN CASA CON AZTREONAM 1GR CADA 8 HRS X 7 DIAS, CT:28/6/19 REV UROCULTIVO VM:3/7/19

**Notas de expectativas y metas:** PLAN

HOSPITALIZAR EN SENC

AZTREONAM 1GR CADA 8 HRS X 7 DIAS

CT:28/6/19 REV URO CULTIVO

VM:3/7/19

Diagnóstico principal	Tipo de diagnóstico
N390-INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	Confirmado repetido

## Recomendaciones

Recomendaciones: SE BRINDA INFORMACION AL PACIENTE Y SU ACOMPAÑANTE QUE EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO POR LO QUE NO DEBE SALIR DE SU DOMICILIO, DEBE PERMANECER CON UN CUIDADOR Y ATENDER LAS VISITAS DEL PERSONAL DE SALUD EN CASA SEGÚN LA PROGRAMACIÓN, SE EXPLICA QUE ESTE NO ES UN SERVICIO PARA LA ATENCION DE URGENCIAS Y EN CASO DE TENER ALGUNA DUDA, QUEJA O SOLICITUD CON RESPECTO AL TRATAMIENTO, LAS VISITAS O EL SERVICIO DE SALUD O EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN CAMBIO EN LA CONDICIÓN DE SALUD POR FAVOR COMUNICARSE CON LA LÍNEA DE SALUD EN CASA 360-60-10, MARCAR LA OPCIÓN 0 Y LUEGO LA OPCIÓN 1, Y ALLÍ SERÁ ATENDIDO Y ASESORADO SEGÚN SU NECESIDAD

## Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general	Finalidad de la consulta	No aplica
---------------	--------------------	--------------------------	-----------

## Conducta final

### Prescripción de medicamentos

### Ayudas diagnósticas

### Remisión

## Recomendaciones

SE BRINDA INFORMACION AL PACIENTE Y SU ACOMPAÑANTE QUE EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO POR LO QUE NO DEBE SALIR DE SU DOMICILIO, DEBE PERMANECER CON UN CUIDADOR Y ATENDER LAS VISITAS DEL PERSONAL DE SALUD EN CASA SEGÚN LA PROGRAMACIÓN, SE EXPLICA QUE ESTE NO ES UN SERVICIO PARA LA ATENCION DE URGENCIAS Y EN CASO DE TENER ALGUNA DUDA, QUEJA O SOLICITUD CON RESPECTO AL TRATAMIENTO, LAS VISITAS O EL SERVICIO DE SALUD O EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN CAMBIO EN LA CONDICIÓN DE SALUD POR FAVOR COMUNICARSE CON LA LÍNEA DE SALUD EN CASA 360-60-10, MARCAR LA OPCIÓN 0 Y LUEGO LA OPCIÓN 1, Y ALLÍ SERÁ ATENDIDO Y ASESORADO SEGÚN SU NECESIDAD

## Información del profesional

CHRIS ESTEFANIA BOLAÑOS ORTEGA

CC 1083812899

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA Registro 1083812899

## Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

**Juan De Dios Gallego Toro**

Identificación  
CC 70037540

Fecha de nacimiento  
16-03-1952

Edad  
67 años(Vejez)

Sexo  
Masculino

Tipo de afiliación  
**POS**  
Teléfono fijo  
2729263-3176759521  
Estado civil  
**Viudo**

Departamento  
**ANTIOQUIA**  
Otro teléfono fijo  
3017542525  
Ocupación  
**Pensionado**

Municipio  
**MEDELLIN**

Dirección  
**CL 3 C # 78 B 04**  
Correo electrónico  
**laura-1525@hotmail.com**

## Datos del acompañante

Nombre acompañante	Laura Gallego	Parentesco acompañante	Hijo
Teléfono acompañante	3176759521		

## Motivo de Consulta

Paciente remitido de CLINICA ANTIOQUIA SEDE SUR por el profesional MIGUEL SEBASTIÁN RODRIGUEZ para recibir tratamiento de Administración de Medicamentos; por los siguientes diagnósticos:  
 - INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

