

CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ
ABOGADO
Procesalista y Penalista

SEÑOR
JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA (REPARTO)
E.S.D

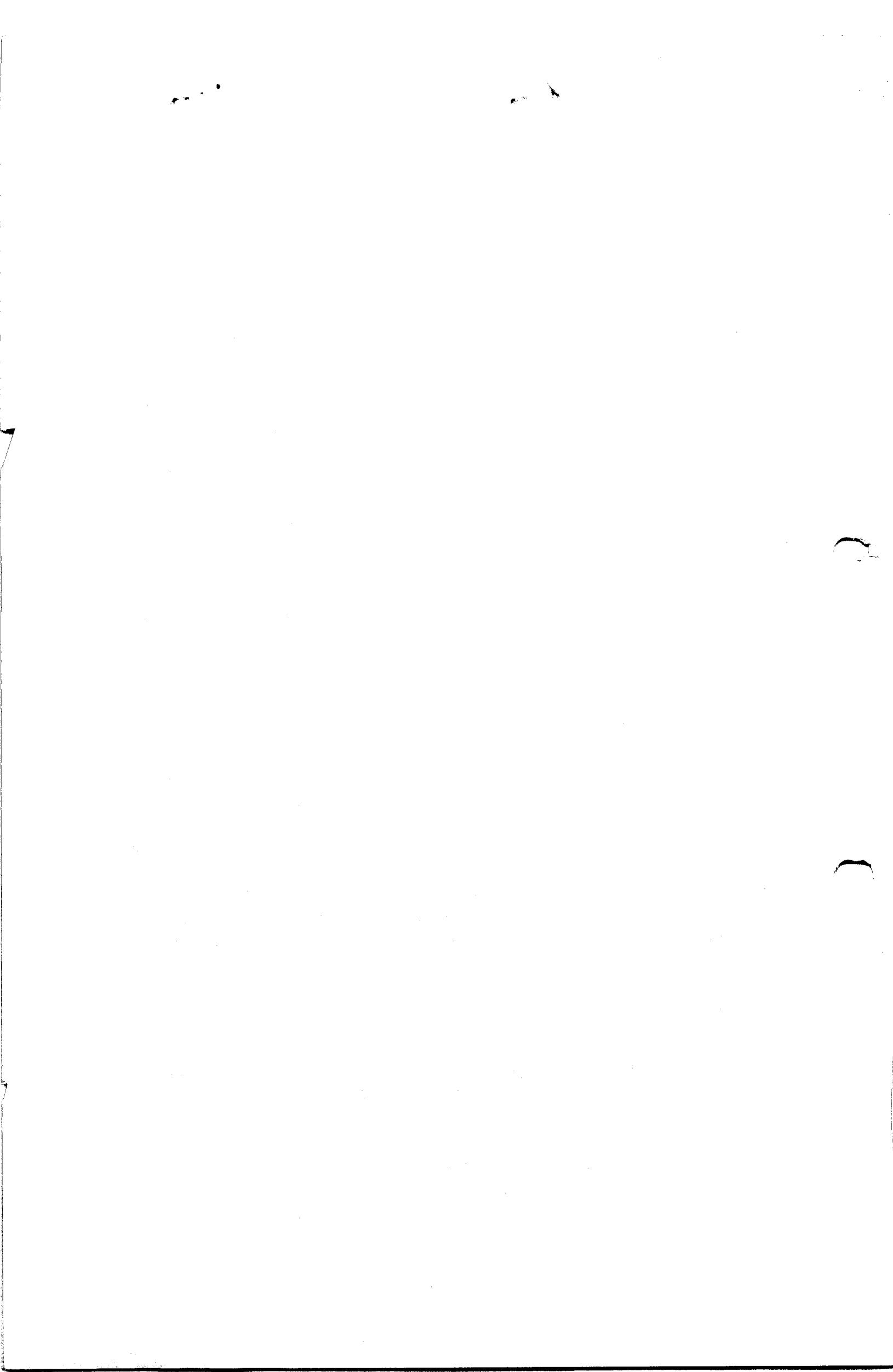
CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ, mayor, vecino de Barranquilla, Abogado, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en calidad de Apoderado Especial de la Sra. **YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS**, mayor y vecina del Municipio de Soledad – Atlántico, identificada con cedula de ciudadanía N° 1.045.731.832, quien me otorgó poder que allego a este escrito, respetuosamente concurro ante su Despacho a fin de promover **PROCESO VERBAL** contra la **FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE** con domicilio en la ciudad de Barranquilla, representada legalmente por **DIEGO CASTRESANA DIAZ**, identificado con cedula de ciudadanía N° 72.169.175 o quien haga sus veces al momento de la admisión de la presente demanda y la **EMPRESA PRESTADORA DE SALUD NUEVA E.P.S S.A**, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con NIT 9001562642, representados legalmente por **SANDRA PATRICIA ROMERO DIMATE**, identificada con cedula de ciudadanía N° 52.020.470, o quien haga sus veces al momento de la notificación del auto admisorio de la presente demanda.

JURAMENTO ESTIMATORIO DE LOS PERJUICIOS

Acorde con lo glosado por el Art. 206 del C.G.P., respetuosamente manifiesto a su Señoría, **BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**, que los Perjuicios que se Pretenden en la presente demanda han sido estimados razonablemente teniendo en cuenta la consideración humana y la dignidad, e igualmente, las consecuencias sicológicas, personales, y las posibles angustias o trastornos emocionales sufridos por mi Mandante y su familia como consecuencia del daño causado por las Demandadas, así como los salarios y demás emolumentos dejados de devengar, los cuales estimamos razonablemente en el equivalente a **DOSCIENTOS CIENCUENTA MILLONES DE PESOS M.L. (\$250.000.000.oo M.L.)**.

Debidamente discriminados así:

- A. La suma de **CINCUENTA MILLONES DE PESOS M.L. (\$50.000.000.oo M.L.)**, por concepto de **Lucro Cesante Consolidado**.
- B. Por concepto de **Lucro Cesante Futuro** la suma de **CIEN MILLONES DE PESOS M.L. (\$100.000.000.oo M.L.)**.
- C. La suma de **CIEN MILLONES DE PESOS M.L. (\$100.000.000.oo M.L.)** en razón a los perjuicios morales ocasionados a mi prohijada, tanto físicos como sicológicos.





CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ
ABOGADO
Procesalista y Penalista

PRETENSIONES

PRIMERA: Que se declare responsable a la **FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE** y a la **EMPRESA PRESTADORA DE SALUD NUEVA E.P.S S.A.**, por la afectación grave a la salud y la vida en relación a la Sra. **YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS** en los hechos ocurridos el 30 de Noviembre de 2016 originado en las fallas en la prestación del servicio médico y hospitalario.

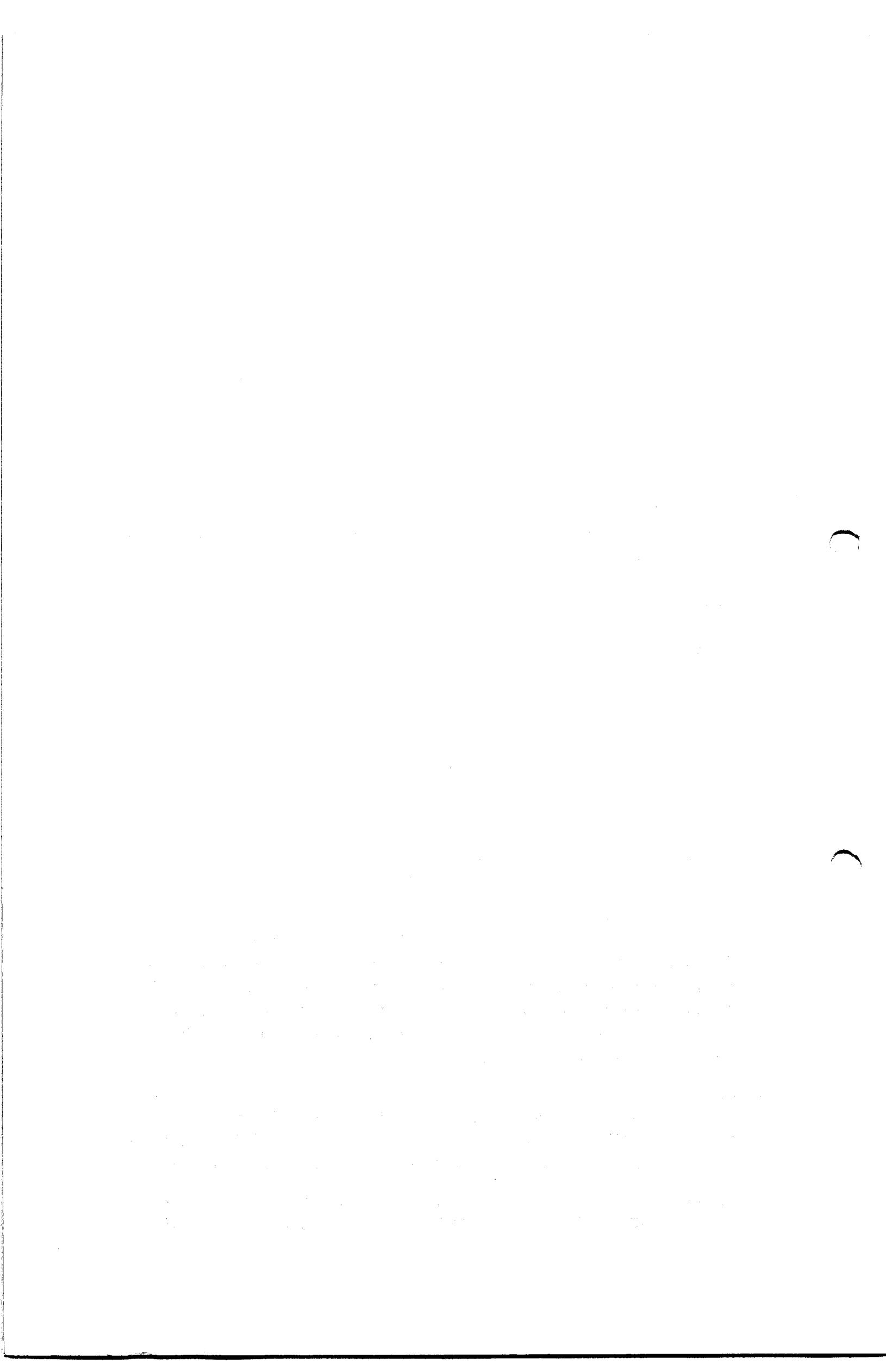
SEGUNDA: Que como consecuencia de lo anterior se condene a la **FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE** y a la **EMPRESA PRESTADORA DE SALUD NUEVA E.P.S S.A** al pago de indemnización a título de Lucro Cesante consolidado, futuro y perjuicios morales por los daños ocasionados, toda vez que mi poderdante no ha podido volver a trabajar por los motivos ya expuestos, y más aun cuando los perjuicios son ocasionados en plena edad productiva laboral (21 años), tasados en **DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS M.L (\$250.000.000.oo M.L)**.

TERCERA: Que se condene a los demandados a cancelar las costas del proceso y las agencias en derecho a que hubiere lugar.

HECHOS

1. La Sra. **YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS**, identificada con C.C. No. 1.045.731.832, vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud a la **empresa prestadora de salud NUEVA E.P.S S.A**, acudió el 29 de Noviembre de 2016 a la **FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE**, para ser atendida en trabajo de parto, ya que para la época contaba con treinta y siete (37) semanas de embarazo.
2. Acorde con la Historia Clínica, luego de permanecer en observación por espacio de 24 horas, el día 30 de Noviembre de 2016, se le realizó **EPISIOTOMIA**, (**incisión que se practica en el periné de la mujer, partiendo de la comisura posterior de la vulva hacia el ano, con el fin de evitar un desgarro de los tejidos durante el parto y facilitar la expulsión de la criatura**, por parte de la médica **NANCY WILCHES GARCIA**, identificada con registro médico No. 1609).
3. Una vez terminado el parto, al proceder a la extracción de la placenta y revisar el canal de parto, por parte del Médico Ginecólogo Obstetra Dr. **ISMAEL AHUMADA AHUMADA** con registro medico 14252, **observa desgarro vaginal, por lo que solicita intervención del Médico Cirujano**.

"SALE DEL CAMPO DRA. WILCHES Y RECIBE DR. AHUMADA, GINECOLOGO DE TURNO. EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA



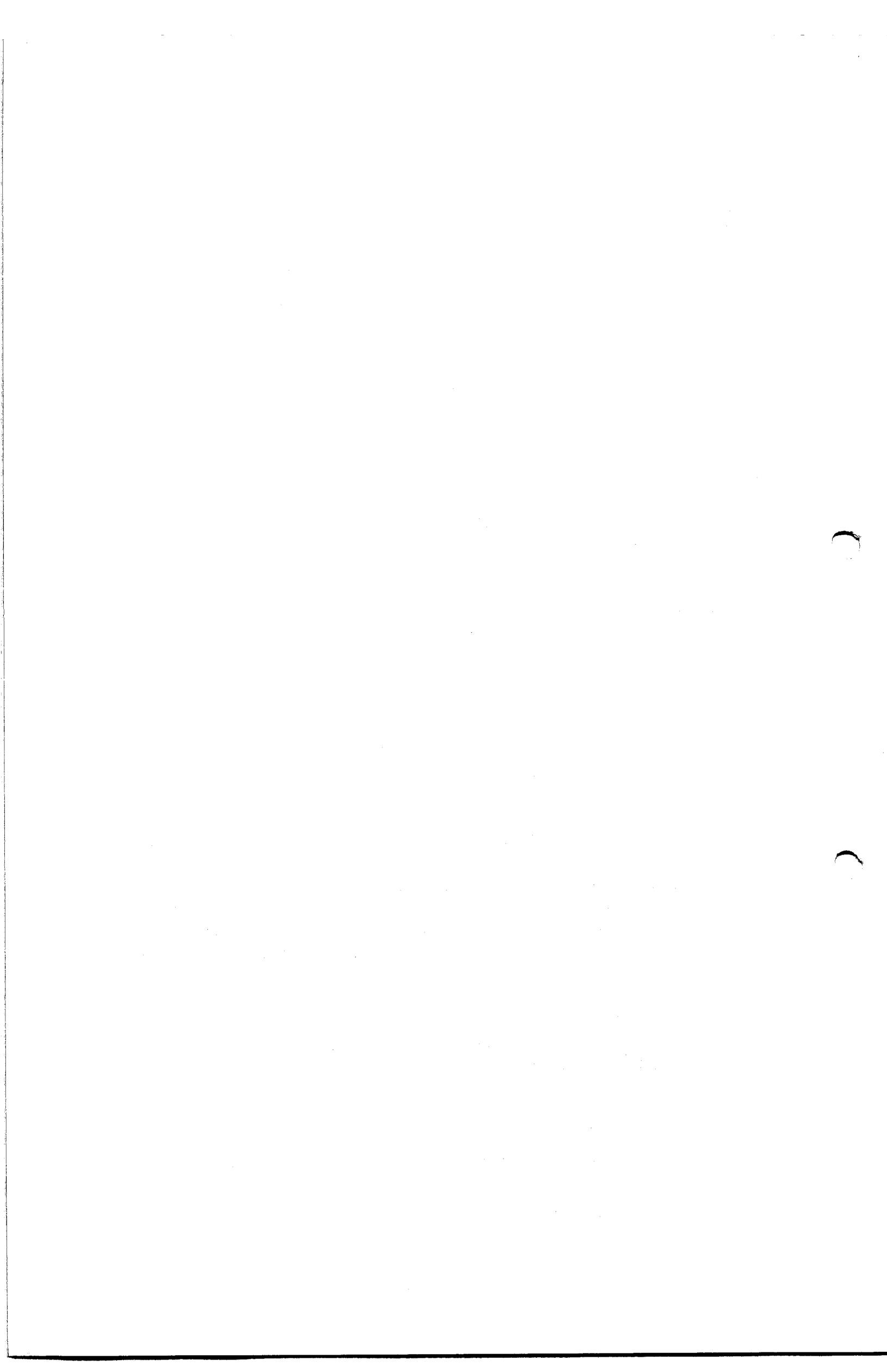


CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ
ABOGADO
Procesalista y Penalista

3

COMPLETA, REVISA CANAL DE PARTO, EXTRAE CUAGULOS EN NORMAL, INFILTRA CON XILOCAINA SIMPLE 2% REALIZA EPISORRAFIA CON CROMADO, REVISA NUEVAMENTE CANAL DE PARTO OBSERVA DESGARRO VAGINAL, SE SOLICITA LLAMADO DE CIRUJANO" (HISTORIA CLINICA FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE)

4. *Luego de una serie de revisiones, el Medico Ginecólogo diagnostica DESGARO PERINEAL DURANTE EL PARTO DE GRADO IV EN INTROITO Y TERCIO MEDIO DE LA VAGINA DE APROXIMADAMENTE DOS (2) CM, motivo por el cual solicita concurso de cirujano en turno, Dr. Ricardo Arteta, quien realiza RAFIA DE MUCOSA RECTAL CON SEDA 2/0 LUEGO RAFIA POR PLANOS HASTA MUCOSA CON CROMADO 2/0, LUEGO SE CONTINUA CON EPISORRAFIA POR PLANOS HASTA LA PIEL CON CROMADO 2/0 ESPECIFICADO.*
5. *EL DESGARRO PERINEAL CON DESGARRO DE GRADO IV DURANTE EL PARTO, es la aparición de una afección que ocurre al rededor del 0.4% al 5% de los partos vaginales, la causa más común asociada con laceraciones perineales severas es la Episiotomía. La incidencia de desgarros de grados III o IV es del 9% a 27% en las mediales. La Episiotomía, como se ve en este y otros estudios, no protege al esfínter y su uso no debería ser de rutina, si no electivo. El trauma obstétrico constituye la causa principal y casi exclusiva de las lesiones a nivel de la musculatura perineal con repercusión variable sobre la continencia fecal. (Estudio realizado por Especialista de Segundo Grado en Coloproctología. Asistente. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.*
2. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Fisiología Normal y Patológica. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Cuba.), de hecho El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos no recomiendan realizar la episiotomía como procedimiento de rutina debido a los múltiples riesgos que se pueden presentar, tales como:
 - Sangrado
 - Desgarro que se extiende más allá de la incisión hasta los tejidos rectales y el esfínter anal
 - Dolor perineal
 - Infecciones
 - Hematoma perineal (acumulación de sangre en los tejidos perineales)
 - Dolor durante las relaciones sexuales





CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ
ABOGADO
Procesalista y Penalista

Es claro entonces, que el desgarro perineal sufrido por la Sra. YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS ocurre como consecuencia de la utilización inadecuada de la Episiotomía, procedimiento que realiza el médico y genera una incontinencia fecal del recto hacia la vagina.

6. *Producto de este mal procedimiento médico (Episiotomía), mi poderdante ha sufrido consecuencias graves en su salud y su vida de relación, hasta el punto que le resulta casi imposible sostener relaciones sexuales con su esposo o compañero permanente por el dolor tan fuerte que esta lesión le produce, y no solo debe lidiar con esto sino también con la SECRECION DE MATERIA FECAL POR LA VAGINA, lo cual no la deja trabajar ni permanecer fuera de su residencia por mucho tiempo, ya que en cualquier momento tiene perdidas involuntarias, que por obvias razones presentan olor fétido y se ve obligada a permanecer la mayor cantidad de tiempo en su residencia, sin poder disfrutar a plenitud a su bebe de 2 años de edad, ya que no puede sacarlo a recrearse porque en cualquier momento presenta perdidas y debe devolverse a su casa.*
7. *Esto resulta inaudito, ya que si bien es cierto en cualquier procedimiento médico se presentan inconvenientes y se corren riesgos, como lo mencionamos en el hecho número cinco (5) la Episiotomía no debe ser de rutina, si no electiva debido al riesgo tan elevado de dañar el esfínter y producir incontinencia fecal, y más aún cuando tratamos con una paciente que para el momento de los hechos contaba con tan solo 21 años de edad y como cualquier procedimiento se debían minimizar los riesgos.*

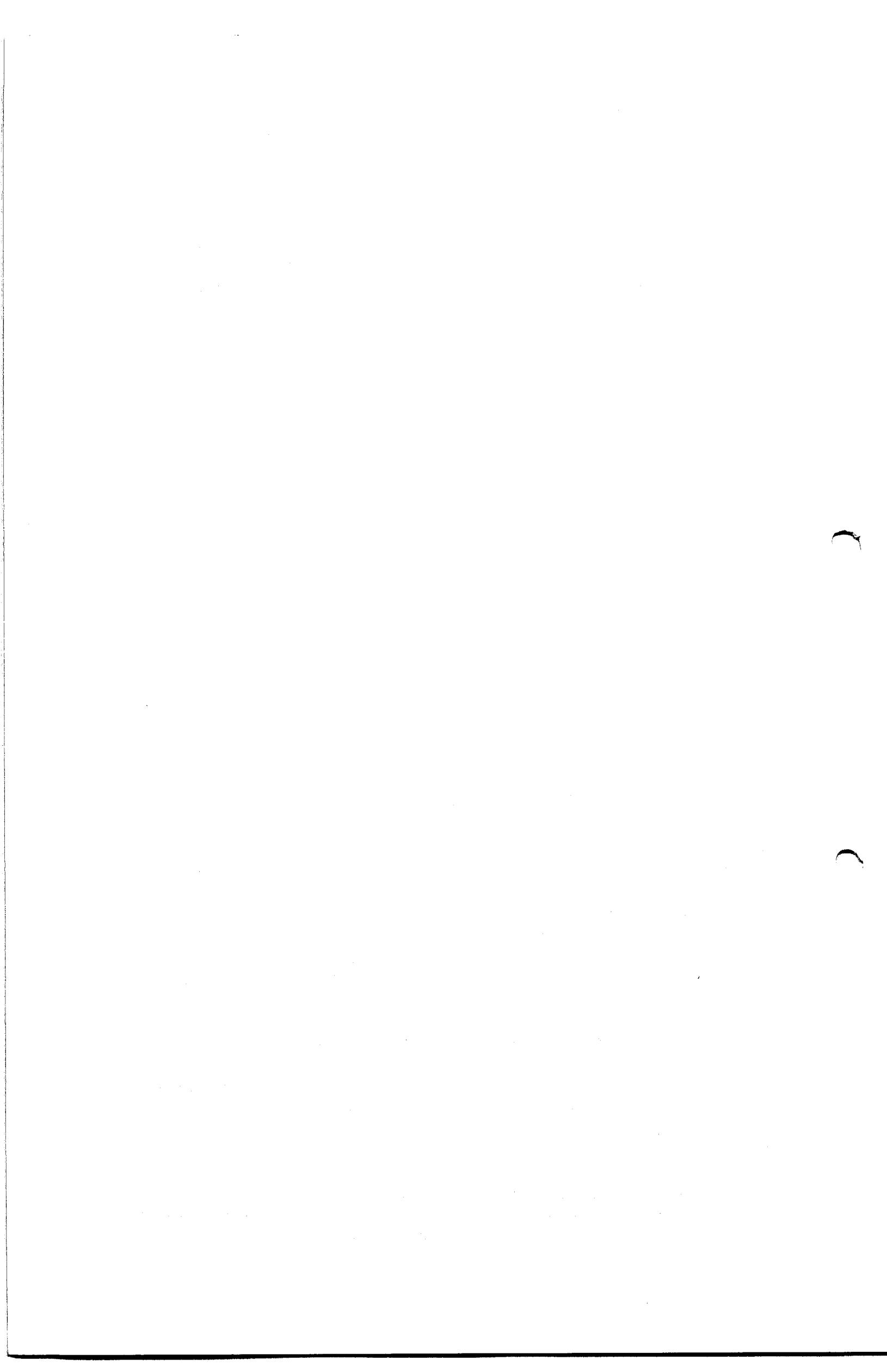
FUNDAMENTOS DE DERECHO

Fundamento la presente demanda en los artículos 2349 del Código Civil. DAÑOS CAUSADOS POR LOS TRABAJADORES. Los empleadores responderán del daño causado por sus trabajadores, con ocasión de servicio prestado por éstos a aquéllos; pero no responderán si se probare o apareciere que en tal ocasión los trabajadores se han comportado de un modo improPIO, que los empleadores no tenían medio de prever o impedir empleando el cuidado ordinario y la autoridad competente; en este caso recaerá toda responsabilidad del daño sobre dichos trabajadores.

PROCEDIMIENTO, COMPETENCIA Y CUANTÍA

A la presente demanda debe dársele el trámite del PROCESO VERBAL MAYOR CUANTIA previsto en el Título Único, Capítulo I, Sección Tercera del Código General del Proceso, en concordancia con las disposiciones aplicables del Libro Tercero, Sección Primera, Título I, Capítulo I ibidem.

Por el domicilio y residencia de las partes y dado que la cuantía de la pretensión la cual es superior a Ciento Cincuenta (150) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes, es Usted señor Juez, competente para conocer del presente proceso.





CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ
ABOGADO
Procesalista y Penalista

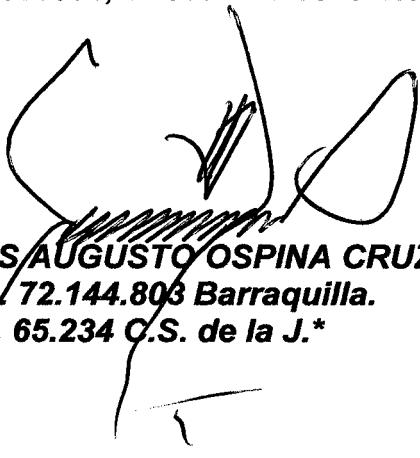
ANEXOS Y PRUEBAS

- Poder para actuar.
- Certificado de Existencia y Representación Legal de la **FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE**
- Certificado de Existencia y Representación Legal de la **NUEVA E.P.S S.**
- Copia de la Historia Clínica de la Sra. **YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS**
- Constancia de no conciliación del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Lonja de Propiedad Raíz de Barranquilla.
- Solicitamos valoración por Medicina Legal, para determinar la gravedad de las lesiones y tipo de secuelas.
- Solicitamos valoración por Medicina Laboral o Junta Regional de calificación de invalidez para determinar la perdida de la capacidad laboral.

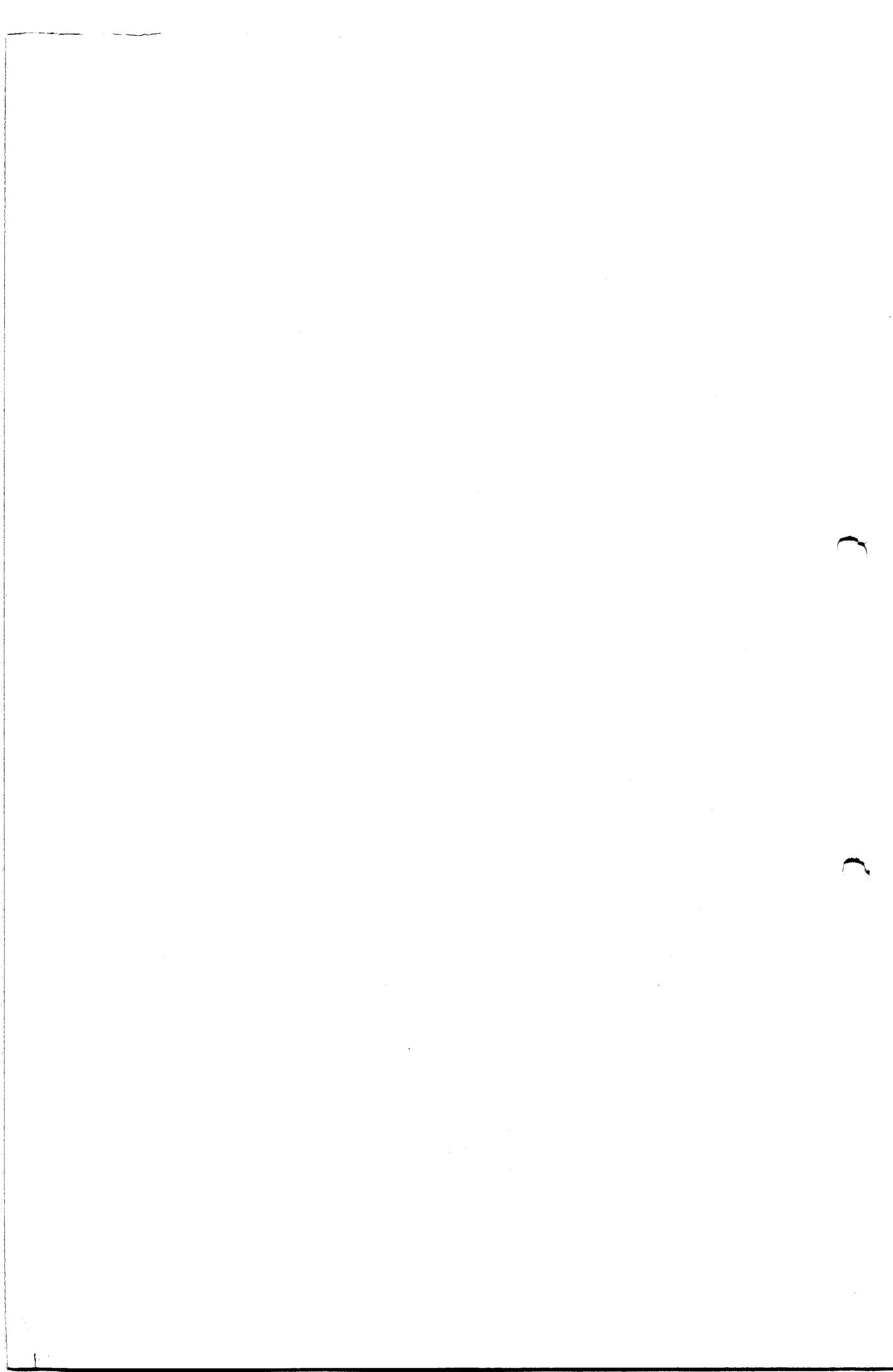
NOTIFICACIONES

- A LA **FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE**, en la Calle 30 Vía al Aeropuerto Junto al Parque Muvdi, Tel. 3715562, de Barranquilla, Correo electrónico: fcmn@uninorte.edu.co
- A LA **NUEVA E.P.S S.A**, en la carrera 85 N° 46^a-66 Piso 2, Tel. (1) 41993000, de Bogotá D.C., Correo electrónico: secretaria.general@nuevaeps.com.co
- Mi poderdante **YUSNEIDY GUTIERREZ BARRIOS**, en la carrera 5D N° 46-33 Ciudadela Metropolitana, Soledad – Atlco, Tel. 3216928616.
- El Suscrito las recibirá en la Calle 69 No. 41 – 257 Local G2 de Barranquilla, Tel (5) 3585008, Dirección Electrónica: caoc5@hotmail.com.

Del Señor Juez,


CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ
C.C. No. 72.144.803 Barraquilla.
T.P. No. 65.234 C.S. de la J.*

A.R.M.A/J.M.D.C





CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ
ABOGADO
Procesalista y Penalista
Defensor Público



SEÑOR
JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA
E.S.D.

REF.: PODER.

YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS, mayor, vecina de Soledad – Atlántico, identificada, como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito le manifiesto muy respetuosamente que otorgo poder especial amplio y suficiente al Dr. **CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ**, igualmente mayor de edad, domiciliado en Barranquilla, abogado, titulado, inscrito, identificado con la Cédula de Ciudadanía 72.144.803 de Barranquilla, portador de la Tarjeta Profesional 65.234 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación inicie, trámite y lleve hasta su culminación **Proceso Verbal de Mayor Cuantía contra la FUNDACIONA HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE**, entidad con domicilio en Soledad – Atlántico y **NUEVA E.P.S. S.A.**, sociedad con domicilio en la ciudad de Barranquilla.

Mi apoderado queda facultado para impetrar la Demanda, Promover Nulidades Procesales, Tachar de Falso Documentos, Solicitar y Controvertir Pruebas, impugnar la decisión si no fuere favorable a mis intereses; además de las facultades de conciliar, sustituir, reasumir, desistir, recibir, cobrar y demás atribuciones propias del cargo encomendado, de conformidad con lo establecido por los Art. 74 y 77 del C.G.P.

Del Señor Juez,


YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS
C.C. No. 1.045.731.832

NOTARIA OCTAVA DE BARRANQUILLA
FIRMA AUTENTICADA

Acepto,


CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ
C.C. No. 72.144.803 Barranquilla
T.P. No. 65.234 C.S. de la J.*

NOTARIA COTIMA DE BARRANQUILLA
"SPACIO EN BLANCO"





DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL

Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015



3199

En la ciudad de Barranquilla, Departamento de Atlántico, República de Colombia, el diecisiete (17) de octubre de dos mil dieciocho (2018), en la Notaría Ocho (8) del Círculo de Barranquilla, compareció:

YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS, identificado con Cédula de Ciudadanía/NUIP #1045731832, presentó el documento dirigido a JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.

Yusneidy Gutierrez B.

----- Firma autógrafa -----



71mfgrcgkwihs
17/10/2018 - 14:37:45:970



Conforme al Artículo 18 del Decreto-Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

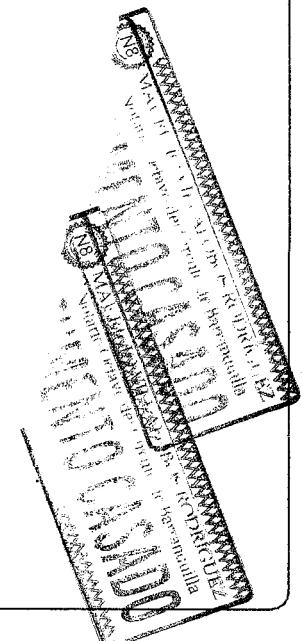
mauricio



EDGAR MAURICIO VILLALOBOS RODRIGUEZ
Notario ocho (8) del Círculo de Barranquilla



Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: 71mfgrcgkwihs



NEGARIA ESTAVA DE BARANQUILLA
ESPA^CO EN BLANCO



Pág 1 de 1

Al contestar por favor cite:
Radicado No.: 20180500002971

**LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO ADSCRITA A LA
SECRETARIA GENERAL DE LA GOBERNACION DEL ATLANTICO**

CERTIFICA:

Que mediante Resolución N° 173 del 6 de mayo de 1982, la Gobernación del Atlántico reconoció Personería Jurídica a la entidad denominada FUNDACION CENTRO MEDICO DEL NORTE, Dirección Calle 30 al lado del Parque Muvdi en la ciudad de Barranquilla.

Que según Resolución N° 000076 del 15 de julio de 2015, se aprobó la inscripción de dignatarios, reforma de estatutos y cambio de razón social, quedando así: **FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE**.

Que a través de Resolución N° 00040 de 2016, la Gobernación del Atlántico inscribió la sede de la Fundación Hospital Universidad del Norte, ubicada en el campus de la Universidad del Norte, corredor universitario, en jurisdicción del municipio de Puerto Colombia.

Que es una entidad sin ánimo de lucro, en la cual según Resolución N° 5117 del 8 de septiembre de 2017 se inscribió como Representante Legal al señor **DIEGO CASTRESANA DIAZ**, identificado con Cédula de Ciudadanía N° 72.169.175.

Que la señora **GLADYS CARREÑO RODRIGUEZ**, identificada con Cédula de Ciudadanía N° 63.286.868, según Resolución N° 000076 se inscribió como como Representante Legal Suplente.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en Barranquilla a los 9 días del mes de marzo de 2018.

Iveth Candelario A
IVETH CANDELARIO ACOSTA
 Profesional Universitario
 Archivo y Correspondencia
 Exp. 1506
 Rad 20180500118612
 Bono 2277915
 Revisó I.Candelario
 Proyectó y Elaboró: S.Riquett

ATENCION DE PARTE DEL INTERESADO

LA NOTARIA **CUARTA DE BARRANQUILLA**
CERTIFICA:
 Que el Presente documento es fiel
 fotocopia de su original que he
 tenido a la vista

15 MAR. 2018



www.atlantico.gov.co

Calle 40 Cra. 45 y 46 - Teléfono (57+ 5)3307000 -
 Fax (57+5)3307444 Barranquilla, Colombia



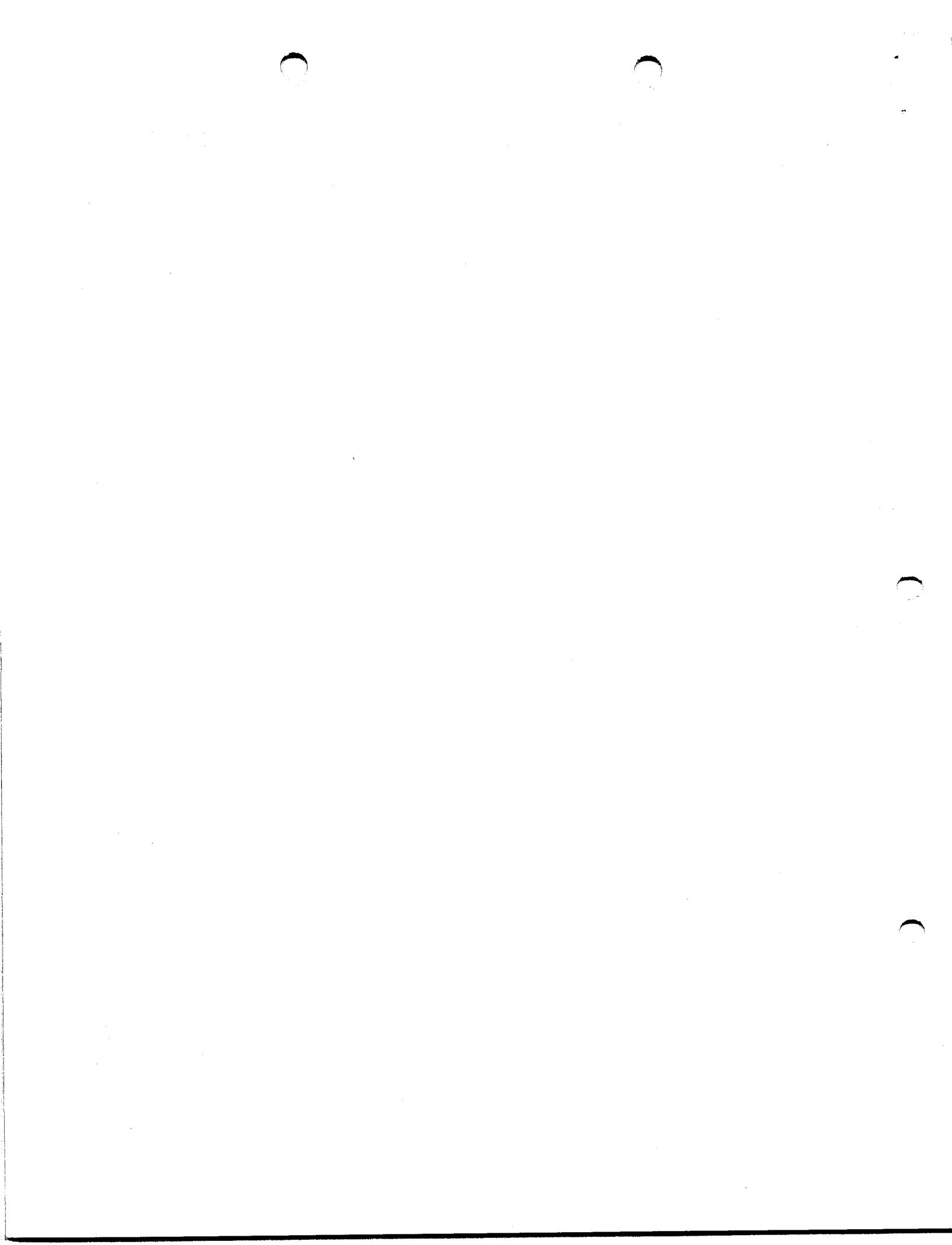
gobatl



@gobernaciondelatlantico



gobatlantico





CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: A1929440576D08

27 DE MARZO DE 2019 HORA 11:37:07

AA19294405

PÁGINA: 1 DE 2

* * * * *

LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS.

RENEVE SU MATRÍCULA MERCANTIL A MÁS TARDAR EL 1 DE ABRIL DE 2019 Y EVITE SANCIONES DE HASTA 17 S.M.L.M.V.

ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON UN CÓDIGO DE VERIFICACIÓN QUE LE PERMITE SER VALIDADO SOLO UNA VEZ, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO

RECUERDE QUE ESTE CERTIFICADO LO PUEDE ADQUIRIR DESDE SU CASA U OFICINA DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO

PARA SU SEGURIDAD DEBE VERIFICAR LA VALIDEZ Y AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO SIN COSTO ALGUNO DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO/CERTIFICADOSELECTRONICOS/

CERTIFICADO DE MATRICULA DE AGENCIA

LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA, CON FUNDAMENTO EN LAS MATRICULAS E INSCRIPCIONES DEL REGISTRO MERCANTIL

CERTIFICA:

NOMBRE DE LA AGENCIA : NUEVA EPS S A

MATRICULA NO : 01861767 DEL 20 DE ENERO DE 2009

DIRECCION COMERCIAL : AV CR 45 120 61

MUNICIPIO : BOGOTÁ D.C.

E-MAIL COMERCIAL : SECRETARIA.GENERAL@NUEVAEPS.COM.CO

ACTIVOS VINCULADOS AL ESTABLECIMIENTO : \$ 50,000,000

CERTIFICA:

ACTIVIDAD ECONOMICA : 8430 ACTIVIDADES DE PLANES DE SEGURIDAD SOCIAL DE AFILIACIÓN OBLIGATORIA. 8430 ACTIVIDADES DE PLANES DE SEGURIDAD SOCIAL DE AFILIACIÓN OBLIGATORIA.

CERTIFICA:

RENOVACION DE LA MATRICULA : EL 13 DE FEBRERO DE 2019

ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019

CERTIFICA:

PROPIETARIO (S)

NOMBRE DE LA SOCIEDAD (CASA PRINCIPAL) : NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

DOMICILIO CASA PRINCIPAL : BOGOTÁ D.C.

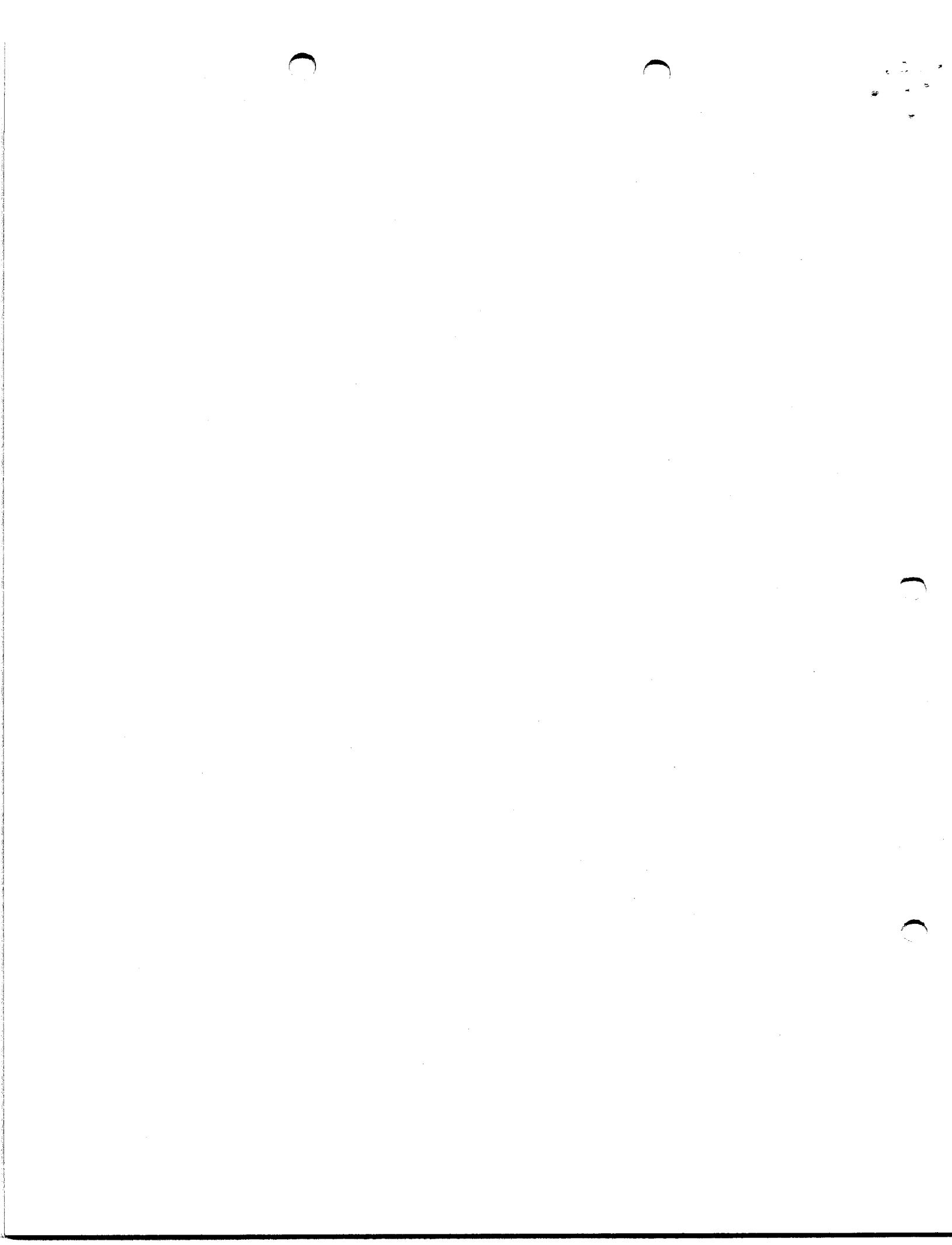
N.I.T. : 9001562642

MATRICULA NO : 01708546 DE 31 DE MAYO DE 2007

DIRECCION : CRA 85K NO. 46A-66 PISO 2 Y 3

TELEFONO : 4193000

DOMICILIO CASA PRINCIPAL: BOGOTÁ D.C.



CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 3831 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2017, INSCRITO EL 8 DE FEBRERO DE 2018 BAJO EL NUMERO 00165927, DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 2 CIVIL MUNICIPAL DE CARTAGO (VALLE DEL CAUCA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO DE MAYOR CUANTIA DE UCI VALLE SAS, CONTRA NUEVA EPS S.A SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1077 DEL 28 DE JUNIO DE 2018, INSCRITO EL 00169959 BAJO EL REGISTRO NO. 00169959 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO DE PEREIRA (RISARALDA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO VERBAL NO. 66001310300320150047700, DE: JOSE EDIER BALLESTEROS HERRERA EN NOMBRE PROPIO Y EN REPRESENTACION DE LOS MENORES SIMON E ISABELLA BALLESTEROS HEREDIA, MONICA SOFIA GUEVARA MEJIA Y MARIA INES HERRERA RAMIREZ CONTRA: LA FUNDACION CLINICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLINICA LOS ROSALES Y LA NUEVA EPS, SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1792 DEL 11 DE DICIEMBRE DE 2018 INSCRITO EL 21 DE DICIEMBRE DE 2018 BAJO EL NUMERO 00172713, DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 1 CIVIL MUNICIPAL DE SANTA MARTA (MAGDALENA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO DE MENOR CUANTIA NO. 47001400300120170061100 DE: UNIDAD DE ATENCION DE PACIENTES EN ESTADO CRITICO CUIDADO CRITICO S.A.S, CONTRA: NUEVA EPS SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA. LIMITE DE LA MEDIDA: \$125.252.635

CERTIFICA:

QUE DOCUMENTO PRIVADO DEL REPRESENTANTE LEGAL EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2008, INSCRITA EL 30 DE ENERO DE 2009, BAJO EL NO. 174488 DEL LIBRO VI, FUE NOMBRADA COMO ADMINISTRADOR:

NOMBRE:

SANDRA PATRICIA ROMERO DIMATE C.C 52.020.470

CERTIFICA:

LA INFORMACION ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRICULA DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE.

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CODIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUI CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DIAS HABILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCION, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS.

* * * EL PRESENTE CERTIFICADO NO CONSTITUYE PERMISO DE
* * * FUNCIONAMIENTO EN NINGUN CASO

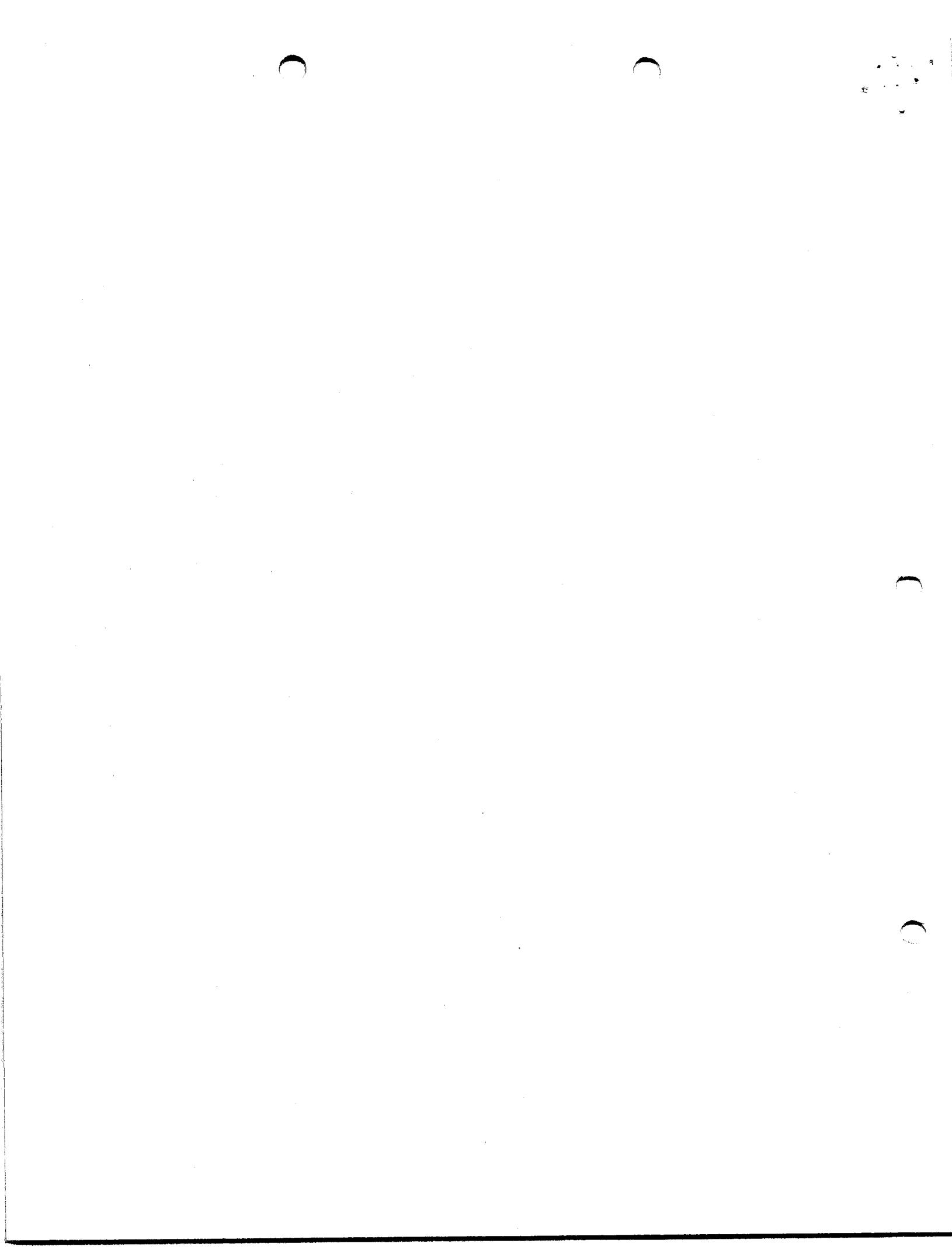
* * *

** ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DE LA
** AGENCIA HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION.

**

EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO,
VALOR : \$ 2,900

PARA VERIFICAR QUE EL CONTENIDO DE ESTE CERTIFICADO CORRESPONDA CON LA
INFORMACION QUE REPOSA EN LOS REGISTROS PUBLICOS DE LA CAMARA DE





CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: A1929440576D08

27 DE MARZO DE 2019 HORA 11:37:07

AA19294405

PÁGINA: 2 DE 2

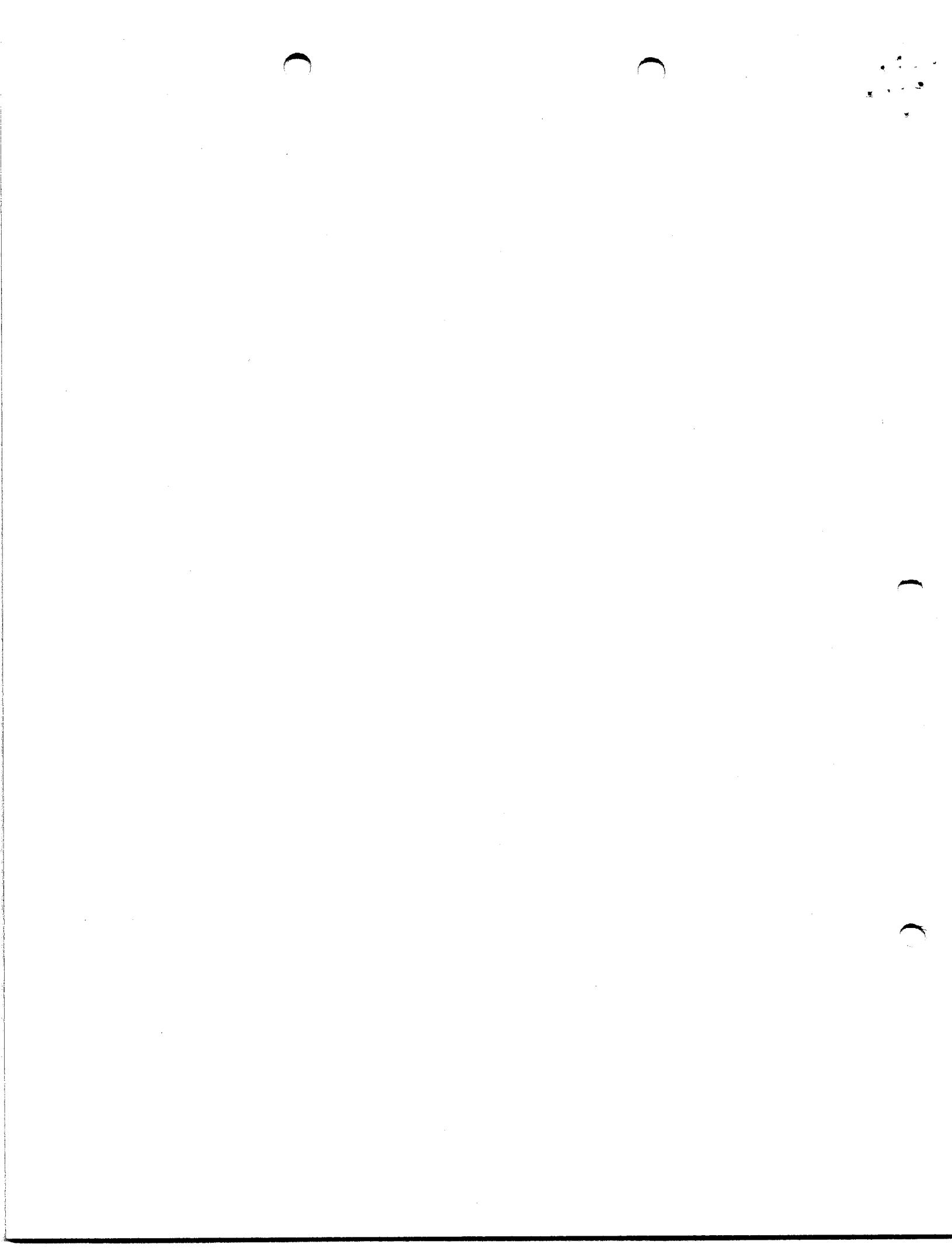
* * * * *

COMERCIO DE BOGOTÁ, EL CÓDIGO DE VERIFICACIÓN PUEDE SER VALIDADO POR
SU DESTINATARIO SOLO UNA VEZ, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO

ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRÓNICAMENTE CON FIRMA DIGITAL Y
CUENTA CON PLENA VALIDEZ JURÍDICA CONFORME A LA LEY 527 DE 1999.

FIRMA MECÁNICA DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 2150 DE 1995 Y LA
AUTORIZACIÓN IMPARTIDA POR LA SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y
COMERCIO, MEDIANTE EL OFICIO DEL 18 DE NOVIEMBRE DE 1996.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Constanza Piñerola".



CLINICA GENERAL DEL NORTE

NIT. 890102768

RECIBO DE INGRESO
No. 194347

AÑO	MES	DIA
2018	4	7
Nº. 194347		

RECIBO DE INGRESO

VALOR RECIBIDO: 70,000.00

BENEFICIARIO: YUSNEIDY GUTIERREZ BARRIOS

VALOR EN LETRAS: SETENTA MIL PESOS CON 00/100 M/CTE

NIT: 1045731832

POR CUENTA DE: YUSNEIDY GUTIERREZ BARR

POR CONCEPTO DE:

COPAGOS NUEVA EPS - PCTES

CUENTA	APL.	CEN	NIT	DO-AÑE	DESCRIPCION	D/C	VALOR	CUENTA	APL.	CEN	NIT	DO-AÑE	DESCRIPCION	D/C	VALOR
41150149	A - A	4244		0001002	COOPAGOS NUEVA EPS		70,000.00	11050301	A - A			0001002	YUSNEIDY GUTIERREZ		70,000.00

FORMA DE PAGO:

F-REBAN PLA POB NUM-DOC CUE-BANC. APL.	VALOR	BCO-CO	FORMA DE PAGO:	F-REBAN PLA POB NUM-DOC CUE-BANC. APL.	VALOR	BCO-CO
99	A	70,000.00	999			

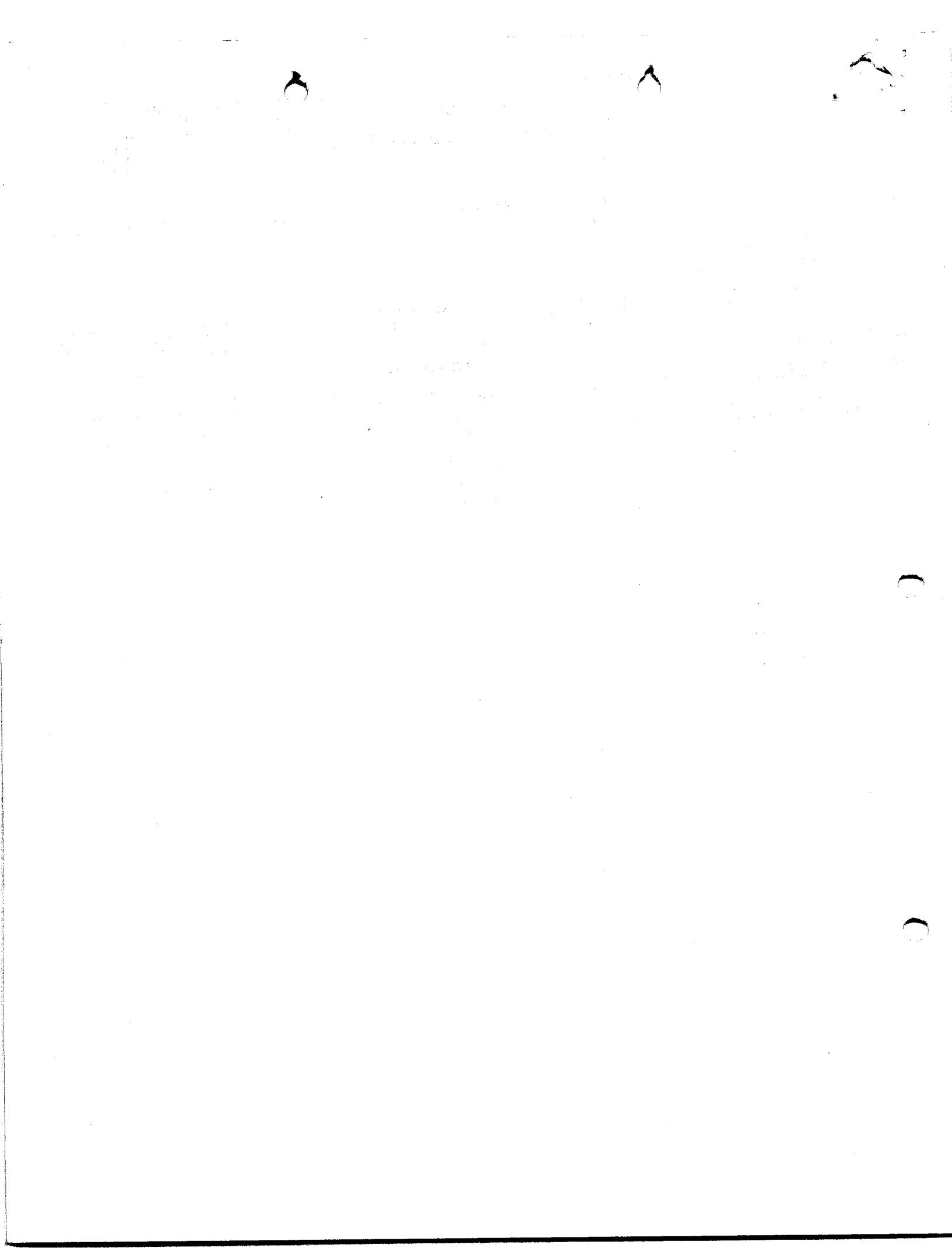
Fecha: 2018/04/07

Hora: 11:40:12

Usuario: lferrerm

Terminal:lferrerm Caja: 19

Version 10.0.45 Periodo: 2018/04





Nos comprometemos con la Vida
Clínica General del Norte
Calle 100 # 10-100

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1045731832	
Paciente: YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/07/1995	
Edad y género: 22 Años, Femenino	
Identificador único: 73647	Responsable: OCGN - PGP NUEVA EPS

Página 1 de 1

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 27/03/2018 10:25 - Ambulatoria - Sede: CLINICA GENERAL DEL NORTE - Ubicación: CENTRO ONCOLOGICO - Servicio: QUIMIOTERAPIA

Consulta Externa - COLOPROCTOLOGIA

Diagnósticos activos antes de la nota: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS- SIN ESPECIFICACION.

HISTORIA CLÍNICA AMBULATORIA

Motivo de Consulta: salida de material fecal por vagina

Enfermedad Actual: Paciente femenina de 22 años de edad quien tiene antecedente de IG IP hace un año, quien posterior al parto comienza a presentar salida de material fecal por vagina. Paciente trae estudio de colon por enema donde se visualiza fistula rectovaginal: al examen fisico se evidencia tacto rectal esfínter hipotónico ampolla rectal vacía, se palpa disrupcio de pudese estar relacionada con orificio fistuloso

Revisión Física:

Sistema tegumentario: Normal

Presión arterial (mmHg): 120/80, Presión arterial media(mmHg): 93 Frecuencia cardiaca(Lat/min): 80 Frecuencia respiratoria(Respi/min): 16 Peso(Kg): 65 Talla(cm): 155 Superficie corporal(m²): 1.67

Examen Fisico:

REGIONES DEL CUERPO HUMANO

ASPECTOS GENERALES : Normal

- Escala de Karnofsky : Total: 100, Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad.

Diagnósticos activos después de la nota: O429 - RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS- SIN ESPECIFICACION , R15X - INCONTINENCIA FECAL .

Analisis y Plan de Manejo: se indica endosonografia rectal y manometria anorectal

Firmado por: CARLOS TABLANTE ARMADA, COLOPROCTOLOGIA, Registro 592563, CE 592563

ÓRDENES MÉDICAS

Ambulatoria/Externa - CONSULTAS E INTERCONSULTAS

27/03/2018 10:45

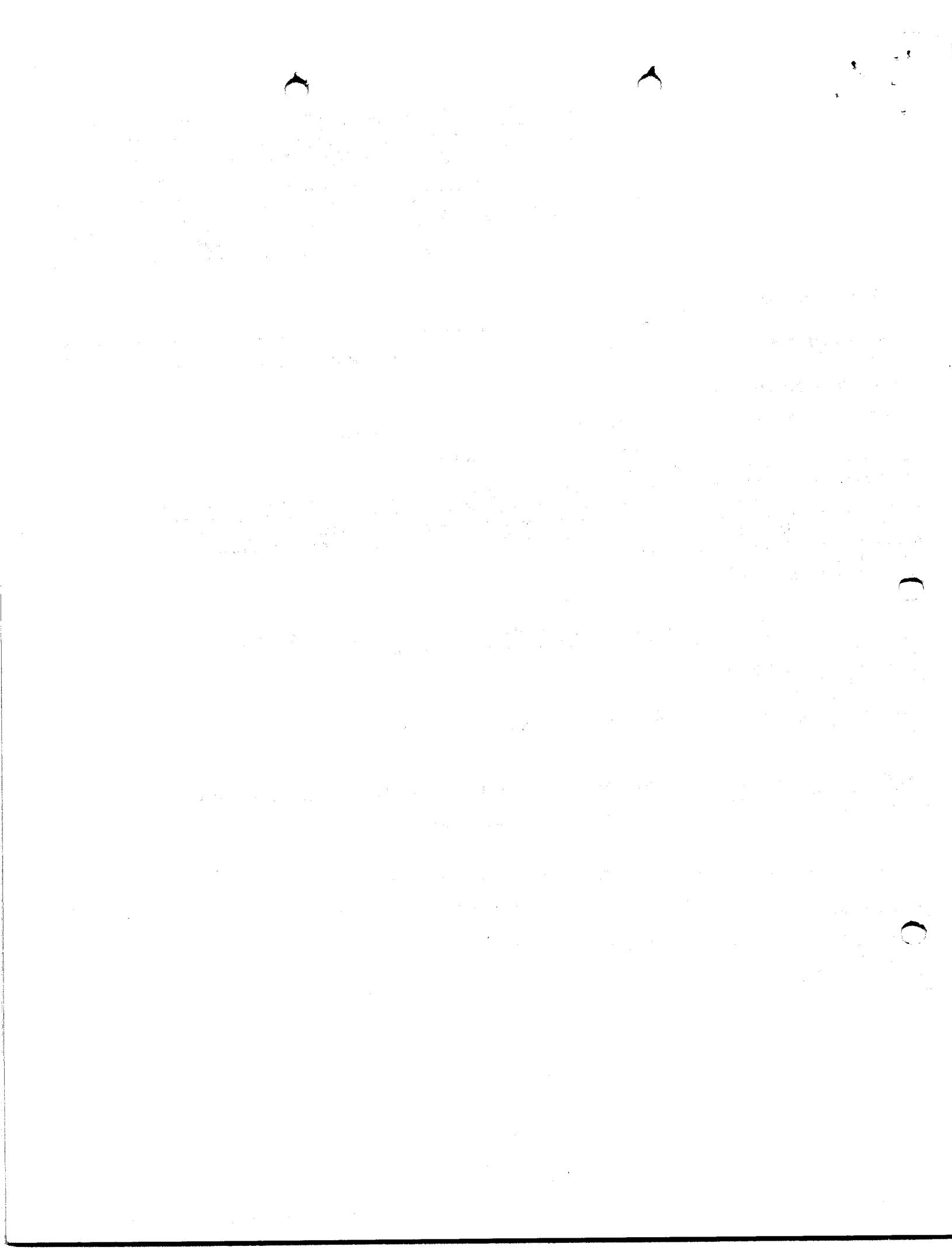
890241 - COLOPROCTOLOGIA

Interconsulta

control

control

Estado: TERMINADO





ORGANIZACIÓN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE
Un compromiso con la vida.

IPS CLINICA GENERAL DEL NORTE
Carrera 48 No 70-36 Teléfonos 3564455, EXT. 1261-1262-1047-1041
BARRANQUILLA- COLOMBIA

DEPARTAMENTO DE IMAGENOLOGIA

FECHA: 2018-01-17 08:00 AM

PACIENTE GUTIERREZ BARRIOS , YUSNEYID

EDAD:

RX COLON PCR ENEMA

Se practica estudio con enema baritado se opacifica todas las porciones del colon, su calibre es normal, no hay imágenes diverticulares ni se observan masas. A la fluoroscopia se demostró trayecto fistuloso el cual se proyecta de la pared anterior del recto hacia la vagina.

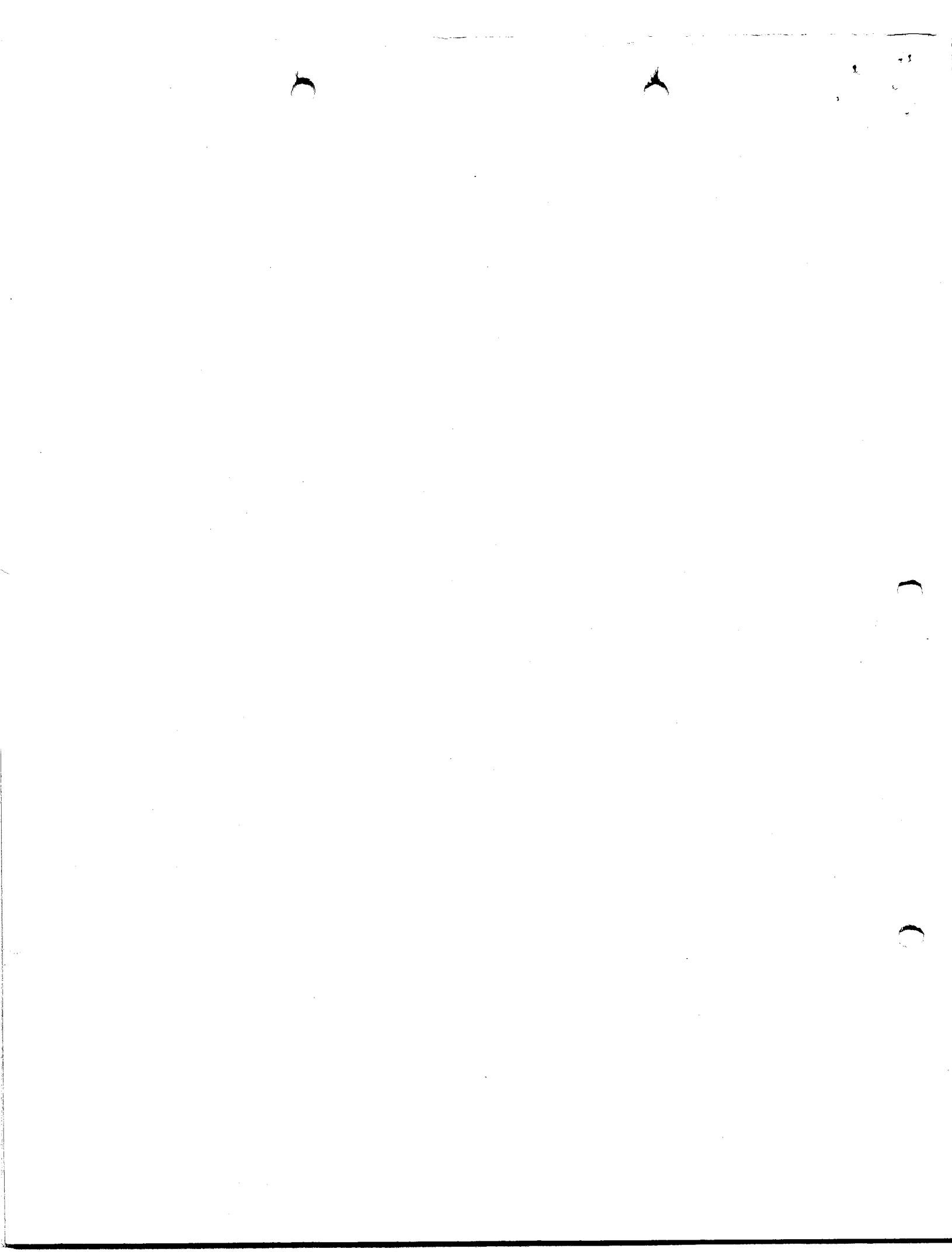
CONCLUSION

1-DATOS EN RELACION A FISTULA RECTO VAGINAL.

Atentamente


DR. SERVIO T. OROZCO FANDINO.
MD. RADITOLÓGO.

SERVIO T. OROZCO FANDINO





IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1045731832	
Paciente: YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/07/1995	
Edad y género: 22 Años, Femenino	
Identificador único: 73647-3	Responsable: NUEVAEPS NORTOLIMPU CALLE 30

Página 1 de 1

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 07/04/2018 12:27 - Sede: CLINICA GENERAL DEL NORTE - Ubicación: CIRUGIA - Servicio: CIRUGIA

Procedimientos no quirúrgicos - GASTROENTEROLOGIA

Paciente de 22 Años. Género Femenino, 0 día(s) en hospitalización

Diagnósticos activos antes de la nota: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS- SIN ESPECIFICACION, INCONTINENCIA FECAL.

PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS

Procedimientos realizados: PQ03378 - 881319 - ECOGRAFIA ENDOSCOPICA DE RECTO, Cantidad 1, Principal Si, Vía Unilateral.

Descripción: INDICACION: INCONTINENCIA FECAL CON FISTULA RECTO VAGINAL

INSPECCION. SE OBSERVA FISTULA HACIA EL INTROITO VAGINAL CON AUSENCIA DE ESFINTER EN LINEA MEDIA ANTERIOR Y SOLO ES VISIBLE LA MUCOSA.

TAUTO RECTAL: ESFINTER SIN TONO. NO MASAS NO SANGRADO. DOLOR EN REBORDE ANAL Y AL TACTO

BIMANUAL

ECOGRAFICAMENTE: SE OBSERVA AUSENCIA DE ESFINTER ANAL INTERNO Y EXTERNO EN HEMICIRCUNFERENCIA ANTERIOR.

DX. LESION DE AMBOS ESFINTERES EN HEMICIRCUNFERENCIA ANTERIOR SUSCEPTIBLE DE TTO QUIRURGICO.

Diagnósticos activos después de la nota: R15X - INCONTINENCIA FECAL (Previo, Posterior, Primario), O429 - RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS-'SIN ESPECIFICACION (Previo, Posterior).

Plan de manejo: CIRUGIA POR PROCTOLOGO

Firmado por: JESUS RODRIGUEZ, GASTROENTEROLOGIA, Registro 73106962, CC 73106962



Anorectal Manometry Report

Patient Data

Patient Name: YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS
 Patient ID: 1045731832 Physician:
 Patient Sex: Female Referring Physician:
 Date of Birth: 1995-07-18 Performed by:
 Date of Admission: 2018-09-27
 Visit ID: 1

DR MARIO MOSCOTE
 DR CARLOS TABLANTE
 LISETH CAMARGO

Patient History

Symptom(s): Proctalgia.

Medications: Unguento Proctologico.

Impressions

Se analiza manometria anorectal de cinco sensores de presion de estado solido, encontrando un esfinter de 3cm de longitud, con presion de reposo normal y asimetrico por mayor fuerza de retraccion en el borde izquierdo y con zona de alta presion a los 3cm. Esfinter competente con buenas presiones pero con duracion inefectiva de 5.5 segundos. Porcentaje de relajacion y simulacion de defecacion en 65%, indicando pujo paradojico, confirmado con 10ml y 60ml de volumen. Reflejo anal inhibitorio positivo a los 10ml, con porcentaje de relajacion incompleto. Presenta primera sensacion a los 35ml, urgencia a los 95ml y maximo tolerable a los 155ml. Compliance normal.

- DX: 1- PUJO PARADOJICO.
 2- REFLEJO ANAL INHIBITORIO POSITIVO.
 3- ESFINTER ANAL CON TONICIDAD NORMAL Y MAYOR FUERZA DE RETRACCION IZQUIERDA.
 4- HIPERSENSIBILIDAD AL BOLO.

Signature:

P43-F4401C05: Stim + 4 Channel Anorectal Procedure
 2018-09-27

Date:

Dr. Mario J. Moscote G.
 MEDICINA INTERNA
 Y GASTROENTEROLOGIA
 Y ENDOSCOPIA - R.M. 2725

YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

(ID: 1045731832, DOB: 1995-07-18)

Page 1 of 9

the first time in the history of the world, the people of the United States have been compelled to make a choice between two political parties, each of which has a distinct and well-defined platform, and each of which has a definite and well-defined object in view. The people of the United States have been compelled to make a choice between two political parties, each of which has a distinct and well-defined platform, and each of which has a definite and well-defined object in view.

The people of the United States have been compelled to make a choice between two political parties, each of which has a distinct and well-defined platform, and each of which has a definite and well-defined object in view. The people of the United States have been compelled to make a choice between two political parties, each of which has a distinct and well-defined platform, and each of which has a definite and well-defined object in view.

The people of the United States have been compelled to make a choice between two political parties, each of which has a distinct and well-defined platform, and each of which has a definite and well-defined object in view. The people of the United States have been compelled to make a choice between two political parties, each of which has a distinct and well-defined platform, and each of which has a definite and well-defined object in view.

The people of the United States have been compelled to make a choice between two political parties, each of which has a distinct and well-defined platform, and each of which has a definite and well-defined object in view. The people of the United States have been compelled to make a choice between two political parties, each of which has a distinct and well-defined platform, and each of which has a definite and well-defined object in view.

The people of the United States have been compelled to make a choice between two political parties, each of which has a distinct and well-defined platform, and each of which has a definite and well-defined object in view. The people of the United States have been compelled to make a choice between two political parties, each of which has a distinct and well-defined platform, and each of which has a definite and well-defined object in view.



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 1 de 33

Fecha: 02/03/18

G.etareo: 6

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS**

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre

Ocupación:

Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Departamento: ATLANTICO

Municipio: SOLEDAD

Teléfono: 3002093010

Acompañante: ISABEL GUZMAN**Teléfono: 3045984598**

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE PRINCIPAL HOSPITAL

Edad : 21 AÑOS

FOLIO 46 FECHA 29/11/2016 10:34:37

TIPO DE ATENCIÓN

URGENCIAS

TRIAGE (MOTIVO DE CONSULTA)

DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO, CONSTANTE O INTERMITENTE TOLERABLE POR EL PACIENTE (P-III) -

OBSERVACIONES

GESTANTE DE 37 SEMANAS DE EMBARAZO QUIEN CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR PELVICO, CEFALEA Y TINITUS.

CLASIFICACIÓN TRIAGE: 3 TRIAGE PRIORIDAD III**DIRECCIONAMIENTO:**FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

LAURA MARCELA DANCUR IBÁÑEZ

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE PRINCIPAL HOSPITAL

Edad : 21 AÑOS

FOLIO 47 FECHA 29/11/2016 11:00:17

TIPO DE ATENCIÓN

URGENCIAS

MOTIVO DE CONSULTA

"ESTOY CON DOLORES"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 21 AÑOS DE EDAD GESTA 1 CON EMBARAZO DE 37 SEMANAS POR FECHA DE ULTIMA MESTRUAACION QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE +/- 2 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR TIPO COLICO EN HIPOGASTRIO QUE SE IRRADIA A REGION LUMBAR ASOCIADO A SALIDA DE TAPON MUCOSO, AFIRMA MOVIMIENTOS FETALES PERO DISMINUIDOS, NIEGA GENITORRAGIA O HIDRORREA, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA

ANTECEDENTES**PERSONALES**

PERSONALES

PATOLÓGICOS : -PATOLÓGICOS: NIEGA

QUIRÚRGICOS : -QUIRÚRGICOS: NIEGA

HOSPITALIZACIONES : -HOSPITALIZACIONES: NIEGA

CONCILIACION : -CONCILIA MEDICAMENTOS: NIEGA

OTROS : 27/04/16: VIH: NEGATIVO; TOXO IgG: 0.13, TOXO IGM: 0.26, CH: HB: 12.6 HTO: 38.8 WBC: 8200 GRA: 71% LY: 20% PLT:

236000, HBSAG:NEGATIVO, FROTIS VAGINAL: NO SUGESTIVO DE INFECCION

27/06/16: UROCULTIVO: NEGATIVO A LAS 48 HORAS

21/07/16: VDRL: NO REACTIVO, VIH: NEGATIVO

26/09/16: CURVA DE TOLERANCIA: BASAL: 76 HORA: 103 HORA2: 96 HORA3: 98

16/11/16: VIH: NEGATIVO, VDRL: NO REACTIVO, UROANALISIS: BACTERIAS: ++ MOCO: ++, CH: HB: 11.5 HTO: 36.2 WBC: 1020 GRA:

70% LY: 20% PLT: 222000

ALERGICOS

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO

FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsClxFch

Pag: 2 de 33

Fecha: 02/03/18

Getareo: 6

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS**

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre

Ocupación:

Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METROPOLITANA

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Departamento: ATLANTICO

Municipio: SOLEDAD

Teléfono: 3002093010

Acompañante: ISABEL GUZMAN**Teléfono: 3045984598****ALERGICOS**

-NIEGA : -NIEGA

GINECOBSTETRICOS

-Paciente refiere:

-MENARQUIA A LOS: 12 AÑOS

-FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN: 17/03/16, TIPO MENSTRUACIÓN: NORMAL, MENSTRUACIÓN CADA: 30 DIAS, DURACIÓN MENST: 2 dias

-FECHA DE ULTIMA CITOLOGIA: 10/09/15

-PARTOS: 0

-CESAREA: 0

-ABORTOS: 0

-MOLAS: 0

-ECTOPICOS: 0

-HIJOS VIVOS: 0

-Edad Gestacional: 36 Semanas -Tercer Trimestre de Embarazo -Fecha Probable de Parto: 22/12/16

-PACIENTE PLANIFICA: NO, NRO. COMPAÑEROS SEXUALES: 0

-AUTO EXAMEN DE SENO: NO

-FLUJO: NO

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES: 9

IVS: 17 AÑOS

IVO: 21 AÑOS

REVISIÓN X SISTEMAS

CABEZA Y ORAL: -NIEGA. CUELLO: -NIEGA. PULMONAR: -NIEGA. CARDIACO: -NIEGA. ABDOMEN: -NIEGA. GENITOURINARIO: -NIEGA.

EXAMEN FÍSICO

CABEZA Y ORAL: MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE SIN ALTERACIONES. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: PACIENTE ALERTA, CONSCIENTE Y ORIENTADA, PUPILLAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ. CUELLO: -CUELLO SIN ADENOPATÍOS. EXTREMIDADES SUPERIORES: EUTROFICAS SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR. PULMONAR: -PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS. CARDIACO: -RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS. ABDOMEN: GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO CON AU: 32 CM FETO UNICO VIVO CEFÁLICO DORSO IZQUIERDO CON FETOCARDIA DE 145 LPM CON DINAMICA UTERINA PALPABLE. GENITOURINARIO: GENITALES EXTERNOS DE APARIENCIA NORMAL, CUELLO CENTRAL CON DILATACION DE 2 CM Y BTO: 80% ESTACION: 0 MEMBRANAS INTEGRAS

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE DE 21 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE:

1. EMBARAZO DE 37 SEMANAS POR FECHA DE ULTIMA MESTRACION
2. FETO UNICO VIVO
3. TRABAJO DE PARTO EN FASE LATENTE

PLAN

1. OBSERVACIÓN
2. MONITOREO FETAL

Evolución realizada por: MELISSA JULIETH DE LA HOZ MOSQUERA-Fecha: 29/11/16 11:12:25

DIAGNÓSTICO 0479 FALSO TRABAJO DE PARTO SIN OTRA ESPECIFICACION

Tipo PRINCIPAL

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

Cantidad	Descripción
1	MONITORIA FETAL ANTEPARTO TARIFA POR SESION
7J.0 *HOSVITAL*	

Realizado

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 3 de 33

Fecha: 02/03/18

G.tareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEYD PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre

Ocupación:

Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Departamento: ATLANTICO

Municipio: SOLEDAD

Teléfono: 3002093010

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

MONITOREO NST CATEGORIA II.

FECHA Y HORA DE APLICACION: 29/11/2016 13:02:49 REALIZADO POR: MELISSA JULIETH DE LA HOZ MOSQUERA

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

MELISSA JULIETH DE LA HOZ MOSQUERA

Reg. 080611-2012

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	48	FECHA 29/11/2016 11:28:33	TIPO DE ATENCIÓN

NOTA DE INGRESO

11:00 INGRESO PACIENTE A SALA DE OBSERVACION GINECO-OBSTETRICA, FEMENINA DE 21 AÑOS CONSCIENTE, ORIENTADA, CAMINANDO, POR SUS PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR AL SALUDO MANIFIESTA "TENGO DOLOR" VALORADA POR MEDICO EN TURNO QUIEN REALIZA EXAMEN FISICO Y GINECOLOGICO DA ORDENES MEDICA A CUMPLIR SE UBICA EN UNIDAD NUMERO 57

NOTAS ENFERMERIA

11:30 POR ORDEN MEDICA SE REALIZA MONITOREO FETAL.

Nota realizada por: SANDRA MILENA GOMEZ DURAN Fecha: 29/11/16 11:29:56

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

SANDRA MILENA GOMEZ DURAN

Reg. 08-0754

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	49	FECHA 29/11/2016 13:01:56	TIPO DE ATENCIÓN

EVOLUCIÓN MÉDICO

*** NOTA ***

SE ORDENA PERFIL BIOFISICO POR MONITOREO CON POCAS VARIABILIDADES CATEGORIA II

Evolucion realizada por: MELISSA JULIETH DE LA HOZ MOSQUERA-Fecha: 29/11/16 13:02:06

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Cantidad	Descripción	Realizado
1	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA CON PERFIL BIOFISICO ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL CON PERFIL BIOFISICO	

Feto único, vivocefálico longitudinal dorso izquierdo.

Mostrando una actividad cardiaca 168 lat/min movimientos fetales espontáneos.

7J.0 *HOSPITAL*

Usuario: OMERCADO

**FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE****890112801 - 3**

RHsClxFch

Pag: 4 de 33

Fecha: 02/03/18

G.estareo: 6

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS****Empresa:** 441-NUEVA EPS S.A.**Affiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 18/07/1995 **Edad actual :** 22 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Unión Libre**Ocupación:****Dirección:** CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO**Barrio:** CIUDADELA METROPOLITANA**Departamento:** ATLANTICO**Municipio:** SOLEDAD**Teléfono:** 3002093010**Acompañante:** ISABEL GUZMAN**Teléfono:** 3045984598

DBP:9.1cm.

HC :32.6cm.

AC :34.1cm.

FL :7.2cm.

Peso fetal estimado: 3257 Gramos.

Líquido amniótico : Normal, ILA 8.3 (VN 8-22).

Placenta: Corporal anterior . Grado III de Grannum.

Cordón con tres vasos. No se evidencian alteraciones anatómicas groseras.

Perfil Biofísico**Movimientos Fetales:** 2 Puntos**Movimientos Respiratorios:** 2 Puntos**Tono Fetal:** 2 Puntos**Líquido Amniótico:** 2 Puntos**TOTAL:** 8/8**CONCLUSIÓN:**

1.GESTACIÓN DE 37 SEMANAS 2 DIAS.

2.BIENESTAR FETAL.

3.PERFIL BIOFÍSICO 8/8.

FECHA Y HORA DE APLICACION:29/11/2016 13:56:42 REALIZADO POR: DOLCEY RAYMOND MARQUEZ FLORIAN**FIRMA DIGITAL**
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18**MELISSA JULIETH DE LA HOZ MOSQUERA**

Reg. 080611-2012

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE PRINCIPAL HOSPITAL Edad : 21 AÑOS**FOLIO 50 FECHA 29/11/2016 18:36:03 TIPO DE ATENCIÓN URGENCIAS****NOTAS ENFERMERIA**

12:00 RECIBE MERINADA BUENA INGESTA.

12:30 POR ORDEN MEDICA SE TRANSLADA A RADIOLOGIA EN SILLA DE RUEDAS PARA REALIZACION DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

13:30 REGRESA DE RADIOLOGIA CON REPORTE ECOGRAFICO

16:00 TRANQUILA EN SU UNIDAD

18:30 DEAMBULA POR EL SERVICIO

19:00 QUEDA EN UNIDAD 57 DECUBITO DORSAL, ALERTA, FEMENINA DE 21 AÑOS, CONSCIENTE, ORIENTADA CON MUCOSAS NASAL Y ORAL HUMEDAS, CUELLO MOVIL, TORAX SIMETRICO, ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO FETOCARDIA POSITIVA, GENITALES

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCixFch

Pag: 5 de 33

Fecha: 02/03/18

G.tareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Affiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 **Edad actual:** 22 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Unión Libre

Ocupación:

Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Departamento: ATLANTICO

Municipio: SOLEDAD

Teléfono: 3002093010

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

NORMOCONFIGURADOS LIMPIOS, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES SIMETRICOS EN ESPERA DE VALORACION POR GINECOLOGIA PARA DEFINIR CONDUCTA.

Nota realizada por: SANDRA MILENA GOMEZ DURAN Fecha: 29/11/16 18:36:20

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 16

SANDRA MILENA GOMEZ DURAN

Reg. 08-0754

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
-------------------	-----	-------------------------	----------------

FOLIO	51	FECHA 29/11/2016 22:17:34	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS
-------	----	---------------------------	------------------	-----------

EVOLUCIÓN MÉDICO

SE REVALORA PACIENTE, EN TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE EN 3 CM DE DILATACION, SE ORDENA HIDRATACION CON DEXTROSA Y NUEVO MONBITOREO FETAL, REVALORAR

Evolución realizada por: JAIME MARTINEZ DIAZ-Fecha: 29/11/16 22:17:39

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

Cantidad

Descripción

Pendiente

1 MONITORIA FETAL ANTEPARTO TARIFA POR SESION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1.00	1.000,00 MILILITROS	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% 500 CC SOLUCIO	INTRAVENOSO	Ahora	NUEVO

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

JAIME MARTINEZ DIAZ

Reg. 2173

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
-------------------	-----	-------------------------	----------------

FOLIO	53	FECHA 30/11/2016 00:38:47	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS
-------	----	---------------------------	------------------	-----------

NOTAS ENFERMERIA

19:00: RECIBO PACIENTE EN SALA DE OBSERVACIÓN GINECOLOGIA, CONSCIENTE, ORIENTADA, SE OBSERVA CON MUCOSA ORAL HUMEDA E HIDRATADA, CUELLO MOVIL, TORAX SIMETRICO, ABDOMEN GLOBOso POR UTERO GRAVIDO, SIN VÍA PERIFERICA, MIEMBROS INFERIORES NORMALES SIN EDEMAS, BAJO CUIDADO MEDICO Y CUIDADO DE ENFERMERIA. A LA ESPERA DE VALORACIÓN POR GINECOLOGÍA PARA DEFINIR CONDUCTA.

20:00: SE OBSERVA TRANQUILA EN SU UNIDAD, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR.

20:15: RONDA MEDICA POR LA DRA. MANJARRES.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 6 de 33

Fecha: 02/03/18

Getareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS
Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1
Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.
Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre
Ocupación:
Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO
Departamento: ATLANTICO
Teléfono: 3002093010

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA
Municipio: SOLEDAD

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

- 21:00: REALIZA DIURESIS DE FORMA ESPONTANEA.
22:17: VALORADA POR EL DR. MARTINEZ QUIÉN ORDENA.
22:30: SE CANALIZA MIEMBRO SUPERIOR CON CATETER N°18 Y SE INSTALA LIQUIDOS ENDOVENOSOS CON DAD 5% 500CC PASANDO A GOTEO ORDENADO.
SE CONTINUAN LIQUIDOS ENDOVENOSOS CON DAD 5% 500CC PASANDO A GOTEO ORDENADO.
23:00: SE INSTALA MONITOREO FETAL.
23:30: TERMINA MONITOREO FETAL Y SE ANEXA A HISTORIA CLÍNICA.
00:00: REALIZA DIURESIS DE FORMA ESPONTANEA.
01:00: SE OBSERVA DORMIDA EN SU UNIDAD, SIN NOVEDAD.

Nota realizada por: SHIRLEY MONTENEGRO BOVEA Fecha: 30/11/16 00:38:49

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

SHIRLEY MONTENEGRO BOVEA

Reg.
ENFERMERIA

Edad: 21 AÑOS

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE PRINCIPAL HOSPITAL

FOLIO 54 FECHA 30/11/2016 06:44:27

TIPO DE ATENCIÓN

URGENCIAS

NOTAS ENFERMERIA

- 02:00: CONTINUA DORMIDA EN SU UNIDAD, SIN NOVEDAD.
04:00: REALIZA DIURESIS DE FORMA ESPONTANEA.
05:00: RECIBE BAÑO EN DUCHA EN COMPAÑIA DE FAMILAR, SE HACE ARREGLO DE LA UNIDAD.
06:00: SE OBSERVA TRANQUILA EN SU UNIDAD, SIN NOVEDAD.
06:30: VALORADA POR MEDICO EN TURNO QUIÉN REALIZA EXAMEN FISICO Y GINECOLOGICO ENCONTRANDO DILATACIÓN DE 3CM Y BORRAMIENTO DE 50%, CONTINUA IGUAL MANEJO.
07:00: QUEDA PACIENTE EN SALA DE OBSERVACIÓN GINECOLOGIA EN TRABAJO DE PARTO EN FASE LATENTE, CONSCIENTE, ORIENTADA, SE OBSERVA CON MUCOSA ORAL HUMEDA E HIDRATADA, CUELLO MOVIL, TORAX SIMETRICO, ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO, VENA CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR PASANDO LIQUIDOS ENDOVENOSOS DAD 5% 500CC A GOTEO ORDENADO, MIEMBROS INFERIORES NORMALES SIN EDEMAS, BAJO CUIDADO MEDICO Y CUIDADO DE ENFERMERIA.

Nota realizada por: SHIRLEY MONTENEGRO BOVEA Fecha: 30/11/16 06:44:28

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

SHIRLEY MONTENEGRO BOVEA

Reg.
ENFERMERIA

Edad: 21 AÑOS

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE PRINCIPAL HOSPITAL

FOLIO 55 FECHA 30/11/2016 09:15:50

TIPO DE ATENCIÓN

URGENCIAS

NOTAS ENFERMERIA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 7 de 33

Fecha: 02/03/18

G.etareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441-NUEVA EPS S.A.

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre

Ocupación:

Dirección: CRA 5 D NN 46-33 CIUDADELA METRO

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Departamento: ATLANTICO

Municipio: SOLEDAD

Teléfono: 3002093010

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

07:00 EN SALA DE OBSERVACION DE GINECOLOGIA, CONCIENTE,ORIENTADA, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, CON MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL, TORAX SIMETRICO, CON LEV SSN 0.9% 500CC A GOTEO ORDENADO, ABDOMEN GLOBOso POR UTERO GRAVIDO, EXTREMIDADES INFERIORES NORMALES.

08:00 RECIBE DIETA ORDENADA.

09:00 VALORADA POR LA DOCTORA MELISSA.

SE TOMA MUESTRA PARA LABORATORIOS.

09:40 SE TRASLADA PARA SALA DE MATERNIDAD, CONCIENTE,ORIENTADA, EN CAMILLA CON BARANDAS, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, CAMILLERO Y JEFE DE ENFERMERIA, CON MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL, LEV SSN 0.9% 500CC, ABDOMEN GLOBOso POR UTERO GRAVIDO, SIN SALIDA DE LIQUIDO POR VAGINA, EXTREMIDADES INFERIORES NORMALES, SE ENTREGA HISTORIA CLINICA.

Nota realizada por: LUZ VANESSA COLMENARES VALLEJO Fecha: 30/11/16 09:15:51

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

Luz Vanessa Colmenares Vallejo

Reg.

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad :	21 AÑOS
FOLIO	56	FECHA 30/11/2016 09:18:39	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE DE 21 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE:

1. EMBARAZO DE 37.1 SEMANAS POR FECHA DE ULTIMA MESTRACION
2. FETO UNICO VIVO
3. TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA

PACIENTE QUIEN MANIFIESTA INCREMENTO DEL DOLOR TIPO CONTRACCION

AL EXAMEN FISICO: T.A: 100/70 MMHG F.C: 80 LPM F.R: 18 RPM

PACIENTE ALERTA, CONSCIENTE Y ORIENTADA, MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE SIN ALTERACIONES, CUELLO MOVIL SIN ADENOMEGLIAS, PULMONES CLARO BIEN VENTILADOS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLO, ABDOMEN: GLOBOso POR UTERO GRAVIDO CON FETOCARDIA DE 145 LPM CON DINAMICA UTERINA DE 2/10/30" G/U. SE EVIDENCIA CON DILATACION DE 5 CM Y BTO: 80%, EXT: EUTROFICAS SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR DE 2 SEG

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE QUIEN SE ENCUENTRA EN SU TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA, SE DECIDE TRASLADAR A SALA DE PARTO, SE LE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN MANIFIESTA ENTENDER

Evolución realizada por: ISMAEL AHUMADA AHUMADA-Fecha: 30/11/16 09:18:41

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	Realizado
1	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IGM POR EIA.	

Toxoplasma Gondii Anticuerpos IgM.: 0.077 Ratio

V.R.[Positivo: Ratio > 1.1] :

[Negativo: Ratio < 0.9] :

[Indeterminado: 0.9 - 1.1] :

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO

HUN

FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsC1xFch

Pag: 8 de 33

Fecha: 02/03/18

G.estareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre

Ocupación:

Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Teléfono: 3002093010

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

FECHA Y HORA DE APLICACION: 30/11/2016 12:19:45 REALIZADO POR: SAMIR ANDRES VILORIA ALTAMAR

FIRMA DIGITAL

Resolución 1995 de 1999

Artículo 18

ISMAEL AHUMADA AHUMADA

Reg. 14252

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001

SEDE PRINCIPAL HOSPITAL

Edad : 21 AÑOS

FOLIO

58

FECHA 30/11/2016 12:21:17

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACIÓN

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE DE 21 AÑOS EN SU 1 DÍA DE INTERNACIÓN CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS:

1. EMBARAZO DE 37.1 SEMANAS POR FUM
2. FETO UNICO VIVO
3. TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA
4. HIPODINAMIA

PACIENTE CON ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR, 2 CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS DE 20 SEGUNDOS, SE CONSIDERA PACIENTE CURSA CON HIPODINAMIA SECUNDARIA, NO HAY DISTOCIAS FETALES O MATERNAS ADICIONALES POR LO QUE SE INDICA CONDUCCIÓN CON OXITOCINA DE INICIO INMEDIATO.

PLAN

1. OXITOCINA 5 UI/AHORA
2. CLORURO DE SODIO 500 CC PARA CADA 5UI.
- GOTEO A 24 CC/HORA
3. VIGILANCIA DE DINAMICA Y FETOCARDIA.

Evolución realizada por: ISMAEL AHUMADA AHUMADA-Fecha: 30/11/16 12:21:20

FORMULA MÉDICA

Cantidad Dosis

Descripción

SODIO CLORURO 0.9% 500 ML 0.9% 500ML

2,00

1.000,00 MILILITROS

1,00

5,00 UNIDADES INTERNOXITOCINA 10 UI/ML SOLUCION INYECTABLE 10 U./ML

Via	Frecuencia	Acción
INTRAVENOSO	Ahora	NUEVO
INTRAVENOSO	Ahora	NUEVO

Usuario: OMERCADO

7J.0 *HOSITAL*

FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsClxFch

Pag: 9 de 33

Fecha: 02/03/18

G.ctareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441-NUEVA EPS S.A.

Affiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 **Edad actual:** 22 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Unión Libre

Ocupación:

Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Departamento: ATLANTICO

Municipio: SOLEDAD

Teléfono: 3002093010

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ISMAEL AHUMADA AHUMADA

Reg. 14252

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	59	FECHA 30/11/2016 13:12:30	TIPO DE ATENCIÓN

NOTAS ENFERMERIA

9:45: RECIBO FEMENINA PROCEDENTE DE URGENCIAS GINECOLÓGICAS, EN SILLA DE RUEDAS, CONSCIENTE, ORIENTADAS, LUGAR TIEMPO Y PERSONA, MUCOSAS HIDRATADAS, ABDOMEN GLOBOso POR UTERO GRAVIDO, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES SIMETRICOS, CON VENA PERIFERICA CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CONECTADAS A LIQUIDOS DE BASE SSN 0.9% 500CC ACOMPAÑADA POR FAMILIAR, AUXILIAR CLINICO Y AUXILIAR DE ENFERMERIA EN TURNO, SE RECIBE HISTORIA CLINICA.
SE INSTALA EN LA UNIDAD, SE ENTREGA VESTIMENTA QUIRURGICA (BATA, GORRO Y POLAINAS).

10:00: VALORADA POR EL GINECOLOGO EN TURNO QUIEN ORDENA MONITOREO FETAL

Nota realizada por: YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ **Fecha:** 30/11/16 13:12:32

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	60	FECHA 30/11/2016 13:32:47	TIPO DE ATENCIÓN

NOTAS ENFERMERIA

11:00: REALIZA DIURESIS DE FORMA ESPONTANEA.
1130:EN SU UNIDAD EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR.
12:30: SE INSTALA CONDUCCIÓN CON OXITOCINA 5 UI+SSN 0.9% 500CC A GOTEO OREDNADO 24 CC/HR POR BOMBA DE INFUSIÓN.

Nota realizada por: YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ **Fecha:** 30/11/16 13:32:49

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ

Reg.

ENFERMERIA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO

FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 10 de 33

Fecha: 02/03/18

Getareo: 6



HUN

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 - YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Estado Civil: Unión Libre

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre

Ocupación:

Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Departamento: ATLANTICO

Municipio: SOLEDAD

Teléfono: 3002093010

Teléfono: 3045984598

Edad: 21 AÑOS

Acompañante: ISABEL GUZMAN

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE PRINCIPAL HOSPITAL

FOLIO 62 FECHA 30/11/2016 14:21:25

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

14:00: POR ORDEN MEDICA SE AUMENTA CONDUCCIÓN DE OXITOCINA 5 UNIDADES A RAZÓN DE 36CC/HR POR BOMBA DE INFUSIÓN.
 14:30: VALORADA POR EL GINECOLOGO EN TURNO: DRA. WILCHES QUIEN REALIZA TACTO VAGINAL ENCONTRANDO DILATACIÓN DE 6CM CON UN BORRAMIENTO DE 90%. POR ORDEN MEDICA SE AUMENTA CONDUCCIÓN DE OXITOCINA 5 UNIDADES A RAZÓN DE 48CC/HR POR BOMBA DE INFUSIÓN

Nota realizada por: YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ Fecha: 30/11/16 14:21:28

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE PRINCIPAL HOSPITAL

Edad: 21 AÑOS

FOLIO 64 FECHA 30/11/2016 15:33:37

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE DE 21 AÑOS EN SU 1 DÍA DE INTERNACIÓN CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS:

1. EMBARAZO DE 37.1 SEMANAS POR FUM
2. FETO UNICO VIVO
3. TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA

SE REALIZA VALORACION DE PACIENTE ACTIVIDAD UTERINA 4 CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS DE 40 SEGUNDOS, A NIVEL GINECOLÓGICO, TRABAJO DE PARTO A 4 MU/MIN; 24 CC/HORA,

Evolución realizada por: NANCY WILCHES GARCIA-Fecha: 30/11/16 15:33:40

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

NANCY WILCHES GARCIA

Reg. 1609
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE PRINCIPAL HOSPITAL

Edad: 21 AÑOS

FOLIO 65 FECHA 30/11/2016 16:45:07

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

SE REALIZA TACTO VAGINAL ENCONTRANDOSE CUELLO DILATADO EN 7 CM, BORRAMIENTO DEL 90%, MEMBRANAS INTEGRAS, FETO EN 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 11 de 33

Fecha: 02/03/18

G.estareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC. 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Affiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 **Edad actual :** 22 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Unión Libre

Ocupación:

Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Departamento: ATLANTICO

Municipio: SOLEDAD

Teléfono: 3002093010

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

ESTACION 0; SE REALIZA AMNIOTOMIA, SE OBTIENE LÍQUIDO CLARO, EUTERMICO.

FCF136LPM

SE CONTINUARA ASISTENCIA DEL TRABAJO DE PARTO CONDUCIDO CON OXITOCINA A 6MU/MINUTO.

Evolución realizada por: NANCY WILCHES GARCIA-Fecha: 30/11/16 16:45:09

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

NANCY WILCHES GARCIA

Reg. 1609

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	66	FECHA 30/11/2016 18:36:11	TIPO DE ATENCIÓN

EVOLUCIÓN MÉDICO

PRIMIGESTANTE CON

1. EMBARAZO DE 327.1 SEMANAS

2. TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA

3 FETO UNICO VIVO CEFALICO

REFIERE DOLOR ABDOMINAL FRECUENTE, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES.

SE LE REALIZO AMNIOTOMIA A LAS 16 Y 45 HORAS

PA=100/70

ABDOMEN= 3 CONTRACCIONES / 10 MIN DE 50 SEG DE DURACION BUENA INTENSIDAD. FCF=130 LPM, TONO UTERINO NORMAL

TACTO VAGINAL: DILATACION 9 CMS,BORRAMIENTO 90% ESTACION +1, LIQUIDO AMNIOTICO CLARO.

PLAN

-VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO

-ATENCION DEL PARTO

Evolución realizada por: NANCY WILCHES GARCIA-Fecha: 30/11/16 18:36:23

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

NANCY WILCHES GARCIA

Reg. 1609

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	67	FECHA 30/11/2016 18:41:37	TIPO DE ATENCIÓN

NOTAS ENFERMERIA

15:00 Se realiza tacto vaginal Dr. wilches quien encuentra dilatación 7cm borramiento de 80%

7J.0 *HOSVTAL*

Usuario: OMERCADO

FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 12 de 33

Fecha: 02/03/18

G. Etareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A. Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1
 Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre
 Ocupación:
 Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METROPOLITANA Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA
 Departamento: ATLANTICO Municipio: SOLEDAD
 Teléfono: 3002093010

Teléfono: 3045984598

Acompañante: ISABEL GUZMAN

16:45 se realiza amniotomia líquido amniótico claro.Dra; wilches.
 17:15 Se aumenta goteo infusión ssn 0.9% 500cc + 5 unidades oxitocina goteo 108cc/hora por equipo.bomba infusión
 18:00 realiza deposición blanda amarilla
 18:15 se aumenta goteo 48cc/hora por orden medica
 18:30 se ausculta fetocardia 134lpm.
 18:50 se traslada en silla de ruedas, consciente orientada en compañía de jefe en turno se se instala en camilla
 posición ginecologicas.

Nota realizada por: YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ Fecha: 30/11/16 18:41:47

FIRMA DIGITAL
 Resolución 1995 de 1999
 Artículo 18

YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	69	FECHA 30/11/2016 18:59:03	TIPO DE ATENCIÓN

NOTAS ENFERMERIA

19:00QUEDA EN SALA PARTO POSICIÓN GINECOLOGICA EN COMPAÑIA DE DRA,-WILCHES

Nota realizada por: YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ Fecha: 30/11/16 18:59:04

FIRMA DIGITAL
 Resolución 1995 de 1999
 Artículo 18

YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	70	FECHA 30/11/2016 19:56:23	TIPO DE ATENCIÓN

FORMULA MÉDICA	Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
	4,00	500,00 MILIGRAMOS	CEFALEXINA 500 MG TABLETA O CAPSULA 500 MG	ORAL	6 Horas	NUEVO
	4,00	1,00 GRAMOS	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA 500 MG	ORAL	6 Horas	NUEVO

PROCEDIMIENTOS QUIRÚGICOS

Cantidad Descripción Pendiente

1 ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO NORMAL (EXPULSIVO) INCLUYE CON O SIN RUPTURA ARTIFICIAL Dpendiente

Usuario: OMERCADO

7J.0 *HOSVITAL*



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

Fe
G. etareo

HL

**HIS
ER
C**

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil:

Ocupación:

Dirección: CRA 5 D NN 46-33 CIUDADELA METROPOLITANA

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Departamento: ATLANTICO

Municipio: SOLEDAD

Teléfono: 3002093010

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ISMAEL AHUMADA AHUMADA
Reg. 14252
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	71	FECHA 30/11/2016 20:14:25	TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	Realizado
1	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS] & *	
[HBs Ag].....	:0.555	
V.R. Reactivo: Indice >= de 1.0 :		
No Reactivo: Indice < de 1.0 :		
Técnica: Quimiluminiscencia :		

FECHA Y HORA DE APLICACION:01/12/2016 13:16:59 REALIZADO POR: ALBA VALENCIA TEJEDA

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ISMAEL AHUMADA AHUMADA
Reg. 14252
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	72	FECHA 30/11/2016 21:34:00	TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

19:00 RECIBO PACIENTE EN SALA DE PARTO CONCIENTE ORIENTADA MUCOSAS ORAL Y NASAL HUMEDAS, CUELLO MOVIL, VENA CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR PASANDO S.S.N 0.9% 500CC + OXITOCINA 5 UNIDADES A GOTEO ORDENADO, ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO. SE OBSERVA VENA INFILTRADA, SE CANALIZA NUEVAMENTE CON ABOCATH #18 SE INSTALAN LOS MISMOS LIQUIDOS ENDOVENOSOS. DRA WILCHES REALIZA EPISIOTOMIA, PREVIA INFILTRACION CON XILOCAINA AL 2% SIMPLE. 19:14 SE OBSERVA HOMBRO ANTERIOR RECIBE OXITOCINA 10UND IV DILUIDAS. 19:15 SE OBTIENE PRODUCTO UNICO DE SEXO MASCULINO EN POSICION CEFALICA, LIQUIDO AMNIOTICO CLARO EN NORMAL CANTIDAD, PINZA Y CORTA CORDON UMBILICAL, DRA WILCHES ENTREGA A PEDIATRA EN TURNO DRA MURCIA QUIEN TRASLADA A SALA DE NEONATOS. SALE DEL CAMPO DRA WILCHES Y RECIBE DR AHUMADA GINECOLOGO DE TURNO. 19:20 EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA COMPLETA, REVISA CANAL DE PARTO EXTRAEE COAGULOS EN NORMAL, INFILTRA CON XILOCAINA SIMPLE 2% RALIZA EPISORRAFIA CON CROMADO 2-0 (2), REVISA NUEVAMENTE CANAL DE PARTO OBSERVA DESGARRO VAGINAL, SE SOLICITA LLAMADO DE CIRUJANO.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO

FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE
890112801 - 3

RHsCixFch

Pag: 14 de 33

Fecha: 02/03/18

G.etareo: 6

HUN

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS
Empresa: 441-NUEVA EPS S.A. Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre
Ocupación:
Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO
Departamento: ATLANTICO
Teléfono: 3002093010
Acompañante: ISABEL GUZMAN

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA
Municipio: SOLEDAD

Teléfono: 3045984598

20:30 DR ARTETA CIRUJANO DE TURNO ACUDE AL LLAMADO QUIEN REALIZA RAFIA DE MUCOSA RECTAL CON SEDA 2/0, LUEGO CONTINUA RAFIA DE PLANOS HASTA PIEL, SIN COMPLICACIONES.
21:15 SE RETIRAN CAMPOS SE REALIZA LIMPIEZA DE GENITALES, SE COLOCA PAÑAL DESECHABLE, SE INSTALA EN CAMILLA CON BARANDAS.
21:30 SE TRASLADA A SALA DE PUERPERIO. SE COLOCA RECIENTE NACIDO A SU LADO PARA LACTANCIA MATerna.
22:00 SE TOMA MUESTRA DE SANGRE PARA HEMOGRAMA CONTROL, SE ENVIA A LABORATORIO.
00:00 RECIBE TTO ACETAMINOFEN 1GR V.O
00:00 RECIBE TTO CLINDAMICINA 600MG IV DILUIDO EN 100CC DE SSN, SE UTILIZA UN EQUIPO MACRO PARA TTO.
01:00 SE OBSERVA LACTANDO SIN COMPLICACIONES.
02:00 INICIA DISTRIBUCION DE LEV SOLUCION SALINA 0.9% 500CC A 60CC/H.
02:00 RECIBE TTO GENTAMICINA 240MG IV DILUIDO EN 100CC DE SSN, SE UTILIZA UN EQUIPO MACRO PARA TTO.
03:00 ELIMINA ESPONTANEO.
04:00 SE OBSERVA LACTANDO SIN COMPLICACIONES.
05:00 RECIBE BAÑO GENERAL EN DUCHA, ARREGLO DE UNIDAD.
06:00 RECIBE TTO ACETAMINOFEN 1GR V.O
06:00 RECIBE TTO CLINDAMICINA 600MG IV DILUIDO EN 100CC DE SSN.
07:00 QUEDA EN SALA Puerperio CONCIENTE ORIENTADA POS PARTO VAGINAL, CON RECIENTE NACIDO A SU LADO, LEV SOLUCION SALINA 0.9% 500CC A 60CC/H, BOLO DE SEGURIDAD PRESENTE, LOQUIOS HEMATICOs DE NORMAL CANTIDAD, EXTREMIDADES INFERIORES SIMETRICAS. ENTREGO HISTORIA CLINICA COMPLETA + TRATAMIENTO COMPLETO.

Nota realizada por: ANGIE MELISSA MENDOZA DIAZ Fecha: 30/11/16 21:34:02

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ANGIE MELISSA MENDOZA DIAZ
Reg.
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS	
FOLIO	73	FECHA 30/11/2016 21:37:06	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACIÓN
FORMULA MÉDICA				
Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia
3,00	1.500,00 MILILITROS	SODIO CLORURO 0.9% 500 ML 0.9% 500ML	INTRAVENOSO	24 Horas
4,00	500,00 MILIGRAMOS	CEFALEXINA 500 MG TABLETA O CAPSULA 500 MG	ORAL	6 Horas
4,00	600,00 MILIGRAMOS	CLINDAMICINA 600MG INYECTABLE 600 MG	INTRAVENOSO	6 Horas
3,00	240,00 MILIGRAMOS	GENTAMICINA (SULFATO) 80 MG/2 ML DE BASE SOLUC	INTRAVENOSO	4 Horas

Usuario: OMERCADO

7J.0 *HOSVITAL*



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsClxFch

Pag: 15 de 33

Fecha: 02/03/18

G.Etareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441-NUEVA EPS S.A.

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 **Edad actual :** 22 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Unión Libre

Ocupación:

Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Departamento: ATLANTICO

Municipio: SOLEDAD

Teléfono: 3002093010

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ISMAEL AHUMADA AHUMADA

Reg. 14252

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001 SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad:	21 AÑOS
-------------------	-----------------------------	-------	---------

FOLIO	74	FECHA 30/11/2016 21:51:07	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
-------	----	---------------------------	------------------	-----------------

CIRUGÍAS		DESCRIPCIÓN	Grupo Quirúrgico
1	735910	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO NORMAL (EXPULSIVO) INCLUYE CON O SIN RUPTURA ARTIFICIAL D	I01

Médico: ISMAEL AHUMADA AHUMAD Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Vía: ABDOMINAL INFRAUMBILICAL

DESCRIPCÓN CIRUGÍA		Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
---------------------------	--	--

Medico	MD019	ISMAEL AHUMADA AHUMADA	Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Diagnóstico Preoperatorio:	0839	PARTO UNICO ASISTIDO SIN OTRA ESPECIFICACION	
Diagnóstico Postoperatorio:	0709	DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO DE GRADO NO ESPECIFICADO	
Tipo de Herida:	LIMPIA CONTAMINADA	Tipo de Anestesia:	LOCAL
Cantidad de Sangrado:	500 ml.	Vía:	UNICA VÍA
Realización Acto Quirúrgico:	30/11/2016	Hora Inicio:	19:30:00
Tiempo de Perfusión:	0 Minuto	Tiempo de Clamp:	0 Minuto
Hora Final	21:30:00		
Descripción Quirúrgica:			
-PARTO VAGINAL: 1. PACIENTE EN POSICIÓN GINECOLÓGICA . 2. ASEPSIA, ANTISEPSIA Y COLOCACIÓN DE CAMPOS QUIRÚRGICOS ESTERILES. 3. TACTO INICIAL: DILATACIÓN Y BORRAMIENTO COMPLETO, ESTACIÓN +3 , MEMBRANAS ROTAS LIQUIDO AMNIOTICO CLARO NORMOTERMICO 4. SE INFILTRA ZONA PERINEAL CON XILOCAINA , SE REALIZA EPISTOMÍA MEDIALATERAL 5. EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO, RECIENTE VIVO, ÚNICO, SEXO MASCULINO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. APGAR 9/10 9/10, PESO 3280 GRAMOS , LIQUIDO AMNIOTICO CLARO NORMOTERMICO 6. ALUMBRAMIENTO FISIOLOGICO DE PLACENTA COMPLETO TIPO SCULTZE , A LOS10 MINUTOS 7. REVISIÓN UTERINA, REVISIÓN DEL CANAL DEL PARTO SE OBSERVA DESGARRO VAGINAL GRADO IV EN INTROITO Y TERCIO MEDIO DE VAGINA DE APROXIMADAMENTE 2 CM SE SOLICITA CONCURSO DE CIRUJANO EN TURNO DR RICARDO ARTETA QUIEN REALIZA RAFIA DE MUCOSA RECTAL CON SEDA 2/0 LUEGO RAFIA POR PLANOS HASTA MUCOSA CON CROMADO 2 / 0 LUEGO SE CONTINUA 8. EPISIORRAFÍA POR PLANOS HASTA PIEL CON CROMADO 2.0. 9. TACTOS REVISIONALES NORMALES. 10. ASEPSIA PERINEAL, 11. PACIENTE TOLERA ACTO.			

Complicacion:

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCixFch

Pag: 16 de 33

Fecha: 02/03/18

Getareo: 6

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS**

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A. Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: Femenino

Ocupación: Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO Municipio: SOLEDAD

Departamento: ATLANTICO

Teléfono: 3002093010

Acompañante: ISABEL GUZMAN Teléfono: 3045984598

FIRMA DIGITAL
Resolución 1996 de 1999
Artículo 18

ISMAEL AHUMADA AHUMADA
Reg. 14252
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

OTROS PARTICIPANTES

CÓDIGO	NOMBRE	TIPO	PARTICIPÓ?
MD069	RICARDO JAVIER ARTETA MOLINA	ESPECIALISTA	S

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	75	FECHA 30/11/2016 21:55:46	TIPO DE ATENCIÓN

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE 21 AÑOS DE EDAD G1P1 CON DIAGNOSTICOS DE:

1. POSTPARTO VAGINAL CON DESGRARO GRADO IV (DR AHUMADA 19:30 HRS)
2. PUEPERIO INMEDIATO
3. RECIEN NACIDO SEXO MASCULINO PESO 3280 GR 48 CM

SUBJETIVO: PACIENTE RSEFIERE SENTIRSE BIEN

OBJETIVO: PACIENTE CONSCIENTE , ALERTA, HIDRATADA, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, PULMONES CON MURMULLO VESICULAR PRSENTE SIN SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SÓPLOS, ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO EN INVOLUCION CON BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD A NIVEL D ECICATRIZ UMBILICAL , LOQUIOS HEMATICOS DE ESCASA CANTIDAD NO FETIDOS, EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA.

ANALISIS: PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN SU PUEPERIO INMEDIATO , EVOLUCIONANDO SATISFACTORIA , SIN DATOS DE TOXICIDAD SISTEMICA, QUIEN SE LE INICIA MANEJO ANTIBIOTICO ANTE DESGARRO GRADO IV.

PLAN:

1. ESTANCIA
- HOSPITALIZACION
2. DIETA
- LIQUIDA
3. MEDICAMENTOS
 - SSN 0.9% 1500 CC IV CADA 24 HORAS
 - CLINDAMICINA 600 MG IV CADA 6 HORAS
 - GENTAMICINA 240 MG IV CADA 6 HORAS
4. PARACLINICOS
- HEMOGRAMA
5. CUIDADOS DE ENFERMERIA
- CONTROL DE SIGNOS VITALES Y SANGRADO
- AVISAR CAMBIOS
6. ASITENCIAL
- 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO


FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE
890112801 - 3
RHsCixFch
Pag: 17 de 33
Fecha: 02/03/18
G.tareo: 6

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS
Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.
Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre
Ocupación:
Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO
Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA
Departamento: ATLANTICO
Municipio: SOLEDAD
Teléfono: 3002093010
Acompañante: ISABEL GUZMAN
Teléfono: 3045984598
-SEGUIMIENTO POR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Evolución realizada por: ISMAEL AHUMADA AHUMADA-Fecha: 30/11/16 21:56:11
ORDENES DE LABORATORIO
Cantidad Descripción
1 HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L Realizado
RESULTADOS

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	VALORES RF
WBC		10 ⁹ /L	
WBC		10 ⁹ /L	
RBC	4.35	10 ¹² /	
RBC		10 ¹² /	
HGB	12.3	G/DL	
HGB		G/DL	
HCT	37.7	%	
HCT		%	
MCV	86.6	fL	
MCV		fL	
MCH	28.4	PG	
MCH		PG	
MCHC		G/DL	
MCHC		G/DL	
CHCM	32.8	G/DL	
CHCM		G/DL	
CH		PG	
CH		PG	
RDWC	14.2	%	
RDWC		%	
HDW		G/DL	
HDW		G/DL	
PLT	249	10 ⁹ /L	
PLT		10 ⁹ /L	
MPV	9.1	fL	
MPV		fL	
PDWC		%	
PDWC		%	

7J.0 *HOSVITAL*
Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 18 de 33

Fecha: 02/03/18

Getareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Empresa: 441-NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre

Ocupación:

Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Departamento: ATLANTICO

Municipio: SOLEDAD

Teléfono: 3002093010

Teléfono: 3045984598

Acompañante: ISABEL GUZMAN

PCT	0.23	%
PCT	86.9	%
GR%		%
GR%		%
LY%	7.1	%
LY%		%
%MONO	4.1	%
%MONO		%
%EOS	0.3	%
%EOS		%
%BASO	0.4	%
%BASO		%
%LUC	1.2	%
%LUC		%
GRA	18.65	10 ⁹ /L
GRA		10 ⁹ /L
LYM	1.53	10 ⁹ /L
LYM		10 ⁹ /L
#MONO	0.88	10 ⁹ /L
#MONO		10 ⁹ /L
#EOS	0.06	10 ⁹ /L
#EOS		10 ⁹ /L
#BASO	0.09	10 ⁹ /L
#BASO		10 ⁹ /L
#LUC	0.26	10 ⁹ /L
#LUC		10 ⁹ /L

FECHA Y HORA DE APLICACION:01/12/2016 07:05:55 REALIZADO POR: MARIBEL DE JESUS LUBO OROZCO

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18ISMAEL AHUMADA AHUMADA
Reg. 14252
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsClxFch

Pag: 19 de 33

Fecha: 02/03/18

G.tareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEYD PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre

Ocupación:

Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Departamento: ATLANTICO

Municipio: SOLEDAD

Teléfono: 3002093010

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
-------------------	-----	-------------------------	----------------

FOLIO	77	FECHA 30/11/2016 22:40:47	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
-------	----	---------------------------	------------------	-----------------

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Acción
1,00	240,00 MILIGRAMOS	GENTAMICINA (SULFATO) 80 MG/2 ML DE BASE SOLUC	INTRAVENOSO	24 Horas	MODIFICADO

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ISMAEL AHUMADA AHUMADA
Reg. 14252
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
-------------------	-----	-------------------------	----------------

FOLIO	80	FECHA 01/12/2016 06:31:37	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
-------	----	---------------------------	------------------	-----------------

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE DE 21 AÑOS DE EDAD G1P1 CON DIAGNOSTICOS DE:

1. POSTPARTO VAGINAL CON DESGARRO GRADO IV (DR AHUMADA 21:30 HRS)
2. PUERPERIO INMEDIATO
3. RECIEN NACIDO SEXO MASCULINO 3280 GR 48 CM

SUBJETIVO: PACIENTE HA DEAMBULADO, DIURESIS PRESENTE, TOLERA OXIGENO AMBIENTE

OBJETIVO: PACIENTE CONSCIENTE , ALERTA, HIDRATADA, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES (FC: 92 LPM, SO2: 100%,PA: 110/50 MMHG, T: 37°C, FR: 20 RPM), PULMONES CON MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, ABDOMEN GLOBOso POR UTERO EN INVOLUCION CON BOLO DE SEGURIDAD DE PINRAD 1 CM DEBAJO DE CICATRIZ UMBILICAL , SIN EVIDENCIA DE SIGNOS INFLAMATORIOS EN EPISORRAFIA, LOQUIOS HEMATICOS DE MODERADA CANTIDAD NO FETIDOS, EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA.