## Enfermedad actual

### Enfermedad Actual

Enfermedad Actual

DIRECCION:CRA 80A #2B-26 BARRIO BELEN RINCON, OCUPACION CESANTE, ACOMPAÑANTE:LAURA GALLEGO HIJA-----ENFERMEDAD ACTUAL:MASCULINO DE 67 AÑOS DE EDAD REMITIDO DE CLINICA VIDA DONDE CONSULTO POR CUADRO CLINICO DE APROX 8 DIAS DE EVOLUCION DE HEMATURIA MACROSCOPICA ASOCIADO A DISURIA,ASOCIADO A DOLOR ABDOMINAL EN HIPOGASTRIO Y DIARREA SIN MOCO NI SANGRE, RETENCIO URINARIA POR PRESENCIA DE COAGULOS, INICIALMENTE CONSULTO EN VARIAS OCASIONES A IPS SURA MOLINOS DONDE REALIZARON VARIOS CAMBIOS DE SONDA PERO EL PACIENTE PERSISTE CON HEMATURIA POR LO CUAL REDIRECCIONAN PARA SER VALORADO POR UROLOGIA, PACIENTE REFIERE QUE HACE 2 SEMANAS REQUIRIO TRANSFUSION DE GLOBULOS ROJOS EN CLINICA MEDELLIN DE OCCIDENTE, PACIENTE DESDE HACE 2 AÑOS EN SEGUIMIENTO POR ONCOLOGIA CLINICA POR CA DE PROSTATA, HASTA EL MOMENTO PACIENTE NO HABIA ACEPTADO MANEJO POR DICHA PATOLOGIA,ULTIMA VALORACION POR UROLOGIA REPORTA PACIENTE CON ENFERMEDAD OSEA METASTASICA AMPLIA----- ANTECEDENTES PATOLOGICOS: HTA,ADENOCARCINOMA CT3NXM1B GLEASON 4+3 IPSA 9.7,ENFERMEDAD DIVERTICULAR GLOBAL NO COMPLICADA, FARMACOLOGICOS: ENALAPRILX2 AMLODIPINO X1, ACETATO DE LEUPROLIDE 45MG CADA 6 MESES QX: HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA EN 2014 CX OCULAR HACE 18 AÑOS. ALÉRGICOS:PENICILINA TOXICOS: EX FUMADOR PESADO, FAMILIARES NIEGA-----PARACLINICOS REALIZADOS EN SURA MOLINOS:HEMOGLOBINA 8.6, HEMATOCRITO 26.9, GLOBULOS BLANCOS 16000, NEUTROFILOS (PORCENTAJE) 66.9, PLAQUETAS 451000,PROTEINA C REACTIVA 7.3 CREATININA 1.94, UROCULTIVO TOMADO EL 26/7/19 NEGATIVO A LAS 48 HRS---CONSIDERAN PACIENTE CON CLINICA COMPATIBLE CON ITU COMPLICADA, INICIAN MANEJO CON AZTREONAM 2GR CADA 8 HRS POR 7 DIAS Y ENVIAN PARA SALUD EN CASA PARA CONTINUAR MANEJO INSTAURADO. TIENE ORDEN DE RESONANCIA MAGNETICA CONTRASTADA DE ABDOMEN Y DE PELVIS PARA CONTINUAR MANEJO CON UROLOGIA POSTERIOR A HOSPITALIZACION-----EL DIA DE HOY ENCUENTRO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL,SIN DIFICULTA RESPIRATORIA,SIN SIRS,EN EL MOMENTO CON LEVE DOLOR LUMBAR, REFIERE QUE PASO BUENA NOCHE,REFIERE QUE EN EL MOMENTO PRESENTA DEPOSICIONES BLANDAS PERO EN MENOR FRECUENCIA, NIEGA ALZAS TERMICAS,NIEGA OTROS SINTOMAS.

## Revisión por Sistemas

PACIENTE NIEGA FIEBRE, NIEGA DIFICULTAD RESPIRATORIA, NIEGA DOLOR ABDOMINAL. NIEGA EMESIS, NIEGA DIARREA, REFIERE DISURIA OCASIONAL, PRESENCIA DE HEMATURIA YA SIN COAGULOS, NIEGA OTROS.

### Antecedentes Patológicos

Patología	Presenta	Observación	Patología	Presenta	Observación
Hipertensión Arterial	Sí				
Cáncer	Sí	Prostata			

### Antecedentes alérgicos

Patología
Alergia A La Penicilina

### Antecedentes quirúrgicos

Procedimiento	Observación
herniorrafia inguinal	Relata AP Qxs. "herniorrafia inguinal izq 2 ocasiones".

### Examen físico

**Medidas Antropométricas** Talla: 167 cm

**Signos Vitales** Frecuencia cardiaca: 85 lpm, Frecuencia respiratoria: 18 rpm

**Presión Arterial** Presión arterial sistólica: 110, Presión arterial diastólica: 70, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 83.33

**Otros signos vitales** Temperatura: 36 °C, Sitio de toma de temperatura: Axilar, Saturación de oxígeno sin oxígeno: 96 %

**Estado general del paciente** ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIRS

**Cabeza y Cuello** NORMOCÉFALO CUELLO MOVIL, SIN MASAS NI ADENOPATIAS A LA PALPACIÓN, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS PALIDAS, SIN SECRECIONES NI ENOFTALMOS. MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE SANA SIN LESIONES, AMIGDALAS EUTROFICAS SIN EXUDADOS NI ESCURRIMIENTO POSTERIOR, OTOSCOPIA BILATERAL CON CAE PERMEABLE, SIN LESIONES, MEMBRANA INTEGRAL, NO ERMEMATOSA, NO ABOMBADA, NO PÉRDIDA DE CONO LUMINOSO, NO EXUDADOS

**Tórax** TORAX SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN RUIDOS SOBREGREGADOS, NO RONCUS, NO SIBILANCIAS, NO CREPITOS, NO USO DE MÚSCULOS ACCESORIOS PARA LA RESPIRACIÓN.

**Gastrointestinal** ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN MASAS O MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PUÑO PERCUSION NEGATIVA BILATERAL.

**Genitourinario** PRESENCIA DE SONDA VESICAL, SE EVIDENCIA ORINA HEMATURICA

**Osteomuscular** EXTEMIDADES SIMETRICAS, SIN EDEMAS, ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, NO DOLOROSOS, FUERZA 5/5

**Neurologicos** PACIENTE ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, LENGUAJE FLUIDO Y COHERENTE, RESPONDE AL INTERROGATORIO Y OBEDECE ORDENES. NO DEFICIT MOTOR CLINICAMENTE EVIDENTE. NO ALTERACIONES EN LA MARCHA.