ANALISIS: PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN SU PUERPERIO EVOLUCIONANDO DE MANERA SATISFACTORIA, SIN SIGNOS DE TOXICIDAD SISTEMICA PRESENTE, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO.

Evolución realizada por: ISMAEL AHUMADA AHUMADA-Fecha: 01/12/16 06:31:41

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 20 de 33

Fecha: 02/03/18

G. Etareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC. 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre

Ocupación:

Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Departamento: ATLANTICO

Municipio: SOLEDAD

Teléfono: 3002093010

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ISMAEL AHUMADA AHUMADA
Reg. 14252
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	81	FECHA 01/12/2016 08:20:36	TIPO DE ATENCIÓN

NOTAS ENFERMERIA

7:00: RECIBO PACIENTE EN SALA DE MATERNIDAD HOSPITALIZADA POR NO DISPONIBILIDAD DE CAMA EN HOSPITALIZACION CONCIENTE ORIENTADA, MUCOSAS ORAL Y NASAL HUMEDAS, CUELLO MOVIL, VENA CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR MAS TAPON VENOSO, BOLO DE SEGURIDAD PRESENTE, SANGRADO VAGINAL EN MODERADA CANTIDAD, CON RECIEN NACIDO AL LADO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES.

8:00: RONDA MEDICA DR. DAUTT. RECIBE DIETA BIEN TOLERADA.

8:30 SE TRASLADA AL SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN SILLA RUEDA EN COMPAÑIA DE JEFE EN TURNO, AUXILIAR CLINICO Y FAMILIAR, CONCIENTE ORIENTADA, MUCOSAS ORAL Y NASAL HUMEDAS, CUELLO MOVIL, VENA CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR MAS TAPON VENOSO, BOLO DE SEGURIDAD PRESENTE, SANGRADO VAGINAL EN MODERADA CANTIDAD, CON RECIEN NACIDO AL LADO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES.

Nota realizada por: YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ Fecha: 01/12/16 08:22:00

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ
Reg.
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	85	FECHA 01/12/2016 10:39:52	TIPO DE ATENCIÓN

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1.000,00 MILILITROS	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% 500 CC SOLUCIO	INTRAVENOSO	Ahora	SUSPENDIDO
3,00	1.500,00 MILILITROS	SODIO CLORURO 0.9% 500 ML 0.9% 500ML	INTRAVENOSO	24 Horas	SUSPENDIDO
1,00	5,00 UNIDADES INTERNOXITOCINA 10 UI/ML SOLUCION INYECTABLE 10 U.I/ML		INTRAVENOSO	Ahora	SUSPENDIDO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 21 de 33

Fecha: 02/03/18

Getareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC. 1045731832 -- YUSNEYD PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre

Ocupación:

Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Departamento: ATLANTICO

Municipio: SOLEDAD

Teléfono: 3002093010

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

4,00	600,00 MILIGRAMOS	CLINDAMICINA 600MG INYECTABLE 600 MG	INTRAVENOSO	6 Horas	MODIFICADO
1,00	240,00 MILIGRAMOS	GENTAMICINA (SULFATO) 80 MG/2 ML DE BASE SOLUC	INTRAVENOSO	24 Horas	MODIFICADO
4,00	1,00 GRAMOS	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA 500 MG	ORAL	6 Horas	MODIFICADO

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

LAURA PATRICIA CABANA SOLAR

Reg. 083520

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	86	FECHA 01/12/2016 12:33:28	TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

INGRESO HOSPITALIZACIÓN GINECOLOGIA

PACIENTE DE 21 AÑOS DE DAD G1P1 QUIE INGRESA AL SERVICIO DE HOSPITALIZACION GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA CON DIAGNOSTICO DE:

1. POSTPARTO VAGINAL CON DESGARRO GRADO IV (DR. AHUMADA 21:30 HORAS)
2. PUEPERIO INMEDIATO.
3. RECIEN NACIDO MASCULINO: 3280 GR, 48 CM.

SUBJETIVO: PACIENTE ASINTOMATICA QUIEN REFIERE SENTIRSE BIEN,, AFEBRIL, CON DOLOR EN HERIDA.

OBJETIVOS:

SIGNOS VITALES: TA 125/80, FC 80, FR 17, T 36°C.

EXAMEN FISICO:

- SNC: ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN TODAS LAS EXTREMIDADES, ROT +/++, SIN SIGNOS MENINGEOS, SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE.
- PIEL: SIN LESIONES APARENTES.
- DORSO: MAMAS SIMETRICAS, TURGENTES, NODULARES, POCO SECRETORAS, PIEL Y PEZONES SIN LESIONES APARENTES.
- CCC: NORMOCCEFALO, CARA SIMETRICA, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, PUPILLAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS. MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL. NO DOLOROSO. NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS. SIN INGURGITACION YUGULAR.
- TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN USO DE MUSCULATURA ACCESORIA, RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES SIN AGREGADOS.
- CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUEN TONO E INTENSIDAD, NO SE AUSCULTAN SOPLOS. PMI 5TO ESPACIO INTERCOSTAL CON LINEA MEDIOCLAVICULAR.
- ABDOMEN: SEMIGLOBOSO POR UTERO EN INVOLUCIÓN. BOLO DE SEGURIDAD DE PINNARD POR DEBAJO DE CICATRIZ UMBILICAL CON 7J.0.*HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCixFch

Pag: 22 de 33

Fecha: 02/03/18

G.estareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441-NUEVA EPS S.A.

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre

Ocupación:

Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METROPOLITANA

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Departamento: ATLANTICO

Municipio: SOLEDAD

Teléfono: 3002093010

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

ADECUADA INVOLUCIÓN. SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. PUÑO PERCUSION NEGATIVA.
-GENITORURINARIO: NORMOCNFIGURADOS EXTERNAMENTE. LOQUIOS HEMATICOS DE MODERADA CANTIDAD. SE APRECIA CICATRIZ DE EPISIORRAFIA SIN SIGNOS DE INFLAMACIÓN.

PARACLINICOS

30/11/16

- HEMOGRAMA: HB 12.3, HTO 37.7%, VCM 86.6, HCM 28.4, WBC 21470, PLT 249000.

- TOXO IGM: NEGATIVO.

ANALISIS: PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS G1 P1 QUIEN SE ENCUENTRA EN SU PUEPERIO INMEDIATO SECUNDARIO A POSTPARTO VAGINAL CON DESGARRO GRADO IV. ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, CON BUEN PATRON RESPIRATORIO Y ESTABLE HEMODINAMICO. SIGNOS VITALES DENTRO DE LIMITES NORMALES, SE APRECIA BOLO DE SEGURIDAD DE PINNARD POR DEBAJO DE CICATRIZ UMBILICAL CON ADECUADA INVOLUCIÓN, LOQUERO HEMATICO DE MODERADA CANTIDAD Y CICATRIZ DE EPISIORRAFIA SIN SIGNOS DE INFLAMACION O INFECCIÓN. SE INDICA CONTINUAR CON ANTIBIOTIOTERAPIA COMBINADA CON CLINDAMICINA/GENTAMICINA Y CONTINUAR EVOLUCIÓN DE SU PUEPERIO. SE INFORMA A PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:

1. ESTANCIA

- HOSPITALIZACIÓN.

2. DIETA: LIQUIDA:

3. FARMACOLOGICOS:

- SSN 0.9% 1500 CC IV CADA 24 HORAS.

- CLINDAMICINA 600 MG IV CADA 6 HORAS.

- GENTAMICINA 240 MG IV CADA 6 HORAS.

4. CUIDADOS DE ENFERMERIA:

- CONTROL DE SIGNOS VITALES Y SANGRADO.

- AVISAR CAMBIOS

5. SEGUIMIENTO POR SERVICO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

Evolución realizada por: LENIS ESTHER RAMOS GARCIA-Fecha: 01/12/16 12:33:41

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

LENIS ESTHER RAMOS GARCIA

Reg. 1757

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
-------------------	-----	-------------------------	----------------

FOLIO	87	FECHA 01/12/2016 15:29:40	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
-------	----	---------------------------	------------------	-----------------

DIAGNÓSTICO 0839 PARTO UNICO ASISTIDO SIN OTRA ESPECIFICACIÓN

Tipo PRINCIPAL

RECOMENDACIONES

OTRO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 23 de 33

Fecha: 02/03/18

G.etareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS
Empresa: 441- NUEVA EPS S.A. **Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1**
Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ **Estado Civil: Unión Libre**
Ocupación:
Dirección: CRA 5 D NN/46 33 CIUDADELA METRO
Departamento: ATLANTICO **Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA**
Teléfono: 3002093010 **Municipio: SOLEDAD**

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS
 VIGILAR BOLO DE SEGURIDAD Y ELIMINACION DE LOQUIOS.
 VIGILAR PATRON RESPIRATORIO Y SATUROMETRIA CADA 4 HORAS.
 CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS.
 CUIDADOS DE HERIDA QUIRURGICA.
 MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD
 FAMILIAR Y/O ACOMPAÑANTE PERMANENTE AUTORIZADO

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

LAURA PATRICIA CABANA SOLAR

Reg. 083520
 MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001

SEDE PRINCIPAL HOSPITAL

Edad: 21 AÑOS

FOLIO

88

FECHA 01/12/2016 16:17:35

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

11:30 INGRESA AL SERVICIO DE HOSPITALIZACION CONSCIENTE, ORIENTA EN CAMILLA EN COMPAÑIA DE AUXILIAR CLINICO, ENFERMERA Y FAMILIAR PROCEDENTE DE GINECOLOGIA, SE OBSERVA BUEN PATRON RESPIRATORIO, CUELLO MOVIL, TORAX SIMETRICO, VIA PERIFERICA CON TAPON VENOSO, BOLO DE SEGURIDAD PRESENTE, LOQUIOS EN MODERADA CANTIDAD, MIEMBROS INFERIORES EN BUEN ESTADO CON HISTORIA CLÍNICA COMPLETA.
 11:40 SE TOMA MUESTRA DE SANGRE SE ENVIA A LABORATORIO.
 12:00 RECIBE TTO ORDENADO.
 12:30 RECIBE DIETA ORDENADA Y TOLERA.
 14:00 RECIBE VISITA DE FAMILIAR.
 15:00 DIURESIS ESPONTANEA.
 16:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES, REGISTRADOS.

Nota realizada por: SANDRA MILENA ARRIETA CARRASQUILLA Fecha: 01/12/16 16:17:36

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

SANDRA MILENA ARRIETA CARRASQUILLA

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001

SEDE PRINCIPAL HOSPITAL

Edad: 21 AÑOS

FOLIO

89

FECHA 01/12/2016 18:41:20

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

17:00 RECIBE DIETA ORDENADA Y TOLERA.
 18:00 RECIBE TTO ORDENADO.
 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCixFch

Pag: 24 de 33

Fecha: 02/03/18

G.estareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS
Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1
Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.
Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre
Ocupación:
Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO
Departamento: ATLANTICO
Teléfono: 3002093010
Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA
Municipio: SOLEDAD

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

19:00 QUEDA EN SU UNIDAD, CONSCIENTE, ORIENTADA SIN COMPAÑIA DE FAMILIAR, CON RECIEN NACIDO AL LADO, CON BUEN PATRON RESPIRATORIO, CUERLO MOVIL, TORAX SIMETRICO, VIA PERIFERICA CON TAPON VENOSO, BOLO DE SEGURIDAD PRESENTE, LOQUIOS EN MODERADA CANTIDAD, MIEMBROS INFERIORES EN BUEN ESTADO.

Nota realizada por: SANDRA MILENA ARRIETA CARRASQUILLA Fecha: 01/12/16 18:41:21

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

SANDRA MILENA ARRIETA CARRASQUILLA

Reg.
ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS	
FOLIO	90	FECHA 01/12/2016 22:40:05	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

19+00 RECIBO EN SU UNIDAD CONSCIENTE ORIENTADA,MUCOSA ORAL HUMEDA,TAPON VENOSO,BOLO DE SEGURIDAD PRESENTE,HERIDA QX.CUBIERTA,LOQUIOS MODERADA CANTIDAD,EXTREMIDADES SIMETRICAS,BARANDA ELEVADA.EN COMPAÑIA DE FAMILIAR+RECIEN NACIDO..
23+00 RONDA DE ENFERMERIA.

Nota realizada por: JUNIA ESTHER FERREIRA ZAMBRANO Fecha: 01/12/16 22:40:06

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

JUNIA ESTHER FERREIRA ZAMBRANO

Reg.
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS	
FOLIO	91	FECHA 02/12/2016 00:48:37	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA		Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
Cantidad	Dosis	CLINDAMICINA 600MG INYECTABLE 600 MG	INTRAVENOSO	6 Horas	CONTINUAR
4,00	600,00 MILIGRAMOS	GENTAMICINA (SULFATO) 80 MG/2 ML DE BASE SOLUC	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
1,00	240,00 MILIGRAMOS	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA 500 MG	ORAL	6 Horas	CONTINUAR
4,00	1,00 GRAMOS				

Usuario: OMERCADO

7J.0 *HOSVITAL*

FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE



890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 25 de 33

Fecha: 02/03/18

Getareo: 6

**HISTORIA CLÍNICA No. CC: 1045731832 -- YUSNEYD PAOLA GUTIERREZ BARRIOS****Empresa:** 441-NUEVA EPS S.A.**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 18/07/1995 **Edad actual:** 22 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Unión Libre**Ocupación:****Dirección:** CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO**Barrio:** CIUDADELA METROPOLITANA**Departamento:** ATLANTICO**Municipio:** SOLEDAD**Teléfono:** 3002093010**Acompañante:** ISABEL GUZMAN**Teléfono:** 3045984598

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ROSSANNA PATRICIA ELIAS GUERRERO
Reg. 3020
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	93 FECHA 02/12/2016 05:47:20	TIPO DE ATENCIÓN

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

MARIA LICETH NUÑEZ LARA
Reg.
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	94 FECHA 02/12/2016 07:06:46	TIPO DE ATENCIÓN

NOTAS ENFERMERIA

00+00 SE OBSERVA PACIENTE LACTANDO A RECIEN NACIDO. RECIBO TRATAMIENTO ORDENADO.

02+00 RECIBE TRATAMIENTO ORDENADO.

04+00 CONTROL DE SIGNOS VITALES.

06+00 RECIBE TRATAMIENTO ORDENADO.

07+00 PACIENTE EN SU UNIDAD DESPIERTA COCONCIENTE ORIENTADA CON BARANDA ELEVADAS A SU LADO RECIEN NACIDO EN COMPAÑIA DE FAMILIAR ALERTA CON BUEN PATRON RESPIRATORIO CUELLO MOVIL VIA PERIFERICA PERMEABLE CON TAPON VENOSO PARA TRATAMIENTO ABDOMEN BLANDO A LA PALPACION HERIDA QUIRURGICA EN ABDOMEN MIEMBROS INFERIORES EN BUEN ESTADO
Nota realizada por: MARIA LICETH NUÑEZ LARA Fecha: 02/12/16 07:06:49

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

MARIA LICETH NUÑEZ LARA
Reg.
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	95 FECHA 02/12/2016 09:07:04	TIPO DE ATENCIÓN

NOTAS ENFERMERIA

07:00 En su unidad, consciente, orientada con barandas elevadas, recien nacido a si lado en buenas condiciones

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsClixFch

Pag: 26 de 33

Fecha: 02/03/18

G.estareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441-NUEVA EPS S.A.

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre

Ocupación:

Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Departamento: ATLANTICO

Municipio: SOLEDAD

Teléfono: 3002093010

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

generales, en compañía de familiar con buen patrón respiratorio, cuello móvil, tórax simétrico, abdomen blando ala palpación, vena periférica con tapón venoso, inferiores eutrófico.

08:00 Control de signos vitales, registrados.

08:30 Recibe dieta ordenada y tolera.

10:00 Ronda médica por médico de turno.

Nota realizada por: DIANA RODRÍGUEZ DE LA HOZ Fecha: 02/12/16 09:07:05

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

DIANA RODRÍGUEZ DE LA HOZ

Reg.

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
-------------------	-----	-------------------------	----------------

FOLIO	98	FECHA 02/12/2016 17:09:24	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
-------	----	---------------------------	------------------	-----------------

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE DE 21 AÑOS DE DAD G1P1 CON DIAGNÓSTICOS DE:

1. POSTPARTO VAGINAL CON DESGARRO GRADO IV (DR. AHUMADA 21:30 HORAS)
2. PUEPERIO INMEDIATO.
3. RECIENTE NACIDO MASCULINO: 3280 GR, 48 CM.

SUBJETIVO

PACIENTE REFIERE HABER REALIZADO DEPOSICIONES SIN DOLOR, NIEGA SANGRADO POR GENITALES.

OBJETIVO

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES ALERTA CONCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, HIDRATADA, AFEBRIL.

EXAMEN FÍSICO:

TA 110/70 FC 75 FR 18 SAT 100% T37.0°C

-SNC: ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN TODAS LAS EXTREMIDADES, ROT ++/++, SIN SIGNOS MENINGEOS, SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE.-PIEL: SIN LESIONES APARENTES.-DORSO: MAMAS SIMETRICAS, TURGENTES, NODULARES, POCO SECRETORAS, PIEL Y PEZONES SIN LESIONES APARENTES.-CCC: NORMOCEFALO, CARA SIMETRICA, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, PUPILLAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS. MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL NO DOLOROSO. NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS. SIN INGURGITACIÓN YUGULAR.-TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN USO DE MUSCULURA ACCESORIA, RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES SIN AGREGADOS.-CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUEN TONO E INTENSIDAD, NO SE AUSULTAN SOPLOS. PMI 5TO ESPACIO INTERCOSTAL CON LINEA MEDIOCLAVICULAR.-ABDOMEN: SEMIGLOBOSO POR UTERO EN INVOLUCIÓN. BOLO DE SEGURIDAD DE PINNARD POR DEBAJO DE CICATRIZ UMBILICAL CON ADECUADA INVOLUCIÓN. SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. PUÑO PERCUSION NEGATIVA.-GENITOURINARIO: DESGARRO DE MUCOSA AFRONTADO CON CROMADO. LOQUIOS HEMATICOS DE ESCASA CANTIDAD. NO HAY EVIDENCIA DE INFLAMACION.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 27 de 33

Fecha: 02/03/18

G.estareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEYD PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441-NUEVA EPS S.A.

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 **Edad actual:** 22 AÑOS **Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Unión Libre

Ocupación:

Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Departamento: ATLANTICO

Municipio: SOLEDAD

Teléfono: 3002093010

Acompañante: ISABEL GUZMÁN

Teléfono: 3045984598

ANALISIS

PACIENTE EN PUEPERIO INMEDIATO DE PARTO VAGINAL CON DESGARRO DE EPISIOTOMÍA A GRADO IV EN CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO, CON DEFECACIÓN EN EL DIA DE AYER SIN SINGOS DE HERNIACION DE MUCOSA INTESTINAL A PARED VAGINAL, CONTINUA EN VIGILANCIA CLINICA PARA CUMPLIR 48 HORAS DE CURSO ANTIBIOTICO, SEGUIREMOS EVOLUCIÓN CLINICA.

PLAN:

1. ESTANCIA- HOSPITALIZACIÓN.
2. DIETA: NORMAL
3. CLINDAMICINA 600 MG IV CADA 6 HORAS.
- GENTAMICINA 240 MG IV CADA 6 HORAS.
4. CUIDADOS DE ENFERMERIA:- CONTROL DE SIGNOS VITALES Y SANGRADO.- AVISAR CAMBIOS
5. SEGUIMIENTO POR SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Evolución realizada por: ISMAEL AHUMADA AHUMADA-Fecha: 02/12/16 17:10:02

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ISMAEL AHUMADA AHUMADA
Reg. 14252
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	99	FECHA 02/12/2016 18:49:56	TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

16:00 Control de signos vitales anotados.

18:00 Recibe dieta ordenada v.o. ,

19:00 Queda en su unidad con barandas elevadas recien nacido a su lado en buenas condiciones generales palidez mucocutanea tórax simétrico vena periférica con tapon venoso sangrado vaginal moderado, herida quirúrgica con vendajes limpios, miembros inferiores eutróficos.

Nota realizada por: DIANA RODRÍGUEZ DE LA HOZ Fecha: 02/12/16 18:49:57

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

DIANA RODRÍGUEZ DE LA HOZ
Reg.
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	100	FECHA 02/12/2016 23:28:07	TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

19:00 EN SU UNIDAD POS CESAREADA CONSCIENTE ORIENTADA EN CAMA CON TAPON VENOSO PARA TRATAMIENTO, HERIDA QUIRURGICA 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 28 de 33

Fecha: 02/03/18

Getareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441-NUEVA EPS S.A.

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre

Ocupación:

Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Departamento: ATLANTICO

Municipio: SOLEDAD

Teléfono: 3002093010

Acompañante: ISABEL GUZMAN Teléfono: 3045984598

CUBIERTA CON APOSITOS LIMPIOS Y SECOS, SANGRADO VAGINAL MODERADO CON RECIEN NACIDO ESTABLE AL LADO

20+00 SE OBSERVA LACTANDO AL RECIEN NACIDO

22+00 RONDA DE ENFERMERIA

00+00 SE AMADMINISTRA CLINDAMICINA 600 MG,ACETAMINOFEN 1 GR V.O

Nota realizada por: ALEXIS ESTHER ALVAREZ REYES Fecha: 02/12/16 23:28:09

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ALEXIS ESTHER ALVAREZ REYES

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE PRINCIPAL HOSPITAL Edad: 21 AÑOS

FOLIO 101 FECHA 03/12/2016 00:37:00 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Via	Frecuencia	Acción
4,00	600,00 MILIGRAMOS	CLINDAMICINA 600MG INYECTABLE 600 MG	INTRAVENOSO	6 Horas	MODIFICADO
1,00	240,00 MILIGRAMOS	GENTAMICINA (SULFATO) 80 MG/2 ML DE BASE SOLUC	INTRAVENOSO	24 Horas	MODIFICADO
4,00	1,00 GRAMOS	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA 500 MG	ORAL	6 Horas	MODIFICADO

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

LAURA PATRICIA CABANA SOLAR

Reg. 083520

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE PRINCIPAL HOSPITAL Edad: 21 AÑOS

FOLIO 103 FECHA 03/12/2016 02:26:38 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN

NOTAS ENFERMERIA

02+00 SE AMADMINISTRA GENTAMICINA 240 MG IV

Nota realizada por: ALEXIS ESTHER ALVAREZ REYES Fecha: 03/12/16 02:26:40

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 29 de 33

Fecha: 02/03/18

Getareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS
Empresa: 441- NUEVA EPS S.A. **Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1**
Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre
Ocupación:
Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO
Departamento: ATLANTICO **Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA**
Teléfono: 3002093010 **Municipio: SOLEDAD**
Acompañante: ISABEL GUZMAN **Teléfono: 3045984598**

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ALEXIS ESTHER ALVAREZ REYES

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	105	FECHA 03/12/2016 06:15:58	TIPO DE ATENCIÓN
			HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

04:00 SE OBSERVA LACTANDO AL RECIENTE NACIDO
 05:00 SE REALIZA ASEO PERSONAL + ARREGLO DE LA UNIDAD,ASEO A RECIENTE NACIDO
 06:00 SE ADMINISTRA CLINDAMICINA 600 MG IV, ACETAMINOFEN 1 G RV.O
 07:00 EN SU UNIDAD POS CESAREADA CONSCIENTE ORIENTADA EN CAMA CON TAPON VENOSO PERMEABLE,BOLO DE SEGURIDAD PRESENTE,
 ,SANGRADO VAGINAL MODERADO CON RECIENTE NACIDO ESTABLE AL LADO RECIENTE NACIDO DIURETICO + MECONIO POSITIVO
 Nota realizada por: **ALEXIS ESTHER ALVAREZ REYES Fecha: 03/12/16 06:16:00**

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ALEXIS ESTHER ALVAREZ REYES

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	107	FECHA 03/12/2016 11:53:07	TIPO DE ATENCIÓN
			HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

07:00 EN SU UNIDAD, CONSCIENTE, ORIENTADA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR CON BUEN PATRÓN RESPIRATORIO, CUELLO MOVIL, TORAX SIMETRICO, VÍA PERIFÉRICA CON TAPON VENOSO, ABDOMEN BLANCO, MIEMBROS INFERIORES EN BUEN ESTADO.
 08:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES, REGISTRADOS.
 08:30 RECIBE DIETA ORDENADA Y TOLERADA.
 10:00 ESTABLE EN SU UNIDAD.
 11:00 RECIBE VISITA DE FAMILIARES.
 12:00 RECIBE TTO ORDENADO.
 Nota realizada por: **SANDRA MILENA ARRIETA CARRASQUILLA Fecha: 03/12/16 11:53:09**

7J.0 *HOSPITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 30 de 33

Fecha: 02/03/18

G.Tareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre

Ocupación:

Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Departamento: ATLANTICO

Municipio: SOLEDAD

Teléfono: 3002093010

Teléfono: 3045984598

Acompañante: ISABEL GUZMAN

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

SANDRA MILENA ARRIETA CARRASQUILLA

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE PRINCIPAL HOSPITAL

Edad : 21 AÑOS

FOLIO 108 FECHA 03/12/2016 15:25:04

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACIÓN

NOTAS ENFERMERIA

12:30 RECIBE DIETA ORDENADA Y TOLERA.

14:00 DIURESIS ESPONTANEA.

15:00 RONDA DE ENFERMERIA.

16:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES, REGISTRADOS.

Nota realizada por: SANDRA MILENA ARRIETA CARRASQUILLA Fecha: 03/12/16 15:25:45

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

SANDRA MILENA ARRIETA CARRASQUILLA

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE PRINCIPAL HOSPITAL

Edad : 21 AÑOS

FOLIO 110 FECHA 03/12/2016 16:50:09

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACIÓN

EVOLUCIÓN MÉDICO

** EVOLUCION HOSPITALIZACION GINECOLOGIA**

PACIENTE DE 21 AÑOS DE DAD G1P1 CON DIAGNOSTICOS DE:

1. POSTPARTO VAGINAL CON DESGARRO GRADO IV (DR. AHUMADA 21:30 HORAS 30/11/16)

2. PUEPERIO MEDIANO.

3. RECIENTE NACIDO MASCULINO: 3280 GR, 48 CM.

SUBJETIVO: PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, AFEBRIL TOLERANDO LA VÍA ORAL, DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESNETES SIN SANGRADO

EXAMEN FISICO:

TA 110/70 FC 70 FR 18 SAT 100% T37.0°C

-SNC: ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN TODAS LAS EXTREMIDADES, ROT ++/++, SIN SIGNOS MENINGEOS, SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE.

-PIEL: SIN LESIONES APARENTES.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO

FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE
890112801 - 3

RHsClxFch

Pag: 32 de 33

Fecha: 02/03/18

G.estereo: 6



HUN

HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS
Empresa: 441-NUEVA EPS S.A. Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1
Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Unión Libre
Ocupación:
Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO
Departamento: ATLANTICO
Teléfono: 3002093010
Acompañante: ISABEL GUZMAN

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA
Municipio: SOLEDAD

Teléfono: 3045984598

Edad: 21 AÑOS

SEDE PRINCIPAL HOSPITAL

SEDE DE ATENCIÓN: 001

TIPO DE ATENCIÓN

HOSPITALIZACIÓN

FOLIO

111

FECHA 03/12/2016 16:56:14

RECOMENDACIONES

CITAS DE CONTROL

SOLICITAR CITA CONTROL POR GINECOLOGIA EN SU EPS

RECOMENDACIONES

OTRO

RECOMENDACIONES:

- REPOSO ABSOLUTO, FISICO Y SEXUAL
- EVITAR MOVIMIENTOS BRUSCOS DE POSTURA, ESTAR DE PIE POR MAS DE 30 MINUTOS
- DORMIR LATERAL IZQUIERDO
- LEVANTAR MIEMBROS INFERIORES 4 VECES AL DIA POR 5 MINUTOS
- DORMIR MINIMO 6-8 HORAS DIARIAS
- NO SALTAR COMIDAS, COMER ADECUADAMENTE
- TOMAR TEMPERATURA SI SE SIENTE FEBRIL.

SIGNS DE ALARMA:

- FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS CENTIGRADOS
- VOMITA TODO
- CONVULSIONA
- SANGRADO VAGINAL ABUNDANTE
- VE LUCECITAS, ESCUCHA PITICOS O ZUMBDOS
- DOLOR DE CABEZA QUE NO ALIVIA CON MEDICAMENTOS
- DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE QUE NO ALIVIA CON MEDICAMENTOS
- DIFICULTAD RESPIRATORIA O OTRO SINTOMA QUE CONSIDERE IMPORTANTE
- SE LE HINCHAN LAS MANOS O LOS PIES.

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ELIZABETH GENOVEVA DAUTT CHARRIS
Reg. 3537
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Usuario: OMERCADO

7J.0 *HOSVITAL*

FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE
890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 33 de 33

Fecha: 02/03/18

G.estareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS
Empresa: 441- NUEVA EPS S.A. **Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1**
Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 22 AÑOS **Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+** **Estado Civil: Unión Libre**
Ocupación:
Dirección: CRA 5 D NN 46 33 CIUDADELA METRO **Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA**
Departamento: ATLANTICO **Municipio: SOLEDAD**
Teléfono: 3002093010

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

99289

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Nombre :	YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS			Diagnóstico	Dia	Mes	Año
Ocupación :				CC	1045731832	0839	3 12 2016
Empresa :	NUEVA EPS S.A.						
Tipo de Incapacidad :	LICENCIA DE MATERNIDAD						
Fecha Inicia :	03/12/2016	Fecha Fin :	10/03/2017	Días De Incapacidad O Licencia :	98	Historia Clínica	1045731832
Causa Externa :	ENFERMEDAD GENERAL			Tipo de Atención :	Ambulatorio	Procedimiento :	
Diagnóstico Relacionador :							
Fecha Accidente Trabajo :	// 00:00:00	Prórroga :	NO	Expedida En :	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL -		
Empresa Donde Trabaja :							
Observaciones del Profesional :							

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ELIZABETH GENOVEVA DAUTT CHARRIS
 Reg. 3537
 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Firma Y Sello De Presta. Económicas

Firma Afiliado

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	112	FECHA 03/12/2016 18:30:53	TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN

NOTAS ENFERMERIA

16:50 RONDA DE GINECOLOGIA QUIEN ORDENA EGRESO CON MEJORIA.
 17:00 RECIBE TTO CON CLINDAMICINA ULTIMA DOSIS DE ANTIBIOTICO POR ORDEN MEDICA.
 SE ENVIA HISTORIA CLINICA A FACTURACION PARA DILIGENCIAR SALIDA.
 17:30 RECIBE DIETA ORDENADA Y TOLERA.
 18:20 SE RETIRA VENOCLISIS EGRESA COSCIENTE, ORIENTADA ESTABLE, BAJO TTO Y RECOMENDACIONES MEDICAS.

Nota realizada por: **SANDRA MILENA ARRIETA CARRASQUILLA Fecha: 03/12/16 18:30:54**

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

SANDRA MILENA ARRIETA CARRASQUILLA
 Reg.
 ENFERMERIA



CORPORACIÓN LONJA
DE PROPIEDAD RAÍZ DE
BARRANQUILLA

NIT .890.104.408-8

CENTRO DE CONCILIACION

Y ARBITRAJE

Resolución No. 671 Ministerio de Justicia
Código 04080011126

CONSTANCIA DE NO CONCILIACION

No. 00959 -2019

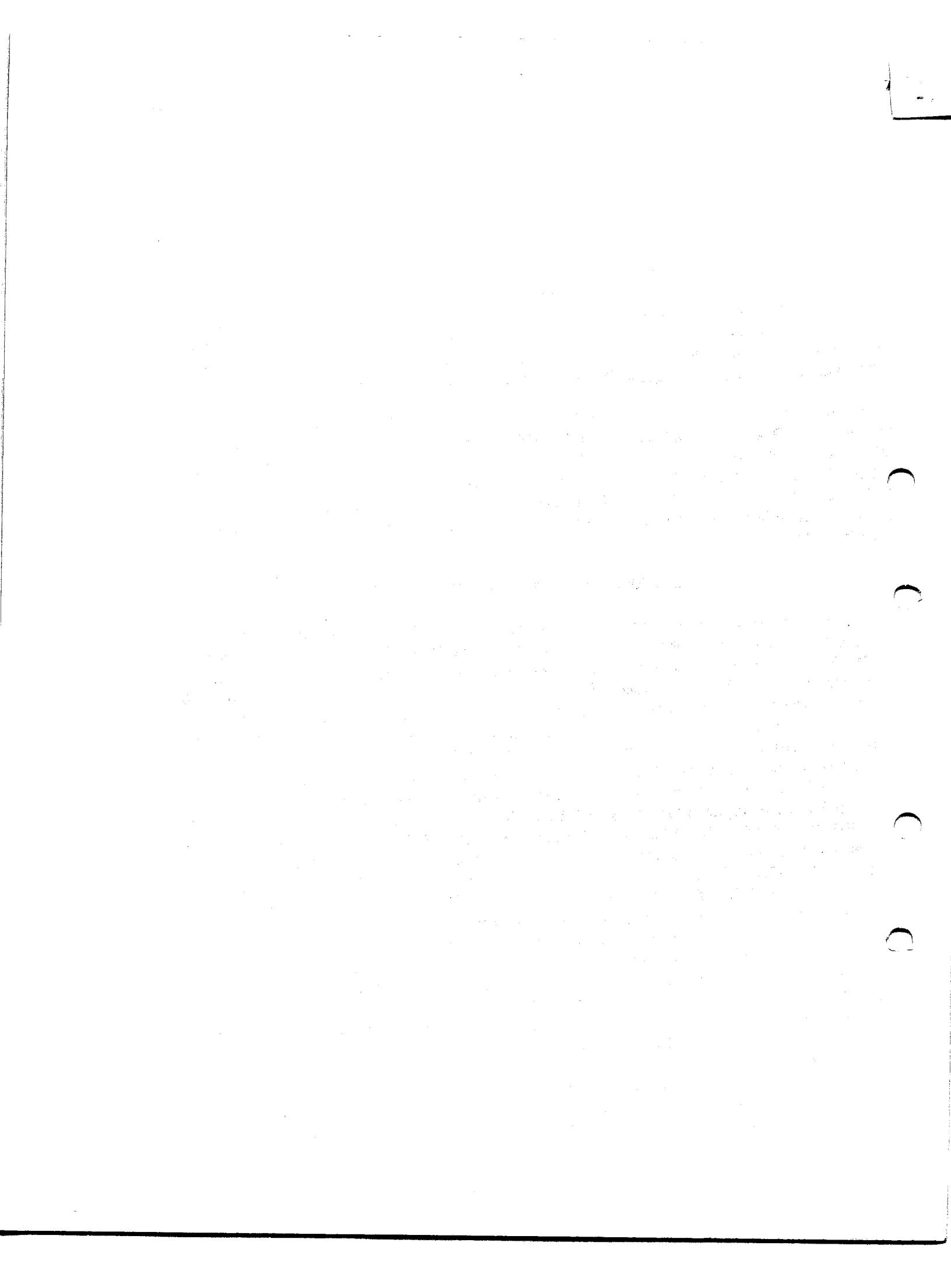
VICTOR ARTURO POLO SANMIGUEL, identificado con cédula 7.453.760 de Barranquilla y T.P. 22.353 del C.S.J., inscrito ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Lonja de Propiedad Raíz de Barranquilla con matrícula de conciliador 1126-06 según lo ordenado por el artículo 7º de la Ley 640 de 2.001, expido **CONSTANCIA DE NO CONCILIACION** en los siguientes términos:

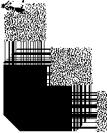
En memorial radicado el 28 de Marzo de 2019, el Doctor **CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ**, en su calidad de **APODERADO** de **YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS**, quien actúa en nombre propio, solicitó convocatoria de audiencia de conciliación citando a la **FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE**, NIT 890.112.801-3 domiciliada en Barranquilla, a la **NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.**, AGENCIA NUEVA EPS NIT 900.156.264-2, con domicilio en Bogotá, **LA PREVISORA S.A.** COMPAÑIA DE SEGUROS NIT 860.002.400-2 con domicilio en Bogotá expresando hechos relacionados a continuación.

RESUMEN Y TRANSCRIPCION DE LOS HECHOS

- Señala el Apoderado de la convocante que la Sra. **YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS**, se trasladó el 29 de Noviembre de 2016 hasta las instalaciones de la **FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE**, para ser atendida en trabajo de parto y que luego de permanecer en observación por 24 horas aproximadamente, se le realizó el 30 de Noviembre de 2016 episiotomía (Incisión que se practica en el periné de la mujer, partiendo de la comisura posterior de la Vulva hacia el ano, con el fin de evitar un desgarro de los tejidos durante el parto y facilitar la expulsión de la criatura), por parte de la médica **NANCY WILCHES GARCIA**.
- Informa que una vez terminado el parto, al proceder a la extracción de la placenta y revisar el canal de parto, por parte del médico ginecólogo obstetra Dr. **ISMAEL AHUMADA AHUMADA**, observó desgarro vaginal diagnosticando **DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO DE GRADO IV EN INTROITO Y TERCIO MEDIO DE LA VAGINA DE APROXIMADAMENTE DOS (2) CM**, motivo por el cual solicita concurso del cirujano en turno Ricardo Arteta quien realizó **RAFIA DE MUCOSA RECTAL CON SEDA 2/0** LUEGO RAFIA POR PLANOS HASTA MUCOSA CON CROMADO 2/0, LUEGO SE CONTINUA CON EPISORRAFIA POR PLANOS HASTA LA PIEL CON CROMADO 2/0 ESPECIFICADO.
- Agrega que "*el DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO DE GRADO IV es la aparición de una afección que ocurre en alrededor del 0,4% al 5% de los partos vaginales, la causa más común asociada con laceraciones perineales severas es la episiotomía. La incidencia de desgarros de grados III o / IV es del 9% a 27% en las mediales. La episiotomía, como se ve en este y en otros estudios, no protege al esfínter y su uso no debería ser de rutina, sino efectivo. El trauma perineal constituye la causa principal y casi exclusiva de las lesiones a nivel de la musculatura perineal con repercusión variable sobre la continencia fecal y que en resumen el desgarro perineal ocurre como consecuencia de la utilización inadecuada de la episiotomía, procedimiento que realiza el médico y que genera una incontinencia fecal del recto hacia a la vagina.*"
- Finaliza sus hechos señalando que "*Producto de este mal procedimiento médico (Episiotomía), mi Poderdante ha sufrido consecuencias graves en salud y su vida de relación hasta el punto que le*

VIGILADO Ministerio de Justicia y del Derecho





**CORPORACIÓN LONJA
DE PROPIEDAD RAÍZ DE
BARRANQUILLA**

NIT .890.104.408-8

CENTRO DE CONCILIACION Y ARBITRAJE

Resolución No. 671 Ministerio de Justicia
Código 04080011126

resulta casi imposible sostener relaciones sexuales con su esposo o compañero permanente por el dolor que esta lesión le produce además de la secreción de materias fecales por la vagina."

PRETENSIONES QUE SE TRANSCRIBEN TEXTUALMENTE

En virtud de lo anterior, para efectos de la PRESENTE SOLICITUD DE CONCILIACION LA CUANTIA la pretension económica para que se le indemnice y repare integralmente es:

CONCEPTO	VALOR
Lucro cesante consolidado	\$ 50.000.000
Lucro cesante futuro	\$ 100.000.000
Perjuicio Moral	\$100.000.000
TOTAL	\$ 250.000.000

TRAMITE CUMPLIDO

Se citó a audiencia para el Once (11) de Abril de 2019 habiendo citado integrando previamente a LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS NIT 860.002.400-2 para atender la solicitud de la convocada FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE, NIT 890.112.801-3 remitida el 2 de Abril de 2019 a través de su representante legal.

Llegado el día y la hora programada se hicieron presentes la Convocante y su apoderado y los representantes de las convocadas FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE, NIT 890.112.801-3 y NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A., AGENCIA NUEVA EPS NIT 900.156.264-2. No se hizo presente LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS NIT 860.002.400-2, ante lo cual la convocante solicita se tenga por fracasada esta etapa conciliatoria y se expida constancia de no conciliación. LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS presentó el 16 de Abril de 2019 excusa de lo cual se deja constancia.

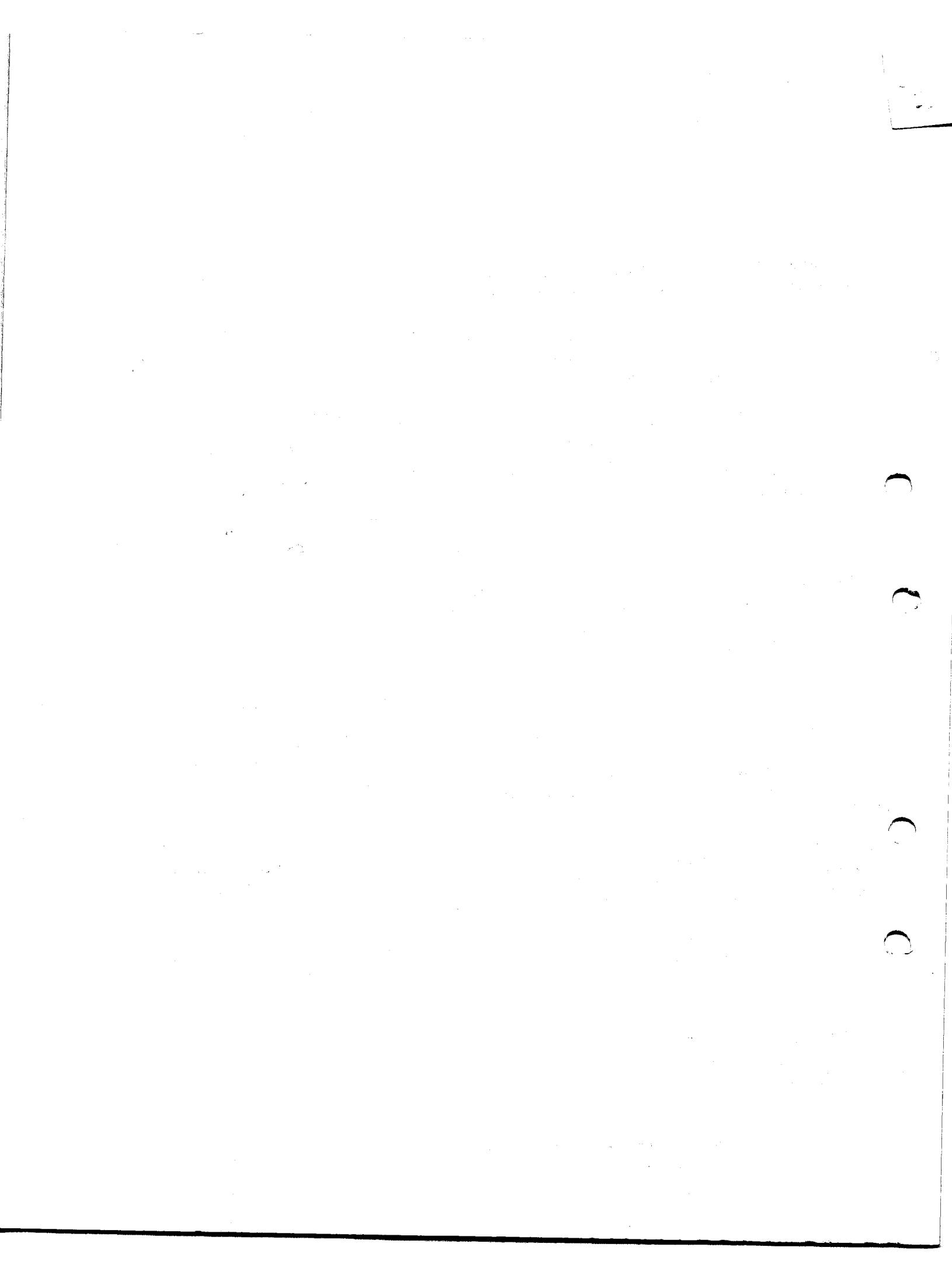
En aplicación del artículo 2º de la ley 640, se emite la presente constancia para todos los efectos legales quedando cumplido el requisito de procedibilidad conforme al Artículo 35 ibidem quedando las partes en libertad de acudir a la jurisdicción competente para solucionar sus diferencias.

Se deja constancia sobre la devolución a los convocantes de los documentos aportados como pruebas en el presente trámite. Se firma esta constancia por el conciliador en Barranquilla a los 23 de Abril de 2019.

VICTOR ARTURO POLO SANMIGUEL
CONCILIADOR CÓDIGO 1126-06
C.C. 7.453.760 de Barranquilla¹

¹Segunda y última hoja de constancia de no conciliación entre YUSNEYD GUTIERREZ BARRIOS vs. FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE y otros.

VIGILADO Ministerio de Justicia y del Derecho





REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
ACTA INDIVIDUAL DE REPARTO

Página 1

Fecha: 11/07/2019 3:00:17 p. m.

NÚMERO RADICACIÓN:

08001315301520190016500

CLASE PROCESO:

PROCESOS VERBALES

NÚMERO DESPACHO:

015

SECUENCIA:

1411814

FECHA REPARTO:

11/07/2019 3:00:17 p. m.

TIPO REPARTO:

EN LÍNEA

FECHA PRESENTACIÓN:

11/07/2019 2:57:14 p. m.

REPARTIDO AL DESPACHO:

JUZGADO DE CIRCUITO - CIVIL 015 BARRANQUILLA

JUEZ / MAGISTRADO:

RAUL ALBERTO MOLINARES LEONES

TIPO ID	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	APELLIDO	PARTÉ
CÉDULA DE CIUDADANIA	72144803	CARLOS AUGUSTO	OSPINA CRUZ	DEFENSOR PRIVADO
CÉDULA DE CIUDADANIA	1045731832	YUSNEYDIS PAOLA	GUTIERREZ BARRIOS	DEMANDANTE/ACCIONANTE
		FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE		DEMANDADO/INDICADO/CAUSANTE

Archivos Adjuntos

TIPO ID	ARCHIVO	CÓDIGO
		25026e39-f474-4cbf-a0cb-ebcfef97a26e

MAILETH BERMUDEZ BERMUDEZ
SERVIDOR JUDICIAL

Raúl Alberto Molinares Leones

Raúl Alberto Molinares Leones

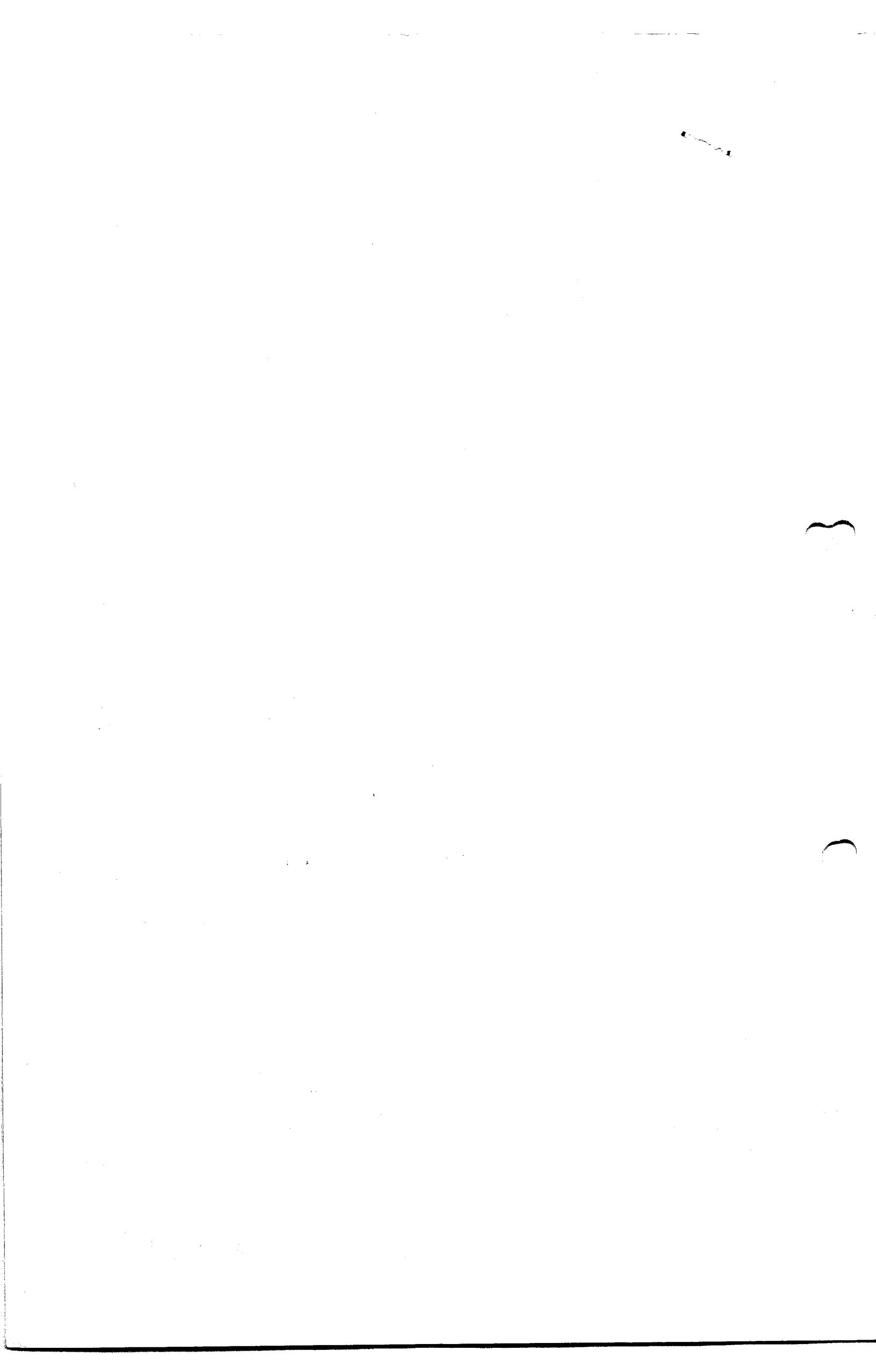
Raúl Alberto Molinares Leones

Raúl Alberto Molinares Leones

25

11 Jul 2019

2:30





Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Consejo Superior de la Judicatura
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico
Juzgado Quince Civil del Circuito de Barranquilla

26
SIGCMA

Radicación: 08-001-31-53-015-2019-00165-00

INFORME SECRETARIAL.- Señor Juez, paso a su despacho el proceso VERBAL seguido por la señora **YUSNEIDY POAOLA GUTIERREZ BARRIOS** en contra de la **FUNDACIÓN HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE y la EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S. A.**, informándole que por reparto ordinario efectuado por la oficina judicial de esta ciudad, nos correspondió su conocimiento.

A su despacho para que se sirva proveer.

Barranquilla, 25 de julio de 2019.

LA SECRETARIA,

BEATRIZ MARTHA DIAZGRANADOS CORVACHO

JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO.- Barranquilla, veinticinco (25) de julio de dos mil diecinueve (2019).-

Por reunir los requisitos legales admite la demanda **VERBAL** presentada por **YUSNEIDY POAOLA GUTIERREZ BARRIOS** en contra de **FUNDACIÓN HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE Y EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S.A.**

De la demanda y sus anexos cómose tráslado ~~esta parte demandada por el~~ término de veinte (20) días para que ~~resuma la defensa que considere.~~

Notifíquese a la parte demandada ~~en la forma establecida en los artículos 291 a 293 del C.G.P.~~

Téngase al Dr. **CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ**, como apoderado judicial de la parte demandante, en los términos y para los fines del poder conferido.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

RAÚL ALBERTO MOLINARES LEONES
JUEZ

Palacio de Justicia, Dirección: Carrera 44 No. 38-11
Edificio Banco Popular Piso 4
Telefax: 3703032 página web: www.ramajudicial.gov.co
Correo: ccto15ba@cendoj.ramajudicial.gov.co
Barranquilla - Atlántico. Colombia



JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO

DE BARRANQUILLA

En Barranquilla 27 AGO 10 2019

Notificó personalmente del auto de fecha

25 JULIO 2019

a) Dr. ANTONIO LUIS BOQUERO GARCIA apodado T. Hospital
Quién autorizado, firma y recibe copia de la demanda
y sus anexos.

El Notificado:

El Notificador: jefal

T. Hospital
Quién autorizado del wte

22222652 49112 6205

Se entrega Oficio del Tribunal de 61
obligando.

JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO

DE BARRANQUILLA

En Barranquilla 18 de OCT 2019

Notificó personalmente del auto de fecha 25
de JULIO de 2019

a) ALBERTO GARCIA CIFUNTES
Quién autorizado, firma y recibe copia de la demanda
y sus anexos.

El Notificado:

El Notificador: Civil 607 - de ORO

en calidad de
A.P.O de cada
necro (EP)



CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ
ABOGADO
Procesalista y Penalista
Defensor Publico

SEÑOR
JUEZ QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA
E. S.D.

REF.: PROCESO VERBAL No: 2019 – 00165

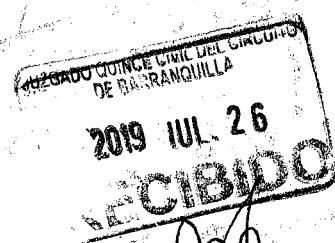
DEMANDANTE: YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

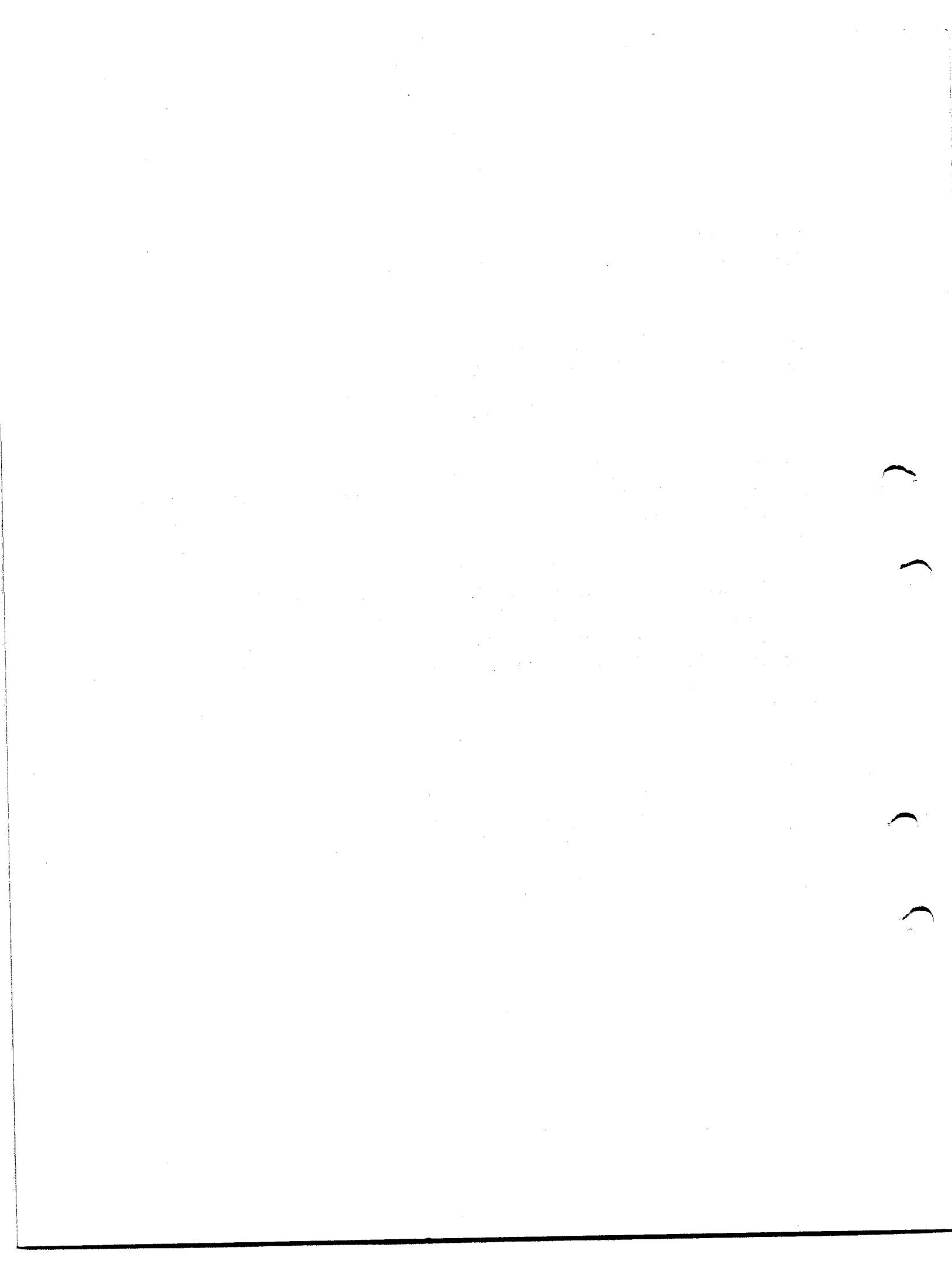
**DEMANDADO: FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE Y
EMPRESA PRESTADORA DE SALUD NUEVA E.P.S S.A**

CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ, Abogado, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de Apoderado de la Señora **YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS**, parte demandante dentro del proceso en referencia, respetuosamente concurro ante su Despacho a fin de manifestarle a su Señoría que **DESIGNO** como Dependiente Judicial dentro del radicado en cuestión a **CARLOS ALEJANDRO OSPINA VENEGAS**, mayor y vecina de Barraquilla, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.140.893.057., quien bajo mi absoluta responsabilidad podrá revisar el expediente, solicitar y recibir fotocopias, Oficios, Citaciones, marconigramas y demás a que hubiere lugar.

Del Señor Juez,

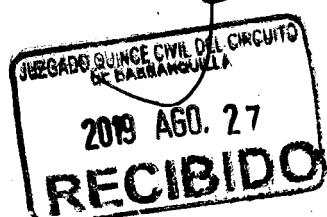
CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ
C.C. # 72.144.803 Barranquilla
T.P. # 65.234 del C.S. de la J.*





HUN. No. 031-19

Señor



JUEZ QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

E. S. D.

Ref: Proceso Verbal de **YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS** contra
FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE -Y EMPRESA PRESTADORA
DE SALUD NUEVA EPS.

Rad: 2019-00165.

DIEGO CASTRESANA DÍAZ, mayor de edad, vecino de la ciudad de Barranquilla, identificado con la cedula de ciudadanía No. 72.169.175 expedida en Barranquilla (Atlántico), quien actúa en su calidad de Representante Legal de la **FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE**, entidad sin ánimo de lucro, domiciliada en Soledad (Atlántico), con personería jurídica No. 0173 del seis (6) de mayo de 1982, e identificada con Nit. 890.112.801-3, manifiesto al despacho que confiero **PODER ESPECIAL**, pero tan amplio y suficiente como en derecho sea requerido al Dr. **ANTONIO DAVILA GARCIA**, Abogado en ejercicio, mayor de edad, domiciliado en Barranquilla, identificado con cédula de ciudadanía número 72.224.654 expedida en Barranquilla, y titular de la Tarjeta Profesional de Abogado No.112.262 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación, se notifique del auto admisorio de la vinculación como demandada dentro de la demanda de la referencia, y a su vez intervenga, actúe, y conteste la demanda dentro del mismo.

El apoderado queda facultado para notificarse del auto admisorio de la demanda, contestar la demanda, presentar excepciones, formular llamamiento en garantía aportar y solicitar pruebas, recibir, transigir, conciliar, sustituir y reasumir el presente poder, desistir, solicitar suspensión del proceso, interponer los recurso e incidentes pertinentes, y todo cuanto sea necesario para el cabal cumplimiento de la gestión encomendada.

Respetuosamente,

Diego Castresana D

DIEGO CASTRESANA DIAZ C.C. No. 72.169.175 de Barranquilla.

Acepto,

Antonio Davila Garcia

C.C.No.72.224.652 de Barranquilla T.P.No.112. 262 del C. S. de la Judicatura

E 8/2

12 AGO. 2019

A PETICIÓN DE PARTE
NOTARIA CUARTA
DEL CÍRCULO DE BARRANQUILLA
INTERESADA

SOFÍA MARÍA NADER MUSKUS
NOTARIA CUARTA DEL CÍRCULO DE BARRANQUILLA

DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO

La suscrita Notaria Certifica que este escrito fue presentado Personalmente

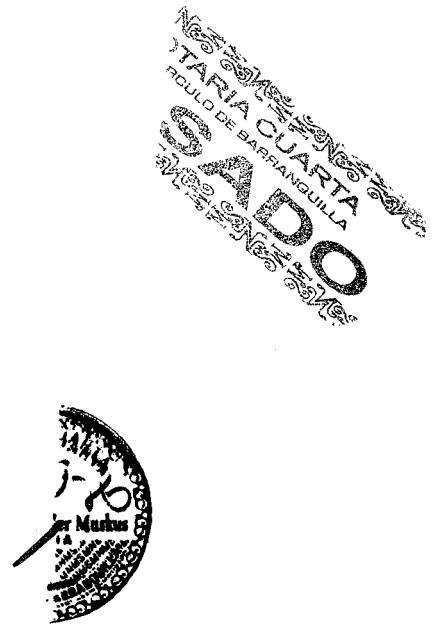
por Diego

Cecilia Diaz

Identificado con: 72169175 B

Quien declaró que su contenido es cierto y que la firma puesta en él es
suya.

Aceyep Cashsua D)





Gobernación
del Atlántico

ATLÁNTICO
LIDER



Al contestar por favor cite :

2019050007651

Radicado No.: 2019050007651

Pág 1 de 1

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO ADSCRITA A LA
SECRETARIA GENERAL DE LA GOBERNACION DEL ATLANTICO

CERTIFICA:

Que mediante Resolución N° 173 del 6 de mayo de 1982, la Gobernación del Atlántico reconoció Personería Jurídica a la entidad denominada FUNDACION CENTRO MEDICO DEL NORTE.

Que según Resolución N° 000076 del 15 de julio de 2015, se aprobó la inscripción de dignatarios, reforma de estatutos y cambio de razón social, quedando así: FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE.

Que a través de Resolución N° 00040 de 2016, la Gobernación del Atlántico inscribió la sede de la Fundación Hospital Universidad del Norte, ubicada en el campus de la Universidad del Norte, corredor universitario, en jurisdicción del municipio de Puerto Colombia.

Que es una entidad sin ánimo de lucro, en la cual según Resolución N° 5117 del 8 de septiembre de 2017 se inscribió como Representante Legal al señor DIEGO CASTRESANA DIAZ, identificado con Cédula de Ciudadanía N° 72.169.175 y como su suplente la señora GLADYS CARREÑO RODRIGUEZ, identificada con cedula de ciudadanía No. 63.286.868, mediante resolución No. 000076 de 15 de julio de 2.015.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, dado en Barranquilla a los 26 días del mes de Julio de 2019.

Ivethe Candelaria Acosta
IVETH CANDELARIO ACOSTA
Profesional Universitario
Archivo y Correspondencia

Exp. 1506
Bono: 4590529
Rad 20190500358752
Revisor: Icandelario
Proyectó y Elaboró: Gmartinez



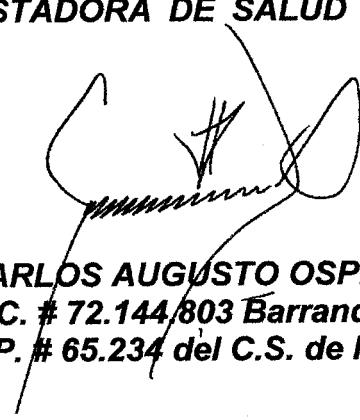
JURIDICA OSPINAS & ASOCIADOS
Abogados Consultores y Asesores.

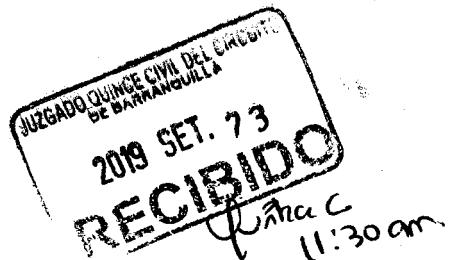
**SEÑOR
 JUEZ QUINCE (15) CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA
 E. S.D.**

**REF.: PROCESO VERBAL No: 2019-00165
 DEMANDANTE: YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS
 DEMANDADO: FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE Y
 EMPRESA PRESTADORA DE SERVICIO DE SALUD
 NUEVA EPS SA**

CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ, Abogado, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de Apoderado del Señora **YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS**, parte demandante dentro del proceso en referencia, respetuosamente concurro ante su Despacho a fin de adjuntar constancia o certificado del envío para la notificación personal al Representante Legal de la **FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE NIT: 890112801-3 y A LA EMPRESA PRESTADORA DE SALUD NUEVA EPS SA** en calidad de demandados

Del Señor Juez,


**CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ
 C.C. # 72.144.803 Barranquilla
 T.P. # 65.234 del C.S. de la J.***



MFYB

2

3

EXPRESS
que Avviada Buenos Aires Diagonal 21 A # 48-63
l 0622-90-0810*77
solucion 000576 C
3 de 2012



03682403615A

Fecha de envío 06/08/2019	P.R.E TEMPO EXPRESS BAQ/CARLOS OSPINA
Remitente/Demandante JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA/ Artículo 91	Proceso : VERBAL
ice contener TACIÓN PARA LA DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN PERSONAL	

Destinatario/Demandado
FUNDACION HOSPITAL UNIVERSAL DEL NORTE

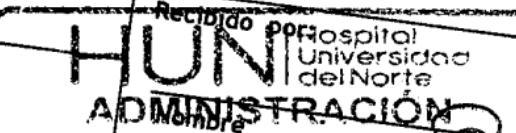
Direccion de entrega
CLLE 30 VIA AL AEROPUERTO JUNTO AL PARQUE MUVDI

Telefono

Ciudad
SOLEDADCiudad
BARRANQUILLARad. No.
2019-00165

Valor

8000



08 AGO. 2019 Fecha(DD/MM/AAAA)

Identificación

--	--	--

Informacion Segundo intento de entrega-causal de devolucion

No labora	<input type="checkbox"/> Dirección Errada
Rehusado a recibir	<input type="checkbox"/> Destinatario no Habita
No funciona	<input type="checkbox"/> Cerrado
Observaciones	<input type="checkbox"/> Dirección incompleta

RECEBIDO PARA SU ESTUDIO

- Dirección Errada
 Destinatario no Habita
 Cerrado
 Dirección incompleta
 Dirección no existe

1

1

Notificación en línea

Gestiones Judiciales



NIT. 806.005.329-4
Bosque Avenida Buenos Aires Diagonal 21 A # 48-83
Tel 6622900-6810177
Resolucion 000576 de abril 3 de 2012
Operador Postal 0271



03682403615A

El suscrito funcionario de Tempo Express S.A., por medio de la presente comunicación

CERTIFICA :

Que el día 8 del mes de agosto del año 2019, se realizó visita para entregar correspondencia de acuerdo con los siguientes datos:

Juzgado remitente: Juzgado Quince Civil Del Circuito De Barranquilla
Nº Radicado: 2019-00165
Demandado o Citado: Fundacion Hospital Universal Del Norte
Dirección: Clle 30 Via Al Aeropuerto Junto Al Parque Muvdi
Ciudad: Soledad
La diligencia se pudo realizar: SI
Recibido Por: Con Sello De Hun Hospital Universidad Del Norte
C. ó Nº Identificación: SELLO
Contenido: Art. 291 Citación Para La Diligencia De Notificación Personal
Observaciones: La Entidad A Notificar Si Funciona En El Lugar De Destino

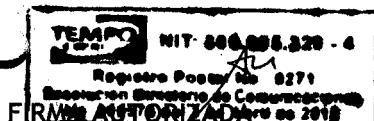
Copia Guia

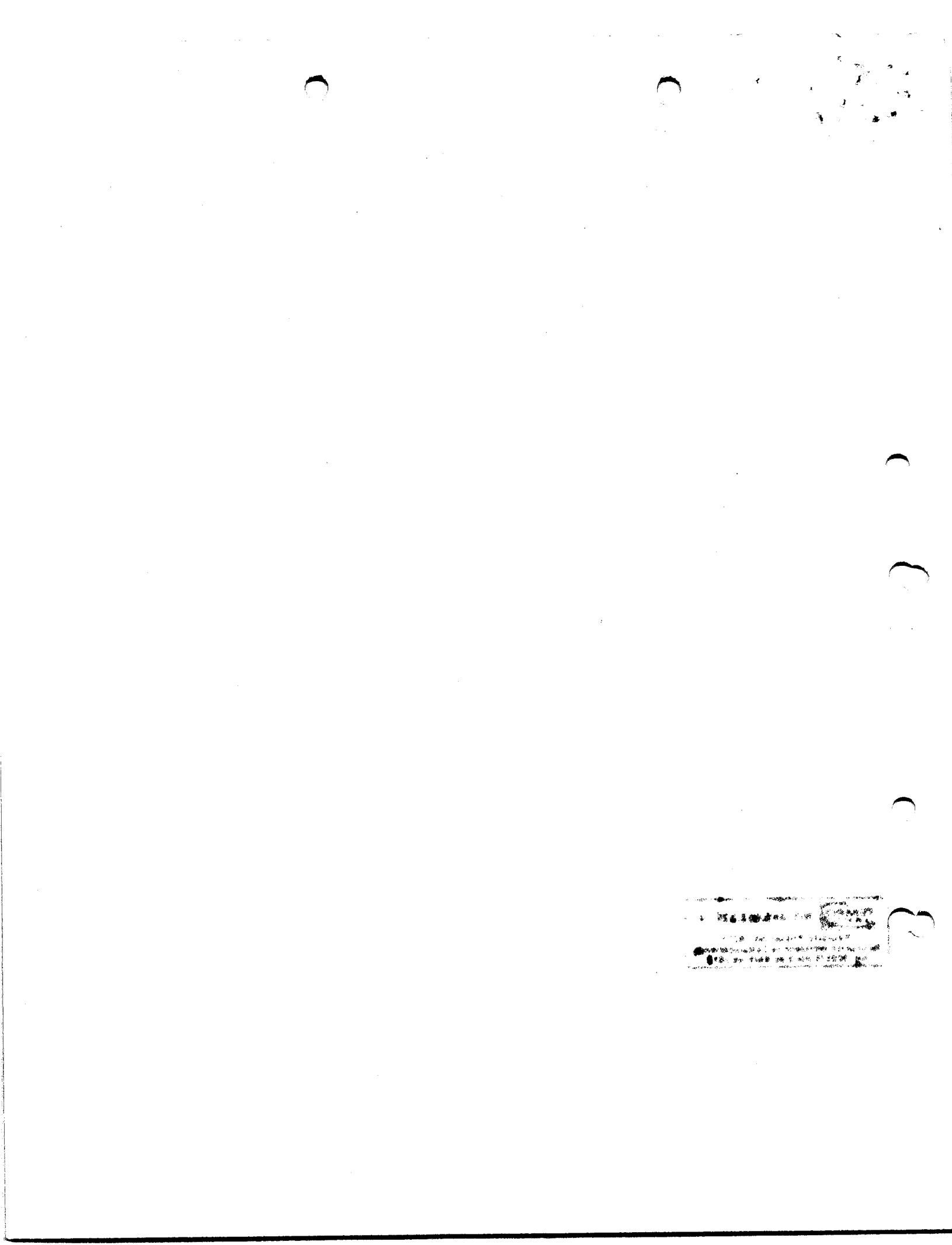


03682403615A		Destinatario/Demandado FUNDACION HOSPITAL UNIVERSAL DEL NORTE	
Fecha de envío 26/08/2019	P.R.E. TEMPO EXPRESS MAG. CARLOS DEPINI	Dirección de entrega CLLE 30 VIA AL AEROPUERTO JUNTO AL PARQUE MUVDI	
Remitente/Demandante JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA	Artículo: 291	Cludad: BARRANQUILLA	Ciudad: SOLEDAD
Proceso: VERBAL	Ref. Nro. 2019-00165	Valor 8000	Identificación 000 PARA SU SEÑORIA
Dice contenido: CITACIÓN PARA LA DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN PERSONAL	Fecha de devolución: 0000-00-0000	Observaciones: HUN ADMINISTRACIÓN	
Información Primera Intento de entrega - causal de devolución: <input type="checkbox"/> No Home <input type="checkbox"/> Información incorrecta <input type="checkbox"/> No Autoriza <input type="checkbox"/> Observaciones		Información Segundo Intento de entrega - causal de devolución: <input type="checkbox"/> Recibido Entregado <input type="checkbox"/> Recibido no habita <input type="checkbox"/> Correlo <input type="checkbox"/> Dirección incorrecta <input type="checkbox"/> Dirección no existe <input type="checkbox"/> Si autoriza <input type="checkbox"/> Observaciones	

Para Constancia, se firma el presente certificado a los 9 del mes de agosto del año 2019.

Tempo Express S.A.





4B

República De Colombia
Rama Judicial del Poder Público
Consejo Superior de la Judicatura
Juzgado Quince Civil del Circuito de Barranquilla
Calle 40 No 44 – Piso 4º Edificio Banco Popular

CITACION PARA DILIGENCIA DE NOTIFICACION PERSONAL

(Artículo 291 Código General Del Proceso)

Señor(a)

Fecha:

Nombre: FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

06/08/2019

Dirección:

Calle 30 Vía al Aeropuerto junto al Parque Muvdi - *Soldado*

Servicio Postal Autorizado

Ciudad:

Barranquilla- Atlántico

No. De Radicación del Proceso: 2019-00165

Naturaleza del Proceso: PROCESO VERBAL

Fecha Providencia.

DIA MES AÑO

25/07/2019



TEMPO EXPRESS BAQ
CL 38 # 44-100

03682403615A

Demandante: YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS.

Demandado: FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE Y EMPRESA PRESTADORA DE SALUD NUEVA E.P.S. S.A.

Sírvase comparecer a este Despacho de inmediato_ o dentro de los 5 _X_ 10_ 30 __ días Hábiles siguientes a la entrega de esta comunicación, de lunes a viernes, con los horarios de 8:00 am a 12:00 mm y de 1:00 a 5:00 pm con el fin de notificarle personalmente la providencia proferida en el indicado proceso.

Empleado Responsable

Parte Interesada

CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ

Nombres y apellidos

Nombres y apellidos

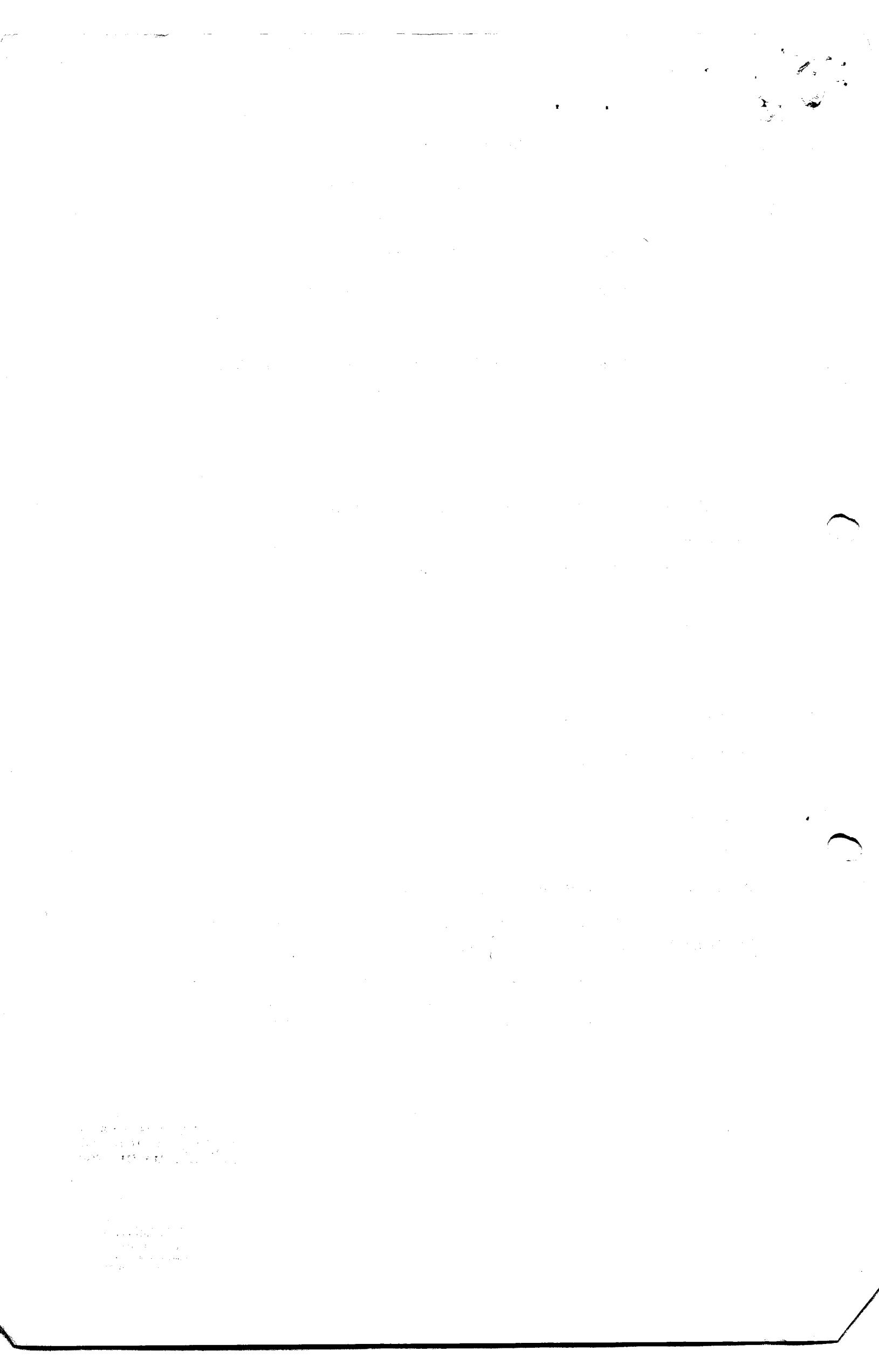
Firma

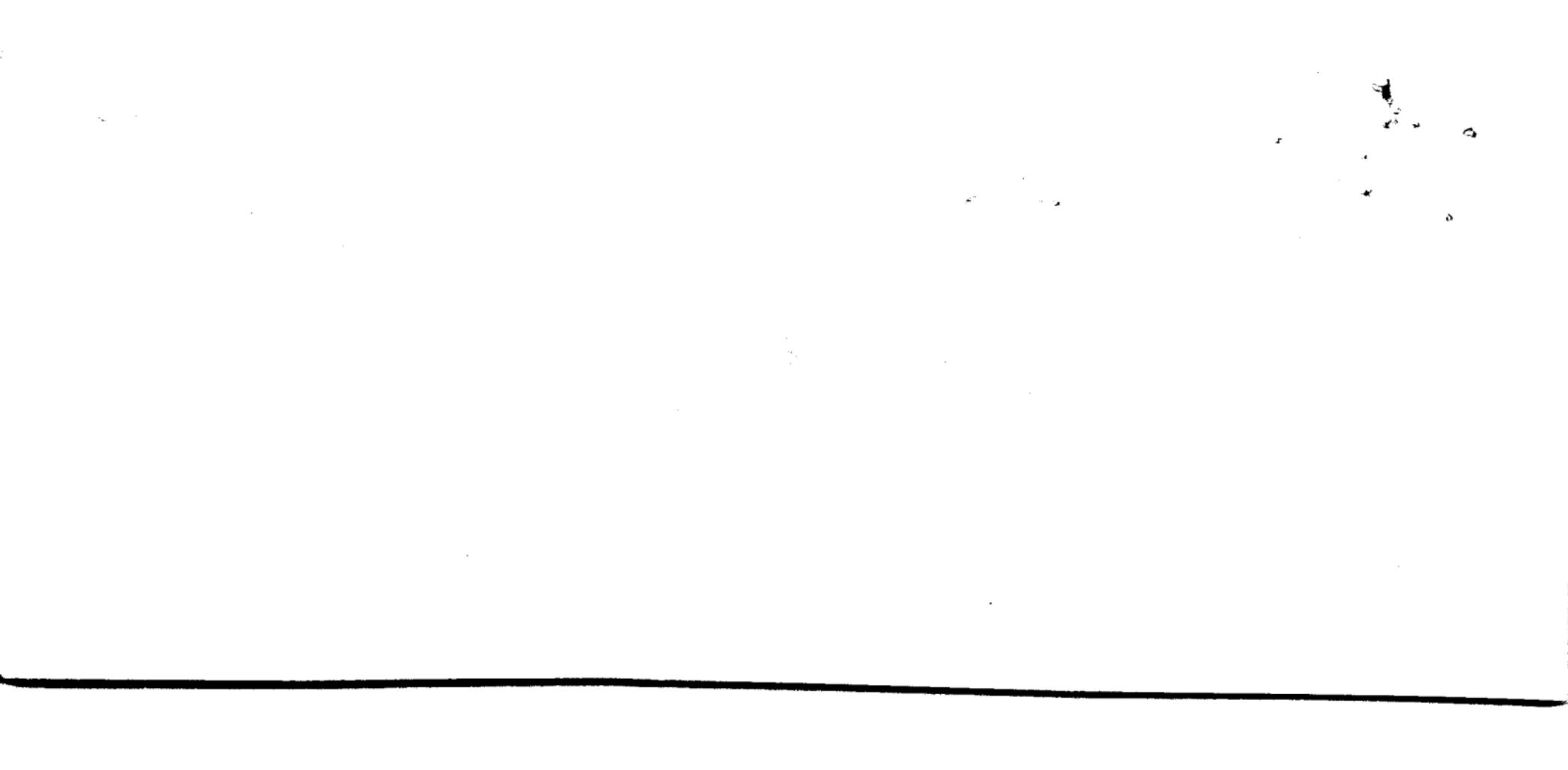
Firma

No. Cedula de Ciudadanía

No. C.C.72144.803 De Barranquilla







jueves, 19 de septiembre de 2019



Impresion de certificados

MENSAJERIA EXPRESA . LICENCIA 1838 R. P 0287 MINTIC

Nit: 811034171-1 REDEX BARRANQUILLA
Dir: CALLE 40 # 44 69 LOC 106 Tel 3511615 3004318516
Barranquilla-COLOMBIA

Número de guía	201220785
Artículo	291
Anexos	PERSONAL
Radicado	2019-165

CERTIFICA

QUE EL DÍA 17 DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2019 UNO DE NUESTROS MENSAJEROS ESTUVO VISITANDO PARA ENTREGARLE CORRESPONDENCIA ENVIADA POR

Juzgado: QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO

CiudadJuzgado: BARRANQUILLA

Citado: EMPRESA PRESTADORA DE SALUD NUEVA EPS SA

Dirección: CRA 85 K # 46 A- 66 PISO 2

Ciudad: BARRANQUILLA

La Correspondencia se pudo entregar: SI

Recibido por: SELLO DE LA ENTIDAD

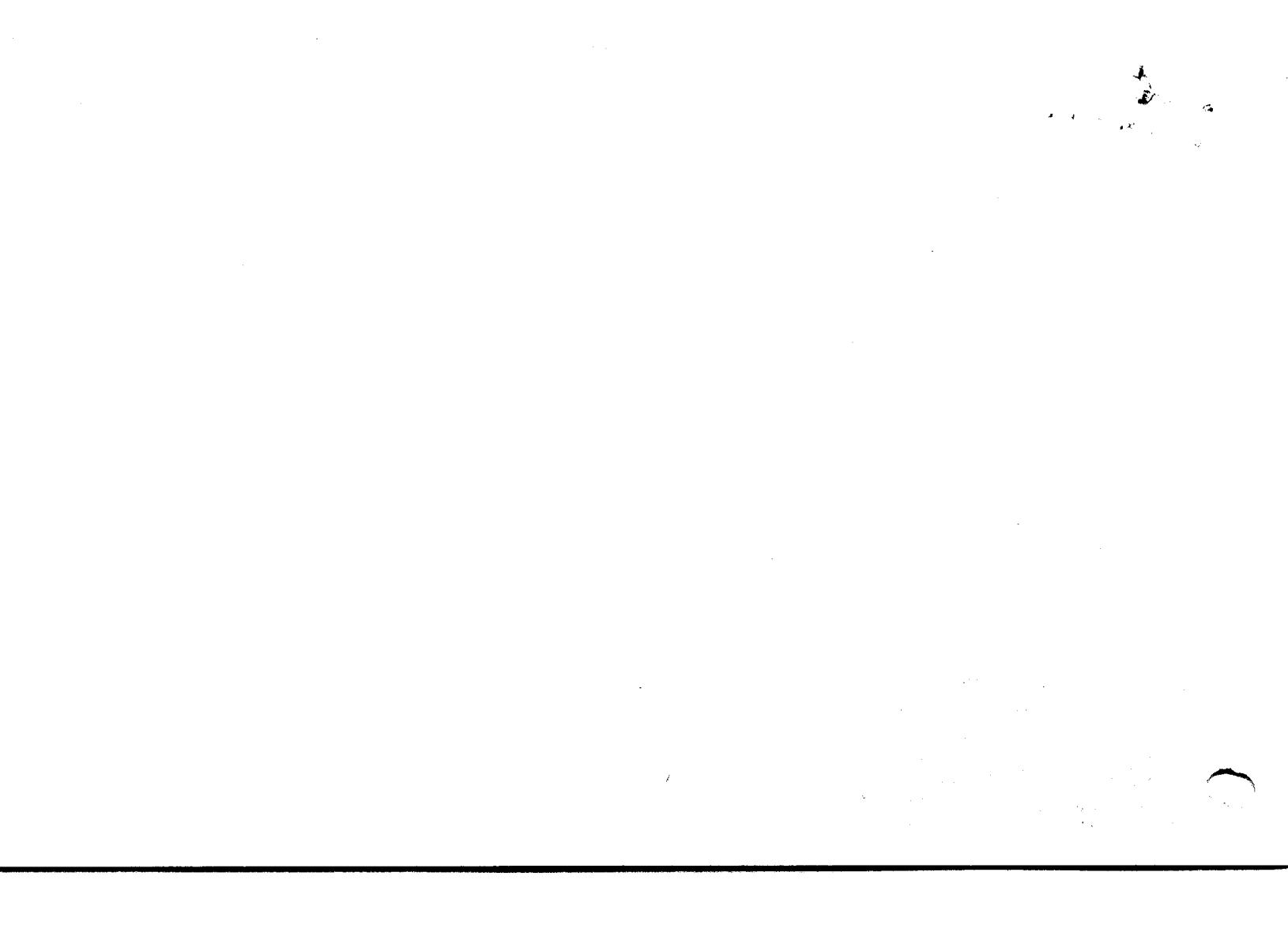
Observación: LA ENTIDAD SI FUNCIONA EN ESTA DIRECCION



SE FIRMA EL PRESENTE CERTIFICADO EL 19 DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2019

lic.mjn.com.1838

Firma digitalizada
Registro postal 0287



46

República De Colombia
Rama Judicial del Poder Público
Consejo Superior de la Judicatura
Juzgado Quince Civil del Circuito de Barranquilla
Calle 40 No 44 – Piso 4° Edificio Banco Popular

CITACION PARA DILIGENCIA DE NOTIFICACION PERSONAL
(Artículo 291 Código General Del Proceso)

Señor(a)

Fecha:

Nombre: EMPRESA PRESTADORA DE SALUD NUEVA E.P.S S.A

19/08/2019

Dirección:

Servicio Postal Autorizado

Carrera 85 K N° 46^a-66 Piso 2

Ciudad:

Bogotá - Cundinamarca

No. De Radicación del Proceso: 2019-00165

Naturaleza del Proceso: PROCESO VERBAL

Fecha Providencia.

DIA MES AÑO

25/07/2019

Demandante: YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS.

**Demandado: FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE Y EMPRESA
PRESTADORA DE SALUD NUEVA E.P.S. S.A.**

Sírvase comparecer a este Despacho de inmediato_ o dentro de los 5 _ 10__x 30 ___ días
Hábiles siguientes a la entrega de esta comunicación, de lunes a viernes, con los horarios de
8:00 am a 12:00 mm y de 1:00 a 5:00 pm con el fin de notificarle personalmente la
providencia proferida en el indicado proceso.

Empleado Responsable

Parte Interesada

10 SEP 2019

CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ

Nombres y apellidos

Nombres y apellidos

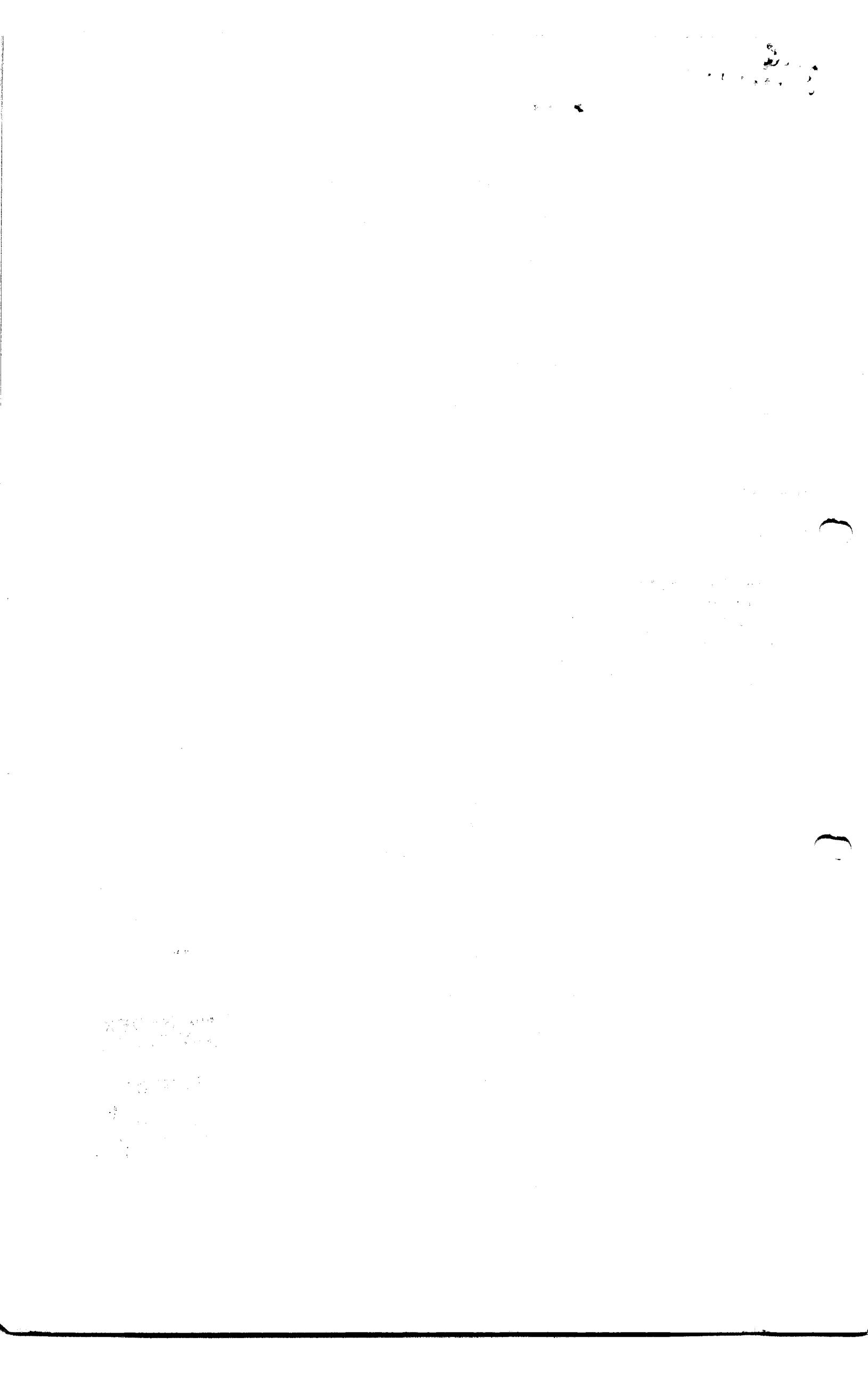
Firma

Firma

No. Cedula de Ciudadanía

No. C.C.72144.803 De Barranquilla

REDEX
NIT. 811.034.171-1
ESTE DOCUMENTO ES COPIA DEL ENVÍADO DEL DIA





DÁVILA & BERMUDEZ
A B O G A D O S



Señor

JUEZ QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE BARRANQUILLA
E. S. D.

Ref: Proceso Verbal de Responsabilidad Civil de YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS
contra FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE y LA NUEVA EPS.

Rad: 2019-00165.

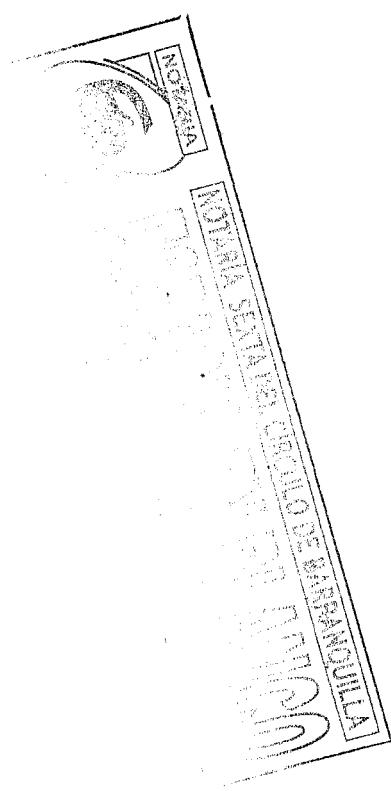
ANTONIO DAVILA GARCIA, mayor de edad y domiciliado en la ciudad de Barranquilla, identificado con la cédula de ciudadanía No.72.224.652 de Barranquilla y titular de la Tarjeta profesional de Abogado No.112.262 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de Apoderado Judicial de la FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE, entidad legalmente constituida, identificada con Nit. No.890.112.801-3, con domicilio en el Municipio de Soledad- Atlántico y representada legalmente por el Dr. DIEGO CASTRESANA DIAZ, mayor de edad, domiciliado en Barranquilla, e identificado con la cédula de ciudadanía No.72.169.175, según consta en según Resolución No. 5117 del 8 de Septiembre de 2.017 de la Gobernación del Atlántico, todo lo cual fue acreditado con la Certificación respectiva acompañada al momento de la Notificación personal del suscrito junto con el poder especial conferido obrante ya en el expediente desde el pasado 27 de Agosto de 2.019, concurro ante su Despacho dentro de la oportunidad legal con el fin de proceder a continuación a contestar el libelo introductorio del proceso de la referencia, previo:

I. PRONUNCIAMIENTO EXPRESO FRENTE A TODAS Y CADA UNA DE LAS PRETENSIONES.

Me OPONGO desde ya Señor Juez a que se decreten toda y cada una de las PRETENSIONES de la demanda inicial, por carecer de sustento fáctico y jurídico, toda vez que la presente demanda se funda en apreciaciones subjetivas de la parte demandante, carentes de soporte técnico y científico, quien pretende endilgarle una responsabilidad directa o indirectamente a la entidad médica que apodero, por unas supuestas "fallas en la prestación del servicio médico y hospitalario" en los procedimientos quirúrgicos de atención del parto y la necesaria realización de episiotomía y posterior rafia de mucosa rectal a la paciente Sra. YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS, en virtud al desgarro espontáneo sufrido, cuya intervención fuera realizada en el Hospital Universidad del Norte el día 30 de Noviembre de 2.016.

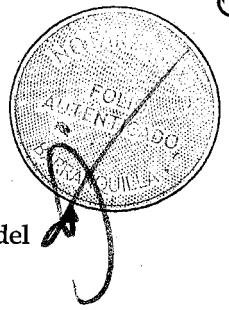
Sin embargo, encontramos que dichas afirmaciones orientadas a hacer creer al fallador la presuntas existencia de un "mal procedimiento médico (Episiotomía) NO encuentran asidero fáctico ni científico en el caso concreto que nos ocupa, y menos aún puede establecerse ni está probado la existencia de nexo de causalidad achacable a una falla en el servicio o actuación culposa, o negligente constitutiva de "falla médica" atribuible a la entidad médica que apodero en virtud de la atención médica que le fuera proporcionada a la paciente YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS.

En efecto, sea desde ya pertinente aclarar al Señor Juez que, el procedimiento de espisiotomía fue indicado por la ginecóloga tratante al momento del trabajo de parto de la paciente, teniendo en





DÁVILA & BERMUDEZ
A B O G A D O S



cuenta que, conforme aparece en la historia clínica, ésta fue prescrita durante dicha atención del parto, según necesidad e indicaciones de la misma.

Por ende, resulta además de infundado, y carente de cualquier comprobación fáctica y científica, que en el caso de la atención del parto a la paciente, la parte actora pretenda hacer creer o sugerir al Señor Juez, como evidentemente se lo ha propuesto, que la ocurrencia del desgarro se habría dado como consecuencia de haber utilizado de manera "rutinaria" el procedimiento de episiotomía en la Sra. Yusneidy Paola Gutierrez, siendo que técnicamente, como se demostrará en el proceso, la ocurrencia del desgarro puede darse con o sin episiotomía, y además este es considerado por la literatura científica como una complicación inherente al procedimiento por el factor contributivo binomio materno fetal, independientemente de la técnica utilizada por el médico, por ello el haberla intervenido luego con el procedimiento de episiorrafía corresponde a la conducta médica oportuna y pertinente en el caso de la atención médica brindada por el Hospital.

Así las cosas, no puede predicarse Señor Juez en forma alguna responsabilidad civil médica solidaria con la EPS demandada, de parte de la FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE que apodero, en el caso de la realización del procedimiento quirúrgico de episiotomía y la posterior rafia de mucosa rectal practicadas a la paciente Sra. YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS por cuanto tiene establecido la Doctrina¹ que "para que pueda existir una responsabilidad del médico se requiere la violación de la lex artis, que en definitiva es el parámetro de conducta que debe cumplir un buen profesional."

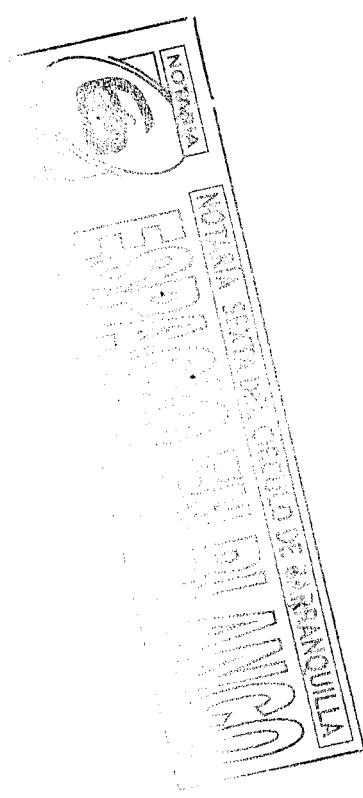
A este mismo respecto, el tratadista JAVIER TAMAYO JARAMILLO, señala en su obra² refiriéndose al estudio de la responsabilidad de los médicos, que "La responsabilidad de los médicos por una defectuosa prestación de sus servicios constituye una obligación de medio de acuerdo con la cual el deudor, es decir el médico, solo se obliga a brindar al acreedor cuidados especiales y diligentes tendientes a recuperar su salud y el acreedor, en este caso el paciente, tiene que probar la culpa del médico por un tratamiento defectuoso para poder comprometer la responsabilidad de este. En efecto, este tipo de contratos o de prestación de servicios, se rige por las normas del mandato y en el contrato de mandato el mandante debe probar la culpa del mandatario en caso de que el encargo se hubiese cumplido en forma defectuosa si quiere comprometer la responsabilidad de éste o exonerarse de pagar las prestaciones que al mandatario le corresponden..."

Con fundamento en lo anterior, a continuación paso a pronunciarme expresamente con respecto a cada una de las PRETENSIONES incoadas por la parte demandante:

A LA PRIMERA DECLARACION: Me opongo a que se declare cualquier tipo de responsabilidad atribuida por la parte actora a la entidad que represento FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE, por la supuesta "atención grave a la salud y la vida en relación a la Sra. YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS en los hechos ocurridos el 30 de Noviembre de 2016 originado en las fallas en la prestación del servicio médico y hospitalario", toda vez que no existe ningún daño, culpa, negligencia, impericia, violación a la lex artis ad-hoc, o nexo de causalidad atribuible

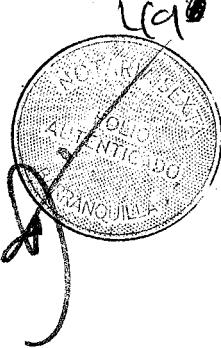
¹ Ob. Cit. "La Responsabilidad Médica- Problemas Actuales". Grupo Editorial Ibañez, Pág.143.

² Ob. Cit. "TRATADO DE RESPONSABILIDAD CIVIL" Tomo I., Legis Editores, Pág 521.





DÁVILA & BERMUDEZ
A B O G A D O S



jurídicamente a la entidad demandada FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE y/o a su personal médico tratante, entre la atención en salud brindada en las instalaciones del Hospital a consecuencia del trabajo de parto de la paciente YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS, siendo evidente que la conducta de los médicos tratantes y la correcta realización de la técnica en el procedimiento quirúrgico de episiotomía y posterior rafia de mucosa rectal a consecuencia del desgarro espontáneo³ sufrido por dicha paciente, constituyen una obligación de medios y no de resultado, la cual fue cabalmente cumplida en el acto médico que tuvieron a su cargo, y a consecuencia de ello, tampoco es posible endilgarle a la entidad que apodero la supuesta causación de los alegados perjuicios reclamados por la parte actora, derivados de riesgos y consecuencias inherentes a dicho procedimiento quirúrgico.

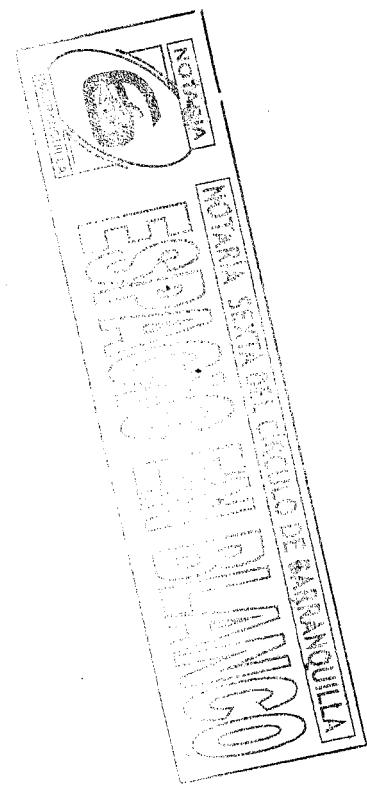
A LA SEGUNDA DECLARACION: Me opongo a que se declare la imposición de condena a la FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE, por la supuesta causación de perjuicios de orden material e inmaterial, a título de Lucro cesante consolidado y futuro y perjuicios morales por la alegada existencia de "falla médica" de los galenos de la entidad demandada, toda vez que no existe ningún daño, culpa, negligencia, impericia, violación a la lex artis ad-hoc, o nexo de causalidad jurídicamente atribuible a la demandada FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE y/o a su personal médico tratante, entre la atención en salud brindada en las instalaciones del Hospital a consecuencia del trabajo de parto de la paciente YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS, siendo evidente que la conducta de los médicos tratantes y la correcta realización de la técnica en el procedimiento quirúrgico de episiotomía y posterior rafia de mucosa rectal a consecuencia del desgarro espontáneo sufrido por dicha paciente, constituyen una obligación de medios y no de resultado, la cual fue cabalmente cumplida en el acto médico que tuvieron a su cargo, y a consecuencia de ello, tampoco es posible endilgarle a la entidad que apodero la supuesta causación de los alegados perjuicios reclamados por la parte actora, derivados de riesgos y consecuencias inherentes a dicho procedimiento quirúrgico.

A TERCERA DECLARACION: Me opongo a que se declare la existencia y pago de costas del proceso a favor de la demandante, en virtud a la improcedencia fáctica y jurídica de los fundamentos de la presente demanda.

II. OBJECION AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA.

De igual forma, manifiesto al Despacho para los efectos de lo previsto por el artículo 206 del C.G.P., OBJETO LA CUANTIA DE LAS PRETENSIONES formuladas por la parte demandante en el acápite respectivo con base en el juramento estimatorio de la demanda, en lo que respecta a la petición de pago de perjuicios, dentro de los cuales incluye acumulativamente los "materiales" e inmateriales, estimándolos en la suma total de "DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS (\$250.000.000.00)", por los "salarios y demás emolumentos dejados de devengar", toda vez que, conforme se observa del mismo acápite del libelo del juramento estimatorio de la demanda, el

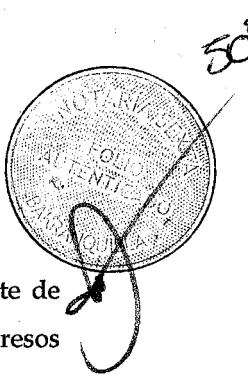
³ Es espontáneo en la medida que las episiotomías no llegan al esfínter anal: los planos incididos en la episiotomía son de adentro hacia afuera músculo, mucosa vaginal y piel. En el caso de la paciente en el momento del expulsivo se produce una prolongación de la episiotomía constituyéndose en un desgarro grado IV.





DÁVILA & BERMUDEZ

A B O G A D O S



monto pretendido por la demandante resulta a todas luces infundado, caprichoso y carente de indicación o señalamiento alguno de actividad productiva o labora generadora de ingresos económicos mensuales en los hechos de la demanda; así como también carece de discriminación alguna de los conceptos y soportes que servirían de base a fijar en dicho excesivo monto, siendo por tanto unos perjuicios hipotéticos reclamados en la presente demanda, de manera tal que resulta IMPROCEDENTE acceder al reconocimiento de los mismos en este proceso.

A este respecto, y sin perjuicio de dejar bien en claro y reiterar la inexistencia de responsabilidad civil médica achacable al Hospital que apodero con sustento en los hechos y pretensiones de la demanda, es preciso citar, a fin de que el Despacho DESESTIME también dicho juramento estimatorio, lo señalado por la Honorable Corte Suprema de Justicia en Sentencia de fecha 23 de Marzo de 2.018⁴, en punto la necesidad de la prueba relacionada con los eventuales perjuicios reclamados mediante la invocación del juramento estimatorio:

"Las cifras resultantes, por lo tanto, fueron el fruto de la apreciación de datos inciertos o imprecisos, de los que no existe certeza alguna de fiabilidad. (...)"

"Además, aunque en la demanda se hizo el juramento estimatorio, tal acto no relevaba a los actores de acreditar la existencia del perjuicio. La prueba del incumplimiento y del menoscabo derivado del mismo era necesaria para la estimación de las pretensiones. Incluso, el parágrafo del artículo 206 del Código General del Proceso establece una sanción al litigante «...en los eventos en que se nieguen las pretensiones por falta de demostración de los perjuicios...», ello con el condicionamiento establecido por la Corte Constitucional en la sentencia C-157 de 2013⁵."

De igual forma el mero señalamiento e invocación de PERJUICIOS MATERIALES en las pretensiones de la demanda tampoco constituye prueba alguna determinante de la existencia de relación o nexo de causalidad alguno entre los hechos invocados y el quantum monto del supuesto daño alegado por la parte demandante con respecto a la FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE, ni mucho menos existe prueba cierta determinante de la cuantía de los pretendidos perjuicios reclamados a título de indemnización, sin su debido soporte y discriminación detallada de los conceptos, de forma tal que solicito se declare infundada la estimación de los perjuicios materiales reclamados sin el lleno de los requisitos legales, previstos por el artículo 206 del C.G.P.

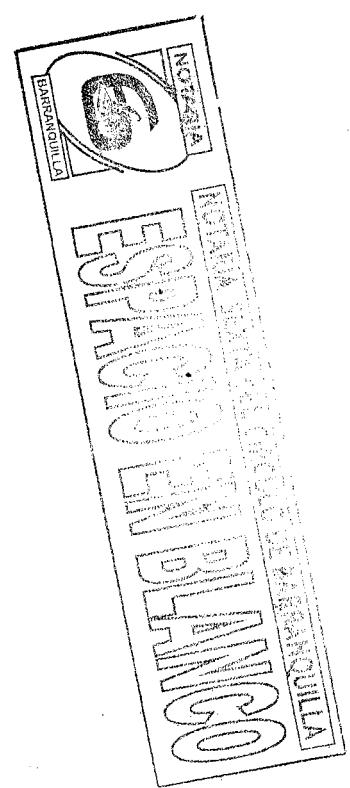
III. CONTESTACIÓN A LOS HECHOS DE LA DEMANDA.

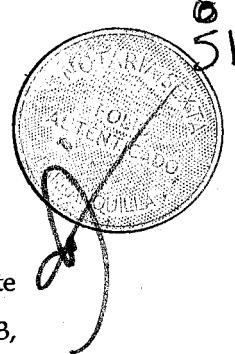
Con respecto a los HECHOS de la demanda me pronuncio como sigue:

AL 1o: Es cierto lo relativo al ingreso voluntario de la paciente al Hospital Universidad del Norte el día 29 de Noviembre de 2.016 según consta en los registros de ingreso que lleva la entidad que

⁴ Sentencia No. SC876-2018. Radicación N.º 11001-31-03-017-2012-00624-01. MP: ARIEL SALAZAR RAMÍREZ.

⁵ Según dicha Corporación, la norma es exequible: «bajo el entendido de que tal sanción -por falta de demostración de los perjuicios-, no procede cuando la causa de la misma sea imputable a hechos o motivos ajenos a la voluntad de la parte, ocurridos a pesar de que su obrar haya sido diligente y esmerado».





apoderado⁶. Adicionalmente se destaca que desde un principio la atención médica a la paciente Yusneidy Paola Gutierrez Barrios fue oportuna y acorde tal y como fuera clasificada en Triage 3, Prioridad III⁷.

Al 2º: Es cierto que la paciente estaba en trabajo de parto, teniendo en cuenta que esta al momento de su ingreso se encontraba en fase latente, y por tal razón la conducta a seguir era mantenerla en observación médica, para monitorizar dicho trabajo de parto, tal y como aparece consignado en el folio No. 47 de la historia clínica.

Es cierto que la Dra. Nancy Wilches, ginecóloga el día 30 de Noviembre de 2.016 estando en curso el parto de la paciente Yusneidy Paola Gutierrez Barrios⁸, le realizó el procedimiento episiotomía medio lateral, el cual era necesario practicar en razón a que durante su atención médica del parto en varios momentos se hizo seguimiento al bienestar fetal ya que se encontró un monitoreo con poca variabilidad, movimientos fetales disminuidos según puede verse a Folio No. 42, y disminución de FCF (frecuencia cardíaca fetal) visible a Folio No.66 según análisis de la ginecóloga, razones estas que están incluidas dentro de las válidas o selectivas para practicar episiotomía, por tanto se considera que la indicación expresa para la realización de la episiotomía era acortar el expulsivo para evitar sufrimiento fetal en primigestante con los factores contributivos descritos, cumpliéndose así con un correcto proceder de acuerdo con la lex artis ad-hoc, desde un principio de la atención médica de su parto.

Por otra parte, vale la pena resaltar que la ocurrencia del desgarro del esfínter anal intraparto, es una complicación multifactorial y difícil de predecir. La mayor parte de los factores de riesgo no pueden modificarse y se encuentran íntimamente relacionados entre sí, no siendo en consecuencia la complicación atribuible a falla, culpa o negligencia médica de parte del Hospital Universidad del Norte. (Fuente: Pato-Mosquera M, García-Lavandeira S, Liñayo-Chouza J. *El desgarro intraparto del esfínter anal ¿Puede prevenirse?* Ginecol Obstet Mex. 2017 ene;85(1):13-20).

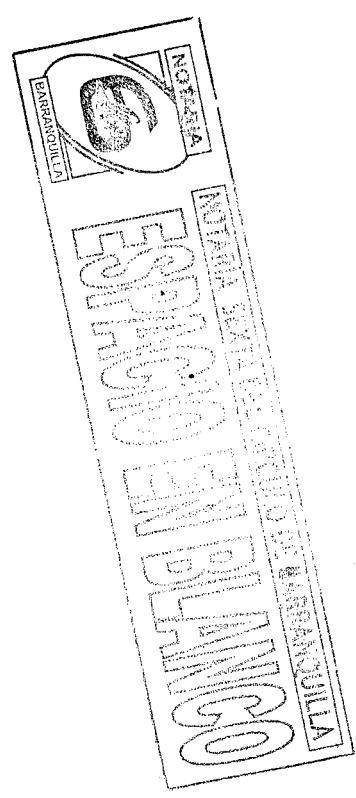
En efecto, revisada la historia clínica de la paciente encontramos los siguientes registros de atención médica:

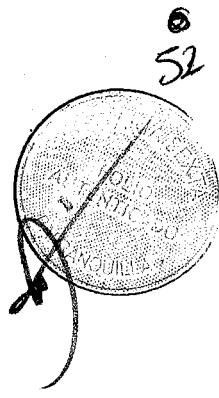
"29/11/2016 11:00 Paciente de 21 años de edad gesta1 con embarazo de 37 semanas por fecha de ultima menstruación quien consulta por cuadro clínico de +/- 2 horas de evolución caracterizado por dolor tipo cólico en hipogastrio que se irradia a región lumbar asociado a salida de tapón mucoso, afirma movimientos

⁶ Resolución No.1995 de 1999, parágrafo 2º del artículo 6º establece que:"Todo prestador de servicios de salud debe adoptar mediante el acto respectivo, los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su Institución, así como el contenido de los mismos en los que se incluyan además de los contenidos mínimos los que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente. El prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes."

⁷ Triage III: Es la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa. Tomado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Nuevos-criterios-para-clasificaci%C3%B3n-de-triage-en-urgencias.aspx>.

⁸ Segundo puede leerse en folios No. 72 y 74 de la historia clínica.





fetales pero disminuidos. Al ingreso con cuello central con dilatación de 2 cm y Borramiento: 80% estación: 0 membranas integras⁹.

29/11/2016 13:01 Se ordena perfil biofísico por monitoreo con poca variabilidad (folio 49)¹⁰.

Folio: 56 30/11/2016 09:18 Quien se encuentra en su trabajo de parto en fase activa, se decide trasladar a sala de parto.

30/11/2016 12:21:17 Folio 58 Paciente con actividad uterina irregular, 2 contracciones en 10 minutos de 20 segundos, se considera paciente cursa con hipodinamia¹¹ secundaria, no hay distocias¹² fetales o maternas adicionales por lo que se indica conducción¹³ con oxitócica."

Continua en su control y vigilancia de trabajo de parto

Continua en su control y vigilancia de trabajo de parto

Folio 65 30/11/2016 16:45:07 Se realiza tacto vaginal encontrándose cuello dilatado en 7 cm, borramiento del 90%, membranas integras, feto en estación 0; se realiza amniotomía¹⁴, se obtiene líquido claro, eutermico. Fcf136lpm se continuará asistencia del trabajo de parto conducido. Procedimiento realizado por la Dra. Nancy Wilches

AL 3º y 4º: Es cierto conforme aparece acreditado en la historia clínica de la paciente. Es por tal razón que habiéndose detectado oportunamente por parte de los médicos especialista tratantes Dra. Nancy Wilches y Dr. Ismael Ahumada, la existencia de un desgarro vaginal grado IV, ordenan su respectiva atención y valoración por cirujano general, Dr. Ricardo Arteta, quien acude oportunamente a brindarle la atención médica pertinente requerida por la paciente ahora demandante.

En efecto, puede leerse lo pertinente en el registro de historia clínica de la paciente, que a continuación transcribo:

Folio 74:

"30/11/2016 21:51:07 Se realiza la atención del parto:

-PARTO VAGINAL:

1. Paciente en posición ginecológica.

⁹ Durante la primera etapa del trabajo de parto, el cuello del útero se expande (se dilata) y se contrae (se borra) para permitir que el bebé se mueva hacia el canal de parto. El Borramiento del cuello del útero debe ser del 100 % y la dilatación debe ser de 10 cm antes del parto vaginal. <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/multimedia/cervical-effacement-and-dilation/img-20006991>. Estación: relación que existe entre el más avanzado de la presentación y un plano imaginario que pasa a la altura de las espinas ciáticas. <https://efmo91.files.wordpress.com/2009/12/parto-normal.pdf>

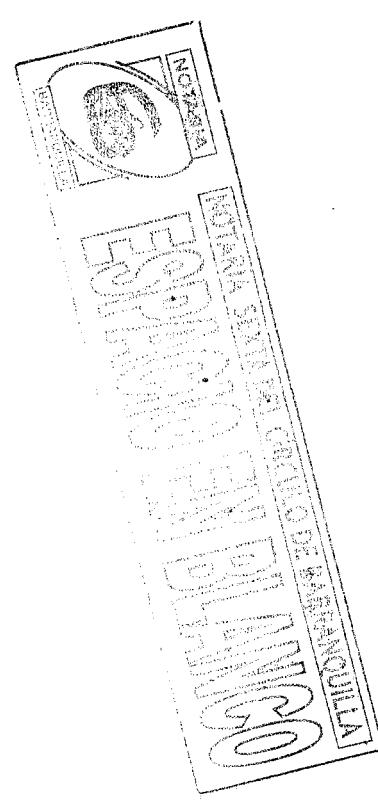
¹⁰ Perfil Biofísico: El perfil biofísico fetal es un análisis prenatal utilizado para verificar el bienestar del bebé. Monitoreo: La monitorización fetal es una técnica indolora y no invasiva que suele realizarse en las últimas semanas del embarazo y durante el parto con objeto de controlar la actividad uterina y el bienestar intrauterino del bebé. <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/biophysical-profile/about/pac-20393061>.

¹¹ Hipodinamia: Disminución de las contracciones uterinas, que afecta tanto a la intensidad como a la frecuencia y a la duración de las mismas. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/hipodinamia-uterina>

¹² Distocia: Dificultad en la evolución del parto debido a anomalías maternas (alteraciones de las contracciones uterinas, forma de la pelvis...) o fetales (tamaño, malposición de la cabeza...) <https://inatal.org/el-embarazo/enciclopedia/42-distocia.html>

¹³ Conducción: - Estimulación de las contracciones uterinas cuando las contracciones espontáneas han fallado en lograr una dilatación cervical progresiva y/o descenso del feto. <https://es.slideshare.net/jihansimonhasbun1/ginecologiaobstetricia-induccion-y-conduccion-del-trabajo-de-parto>

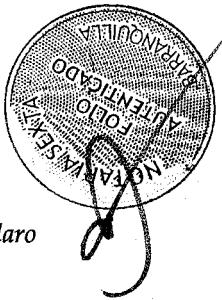
¹⁴ Amniotomía: Es la ruptura artificial de membranas. La amniotomía es un procedimiento común durante el trabajo de parto para inducirlo o acelerarlo <https://es.scribd.com/doc/58867127/AMNIOTOMIA>





DÁVILA & BERMUDEZ
A B O G A D O S

53



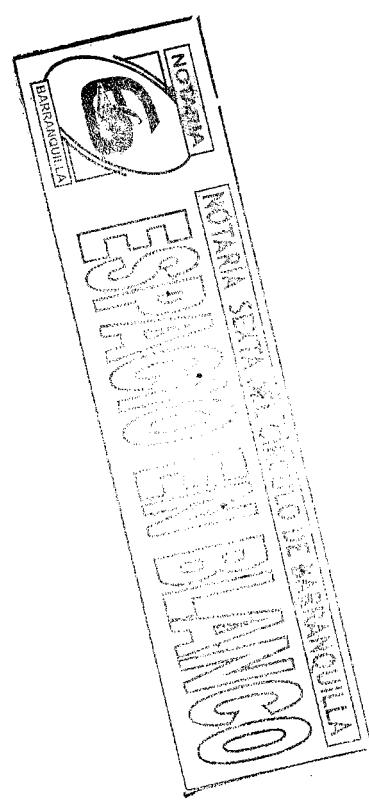
2. *Asepsia, antisepsia y colocación de campos quirúrgicos estériles.*
3. *Tacto inicial: dilatación y borramiento completo, estación +3, membranas rotas líquido amniótico claro normo térmico.*
4. *Se infiltra zona perineal con xilocaina, se realiza episiotomía medio lateral(8)*
5. *Extracción del producto, recién nacido vivo, único, sexo masculino en buenas condiciones generales. Apgar 9/10 9/10, peso 3280 gramos, líquido amniótico claro normo térmico*
6. *Alumbramiento fisiológico de placenta completo tipo scultze, a los 10 minutos*
7. *Revisión uterina, revisión del canal del parto se observa desgarro vaginal grado iv en introito y tercio medio de vagina de aproximadamente 2 cm se solicita concurso de cirujano en turno drricardoarteta quien realiza rafia de mucosa rectal con seda 2/0 luego rafia por planos hasta mucosa con cromado 2 /0 luego se continua*
8. *Episiorrafía (9) por planos hasta piel con cromado 2.0.*
9. *Tactos revisionales normales.*
10. *Asepsia perineal,*
11. *Paciente tolera acto.”*

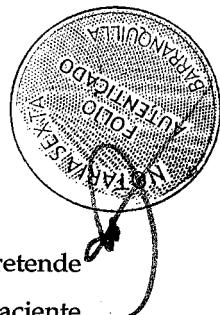
De igual forma, en nota de enfermería visible a folio No. 72 de la historia clínica, se evidencia que el parto inicia su atención por parte de la Dra. Wilches quien realizó episiotomía y recibe al recién nacido, y posteriormente entra en concurso el Dr. Ahumada quien extrae la placenta, realiza episiorrafía ante evidencia desgarro y solicita concurso del cirujano quien realiza la corrección del mismo.