**Vascular periférico** LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD

**Piel y anexos** PALIDEZ GENERALIZADA

### Análisis y plan

**Notas de análisis y plan:** DIRECCION: CRA 80A #2B-26 BARRIO BELEN RINCON, OCUPACION CESANTE, ACOMPAÑANTE: LAURA GALLEGU HIJA----- ENFERMEDAD ACTUAL: MASCULINO DE 67 AÑOS DE EDAD REMITIDO DE CLINICA VIDA DONDE CONSULTO POR CUADRO CLINICO DE APROX 8 DIAS DE EVOLUCION DE HEMATURIA MACROSCOPICA ASOCIADO A DISURIA, ASOCIADO A DOLOR ABDOMINAL EN HIPOGASTRIO Y DIARREA SIN MOCO NI SANGRE, RETENCION URINARIA POR PRESENCIA DE COAGULOS, INICIALMENTE CONSULTO EN VARIAS OCASIONES A IPS SURA MOLINOS DONDE REALIZARON VARIOS CAMBIOS DE SONDA PERO EL PACIENTE PERSISTE CON HEMATURIA POR LO CUAL REDIRECCIONAN PARA SER VALORADO POR UROLOGIA, PACIENTE REFIERE QUE HACE 2 SEMANAS REQUIRIO TRANSFUSION DE GLOBULOS ROJOS EN CLINICA MEDELLIN DE OCCIDENTE, PACIENTE DESDE HACE 2 AÑOS EN SEGUIMIENTO POR ONCOLOGIA CLINICA POR CA DE PROSTATA, HASTA EL MOMENTO PACIENTE NO HABIA ACEPTADO MANEJO POR DICHA PATOLOGIA, ULTIMA VALORACION POR UROLOGIA REPORTA PACIENTE CON ENFERMEDAD OSEA METASTASICA AMPLIA----- ANTECEDENTES PATOLOGICOS: HTA, ADENOCARCINOMA CT3NXM1B GLEASON 4+3 IPSA 9.7, ENFERMEDAD DIVERTICULAR GLOBAL NO COMPLICADA, FARMACOLOGICOS: ENALAPRIL X2, AMLODIPINO X1, ACETATO DE LEUPROLIDE 45MG CADA 6 MESES QX: HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA EN 2014 CX OCULAR HACE 18 AÑOS. ALERGICOS: PENICILINA TOXICOS: EX FUMADOR PESADO, FAMILIARES NIEGA----- PARA CLINICOS REALIZADOS EN SURA MOLINOS: HEMOGLOBINA 8.6, HEMATOCRITO 26.9, GLÓBULOS BLANCOS 16000, NEUTROFILOS (PORCENTAJE) 66.9, PLAQUETAS 451000, PROTEINA C REACTIVA 7.3

CREATININA 1.94, UROCULTIVO TOMADO EL 26/7/19 NEGATIVO A LAS 48 HRS---CONSIDERAN PACIENTE CON CLINICA COMPATIBLE CON ITU COMPLICADA, INICIAN MANEJO CON AZTREONAM 2GR CADA 8 HRS POR 7 DIAS Y ENVIAN PARA SALUD EN CASA PARA CONTINUAR MANEJO INSTAURADO. TIENE ORDEN DE RESONANCIA MAGNETICA CONTRASTADA DE ABDOMEN Y DE PELVIS PARA CONTINUAR MANEJO CON UROLOGIA POSTERIOR A HOSPITALIZACION----EL DIA DE HOY ENCUENTRO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL,SIN DIFICULTA RESPIRATORIA,SIN SIRS,EN EL MOMENTO CON LEVE DOLOR LUMBAR, REFIERE QUE PASO BUENA NOCHE,REFIERE QUE EN EL MOMENTO PRESENTA DEPOSICIONES BLANDAS PERO EN MENOR FRECUENCIA, NIEGA ALZAS TERMICAS,NIEGA OTROS SINTOMAS----SE DECIDE HOSPITALIZAR EN SENC,MANEJO CON AZTREONAM 1GR CADA 8 HRS X 7 DIAS

CT:3/8/19 ESTADO DE SALUD, VM:7/8/19

**Notas de expectativas y metas:** PLAN

HOSPITALIZAR EN SENC

AZTREONAM 1GR CADA 8 HRS X 7 DIAS

CT:3/8/19 ESTADO DE SALUD

VM:7/8/19

Diagnóstico principal	Tipo de diagnóstico
N390-INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	Confirmado repetido

## Recomendaciones

Recomendaciones: SE BRINDA INFORMACION AL PACIENTE Y SU ACOMPAÑANTE QUE EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO POR LO QUE NO DEBE SALIR DE SU DOMICILIO, DEBE PERMANECER CON UN CUIDADOR Y ATENDER LAS VISITAS DEL PERSONAL DE SALUD EN CASA SEGÚN LA PROGRAMACIÓN, SE EXPLICA QUE ESTE NO ES UN SERVICIO PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EN CASO DE TENER ALGUNA DUDA, QUEJA O SOLICITUD CON RESPECTO AL TRATAMIENTO, LAS VISITAS O EL SERVICIO DE SALUD O EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN CAMBIO EN LA CONDICIÓN DE SALUD POR FAVOR COMUNICARSE CON LA LÍNEA DE SALUD EN CASA 360-60-10, MARCAR LA OPCIÓN 0 Y LUEGO LA OPCIÓN 1, Y ALLÍ SERÁ ATENDIDO Y ASESORADO SEGÚN SU NECESIDAD

## Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general	Finalidad de la consulta	No aplica
---------------	--------------------	--------------------------	-----------