FOLIO	72	FECHA	30/11/2016 21:34:00	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACIÓN
NOTAS ENFERMERIA					
10:00 RECIBO PACIENTE EN SALA DE PARTO CONCIENTE ORIENTADA MUCOSAS ORAL Y NASAL HUMEDAS, CUELLO MOVIL, VENA CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR PASANDO B.S.N 0.9% 500CC + OXITOCINA 5 UNIDADES A GOTEO ORDENADO, ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO. SE OBSERVA VENA INFILTRADA, SE CANALIZA NUEVAMENTE CON ABOCATH #18 SE INSTALAN LOS MISMOS LIQUIDOS ENDOVENOSOS. DRA WILCHES REALIZA EPISTOMIA, PREVIA INFILTRACION CON XILOCAINA AL 2% SIMPLE.					
19:14 SE OBSERVA HOMBRE ANTERIOR RECIBE OXITOCINA 10UNIV IV DILUIDAS.					
19:15 SE OBTIENE PRODUCTO UNICO DE SEXO MASCULINO EN POSICION CEFALICA, LÍQUIDO AMNIOTICO CLARO EN NORMAL CANTIDAD, PINZA Y CORTA CORDON UMBILICAL, DRA WILCHES ENTREGA A PEDIATRA EN TURNO DRA MURCIA QUIEN TRASLADA A SALA DE NEONATOS. SALE DEL CAMPO DRA WILCHES Y RECIBE DR AHUMADA GINECOLOGO DE TURNO.					
19:20 EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA COMPLETA, REVISA CANAL DE PARTO EXTRA COAGULOS EN NORMAL, INFILTRA CON XILOCAINA SIMPLE 2% RALIZA EPISORRAFIA CON CROMADO 2-0 (2), REVISA NUEVAMENTE CANAL DE PARTO OBSERVA DESGARRO VAGINAL, SE SOLICITA LLAMADO DE CIRUJANO.					
20:30 DR ARTETA CIRUJANO DE TURNO ACUDE AL LLAMADO QUIEN REALIZA RAFIA DE MUCOSA RECTAL CON SEDA 2/0, LUEGO CONTINUA RAFIA DE PLANOS HASTA PIEL, SIN COMPLICACIONES.					
21:15 SE RETIRAN CAMPOS SE REALIZA LIMPIEZA DE GENITALES, SE COLOCA PAÑAL DESECHABLE, SE INSTALA EN CAMILLA CON BARANDAS.					
21:30 SE TRASLADA A SALA DE PUERPERIO. SE COLOCA RECIENTE NACIDO A SU LADO PARA LACTANCIA MATERNA.					
22:00 SE TOMA MUESTRA DE SANGRE PARA HEMOGRAMA CONTROL, SE ENVIA A LABORATORIO.					
00:00 RECIBE TTO ACETAMINOFEN 1GR V.O.					
00:00 RECIBES TTO CLINDAMICINA 600MG IV DILUIDO EN 100CC DE SSN, SE UTILIZA UN EQUIPO MACRO PARA TTO.					
01:00 SE OBSERVA LACTANDO SIN COMPLICACIONES.					
02:00 INICIA DISTRIBUCION DE LEV SOLUCION SALINA 0.9% 500CC A 60CCN.					
02:00 RECIBE TTO GENTAMICINA 240MG IV DILUIDO EN 100CC DE SSN, SE UTILIZA UN EQUIPO MACRO PARA TTO.					
03:00 ELIMINA ESPONTANEO.					
04:00 SE OBSERVA LACTANDO SIN COMPLICACIONES.					
05:00 RECIBE BAÑO GENERAL EN DUCHA, ARREGLO DE UNIDAD.					
06:00 RECIBE TTO ACETAMINOFEN 1GR V.O.					
06:00 RECIBE TTO CLINDAMICINA 600MG IV DILUIDO EN 100CC DE SSN.					
07:00 QUEDA EN SALA PUEPERIO CONCIENTE ORIENTADA POS PARTO VAGINAL, CON RECIENTE NACIDO A SU LADO, LEV SOLUCION SALINA 0.9% 500CC A 60CC/H, BOLO DE SEGURIDAD PRESENTE, LOQUIOS HEMATOMICOS DE NORMAL CANTIDAD, EXTREMIDADES INFERIORES SIMETRICAS. ENTREGO HISTORIA CLINICA COMPLETA + TRATAMIENTO COMPLETO.					
Nota realizada por: ANGIE MELISSA MENDOZA DIAZ Fecha: 30/11/16 21:34:02					

Al 5º: No corresponde a la narración de un hecho específico ocurrido a la demandante, sino a la simple cita de un supuesto artículo de un estudio médico relacionado con el desgarro vaginal de grado IV., del cual se desconoce si el mismo ostenta el carácter de literatura médica insertada, y con el cual al parecer esta pretende intentar dibujar en la mente del fallador, la supuesta existencia de una falla médica atribuible al personal médico del Hospital Universidad del Norte que realizó la intervención quirúrgica a la paciente.

No es cierto en todo caso que “el desgarro perineal sufrido por la Sra. YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS”, hubiera ocurrido “como consecuencia de la utilización inadecuada de la Episiotomía, procedimiento que realiza el médico y genera una incontinencia fecal del recto hacia la vagina.”





En efecto, tenemos que la parte actora huérfana de cualquier soporte técnico o científico pretende enarbolar una tesis según la cual, en el caso de la atención del proceso de parto de la paciente Yusneidy Gutierrez, se habría utilizado en forma rutinaria (esto es, sin justificación o indicación médica para ello) el procedimiento de episiotomía, y que este habría sido en su sentir, (nuevamente sin prueba alguna), el causante de las afecciones que estaría padeciendo en su salud fisiológica, derivadas de un "desgarro perineal grado IV".

No obstante, olvida la parte actora que la realización de la episiotomía medio lateral, en el caso de la atención del trabajo de parto de la paciente Yusneidy Paola Gutierrez, era necesaria por cuando dicho procedimiento, tal y como señala la literatura médica autorizada¹⁵: "*es una intervención concebida para ampliar el introito vaginal y facilitar la salida del feto, lo que podría proteger el piso pélvico, prevenir laceraciones severas del periné, disminuir el riesgo de lesiones hipóxico-isquémicas en el feto y facilitar una restauración anatómica y fisiológica del periné*".

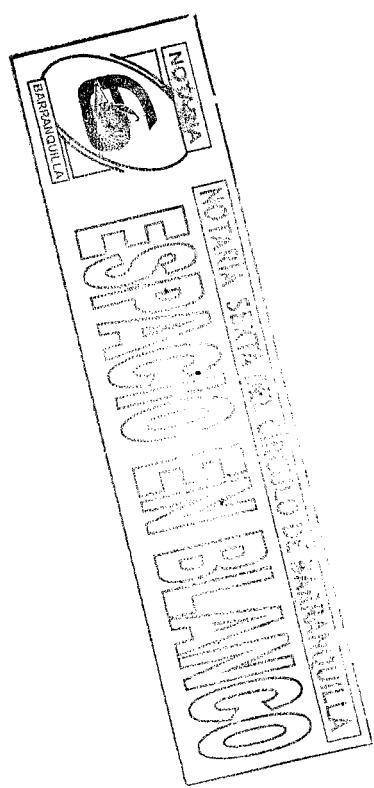
Por ende, cuando la parte actora afirma especulativamente que "*En resumen el desgarro perineal ocurre como consecuencia de la utilización inadecuada de la episiotomía, procedimiento que realiza el médico y que genera una incontinencia fecal del recto hacia la vagina*", tal aseveración carece de veracidad fáctica y científica en el caso sub-lite, toda vez que tiene establecido la literatura médica internacional¹⁶, que: "*Los desgarros perineales ocurren con frecuencia, sobre todo en primíparas. Los desgarros de 1º grado muchas veces no necesitan ser reparados; los de 2º grado generalmente pueden ser reparados fácilmente y cicatrizan sin complicaciones. Los desgarros de 3º grado pueden tener complicaciones más serias y deben ser correctamente reparados para prevenir incontinencia y/o fistulas fecales.*", motivo por el cual queda en completa evidencia que los desgarros perineales, no ocurren como consecuencia de la utilización inadecuada de la episiotomía, como pretende hacer creer infundadamente el apoderado de la parte actora.

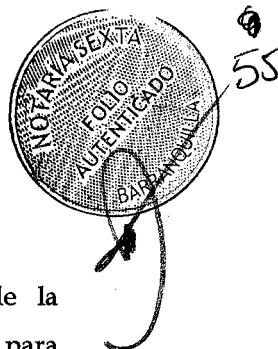
Por lo anterior, es claro Señor Juez que la paciente por las condiciones ginecobióticas que presentaba, estaba perfectamente indicada para la realización de la episiotomía durante el trabajo de parto que estuvo a cargo del personal médico de especialistas del Hospital Universidad del Norte, razón por la cual no es posible predicar sin sustento fáctico ni técnico alguno, que el "desgarro perineal" se habría producido "como consecuencia de la utilización inadecuada de la Episiotomía".

Nótese a tal respecto que, durante la atención del parto de la Sra. Yusneidy Gutierrez, en varios momentos se hizo seguimiento al bienestar fetal a la paciente ya que se encontró un monitoreo con poca variabilidad, movimientos fetales disminuidos, conforme aparece descrito al

¹⁵http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342018000200085&lng=es&nrm=is.&tlang=es

¹⁶<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-97-09.pdf>





folio No.42 de la historia clínica, y disminución de FCF a folio No. 66 según análisis de la ginecóloga, razones estas que aparecen incluidas dentro de las válidas o selectivas para practicar episiotomía, por tanto se considera que la indicación expresa para la realización de la episiotomía en este caso concreto, era acortar el expulsivo para evitar sufrimiento fetal en primigestante con los factores contributivos descritos, con lo cual se denota el correcto y adecuado proceder médico de la institución médica que apodero.

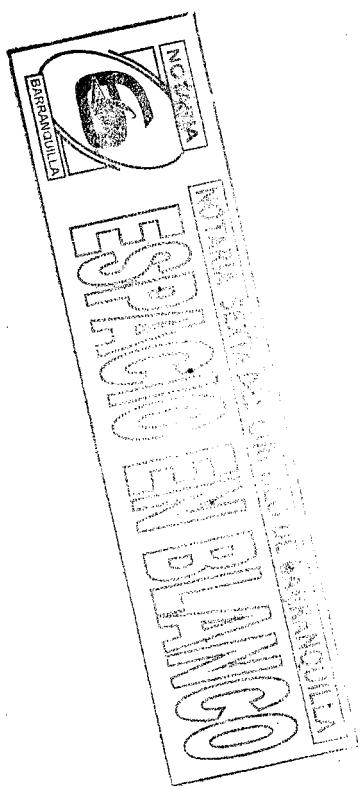
Al 6º: En primer lugar, no es cierto que hubiese existido un mal procedimiento médico en la realización de la episiotomía, durante el proceso de atención del parto de la paciente demandante, y menos aún es posible predicar en forma infundada que este fuere indicado de manera rutinaria o inconducente. No me constan en todo caso los supuestos padecimientos referidos por la demandante en relación con presuntas secuelas que estaría sufriendo, más aún cuando es evidente que la paciente nunca acudió posteriormente al médico tratante del Hospital que apodero para que fuera nuevamente valorada o se hiciera una revisión de los procedimientos quirúrgicos realizados al interior del mismo, por lo que cualquiera que fueren las patologías estas obedecerían a causas extrañas o riesgos o secuelas inherentes al acto médico de corrección del desgarro, cual fue la realización oportuna y pertinente de la episiorrafía.

De otra parte, la alegada incontinencia fecal padecida por la parte demandante, no es consecuencia directa de la episiotomía ni de un incorrecto proceder médico del Hospital del Norte en el caso concreto que nos ocupa, y por el contrario, esta patología se manifiesta como una complicación eventualmente tardía de la reparación de un desgarro o de una complicación de su reparación (episiorrafía), no siendo por ende la misma atribuible a falla, culpa, negligencia o impericia del personal médico del Hospital que apodero, debiendo en todo caso la parte actora demostrar sus aseveraciones en la forma que le impone dicha carga el artículo 167 del C.G.P.

Al 7º: No corresponde a un hecho sino a una aseveración y conclusión especulativa de la parte demandante, sin apoyo ni evidencia fáctica ni científica.

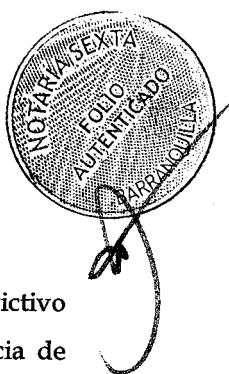
En primer lugar, debemos señalar al respecto que no hubo ningún mal procedimiento médico en el proceso de atención del parto de la señora Yusneidy Paola Gutiérrez Barrios, y menos aún existe demostración técnica y científica de ello obrante en el expediente.

En segundo lugar, tampoco puede predicarse en este caso violación de reglamentos o protocolos médicos en virtud a los procedimientos quirúrgicos realizados en el proceso de atención del parto de dicha paciente, toda vez que según las guías de práctica clínica del Ministerio De Protección Social adoptadas por el Hospital que apodero, y tal y como está establecido en la Organización Mundial de la Salud (Prácticas recomendadas por la OMSWHO/FRH/MSN/96.24), la episiotomía no se realiza de manera rutinaria dentro de la atención de un parto normal, ya que es una recomendación su práctica selectiva y no rutinaria, según puede leerse en el siguiente enlace web: <http://proxy-hun.hun.edu.co:81/registro9/guias/ginecologia/5-%20GPC.pdf>.





DÁVILA & BERMUDEZ
A B O G A D O S



Adicionalmente, existe la recomendación médica en el sentido de que se debe dar uso restrictivo de la episiotomía, esto es, no debe realizarse la misma, cuando aparecen o hay evidencia de alguno de los siguientes eventos: parto instrumentado, parto pretérmino, parto en pelvis, sospecha de macrosomía fetal, desgarro perineal inminente), ninguno de los cuales cursaba la paciente demandante.

(http://www.medinformatica.net/TERAPEUTICASTAR/Obstetricia_GuiaAtencionDelParto_guis08.pdf)

Por el contrario, existen otros eventos en los cuales si se encuentra indicada la procedencia de la realización del procedimiento de episiotomía, tales como: fatiga fetal, parto complicado, y la presentación pélvica (primero salen las nalgas o los pies) o la distocia de hombros (cuando ha salido la cabeza del feto pero los hombros quedan atrapados), segunda etapa prolongada (etapa de pujo en el trabajo de parto), parto con fórceps o ventosa, bebé grande, bebé prematuro, según puede leerse en los siguientes enlaces web:

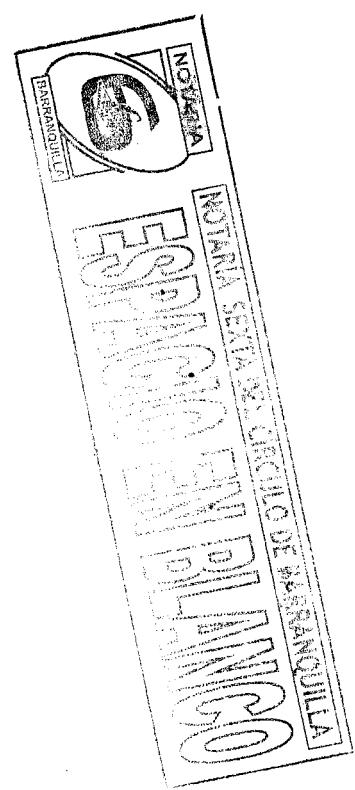
<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=episiotom-a-92-P09289>
<https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/episiotomy/art-20047282>.

Visto todo lo anterior, tenemos Señor Juez que, para el caso de la paciente ahora demandante, durante su proceso de atención de parto a cargo del personal médico del Hospital Universidad del Norte, en varios momentos se hizo seguimiento al bienestar fetal ya que se encontró un monitoreo con poca variabilidad, feto hipoactivo según análisis de la ginecóloga, razones que están incluidas dentro de las válidas o selectivas para haberse practicado en el caso de dicha la episiotomía.

Posteriormente, al obtenerse por parte de los médicos especialistas ginecosbtetras el diagnóstico en la paciente de la complicación (desgarro grado IV), se tomaron las medidas necesarias para minimizar las consecuencias del mismo: como concurso del cirujano general para realización de la sutura, seguimiento por ginecólogo antibiótico terapia tendiente a maximizar su mejoría y favorecer el desenlace en la salud de dicha paciente.

El desgarro perineal en cualquiera de sus grados es una complicación de parto que puede obedecer a distintas circunstancias como la edad de la paciente, la elasticidad de sus tejidos, las medidas del feto, de su cabeza, un periné corto, prolongación de la episiotomía mediana, poca colaboración de la paciente; por el solo hecho de toser o tratar de toser durante el período expulsivo entre otras. Encontrándose como una de las complicaciones inmediatas más frecuentes de una episiotomía junto con la hemorragia, la infección y la dehiscencia y las fistulas recto vaginales dentro de las complicaciones tardías.

Así las cosas, es evidente que no existe como pretende con su demanda más adelante la parte actora, articular en cabeza de la entidad que apodero un título de imputación de responsabilidad civil por cuanto en la atención médica de la paciente YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS desde un inicio de la atención de su parto, y luego, en la realización de las intervenciones





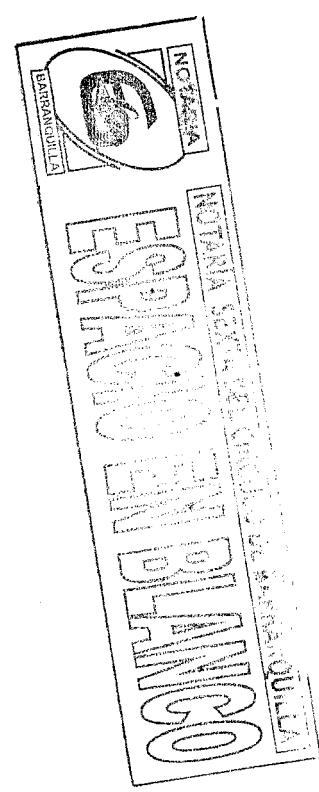
57

quirúrgicas de episiotomía y la episiorrafía fueron llevadas a cabo de acuerdo con la pertinencia médica y científica en cumplimiento de los protocolos médicos de atención, de manera tal que NO EXISTIO incumplimiento de obligaciones legales de la IPS frente al proceder médico y asistencial de la FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE, y en ausencia de nexo causal constitutivo de obligación de indemnizar en la forma prevista por la Ley y la jurisprudencia nacional, la reclamación presentada por los hechos contenidos en el libelo introductorio del proceso, no resulta endilgable, repito, a falla o culpa médica, negligencia, descuido, impericia, o violación a la lex artis¹⁷ achacable a la parte que represento en los referidos procedimientos médicos llevados a cabo.

IV. EXCEPCIONES DE MERITO.

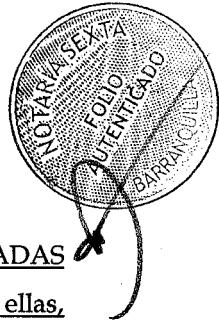
Respecto de las pretensiones de la demanda inicial interpongo las siguientes excepciones de mérito: "I. AUSENCIA DE FALLA MEDICA Y/O DE CUALQUIER OTRA NATURALEZA ATRIBUIBLE A LA DEMANDADA FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE; CORRECTO CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO A CARGO DEL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE en virtud a la INEXISTENCIA DE CULPA, FALLA, IMPERICIA, O NEGLIGENCIA EN EL SERVICIO BRINDADO POR LA ALEGADA RESPONSABILIDAD MEDICA DE LA CUAL SE ACUSA A LA DEMANDADA EN LA REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE EPISIOTOMIA y EPISIORRAFIA; II. "AUSENCIA DE CULPA O FALLA EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DE LA FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE- HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE EN VIRTUD DE UNA CAUSA EXTRAÑA POR RAZON DE LAS COMPLICACIONES PRESENTADAS NO ATRIBUIBLES A CULPA O FALLA DE LA DEMANDADA"; III. "CONSENTIMIENTO INFORMADO ACEPTADO POR LA PACIENTE FREnte A EVENTUALES COMPLICACIONES PROPIAS DE LOS PROCEDIMIENTOS MEDICOS; "AUSENCIA DE DAÑO Y/O RELACION CAUSAL ENTRE LA ATENCIÓN MEDICA PROPORCIONADA POR LA FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE A LA PACIENTE Y LOS PERJUICIOS RECLAMADOS COMO CONSECUENCIA DE COMPLICACIONES PROPIAS DE LOS PROCEDIMIENTOS MEDICOS"; IV. "INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA EN VIRTUD DEL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACION DE MEDIOS A CARGO DE LA INSTITUCION DE SALUD HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE EN TODAS LAS ATENCIones MEDICAS BRINDADAS A LA PACIENTE YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS; V. "CUMPLIMIENTO DE LAS REGLAS DE LA LEX ARTIS AD-HOC EN LA ATENCIÓN MEDICA BRINDADA A LA PACIENTE YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS; VI. "AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD SOLIDARIA DE LA FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE EN VIRTUD DE NO TENER A SU CARGO LAS OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD, LA NUEVA EPS- FREnte A LA PACIENTE AFILIADA"; VII. INEXISTENCIA DE DAÑOS Y

¹⁷ MONICA LUCIA FERNANDEZ M, Ob. "La Responsabilidad Médica- Problemas Actuales". Grupo Editorial Ibañez,Cit., Pág.143: "La lex artis es la norma de conducta que exige buen comportamiento profesional, algo así como el comportamiento del buen profesional. Esta lex artis se ha depurado al tratar la responsabilidad médica; en efecto, en las profesiones de cada caso, y en tal entendido, esta especificación de la lex artis al supuesto concreto, recibe el nombre de lex artis ad-hoc.".





DÁVILA & BERMUDEZ
A B O G A D O S



PERJUICIOS MATERIALES Y MORALES DERIVADOS DE COMPLICACIONES ACEPTADAS POR LA PACIENTE EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO" y como consecuencia de ellas, las de COBRO DE LO NO DEBIDO, y "TEMERIDAD POR EL COBRO EXCESIVO E INFUNDADO DE PERJUICIOS MATERIALES E INMATERIALES" e IMPROCEDENCIA DE LA CONDENA A PAGAR PERJUICIOS POR IMPOSIBILIDAD DE DECLARAR CIVILMENTE RESPONSABLE A LOS DEMANDADOS.

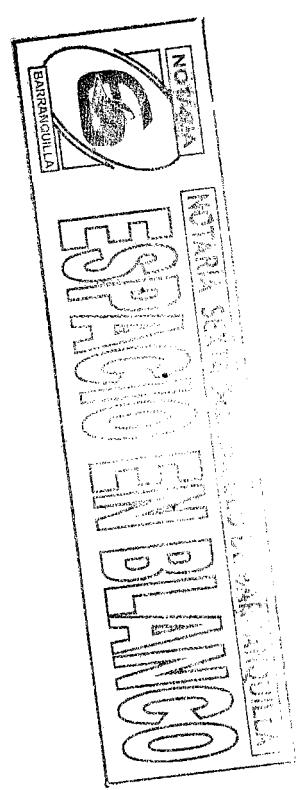
En subsidio de las anteriores excepciones y sin que ello implique reconocimiento de solidaridad de la entidad médica que apodero con respecto a los otros demandados, propongo las excepciones de "LIMITACION DE PARTICIPACION", "INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE INDEMIZACION Y COBRO DE LO NO DEBIDO".

De conformidad con lo establecido por el artículo 282 del Código General del Proceso solicito al señor juez se sirva decretar cualquier medio exceptivo cuyos fundamentos de hecho y jurídicos se encuentren probados dentro del proceso. Para los mismos efectos del art. 306 propongo las EXCEPCIONES DE PRESCRIPCION y/o CADUCIDAD DE LA ACCION y COMPENSACION en razón de cualquier suma que adeude la demandante a las demandadas.

V. HECHOS, FUNDAMENTOS DE DERECHO Y RAZONES DE LA DEFENSA.

En primer lugar, resulta necesario tener presente que no existe prueba técnica ni científica alguna de negligencia u omisión de las obligaciones médico legales a cargo de la FUNDACION CENTRO MEDICO NORTE, toda vez que como ha sido señalado la atención del parto de la paciente YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS se dio en forma oportuna, pertinente, segura y con calidad, y el procedimiento de episiotomía se realizó teniendo indicación médica por parte de la ginecóloga Dra. Nancy Wilches dentro del proceso de dicho proceso de atención y cuya complicación posterior consistente en el desgarro vaginal grado IV se dio en forma pertinente y oportuna a través del procedimiento quirúrgico correctivo que debía realizarse, cual fue la Episiorrafía por planos hasta piel con cromado 2.0., tal y como consta todo lo anterior en la historia clínica de la paciente, no siendo procedente disponer declaratoria de responsabilidad civil médica alguna en contra de la entidad que apodero, por las complicaciones fisiológicas presentadas presuntamente a consecuencia dicho procedimiento, las cuales de ninguna manera le son atribuibles al Hospital que apodero a título de falla, culpa, negligencia o impericia médica, tal y como ha sido descrito por la literatura médica.

Por tanto, tampoco puede aceptarse, sin prueba o demostración técnica o científica alguna, que la ocurrencia del "desgarro perineal" sufrido por la Sra. Yusneidy Gutierrez se habría producido "como consecuencia de la utilización inadecuada de la Episiotomía", toda vez que este es una complicación del parto que puede obedecer en el caso de una paciente, a distintas circunstancias como la edad de la paciente, la elasticidad de sus tejidos, las medidas del feto, de su cabeza, un periné corto, prolongación de la episiotomía mediana, poca colaboración de la paciente; ó por el solo hecho de toser o tratar de toser durante el período expulsivo entre otras.



BARRANQUILLA

NOTARIA

SECCION

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

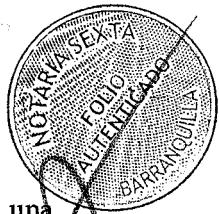
267

268

269

270

271



Así las cosas, encontrándose como una de las complicaciones inmediatas más frecuentes de una episiotomía junto con la hemorragia, la infección y la dehiscencia y las fistulas recto vaginales dentro de las complicaciones tardías, no existe fundamento fáctico ni científico alguno para que deban atribuirse las molestias o secuelas padecidas presuntamente por la paciente, a un supuesto proceder defectuoso de la entidad médica que apodero, como si la obligación de los profesionales de la salud, fuera de resultado, y no de medios conforme ha sido sentado de manera pacífica por el máximo Tribunal de Justicia Civil, y la Doctrina siguiendo las reglas del mandato, y la lex artis ad-hoc¹⁸.

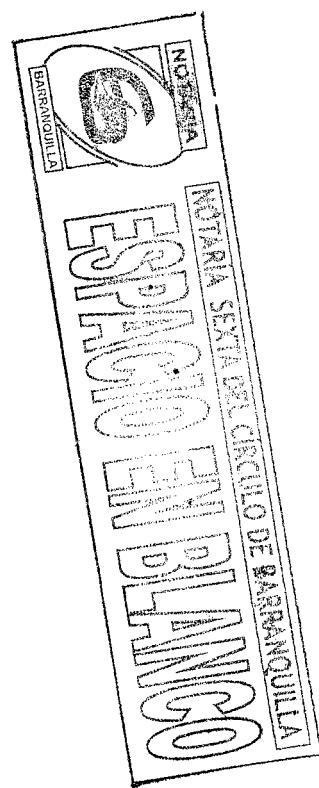
En efecto, tenemos que conforme recalca la Doctrina del profesor JUAN MANUEL PREVOT, en su obra¹⁹, podemos concluir que: "... la jurisprudencia entiende que la obligación central de los obstetras es de medios es decir, que estos profesionales solo se comprometen a prestar cuidados concienzudos, atentos y conformes a los conocimientos adquiridos por la ciencia. De allí que el obstetra demandado podrá exonerarse de responsabilidad dando cuenta de su obrar diligente (o, lo que es igual, de su ausencia de culpa), o de cualquiera de los restantes eximentes."

Adicionalmente, tenemos que en el caso de la atención médica brindada a la paciente Yusneidy Paola Gutiérrez, esta suscribió el formato de consentimiento informado para el procedimiento de trabajo de parto debidamente diligenciado por la paciente, donde aparecen consignadas las manifestaciones y la explicación dada a la paciente en el sentido de: "va a quedar hospitalizada por mi trabajo de parto": aceptando que ha "sido plenamente informado/a acerca de los riesgos propios directos y/o asociados así como de las posibilidades de evolución del tratamiento propuesto, aceptando y entendiendo que no es posible garantizar los resultados del mismo"; y afirmando en su declaración del paciente, lo siguiente: "(...) Presto mi consentimiento informado expreso respecto de la realización de todas las prácticas medicamente aceptadas, cuya necesidad sea determinada durante la internación, pudiendo modificar y/o ampliar los mismos según el criterio de los profesionales médicos actuantes, así como los que se presenten como consecuencia de complicaciones y/o emergencias, respecto de las cuales no sea posible requerir un consentimiento especial. (...)".

La aceptación expresa de la paciente plasmada en el consentimiento informado anteriormente citado, corresponde en consecuencia a la aceptación de los riesgos por parte de la paciente frente a los procedimientos que debieran realizarse en curso del trabajo de parto, quedando en evidencia la existencia de un alea que impide a la entidad médica demandada asegurar un resultado determinado frente al éxito de los procedimientos o la ausencia de complicaciones médicas inherentes a dichos actos médicos, como es lo propio en la labor de los médicos, en razón a que la

¹⁸ Esto es, según se establece en la Ob. Cit. MONICA LUCIA FERNANDEZ M, Ob. "La Responsabilidad Médica- Problemas Actuales". Grupo Editorial Ibañez, "La Responsabilidad Médica- Problemas Actuales": "Que la actuación de los médicos deba regirse por la lex artis ad-hoc, significa que el médico debe actuar en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y a las circunstancias en que las mismas se desarrolle y tengan lugar, así como a las incidencias inseparables en el normal actuar profesional. La lex artis ad-hoc, como criterio valorativo para calificar el acto médico concreto como conforme o no con la técnica normal requerida, tendrá entonces en cuenta las especialidades características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y de la influencia de factores endógenos- estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria."

¹⁹ "Responsabilidad Civil de Los Médicos", Editorial Abeledo Perrot, pág. 411.





DÁVILA & BERMUDEZ
A B O G A D O S



60

ciencia médica está catalogada como una profesión o arte de medios y no de resultados, en la medida que siempre existirá un alea, ajeno al correcto y debido proceder de los galenos y profesionales de la salud, no atribuible en este caso al Hospital de la universidad del Norte demandado en este proceso.

El artículo 2.343 del Código Civil, establece en tratándose de la responsabilidad civil pretendida en este caso, quienes son las PERSONAS OBLIGADAS A INDEMNIZAR, así: "Es obligado a la indemnización el que hizo el daño y sus herederos".

A su vez para poder establecer, como infructuosamente pretende la demandante, la existencia de responsabilidad solidaria solo operaría por virtud del artículo 2.344 ibidem, "Si de un delito o culpa ha sido cometido por dos o más personas, cada una de ellas será solidariamente responsable de todo perjuicio procedente del mismo delito o culpa, salvo las excepciones de los artículos 2350 y 2355."

Es claro que NO existe demostración alguna de una conducta constitutiva del delito, culpa, negligencia o falla en la prestación de los servicios de salud que tuvo a su cargo el HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE, de manera tal que tampoco es posible revertir en cabeza de la entidad médica que apodero título o imputación alguna de responsabilidad solidaria con LA NUEVA EPS demandada en este proceso.

Así las cosas no siendo claro hasta el momento la existencia de los presupuestos que habrían de seguirse para el estudio de una supuesta responsabilidad solidaria atribuible por la demandante a la FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE, por los hechos que sirven de base al proceso verbal declarativo que nos ocupa, conviene ilustrar por otro lado lo expuesto por el Honorable Tribunal Superior del Distrito Judicial de Barranquilla, mediante providencia calendada el día 10 de Diciembre de 2.002²⁰, con respecto a la enumeración de los elementos que configuran la responsabilidad civil extracontractual, así:

“1) Un autor o sujeto activo, que lo es quien causa el daño.

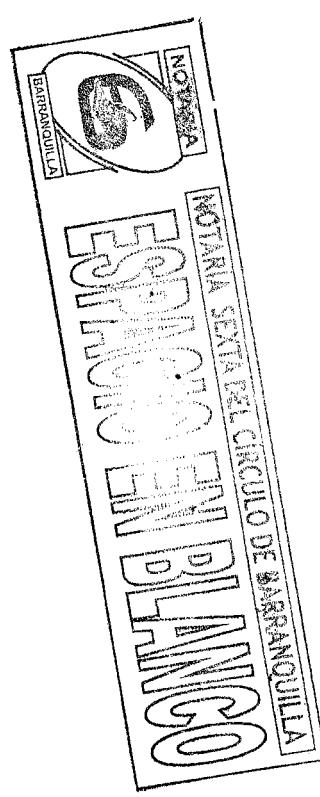
2) La culpa o dolo del mismo.

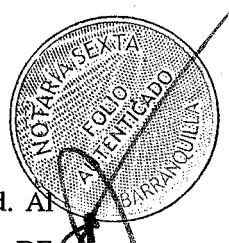
3) El daño o perjuicio ocasionado al sujeto pasivo y

4) La relación de causalidad entre el daño y la culpa del sujeto que lo causó. Y el daño es pues, necesario para la configuración de la responsabilidad civil Extracontractual, es decir, para el cumplimiento de lo presupuestado en el artículo 2.341 del Código Civil se hace indispensable la concurrencia del presupuesto probatorio tendiente a la identificación de estos elementos sabiamente establecidos en la doctrina y la jurisprudencia, es así como en sentencia de Junio 10/63 Negocios Generales referente a los ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL Extracontractual: “para que a tenor de este artículo resulte comprometida la responsabilidad de una persona- natural o jurídica se requiere, como es bien sabido que haya cometido una culpa (“lato sensu”) y que de esta sobrevengan perjuicios al reclamante, o sea, la ocurrencia de los tres elementos que la doctrina predominantemente ha sistematizado bajo los rubros de culpa, daño y relación de causalidad entre aquella y este...” (Negrilla y subrayado es nuestro)

En ese contexto, para que al interior del proceso verbal de la referencia se pueda llegar a declarar por parte de un Juez que al hospital demandado le asiste algún tipo de responsabilidad civil médica, debe probarse dentro del mismo proceso que se han satisfechos todos los requisitos

²⁰ Providencia de fecha Diciembre 10 de 2.002 dictada dentro del proceso Ordinario de Luis Galvis y Otros contra Pizano S.A.. Exp. 23.058. M.P.: Dra. Ruth Jiménez González.





61

estructurales de la responsabilidad como lo son el daño, la culpa y el nexo de causalidad. Al respecto el Tratadista ARTURO VALENCIA ZEA en su obra "DERECHO CIVIL - TOMO III - DE LAS OBLIGACIONES", ha señalado lo siguiente: "*Noción de la Responsabilidad. Una persona es responsable civilmente cuando en razón de haber sido la causa del daño que otra persona sufre, está obligada a repararlo. La responsabilidad civil supone siempre una relación entre dos sujetos, de los cuales uno ha sido la causa de un daño y otro lo ha recibido. La responsabilidad civil es la consecuencia jurídica de esta relación de hecho, o sea, la obligación del autor del daño de reparar el perjuicio ocasionado.*"

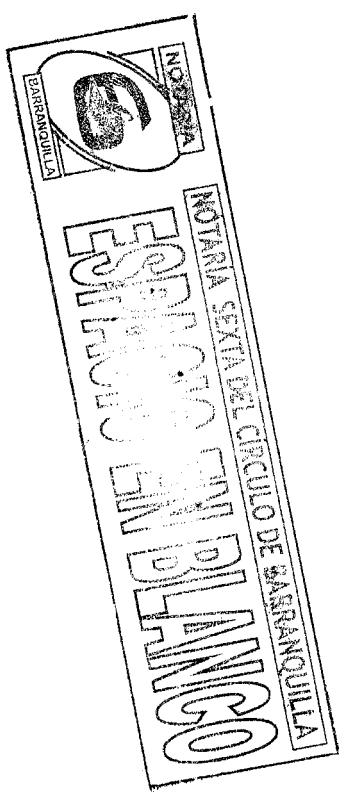
Ahora bien, en el caso concreto que nos ocupa no puede predicarse la existencia de responsabilidad civil médica alguna en cabeza de la FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE, toda vez que del relato de los hechos de la demanda, la historia clínica misma y de los documentos probatorios obrantes en el proceso, no se puede concluir la existencia de parte de dicha entidad de una conducta o proceder defectuoso en la realización de los procedimientos pertinentes e indicados durante la atención del parto, ni que los mismos sean determinantes de culpa, negligencia, o mala práctica u omisión alguna en la prestación de los servicios de salud y la atención médica que le fuera proporcionada a la paciente YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS.

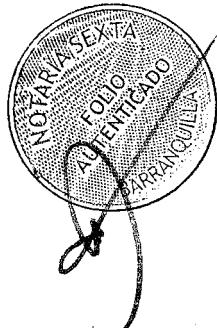
A este respecto el autor Dr. SERGIO YEPES RESTREPO en su obra, señala: "*El tercer elemento de la responsabilidad es el nexo causal que debe existir entre la conducta realizada por el agresor y el daño sufrido por la víctima. Este nexo es de vital importancia porque nadie debe responder de ningún daño si no fue consecuencia de su acción o de su omisión, ya sea que exista un contrato válidamente celebrado entre las partes, o no exista ningún vínculo jurídico entre ellas. Según la doctrina: "el sentido común se niega a admitir la existencia de un daño que debe ser soportado por quien no ha contribuido a su realización, debe darse necesariamente, cierta relación entre el daño causado y la conducta del que está llamado a responder por el mismo". Así las cosas, el daño en el cuerpo o en la salud debe ser consecuencia de la conducta indebida del facultativo, para que pueda predicarse responsabilidad en el profesional de la medicina.*" (Subrayado y negrilla fuera de texto)

A este respecto, conviene ilustrar al Señor Juez indicando que, la reparación del periné después de una episiotomía o desgarro es una de las prácticas quirúrgicas más frecuentes en la obstetricia. El dolor perineal crónico, la dispareunia y la incontinencia urinaria y fecal son algunas de las secuelas que puede presentar la paciente, razón por la cual en ausencia de un indebido o incorrecto proceder médico por parte de los médicos especialistas ginecobstetras del Hospital Universidad del Norte, resulta imposible dar por sentado y menos aún probado en este proceso, la existencia de nexo causal determinante de la causación de los alegados daños que sirven de sustento a la reclamación demandada por la parte actora.

En tal sentido, debe tenerse muy en cuenta que el tipo de desgarro sufrido por la paciente en el trabajo de parto ameritaba una intervención quirúrgica inmediata, lo cual efectivamente se realizó en el caso de la Sra. Yusneidy Paola Gutierrez, tal y como se pasa a describir en la siguiente clasificación:

"Clasificación de desgarros perineales





1º grado Lesión de piel perineal

2º grado Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal

3º grado Lesión del esfínter anal :

3a Lesión del esfínter externo <50% grosor

3b Lesión del esfínter externo >50% grosor

3c Lesión de esfínter externo e interno

4º grado Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal

Esta clasificación aporta un valor pronóstico del desgarro. Los desgarros de grado 3c presentan el doble de riesgo de incontinencia anal posterior que los de grado 3b, y a su vez éstos el doble que los 3a. En el caso de tener dudas con respecto al grado de desgarro (3a o 3b), se debe optar por la opción más grave. Existen lesiones que no pueden encuadrarse en la clasificación. Puede detectarse una lesión de la mucosa rectal con integridad del esfínter anal interno y externo, que es importante reparar correctamente, ya que puede condicionar complicaciones tales como fistulas recto-vaginales." (PROTOCOLO: LESIONES PERINEALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona)

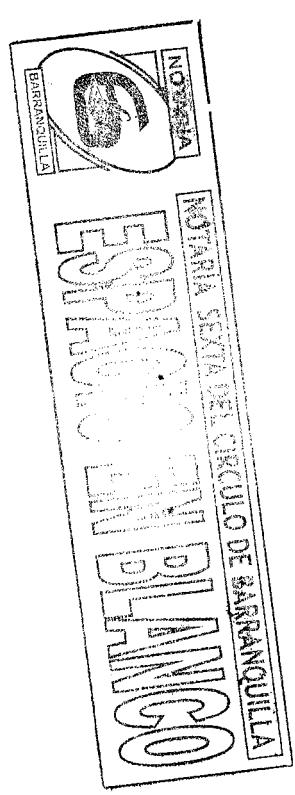
De igual forma, en la literatura médica científica encontramos que "la primiparidad se relaciona con periné poco elástico, mayor frecuencia de partos instrumentados y tiempo de expulsión prolongado." Por ello, entre los factores de riesgo que incrementan la incidencia de desgarro del esfínter anal se encuentran: mujeres de raza amarilla, primiparidad, duración del periodo de expulsión, parto instrumentado, presentación occipitoposterior del feto, episiotomía, distocia de hombros y peso del recién nacido (mayor de 4 kg).5, y aun con la identificación de los factores de riesgo es imposible predecir esta complicación. (Ginecol Obstet Mex. 2017 ene;85(1):13-20. El desgarro intraparto del esfínter anal ¿Puede prevenirse? Pato-Mosquera M, García-Lavandeira S, Liñayo-Chouza J

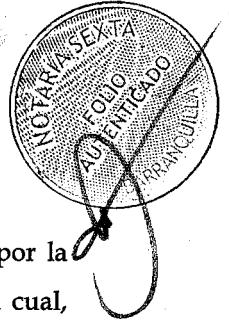
Para el caso de la paciente es importante aclarar que tenía factores de riesgo, relacionados con el bienestar del feto, no modificables que la predisponían a la ocurrencia de un desgarro, aún cuando se hubiere preventido este a través de la realización de una episiotomía, de todas maneras el área de que ocurriera médica mente era factible, no por motivos atribuibles o endilgables a la entidad médica que apodero.

En conclusión, tenemos que habían criterios sustentados en la historia clínica para practicar episiotomía, con lo cual demostramos que en primer lugar el procedimiento fue el indicado y no por rutina como pretende hacer creer la parte actora, sin prueba alguna de su aseveración.

Luego, a pesar de que se extremaron medidas dentro de la atención del parto de la Sra. Yusneidy Gutierrez, para minimiza las secuelas como la fistula rectovaginal, esta se presentó, por causas no atribuibles a falla, culpa, negligencia o impericia médica del personal de salud del Hospital Universidad del Norte.

En ese contexto, si no existe demostración alguna de nexo causal entre la actuación a cargo de la FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE y la ocurrencia del "desgarro perineal" sufrido por la Sra. Yusneidy Gutierrez, supuestamente originado "como consecuencia de la utilización inadecuada de la Episiotomía" y unas secuelas que estaría ahora padeciendo, por cuanto, repito, ambos procedimientos médicos tal y como se demostrará en curso del proceso con la declaración de los testigos técnicos que intervinieron a la paciente, fueron pertinentes e indicados, resulta improcedente Señor Juez acceder a las pretensiones declarativas de la demanda, toda vez que bien es sabido que la ciencia médica en estos casos ha sido regida por el alcance de una obligación de medios, y no de resultado como pretendería hacer creer la parte actora.





Por razón de lo anterior es conveniente tener en cuenta Señor Juez el criterio delineado por la Honorable Corte Suprema de Justicia en Sentencia de fecha 15 de Enero de 2.008²¹, en la cual, señaló: “(...)el criterio que se expone y que la Corte acoge, da a entender que en la indagación que se haga - obviamente luego de ocurrido el daño (...)- debe realizarse una prognosis que dé cuenta de los varios antecedentes que hipotéticamente son causas, de modo que con la aplicación de las reglas de la experiencia y del sentido de razonabilidad a que se aludió, se excluyan aquellos antecedentes que solo coadyuvan al resultado pero que no son idóneos para producirlos, y se detecte aquél o aquellos que tienen esa aptitud” (Sent. Cas. Civ. de 26 de septiembre de 2002, Exp. No. 6878), todo porque “el médico no puede responder sino cuando su comportamiento, dentro de la estimativa profesional, fue determinante del perjuicio causado” (Sent. Cas. Civ. de 30 de enero de 2001, Exp. No. 5507).” (Subrayado y negrilla fuera de texto)

Por todo lo anterior el fallador debe guardar una ajustada comprensión de los aspectos que involucran la responsabilidad de los profesionales de salud²², concretamente, en los aspectos médico - asistenciales que se refieren al arte de su profesión determinantes de las obligaciones de medio adquiridas en el campo terapéutico de dicha ciencia médica, y no como una obligación de resultado en el caso de la atención brindada por el HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE a la paciente YUSNEIDY GUTIERREZ BARRIOS, como pretendería ensayarse con la fundamentación de la demanda.

El artículo 1.757 del Código Civil enseña que: “Incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o ésta.”, razón por la cual la Corte Suprema de Justicia en tratándose de obligaciones de medios (como sería el caso de los profesionales de la salud), y en especial respecto de la Responsabilidad derivada de la prestación de servicios médicos asistenciales, ha señalado que “las obligaciones que se asumen frente al paciente, en relación con el contrato de servicios médicos, no son de resultado, sino de medio, consistentes en que el médico debe proporcionar todos los conocimientos adquiridos para procurar la curación o mejoría del enfermo, por lo que el reproche sólo acaecería cuando en el cumplimiento de esa prestación el facultativo se sustrae a observar las diligencias y las reglas de conducta impuestas por su arte o profesión”²³.

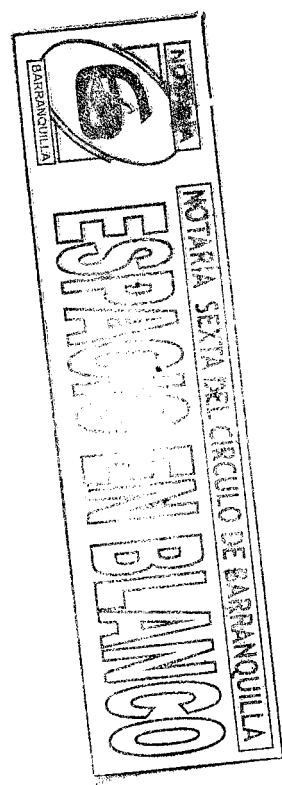
Por tal razón entiende claramente la misma Corte Suprema de Justicia- Sala de Casación Civil, que “si la obligación es de medio allí se debe probar la culpa del deudor o autor del daño, mientras que si es de resultado ella se presume, de conformidad con el artículo 1604 del Código Civil.”²⁴

²¹ Exp. No. 11001-3103-037-2000-67300-01. MP: Dr. Edgardo Villamil Portilla.

²² C.S. de Justicia Sala de Casación Civil. Sentencia de fecha 15 de Enero de 2.008: “2. En ese contexto, los especiales perfiles que presenta el ejercicio de la actividad médica y la marcada trascendencia social de esa práctica, justifican un especial tipo de responsabilidad profesional, pero sin extremismos y radicalismos que puedan tomarse “ni interpretarse en un sentido riguroso y estricto, pues de ser así, quedaría cohibido el facultativo en el ejercicio profesional por el temor a las responsabilidades excesivas que se hicieran pesar sobre él, con grave perjuicio no sólo para el mismo médico sino para el paciente. ‘Cierta tolerancia se impone, pues dice Sabatier, sin la cual el arte médico se haría, por decirlo así, imposible, sin que esto implique que esa tolerancia debe ser exagerada, pues el médico no debe perder de vista la gravedad moral de sus actos y de sus abstenciones cuando la vida y la salud de sus clientes dependen de él’” 22.

²³ Sentencia de fecha 11 de Septiembre de 2.002. EXP. 6430. MP. Dr. José Fernando Ramírez Gómez.

²⁴ Sentencia de abril 19 de 1993. Gaceta Judicial N° 2461. Pág. 404





No existiendo entonces prueba alguna de los elementos constitutivos de una falla médica a cargo de la FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE en cuanto a la participación en la atención médica del parto y los procedimientos médicaamente pertinente realizados a la joven paciente, fuerza es concluir que las pretensiones de declaratoria de responsabilidad civil médica solidaria orientadas al pago de indemnización de perjuicios con respecto a la entidad que apodero resultan a todas luces infundadas y, por lo que en derecho corresponde, la demanda de la referencia debe ser DESESTIMADA.

Es sabido que, para que se genere responsabilidad civil, es necesario que el presunto responsable haya desplegado alguna conducta ilícita, que sea a su vez la que haya producido daños a terceros. Así, es evidente que para la prosperidad de una indemnización fruto de responsabilidad civil es necesario el cumplimiento de tres de presupuestos legales, consistentes en i) la existencia de un hecho dañoso, ii) la presencia de un daño y iii) la certeza de que el daño producido ha sido ocasionado en efecto por el hecho dañoso existente, o sea la existencia de un nexo causal.

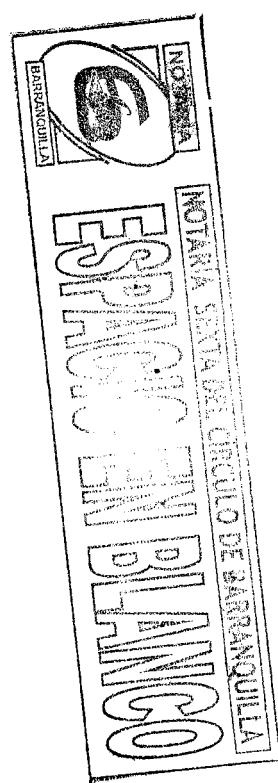
En efecto, uno de los elementos fundamentales de la responsabilidad civil extracontractual, está dado por el nexo causal, es decir por la existencia de un nexo o relación causal entre la conducta dañosa desplegada por el agente y el daño sufrido por la víctima, de forma tal, que éste último sea consecuencia exclusiva y necesaria de la primera.

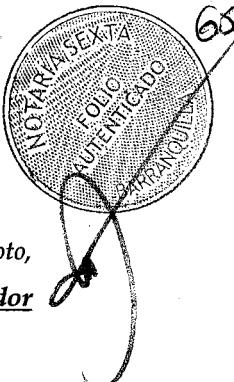
Ahora bien, la existencia del nexo causal puede enervarse en virtud de tres elementos fundamentales, a saber: Caso Fortuito o Fuerza Mayor, Culpa de un Tercero, o Culpa de la Víctima. Es así como, cuando se verifica cualquiera de estas tres circunstancias, se da el rompimiento o inexistencia del nexo causal, en virtud de lo cual, al faltar este elemento fundamental, no surge responsabilidad alguna a cargo del agente por los hechos acaecidos.

A este mismo respecto, con atino el tratadista JAVIER TAMAYO JARAMILLO²⁵, señala: "Por ejemplo si un médico es demandado por una operación quirúrgica que causó daños a un paciente, la ausencia de culpa del médico necesariamente conduciría a que el daño se atribuya a una causa extraña (...) si el médico fue diligente y prudente, es porque la causa del daño, aún la producida por su organismo, fue imprevisible e irresistible. Podemos decir que todos los fenómenos que contribuyeron a producir el daño constituyen fuerza mayor o caso fortuito si son irresistibles y no imputables a culpa del demandado."

Y más adelante anota el citado tratadista en el Tomo I., de la misma obra que: "Para nosotros, independientemente del problema probatorio, la ausencia de culpa conduce a una causa extraña, y por ello podemos identificar los dos conceptos. Aunque el demandado aparezca como causante del daño, su ausencia de culpa llevará a considerar que su conducta fue determinada por factores que, aun siendo interiores físicamente a él, no se pueden imputar desde el punto de vista jurídico.n(...) Podemos decir que todos los fenómenos que contribuyeron a producir el daño constituyen fuerza mayor o caso fortuito si son imprevisibles, irresistibles y no imputables a culpa del demandado... No se requiere

²⁵ Ob. Cit. "Tratado de Responsabilidad Civil Tomo II", Pág. 114.





que ese fenómeno sea un hecho espectacular de los que habla la ley 95 de 1890 (naufragio, terremoto, apresamiento de enemigos, actos de autoridad, etc.); basta que no haya una causa imputable al deudor para que pueda hablarse de fuerza mayor o caso fortuito." (Negrilla y subrayado fuera de texto)

Sobre la base de lo anotado, es claro que al encontrarse roto el vínculo que determine que la conducta desplegada por la entidad médica que apodero es la causante de las complicaciones fisiológicas presentadas en la paciente, mal podría derivarse responsabilidad médica a su cargo.

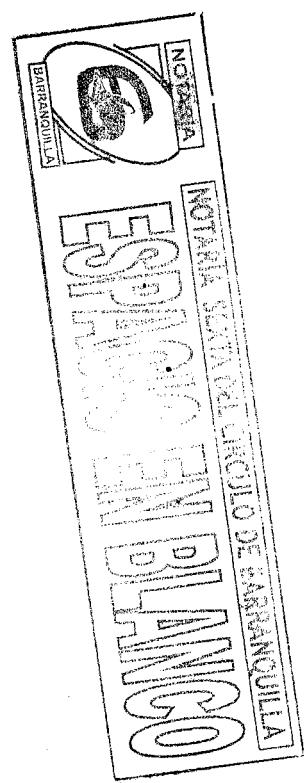
A este respecto, la Doctrina del autor JUAN MANUEL PREVOT en su obra²⁶, señala lo siguiente: "Por un lado, se sostiene que el médico siempre actúa sobre un contexto biológico frágil, resbaladizo e inestable y que en la mayor parte de los casos lo hace para paliar una situación preexistente y desfavorable. La propia complejidad del organismo humano y la inevitable influencia de agentes externos a la actividad médica hacen de esa incertidumbre un elemento consustancial a la medicina. La medicina es una ciencia inexacta, escribió a mediado del siglo pasado el Dr. En medicina GREGORIO MARAÑÓN. Lo es, porque está todavía en los comienzo de la evolución propiamente científica. Y lo es, sobre todo, y lo será siempre, porque aun cuando llegue el día que conozcamos las causas de todas las enfermedades -hoy, en su mayor parte ignoradas- y aun cuando lleguemos a saber el medio específico para combatir cada una de estas, existirá siempre el factor reaccional del individuo enfermo, infinitamente variable e imposible de acomodar a previas normas: y ese factor, ahora y siempre, convierte todo tratamiento, aun el mas rigorosamente exacto, en un azar, cuyo margen de posibilidades de error se puede, a fuerza de estudio y de perspicacia, disminuir, pero nunca eliminar.

En cualquier caso, agrega GALAN CORTEZ, no debemos olvidar que la medicina es una ciencia axiológica relativa, esto es, una ciencia inexacta, en la que inciden múltiples factores endógenos y exógenos, que pueden hacer troncar el fin que se persigue que jamás podrá ser garantizado, precisamente por su notorio componente aleatorio.

En este orden de ideas, se ha dicho que "En toda profesión concerniente a la salud existen riesgos o aleas que excediendo ciertos límites, no sería justo ni razonables transferir a profesional, ubicándolos en el ámbito de su responsabilidad. En suma, aun cuando el cirujano observe rigurosamente las reglas de su arte y ponga todos sus conocimientos y habilidades al servicio del paciente, podrá presentarse un riesgo quirúrgico imposible de prevenir y controlar". Es decir que "Por lo general el éxito de un tratamiento u operación no dependen enteramente del profesional, sino que a veces se ve influenciado por factores ajenos a él, como ser el riesgo quirúrgico, adelanto de la ciencia, u otras circunstancias imposibles de controlar". (Subrayado y negrilla es nuestro)

Finalmente, en lo atinente los perjuicios solicitados por la parte demandante estos se tornan en EXCESIVOS e INFUNDADOS, y a tal respecto ha de tenerse presente que también es la parte demandante quien en virtud del artículo 167 del C.G.P. le incumbe probar la existencia y la extensión de los alegados perjuicios. En relación con la prueba de los perjuicios materiales y morales, que en últimas son el grueso de las pretensiones de la demandante, el tratadista JAVIER TAMAYO JARAMILLO, en su obra "De la Responsabilidad Civil- De los Perjuicios y su indemnización", señala: "Los perjuicios morales subjetivos, igual que los materiales, deben aparecer

²⁶ "Responsabilidad Civil de Los Médicos", Editorial Abeledo Perrot.





demostrados procesalmente. Si bien su cuantificación económica es imposible, dada la naturaleza misma del daño, lo cierto es que su intensidad es perfectamente demostrable. La medicina y la siquiatría contemporáneas pueden dictaminar casi con exactitud el grado y duración del dolor físico. Con base en esa verificación, los médicos formulan medicamentos, analgésicos o antidepresivos y, llegado el caso, realizan sicoterapias que procuren la salud de la víctima. (...) Por lo tanto, es errónea la doctrina que sostiene que los perjuicios morales subjetivos no pueden ser probados...".

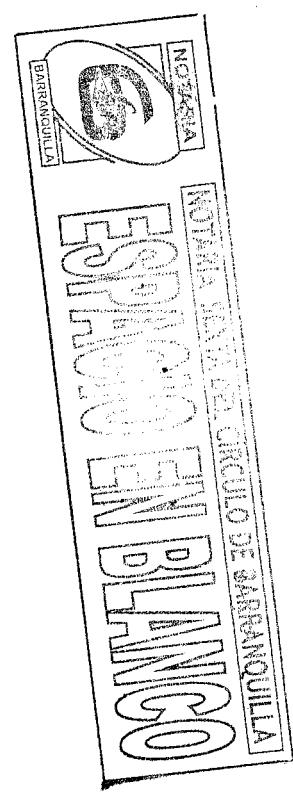
Respecto del deber de probar los elementos en que se funda la alegada responsabilidad, encontramos que la jurisprudencia nacional se ha pronunciado en igual sentido respecto de la carga de la prueba que debe cumplir la demandante en tratándose de procesos de responsabilidad médica en los cuales resulten vinculadas como demandadas instituciones prestatarias de servicios en Salud. A este respecto la Corte Suprema de Justicia en sentencia de fecha Enero 30 de 2.001, con ponencia a cargo del Dr. José Fernando Ramírez Gómez, señaló:

"En conclusión y para ser coherentes en el estudio del tema, se pudiera afirmar que en este tipo de responsabilidad como en cualquiera otra, deben concurrir todos los elementos o presupuestos materiales para el éxito de la pretensión, empezando por supuesto con la prueba del contrato, que es carga del paciente, puesto que es esta relación jurídica la que lo hace acreedor de la prestación de la prestación del servicio, de la atención y el cuidado. Igualmente, corresponde al paciente, probar el daño padecido (lesión física o psíquica) y consecuentemente el perjuicio patrimonial o moral cuyo resarcimiento pretende. Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se explicó, que lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa."

En el mismo sentido el tratadista Adriano de Cupis en su obra "El Daño- Teoría General de la Responsabilidad Civil", señala que: "LA CARGA DE LA PRUEBA.- La declaración del juez, tanto en orden al contenido del daño, como a su existencia, depende de la prueba, cuya carga incumbe al perjudicado. Es función del juez, repetimos, la actividad que consiste en fijar la existencia y la entidad cuantitativa del daño resarcible; pero tal actividad está subordinada a la prueba suministrada por el perjudicado. Compete al perjudicado aducir la prueba necesaria para contribuir a formar la convicción del juez acerca del quantum del daño resarcible, además de la de su existencia; ya que esta convicción constituye el presupuesto de la declaración contenida en la sentencia liquidatoria."

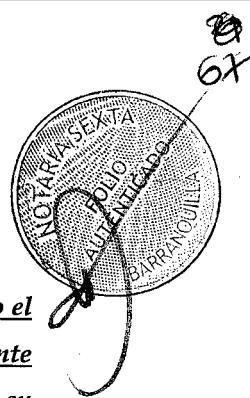
En consonancia de lo anterior, es menester resaltar que los perjuicios que la parte demandante reclama como perjuicios materiales y morales, no reúnen los requisitos establecidos por el legislador para que los mismos puedan reconocerse a favor de la parte demandante, en razón a que no tienen la calidad de ser ciertos ni actuales.

En efecto, como lo ha sostenido la Honorable Corte Suprema de Justicia: "...establecida la existencia del daño...queda tan solo por determinar la exacta extensión del perjuicio que debe ser reparado, ya que el derecho no impone al responsable del acto culposo la obligación de responder por todas las consecuencias, cualesquiera que sean, derivadas de su acto, pues semejante responsabilidad sería gravemente desquiciadora de la sociedad misma, que el derecho trata de regular y favorecer (...) Tanto la jurisprudencia como la





DÁVILA & BERMUDEZ
A B O G A D O S



doctrina admiten que el perjuicio debe ser reparado en toda extensión en que sea cierto. No sólo el perjuicio actual es cierto, sino también el perjuicio futuro, pero no lo es el perjuicio simplemente hipotético. La jurisprudencia califica el perjuicio futuro de cierto y ordena repararlo, cuando su evaluación es inmediatamente posible, al mismo título que el perjuicio actual. La Corte Francesa de casación -dice Chapus en su obra citada- se ha esforzado en ciertas sentencias por enunciar esta doctrina en términos no dudosos y ha declarado que "si no es posible decretar la reparación de un perjuicio puramente eventual, sucede de otro modo cuando el perjuicio, aunque futuro, aparece al juez como la prolongación cierta y directa de un estado de cosas actual que es susceptible de evaluación inmediata..." (CSJ, Cas. Civil, sent. Mayo 11/76) (Subrayado fuera de texto)

Lo anterior denota a las claras que en el caso sub-lite, para que tenga lugar el derecho a ser resarcido un daño material mediato de la presunta perjudicada, es preciso que este sea cierto y cuantificable económicamente de acuerdo a un soporte discriminado que probatoriamente avale la existencia actual de dicho perjuicio prolongado o estimado por un límite de tiempo. En este sentido, la doctrina y la jurisprudencia nacional tiene establecido que el perjuicio eventual e incierto no da lugar a la existencia de un derecho a la indemnización, toda vez que la eventualidad y certeza se convierten en términos opuestos desde un punto de vista lógico, pues el perjuicio es calificado de eventual - sin dar derecho a indemnización-, o de cierto- con lo cual surge entonces la posibilidad de derecho a indemnización-, pero jamás puede recibir las dos calificaciones jurídicas para acceder a dicho reconocimiento.

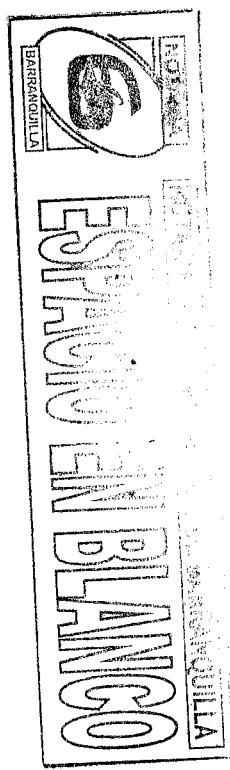
Es evidente que en el presente caso, los perjuicios materiales y morales reclamados por la parte demandante carecen de prueba, toda vez que de los documentos aportados con la demanda no es posible deducir la existencia de perjuicios en cabeza de la parte actora, ni mucho menos existe forma de determinar que los mismos ascienden a las sumas señaladas en el juramento estimatorio cuya objeción se hiciera previamente en el presente escrito, y menos aún está probado que tales sumas salieron efectivamente del patrimonio de la demandante, reflejándose así un detrimento patrimonial que deba ser reparado por la entidad que apodero ni siquiera a futuro, por lo que las pretensiones condenatorias deberán ser desestimadas por el Despacho.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, solicito al Despacho con todo comedimiento se sirva DECLARAR PROBADAS LAS EXCEPCIONES DE MERITO PROPUESTAS en contra de la demanda de la referencia, por cuanto no existe ninguna obligación a cargo de la entidad que apodero respecto de las pretensiones formuladas en contra de la FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE, disponiendo en efecto la respectiva CONDENA EN COSTAS Y AGENCIAS EN DERECHO a la parte demandante, con la consecuencia establecida por el parágrafo final del Art. 206 del C.G.P.

VI.PRUEBAS:

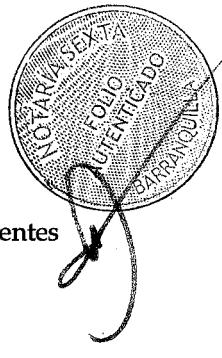
Solicito se decreten y tengan como tales, las siguientes pruebas.

I. DOCUMENTALES:





DÁVILA & BERMUDEZ
A B O G A D O S



i. Obran en el expediente aportados al momento de la notificación personal, los siguientes documentos:

1. Poder conferido.
2. Certificaciones de Existencia y Representación legal de la FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE expedida por la Gobernación del Atlántico, junto con sus anexos.

ii. Aporto los siguientes documentos:

Acompaño al presente escrito los siguientes documentos, a fin de que se les reconozca a los mismos plenos méritos probatorios, de acuerdo con lo establecido por los artículos 245 y 246 del C.G.P.:

1. Original de impresión del Sistema de la historia clínica completa de las atenciones a la paciente YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS que registró en la FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE, (22) folios.
 2. Copia artículos de Literatura médica referentes al tema objeto del proceso, en total de treinta y siete (37) folios.
- ii. Oposición pruebas de valoración por medicina legal y junta regional de calificación de invalidez:

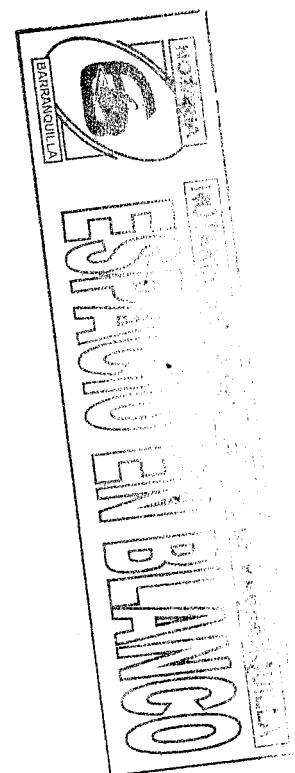
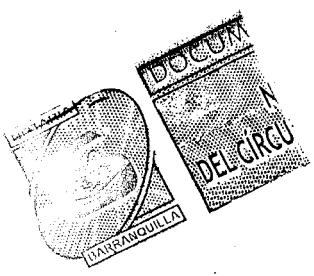
Frente a las solicitudes de pruebas referidas las mismas debe ser desestimadas y denegadas en razón a la carga de la prueba que le impone en materia pericial los artículos 226 y 227 del C.G.P.

II. INTERROGATORIO DE PARTE CON RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS.

Solicito se decrete la declaración de la demandante señora YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS, para que absuelva el cuestionario que le formularé verbalmente en curso de la audiencia respectiva, o en escrito presentado con anterioridad, así como también para que reconozca cualquier documento que hubiese sido suscritos por los mismos o que se refiera a los hechos de la demanda de la referencia, sus contestaciones.

III. TESTIMONIOS CON RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS.

Solicito se decrete la declaración de las personas que paso a señalar en calidad de testigos técnicos, mayores de edad, domiciliadas en donde se pasa a indicar pueden ser citadas donde a continuación indico a fin de que depongan básicamente sobre los aspectos relacionados la revisión de la historia clínica, y/o la participación que estos tuvieron en el proceso de la atención del parto de la paciente YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS en la FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE, el proceso de ingreso, valoración, diagnóstico y atención médica brindada en la atención del parto y realización de los procedimientos de episiotomía, pertinencia, y la episiorrafía realizada a dicha paciente de parte del personal médico,





DÁVILA & BERMUDEZ
A B O G A D O S



asistencial y de especialistas, verificando con base en lo registrado en la historia clínica los diagnósticos, tratamientos, registros de notas de enfermería, consentimiento y autorización del procedimiento, la técnica utilizada, complicaciones esperadas; así como los aspectos médicos científicos consignados en dicha historia clínica del paciente, y demás aspectos médicos de interés e ilustración para el proceso relacionados con los hechos de la demanda o sus contestaciones:

- Dra. NANCY WILCHES GARCÍA, Médico Ginecólogo, quien puede ser citada en la Calle 30 Autopista al Aeropuerto al lado del Parque Muvdi- Ciudadela rotaria del Municipio de Soledad, en calidad de testigo presencial de los hechos relacionados con la intervención quirúrgica de atención de parto con episiotomía.
- Dra. DEISY SCHETTINI CASTRO, Médico Especialista en Gerencia Hospitalaria, quien puede ser citada en la Calle 30 Autopista al Aeropuerto al lado del Parque Muvdi- Ciudadela rotaria del Municipio de Soledad.
- Dr. ISMAEL ENRIQUE AHUMADA AHUMADA, Médico Ginecólogo, quien puede ser citado en la Calle 30 Autopista al Aeropuerto al lado del Parque Muvdi- Ciudadela rotaria del Municipio de Soledad.
- Dr. RICARDO JAVIER ARTETA MOLINA, Médico Cirujano General, quien puede ser citado en la Calle 30 Autopista al Aeropuerto al lado del Parque Muvdi- Ciudadela rotaria del Municipio de Soledad.
- Dr. ARMANDO MORENO SERRANO, Médico Cirujano General, quien puede ser citado en la Calle 30 Autopista al Aeropuerto al lado del Parque Muvdi- Ciudadela rotaria del Municipio de Soledad.

Solicito que los testigos sean citados igualmente para el reconocimiento de los documentos que hubieren suscrito y/o elaborado y/o en los que hubiesen revisado, intervenido o referidos en su declaración y que aparezcan incorporados al expediente.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Invoco como sustento de la defensa en adición a lo expuesto en el acápite de hechos y fundamentos de la defensa, los artículos 1.604, 1.757, 2.341, 2.343 y siguientes del Código Civil, arts. 164, 368 y siguientes del C.G.P.



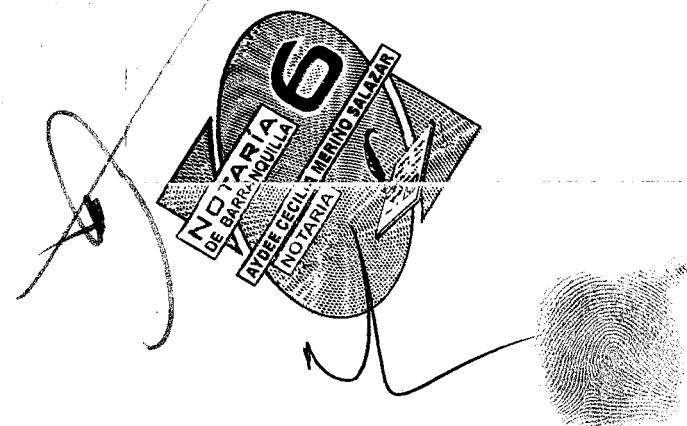
NOTIFICACIONES

La Fundación que apodero puede ser notificada en la Calle 30 Autopista al Aeropuerto al lado del Parque muvdi- Ciudadela rotaria del Municipio de Soledad.

El suscrito recibe notificaciones en la secretaría de su despacho o en su oficina de Abogados ubicada en la Carrera 52 No.76-167 Ofic. 408 de esta ciudad, ó al email: adavilag@davilabermudezabogados.com, Cel: 3008393244.

Del Señor Juez, atentamente,

ANTONIO DAVILA GARCIA
C.C.No.72.224.652 de Barranquilla
T.P.No.112.262 del C.S. de La Judicatura





Gobernación
del Atlántico

ATLÁNTICO
ALÍDER



Al contestar por favor cite

2019050008461

Radicado No.: 2019050008461

Pág 1 de 2

70

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO ADSCRITA A LA
SECRETARIA GENERAL DE LA GOBERNACION DEL ATLANTICO

CERTIFICA:

Que mediante Resolución N° 173 del 6 de mayo de 1982, la Gobernación del Atlántico reconoció Personería Jurídica a la entidad denominada FUNDACION CENTRO MEDICO DEL NORTE.

Que según Resolución N° 000076 del 15 de julio de 2015, se aprobó la inscripción de dignatarios, reforma de estatutos y cambio de razón social, quedando así: FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE.

Que a través de Resolución N° 00040 de 2016, la Gobernación del Atlántico inscribió la sede de la Fundación Hospital Universidad del Norte, ubicada en el campus de la Universidad del Norte, corredor universitario, en jurisdicción del municipio de Puerto Colombia.

Que es una entidad sin ánimo de lucro, en la cual según Resolución N° 5117 del 8 de septiembre de 2017 se inscribió como Representante Legal al señor DIEGO CASTRESANA DIAZ, identificado con Cédula de Ciudadanía N° 72.169.175 y como su suplente la señora GLADYS CARREÑO RODRIGUEZ, identificada con cedula de ciudadanía N° 63.286.868, mediante resolución N° 000076 de 15 de julio de 2.015.

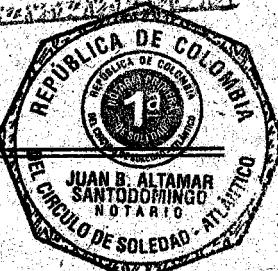
Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, dado en Barranquilla a los 22 días del mes de Agosto de 2019.

Juethi Candelario A
IVETH CANDELARIO ACOSTA
Profesional Universitario
Archivo y Correspondencia

Exp. 1506
Bono: 4605416
Rad 20190500436532
Revisor: Icandelario
Proyectó y Elaboró: Aduran

La presente fotocopia corresponde
con el original que tengo a la vista
Soledad 05 SET 2019

Cartel





FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3



RHsCIXFch

Pag: 1 de 40

Fecha: 16/09/19

G.etareo: 6

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS****Empresa:** 441- NUEVA EPS S.A.**Fecha Nacimiento:** 18/07/1995 **Edad actual :** 24 AÑOS**Teléfono:** 3216928616**Barrio:** CIUDADELA METROPOLITANA**Municipio:** SOLEDAD**Etnia:** NINGUNA**Nivel Educativo:** BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)**Discapacidad:** NO APLICA**Afiiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Casado(a)**Dirección:** CRA 5 D NN 46 45 **Ciudadela Metro****Departamento:** ATLANTICO**Ocupación:** AUXILIARES DE MAESTROS**Grupo Etnico:** NO APLICA**Atención Especial:** NO APLICA**Grupo Poblacional:** NO APLICA**Acompañante:** ISABEL GUZMAN**Teléfono:** 3045984598**SEDE DE ATENCIÓN:** 001 **SEDE PRINCIPAL HOSPITAL****Edad :** 21 AÑOS**FOLIO** 46 **FECHA** 29/11/2016 10:34:37**TIPO DE ATENCIÓN****URGENCIAS****TRIAGE (MOTIVO DE CONSULTA)**

DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO, CONSTANTE O INTERMITENTE TOLERABLE POR EL PACIENTE (P-III)-

OBSERVACIONES

GESTANTE DE 37 SEMANAS DE EMBARAZO QUIEN CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR PELVICO, CEFALEA Y TINITUS.

CLASIFICACIÓN TRIAGE: 3 **TRIAGE PRIORIDAD III****DIRECCIONAMIENTO:****SIGNS VITALES**

Hora Toma: 10:34:38

SIGNS BÁSICOS					
Presión Arterial			Frecuencia Cardíaca (Pulsaciones/Minuto)		103
Sistólica (MmHg) 139 Diastólica (MmHg) 92 Media 107			Frecuencia Respiratoria (Respiraciones/Minuto)		17
Temperatura (Grados/Minuto)			Vía de Toma de la Temperatura		Axilar
37,00			Estado de Conciencia		Normal
Pulso (Pulsaciones/Minuto)					
103					
Saturación de Oxígeno (%)			99		
MEDIDAS ANTROPOMETRICAS					
Peso (Kg)	71,00	Talla (Cm)	152,00	Índice de masa Corporal (I.M.C.)	30,73
Perímetro Cefálico (Cm)	0,00	Perímetro Abdominal (Cm)	0,00	Perímetro Torácico (cm)	
ESCALAS					
Escala de Dolor	7	Tipo Escala	ADULTO	Gleason	
Indicadores de Pronóstico					
Glasgow	15	Richmond Rass	0	Ramsay	0
				Riesgo Cardiovascular (%)	0
				Estadio Renal	0
OTRAS					
Presión Intracranial (MmHg)	0	Presión de Perfusion Cerebral (MmHg)	0	Presión Intra Abdominal (MmHg)	0
Tamaño Pupilar Ojo Derecho (mm)	0	Tamaño Pupilar Ojo Izquierdo (mm)	0	Modo Ventilatorio	
Glucometria (Mg/Dl)	51	Presión Venosa Central	0	Estado Hidratación	Hidratado
Reacción a la Luz			Presión arterial Pulmonar		
Ojo Derecho	Si	No	Ojo Izquierdo	Si	No
				Sistólica (MmHg)	0
				Diastólica (MmHg)	0
				Media	0

PIEL: NORMAL**RESPIRATORIO:** NORMAL**NEUROLÓGICO:** Normal**% SATURACIÓN O2.:** 99

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO

**FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE**

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 2 de 40

Fecha: 16/09/19

Getareo: 6

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS****Empresa:** 441- NUEVA EPS S.A.**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 18/07/1995 **Edad actual :** 24 AÑOS**Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3216928616**Dirección:** CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO**Barrio:** CIUDADELA METROPOLITANA**Departamento:** ATLANTICO**Municipio:** SOLEDAD**Ocupación:** AUXILIARES DE MAESTROS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Étnico:** NO APLICA**Nivel Educativo:** BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)**Atención Especial:** NO APLICA**Discapacidad:** NO APLICA**Grupo Poblacional:** NO APLICA**Acompañante:** ISABEL GUZMAN**Teléfono:** 3045984598

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

LAURA MARCELA DANCUR IBÁÑEZ

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	47	FECHA 29/11/2016 11:00:17	TIPO DE ATENCIÓN

MOTIVO DE CONSULTA**"ESTOY CON DOLORES"****ENFERMEDAD ACTUAL**

PACIENTE DE 21 AÑOS DE EDAD GESTA 1 CON EMBARAZO DE 37 SEMANAS POR FECHA DE ULTIMA MESTRUAACION QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE +/- 2 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR TIPO COLICO EN HIPOGASTRO QUE SE IRRADIA A REGION LUMBAR ASOCIADO A SALIDA DE TAPON MUCOSO, AFIRMA MOVIMIENTOS FETALES PERO DISMINUIDOS, NIEGA GENITORRAGIA O HIDRORREA, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA

ANTECEDENTES**PERSONALES**

PERSONALES

PATOLOGICOS : -PATOLOGICOS: NIEGA

QUIRURGICOS : -QUIRURGICOS: NIEGA

HOSPITALIZACIONES : -HOSPITALIZACIONES: NIEGA

CONCILIACION : -CONCILIA. MEDICAMENTOS: NIEGA

OTROS : 27/04/16: VIH: NEGATIVO, TOXO IGG: 0.13, TOXO IGM: 0.26, CH: HB: 12.6 HTO: 38.8 WBC: 8200 GRA: 71% LY: 20% PLT:

236000, HBSAG:NEGATIVO, FROTIS VAGINAL: NO SUGESTIVO DE INFECCION

27/06/16: UROCULTIVO: NEGATIVO A LAS 48 HORAS

21/07/16: VDRL: NO REACTIVO, VIH: NEGATIVO

26/09/16: CURVA DE TOLERANCIA: BASAL: 76 HORA: 103 HORA2: 96, HORA3: 98

16/11/16: VIH: NEGATIVO, VDRL: NO REACTIVO, UROANALISIS: BACTERIAS: ++ MOCO: ++, CH: HB: 11.5 HTO: 36.2 WBC: 1020 GRA:

70% LY: 20% PLT: 222000

ALERGICOS

ALERGICOS

NIEGA : -NIEGA

GINECOBSTETRICOS

-Paciente refiere:

-MENARQUIA A LOS: 12 AÑOS

-FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN: 17/03/16, TIPO MENSTRUACIÓN: NORMAL, MENSTRUACIÓN CADA: 30 DIAS, DURACIÓN MENST: 2 dias

-FECHA DE ULTIMA CITOLOGIA: 10/09/15

-PARTOS: 0

-CESAREA: 0

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsClixFch

Pag: 3 de 40

Fecha: 16/09/19

G.etareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 – YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3216928616

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Departamento: ATLANTICO

Municipio: SOLEDAD

Ocupación: AUXILIARES DE MAESTROS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico: NO APLICA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Atención Especial: NO APLICA

Discapacidad: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

-ABORTOS: 0

-MOLAS: 0

-ECTOPICOS: 0

-HIJOS VIVOS: 0

-Edad Gestacional: 36 Semanas -Tercer Trimestre de Embarazo -Fecha Probable de Parto: 22/12/16

-PACIENTE PLANIFICA: NO, NRO. COMPAÑEROS SEXUALES: 0

-AUTO EXAMEN DE SENO: NO

-FLUJO: NO

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES: 9

IVS: 17 AÑOS

IVO: 21 AÑOS

REVISIÓN X SISTEMAS

CABEZA Y ORAL: -NIEGA. CUELLO: NIEGA. PULMONAR: -NIEGA. CARDIACO: -NIEGA. ABDOMEN: -NIEGA. GENITOURINARIO: -NIEGA

EXAMEN FÍSICO

CABEZA Y ORAL: MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE SIN ALTERACIONES. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: PACIENTE ALERTA, CONSCIENTE Y ORIENTADA, PUPILLAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ. CUELLO: -CUELLO SIN ADENOPATÁTOS. EXTREMIDADES SUPERIORES:

EUTROFICAS SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR. PULMONAR: -PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS. CARDIACO: -RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS.

ABDOMEN: GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO CON AU: 32 CM FETO UNICO VIVO CEFALICO DORSO IZQUIERDO CON FETOCARDIA DE 145 LPM CON DINAMICA UTERINA PALPABLE. GENITOURINARIO: GENITALES EXTERNOS DE APARIENCIA NORMAL, CUELLO CENTRAL CON DILATACION DE 2 CM Y BTO: 80% ESTACION: 0 MEMBRANAS INTEGRAS

SIGNS VITALES

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsClxFch

Pag: 4 de 40

Fecha: 16/09/19

Getareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupacion: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

Hora Toma: 11:04:52

SIGNOS BÁSICOS				
Presión Arterial			Frecuencia Cardiaca (Pulsaciones/Minuto)	
Sistólica (MmHg) 130 Diastólica (MmHg) 80 Media 96			100	
Frecuencia Respiratoria (Respiraciones/Minuto)			20	
Temperatura (Grados/Minuto)			Via de Toma de la Temperatura	
36,50			Axilar	
Pulso (Pulsaciones/Minuto)			Estado de Conciencia	
0			Normal	
Saturación de Oxígeno (%)			0	
MEDIDAS ANTROPOMETRICAS				
Peso (Kg)	0,00	Talla (Cm)	0,00	Indice de masa Corporal (I.M.C.)
Perímetro Cefálico (Cm)	0,00	Perímetro Abdominal (Cm)	0,00	Perímetro Torácico (cm)
ESCALAS				
Escala de Dolor	0	Tipo Escala	ADULTO	Gleason
Indicadores de Pronóstico				
Glasgow	15	Richmond Rass	0	Ramsay
			0	0
Riesgo Cardiovascular (%)			0	Estadio Renal
			0	0
OTRAS				
Presión intracraneal (MmHg)	0	Presión de Perfusion Cerebral (MmHg)	0	Presión Intra Abdominal (MmHg)
Tamaño Pupilar-Ojo Derecho (mm)	0	Tamaño Pupilar Ojo Izquierdo (mm)	0	Modo Ventilatorio
Glucometría (Mg/Dl)	0	Presión Venosa Central	0	Estado Hidratación
Reacción a la Luz			Presión arterial Pulmonar	
Ojo Derecho	Si	No	Ojo Izquierdo	Si
				No
			Sistólica (MmHg)	0
			Diastólica (MmHg)	0
			Media	0

NEUROLÓGICO: Normal

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE DE 21 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE:

- EMBARAZO DE 37 SEMANAS POR FECHA DE ULTIMA MESTRUACION
- FETO UNICO VIVO
- TRABAJO DE PARTO EN FASE LATENTE

PLAN

- OBSERVACION
- MONITOREO FETAL

Evolución realizada por: MELISSA JULIETH DE LA HOZ MOSQUERA-Fecha: 29/11/16 11:12:25

DIAGNÓSTICO O479 FALSO TRABAJO DE PARTO SIN OTRA ESPECIFICACION

Tipo PRINCIPAL

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

Cantidad Descripción

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO

23

FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE



890112801 - 3

RHsC1xFch

Pag: 5 de 40

Fecha: 16/09/19

G.Etareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441-NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 **Edad actual :** 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BÁSICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Affiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Départamento: ATLANTICO

Ocupación: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

1 **MONITORIA FETAL ANTEPARTO TARIFA POR SESIÓN**

Realizado

MONITOREO NST CATEGORÍA II.

FECHA Y HORA DE APLICACIÓN: 29/11/2016 13:02:49 REALIZADO POR: MELISSA JULIETH DE LA HOZ MOSQUERA

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

MELISSA JULIETH DE LA HOZ MOSQUERA

Reg. 080611-2012

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
--------------------------	-----	-------------------------	-----------------------

FOLIO	48	FECHA 29/11/2016 11:28:33	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS
--------------	----	---------------------------	-------------------------	------------------

NOTA DE INGRESO

11:00 INGRESO PACIENTE A SALA DE OBSERVACION GINECO-OBSTETRICA, FEMENINA DE 21 AÑOS CONSCIENTE, ORIENTADA, CAMINANDO, POR SUS PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑÍA DEL FAMILIAR AL SALUDO MANIFIESTA "TENGO DOLOR" VALORADA POR MEDICO EN TURNO QUIEN REALIZA EXAMEN FÍSICO Y GINECOLOGICO DA ORDENES MEDICA A CUMPLIR SE UBICA EN UNIDAD NUMERO 57

NOTAS ENFERMERIA

11:30 POR ORDEN MEDICA SE REALIZA MONITOREO FETAL

Nota realizada por: SANDRA MILENA GOMEZ DURAN Fecha: 29/11/16 11:29:56

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

SANDRA MILENA GOMEZ DURAN

Reg. 08-0754

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
--------------------------	-----	-------------------------	-----------------------

FOLIO	49	FECHA 29/11/2016 13:01:56	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS
--------------	----	---------------------------	-------------------------	------------------

EVOLUCIÓN MÉDICO

*** NOTA ***

SE ORDENA PERFIL BIOFISICO POR MONITOREO CON POCAS VARIABILIDADES CATEGORÍA II

Evolución realizada por: MELISSA JULIETH DE LA HOZ MOSQUERA-Fecha: 29/11/16 13:02:06

ORDENES DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Cantidad

Descripción

1 ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA CON PERFIL BIOFISICO

ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL CON PERFIL BIOFISICO

7J.0 *HOSPITAL*

Realizado

Usuario: OMERCADO

**FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE**

890112801 - 3

RHsClixFch

Pag: 6 de 40

Fecha: 16/09/19

Getareo: 6

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS****Empresa:** 441- NUEVA EPS S.A.**Fecha Nacimiento:** 18/07/1995 **Edad actual :** 24 AÑOS**Teléfono:** 3216928616**Barrio:** CIUDADELA METROPOLITANA**Municipio:** SOLEDAD**Etnia:** NINGUNA**Nivel Educativo:** BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)**Discapacidad:** NO APLICA**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Casado(a)**Dirección:** CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO**Departamento:** ATLANTICO**Ocupación:** AUXILIARES DE MAESTROS**Grupo Etnico:** NO APLICA**Atención Especial:** NO APLICA**Grupo Poblacional:** NO APLICA**Acompañante:** ISABEL GUZMAN**Teléfono:** 3045984598

Feto único, vivo céfalo longitudinal dorso izquierdo.

Mostrando una actividad cardíaca 168 lat/min movimientos fetales espontáneos.

DBP:9.1cm.

HC :32.6cm.

AC :34.1cm.

FL :7.2cm.

Peso fetal estimado: 3257 Gramos.

Líquido amniótico : Normal.ILA 8.3 (VN 8-22).

Placenta: Corporal anterior . Grado III de Grannum.

Cordón con tres vasos. No se evidencian alteraciones anatómicas groseras.

Perfil Biofísico.

Movimientos Fetales: 2 Puntos

Movimientos Respiratorios: 2 Puntos

Tono Fetal: 2 Puntos

Líquido Amniótico: 2 Puntos

TOTAL: 8/8

CONCLUSIÓN:

1.GESTACIÓN DE 37 SEMANAS 2 DIAS.

2.BIENESTAR FETAL.

3.PERFIL BIOFISICO 8/8.

FECHA Y HORA DE APLICACION: 29/11/2016 13:56:42 **REALIZADO POR:** DOLCEY RAYMOND MARQUEZ FLORIAN**FIRMA DIGITAL**
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18**MELISSA JULIETH DE LA HOZ MOSQUERA**

Reg. 080611-2012

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	50	FECHA 29/11/2016 18:36:03	TIPO DE ATENCIÓN

NOTAS ENFERMERIA

12:00 RECIBE MERINADA BUENA INGESTA.

12:30 POR ORDEN MEDICA SE TRANSLADA A RADIOLOGIA EN SILLA DE RUEDAS PARA REALIZACION DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

13:30 REGRESA DE RADIOLOGIA CON REPORTE ECOGRAFICO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO

20
74

FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE



890112801 - 3

RHSCLxFch

Pag: 7 de 40

Fecha: 16/09/19

G.estareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441-NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 **Edad actual :** 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupacion: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

16:00 TRANQUILA EN SU UNIDAD

18:30 DEAMBULA POR EL SERVICIO

19:00 QUEDA EN UNIDAD 57 DECUBITO DORSAL, ALERTA, FEMENINA DE 21 AÑOS, CONSCIENTE, ORIENTADA CON MUCOSAS NASAL Y ORAL HUMEDAS, CUELLO MOVIL, TORAX SIMETRICO, ABDOMEN GLOBOso POR UTERO GRAVIDO FETOCARDIA POSITIVA, GENITALES NORMOCONFIGURADOS LIMPIOS, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES SIMETRICOS EN ESPERA DE VALORACION POR GINECOLOGIA PARA DEFINIR CONDUCTA.

Nota realizada por: SANDRA MILENA GOMEZ DURAN **Fecha:** 29/11/16 18:36:20

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

SANDRA MILENA GOMEZ DURAN

Reg. 08-0754

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
--------------------------	-----	--------------------------------	-----------------------

FOLIO	51	FECHA 29/11/2016 22:17:34	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS
--------------	----	----------------------------------	-------------------------	------------------

EVOLUCIÓN MÉDICO

SE REVALORA PACIENTE, EN TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE EN 3 CM DE DILATACION, SE ORDENA HIDRATACION CON DEXTROSA Y NUEVO MONBITOREO FETAL, REVALORAR

Evolución realizada por: JAIME MARTINEZ DIAZ-**Fecha:** 29/11/16 22:17:39

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

Cantidad	Descripción	Pendiente
1	<u>MONITORIA FETAL ANTEPARTO TARIFA POR SESION</u>	

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	1.000,00 MILILITROS	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% 500 CC SOLUCIO	INTRAVENOSO	Ahora	NUEVO

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

JAIME MARTINEZ DIAZ

Reg. 2173

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
--------------------------	-----	--------------------------------	-----------------------

FOLIO	53	FECHA 30/11/2016 00:38:47	TIPO DE ATENCIÓN	URGENCIAS
--------------	----	----------------------------------	-------------------------	------------------

NOTAS ENFERMERIA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO

**FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE**

890112801 -3

RHsCIXFch

Pag: 8 de 40

Fecha: 16/09/19

G.etareo: 6

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 – YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS****Empresa:** 441- NUEVA EPS S.A.**Fecha Nacimiento:** 18/07/1995 **Edad actual :** 24 AÑOS**Teléfono:** 3216928616**Barrio:** CIUDADELA METROPOLITANA**Municipio:** SOLEDAD**Etnia:** NINGUNA**Nivel Educativo:** BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)**Discapacidad:** NO APLICA**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Casado(a)**Dirección:** CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO**Departamento:** ATLANTICO**Ocupacion:** AUXILIARES DE MAESTROS**Grupo Etnico:** NO APLICA**Atención Especial:** NO APLICA**Grupo Poblacional:** NO APLICA**Acompañante:** ISABEL GUZMAN**Teléfono:** 3045984598

19:00: RECIBO PACIENTE EN SALA DE OBSERVACIÓN GINECOLOGIA, CONSCIENTE, ORIENTADA, SE OBSERVA CON MUCOSA ORAL HUMEDA E HIDRATADA ,CUELLO MOVIL, TORAX SIMETRICO, ABDOMEN GLOBOso POR UTERO GRAVIDO, SIN VÍA PERIFERICA, MIEMBROS INFERIORES NORMALES SIN EDEMAS, BAJO CUIDADO MEDICO Y CUIDADO DE ENFERMERIA. A LA ESPERA DE VALORACIÓN POR GINECOLOGÍA PARA DEFINIR CONDUCTA.

20:00: SE OBSERVA TRANQUILA EN SU UNIDAD, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR.

20:15: RONDA MEDICA POR LA DRA. MANJARRES.

21:00: REALIZA DIURESIS DE FORMA ESPONTANEA.

22:17: VALORADA POR EL DR. MARTINEZ QUIÉN ORDENA.

22:30: SE CANALIZA MIEMBRO SUPERIOR CON CATETER N°18 Y SE INSTALA LIQUIDOS ENDOVENOSOS CON DAD 5% 500CC PASANDO A GOTEO ORDENADO.

SE CONTINUAN LIQUIDOS ENDOVENOSOS CON DAD 5% 500CC PASANDO A GOTEO ORDENADO.

23:00: SE INSTALA MONITOREO FETAL.

23:30: TERMINA MONITOREO FETAL Y SE ANEXA A HISTORIA CLÍNICA.

00:00: REALIZA DIURESIS DE FORMA ESPONTANEA.

01:00: SE OBSERVA DORMIDA EN SU UNIDAD, SIN NOVEDAD.

Nota realizada por: SHIRLEY MONTENEGRO BOVEA Fecha: 30/11/16 00:38:49

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

SHIRLEY MONTENEGRO BOVEA

Reg:

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	54	FECHA 30/11/2016 06:44:27	TIPO DE ATENCIÓN

NOTAS ENFERMERIA

02:00: CONTINUA DORMIDA EN SU UNIDAD, SIN NOVEDAD.

04:00: REALIZA DIURESIS DE FORMA ESPONTANEA.

05:00: RECIBE BAÑO EN DUCHA EN COMPAÑIA DE FAMILAR, SE HACE ARREGLO DE LA UNIDAD.

06:00: SE OBSERVA TRANQUILA EN SU UNIDAD, SIN NOVEDAD.

06:30: VALORADA POR MEDICO EN TURNO QUIÉN REALIZA EXAMEN FISICO Y GINECOLOGICO ENCONTRANDO DILATACIÓN DE 3CM Y BORRAMIENTO DE 50%, CONTINUA IGUAL MANEJO.

07:00: QUEDA PACIENTE EN SALA DE OBSERVACIÓN GINECOLOGIA EN TRABAJO DE PARTO EN FASE LATENTE, CONSCIENTE, ORIENTADA, SE OBSERVA CON MUCOSA ORAL HUMEDA E HIDRATADA ,CUELLO MOVIL, TORAX SIMETRICO, ABDOMEN GLOBOso POR UTERO GRAVIDO, VENA CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR PASANDO LIQUIDOS ENDOVENOSOS DAD 5% 500CC A GOTEO ORDENADO, MIEMBROS INFERIORES NORMALES SIN EDEMAS, BAJO CUIDADO MEDICO Y CUIDADO DE ENFERMERIA.

Nota realizada por: SHIRLEY MONTENEGRO BOVEA Fecha: 30/11/16 06:44:28

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 9 de 40

Fecha: 16/09/19

G.Letareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 – YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupación: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

SHIRLEY MONTENEGRO BOVEA

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	55	FECHA 30/11/2016 09:15:50	TIPO DE ATENCIÓN

NOTAS ENFERMERIA

07:00 EN SALA DE OBSERVACION DE GINECOLOGIA, CONCIENTE, ORIENTADA, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, CON MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL, TORAX SIMETRICO, CON LEV SSN 0.9% 500CC A GOTEO ORDENADO, ABDOMEN GLOBOso POR UTERO GRAVIDO, EXTREMIDADES INFERIORES NORMALES.

08:00 RECIBE DIETA ORDENADA.

09:00 VALORADA POR LA DOCTORA MELISSA.

SE TOMA MUESTRA PARA LABORATORIOS.

09:40 SE TRASLADA PARA SALA DE MATERNIDAD, CONCIENTE, ORIENTADA, EN CAMILLA CON BARANDAS, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, CAMILLERO Y JEFE DE ENFERMERIA, CON MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL, LEV SSN 0.9% 500CC, ABDOMEN GLOBOso POR UTERO GRAVIDO, SIN SALIDA DE LIQUIDO POR VAGINA, EXTREMIDADES INFERIORES NORMALES, SE ENTREGA HISTORIA CLINICA.

Nota realizada por: LUZ VANESSA COLMENARES VALLEJO Fecha: 30/11/16 09:15:51

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

LUZ VANESSA COLMENARES VALLEJO

Reg.

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	56	FECHA 30/11/2016 09:18:39	TIPO DE ATENCIÓN

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE DE 21 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE:

1. EMBARAZO DE 37.1 SEMANAS POR FECHA DE ULTIMA MESTRACION
2. FETO UNICO VIVO
3. TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA

PACIENTE QUIEN MANIFIESTA INCREMENTO DEL DOLOR TIPO CONTRACCION

AL EXAMEN FISICO: T.A: 100/70 MMHG F.C: 80 LPM F.R: 18 RPM

PACIENTE ALERTA, CONSCIENTE Y ORIENTADA, MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE SIN ALTERACIONES, CUELLO MOVIL SIN 7J.0 *HOSPITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsC1xFch

Pag: 10 de 40

Fecha: 16/09/19

G.etareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441-NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupación: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

ADENOMEGLIAS, PULMONES CLARO BIEN VENTILADOS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLO, ABDOMEN: GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO CON FETOCARDIA DE 145 LPM CON DINAMICA UTERINA DE 2/10/30" G/U. SE EVIDENCIA CON DILATACION DE 5 CM Y BTO: 80%, EXT: EUTROFICAS SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR DE 2 SEG

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE QUIEN SE ENCUENTRA EN SU TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA, SE DECIDE TRASLADAR A SALA DE PARTO, SE LE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN MANIFIESTA ENTENDER

Evolución realizada por: ISMAEL AHUMADA AHUMADA-Fecha: 30/11/16 09:18:41

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	Realizado
1	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	
	Toxoplasma Gondii Anticuerpos IgM.: 0.077 Ratio	
V.R.[Positivo: Ratio > 1.1]:		
[Negativo: Ratio < 0.9]:		
[Indeterminado: 0.9 - 1.1]:		
:		

FECHA Y HORA DE APLICACION:30/11/2016 12:19:45 REALIZADO POR: SAMIR ANDRES VILORIA ALTAMAR

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ISMAEL AHUMADA AHUMADA

Reg. 14252

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	58	FECHA 30/11/2016 12:21:17	TIPO DE ATENCIÓN

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE DE 21 AÑOS EN SU 1 DÍA DE INTERNACIÓN CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS:

1. EMBARAZO DE 37.1 SEMANAS POR FUM
2. FETO UNICO VIVO
3. TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA
4. HIPODINAMIA

PACIENTE CON ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR, 2 CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS DE 20 SEGUNDOS, SE CONSIDERA PACIENTE CURSA CON HIPODINAMIA SECUNDARIA, NO HAY DISTOCIAS FETALES O MATERNAS ADICIONALES POR LO QUE SE INDICA CONDUCCION CON OXITOCINA DE INICIO INMEDIATO.

PLAN

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHSClickFch

Pag: 11 de 40

Fecha: 16/09/19

G.tareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 – YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupación: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Étnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

1. OXITOCINA 5 UI/AHORA
2. CLORURO DE SODIO 500 CC PARA CADA 5UI.
- GOTEO A 24 CC/HORA
3. VIGILANCIA DE DINAMICA Y FETOCARDIA.

Evolución realizada por: ISMAEL AHUMADA AHUMADA-Fecha: 30/11/16 12:21:20

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
2,00	1.000,00 MILILITROS	SODIO CLORURO 0.9% 500 ML 0.9% 500ML	INTRAVENOSO	Ahora	NUEVO
1,00	5,00 UNIDADES ÍNTERNOXITOCINA 10 UI/ML SOLUCION INYECTABLE 10 U.I./ML		INTRAVENOSO	Ahora	NUEVO

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ISMAEL AHUMADA AHUMADA

Reg. 14252

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	59	FECHA 30/11/2016 13:12:30	TIPO DE ATENCIÓN

NOTAS ENFERMERIA

9:45: RECIBO FEMENINA PROCEDENTE DE URGENCIAS GINECOLOGICAS, EN SILLA DE RUEDAS, CONSCIENTE, ORIENTADAS, LUGAR TIEMPO Y PERSONA, MUCOSAS HIDRATADAS, ABDOMEN GLOBOso POR UTERO GRAVIDO, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES SIMETRICOS, CON VENA PERIFERICA CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO CONECTADAS A LIQUIDOS DE BASE SSN 0.9% 500CC ACOMPAÑADA POR FAMILIAR, AUXILIAR CLINICO Y AUXILIAR DE ENFERMERIA EN TURNO, SE RECIBE HISTORIA CLINICA.

SE INSTALA EN LA UNIDAD, SE ENTREGA VESTIMENTA QUIRURGICA (BATA, GORRO Y POLAINAS).

10:00: VALORADA POR EL GINECOLOGO EN TURNO QUIEN ORDENA MONITOREO FETAL

Nota realizada por: YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ Fecha: 30/11/16 13:12:32

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	60	FECHA 30/11/2016 13:32:47	TIPO DE ATENCIÓN

NOTAS ENFERMERIA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsClixFch

Pag: 12 de 40

Fecha: 16/09/19

Gefareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupación: AUXILIARES DE MÁESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

11:00: REALIZA DIURESIS DE FORMA ESPONTANEA.

1130: EN SU UNIDAD EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR.

12:30: SE INSTALA CONDUCCIÓN CON OXITOCINA 5 UI+SSN 0.9% 500CC A GOTEO OREDNADO 24 CC/HR POR BOMBA DE INFUSIÓN.

Nota realizada por: YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ Fecha: 30/11/16 13:32:49

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	62	FECHA 30/11/2016 14:21:25	TIPO DE ATENCIÓN

NOTAS ENFERMERIA:

14:00: POR ORDEN MEDICA SE AUMENTA CONDUCCIÓN DE OXITOCINA 5 UNIDADES A RAZÓN DE 36CC/HR POR BOMBA DE INFUSIÓN.

14:30: VALORADA POR EL GINECOLOGO EN TURNO DRA. WILCHES QUIEN REALIZA TACTO VAGINAL ENCONTRANDO DILATACION DE 6CM CON UN BORRAMIENTO DE 90%. POR ORDEN MEDICA SE AUMENTA CONDUCCIÓN DE OXITOCINA 5 UNIDADES A RAZÓN DE 48CC/HR POR BOMBA DE INFUSIÓN

Nota realizada por: YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ Fecha: 30/11/16 14:21:28

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	64	FECHA 30/11/2016 15:33:37	TIPO DE ATENCIÓN

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE DE 21 AÑOS EN SU 1 DÍA DE INTERNACIÓN CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS:

1. EMBARAZO DE 37.1 SEMANAS POR FUM
2. FETO UNICO VIVO
3. TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA

SE REALIZA VALORACION DE PACIENTE ACTIVIDAD UTERINA 4 CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS DE 40 SEGUNDOS, A NIVEL GINECOLÓGICO, TACTO VAGINAL CUELLO DILATADO EN 6 CM CON BORRAMIENTO DEL 90% ESTACION 0, MEMBRANAS INTEGRAS, CONTINUA CON CONDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO A 4 MU/MIN; 24 CC/HORA,

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 13 de 40

Fecha: 16/09/19

G.etareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441-NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupacion: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

Evolución realizada por: NANCY WILCHES GARCIA-Fecha: 30/11/16 15:33:40

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

NANCY WILCHES GARCIA

Reg. 1609

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE PRINCIPAL HOSPITAL Edad : 21 AÑOS

FOLIO 65 FECHA 30/11/2016 16:45:07 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

SE REALIZA TACTO VAGINAL ENCONTRANDOSE CUELLO DILATADO EN 7 CM, BORRAMIENTO DEL 90%, MEMBRANAS INTEGRAS, FETO EN ESTACION 0; SE REALIZA AMNIOTOMIA, SE OBTIENE LIQUIDO CLARO, EUTERMICO.

FCF136LPM

SE CONTINUARA ASISTENCIA DEL TRABAJO DE PARTO CONDUCIDO CON OXITOCINA A 6MU/MINUTO.

Evolución realizada por: NANCY WILCHES GARCIA-Fecha: 30/11/16 16:45:09

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

NANCY WILCHES GARCIA

Reg. 1609

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE PRINCIPAL HOSPITAL Edad : 21 AÑOS

FOLIO 66 FECHA 30/11/2016 18:36:11 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

PRIMIGESTANTE CON

1. EMBARAZO DE 327.1 SEMANAS

2. TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA

3 FETO UNICO VIVO CEFALICO

REFIERE DOLOR ABDOMINAL FRECUENTE, PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES.

SE LE REALIZO AMNIOTOMIA A LAS 16 Y 45 HORAS

PA=100/70

ABDOMEN= 3 CONTRACCIONES / 10 MIN DE 50 SEG DE DURACION BUENA INTENSIDAD. FCF=130 LPM, TONO UTERINO NORMAL

TACTO VAGINAL: DILATACION 9 CMS,BORRAMIENTO 90% ESTACION +1, LIQUIDO AMNIOTICO CLARO.

PLAN

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO

**FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE**

890112801 - 3

RHsClxFch

Pag: 14 de 40

Fecha: 16/09/19

G.tareo: 6

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS****Empresa:** 441-NUEVA EPS S.A.**Fecha Nacimiento:** 18/07/1995 **Edad actual :** 24 AÑOS**Teléfono:** 3216928616**Barrio:** CIUDADELA METROPOLITANA**Municipio:** SOLEDAD**Etnia:** NINGUNA**Nivel Educativo:** BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)**Discapacidad:** NO APLICA**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Casado(a)**Dirección:** CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO**Departamento:** ATLANTICO**Ocupacion:** AUXILIARES DE MAESTROS**Grupo Etnico:** NO APLICA**Atención Especial:** NO APLICA**Grupo Poblacional:** NO APLICA**Acompañante:** ISABEL GUZMAN**Teléfono:** 3045984598

-VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO

-ATENCION DEL PARTO

Evolución realizada por: NANCY WILCHES GARCIA-**Fecha:** 30/11/16 18:36:23**FIRMA DIGITAL**
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

NANCY WILCHES GARCIA

Reg. 1609

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad :	21 AÑOS
FOLIO	67	FECHA 30/11/2016 18:41:37	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

15:00 Se realiza tacto vaginal Dr; wilches quien encuentra dilatación 7cm borramiento de 80%

16:45 se realiza amniotomia líquido amniótico claro.Dra; wilches.

17:15 Se aumenta goteo infusión ssn 0.9% 500cc + 5 unidades oxitocina goteo 108cc/hora por equipo bomba infusión

18:00 realiza deposición blanda amarilla

18:15 se aumenta goteo 48cc/hora por orden medica

18:30 se ausulta fetocardia 134lpm.

18:50 se traslada en silla de ruedas, consciente orientada en compañía de jefe en turno se se instala en camilla posición ginecologicas.

Nota realizada por: YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ **Fecha:** 30/11/16 18:41:47**FIRMA DIGITAL**
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad :	21 AÑOS
FOLIO	69	FECHA 30/11/2016 18:59:03	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

19:00QUEDA EN SALA PARTO POSICIÓN GINECOLOGICA EN COMPAÑIA DE DRA,-WILCHES

Nota realizada por: YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ **Fecha:** 30/11/16 18:59:04

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsClxFch

Pag: 15 de 40

Fecha: 16/09/19

G.estareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 – YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupacion: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Teléfono: 3045984598

Acompañante: ISABEL GUZMAN

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
-------------------	-----	-------------------------	----------------

FOLIO	70	FECHA 30/11/2016 19:56:23	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
-------	----	---------------------------	------------------	-----------------

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
4,00	500,00 MILIGRAMOS	CEFALEXINA 500 MG TABLETA O CAPSULA 500 MG	ORAL	6 Horas	NUEVO
4,00	1,00 GRAMOS	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA 500 MG	ORAL	6 Horas	NUEVO

PROCEDIMIENTOS QUIRÚGICOS

Cantidad	Descripción
1	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO NORMAL (EXPULSIVO) INCLUYE CON O SIN RUPTURA ARTIFICIAL DPendiente

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ISMAEL AHUMADA AHUMADA

Reg. 14252

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
-------------------	-----	-------------------------	----------------

FOLIO	71	FECHA 30/11/2016 20:14:25	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
-------	----	---------------------------	------------------	-----------------

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	Realizado
1	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS] & *	
[HBs Ag].....: 0.555		
V.R. Reactivo: Indice >= de 1.0 :		
No Reactivo: Indice < de 1.0 :		
Técnica: Quimioluminiscencia :		

FECHA Y HORA DE APLICACION: 01/12/2016 13:16:59 REALIZADO POR: ALBA VALENCIA TEJEDA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO

**FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE**

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 16 de 40

Fecha: 16/09/19

G. estereo: 6

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS****Empresa:** 441-NUEVA EPS S.A.**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 18/07/1995 **Edad actual :** 24 AÑOS**Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3216928616**Dirección:** CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO**Barrio:** CIUDADELA METROPOLITANA**Departamento:** ATLANTICO**Municipio:** SOLEDAD**Ocupación:** AUXILIARES DE MAESTROS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:** NO APLICA**Nivel Educativo:** BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)**Atención Especial:** NO APLICA**Discapacidad:** NO APLICA**Grupo Poblacional:** NO APLICA**Acompañante:** ISABEL GUZMAN**Teléfono:** 3045984598

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ISMAEL AHUMADA AHUMADA

Reg. 14252

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	72	FECHA: 30/11/2016 21:34:00	TIPO DE ATENCIÓN

NOTAS ENFERMERIA

19:00 RECIBO PACIENTE EN SALA DE PARTO CONCIENTE ORIENTADA MUCOSAS ORAL Y NASAL HUMEDAS, CUELLO MOVIL, VENA CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR PASANDO S.S.N 0.9% 500CC + OXITOCINA 5 UNIDADES A GOTEO ORDENADO, ABDOMEN GLOBOso POR UTERO GRAVIDO. SE OBSERVA VENA INFILTRADA, SE CANALIZA NUEVAMENTE CON ABOCATH #18 SE INSTALAN LOS MISMOS LIQUIDOS ENDOVENOSOS. DRA WILCHES REALIZA EPISIOTOMIA, PREVIA INFILTRACION CON XILOCAINA AL 2% SIMPLE.
19:14 SE OBSERVA HOMBRO ANTERIOR RECIBE OXITOCINA 10UND IV DILUIDAS.
19:15 SE OBTIENE PRODUCTO UNICO DE SEXO MASCULINO EN POSICION CEFALICA, LIQUIDO AMNIOTICO CLARO EN NORMAL CANTIDAD, PINZA Y CORTA CORDON UMBILICAL, DRA WILCHES ENTREGA A PEDIATRA EN TURNO DRA MURCIA QUIEN TRASLADA A SALA DE NEONATOS. SALE DEL CAMPO DRA WILCHES Y RECIBE DR AHUMADA GINECOLOGO DE TURNO.
19:20 EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA COMPLETA, REVISA CANAL DE PARTO EXTRAEE COAGULOS EN NORMAL, INFILTRA CON XILOCAINA SIMPLE 2% RALIZA EPISORRAFIA CON CROMADO 2-0 (2), REVISA NUEVAMENTE CANAL DE PARTO OBSERVA DESGARRO VAGINAL, SE SOLICITA LLAMADO DE CIRUJANO.
20:30 DR ARTETA CIRUJANO DE TURNO ACUDE AL LLAMADO QUIEN REALIZA RAFIA DE MUCOSA RECTAL CON SEDA 2/0, LUEGO CONTINUA RAFIA DE PLANOS HASTA PIEL, SIN COMPLICACIONES.
21:15 SE RETIRAN CAMPOS SE REALIZA LIMPIEZA DE GENITALES, SE COLOCA PAÑAL DESECHABLE, SE INSTALA EN CAMILLA CON BARANDAS.
21:30 SE TRASLADA A SALA DE PUERPERIO. SE COLOCA RECIEN NACIDO A SU LADO PARA LACTANCIA MATERNA.
22:00 SE TOMA MUESTRA DE SANGRE PARA HEMOGRAMA CONTROL, SE ENVIA A LABORATORIO.
00:00 RECIBE TTO ACETAMINOFEN 1GR V.O
00:00 RECIBE TTO CLINDAMICINA 600MG IV DILUIDO EN 100CC DE SSN, SE UTILIZA UN EQUIPO MACRO PARA TTO.
01:00 SE OBSERVA LACTANDO SIN COMPLICACIONES.
02:00 INICIA DISTRIBUCIÓN DE LEV SOLUCION SALINA 0.9% 500CC A 60CC/H.
02:00 RECIBE TTO GENTAMICINA 240MG IV DILUIDO EN 100CC DE SSN, SE UTILIZA UN EQUIPO MACRO PARA TTO.
03:00 ELIMINA ESPONTANEO.
04:00 SE OBSERVA LACTANDO SIN COMPLICACIONES.
05:00 RECIBE BAÑO GENERAL EN DUCHA, ARREGLO DE UNIDAD.
06:00 RECIBE TTO ACETAMINOFEN 1GR V.O
06:00 RECIBE TTO CLINDAMICINA 600MG IV DILUIDO EN 100CC DE SSN.
07:00 QUEDA EN SALA PUEPERIO CONCIENTE ORIENTADA POS PARTO VAGINAL, CON RECIEN NACIDO A SU LADO, LEV SOLUCION SALINA 0.9% 500CC A 60CC/H, BOLO DE SEGURIDAD PRESENTE, LOQUIOS HEMATICOS DE NORMAL CANTIDAD, EXTREMIDADES INFERIORES SIMETRICAS. ENTREGO HISTORIA CLINICA COMPLETA + TRATAMIENTO COMPLETO.

Nota realizada por: ANGIE MELISSA MENDOZA DIAZ Fecha: 30/11/16 21:34:02

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCixFch

Pag: 17 de 40

Fecha: 16/09/19

G. etareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441-NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 **Edad actual :** 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupacion: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ANGIE MELISSA MENDOZA DIAZ

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
--------------------------	-----	--------------------------------	-----------------------

FOLIO	73	FECHA 30/11/2016 21:37:06	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
--------------	----	----------------------------------	-------------------------	------------------------

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
3,00	1.500,00 MILILITROS	SODIO CLORURO 0,9% 500 ML 0.9% 500ML	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
4,00	500,00 MILIGRAMOS	CEFALEXINA 500 MG TABLETA O CAPSULA 500 MG	ORAL	6 Horas	SUSPENDIDO
4,00	600,00 MILIGRAMOS	CLINDAMICINA 600MG INYECTABLE 600 MG	INTRAVENOSO	6 Horas	NUEVO
3,00	240,00 MILIGRAMOS	GENTAMICINA (SULFATO) 80 MG/2 ML DE BASE SOLUC	INTRAVENOSO	4 Horas	NUEVO

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ISMAEL AHUMADA AHUMADA

Reg. 14252

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
--------------------------	-----	--------------------------------	-----------------------

FOLIO	74	FECHA 30/11/2016 21:51:07	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
--------------	----	----------------------------------	-------------------------	------------------------

CIRUGIAS		DESCRIPCION	Grupo Quirúrgico
CANT	CÓDIGO		
1	735910	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO NORMAL (EXPULSIVO) INCLUYE: CON O SIN RUPTURA ARTIFICIAL D	I01
		Médico: ISMAEL AHUMADA AHUMAD Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Vía: ABDOMINAL INFRAUMBILICAL

DESCRIPCÓN CIRUGÍA	Medico MD019 ISMAEL AHUMADA AHUMADA	Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
---------------------------	---	--

7J.0 *HOSITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsClxFch

Pag: 18 de 40

Fecha: 16/09/19

G.etareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC-1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441-NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupación: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Étnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

Diagnóstico Preoperatorio: 0839 PARTO UNICO ASISTIDO SIN OTRA ESPECIFICACION

Diagnóstico Postoperatorio: 0709 DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO DE GRADO NO ESPECIFICADO

Tipo de Herida: LIMPIA CONTAMINADA Tipo de Anestesia: LOCAL Tipo de Cirugía: URGENCIAS

Cantidad de Sangrado: 500 ml. Vía: UNICA VÍA

Realización Acto Quirúrgico: 30/11/2016 Hora Inicio 19:30:00 Hora Final 21:30:00

Tiempo de Perfusión: 0 Minuto Tiempo de Clamp: 0 Minuto

Descripción Quirúrgica:

- PARTO VAGINAL: 1. PACIENTE EN POSICIÓN GINECOLÓGICA .
- 2. ASEPSIA, ANTISEPSIA Y COLOCACIÓN DE CAMPOS QUIRÚRGICOS ESTERILES.
- 3. TACTO INICIAL: DILATACIÓN Y BORRAMIENTO COMPLETO, ESTACIÓN +3., MEMBRANAS ROTAS LIQUIDO AMNIOTICO CLARO NORMOTÉRMICO
- 4. SE INFILTRA ZONA PERINEAL CON Xilocaina , SE REALIZA EPISTOMÍA MEDIALATERAL
- 5. EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO, RECIEN NACIDO VIVO, ÚNICO, SEXO MASCULINO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. APgar 9/10 9/10,
- PESO 3280 GRAMOS , LIQUIDO AMNIOTICO CLARO NORMOTÉRMICO
- 6. ALUMBRAMIENTO FISIOLOGICO DE PLACENTA COMPLETO TIPO SCULTZE , A LOS10 MINUTOS
- 7. REVISIÓN UTERINA, REVISIÓN DEL CANAL DEL PARTO SE OBSERVA DESGARRO VAGINAL GRADO IV EN INTROITO Y TERCIO MEDIO DE VAGINA DE APROXIMADAMENTE 2 CM SE SOLICITA CONCURSO DE CIRJUANO EN TURNO DR RICARDO ARTETA QUIEN REALIZA RAFIA DE MUCOSA RECTAL CON SEDA 2/0 LUEGO RAFIA POR PLANOS HASTA MUCOSA CON CROMADO 2 / 0 LUEGO SE CONTINUA
- 8. EPISIORRAFÍA POR PLANOS HASTA PIEL CON CROMADO 2.0.
- 9. TACTOS REVISIONALES NORMALES.
- 10. ASEPSIA PERINEAL,
- 11. PACIENTE TOLERA ACTO.

Complicaciones: SI NO Tejidos enviados a patología : SI NO

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ISMAEL AHUMADA AHUMADA

Reg. 14252

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

OTROS PARTICIPANTES

CÓDIGO	NOMBRE	TIPO	PARTICIPO?
MD069	RICARDO JAVIER ARTETA MOLINA	ESPECIALISTA	S
SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	75	FECHA 30/11/2016 21:55:46	TIPO DE ATENCIÓN
			HOSPITALIZACIÓN

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE 21 AÑOS DE EDAD G1P1 CON DIAGNOSTICOS DE:

1. POSTPARTO VAGINAL CON DESGRARO GRADO IV (DR AHUMADA 19:30 HRS)
2. PUEPERIO INMEDIATO
3. RECIEN NACIDO SEXO MASCULINO PESO 3280 GR 48 CM

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsClxFch

Pag: 19 de 40

Fecha: 16/09/19

G.estareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 – YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupacion: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

SUBJETIVO: PACIENTE RSEFIERE SENTIRSE BIEN

OBJETIVO: PACIENTE CONSCIENTE , ALERTA, HIDRATADA, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES, PULMONES CON MURMULLO VESICULAR PRSENTE SIN SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, ABDOMEN GLOBOso POR UTERO EN INVOLUCION CON BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD A NIVEL D ECICATRIZ UMBILICAL , LOQUIOS HEMATICOS DE ESCASA CANTIDAD NO FETIDOS, EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA.

ANALISIS: PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN SU PUEPERIO INMEDIATO , EVOLUCIONANDO SATISFACTORIA , SIN DATOS DE TOXICIDAD SISTEMICA, QUIEN SE LE INICIA MANEJO ANTIBIOTICO ANTE DESGARRO GRADO IV.