## Alta de paciente observación

¿Egresar? No

## Conducta final

## Prescripción de medicamentos

## Ayudas diagnósticas

## Remisión

## Recomendaciones

SE BRINDA INFORMACION AL PACIENTE Y SU ACOMPAÑANTE QUE EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO POR LO QUE NO DEBE SALIR DE SU DOMICILIO, DEBE PERMANECER CON UN CUIDADOR Y ATENDER LAS VISITAS DEL PERSONAL DE SALUD EN CASA SEGÚN LA PROGRAMACIÓN, SE EXPLICA QUE ESTE NO ES UN SERVICIO PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EN CASO DE TENER ALGUNA DUDA, QUEJA O SOLICITUD CON RESPECTO AL TRATAMIENTO, LAS VISITAS O EL SERVICIO DE SALUD O EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN CAMBIO EN LA CONDICIÓN DE SALUD POR FAVOR COMUNICARSE CON LA LÍNEA DE SALUD EN CASA 360-60-10, MARCAR LA OPCIÓN 0 Y LUEGO LA OPCIÓN 1, Y ALLÍ SERÁ ATENDIDO Y ASESORADO SEGÚN SU NECESIDAD

## Información del profesional

CHRIS ESTEFANIA BOLAÑOS ORTEGA

CC 1083812899

MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Registro 1083812899

## Información básica del paciente y la atención

Plan: POS

**Juan De Dios Gallego Toro**

Identificación  
CC 70037540

Fecha de nacimiento  
16-03-1952

Edad  
67 años(Vejez)

Sexo  
Masculino

Tipo de afiliación  
POS  
Teléfono fijo  
2729263-3176759521  
Estado civil  
Viudo

Departamento  
ANTIOQUIA  
Otro teléfono fijo  
3017542525  
Ocupación  
Pensionado

Municipio  
MEDELLIN

Dirección  
CL 3 C # 78 B 04  
Correo electrónico  
laura-1525@hotmail.com

## Motivo de Consulta

"por que me he descuidado y me estoy atacando para orinar".

## Enfermedad actual

Asiste sin acompañante. Pte relata que "por motivo de viaje había descuidado sus controles", relata que ha requerido 2 ingresos a urgencias por "que no ha podido orinar", relata que actualmente tiene que hacer fuerza para orinar, con dolor; niega fiebre, niega dolor lumbar, niega síntomas generales. Trae reporte de ECOgrafia abdominal total (Dra. Ilena Cecilia Paternina) reporto "Colelitiasis, disminucion de la diferenciacion corticomedular; hidronefrosis izq, HIPERTROFIA PROSTATICA GRADO IV".

Pte con AP de HTA cronica, Dislipidemia, (irregular en sus controles del programa de RCV); AP de ERC, Hiperuricemia "que ha requerido controles en PPR"; AP de "Dolor craneocervical crónico"; AP de dolor pélvico, hernia inguinal que ha requerido ttos por Cx.general; AP de "Ca de próstata" del que "descontinuó el tto por Urologia-Oncologia". Relata AP Qxs. "herniorrafia inguinal izq 2 ocasiones". Relata "alergia a Penicilina".

## Revisión por Sistemas

Relata constipación, con deposiciones duras y dolorosas. Niega fiebre, niega síntomas generales, niega síntomas respiratorios, niega síntomas cardiovasculares, niega brotes, niega sangrados, no otros síntomas.

## Antecedentes Patológicos

Patología	Presenta	Observación	Patología	Presenta	Observación
Hipertensión Arterial	Sí				
Cáncer	Sí	Prostata			

## Antecedentes alérgicos

Patología
Alergia A La Penicilina

## Antecedentes quirúrgicos

Procedimiento	Observación
herniorrafia inguinal	Relata AP Qxs. "herniorrafia inguinal izq 2 ocasiones".

## Examen físico

**Medidas Antropométricas** Peso: 73 kg, Talla: 167 cm, IMC: 26.18, Clasificación según IMC : Peso normal

**Signos Vitales** Frecuencia cardiaca: 72 lpm, Frecuencia respiratoria: 16 rpm

**Presión Arterial** Presión arterial sistólica: 145, Presión arterial diastólica: 90, Posición: Sentado, Punto: Brazo Derecho, Presión Arterial Media: 108.33

**Otros signos vitales** Temperatura: 36.5 °C, Clasificación de la temperatura: Anormal

**Estado general del paciente** Pte en ACG, sin disnea, con mucosas rosadas, hidratado, sin antalgia aparente.

**Cabeza y Cuello** Cuello sin lesiones palpables, sin soplos.

**Tórax** Ruidos Cardiacos Rítmicos, sin deficit de pulso. Sin disnea, sin retracciones. Pulmones con MV conservado en ACP, sin sibilancias, sin crepitaciones, sin roncus, sin agregados pulmonares.

**Gastrointestinal** Abdomen sin soplos, peristaltismo fuerte, blando a la palpación, con leve dolor al palpar en hipogastrio y también en hipocondrio derecho; S.Murphy positivo, S.Blumberg negativo; no palpo globo

vesical.

- Genitourinario** Puñopercusion lumbar negativa bilateral.
- Osteomuscular** No edemas, no eritemas articulares; no deformidades aparentes, no limitación en arcos de mtos.
- Neurológicos** Sin déficit neurológico al EF actual, sin focalizaciones, sin signos meningeos.
- Vascular periférico** No edemas, no foveas, no signos de TVP. Presenta buen llenado capilar distal en las 4 extremidades.
- Piel y anexos** No heridas, no brotes, no petequias.