PLAN:

1. ESTANCIA
- HOSPITALIZACION
2. DIETA
- LIQUIDA
3. MEDICAMENTOS
- SSN 0.9% 1500 CC IV CADA 24 HORAS
- CLINDAMICINA 600 MG IV CADA 6 HORAS
- GENTAMICINA 240 MG IV CADA 6 HORAS
4. PARACLINICOS
- HEMOGRAMA
5. CUIDADOS DE ENFERMERIA
- CONTROL DE SIGNOS VITALES Y SANGRADO
- AVISAR CAMBIOS
6. ASITENCIAL
- SEGÚIMIENTO POR GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Evolución realizada por: ISMAEL AHUMADA AHUMADA-Fecha: 30/11/16 21:56:11

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción
1	HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS L Realizado

RESULTADOS

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	VALORES RF
WBC	21.47	10 ⁹ /L	
WBC		10 ⁹ /L	
RBC	4.35	10 ¹² /	
RBC		10 ¹² /	
HGB	12.3	G/DL	
HGB		G/DL	
HCT	37.7	%	

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsClixFch

Pag: 20 de 40

Fecha: 16/09/19

G.etareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupacion: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

HCT		%
MCV	86.6	FL
MCV		FL
MCH	28.4	PG
MCH		PG
MCHC		G/DL
MCHC		G/DL
CHCM	32.8	G/DL
CHCM		G/DL
CH		PG
CH		PG
RDWC	14.2	%
RDWC		%
HDW		G/DL
HDW		G/DL
PLT	249	10'9/L
PLT		10'9/L
MPV	9.1	FL
MPV		FL
PDWC		%
PDWC		%
PCT	0.23	%
PCT		%
GR%	86.9	%
GR%		%
LY%	7.1	%
LY%		%
%MONO	4.1	%
%MONO		%
%EOS	0.3	%
%EOS		%
%BASO	0.4	%

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO

81

FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE



890112801 - 3

RHsClxFch

Pag: 21 de 40

Fecha: 16/09/19

G.Letareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 – YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441-NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 **Edad actual :** 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupacion: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

%BASO		%
%LUC	1.2	%
%LUC		%
GRA	18.65	10 ⁹ /L
GRA		10 ⁹ /L
LYM	1.53	10 ⁹ /L
LYM		10 ⁹ /L
#MONO	0.88	10 ⁹ /L
#MONO		10 ⁹ /L
#EOS	0.06	10 ⁹ /L
#EOS		10 ⁹ /L
#BASO	0.09	10 ⁹ /L
#BASO		10 ⁹ /L
#LUC	0.26	10 ⁹ /L
#LUC		10 ⁹ /L

FECHA Y HORA DE APLICACION: 01/12/2016 07:05:55 REALIZADO POR: MARIBEL DE JESUS LUBO OROZCO

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ISMAEL AHUMADA AHUMADA

Reg. 14252

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE PRINCIPAL HOSPITAL Edad : 21 AÑOS

FOLIO 77 FECHA 30/11/2016 22:40:47 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	240,00 MILIGRAMOS	GENTAMICINA (SULFATO) 80 MG/2 ML DE BASE SOLUC.	INTRAVENOSO	24 Horas	MODIFICADO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO

**FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE**

890112801 - 3

RHsClixFch

Pag: 22 de 40

Fecha: 16/09/19

G.etareo: ... 6

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS**

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupacion: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18.

ISMAEL AHUMADA AHUMADA

Reg. 14252

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS	
FOLIO	80	FECHA 01/12/2016 06:31:37	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE DE 21 AÑOS DE EDAD G1P1 CON DIAGNOSTICOS DE:

1. POSTPARTO VAGINAL CON DESGARRO GRADO IV (DR AHUMADA 21:30 HRS)
2. PUEPERIO INMEDIATO
3. RECIEN NACIDO SEXO MASCULINO 3280 GR 48 CM

SUBJETIVO: PACIENTE HA DEAMBULADO, DIURESIS PRESENTE, TOLERA OXIGENO AMBIENTE

OBJETIVO: PACIENTE CONSCIENTE , ALERTA, HIDRATADA, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES (FC: 92 LPM, SO2: 100%, PA: 110/50 MMHG, T: 37°C, FR: 20 RPM), PULMONES CON MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO EN INVOLUCION CON BOLO DE SEGURIDAD DE PINRAD 1 CM DEBAJO DE CICATRIZ UMBILICAL , SIN EVIDENCIA DE SIGNOS INFLAMATORIOS EN EPISORRAFIA, LOQUIOS HEMATICO DE MODERADA CANTIDAD NO FÉTIDOS, EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMÁ.

ANALISIS: PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN SU PUEPERIO EVOLUCIONANDO DE MANERA SATISFACTORIA, SIN SIGNOS DE TOXICIDAD SISTEMICA PRESENTE, CONTINUA MANEJO MEDICO INSTAURADO.

Evolución realizada por: ISMAEL AHUMADA AHUMADA-Fecha: 01/12/16 06:31:41

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ISMAEL AHUMADA AHUMADA

Reg. 14252

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS	
FOLIO	81	FECHA 01/12/2016 08:20:36	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 23 de 40

Fecha: 16/09/19

G.tareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441-NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA MÉTROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupacion: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

7:00: RECIBO PACIENTE EN SALA DE MATERNIDAD HOSPITALIZADA POR NO DISPONIBILIDAD DE CAMA EN HOSPITALIZACION CONCIENTE ORIENTADA, MUCOSAS ORAL Y NASAL HUMEDAS, CUELLO MOVIL, VENA CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR MAS TAPON VENOSO, BOLO DE SEGURIDAD PRESENTE, SANGRADO VAGINAL EN MODERADA CANTIDAD, CON RECIEN NACIDO AL LADO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES.

8:00: RONDA MEDICA DR. DAUTT. RECIBE DIETA BIEN TOLERADA.

8:30 SE TRASLADA AL SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN SILLA RUEDA EN COMPAÑIA DE JEFE EN TURNO, AUXILIAR CLINICO Y FAMILIAR, CONCIENTE ORIENTADA, MUCOSAS ORAL Y NASAL HUMEDAS, CUELLO MOVIL, VENA CANALIZADA EN MIEMBRO SUPERIOR MAS TAPON VENOSO, BOLO DE SEGURIDAD PRESENTE, SANGRADO VAGINAL EN MODERADA CANTIDAD, CON RECIEN NACIDO AL LADO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES.

Nota realizada por: YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ Fecha: 01/12/16 08:22:00

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

YUDIS MARIA CERVANTES DIAZ

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS			
FOLIO	85	FECHA 01/12/2016 10:39:52	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACIÓN		
FORMULA MÉDICA						
Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción	
1,00	1.000,00 MILILITROS	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% 500 CC SOLUCIO	INTRAVENOSO	Ahora	SUSPENDIDO	
3,00	1.500,00 MILILITROS	SODIO CLORURO 0.9% 500 ML 0.9% 500ML	INTRAVENOSO	24 Horas	SUSPENDIDO	
1,00	5,00 UNIDADES INTERNOXITOINA 10 UI/ML SOLUCION INYECTABLE 10 U.I/ML		INTRAVENOSO	Ahora	SUSPENDIDO	
4,00	600,00 MILIGRAMOS	CLINDAMICINA 600MG INYECTABLE 600 MG	INTRAVENOSO	6 Horas	MODIFICADO	
1,00	240,00 MILIGRAMOS	GENTAMICINA (SULFATO) 80 MG/2 ML DE BASE SOLUC	INTRAVENOSO	24 Horas	MODIFICADO	
4,00	1,00 GRAMOS	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA 500 MG	ORAL	6 Horas	MODIFICADO	

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO

**FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE**

890112801 - 3

RHsClxFch

Pag: 24 de 40

Fecha: 16/09/19

G.estareo: 6

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 – YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS****Empresa:** 441- NUEVA EPS S.A.**Fecha Nacimiento:** 18/07/1995 **Edad actual :** 24 AÑOS**Teléfono:** 3216928616**Barrio:** CIUDADELA METROPOLITANA**Municipio:** SOLEDAD**Etnia:** NINGUNA**Nivel Educativo:** BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)**Discapacidad:** NO APLICA**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Casado(a)**Dirección:** CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO**Departamento:** ATLANTICO**Ocupacion:** AUXILIARES DE MAESTROS**Grupo Etnico:** NO APLICA**Atención Especial:** NO APLICA**Grupo Poblacional:** NO APLICA**Acompañante:** ISABEL GUZMAN**Teléfono:** 3045984598

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

LAURA PATRICIA CABANA SOLAR

Reg. 083520

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	86	FECHA 01/12/2016 12:33:28	TIPO DE ATENCIÓN

EVOLUCIÓN MÉDICO

INGRESO HOSPITALIZACIÓN GINECOLOGIA

PACIENTE DE 21 AÑOS DE DAD G1P1 QUIE INGRESA AL SERVICIO DE HOSPITALIZACION GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA CON DIAGNOSTICO DE:

1. POSTPARTO VAGINAL CON DESGARRO GRADO IV (DR. AHUMADA 21:30 HORAS)
2. PUERPERIO INMEDIATO.
3. RECIEN NACIDO MASCULINO: 3280 GR, 48 CM.

SUBJETIVO: PACIENTE ASINTOMATICA QUIEN REFIERE SENTIRSE BIEN, , AFEBRIL, CON DOLOR EN HERIDA.

OBJETIVOS:

SIGNOS VITALES: TA 125/80, FC 80, FR 17, T 36°C,

EXAMEN FISICO:

-SNC: ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN TODAS LAS EXTREMIDADES, ROT ++/+++, SIN SIGNOS MENINGEOS, SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE.

-PIEL: SIN LESIONES APARENTESES.

-DORSO: MAMAS SIMETRICAS, TURGENTES, NODULARES, POCO SECRETORAS, PIEL Y PEZONES SIN LESIONES APARENTESES.

-CCC: NORMOCCEFALO, CARA SIMETRICA, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, PUPILLAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUERLO MOVIL. NO DOLOROSO. NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS. SIN INGURGITACION YUGULAR.

-TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN USO DE MUSCULATURA ACCESORIA, RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES SIN AGREGADOS.

-CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUEN TONO E INTENSIDAD, NO SE AUSULTAN SOPLOS. PMI 5TO ESPACIO INTERCOSTAL CON LINEA MEDIOCLAVICULAR.

-ABDOMEN: SEMIGLOBOSO POR UTERO EN INVOLUCIÓN. BOLO DE SEGURIDAD DE PINNARD POR DEBAJO DE CICATRIZ UMBILICAL CON ADECUADA INVOLUCIÓN. SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. PUÑO PERCUSION NEGATIVA.

-GENITORURINARIO: NORMOCONFIGURADOS EXTERNAMENTE. LOQUIOS HEMATICOS DE MODERADA CANTIDAD, SE APRECIA CICATRIZ DE EPISIORRAFIA SIN SIGNOS DE INFLAMACION.

PARACLINICOS

30/11/16

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsClxFch

Pag: 25 de 40

Fecha: 16/09/19

G.tareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 – YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45. CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupacion: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

- HEMOGRAMA: HB 12.3, HTO 37.7%, VCM 86.6, HCM 28.4, WBC 21470, PLT 249000.
- TOXO IGM: NEGATIVO.

ANALISIS: PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS G1 P1 QUIEN SE ENCUENTRA EN SU PUEPERIO INMEDIATO SECUNDARIO A POSTPARTO VAGINAL CON DESGARRO GRADO IV. ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, CON BUEN PATRON RESPIRATORIO Y ESTABLE HEMODINAMICO. SIGNOS VITALES DENTRO DE LIMITES NORMALES, SE APRECIA BOLO DE SEGURIDAD DE PINNARD POR DEBAJO DE CICATRIZ UMBILICAL CON ADECUADA INVOLUCION, LOQUERO HEMATICO DE MODERADA CANTIDAD Y CICATRIZ DE EPISIORRAFIA SIN SIGNOS DE INFLAMACION O INFECCION. SE INDICA CONTINUAR CON ANTIBIOTIOTERAPIA COMBINADA CON CLINDAMICINA/GENTAMICINA Y CONTINUAR EVOLUCION DE SU PUEPERIO. SE INFORMA A PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:

1. ESTANCIA
- HOSPITALIZACIÓN.
2. DIETA: LIQUIDA:
3. FARMACOLOGICOS:
 - SSN 0.9% 1500 CC IV CADA 24 HORAS.
 - CLINDAMICINA 600 MG IV CADA 6 HORAS.
 - GENTAMICINA 240 MG IV CADA 6 HORAS.
4. CUIDADOS DE ENFERMERIA:
 - CONTROL DE SIGNOS VITALES Y SANGRADO.
 - AVISAR CAMBIOS
5. SEGUIMIENTO POR SERVICO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

Evolución realizada por: LENIS ESTHER RAMOS GARCIA-Fecha: 01/12/16 12:33:41

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

LENIS ESTHER RAMOS GARCIA

Reg. 1757

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	87	FECHA 01/12/2016 15:29:40	TIPO DE ATENCIÓN

DIAGNÓSTICO	0839	PARTO UNICO ASISTIDO SIN OTRA ESPECIFICACION	Tipo PRINCIPAL
-------------	------	--	----------------

RECOMENDACIONES

OTRO

CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS

VIGILAR BOLO DE SEGURIDAD Y ELIMINACION DE LOQUIOS.

VIGILAR PATRON RESPIRATORIO Y SATUROMETRIA CADA 4 HORAS.

CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS.

7J.0 *HOSPTIAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsClxFch

Pag: 26 de 40

Fecha: 16/09/19

G.estareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEYID PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441-NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupacion: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

CUIDADOS DE HERIDA QUIRURGICA.

MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

FAMILIAR Y/O ACOMPAÑANTE PERMANENTE AUTORIZADO

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

LAURA PATRICIA CABANA SOLAR

Reg. 083520

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	88	FECHA 01/12/2016 16:17:35	TIPO DE ATENCIÓN

SIGNOS VITALES

Hora Toma: 16:00:00

SIGNOS BÁSICOS				
Presión Arterial			Frecuencia Cardíaca (Pulsaciones/Minuto)	
Sistólica (MmHg) 138 Diastólica (MmHg) 95 Media 109			19	
Temperatura (Grados/Minuto)			Vía de Toma de la Temperatura	
36,50			Axilar	
Pulso (Pulsaciones/Minuto)			Estado de Conciencia	
0			Sin Selección	
Saturación de Oxígeno (%)			98	
MEDIDAS ANTROPOMETRICAS				
Peso (Kg)	0,00	Talla (Cm)	0,00	Indice de masa Corporal (I.M.C.)
Perímetro Cefálico (Cm)	0,00	Perímetro Abdominal (Cm)	0,00	Perímetro Torácico (cm)
ESCALAS				
Escala de Dolor	0	Tipo Escala	ADULTO	Gleason
Indicadores de Pronóstico				
Glasgow	0	Richmond Rass	0	Ramsay 0 Riesgo Cardiovascular (%) 0 Estadio Renal 0
OTRAS				
Presión Intracranial (MmHg)	0	Presión de Perfusion Cerebral (MmHg)	0	Presión Intra Abdominal (MmHg) 0
Tamaño Pupilar Ojo Derecho (mm)	0	Tamaño Pupilar Ojo Izquierdo (mm)	0	Modo Ventilatorio
Glucometría (Mg/Dl)	0	Presión Venosa Central	0	Estado Hidratación Hidratado
Reacción a la Luz				Presión arterial Pulmonar
Ojo Derecho	Si	No	Ojo Izquierdo	Sistólica (MmHg) 0 Diastólica (MmHg) 0 Media 0

NEUROLÓGICO: Sin Selección

7J.0 *HOSVITAL*

% SATURACIÓN O.2.: 98

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 27 de 40

Fecha: 16/09/19

G.estareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 – YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 **Edad actual :** 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupacion: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

NOTAS ENFERMERIA

11:30 INGRESA AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN CONSCIENTE, ORIENTA EN CAMILLA EN COMPAÑIA DE AUXILIAR CLINICO, ENFERMERA Y FAMILIAR PROCEDENTE DE GINECOLOGIA, SE OBSERVA BUEN PATRON RESPIRATORIO, CUELLO MOVIL, TORAX SIMETRICO, VIA PERIFERICA CON TAPON VENOSO, BOLO DE SEGURIDAD PRESENTE, LOQUIOS EN MODERADA CANTIDAD, MIEMBROS INFERIORES EN BUEN ESTADO CON HISTORIA CLINICA COMPLETA.

11:40 SE TOMA MUESTRA DE SANGRE SE ENVIA A LABORATORIO.

12:00 RECIBE TTO ORDENADO.

12:30 RECIBE DIETA ORDENADA Y TOLERA.

14:00 RECIBE VISITA DE FAMILIAR.

15:00 DIURESIS ESPONTANEA.

16:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES, REGISTRADOS.

Nota realizada por: SANDRA MILENA ARRIETA CARRASQUILLA Fecha: 01/12/16 16:17:36

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

SANDRA MILENA ARRIETA CARRASQUILLA

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
-------------------	-----	-------------------------	----------------

FOLIO	89	FECHA 01/12/2016 18:41:20	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
-------	----	---------------------------	------------------	-----------------

NOTAS ENFERMERIA

17:00 RECIBE DIETA ORDENADA Y TOLERA.

18:00 RECIBE TTO ORDENADO.

19:00 QUEDA EN SU UNIDAD, CONSCIENTE, ORIENTADA SIN COMPAÑIA DE FAMILIAR CON RECIENTE NACIDO AL LADO, CON BUEN PATRON RESPIRATORIO, CUELLO MOVIL, TORAX SIMETRICO, VIA PERIFERICA CON TAPON VENOSO, BOLO DE SEGURIDAD PRESENTE, LOQUIOS EN MODERADA CANTIDAD, MIEMBROS INFERIORES EN BUEN ESTADO.

Nota realizada por: SANDRA MILENA ARRIETA CARRASQUILLA Fecha: 01/12/16 18:41:21

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

SANDRA MILENA ARRIETA CARRASQUILLA

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
-------------------	-----	-------------------------	----------------

FOLIO	90	FECHA 01/12/2016 22:40:05	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
-------	----	---------------------------	------------------	-----------------

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO

**FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE**

890112801 - 3

RHsClixFch

Pag: 28 de 40

Fecha: 16/09/19

G.estareo: 6

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS****Empresa:** 441-NUEVA EPS S.A.**Fecha Nacimiento:** 18/07/1995 **Edad actual :** 24 AÑOS**Teléfono:** 3216928616**Barrio:** CIUDADELA METROPOLITANA**Municipio:** SOLEDAD**Etnia:** NINGUNA**Nivel Educativo:** BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)**Discapacidad:** NO APLICA**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Casado(a)**Dirección:** CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO**Departamento:** ATLANTICO**Ocupacion:** AUXILIARES DE MAESTROS**Grupo Etnico:** NO APLICA**Atención Especial:** NO APLICA**Grupo Poblacional:** NO APLICA**Acompañante:** ISABEL GUZMAN**Teléfono:** 3045984598**NOTAS ENFERMERIA**

19+00 RECIBO EN SU UNIDAD CONSCIENTE ORIENTADA,MUCOSA ORAL HUMEDA,TAPON VENOSO,BOLO DE SEGURIDAD PRESENTE,HERIDA QX.CUBIERTA,LOQUIOS MODERADA CANTIDAD.EXREMIDADES SIMETRICAS.BARANDA ELEVADA.EN COMPAÑIA DE FAMILIAR+RECIENTE NACIDO..
23+00 RONDA DE ENFERMERIA.

Nota realizada por: JUNIA ESTHER FERREIRA ZAMBRANO **Fecha:** 01/12/16 22:40:06**FIRMA DIGITAL****Resolución 1995 de 1999****Artículo 18****JUNIA ESTHER FERREIRA ZAMBRANO**

Reg. .

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad :	21 AÑOS	
FOLIO	91	FECHA	02/12/2016 00:48:37	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
4,00	600,00 MILIGRAMOS	CLINDAMICINA 600MG INYECTABLE 600 MG	INTRAVENOSO	6 Horas	CONTINUAR
1,00	240,00 MILIGRAMOS	GENTAMICINA (SULFATO) 80 MG/2 ML DE BASE SOLUC	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
4,00	1,00 GRAMOS	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA 500 MG	ORAL	6 Horas	CONTINUAR

FIRMA DIGITAL**Resolución 1995 de 1999****Artículo 18****ROSSANNA PATRICIA ELIAS GUERRERO**

Reg. 3020

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad :	21 AÑOS	
FOLIO	93	FECHA	02/12/2016 05:47:20	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

SIGNOS VITALES

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 29 de 40

Fecha: 16/09/19

G.etareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441-NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 **Edad actual :** 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupación: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

Hora Toma: 04:00:00

SIGNOS BÁSICOS					
Presión Arterial			Frecuencia Cardiaca (Pulsaciones/Minuto)		85
Sistólica (MmHg) 106 Diastólica (MmHg) 60 Media 75			Frecuencia Respiratoria (Respiraciones/Minuto)		15
Temperatura (Grados/Minuto)			Vía de Toma de la Temperatura		Axilar
Pulso (Pulsaciones/Minuto)			Estado de Conciencia		Sin Selección
Saturación de Oxígeno (%)					
MEDIDAS ANTROPOMETRICAS					
Peso (Kg)	0,00	Talla (Cm)	0,00	Indice de masa Corporal (I.M.C.)	30,73
Perímetro Cefálico (Cm)	0,00	Perímetro Abdominal (Cm)	0,00	Perímetro Torácico (cm)	
ESCALAS					
Escala de Dolor	0	Tipo Escala	ADULTO	Gleason	
Indicadores de Pronóstico					
Glasgow	0	Richmond Rass	0	Ramsay	0
				Riesgo Cardiovascular (%)	0
				Estadio Renal	0
OTRAS					
Presión Intracranal (MmHg)	0	Presión de Perfusion Cerebral (MmHg)	0	Presión Intra Abdominal (MmHg)	0
Tamaño Pupilar Ojo Derecho (mm)	0	Tamaño Pupilar Ojo Izquierdo (mm)	0	Modo Ventilatorio	
Giucometría (Mg/Dl)	0	Presión Venosa Central	0	Estado Hidratación	Hidratado
Reacción a la Luz					
Ojo Derecho	SI	No	Ojo Izquierdo	SI	No
				Presión arterial Pulmonar	
				Sistólica (MmHg)	0
				Diastólica (MmHg)	0
				Media	0

NEUROLÓGICO: Sin Selección

% SATURACIÓN O.2.: 100

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

MARIA LICETH NUÑEZ LARA

Reg.

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 **SEDE PRINCIPAL HOSPITAL**

Edad : 21 AÑOS

FOLIO 94 **FECHA** 02/12/2016 07:06:46 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

00+00 SE OBSERVA PACIENTE LACTANDO A RECIEN NACIDO. RECIBO TRATAMIENTO ORDENADO.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO

**FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE**

890112801 - 3

RHsClixFch

Pag: 30 de 40

Fecha: 16/09/19

Getareo: 6

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS****Empresa:** 441-NUEVA EPS S.A.**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 18/07/1995 **Edad actual :** 24 AÑOS**Sexo:** Femenino**Grupo Sanguíneo:** B+**Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3216928616**Dirección:****CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO****Barrio:** CIUDADELA METROPOLITANA**Departamento:****ATLANTICO****Municipio:** SOLEDAD**Ocupacion:****AUXILIARES DE MAESTROS****Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:** NO APLICA**Nivel Educativo:** BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)**Atención Especial:** NO APLICA**Discapacidad:** NO APLICA**Grupo Poblacional:** NO APLICA**Acompañante:** ISABEL GUZMAN**Teléfono:** 3045984598

02+00 RECIBE TRATAMIENTO ORDENADO.

04+00 CONTROL DE SIGNOS VITALES.

06+00 RECIBE TRATAMIENTO ORDENADO.

07+00 PACIENTE EN SU UNIDAD DESPIERTA CONSCIENTE ORIENTADA CON BARANDAS ELEVADAS A SU LADO RECIENTE NACIDO EN COMPAÑIA DE FAMILIAR ALERTA CON BUEN PATRON RESPIRATORIO CUERPO MOVIL VIA PERIFERICA PERMEABLE CON TAPON VENOSO PARA TRATAMIENTO ABDOMEN BLANDO A LA PALPACION HERIDA QUIRURGICA EN ABDOMEN MIEMBROS INFERIORES EN BUEN ESTADO

Nota realizada por: MARIA LICETH NUÑEZ LARA Fecha: 02/12/16 07:06:49**FIRMA DIGITAL**
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18**MARIA LICETH NUÑEZ LARA**

Reg.

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	95	FECHA 02/12/2016 09:07:04	TIPO DE ATENCIÓN

NOTAS ENFERMERIA

07:00 En su unidad, consciente, orientada con barandas elevadas, recién nacido a su lado en buenas condiciones generales, en compañía de familiar con buen patrón respiratorio, cuello móvil, tórax simétrico, abdomen blando al palpación, vena periférica con tapón venoso, inferiores eutrófico.

08:00 Control de signos vitales, registrados.

08:30 Recibe dieta ordenada y tolera.

10:00 Ronda médica por médico de turno.

Nota realizada por: DIANA RODRÍGUEZ DE LA HOZ Fecha: 02/12/16 09:07:05**FIRMA DIGITAL**
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18**DIANA RODRÍGUEZ DE LA HOZ**

Reg.

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	98	FECHA 02/12/2016 17:09:24	TIPO DE ATENCIÓN

EVOLUCIÓN MÉDICO

PACIENTE DE 21 AÑOS DE DAD G1P1 CON DIAGNOSTICOS DE:

1. POSTPARTO VAGINAL CON DESGARRO GRADO IV (DR. AHUMADA 21:30 HORAS)

2. PUEPERIO INMEDIATO.

7J.0 *HOSPITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHSClickFch

Pag: 31 de 40

Fecha: 16/09/19

G.estareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupación: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

3. RECIEN NACIDO MASCULINO: 3280 GR, 48 CM.

SUBJETIVO

PACIENTE REFIERE HABER REALIZADO DEPOSICIONES SIN DOLOR, NIEGA SANGRADO POR GENITALES.

OBJETIVO

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES ALERTA CONCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, HIDRATADA, AFEBRIL.

EXAMEN FISICO:

TA 110/70 FC 75 FR 18 SAT 100% T37.0°C

-SNC: ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN TODAS LAS EXTREMIDADES, ROT ++/++, SIN SIGNOS MENINGEOS, SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE.-PIEL: SIN LESIONES APARENTES.-DORSO: MAMAS SIMETRICAS, TURGENTES, NODULARES, POCO SECRETORAS, PIÉL Y PEZONES SIN LESIONES APARENTES.-CCC: NORMOCEFALO, CARA SIMETRICA, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, PUPILLAS ISOCORICAS NORMORRECTIVAS. MUCOSA ORAL HUMEDA, CUERLO MOVIL. NO DOLOROSO. NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS. SIN INGURGITACIÓN YUGULAR. -TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN USO DE MUSCULATURA ACCESORIA, RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES SIN AGREGADOS.-CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUEN TONO E INTENSIDAD, NO SE AUSCULTAN SOPLOS. PMI 5TO ESPACIO INTERCOSTAL CON LINEA MEDIOCLAVICULAR.-ABDOMEN: SEMIGLOBOSO POR UTERO EN INVOLUCIÓN. BOLO DE SEGURIDAD DE PINNARD POR DEBAJO DE CICATRIZ UMBILICAL CON ADECUADA INVOLUCIÓN. SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. PUÑO PERCUSION NEGATIVA.-GENITORURINARIO: DESGARRO DE MUCOSA AFRONTADO CON CROMADO. LOQUIOS HEMATICOS DE ESCASA CANTIDAD. NO HAY EVIDENCIA DE INFLAMACION.

ANALISIS

PACIENTE EN PUERPERIO INMEDIATO DE PARTO VAGINAL CON DESGARRO DE EPISIOTOMIA A GRADO IV EN CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO, CON DEFECACIÓN EN EL DIA DE AYER SIN SINGOS DE HERNIACION DE MUCOSA INTESTINAL A PARED VAGINAL, CONTINUA EN VIGILANCIA CLINICA PARA CUMPLIR 48 HORAS DE CURSO ANTIBIOTICO, SEGUIREMOS EVOLUCION CLINICA.

PLAN:

1. ESTANCIA- HOSPITALIZACIÓN.
2. DIETA: NORMAL
3. CLINDAMICINA 600 MG IV CADA 6 HORAS.
- GENTAMICMINA 240 MG IV CADA 6 HORAS.
4. CUIDADOS DE ENFERMERIA:- CONTROL DE SIGNOS VITALES Y SANGRADO.- AVISAR CAMBIOS
5. SEGUIMIENTO POR SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Evolución realizada por: ISMAEL AHUMADA AHUMADA-Fecha: 02/12/16 17:10:02

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ISMAEL AHUMADA AHUMADA

Reg. 14252

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 32 de 40

Fecha: 16/09/19

Getareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEYD PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441-NUEVA EPS S.A.

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Teléfono: 3216928616

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Departamento: ATLANTICO

Municipio: SOLEDAD

Ocupación: AUXILIARES DE MAESTROS

Etnia: NINGUNA

Grupo Etnico: NO APLICA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Atención Especial: NO APLICA

Discapacidad: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE PRINCIPAL HOSPITAL Edad : 21 AÑOS

FOLIO 99 FECHA 02/12/2016 18:49:56 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

SIGNOS VITALES

Hora Toma: 16:00:00

SIGNOS BÁSICOS					
Presión Arterial			Frecuencia Cardíaca (Pulsaciones/Minuto)		80
Sistólica (MmHg) 110 Diastólica (MmHg) 80 Media 90			Frecuencia Respiratoria (Respiraciones/Minuto)		20
Temperatura (Grados/Minuto)			Vía de Toma de la Temperatura		Axilar
Pulso (Pulsaciones/Minuto)			Estado de Conciencia		Sin Selección
Saturación de Oxígeno (%)					
MEDIDAS ANTROPOMETRICAS					
Peso (Kg)	0,00	Talla (Cm)	0,00	Indice de masa Corporal (I.M.C.)	30,73
Perímetro Cefálico (Cm)	0,00	Perímetro Abdominal (Cm)	0,00	Perímetro Torácico (cm)	
ESCALAS					
Escala de Dolor	0	Tipo Escala	ADULTO	Gleason	
Indicadores de Pronóstico					
Glasgow	0	Richmond Rass	0	Ramsay	0
				Riesgo Cardiovascular (%)	0
				Estadio Renal	0
OTRAS					
Presión Intracraneal (MmHg)	0	Presión de Perfusión Cerebral (MmHg)	0	Presión Intra Abdominal (MmHg)	0
Tamaño Pupilar Ojo Derecho (mm)	0	Tamaño Pupilar Ojo Izquierdo (mm)	0	Modo Ventilatorio	
Glucometria (Mg/Dl)	0	Presión Venosa Central	0	Estado Hidratación	Hidratado
Reacción a la Luz					
Ojo Derecho	Si	No	Ojo Izquierdo	Si	No
				Presión arterial Pulmonar	
				Sistólica (MmHg)	0
				Diastólica (MmHg)	0
				Media	0

NEUROLÓGICO: Sin Selección

% SATURACIÓN O.2.: 99

NOTAS ENFERMERIA

16:00 Control de signos vitales anotados.

18:00 Recibe dieta ordenada v.o.

19:00 Queda en su unidad con barandas elevadas recién nacido a su lado en buenas condiciones generales palidez

mucocutánea tórax simétrico vena periférica con tapón venoso sangrado vaginal moderado, herida quirúrgica con vendajes limpios, miembros inferiores eutróficos.

Nota realizada por: DIANA RODRÍGUEZ DE LA HOZ Fecha: 02/12/16 18:49:57

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsClxFch

Pag: 33 de 40

Fecha: 16/09/19

G.etareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 – YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Dirección: CRA 5 D. NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupacion: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1998
Artículo 18

DIANA RODRÍGUEZ DE LA HOZ

Reg.

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS	
FOLIO	100	FECHA 02/12/2016 23:28:07	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

SIGNOS VITALES

Hora Toma: 20:00:00

SIGNOS BÁSICOS				
Presión Arterial			Frecuencia Cardíaca (Pulsaciones/Minuto)	
Sistólica (MmHg) 110 Diastólica (MmHg) 60 Media 76			78	
Temperatura (Grados/Minuto)			Frecuencia Respiratoria (Respiraciones/Minuto)	
0,00			22	
Pulso (Pulsaciones/Minuto)			Vía de Toma de la Temperatura	
0			Axilar	
Saturación de Oxígeno (%)			Estado de Conciencia	
0			Sin Selección	
MEDIDAS ANTROPOMETRICAS				
Peso (Kg)	0,00	Talla (Cm)	0,00	Indice de masa Corporal (I.M.C.)
Perímetro Cefálico (Cm)	0,00	Perímetro Abdominal (Cm)	0,00	Perímetro Torácico (cm)
ESCALAS				
Escala de Dolor	0	Tipo Escala	ADULTO	Gleason
Indicadores de Pronóstico				
Glasgow	0	Richmond Rass	0	Ramsay 0 Riesgo Cardiovascular (%) 0 Estadio Renal 0
OTRAS				
Presión Intracraneal (MmHg)	0	Presión de Perfusion Cerebral (MmHg)	0	Presión Intra Abdominal (MmHg) 0
Tamaño Pupilar Ojo Derecho (mm)	0	Tamaño Pupilar Ojo Izquierdo (mm)	0	Modo Ventilatorio
Glucometría (Mg/Dl)	0	Presión Venosa Central	0	Estado Hidratación Hidratado
Reacción a la Luz				Presión arterial Pulmonar
Ojo Derecho	SI	No	Ojo Izquierdo	SI No
				Sistólica (MmHg) 0 Diastólica (MmHg) 0 Media 0

NEUROLÓGICO: Sin Selección

NOTAS ENFERMERIA

19+00 EN SU UNIDAD POS CESAREA CONSCIENTE ORIENTADA EN CAMA CON TAPON VENOSO PARA TRATAMIENTO, HERIDA QUIRURGICA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsClxFch

Pag: 34 de 40

Fecha: 16/09/19

G.etareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 – YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupacion: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

CUBIERTA CON APOSITOS LIMPIOS Y SECOS, SANGRADO VAGINAL MODERADO CON RECIEN NACIDO ESTABLE AL LADO

20+00 SE OBSERVA LACTANDO AL RECIEN NACIDO

22+00 RONDA DE ENFERMERIA

00+00 SE AMADMINISTRA CLINDAMICINA 600 MG, ACETAMINOFEN 1 GR V.O

Nota realizada por: ALEXIS ESTHER ALVAREZ REYES Fecha: 02/12/16 23:28:09

FIRMA DIGITAL

Resolución 1995 de 1999

Artículo 18

ALEXIS ESTHER ALVAREZ REYES

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL		Edad : 21 AÑOS	
FOLIO	101	FECHA	03/12/2016 00:37:00	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACIÓN

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
4,00	600,00 MILIGRAMOS	CLINDAMICINA 600MG INYECTABLE 600 MG	INTRAVENOSO	6 Horas	MODIFICADO
1,00	240,00 MILIGRAMOS	GENTAMICINA (SULFATO) 80 MG/2 ML DE BASE SOLUC	INTRAVENOSO	24 Horas	MODIFICADO
4,00	1,00 GRAMOS	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA 500 MG	ORAL	6 Horas	MODIFICADO

FIRMA DIGITAL

Resolución 1995 de 1999

Artículo 18

LAURA PATRICIA CABANA SOLAR

Reg. 083520

MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL		Edad : 21 AÑOS	
FOLIO	103	FECHA	03/12/2016 02:26:38	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACIÓN

NOTAS ENFERMERIA

02+00 SE AMADMINISTRA GENTAMICINA 240 MG IV

Nota realizada por: ALEXIS ESTHER ALVAREZ REYES Fecha: 03/12/16 02:26:40

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsClxFch

Pag: 35 de 40

Fecha: 16/09/19

G.tareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 – YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupacion: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ALEXIS ESTHER ÁLVAREZ REYES

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE PRINCIPAL HOSPITAL Edad : 21 AÑOS

FOLIO 105 FECHA: 03/12/2016 06:15:58 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

04+00 SE OBSERVA LACTANDO AL RECIEN NACIDO

05+00 SE REALIZA ASEO PERSONAL + ARREGLO DE LA UNIDAD,ASEO A RECIEN NACIDO

06+00 SE ADMINISTRA CLINDAMICIAN 600 MG IV, ACETAMINOFEN 1 G RV.O

07+00 EN SU UNIDAD POS CESAREADA CONSCIENTE ORIENTADA EN CAMA CON TAPON VENOSO PERMEABLE,BOLO DE SEGURIDAD PRESENTE,
, SANGRADO VAGINAL MODERADO CON RECIEN NACIDO ESTABLE AL LADO RECIEN NACIDO DIURESIS + MECONIO POSITIVO

Nota realizada por: ALEXIS ESTHER ALVAREZ REYES Fecha: 03/12/16 06:16:00

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ALEXIS ESTHER ALVAREZ REYES

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 SEDE PRINCIPAL HOSPITAL Edad : 21 AÑOS

FOLIO 107 FECHA 03/12/2016 11:53:07 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

SIGNOS VITALES

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsClixFch

Pag: 36 de 40.

Fecha: 16/09/19

G.estareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441- NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupación: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

Hora Toma: 08:00:00

SIGNOS BÁSICOS				
Presión Arterial			Frecuencia Cardíaca (Pulsaciones/Minuto)	
Sistólica (MmHg) 134 Diastólica (MmHg) 57 Media 82			830	
Temperatura (Grados/Minuto)			Frecuencia Respiratoria (Respiraciones/Minuto)	
36,00			19	
Pulso (Pulsaciones/Minuto)			Vía de Toma de la Temperatura	
0			Axilar	
Saturación de Oxígeno (%)			Estado de Conciencia	
100			Sin Selección	
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS				
Peso (Kg)	0,00	Talla (Cm)	0,00	Índice de masa Corporal (I.M.C.)
Perímetro Cefálico (Cm)	0,00	Perímetro Abdominal (Cm)	0,00	Perímetro Torácico (cm)
ESCALAS				
Escala de Dolor	0	Tipo Escala	ADULTO	Gleason
Indicadores de Pronóstico				
Glasgow	0	Richmond Rass	0	Ramsay
			0	Riesgo Cardiovascular (%)
			0	Estadio Renal
			0	0
OTRAS				
Presión Intracraneal (MmHg)	0	Presión de Perfusion Cerebral (MmHg)	0	Presión Intra Abdominal (MmHg)
Tamaño Pupilar Ojo Derecho (mm)	0	Tamaño Pupilar Ojo Izquierdo (mm)	0	Modo Ventilatorio
Glucometría (Mg/Dl)	0	Presión Venosa Central	0	Estado Hidratación
Reacción a la Luz			Hidratado	
Ojo Derecho	Si	No	Ojo Izquierdo	Si
				No
Sistólica (MmHg)	0	Diestólica (MmHg)	0	Media 0

NEUROLÓGICO: Sin Selección

% SATURACIÓN O.2.: 100

NOTAS ENFERMERIA

07:00 EN SU UNIDAD, CONSCIENTE, ORIENTADA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR CON BUEN PATRÓN RESPIRATORIO, CUELLO MÓVIL, TORAX SIMÉTRICO, VÍA PERIFÉRICA CON TAPÓN VENOSO, ABDOMEN BLANDO, MIEMBRO INFERIORES EN BUEN ESTADO.

08:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES, REGISTRADOS.

08:30 RECIBE DIETA ORDENADA Y TOLERA.

10:00 ESTABLE EN SU UNIDAD.

11:00 RECIBE VISITA DE FAMILIARES.

12:00 RECIBE TTO ORDENADO.

Nota realizada por: SANDRA MILENA ARRIETA CARRASQUILLA Fecha: 03/12/16 11:53:09

7J.0 *HOSPITAL*

Usuario: OMERCADO



FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

890112801 - 3

RHsClxFch

Pag: 37 de 40

Fecha: 16/09/19

G.tareo: 6



HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS

Empresa: 441-NUEVA EPS S.A.

Fecha Nacimiento: 18/07/1995 Edad actual : 24 AÑOS

Teléfono: 3216928616

Barrio: CIUDADELA METROPOLITANA

Municipio: SOLEDAD

Etnia: NINGUNA

Nivel Educativo: BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)

Discapacidad: NO APLICA

Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1

Sexo: Femenino Grupo Sanguíneo: B+ Estado Civil: Casado(a)

Dirección: CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO

Departamento: ATLANTICO

Ocupacion: AUXILIARES DE MAESTROS

Grupo Etnico: NO APLICA

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: NO APLICA

Acompañante: ISABEL GUZMAN

Teléfono: 3045984598

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

SANDRA MILENA ARRIETA CARRASQUILLA

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS	
FOLIO	108	FECHA 03/12/2016 15:25:04	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

12:30 RECIBE DIETA ORDENADA Y TOLERA.

14:00 DIURESIS ESPONTANEA.

15:00 RONDA DE ENFERMERIA.

16:00 CONTROL DE SIGNOS VITALES, REGISTRADOS.

Nota realizada por: SANDRA MILENA ARRIETA CARRASQUILLA Fecha: 03/12/16 15:25:45

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

SANDRA MILENA ARRIETA CARRASQUILLA

Reg.

ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS	
FOLIO	110	FECHA 03/12/2016 16:50:09	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

** EVOLUCION HOSPITALIZACION GINECOLOGIA**

PACIENTE DE 21 AÑOS DE DAD G1P1 CON DIAGNOSTICOS DE:

1. POSTPARTO VAGINAL CON DESGARRO GRADO IV (DR. AHUMADA 21:30 HORAS 30/11/16)
2. PUEPERIO MEDIATO.
3. RECIEN NACIDO MASCULINO: 3280 GR, 48 CM.

SUBJETIVO: PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, AFEBRIL TOLERANDO LA VÍA ORAL, DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESNETES SIN SANGRADO

EXAMEN FISICO:

TA 110/70 FC 70 FR 18 SAT 100% T37.0°C

-SNC: ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, FUERZA MUSCULAR 5/5 EN TODAS LAS EXTREMIDADES, ROT ++/++, SIN

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO

**FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE**

890112801 -3

RHsCIXFch

Pag: 38 de 40

Fecha: 16/09/19

Getareo: 6

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS****Empresa:** 441-NUEVA EPS S.A.**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Fecha Nacimiento:** 18/07/1995 **Edad actual :** 24 AÑOS**Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3216928616**Dirección:** CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO**Barrio:** CIUDADELA METROPOLITANA**Departamento:** ATLANTICO**Municipio:** SOLEDAD**Ocupación:** AUXILIARES DE MAESTROS**Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:** NO APLICA**Nivel Educativo:** BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)**Atención Especial:** NO APLICA**Discapacidad:** NO APLICA**Grupo Poblacional:** NO APLICA**Acompañante:** ISABEL GUZMAN**Teléfono:** 3045984598

SIGNOS MENINGEOS, SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE.

-PIEL: SIN LESIONES APARENTES.

-DORSO: MAMAS SIMETRICAS, TURGENTES, NODULARES, POCO SECRETORAS, PIEL Y PEZONES SIN LESIONES APARENTES.

-CCC: NORMOCERAL, CARA SIMETRICA, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS.

MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL. NO DOLOROSO. NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS. SIN

INGURGITACIÓN YUGULAR.

-TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN USO DE MUSCULATURA ACCESORIA, RUIDOS

RESPIRATORIOS PRESENTES SIN AGREGADOS.

-CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUEN TONO E INTENSIDAD, NO SE AUSCULTAN SOPLOS. PMI 5TO ESPACIO INTERCOSTAL CON LINEA MEDIOCLAVICULAR.

-ABDOMEN: SEMIGLOBOSO POR UTERO EN INVOLUCIÓN. BOLO DE SEGURIDAD DE PINNARD POR DEBAJO DE CICATRIZ UMBILICAL CON ADECUADA INVOLUCIÓN. SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. PUÑO PERCUSION NEGATIVA.

-GENITORURINARIO: DESGARRO DE MUCOSA ÁFRONTADO CON CROMADO. LOQUIOS HEMATICOS DE ESCASA CANTIDAD. NO HAY EVIDENCIA DE INFLAMACION.

ANALISIS

PACIENTE EN PUEPERIO MEDIATO DE PARTO VAGINAL CON DESGARRO DE EPISIOTOMIA A GRADO IV. SE VALORA PACINETE ENCONTRANDOLA EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, VARIABLES VITALES DENTRO DE LA NORMALIDAD, AL EXAMEN FISICO DESGARRO DE MUCOSA AFRNTADO, SIN DEHISCENCIA DE SUTURA CON LOQUIOS SEROHEMATICOS DE ESCASA CANTIDAD, BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD A UN CENTIMETRO DE CICATRIZ UMBILICAL, REALIZANDO DEPOSICIONES Y DIURESIS SIN PROBLEMA. HOY CUMPLIENDO 48 HORAS DE ANTIBIOTICOTERAPIA CON BUENA EVOLUCION POR LO QUE SE INDICA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, Y CITA CONTROL CON GINECOLOGIA EN SU EPS. SE INFORMA A PACIENTE CONDUCTA QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:**1. EGRESO HOSPITALARIO**

- ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 8 HORAS POR 7 DIAS

- CEFALEXINA 500 MG CADA 8 HORAS VO POR 7 DIAS

- CURACION DE LA HERIDA CON AGUA Y JABON

- RETIRO DE PUNTOS EN 7 DIAS

- ASISTIR A CITA CONTROL

Evolución realizada por: ELIZABETH GENÓVEVA DAUTT CHARRIS-Fecha: 03/12/16 16:51:16**FORMULA MÉDICA**

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
3,00	1,00 GRAMOS	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO 500 MG TABLETA	ORAL	8 Horas	NUEVO
TOMAR DOS TABLETAS CADA 8 HORAS POR 7 DIAS					
3,00	1,00 GRAMOS	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA 500 MG	ORAL	8 Horas	NUEVO
TOMAR DOS TABLETAS CADA 8 HORAS POR 7 DIAS					

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO

**FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE****890112801 - 3**

RHsCIXFch

Pag: 39 de 40

Fecha: 16/09/19

G.etareo: 6

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 -- YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS****Empresa:** 441- NUEVA EPS S.A.**Afiliado: COTIZANTE NIVEL 1****Fecha Nacimiento:** 18/07/1995 **Edad actual :** 24 AÑOS**Sexo:** Femenino**Grupo Sanguíneo:** B+**Estado Civil:** Casado(a)**Teléfono:** 3216928616**Dirección:****CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO****Barrio:** CIUDADELA METROPOLITANA**Departamento:****ATLANTICO****Municipio:** SOLEDAD**Ocupacion:****AUXILIARES DE MÄESTROS****Etnia:** NINGUNA**Grupo Etnico:** NO APLICA**Nivel Educativo:** BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)**Atención Especial:** NO APLICA**Discapacidad:** NO APLICA**Grupo Poblacional:** NO APLICA**Acompañante:** ISABEL GUZMAN**Teléfono:** 3045984598

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ELIZABETH GENOVEVA DAUTT CHARRIS

Reg. 3537

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO	111	FECHA 03/12/2016 16:56:14	TIPO DE ATENCIÓN

RECOMENDACIONES**CITA DE CONTROL****SOLICITAR CITA CONTROL POR GINECOLOGIA EN SU EPS****RECOMENDACIONES****OTRO****RECOMENDACIONES:**

- REPOSO ABSOLUTO, FISICO Y SEXUAL
- EVITAR MOVIMIENTOS BRUSCOS DE POSTURA, ESTAR DE PIE POR MAS DE 30 MINUTOS
- DORMIR LATERAL IZQUIERDO
- LEVANTAR MIEMBROS INFERIORES 4 VECES AL DIA POR 5 MINUTOS
- DORMIR MINIMO 6-8 HORAS DIARIAS
- NO SALTAR COMIDAS, COMER ADECUADAMENTE
- TOMAR TEMPERATURA SI SE SIENTE FEBRIL.

SIGNS DE ALARMA:

- FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS CENTIGRADOS
- VOMITA TODO
- CONVULSIONA
- SANGRADO VAGINAL ABUNDANTE
- VE LUCECITAS, ESCUCHA PITICOS O ZUMBIDOS
- DOLOR DE CABEZA QUE NO ALIVIA CON MEDICAMENTOS
- DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE QUE NO ALIVIA CON MEDICAMENTOS
- DIFICULTAD RESPIRATORIA U OTRO SINTOMA QUE CONSIDERE IMPORTANTE
- SE LE HINCHAN LAS MANOS O LOS PIÉS.

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ELIZABETH GENOVEVA DAUTT CHARRIS

Reg. 3537

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**7J.0 *HOSVITAL*****Usuario: OMERCADO**

**FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE**

890112801 - 3

RHsCIXFch

Pag: 40 de 40

Fecha: 16/09/19

Getareo: 6

**HISTORIA CLÍNICA No. CC 1045731832 – YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS****Empresa:** 441-NUEVA EPS S.A.**Fecha Nacimiento:** 18/07/1995 **Edad actual :** 24 AÑOS**Teléfono:** 3216928616**Barrio:** CIUDADELA METROPOLITANA**Municipio:** SOLEDAD**Etnia:** NINGUNA**Nivel Educativo:** BASICA SECUNDARIA (DE 1 A 9)**Discapacidad:** NO APLICA**Afiliado:** COTIZANTE NIVEL 1**Sexo:** Femenino **Grupo Sanguíneo:** B+ **Estado Civil:** Casado(a)**Dirección:** CRA 5 D NN 46 45 CIUDADELA METRO**Departamento:** ATLANTICO**Ocupacion:** AUXILIARES DE MAESTROS**Grupo Etnico:** NO APLICA**Atención Especial:** NO APLICA**Grupo Poblacional:** NO APLICA**Acompañante:** ISABEL GUZMAN**Teléfono:** 3045984598

99289

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Nombre : YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS	Diagnóstico	Día	Mes	Año
	CC 1045731832	0839	3	12 2016
Ocupación : TRABAJADORES QUE HAN DECLARADO OCUPACIONES INSUFICIENTEMENTE DESCRITAS				
Empresa : NUEVA EPS S.A.				
Tipo de Incapacidad : LICENCIA DE MATERNIDAD	Historia Clínica 1045731832			
Fecha Inicia : 03/12/2016 Fecha Fin : 10/03/2017 Días De Incapacidad O Licencia : 98				
Causa Externa : ENFERMEDAD GENERAL Tipo de Atención : Ambulatorio	Procedimiento :			
Diagnóstico Relacionador :				
Fecha Accidente Trabajo : / / 00:00:00 Prórroga : NO Expedida En : SEDE PRINCIPAL HOSPITAL -				
Empresa Donde Trabaja :				
Observaciones del Profesional :				

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

ELIZABETH GENOVEVA DAUTT CHARRIS

Reg. 3537

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Firma Y Sello De Presta. Economicas

Firma Afiliado

SEDE DE ATENCIÓN: 001	SEDE PRINCIPAL HOSPITAL	Edad : 21 AÑOS
FOLIO 112	FECHA 03/12/2016 18:30:53	TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

16:50 RONDA DE GINECOLOGIA QUIEN ORDENA EGRESO CON MEJORIA.

17:00 RECIBE TTO CON CLINDAMICINA ULTIMA DOSIS DE ANTIBIOTICO POR ORDEN MEDICA.

SE ENVIA HISTORIA CLINICA A FACTURACION PARA DILIGENCIAR SALIDA.

17:30 RECIBE DIETA ORDENADA Y TOLERA.

18:20 SE RETIRA VENOCLISIS EGRESA COSNCIENTE, ORIENTADA ESTABLE, BAJO TTO Y RECOMENDACIONES MEDICAS.

Nota realizada por: SANDRA MILENA ARRIETA CARRASQUILLA Fecha: 03/12/16 18:30:54

FIRMA DIGITAL
Resolución 1995 de 1999
Artículo 18

SANDRA MILENA ARRIETA CARRASQUILLA

Reg.

ENFERMERIA

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: OMERCADO

HÜN

Hospital
Universidad
del Norte

PLAN CUIDADO DE ENFERMERIA

45

Nombres y Apellidos: José Melchor Pineda Gutiérrez Barrera

No. Historia: _____

Documento de Identidad:
C.I. T.I. R.C. C.E. No. 1045-731-832.

Edad: 31 años. - Servicio:

Caina: No.

Entitled: Alvea eps

Fecha ingreso: Alquiler en el 2012

Diagnóstico: Pop Dártio vaginal + EN (H)

Dieta: **Nu**

HUN Hospital Universidad del Norte	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INTERNACIÓN	Versión: 1
		Código: FM-HOS-002
		Página: 1 de 3

IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE	<i>Josnely Paola Gómez Barrios</i>	EDAD	<i>21 Años</i>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	<i>A-045-731-832</i>	HISTORIA CLÍNICA	
NOMBRE ACOMPAÑANTE		PARENTESCO	
MÉDICO TRATANTE		REGISTRO MÉDICO	
DIAGNÓSTICO	<i>Embarazo 37 Semanas + Trabajo de parto</i>		

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Considerando: el diagnóstico arriba señalado, efectuado con la información que se ha podido obtener, así como la conveniencia de mi internación en la institución para que se me efectúen los estudios diagnósticos y el tratamiento correspondiente, entendiendo además que con dicha internación se pretende lograr un beneficio para mi salud; declaro que he sido plenamente informado/a acerca de los riesgos propios directos y/o asociados así como de las posibilidades de evolución del tratamiento propuesto, aceptando y entendiendo que no es posible garantizar los resultados del mismo.

He recibido información acerca de las distintas alternativas diagnósticas y/o de tratamiento, así como de los riesgos asociados a las mismas y después de haber tenido oportunidad de efectuar todas las preguntas y solicitar todas las aclaraciones respecto del diagnóstico, de la internación, y tratamiento aconsejados, las que he considerado apropiadas según mi propia capacidad de comprensión de los temas médicos, dejo expresa constancia de lo siguiente:

1. Presto mi consentimiento informado respecto de la internación en el HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE, bajo la atención de los profesionales de la Institución.
2. Presto mi consentimiento informado expreso respecto de la realización de todas las prácticas médica mente aceptadas, cuya necesidad sea determinada durante la internación, pudiendo modificar y/o ampliar los mismos según el criterio de los profesionales médicos actuantes, así como los que se presenten como consecuencia de complicaciones y/o emergencias, respecto de las cuales no sea posible requerir un consentimiento especial.
3. Me comprometo a cumplir con las indicaciones terapéuticas que los médicos y enfermeras que me asistan me indiquen, incluyendo sin que implique limitación, el cumplimiento de las indicaciones que reciba respecto de la necesidad o conveniencia de que se me suministren determinados medicamentos.
4. Manifiesto que me han sido explicadas la naturaleza y razones de los actos de cuidado de enfermería, su importancia dentro del proceso de atención y sus posibles riesgos y complicaciones. Entiendo los beneficios que pretenden estas actividades y luego de comprender y ponderar la información recibida, doy mi autorización libre y espontánea, en pleno uso de mis capacidades mentales, para que el equipo de enfermería profesional y auxiliar, adelante los actos de cuidado que mi condición requiera. Dentro de las actividades más frecuentes que debe realizar el personal de enfermería durante el curso de una hospitalización, se encuentran: punción arterial o venosa, canalización de una vía venosa, administración de medicamentos, higiene, aseo y confort del paciente, valoración de signos vitales, inserción de sondas, curaciones, toma de muestras de laboratorio, terapia respiratoria y/o micronebulización, entre otros.
5. Comprendo que para la efectividad y logro de los objetivos buscados con el tratamiento propuesto por el equipo médico, es indispensable mi colaboración activa y el seguimiento a las indicaciones impartidas por el personal médico y de enfermería, las cuales me comprometo a cumplir a cabalidad.

HUN Hospital Universidad del Norte	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INTERNACIÓN	Versión: 1
		Código: FM-HOS-002
		Página: 2de 3

Si mi caso puede ser de utilidad científica y a tal fin se toman fotografías y videos, autorizo a que sean proyectadas solamente para fines científicos siempre y cuando se me garantice el más absoluto respeto a mi intimidad y anonimato. Autorizo el uso de mi información médica o de historia clínica en estudios de investigación de tipo descriptivo. Autorizo la presencia de estudiantes de medicina y personal en formación en el tratamiento y/o en el curso de la atención en salud.

COMPRENSIÓN DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE Y/O REPRESENTANTE LEGAL O FAMILIAR

"Acepto y entiendo que voy a quedar Hospitalizada por mi trabajo de Parto"

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE

El Hospital Universidad del Norte, en concordancia con lo establecido en las normas vigentes, cuenta con una política que regula la recolección, el uso y el tratamiento de los datos personales de los miembros de su comunidad - usuarios - con el fin de obtener información de interés para la Institución que se traduzca en una mejora de las actividades y de los distintos servicios del HOSPITAL. Los usuarios reconocen que la información personal es suministrada al HOSPITAL de manera voluntaria, por lo que son los únicos responsables de que la misma sea totalmente actual, exacta y veraz y reconocen su obligación de mantenerla actualizada; declaran aceptar plenamente y sin reservas la incorporación de los datos facilitados y su tratamiento, en los términos estipulados en esta política, especialmente para que sea usada con fines estadísticos.

FIRMAS

Enfermera(s):

He (hemos) informado al paciente el propósito y naturaleza de la internación descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

FIRMA DEL PACIENTE	FIRMA DE ENFERMERA
<i>Carmen Gutiérrez B.</i>	<i>Silvana</i>
C.C. o Huella : 1005931832	R.M.
LUGAR Y FECHA	Negocios, 2016,

ESCALA DE BRADEN

Nombre: *José María Gutiérrez Bermeo*
 Edad: *71 años*

HUN Hospital
 Universidad del Norte

Fecha: *Nov 29 2010*

Puntos	1	2	3	4	5
Percepción Sensorial	COMPLETAMENTE LIMITADA (No responde ni a estímulos dolorosos)	MUY LIMITADA (Responde solo a estímulos dolorosos)	LEVEMENTE LIMITADA (Responde órdenes verbales)	NO ALTERADA (Sin dificil respuesta)	
Humedad	COMPLETAMENTE HUMEDA (Conservando su humedad)	MUY HUMEDA (Cambia de sábanas por lluvia)	OCAZIONALMENTE HUMEDA (Cambio de sábanas 0-12 h)	RARAMENTE HUMEDA (regularmente seca)	
Actividad	ENCAMADO	EN SILLA	DEAMBULA OCASIONALMENTE	DEAMBULA CON FRECUENCIA	
Movilidad	COMPLETAMENTE INMOVIL	MUY LIMITADA (Ligeros cambios ocepcionales)	LIGERAMENTE LIMITADA (Ligeras cambios frecuentes)	SIN LIMITACIONES (movimientos autónomos)	
Nutrición	MUY POBRE	PROBABLEMENTE INADECUADA	ADECUADA	EXCELENTE	
Riesgo	> 14 Bajo	13-14 Medio	< 12 Alto	Puntaje:	<i>23</i>

Revaloración 24 Horas:

ESCALA DE MORSE

	Variables	Puntaje
Motricidad de cama (s)	No	0
	Si	25
Diagnósticos secundarios	No	0
	Si	25
Ayuda para desembarcar (marque solo una)	Ninguna/reposo en cama/ resistencia	0
	Bastón, muletas, caminador	15
	Silla de ruedas	25
Vehiculic (incluye <i>heparin rock</i>)	No	0
	Si	25
Marcha	Normal/reposo en carros/tele de ruedas	0
	Qúbit	10
	Limitada	20
Estado mental	Reconoce sus limitaciones	0
	Se sobresaliente u olvida sus limitaciones	15
	Total:	<i>23</i>
RIESGO	PUNTAJE	REVALORACION
BAJO	0-24	ALAS 72 HRS
MEDIO	25-50	ALAS 48 HRS
ALTO.	>50	ALAS 24 HRS

Diligenciado por:

Shirley Mb

VRGencias en
Sala de partos
y obstetricia
Quirúrgica
2º Edición
Gilstrop III
Cunningham
Vandorsten

5

Episiotomía

Es difícil determinar el origen preciso de la episiotomía; sin embargo, uno de los primeros en describirla fue un partero de Dublin, Sir Fielding Ould. Ya en 1742, en su *Treatise of Midwifery in Three Parts*, recomendó el procedimiento para ciertos casos en los que la abertura vaginal externa era tan estrecha que el trabajo de parto se prolongaba en forma peligrosa (Ould, 1742). El primer informe de una episiotomía en los Estados Unidos se atribuye a Taliaferro, de Virginia. Casi 110 años después del *Tratado* de Ould, Taliaferro (1852) comunicó un caso de un parto de una mujer eclámptica de 16 años, en una publicación llamada *The Stethoscope and Virginia Medical Gazette*. Luego de 18 horas de trabajo de parto y, por lo menos, una exanguinación de la cuarta parte de la volemia, su periné estaba lo bastante distendido para dar a luz al lactante. Al pensar que un desgarro del recto era inminente, Taliaferro utilizó un bisturí para realizar una episiotomía mediolateral izquierda de 2,5 cm, a fin de facilitar el parto. El lactante nació muerto, pero las convulsiones cesaron después del parto y la mujer recobró la conciencia la siguiente noche. Taliaferro escribió “Cuando hice esto, no tenía conocimiento de que se hubiera hecho antes y, en realidad, tenía miedo de que mis colegas profesionales me condenaran”.