**Análisis y plan**

**Notas de análisis y plan:** Pte requiere nueva valoración PRIORITARIA por UROLOGIA, remito (alta prioridad\*\*\* muy importante la cita con Urologia).  
 Requiere también cita con Cirujano, remito, favor priorizar.  
 Debe realizar los exámenes recomendados y traer a cita de control.

Pte que "ha descuidado sus ttos y controles"; NUEVAMENTE LE INSISTO EN LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA ADHERENCIA A TTOS, HÁBITOS SALUDABLES Y CONTROLES. Requiere continuar sus ttos de control sin faltas y debe asistir también a los controles de los programas de RCV y PPR.

Doy claras instrucciones sobre posibles signos o síntomas de alarma para consultar si aparecen.  
 Se le explican a paciente posibles riesgos y beneficios del tto y dice "esta de acuerdo".

**Notas de expectativas y metas:** Pte requiere nueva valoración PRIORITARIA por UROLOGÍA, remito (alta prioridad\*\*\* muy importante la cita con Urologia).  
 Requiere también cita con Cirujano, remito, favor priorizar.  
 Debe realizar los exámenes recomendados y traer a cita de control.

Pte que "ha descuidado sus ttos y controles"; NUEVAMENTE LE INSISTO EN LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA ADHERENCIA A TTOS, HÁBITOS SALUDABLES Y CONTROLES. Requiere continuar sus ttos de control sin faltas y debe asistir también a los controles de los programas de RCV y PPR.

Diagnóstico principal	Tipo de diagnóstico
N429-TRASTORNO DE LA PRÓSTATA, NO ESPECIFICADO	Impresión diagnóstica
Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
D400-TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA PRÓSTATA	Impresión diagnóstica
Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
K808-OTRAS COLELITIASIS	Confirmado nuevo
Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
K590-CONSTIPACIÓN	Impresión diagnóstica
Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
I10X-HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	Confirmado repetido
Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
N189-INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, NO ESPECIFICADA	Impresión diagnóstica

**Causa externa y finalidad**

Causa externa Enfermedad general Finalidad de la consulta No aplica

**Conducta final**

**Prescripción de medicamentos**

Código	Tipo	Nombre	Posología	Cantidad
--------	------	--------	-----------	----------

16137	pos	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA	2 TABLETAS cada 8 Horas durante 10 Dias	60
17051	pos	PRAZOSINA CLORHIDRATO 1 MG TABLETA	1 TABLETAS cada 1 Dias durante 30 Dias	30
20184	pos	AMLODIPINO 5 MG TABLETA	1 TABLETAS cada 1 Dias durante 30 Dias	30
7039	pos	ENALAPRIL 20 MG TABLETA	1 TABLETAS cada 1 Dias durante 30 Dias	30
8038	pos	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 10 MG TABLETA	1 TABLETAS cada 8 Horas durante 10 Dias	30
8060	pos	BISACODILO 5 MG TABLETA CUBIERTA (GRAGEA)	1 GRAGEAS cada 1 Dias durante 30 Dias	30

### Ayudas diagnósticas

Código	Tipo	Nombre	Cantidad
895100	pos	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	1
903815	pos	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	1
903818	pos	COLESTEROL TOTAL	1
903825	pos	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	1
903868	pos	TRIGLICERIDOS	1
907106	pos	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	1
902209	pos	HEMOGRAMA COMPLETO [HB, HTO,ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES, MORFOLOGIA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO	1
903027	pos	MICROALBUMINURIA EN ORINA OCASIONAL	1
903841	pos	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1
903823	pos	CREATININA DEPURACION (INCLUYE CONCOMITANTE DE CREATININA SERICA)	1
903856	pos	NITROGENO UREICO [BUN]	1
903862	pos	PROTEINAS EN ORINA DE 24 H	1
903801	pos	ACIDO URICO EN SANGRE	1
906610	pos	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA [PSA]	1
901235	pos	UROCULTIVO [RECUENTO DE COLONIAS, ANTIBIOGRAMA Y CONCENTRACION INHIBITORIA MINIMA]	1

### Remisión

Código	Tipo	Nombre	Cantidad
70200	pos	INGRESO -HIPERTENSION ARTERIAL-	1
50450	pos	CONSULTA UROLOGIA	1
50150	pos	CONSULTA CIRUJANO GENERAL	1

### Recomendaciones

Pte requiere nueva valoración PRIORITARIA por UROLOGÍA, remito (alta prioridad\*\*\* muy importante la cita con Urología).

Requiere también cita con Cirujano, remito, favor priorizar.

Debe realizar los exámenes recomendados y traer a cita de control.

Requiere continuar sus ttos de control sin faltas y debe asistir también a los controles de los programas de RCV y PPR.

GESTION - Dr. John Alejandro Arango A.

Si tiene pendientes Revisiones, Transcripciones o Inquietudes, puede dejar copia de sus Exámenes, Formulas y/o Historia clínica en las taquillas del punto de servicio de su IPS SURA Molinos o escribir al correo jarangoa@sura.com.co

Si tiene algo que no ha podido gestionar por los anteriores canales, asista los días Martes entre las 4:40pm y las 5:00pm al consultorio 5 de la IPS SURA Molinos.

(Nota: las REVISIONES son solo si su ultima cita fue hace menos de 2 meses y por el mismo motivo, si su cita fue hace mas de 2 meses y/o por otro motivo debe pedir una nueva cita de consulta externa).

\*\*Recuerde que si tiene algo prioritario o urgente, debe asistir a los servicios de consulta prioritaria o urgencias, según el caso.

\*\*Vigilar: Debe consultar inmediatamente por Urgencias si los síntomas se empeoran o si aparecen signos o síntomas de alarma (síntomas de alarma como: Fiebre; Dolor abdominal muy fuerte; vómitos persistentes o diarreas abundantes y/o persistentes; sueño incontrolable; mareos intensos; cualquier sangrado; dificultad respiratoria; dolor intenso; hinchazones; o cualquier otro que lo alarme).

Tomar toda la medicación ordenada por su médico en los horarios y cantidades indicadas. Debe reducir el consumo de sal a menos de dos cucharaditas y media de sal al día. Mantener el peso ideal recomendado por el médico y si hay sobrepeso u obesidad debe tratar de hacer cambios en su alimentación y actividad física para bajarlo. Su alimentación es fundamental, debe tener una dieta rica en frutas y verduras, con disminución de grasas totales y azúcares. Realizar actividad física como: Caminar, trotar, nadar, montar en bicicleta al menos 150 min a la semana. Ideal no consumo de licor. Evite fumar

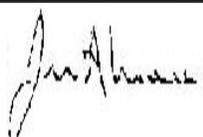
## Información del profesional

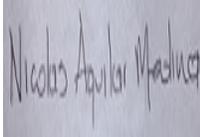
**JOHN ALEJANDRO ARANGO ARISMENDY**

CC 71276534

MEDICO GESTOR RCV - RE

Registro 5262507

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)		
<b>Paciente:</b> JUAN DE DIOS GALLEGO TORO	<b>Identificación:</b> CC 70037540	
<b>Ocupación:</b> No disponible	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Edad:</b> 62 Años
<b>Afiliación:</b> COTIZANTE	<b>Teléfono (1):</b> 0	<b>Teléfono (2):</b> 3185182646
<b>Raza:</b> Blanco	<b>Condición:</b> No Disponible	<b>Nivel Socioeconómico:</b> No Disponible
<b>Servicio:</b> CONSULTA MEDICO GENERAL	<b>Orden:</b> 2660-366934200	<b>Tipo Consulta:</b> No Disponible
<b>IPS Atiende:</b> IPS SURA LOS MOLINOS	<b>Fecha:</b> 2014/05/31 11:36	<b>Estado:</b> SIN IMPRIMIR (EN LINEA)
<b>Responsable:</b> No disponible		
<b>Acompañante:</b> No disponible		
<b>Motivo Que Origina la Consulta:</b> ENFERMEDAD GENERAL <b>Consentimiento Informado:</b> SI		
<p><b>MC:</b> "por la hernia que me esta molestando" y "mucho dolor en cuello". <b>EA:</b> Ingresa pte solo. Pte relata AP de hernia izq hace "varios años", relata que le esta molestando con dolor esporadico hace varios meses, motivo por el cual consulta hoy. Tambien consulta por que hace varios meses tambien presenta dolor cervicococcipital que empeora por temporadas, con tto que no lo mejoran, trae a revision resultado de Rx. columna cervical (22/03/2014 Dra. Dora Ines Olguin) reporto "hallazgos: rectificacion de lordosis cervical, disminucion de los espacios intervertebrales C4-C5, C5-C6 y C6-C7, espondilosis". Pte niega fiebre, no sintomas generales, niega sintomas cardiovasculares. Pte con AP de HTA "hace mas de 20 años", ya en controles en programa de RCV, pero "no asistio a cita del control que perdio a principio de mayo", Relata "extabaquismo". Pte tambien relata AP de "neuropatia?".</p>		
<b>Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Gastrointestinal : Cardiorespiratorio : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :</b>		
<p><b>Signos Vitales:</b> Descripción: BCG, sin disnea, rosado, hidratado. Discreta antalgia por dolor cervical. <b>Peso:</b> 72.0Kgs <b>P.Sentado:</b> 135/80. <b>Temperatura Axilar:</b> 36.6 °C <b>Respiracion:</b> 18 /min <b>Pulso:</b> 80/min Ritmico <b>Examen Físico : Cabeza Cuello OS :</b> normal <b>Cardiorespiratorio : Corazón :</b> normal <b>Pulmones :</b> normal <b>Vascular Periférico :</b> normal <b>Gastrointestinal : Abdomen : Dolor :</b> No Presenta, .. <b>Hernias :</b> Presenta, hernia inguinal izq que no reduce, no signos de complicacion. . <b>S. Blomberg :</b> No Presenta, .. <b>S. Murphy :</b> No Presenta, .. <b>S. Rovsing :</b> No Presenta, .. <b>Tejido Graso :</b> Presenta, .. <b>Otros :</b> Abdomen blando depresible, sin dolor al palpar. NO signos de irritacion peritoneal. . <b>GenitoUrinario : Riñones : Dolor a la puñopercusión :</b> No Presenta, .. <b>Osteomuscular : Columna : Dificultad para Movimiento :</b> Presenta, Discreta antalgia por dolor cervical. . <b>Dolor :</b> Presenta, dolor en region cervical posterior. . <b>Espasmo Muscular :</b> Presenta, en musculatura cervical posterior. . <b>Parestesias :</b> No Presenta, .. <b>Neurológico : Función Cerebral : Otros :</b> Sin deficit neurologico al EF. . <b>Reflejos :</b> normal <b>Hematopoyetico Fisico :</b> no evaluado <b>Piel y Faneras :</b> no evaluado</p>		
<p><b>K409</b> HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA. Confirmado repetido  <b>M531</b> SÍNDROME CERVICOBRAQUIAL. Impresión diagnóstica  <b>Dx: M542</b> CERVICALGIA. Confirmado repetido  <b>I10X</b> HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA). Confirmado repetido  <b>N40X</b> HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA. Impresión diagnóstica</p>		
<b>Profesional:</b> JOHN ALEJANDRO ARANGO ARISMENDY CC 71276534	<b>Registro:</b> 5262507	 I75406534F140531170037127

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)		
<b>Paciente:</b> JUAN DE DIOS GALLEGO TORO		<b>Identificación:</b> CC 70037540
<b>Ocupación:</b> No disponible		<b>Sexo:</b> Masculino <b>Edad:</b> 61 Años
<b>Afiliación:</b> COTIZANTE	<b>Teléfono (1):</b> 0	<b>Teléfono (2):</b> 3185182646 <b>Plan:</b> POS
<b>Raza:</b> Blanco	<b>Condición:</b> No Disponible	<b>Nivel Socioeconómico:</b> No Disponible
<b>Servicio:</b> CONSULTA MEDICO GENERAL	<b>Orden:</b> 2660-306159400	<b>Tipo Consulta:</b> No Disponible
<b>IPS Atiende:</b> IPS SURA LOS MOLINOS	<b>Fecha:</b> 2013/12/27 18:43	<b>Estado:</b> SIN IMPRIMIR (EN LINEA)
<b>Responsable:</b> No disponible		
<b>Acompañante:</b> SOLO Teléfono: 3185182646		
<b>Motivo Que Origina la Consulta:</b> ENFERMEDAD GENERAL <b>Consentimiento Informado:</b> SI		
<b>MC:</b> " REVISION " <b>EA:</b> CEL 3185182646 ---- MASC 61 AÑOS, R: CRISTO REY , CONDUCTOR , VIUDO 4 HIJOS ----- PACIENTE CON HTA SIN CONTROLES --- QUIEN PERCIBE CEFALAS FRONTALS DESDE HACE 4 MESES A A REPETICION , SIN OTROS SINTOMAS --- ESTA PENDIENTE DE CX HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA ----- AP/ HTA + HERNIA INGUINAL IZQUEIRDA - EN TTO CAPTOPRIL 50 X2 ---- NIEGA ALERGICOS, QX, TOXICOS, FAMILIARES		
<b>Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Gastrointestinal : Cardiorespiratorio : Genitourinario : Osteomuscular :Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :</b>		
<b>Signos Vitales:</b> Descripción: BUENAS <b>Peso:</b> 69.0Kgs <b>Talla:</b> 168.0 cms <b>P.Sentado:</b> 130/80. <b>Temperatura Axilar:</b> 37.0 °C <b>Respiracion:</b> 18 /min <b>Pulso:</b> 70/min Ritmico <b>Examen Físico : Cabeza Cuello OS :</b> normal <b>Cardiorespiratorio : Corazón : Inspección :</b> normal <b>Palpación :</b> normal <b>Auscultación : Otros :</b> RsCsRs, SIN SOPLOS. <b>Pulmones : Inspección :</b> normal <b>Palpación :</b> normal <b>Auscultación : Otros :</b> MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL CONSERVADO , NO AGREGADOS , NO RETRACCIONES, ADECUADA EXPANSION TORACICA. <b>Mamas :</b> normal <b>Vascular Periférico :</b> normal <b>Gastrointestinal :</b> normal <b>GenitoUrinario :</b> normal <b>Osteomuscular :</b> normal <b>Neurológico :</b> normal <b>Hematopoyetico Físico :</b> normal <b>Piel y Faneras :</b> normal		
<b>Dx:</b> <b>I10X</b> HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA). Impresión diagnóstica <b>R51X</b> CEFALEA. Impresión diagnóstica		
<b>Profesional:</b> ROBERTH NICOLAS AGUILAR MEDINA CC 84096471 <b>Registro:</b> 5409211		 I75406471F131227I70038409
<a href="#">Antecedentes Familiares</a> <a href="#">Antecedentes Personales</a> <a href="#">Antecedentes Laborales</a>		Documentos Generados Para Esta Orden: <a href="#">Medicamentos</a> <a href="#">Remision</a> <a href="#">Recomendaciones</a> <a href="#">Observaciones</a>

[Otra Hoja de Evolucion](#)

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)		
<b>Paciente:</b> JUAN DE DIOS GALLEGO TORO	<b>Identificación:</b> CC 70037540	
<b>Ocupación:</b> No disponible	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Edad:</b> 61 Años
<b>Afiliación:</b> COTIZANTE	<b>Teléfono (1):</b> 0	<b>Teléfono (2):</b> 3185182646
<b>Raza:</b> Blanco	<b>Condición:</b> No Disponible	<b>Nivel Socioeconómico:</b> No Disponible
<b>Servicio:</b> CONSULTA MEDICO GENERAL NO PROGRAMADA	<b>Orden:</b> 2660-227993400	<b>Tipo Consulta:</b> No Disponible
<b>IPS Atiende:</b> IPS SURA LOS MOLINOS	<b>Fecha:</b> 2013/06/13 15:34	<b>Estado:</b> SIN IMPRIMIR (EN LINEA)
<b>Responsable:</b> No disponible		
<b>Acompañante:</b> Sola <b>Teléfono:</b> 3185182646		
<b>Motivo Que Origina la Consulta:</b> ENFERMEDAD GENERAL <b>Consentimiento Informado:</b> SI		
<b>MC:</b> "Me cogio ventaja una hernia inguinal" <b>EA:</b> Masculino de 61 años, refiere cuadro de varios años de aparicion de hernia inguinal izquierda, en los ultimos meses, ha empeorado, con protrusion espontanea y para reducirla debe hacerlo manualmente en ocasiones con otras maniobras, el dolor se irradia a Miembro inferior izquierdo. <b>** Ap:</b> neuropatia? <b>** Qx:</b> Niega <b>** Alergias:</b> Niega <b>** Toxicos:</b> Niega		
<b>Revisión Sistemas :</b> <b>Generalidades :</b> <b>Cabeza Cuello OS :</b> <b>Gastrointestinal :</b> <b>Cardiorespiratorio :</b> <b>Genitourinario :</b> <b>Osteomuscular :</b> <b>Neurológico :</b> <b>Hematopoyetico :</b> <b>Piel y Faneras :</b>		
<b>Signos Vitales:</b> <b>Descripción:</b> Aparentes buenas condiciones generales, conciente, alerta, hidratado, afebril, sin sidrome de dificultad respiratoria, deambula por sus propios medios, responde el interrogatorio. <b>Peso:</b> 69.5Kgs <b>Talla:</b> 162.0 cms <b>P.Sentado:</b> 125/80. <b>Temperatura Axilar:</b> 36.4 °C <b>Respiracion:</b> 18 /min <b>Pulso:</b> 80/min Ritmico <b>Examen Físico :</b> <b>Cabeza Cuello OS :</b> normal <b>Cardiorespiratorio :</b> normal <b>Gastrointestinal :Abdomen :</b> <b>Hernias :</b> Presenta, Se palpa hernia inguinal izquierda, de 1cm de diametro, protruye con valsalva y reduce con maniobras digitales pero con dificultad . <b>Recto/Año :</b> normal <b>GenitoUrinario :</b> normal <b>Osteomuscular :</b> normal <b>Neurológico :</b> normal <b>Hematopoyetico Fisico :</b> normal <b>Piel y Faneras :</b> normal		
<b>Dx:</b> <b>K409</b> HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA. Impresión diagnóstica		
<b>Profesional:</b> SHIRLEY LORENA SAENZ MATEUS CC 43263887	<b>Registro:</b> 50493	
		I75403887F130613I70034326
<a href="#">Antecedentes Familiares</a> <a href="#">Antecedentes Personales</a> <a href="#">Antecedentes Laborales</a>	Documentos Generados Para Esta Orden: <a href="#">Remision</a>	

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)		
<b>Paciente:</b> JUAN DE DIOS GALLEGO TORO	<b>Identificación:</b> CC 70037540	
<b>Ocupación:</b> No disponible	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Edad:</b> 67 Años
<b>Afiliación:</b> COTIZANTE	<b>Teléfono (1):</b> 0	<b>Teléfono (2):</b> 3185182646
<b>Raza:</b> Blanco	<b>Condición:</b> No Disponible	<b>Nivel Socioeconómico:</b> No Disponible
<b>Servicio:</b> CONSULTA CIRUJANO GENERAL	<b>Orden:</b> 2660-1100052100	<b>Tipo Consulta:</b> No Disponible
<b>IPS Atiende:</b> CENTRAL ESPECIALISTAS SURA CLÍNICA MEDELLÍN CENTRO	<b>Fecha:</b> 2019/04/02 10:46	<b>Estado:</b> SIN IMPRIMIR (EN LINEA)
<b>Responsable:</b> No disponible		
<b>Acompañante:</b> No disponible		
<b>Motivo Que Origina la Consulta:</b> ENFERMEDAD GENERAL <b>Consentimiento Informado:</b> SI		
<b>MC:</b> Asiste solo a la consulta, Vive en Medellín ++problemas++ <b>EA:</b> paciente con disminución del chorro de la orina, poliaquiuria, constipación manejada con bisacodilo desde anoche AP Medicos: HTA Cirugías: herniorrafia inguinal abierta y laparoscópica Alergicos: PENICILINA Fuma: no AF No cáncer de colon		
<b>Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Gastrointestinal : Cardiorespiratorio : Genitourinario : Osteomuscular :Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :</b>		
<b>Signos Vitales:</b> Descripción: Buen estado general <b>Respiracion:</b> 18 /min <b>Pulso:</b> 70/min Ritmico <b>Examen Físico : Cabeza Cuello OS : Ojos :Generales :</b> normal <b>Nariz :</b> normal <b>Oidos :</b> normal <b>Boca :</b> normal <b>Cuello :</b> normal <b>Craneo :</b> normal <b>Cardiorespiratorio :</b> normal <b>Gastrointestinal :Abdomen :</b> normal <b>Recto/Ano :</b> Tacto <b>Rectal :</b> Alterado, prostata aumentada de tamaño,no se palpan. <b>GenitoUrinario :</b> no evaluado <b>Osteomuscular :</b> no evaluado <b>Neurológico :</b> no evaluado <b>Hematopoyetico Físico :</b> no evaluado <b>Piel y Faneras :</b> no evaluado		
<b>Dx:</b> <b>N40X</b> HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA. Impresión diagnóstica <b>K802</b> CÁLCULO DE LA VESÍCULA BILIAR SIN COLECISTITIS. Impresión diagnóstica		
<b>Profesional:</b> SALIN PEREIRA WARR CC 73163284	<b>Registro:</b> 70024	 I75403284F190402170037316
<a href="#">Antecedentes Familiares</a> <a href="#">Antecedentes Personales</a> <a href="#">Antecedentes Laborales</a>	Documentos Generados Para Esta Orden: <a href="#">Contrarremisión</a>	

[Otra Hoja de Evolucion](#)