Las indicaciones para el uso de la episiotomía se ampliaron mucho en los Estados Unidos, cuando dos obstetras renombrados, Pomeroy y DeLee, se convirtieron en defensores del procedimiento. En *The Prophylactic Forceps Operation*, DeLee (1920) afirmó que la

episiotomía preservaría la integridad del piso pélvano y del introito, prevendría el prolапso uterino y la ruptura del tabique vesicovaginal, y restauraría las condiciones virginales. Asimismo, la episiotomía combinada con el parto forcipal evitaría la lesión del cerebro fetal, reduciría la cantidad de epilepsias y retrasos mentales y evitaria la anoxia. DeLee recomendó un parto forcipal con episiotomía mediolateral para todas las nulíparas.

Además de que los obstetras más destacados de la época recomendaban con firmeza la episiotomía, el cambio de las prácticas que rodeaban el proceso del nacimiento también contribuyó a incrementar la utilización de este procedimiento. En 1900, menos del 5% de las mujeres en los Estados Unidos tenían sus partos en hospitalares; hacia 1930, esta cifra llegó a alrededor del 25% y, hacia 1950, era de más del 80% (Thacker y Banta, 1983). El cambio a los partos hospitalarios, aunque, sin lugar a dudas, en gran medida, responsable de que mejorara la morbilidad materna y neonatal, también se asoció con un mayor uso de la episiotomía.

En los Estados Unidos, a comienzos de las décadas de 1920 y 1930, con frecuencia, las mujeres recibían “sueño crepuscular”, una combinación poderosa de fármacos que dejaba inconsciente a la mujer en trabajo de parto. Su incapacidad de cooperar, en forma activa, con el proceso del nacimiento incrementó la utilización del forceps, lo que requería espacio adicional para la manipulación vaginal. Con el traslado al hospital, el sitio más común para dar a luz fue la camilla de la sala de partos y

la posición de litotomía se convirtió en la más frecuente; muchos consideraban que solía agregar, en forma innecesaria, un estrés considerable en el cuerpo perineal y generar desgarros, más allá de la realización de episiotomía (Bromberg, 1986; Thompson, 1987; Yeomans, 1991).

Durante el movimiento de regreso a la naturaleza de la década de 1970, se enfatizó en disminuir las intervenciones durante el parto. Tanto en los Estados Unidos como en Gran Bretaña, surgió una oposición contra la episiotomía sistemática (Arms, 1975; Haire, 1972; Kitzinger, 1981; Thacker y Banta, 1983). Dos publicaciones fueron importantes, en particular, al demandar una revaluación de la episiotomía sistemática; el National Childbirth Trust publicó el primer artículo en Londres (Kitzinger, 1981) y los epidemiólogos Thacker y Banta (1983) publicaron el segundo, en los Estados Unidos. Estos investigadores llegaron a la conclusión de que el uso generalizado de la episiotomía no resistió el escrutinio científico; que se había ignorado el riesgo de la episiotomía durante mucho tiempo y que si la mujer conociera bien la relación riesgo/beneficio, sería poco probable que consintiera con rapidez a someterse a una episiotomía en forma sistemática.

INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

INFLUENCIA DE LAS DIFERENCIAS EN LA PRÁCTICA

En los Estados Unidos, los médicos efectúan la mayoría de los partos y, cuando utilizan la episiotomía, la mediana es la más frecuente (Gass, 1986; Shiono, 1990; Thorp, 1987 y col.). En cambio, las parteras efectúan la mayoría de los partos en Gran Bretaña (Harrison y col., 1984; Reynolds y Yudkin, 1987), Bélgica (Buekens y col., 1985), Suecia (Larsson y col., 1991; Rockner y col., 1988, 1989; Rockner y Olund, 1991) y Dinamarca (Thranov y col., 1990). La episiotomía mediolateral se practica casi siempre, lo que excluye las episiotomías en la línea media en Europa, así como en Sudáfrica (Bex y Hofmeyr, 1987). En Canadá, las episiotomías mediolaterales también se efectúan con mayor frecuencia que en los Estados Unidos (Walker y col., 1991).

Por lo tanto, existen diferencias importantes en la práctica, que se deben tener en cuenta cuando se evalúa la amplia base de datos disponible sobre episiotomías, y sus riesgos y beneficios. Por ejemplo, las complicaciones de la episiotomía mediana están limitadas, en gran medida, a la extensión espontánea que lesionaría el esfínter anal o la mucosa rectal. En la mayoría de las episiotomías medianas se logra una reparación satisfactoria con facilidad; sin embargo, la incidencia de fistulas rectovaginales y de ruptura con formación de cloacas es más elevada que en las episiotomías mediolaterales. Por el contrario, las complicaciones más comunes de las episiotomías mediolaterales son mala cicatrización de la herida y dolor pélvico y dispareunia a largo plazo.

Para interpretar los datos en forma correcta, también se debe conocer la definición empleada para cada grado

de laceración. En Europa, las episiotomías se suelen clasificar sólo como de primero, segundo o tercer grado y, esta última incluye las lesiones del esfínter anal o de la mucosa rectal. La clasificación empleada con mayor frecuencia en los Estados Unidos y la que utilizamos es:

- **Laceración de primer grado:** laceración superficial de la mucosa vaginal o del cuerpo perineal, que no requiere sutura.
- **Laceración o episiotomía de segundo grado:** con compromiso de la mucosa vaginal, de la piel del perineo y del tejido subcutáneo más profundo o de ambos, que requiere sutura.
- **Laceración o episiotomía de tercer grado:** extensión de la laceración, que involucra cualquier parte de la cápsula o del músculo del esfínter anal.
- **Laceración o episiotomía de cuarto grado:** extensión que compromete la mucosa rectal.

INFLUENCIA DEL DISEÑO DEL ESTUDIO

La mayoría de los estudios que evalúan la eficacia y las complicaciones de las episiotomías son retrospectivos. En gran parte de ellos, las variables de confusión de la indicación, es decir, la indicación que llevó a efectuar la episiotomía, también resultaron indicadores del riesgo de desgarros de tercer grado o de cuarto grado. Los estudios basados en datos observacionales y no en ensayos controlados aleatorizados sólo pueden aportar evidencia limitada sobre los beneficios y riesgos del uso diseminado de la episiotomía (Blondel y Kaminski, 1985). Es posible que estos estudios observacionales sean un requisito para diseñar ensayos aleatorizados realistas, pero son sustitutos pobres y es sorprendente hallar que sólo existen tres ensayos prospectivos aleatorizados, que intentaron determinar los méritos del uso sistemático de la episiotomía (Harrison y col., 1984; Sleep y col., 1984; estudio argentino sobre episiotomía [Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group, 1993]). Los estudios prospectivos aleatorizados diseñados en forma apropiada, consumen mucho tiempo y son muy costosos. Por ejemplo, para probar la hipótesis de que el uso restringido de la episiotomía duplicaría la incidencia de lesiones del esfínter anal o de la mucosa rectal desde una tasa del 0,6% con episiotomías mediolaterales hasta una tasa del 1,2%, se requeriría un ensayo controlado aleatorizado, con 5.000 mujeres en cada grupo (Blondel y Kaminski, 1985).

TASAS DE EPISIOTOMÍA

Las episiotomías se efectúan con mayor frecuencia en mujeres nulíparas, independientemente de la tasa basal de episiotomía (Sleep y col., 1984, 1989). Harrison y col. (1984) informaron una tasa de episiotomía del 90% en primigestas que tuvieron sus partos en el Rotunda Hospital, de Dublin, Irlanda, durante los 6 meses previos a un ensayo aleatorizado, que tenía una rama que efectuaba episiotomía sólo si era indispensable. En el último grupo, la tasa de episiotomía cayó al 8%, con un 20% de los partos con perineo indemne y un 25%, con sólo desga-

etros de primer grado. Aunque no se informó hasta 1990, Shiono y col. comunicaron una tasa de episiotomía del 62% en las mujeres que participaron del Proyecto Perinatal Colaborativo, que acumuló información desde 1959 hasta 1966. McGuiness y col. (1991) hallaron que casi la mitad de las mujeres fueron sometidas a episiotomías en una población de bajos ingresos del casco urbano. Esta tasa es comparable con la que informaron Olson y col. (1990), de un grupo familiar de prácticas, compuesto por tres personas en la zona rural de los Estados Unidos. Estos médicos comunicaron una tasa global de episiotomía del 44%, un 60% en nulíparas y un 36% en multíparas. Esta tasa se compara con el 53% comunicado por Thranov y col. (1990) de Dinamarca. Sin embargo, para toda Dinamarca, la tasa de episiotomía es del 77% en nulíparas, cuando se excluyen la cesárea y el parto instrumental. Buekens y col. (1985) informaron una tasa de episiotomía del 28% en 10 hospitales belgas. La incidencia media de episiotomía en Suecia es del 30%, con un espectro en hospitales individuales que osciló desde el 9 hasta el 77% (Rockner y Olund, 1991). Entre las tasas más bajas comunicadas, se encuentra la de Israel, donde sólo el 17% de las mujeres que tienen su primer hijo y el 10% de aquellas con más de un parto son sometidas a una episiotomía (Adoni y Anteby, 1991).

La tendencia observada en el John Radcliffe Hospital, de Oxford, ha sido una declinación constante en las tasas de episiotomía, tanto para nulíparas como para multíparas, con más cuerpos perineales indemnes y sin un incremento significativo de los traumatismos perineales. Estas tenden-

cias, que se observan en el cuadro 5-1, parecen reflejar las tendencias actuales en las naciones industrializadas. La bibliografía, sin embargo, no permite efectuar comparaciones directas de intervalos de tiempo idénticos o, por lo menos, similares en todo el mundo. Aunque los estudios evaluaron la lesión visible en el momento del parto vaginal, no investigaron el problema importante, aunque, aún no explorado, de la lesión que ocurre debajo de la piel y que puede desencadenar el prolapse de los órganos pélvianos, en una etapa posterior de la vida. Como se demostró adecuadamente en estudios del esfínter anal (Sultan y col., 1993), la piel perineal indemne no siempre indica que las estructuras de sostén pélvano están indemnes. Se necesita mayor información sobre estas lesiones importantes antes de arribar a conclusiones definitivas sobre el uso de la episiotomía y la protección del piso pélvano.

INDICACIONES DE LAS EPISIOTOMÍAS

Existe una cantidad de factores que influyen sobre la decisión final respecto de la necesidad y los méritos relativos de la episiotomía, como la capacitación y la experiencia clínica, así como los deseos de la mujer. Para ilustrar esto, Graham y col. (1990) preguntaron a los médicos en New Mexico si efectuaron episiotomías en más de las tres cuartas partes de sus pacientes nulíparas. Las respuestas afirmativas se distribuyeron de la siguiente manera: el 100% de los residentes de obstetricia, el 80% de los obstetras, el 65% de los médicos de familia, el 25% de las

CUADRO 5-1. Manejo del periné durante el trabajo de parto en 24.439 mujeres del John Radcliffe Hospital, Oxford, entre 1980 y 1984

Variable	1980	1981	1982	1983	1984
Nº de mujeres					
Primíparas (n = 10.412)	2.231	2.149	1.974	2.018	2.040
Multíparas (n = 14.027)	2.903	2.856	2.755	2.747	2.766
Tasa de episiotomía, %					
Primíparas	72,6	69,9	58,7	49,8	44,9
Multíparas	36,8	33,9	24,9	21,3	15,4
Mujeres con periné indemne, %					
Primíparas	7,4	8,5	9,5	11,2	13,7
Multíparas	26,1	26,6	27,7	29,6	33,8
Tasa de desgarro de primer grado, %					
Primíparas	6,3	9,0	10,4	18,8	16,4
Multíparas	15,3	15,8	19,6	24,7	24,1
Tasa de desgarro de segundo grado, %					
Primíparas	6,7	8,6	15,8	16,3	20,3
Multíparas	13,3	20,3	23,9	22,2	24,3
Tasa de desgarro de tercero o cuarto grado, %					
Primíparas	0,44	0,46	0,35	0,55	0,49
Multíparas	0,21	0,21	0,25	0,11	0,18

(Modificado de Reynolds y Yudkin (1987), con autorización.)

enfermeras parteras y menos del 5% de las parteras. Las tasas de episiotomía en mujeres multíparas fueron más bajas, pero distribuidas en la misma forma.

La mayoría de los médicos concuerda en que la episiotomía se justifica en casos de sufrimiento fetal o materno. También está indicado, aunque con una base intuitiva, en los partos vaginales operatorios, que requieren un espacio adicional para que el parto sea seguro. En esta categoría se incluyen los partos en pelviana, los embarazos múltiples y las presentaciones occipitoposteriores persistentes. Los partos forcipales bajos y medios también son indicaciones aceptadas, como los partos con vacuum extractor, que se pueden facilitar con una episiotomía. Se le debe explicar a la mujer que, en la mayoría de los casos, el que atiende el parto debe tomar una decisión clínica, para la que no dispondrá de la mayor parte de la información requerida hasta el momento en el que el parto esté a punto de ocurrir.

PROCEDIMIENTO PARA LA EPISIOTOMÍA

MATERIALES DE SUTURA Y TÉCNICAS PARA REPARAR UN TRAUMATISMO PERINEAL

La elección de los materiales de sutura, así como la técnica para reparar un traumatismo perineal, fueron temas de debate, pero en gran medida sigue siendo la elección de cada cirujano. Los materiales principales empleados para las reparaciones son absorbibles y no absorbibles. Los materiales de sutura absorbibles son el catgut crómico, el catgut impregnado con glicerol, el poliglicato (Dexon) y el poligalactato (Vicryl). Para suturas transcutáneas, los materiales absorbibles casi reemplazaron al nailon y a las suturas de seda, que se usaban antes.

Grant (1989) revisó 14 estudios controlados que evaluaron la elección del material de sutura y la técnica de reparación de traumatismos perineales. Los derivados del ácido poliglicólico –Dexon y Vicryl– fueron los materiales absorbibles elegidos, tanto para el cierre profundo como cutáneo. Comparado con el catgut, los puntos con ácido poliglicólico se asociaron con una reducción aproximada del 40% en el dolor a corto plazo y la necesidad de analgesia. Sin embargo, su beneficio inmediato puede desaparecer, en gran medida, por la frecuente necesidad de retirar los puntos de ácido poliglicólico durante el puerperio. Algunos autores indican una necesidad creciente de retirar los puntos de ácido poliglicólico 10 días después del parto (Mahomed y col., 1989), pero esto se contradice con la experiencia de la mayoría de los médicos. La principal desventaja del material de sutura crómico es la rapidez con que pierde resistencia a la tensión, acelerada aún más debido a infección o inflamación, lo que suele requerir la resutura de las heridas perineales cerradas con catgut (Banninger y col., 1958; Livingstone y col., 1954; Mahomed y col., 1989).

En un estudio aleatorizado Spencer y col. (1986) compararon el catgut crómico impregnado con glicerol y el catgut crómico para reparar traumatismos perineales durante el parto. El catgut crómico impregnado con glicerol causó más dolor 10 días después del parto y se asoció

con dispareunia significativamente mayor a los 3 meses y a los 3 años del parto. Grant (1986) destacó la importancia de lo que podría parecer una decisión mundana, es decir, la elección del material de sutura para reparar la episiotomía, al estimar que sólo en Inglaterra y Gales, esta elección podría hacer una diferencia de hasta 30.000 nuevos casos de dispareunia por año. El catgut impregnado con glicerol no cumple función alguna en la reparación de la episiotomía.

Cuando se comparan con materiales no absorbibles (tanto seda como nailon), los materiales de sutura cutánea de ácido poliglicólico se asocian con menos dolor perineal a corto plazo. Sin embargo, los puntos subdérmicos continuos generan significativamente menos dolor perineal que los puntos transcutáneos. Asimismo, rara vez es necesario retirar puntos subdérmicos después del parto, lo que ocurre a menudo con los puntos de derivados del ácido poliglicólico, cuando se emplean para cierres transcutáneos. Como alternativa, estudios limitados que emplearon un adhesivo de Histoacryl para coaptar los bordes de la piel en episiotomías mediolaterales prácticamente eliminaron casi lograron eliminar la necesidad de analgesia posparto o de dispositivos para sentarse y resultaron muy superiores a las técnicas de sutura subdérmica (Adoni y Anteby, 1991).

TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA LA EPISIOTOMÍA MEDIOLATERAL

Esta incisión quirúrgica puede ser bastante grande; por lo tanto, es necesario un bloqueo pudendo adecuado o una analgesia de conducción. En casos de emergencia, el procedimiento se puede efectuar con infiltración local de un agente anestésico. Se utiliza un bisturí o una tijera recta grande. El procedimiento se efectúa cuando el periné abomba y cuando se puede observar alrededor de 4 cm de cuero cabelludo fetal durante una contracción. La incisión se ubica en hora 5 para la episiotomía mediolateral izquierda. Independientemente de la ubicación, la incisión se dirige hacia la tuberosidad isquiática homolateral. Esta incisión debe ser más horizontal que lo que se suele considerar necesario para evitar la lesión del esfínter. Aquellos acostumbrados al aspecto de la cicatriz después del parto, que se encuentra, aproximadamente a 45 grados debajo de la línea horizontal, deben modificar este ángulo en el momento de la episiotomía, para proteger el esfínter anal, porque la topografía tisular cambia cuando la cabeza distiende el periné. Los dos dedos del operador, que se encuentran en la vagina, separan los labios y ejercen una presión hacia afuera sobre el periné, para aplazarlo un poco y para proteger la presentación fetal (fig. 5-1). La incisión debe ser lo bastante profunda para eliminar por completo la resistencia perineal al desprendimiento del niño y se debe extender, por lo menos, de 3 a 4 cm sobre el periné. Algunos médicos creen que la grasa de la fosa isquierdorrectal suele quedar expuesta cuando la episiotomía tiene la profundidad adecuada (Wilson, 1969).

Si la episiotomía se ubica demasiado lejos hacia afuera, no logrará la relajación deseada de la porción media de la tabla de los elevadores. Cuando la episiotomía es demasiado pequeña, en general, no eliminará las tensio-

nes sobre los tejidos perineales; en cambio, aportará un punto débil, a partir del que pueden surgir extensiones asociadas, en forma de laceraciones no controladas. Aunque se puede agrandar una episiotomía con varios cortes sucesivos, esto no es recomendable porque, luego de la primera incisión, los bordes de la herida se deforman debido a la contracción de los músculos. De allí en más, cortes adicionales en el periné tienden a producir una línea de incisión en zigzag.

REPARACIÓN CON PUNTOS. Antes de la reparación con puntos, se expone el canal del parto en forma manual o con separadores adecuados. Los separadores se deben utilizar con cuidado, porque pueden causar laceraciones adicionales. Las laceraciones cervicales o vaginales, que requieren puntos, por lo general, deben ser reparados antes de la episiotomía, porque la exposición será máxima si las reparaciones se efectúan en esta secuencia. Si es necesario y posible, la exploración manual del útero se debe efectuar antes de cerrar la episiotomía, ya sea para extraer la placenta o debido a atonía y sangrado.

El cirujano coloca el segundo y el tercer dedo de la mano izquierda dentro de la vagina para separar los bordes de la herida vaginal y perineal. Esto permite acceder al ángulo más superior de la herida, donde comienza la sutura. El material crómico Nº 00 en una aguja afilada CT1 o un material absorbible sintético Nº 00 en una aguja afilada CTX son adecuados para la reparación. La colocación de puntos de anclaje a alrededor de 1 cm por encima del ángulo de la incisión ayuda a lograr la hemostasia ese sitio (fig. 5-2). Cada punto debe incluir el tejido de sostén entre la vagina y el recto, además de la mucosa vaginal, para aportar un soporte fuerte. Los puntos –interrumpidos

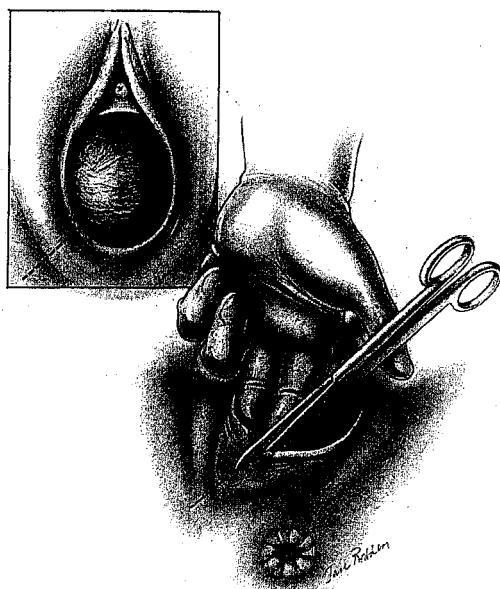


Fig. 5-1. Momento de efectuar la episiotomía mediolateral derecha, cuando se observan aproximadamente entre 3 y 4 cm de la cabeza fetal, que distienden el periné durante una contracción uterina. Se debe tener cuidado de ubicar la incisión en hora 5 o 7, para evitar la extensión en el músculo del esfínter rectal.

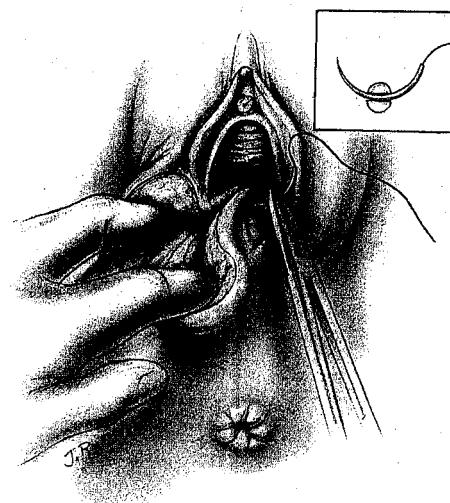


Fig. 5-2. Reparación de la episiotomía mediolateral. El operador expone toda la extensión de la episiotomía con la mano izquierda. El primer punto se ubica en el ángulo vaginal, alrededor de 1 cm más arriba del ángulo más superior de la episiotomía o de la laceración. Es importante colocar el punto inicial sobre el ángulo para asegurar la hemostasia de la reparación. El recuadro muestra la posición correcta de la aguja en la punta del portagujas.

o continuos pasados– en la mucosa vaginal se llevan hasta la altura de los bordes seccionados del himen en el introito o un poco más allá.

Luego, se dirige la atención hacia el diafragma urogenital, que se reconstruye con cuidado con puntos interrumpidos profundos. Durante esta parte de la reparación, se debe recordar que los tejidos externos se encuentran a una altura más elevada que las estructuras medianas correspondientes, debido a la distorsión y retracción musculares. Asimismo, la fascia del lado interno suele retraerse un poco hacia la línea media y debajo de las estructuras más superficiales. En el sector interno, los tejidos están cerca de la pared rectal anterior, a través de la que se puede pasar un punto accidentalmente con facilidad. Los puntos profundos no deben ser colocados en sentido horizontal, sino en sentido diagonal, con el lado mediano más bajo que el externo (fig. 5-3). De este modo, se unen superficies comparables de la herida. Para minimizar las molestias y aumentar al máximo la cicatrización, el operador debe colocar la cantidad mínima de puntos –por lo general, entre cuatro y seis– necesarios para lograr una coaptación adecuada de los tejidos y la hemostasia. La reparación de esta porción de la episiotomía es más difícil para el novato y puede demandar más tiempo para lograr una coaptación correcta de las superficies tisulares. No lograr una coaptación correcta del tejido generará una reconstrucción del piso pelviano incorrecta desde el punto de vista anatómico. Asimismo, la cicatrización y los resultados estéticos serán pobres.

Los bordes de sección del músculo bulbocavernoso se aproximan como primer paso para cerrar la capa superficial de tejido. Como los extremos del músculo tienden a

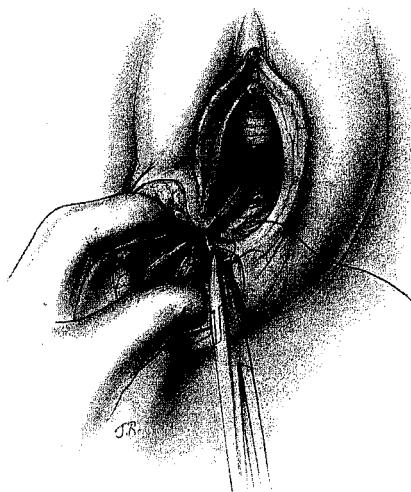


Fig. 5-3. Reparación de la episiotomía mediolateral. Se aproxima la mucosa vaginal, no muy inclinada hacia la comisura posterior. El cirujano distiende el periné en forma amplia y une los tejidos perineales profundos para evitar dejar espacio muerto. En la parte interna, se toma relativamente poco tejido con la aguja para la sutura, a fin de asegurar que no se involucre el recto. Las superficies de la herida no se reaproximan en un plano horizontal, sino en un ángulo que une los tejidos internos inferiores con los tejidos externos superiores.

retraerse hacia arriba, los bordes de la piel se deben llevar hacia afuera y hacia arriba, para facilitar la visualización y es necesario un punto profundo para incorporar las estructuras necesarias. Éste es un punto importante; si los tejidos no se aproximan en forma apropiada, el introito quedará con un espacio.

Por lo general, se necesitarán puntos subcutáneos para reaproximar el tejido adiposo subcutáneo (fig. 5-4). Nuevamente, es importante suturar en diagonal, con el lado externo más alto que el interno. La reparación se completa colocando puntos separados transcutáneos a través del cuerpo perineal o, preferentemente, un cierre subdérmico con el material de sutura N° 000 elegido por el cirujano (fig. 5-5).

TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LA EPISIOTOMÍA MEDIANA

La episiotomía mediana es el procedimiento preferido en los Estados Unidos, en gran parte, porque es fácil de reparar y produce menos dolor durante la curación. Como se destacó antes, al efectuar la incisión, el operador debe tener cuidado de proteger la presentación fetal, colocando por lo menos dos dedos entre la presentación y el sitio de la episiotomía. Se puede lograr un control adecuado del dolor con analgesia de conducción, bloqueo pudendo o infiltración de los tejidos locales con un agente anestésico. El periné se corta desde la línea media de la horquilla posterior hasta el ano. Se puede emplear tijera o bisturí para la incisión. La posición del esfínter anal se descubre con facilidad mediante observación y palpación y la episiotomía se seccionará mientras se

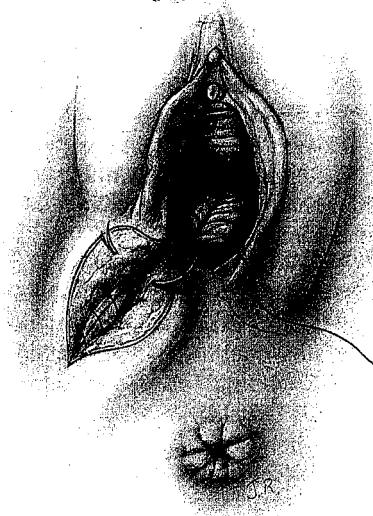


Fig. 5-4. Reparación de la episiotomía mediolateral. La herida vaginal se sutura hasta la altura aproximada de la comisura posterior. Los tejidos perineales profundos se unen con puntos interrumpidos. El operador une los tejidos perineales con puntos adicionales, cuidando de que los puntos unan los tejidos internos inferiores con las estructuras externas superiores.

intenta evitar la lesión directa del esfínter anal o la mucosa rectal. Aunque no se seccione el esfínter anal o la mucosa rectal durante la episiotomía, hasta una cuarta parte de las episiotomías medianas se extenderá para comprometer estas estructuras. Como la episiotomía mediana, con frecuencia, genera desgarros del esfínter anal, de la mucosa rectal o de ambos, la reparación se describe secuencialmente como la de un desgarro de cuarto grado.

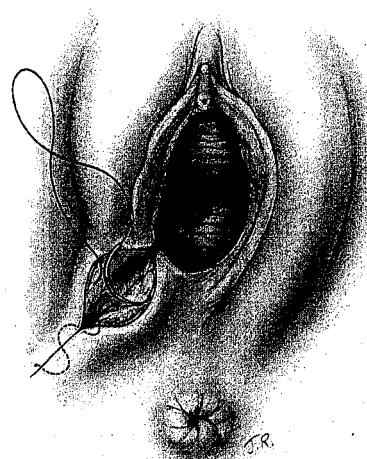


Fig. 5-5. Reparación de la episiotomía mediolateral. Los bordes de la piel del periné se aproximan con una sutura subdérmica de material absorbible.

Después del parto, se inspeccionan la vagina y el cérvix para buscar laceraciones que requieran reparación. Las laceraciones que no sangran o que no se profundizan dentro del tejido, rara vez necesitan reparación con puntos. Como antes de reparar la episiotomía la exposición es óptima, toda laceración en la pared lateral o en el cérvix debe ser suturada antes de reparar la episiotomía. Debido a que la extensión a través de la mucosa rectal pudo contaminar el campo con materia fecal, es importante irrigar la herida con abundante cantidad de líquido. La solución fisiológica, las mezclas de solución fisiológica y solución de yodopovidona o de solución fisiológica y hexaclorofeno son apropiadas para la irrigación; la elección depende, en gran medida, de la disponibilidad y de si la mujer es alérgica.

REPARACIÓN CON PUNTOS. Se debe evaluar la extensión completa de la laceración de la mucosa rectal. Un material crómico N° 0000 en una aguja SH1 o un material crómico N° 000 en una aguja T5 son apropiados para cerrar la submucosa rectal. Se coloca un punto de anclaje, aproximadamente de entre 0,5 a 1 cm por encima del ángulo de la incisión y se cierra la submucosa con un punto continuo, alrededor de 1 cm por encima del cuerpo perineal (fig. 5-6). Despues de cerrar la submucosa del ano y del recto, por lo general, el esfínter anal interno se acerca hacia la línea media, para traerlo más cerca de la visión. Esta capa debe ser reapproximada en forma precisa, porque contribuye con el 75% del tono anal en reposo. Se la puede reconocer por su aspecto

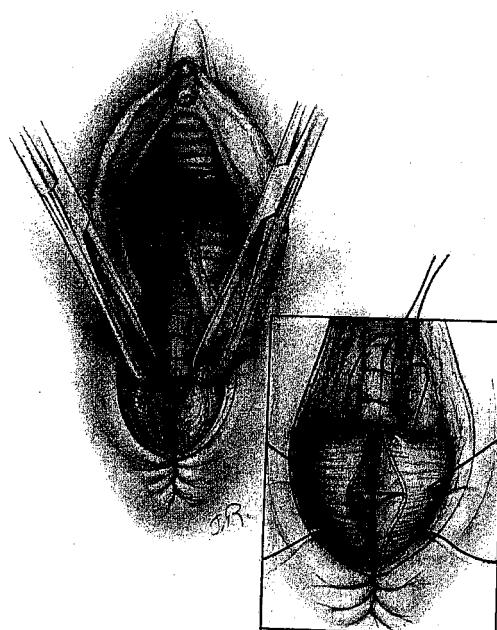


Fig. 5-7. Reparación de la episiotomía mediana. El cierre exitoso del esfínter anal externo depende de la reaproximación de la cápsula del músculo esfinteriano. Se debe tomar alrededor de 1 cm de cápsula a cada lado y se debe cerrar con puntos interrumpidos. Evitar los puntos en ocho, porque pueden estrangular el tejido y comprometer la irrigación sanguínea durante la cicatrización.

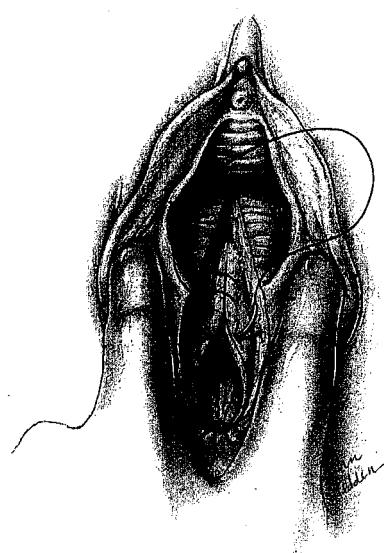


Fig. 5-6. Reparación de la episiotomía mediana. El punto de anclaje para cerrar la mucosa rectal se coloca entre 0,5 y 1 cm por encima del ángulo de la laceración. Luego, se cierra la mucosa rectal con puntos interrumpidos o con una sutura submucosa continua de material crómico o derivado del ácido poliglicólico N° 000 o 0000. Por lo general, se puede lograr una exposición adecuada sin ayuda, utilizando el segundo y tercer dedo de la mano no dominante del operador en la vagina y separando ampliamente, para permitir la exposición de la herida.

to gomoso blanco y, con frecuencia, se identificó previamente como una "fascia". Se encuentra entre el esfínter anal externo y el canal anal, y se debe reparar con puntos continuos o separados de un material de sutura sintético N° 000.

Luego, se deben identificar los extremos seccionados del esfínter anal. Estas estructuras musculares, en general, se retraen hacia afuera y se observan mejor cuando se toman con una pinza de Allis, que incorpora tanto el músculo como su cápsula. Se cierra el esfínter anal con puntos que incorporan tanto la vaina aponeurótica como una pequeña cantidad de músculo (fig. 5-7). Algunos médicos prefieren utilizar un material de sutura sintético N° 00 en una aguja afilada, porque el ácido poligálico mantiene su resistencia a la tensión durante más tiempo que el crómico y, por lo tanto, permite un período de cicatrización más prolongado. Es importante destacar que la resistencia de este cierre se logra al incorporar aponeurosis y no músculo. La vaina aponeurótica es más fácil de cerrar si el primer punto se ubica en la cápsula posterior (a partir de la hora 6). Luego, se coloca el punto más cefálico, en la hora 9 de la mitad izquierda de la cápsula del esfínter, vista sobre el extremo seccionado. El resto de la cápsula se cierra con dos o tres puntos interrumpidos y su secuencia es menos importante, porque la visualización de estos últimos puntos suele ser sencilla. Es importante incorporar alrededor de 1 cm de la cápsula del esfínter a cada lado y anudar el punto en forma ajustada, pero no tan tensa como para estrangular el tejido. No se

aconseja el uso de puntos en ocho, porque tienden a plegar y estrangular el tejido.

Se sugirió que una técnica de superposición puede ser superior a la anastomosis terminoterminal (Sultan y col., 1999). Esta estrategia provino de estudios que evaluaron la reparación en el intervalo, donde la técnica de superposición produjo una tasa más elevada de línea de puntos indemne en la endoecografía posterior. En la actualidad, la mayor parte de la información se relaciona con episiotomías mediolaterales y un desgarro en el esfínter, asociado con esta incisión, es bastante diferente que un desgarro asociado con una episiotomía mediana. En un estudio clínico aleatorizado reciente, que comparó la técnica de superposición con la aproximación para reparar laceraciones de tercer grado en forma primaria, Fitzpatrick y col. (2000) comunicaron que el resultado fue similar con ambas técnicas. No se observaron diferencias significativas en las puntuaciones de incontinencia mediana, urgencia fecal y los resultados de las manometrías o de las ecografías endoanales. Este estudio confirmó el trabajo previo de estos autores (Fitzpatrick y col., 2000).

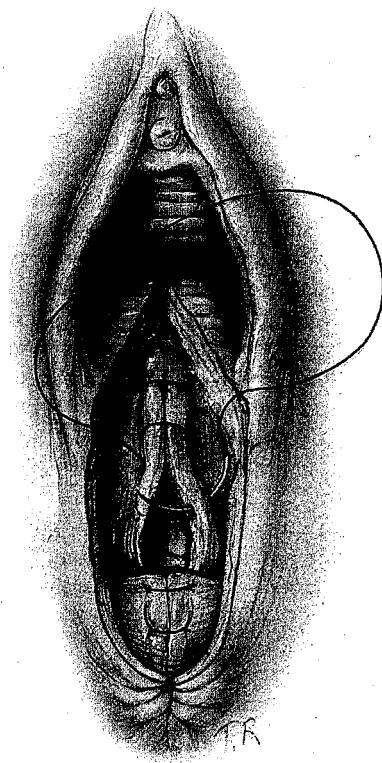


Fig. 5-8. Reparación de la episiotomía mediana. Se coloca un segundo plano de cierre sobre la mucosa rectal, incorporando el esfínter anal interno. Nuevamente, se debe tener cuidado de evitar el pasaje de la aguja y el material de sutura dentro de la luz intestinal. Esta ilustración muestra el cierre del esfínter anal interno después de cerrar el esfínter externo, pero puede ser preferible cerrar el esfínter interno antes de unir los puntos del esfínter anal externo.

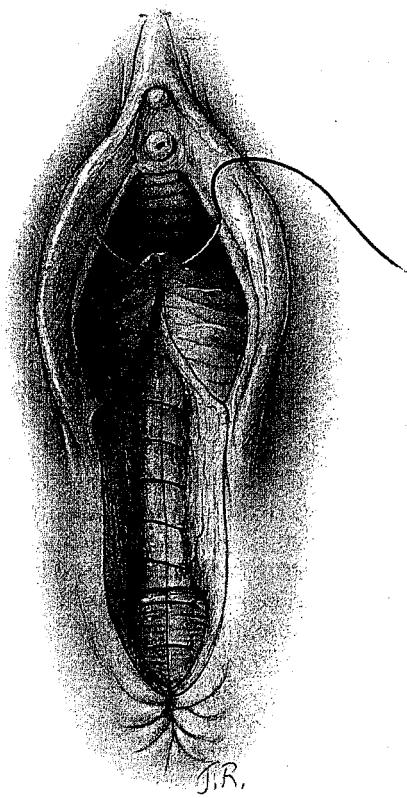


Fig. 5-9. Reparación de la episiotomía mediana. El mismo principio que se aplica para la episiotomía mediolateral se emplea para colocar un punto de anclaje alrededor de 1 cm más allá de la extensión más superior de la episiotomía. Éste es un punto importante para asegurar que no queden vasos seccionados o sangrantes en el ángulo de la herida.

A continuación se evalúa la profundidad de la episiotomía colocando dos dedos de la mano izquierda en la vagina y observando el ángulo de la episiotomía, a medida que los bordes se empujan hacia afuera. En esta etapa se colocan tres o cuatro puntos interrumpidos de material de sutura crómico o sintético absorbible, para volver a unir los bordes separados del cuerpo perineal (fig. 5-8).

El resto del cierre de la episiotomía es, simplemente, una reparación de segundo grado. Luego de observar el ángulo de la incisión dentro de la mucosa vaginal, se coloca un punto de anclaje alrededor de 1 cm más arriba (fig. 5-9). Luego se cierra la mucosa vaginal con una sutura continua o continua pasada de material absorbible sintético 000, llevado hasta la altura del anillo himenial. El punto final se puede anudar en este sitio o se puede dirigir desde el interior de la vagina hacia el exterior del cuerpo perineal, en la línea media (fig. 5-10). En este momento, se debe evaluar la profundidad de la solución de continuidad sobre el cuerpo perineal, para determinar si se puede lograr el cierre en forma adecuada en un solo plano o si los puntos profundos interrumpidos lograrán un cierre superior. Cuando la profundidad de la cavidad excede entre 1 y 1,5 cm, preferimos colocar puntos interrumpidos profundos, para restaurar el estado del perineo previo al parto. La capa muscular más profunda que se

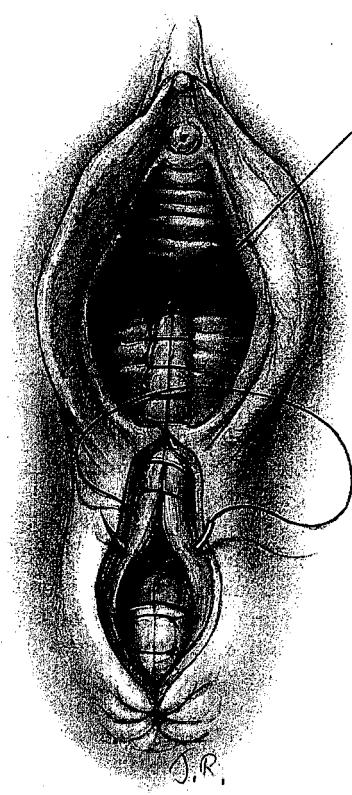


Fig. 5-10. Reparación de la episiotomía mediana. Se muestra la técnica que consiste en utilizar una sutura para cerrar la episiotomía mediana. Luego de reaproximar la mucosa vaginal hasta el anillo himenial, se pasa la aguja desde la línea media de la vagina hacia afuera, sobre el cuerpo perineal. Entonces, se emplea la misma sutura para colocar el punto coronal.

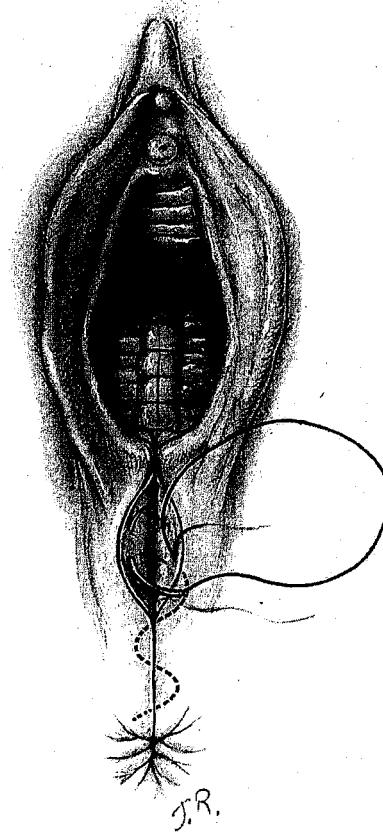


Fig. 5-11. Reparación de la episiotomía mediana. Se completa la reparación con una sutura subdérmica, desde el borde inferior de la episiotomía hacia arriba, hasta el anillo himenial. El punto se pasa hacia el interior de la vagina, donde se anuda sobre sí mismo, que es diferente a dejar un nudo sobre el cuerpo perineal.

pudo cortar o separar es la pubococcígea. En general, dos o tres puntos separados cerrarán este espacio.

Luego, se debe dirigir la atención hacia la reaproximación de los músculos bulbocavernosos y los labios. Este punto es importante para reparar la anatomía perineal. Se puede lograr la reaproximación con puntos interrumpidos, con una nueva sutura, que se empleará para un cierre continuo o con la continuación de la sutura utilizada para la mucosa vaginal. Se debe prestar atención para confirmar que la reaproximación no estreche el introito y genere dispareunia. Luego de colocar este punto, se utiliza una sutura continua para cerrar la grasa subcutánea y los músculos perineales transversales. Este punto se conduce hasta la extensión inferior de la episiotomía, sobre el cuerpo perineal o hasta el extremo del cierre de la mucosa rectal, si se efectuó un cierre. En este sitio, se utiliza una sutura subdérmica para reaproximar los bordes de la piel (fig. 5-11). En el ángulo, la sutura se puede volver a dirigir desde la línea media dentro de la vagina y, luego de esto, el punto puede atravesar ambos lados de la mucosa vaginal y se puede anudar sobre sí mismo. Los tejidos se deben reaproximar en forma ajustada, pero sin estrangularlos con una tensión desmedida. Se sabe con certeza qué esta tensión aumenta

ta la inflamación del sitio de la episiotomía y genera molestias posteriores.

ALIVIO DEL DOLOR POSPARTO

Asegurar la comodidad después del parto implica tanto la atención local de la herida como la administración de analgésicos. Las medidas locales comienzan inmediatamente después del parto e incluyen maniobras tan simples como aplicar compresas con hielo en el perineo. Se debe intentar mantener limpios y secos el cuerpo perineal y todos los sitios lesionados. Baños de asiento durante veinte minutos, dos o tres veces por día, alivian el dolor y ayudan a mantener limpia la zona. Es útil emplear un rociador después de cada micción. También se pueden utilizar secadores de pelo para mantener el área seca.

Se evaluaron varios analgésicos para tratar el dolor posparto. Schachtel y col. (1989) demostraron que el ibuprofeno (400 mg) y el paracetamol (1.000 mg) eran eficaces para aliviar el dolor posparto, al compararlos con placebo. El ibuprofeno fue más eficaz que el paracetamol. Hopkinson (1980) evaluó dosis únicas de ibu-

profeno (400 mg y 800 mg), clorhidrato de propoxifeno (65 mg) y placebo en 322 mujeres. Halló que ambas dosis de ibuprofeno eran significativamente más eficaces que el propoxifeno, que era más eficaz que el placebo. En una comparación de una dosis única de ibuprofeno (400 mg), zomepirac (100 mg), aspirina (600 mg) y placebo administrada a 120 mujeres posparto, Sunshine y col. (1983) hallaron que el ibuprofeno era el más eficaz. Como alternativa al tratamiento oral, la indometacina, en supositorio de 200 mg, resultó ser muy eficaz para aliviar el dolor posparto inmediato (Odigie, 1988).

COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA

DOLOR Y DISpareunia POSPARTO

Muchos estudios sobre dolor posparto se concentraron en la episiotomía como la causa dominante, si no la única, del dolor. Con el estiramiento significativo de los tejidos blandos maternos y, en menor medida, de la pelvis ósea, resulta dudoso atribuir todo el dolor posparto a la episiotomía o a otras laceraciones. Thranov y col. (1990) evaluaron 227 nulíparas con partos en presentación de vértece. Informaron que la episiotomía no pudo ser responsable de las diferencias en la magnitud de los síntomas perineales posparto o de la duración de estos síntomas, en tres cohortes en las que enfermeras parturientas efectuaron los partos y cuyas tasas de episiotomía se clasificaron como bajas (20%), intermedias (35%) y altas (70%). Se observó una correlación significativa entre el dolor posparto y la duración del segundo estadio del trabajo de parto: el 20% tuvo dolor perineal posparto cuando el segundo estadio duró menos de 15 minutos; el 50% presentó dolor si el segundo estadio duró entre 15 y 60 minutos y el 70% cuando el segundo estadio duró más de 60 minutos.

En el ensayo sobre Manejo Perineal del West Berkshire, Sleep y col. (1984) descubrieron que las mu-

res sometidas a episiotomías sufrieron dolor comparable a los 10 días y a los 3 meses después del parto, cuando se las comparó con mujeres sometidas a episiotomías más liberales. Harrison y col. (1984) realizaron observaciones similares entre mujeres sometidas a episiotomías y mujeres que sufrieron desgarros espontáneos de segundo grado durante el parto. No hubo diferencias en las puntuaciones de dolor durante la mañana o la tarde de los días 1 a 4 después del parto (fig. 5-12). Sin embargo, Larsson y col. (1991) informaron dolor en el examen a las 8 semanas posparto en el 4,6% de las mujeres con episiotomías mediolaterales y en el 2,9% con laceraciones espontáneas. A las 8 semanas, el 16% de las mujeres con episiotomías y el 11% de aquellas con laceraciones espontáneas comunicaron dispareunia. Estos resultados son similares a los del ensayo del West Berkshire, en el que el 22% de las mujeres del grupo selectivo y el 18% de las del grupo liberal experimentaron dispareunia a los 3 meses del parto.

Identificar la etiología precisa del dolor perineal posparto parecería importante para evaluar el riesgo de la episiotomía, así como para tratar el dolor en forma eficaz. Lamentablemente, pocas veces se evalúan estos temas. Un estudio informó que, mientras hasta un tercio de las mujeres presentaba ciertas molestias perineales —la dominante era la dispareunia— en sólo el 25% de estas mujeres o en menos del 10% del total de la población del estudio, el malestar podía relacionarse en forma directa con la episiotomía. En las tres cuartas partes de los casos, el origen del síntoma se encontraba en alguna otra parte, con mayor frecuencia, relacionada con sensibilidad en los músculos elevadores (Isager-Sally y col., 1986). En el seguimiento a 3 años del estudio de Sleep y col. (1984), el 15% de las mujeres en ambos grupos tenía dispareunia, por lo menos, en forma ocasional.

En un cuestionario retrospectivo enviado por correo, Bex y Hofmeyr (1987) intentaron evaluar la incidencia de dispareunia después de 1 a 2 años del parto. Sorprendentemente casi el 20% de las mujeres sometidas a cesárea, que nunca habían tenido partos vaginales, sufría dis-

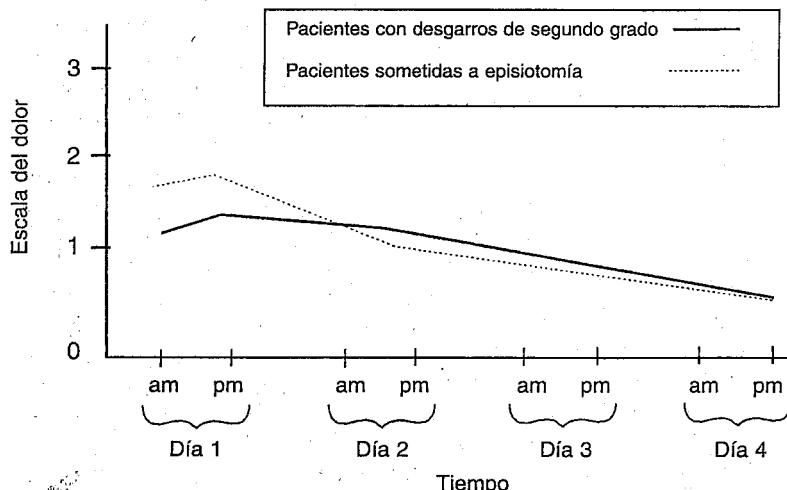


Fig. 5-12. Escala de dolor promedio contra el tiempo en 40 mujeres sometidas a episiotomías y 37 que presentaron desgarros de segundo grado. Todas tuvieron partos sin asistencia. (Reimpresa con autorización de Harrison y col., 1984.)

pareunia. Esta tasa fue similar a la de las mujeres con partos vaginales y periné indemne. Ninguna mujer con desgarro espontáneo durante el parto sufrió o comunicó dispareunia, pero casi el 40% de las mujeres sometidas a episiotomía recibió dispareunia. Estos autores observaron una alta tasa de dificultades en la relación —casi la mitad— en las mujeres con dolor y dispareunia. Desafortunadamente, los datos eran insuficientes para determinar si la dispareunia causó la relación disfuncional o viceversa.

En todos los estudios que se comentaron antes, se efectuaron episiotomías mediolaterales. En muchos de estos estudios, se emplearon puntos transcutáneos para reparar el cuerpo perineal y en una cantidad significativa, materiales de sutura permanentes, que requirieron una extracción posterior. Estos factores pueden haber contribuido al incremento de molestias perineales, cuando se compararon con técnicas de cierre subdérmico (Grant, 1989). Los estudios sobre dispareunia y posparto a corto o largo plazo, en mujeres con episiotomía mediana, son notablemente escasos (Shiono y col., 1990). En una comparación directa de 116 mujeres con episiotomías medianas y 192 mujeres con episiotomías mediolaterales, Coats y col. (1980) hallaron que el 18% de las primeras y sólo el 6% de las últimas reinicieron las relaciones sexuales al final del primer mes después del parto. A partir de entonces, los porcentajes eran casi comparables, excepto el 8% de mujeres con episiotomías mediolaterales y el 4% con episiotomías medianas, que no reinicieron las relaciones sexuales al final del tercer mes.

ENDOMETRIOSIS Y CICATRIZ DE EPISIOTOMÍA

Existen alrededor de 100 casos comunicados de endometriosis en sitios de episiotomías (Salamalekis y col., 1990; Sayfan y col., 1991). El período de latencia entre la última episiotomía y los síntomas oscila entre unos pocos meses y varios años. Los primeros síntomas son dolor cíclico en el sitio de la episiotomía durante las menstruaciones o una masa palpable. Algunas pacientes pueden manifestar una secreción sanguinolenta a partir de la cicatriz de la episiotomía, ya sea hacia la vagina o sobre el cuerpo perineal, durante la menstruación. Las presentaciones raras incluyen compromiso del esfínter anal, infección tardía y formación de abscesos. Desde el punto de vista fisiopatológico, parece que células deciduales y glándulas endometriales se incorporan en el sitio de la reparación quirúrgica. Las observaciones de Paul y Tedeschi (1972) avalan este concepto. Los autores comunican 15 casos de endometriosis en el sitio de la episiotomía, entre 2.028 partos consecutivos de mujeres sometidas a legrado uterino durante el parto, antes de reparar la episiotomía. En comparación, ninguna de las 13.800 mujeres con partos sin legrado desarrolló endometriosis. Detectaron que los loquios del legrado contenían una cantidad mucho mayor de células y glándulas deciduales y endometriales que los loquios recolectados después del parto sin legrado uterino. Entre todos los casos informados, no hubo laceraciones espontáneas. El

tratamiento consiste en la exéresis quirúrgica simple de todas las áreas comprometidas. Los resultados a largo plazo de este enfoque son excelentes y no se comunicaron recurrencias.

TRAUMATISMO PERINEAL POSTERIOR GRAVE

El cuadro 5-2 muestra la incidencia de lesiones del esfínter anal, la mucosa rectal o ambos en mujeres sometidas a partos sin episiotomía, así como de aquellas sometidas a episiotomías mediolaterales y medianas. Los datos que se presentan son tasas absolutas y no se controlaron las variables de confusión, como paridad, indicaciones de parto urgente, tamaño materno, tamaño fetal u otros factores. El riesgo de estas lesiones varía desde el 0 hasta el 2,3% en mujeres que no requieren episiotomía, del 0,2 hasta el 9% en aquellas sometidas a episiotomía mediolateral, y del 3 hasta casi el 24% en aquellas sometidas a episiotomías medianas.

El uso liberal de episiotomías medianas no se comparó con su uso selectivo en ningún estudio controlado aleatorizado. Como se comentó, se efectuaron tres estudios sobre episiotomías mediolaterales (Harrison y col., 1984; Sleep y col., 1984; estudio argentino sobre episiotomía, 1993). Existen otros tres estudios sobre episiotomías mediolaterales, que parecen estar aleatorizados en forma adecuada, sin sesgos, como para evaluar el efecto de la episiotomía sobre los traumatismos perineales. En los estudios del West Brookshire (Sleep y col., 1984), se asignaron mujeres a uno de dos grupos. En el primero, se le pidió a la partera que tratara de evitar una laceración perineal realizando una episiotomía, si se consideraba necesaria para prevenir laceraciones inminentes; el objetivo era el parto sin traumatismos, si era posible. En el segundo, se le pidió a la partera que tratara de evitar una episiotomía; su uso se limitaba a la indicación de sufrimiento fetal o materno. Las tasas de episiotomía resultantes en los dos grupos fueron del 50 y del 10%, respectivamente. En el estudio de Harrison y col. (1984), se asignaron mujeres a episiotomía sistemática en todos los casos o a episiotomía selectiva efectuada sólo según la indicación. Las indicaciones más estrictas de episiotomía generaron una tasa del 8%.

El ensayo argentino sobre episiotomía es un estudio prospectivo aleatorizado en el que se comparó la episiotomía selectiva, limitada a indicaciones maternas o fetales determinadas, con la episiotomía sistemática, según la práctica habitual del hospital participante. Los porcentajes de episiotomía fueron del 30,1% en el grupo selectivo y del 82,6% en el grupo sistemático: el 39,5% y el 90,7%, respectivamente, en mujeres nulíparas y el 16,3% y el 70,5%, respectivamente, en mujeres primíparas. Como se esperaba, la necesidad de reparación de cualquier traumatismo perineal posterior fue mayor en el grupo de episiotomía sistemática, que en el otro grupo (cuadro 5-3). Sin embargo, el traumatismo perineal grave, definido como la extensión a través del esfínter anal de la mucosa anal o rectal o de ambas, fue del 1,2% en las mujeres del grupo selectivo y el 1,5% en el grupo sistemático, para generar un riesgo relativo estimado de 1,28 (IC 95% 0,65-2,5).

CUADRO 5-2. Comparación de laceraciones que comprometen el esfínter anal, la mucosa rectal o ambos en partos espontáneos sin episiotomía y con episiotomías en la línea media y mediolaterales

Investigador (primer autor)	Año	País	Nº de pacientes	Episiotomía	De tercer grado, de cuarto grado o ambos (%)
Kaltreider	1948	Estados Unidos	15.167	Mediana	4,5
			799	Mediolateral	5,0
			23.643	Ninguna	0,25
Sieber	1962	Estados Unidos	1.774	Mediana	23,1*
			121	Mediolateral	0
			150	Ninguna	0
Harris	1970	Estados Unidos	7.477	Mediana	13
Coates	1980	Gran Bretaña	163	Mediana	23,9
			244	Mediolateral	9,0
Harrison	1984	Gran Bretaña	89	Mediolateral	6
			92	Ninguna	0
			502	Mediolateral	0,2
Sleep	1984	Gran Bretaña	498	Ninguna	0,8
			6.041	Mediolateral	1,4
			15.237	Ninguna	0,9
Thorp	1987	Estados Unidos	265	Mediana	13,2
			113	Ninguna	1,8
Borgatta	1989	Estados Unidos	111	Mediana	22,5
			130	Ninguna	2,3
Shiono	1990	Estados Unidos	7.264	Línea media	9,7
			8.508	Mediolateral	1,8
			7.398	Ninguna	0,2
McGuiness	1991	Estados Unidos	180	Mediana	15
			187	Ninguna	2
Larsson	1991	Suecia	410	Mediolateral	3,9
			1.479	Ninguna	2,6
Rockner	1991	Suecia	244	Mediolateral	0,95
			556	Ninguna	0,64
Walker	1991	Canadá	3.816	Mediana	3
			1.640	Mediolateral	4
			3.538	Ninguna	1

*136 fueron de tercer grado intencional.

En otros tres trabajos efectuados en forma similar, las tasas de episiotomía fueron del 43% en el grupo sistemático y del 20% en el grupo no selectivo (Stewart y col., 1983); 42% y 34% (Flint y Poulengeris, 1987) y de 55% y 22% (Henrikson y col., 1992). La práctica liberal o sistemática de la episiotomía se asoció con tasas globales más elevadas de traumatismos perineales posteriores (cuadro 5-3). Asimismo, no se observaron evidencias de que el uso de un protocolo de episiotomía liberal redujera el riesgo de traumatismos perineales o vaginales graves. Borgatta y col. (1989) destacaron que el riesgo de extensión de la episiotomía hacia desgarros de tercero o cuarto grado aumenta si se emplea una camilla de parto y estribos. Al compararlas con mujeres cuyas piernas no estaban contenidas y que se hallaban en decúbito dorsal modificado semisentadas, en decúbi-

to lateral, de banco o agachadas, las mujeres cuyos partos ocurrieron en camillas con estribos tuvieron 14 veces más probabilidades de sufrir laceraciones de tercero o cuarto grado. De manera similar, el odds ratio (riesgo relativo) para laceraciones de tercero o cuarto grado fue de 22, si se requería una episiotomía. En los datos del Proyecto Colaborativo Perinatal, Shiono y col. (1990) hallaron que las mujeres sometidas a episiotomía mediana tenían 50 veces más probabilidades de sufrir una lesión de tercero o cuarto grado que aquellas mujeres sin episiotomía. Las mujeres con episiotomías mediolaterales tuvieron ocho veces más probabilidades de sufrir una laceración de tercero o cuarto grado, que aquellas sin episiotomía. El cuadro 5-4 detalla los factores periparto, asociados con la aparición de laceraciones de tercero o cuarto grado.

CUADRO 5-3. Efecto del uso liberal de episiotomías mediolaterales en partos vaginales espontáneos sobre cualquier traumatismo perineal posterior

Estudio	Uso liberal		Uso restringido		Riesgo relativo estimado (IC 95%)	Gráfico de riesgos relativos estimados e intervalos de confianza						
	n	(%)	n	(%)		0,01 0,1 0,5 1 2 10 100						
Sleep y col. (1984)	380/502	(75,70)	329/498	(66,06)	1,59 (1,21-2,09)							
Stewart y col. (1983)	76/90	(84,44)	68/94	(72,34)	2,03 (1,01-4,08)							
Flint y Poulengeris (1987)	334/438	(76,26)	336/443	(75,85)	1,02 (0,75-1,39)							
Harrison y col. (1984)	89/89	(100,0)	73/92	(79,35)	8,90 (3,45-22,97)							
Henriksen y col. (1992)	440/597	(73,7)	502/808	(62,13)	1,8 (1,4-2,2)							
Argentine Collaborative (1993)	1.138/1.291	(88,1)	817/1.296	(63,1)	1,39 (1,33-1,47)							
Odds ratio (riesgo relativo estimado) típico (intervalo de confianza 95%)					1,47 (1,27-1,78)							

CUADRO 5-4. Factores asociados con laceraciones de tercero y cuarto grado

Factor	Laceración		Riesgo relativo estimado	IC 95%	Valor P para las diferencias
	Ninguna-2º grado	3º-4º grado			
Episiotomía					
Ninguna	7.398	16 (0,2%)	1,0		
Mediolateral	8.502	153 (1,8%)	8,3	5,0-13,9	
Mediana	7.264	781 (9,7%)	49,7	30,3-81,6	
Fórceps					
Ninguno	12.357	123 (1,0%)	1,0		
De desprendimiento	3.701	287 (7,2%)	7,8	6,3-9,7	
Bajo	4.077	322 (7,3%)	7,9	6,4-9,8	
Intermedio + alto	2.516	189 (7,0%)	7,5	6,0-9,5	
Paridad					
0	7.850	711 (8,3%)	5,8	5,0-6,8	
1+	15.282	237 (1,5%)	1,0		
Raza					
Negra	12.009	301 (2,5%)	1,0		
Blanca	11.155	649 (5,5%)	2,3	2,0-2,7	
Presentación					
Occipitoanterior	20.188	787 (3,8%)	1,0		
Occipitotransversa	1.000	75 (7,0%)	1,9	1,5-2,4	
Occipitoposterior	1.532	80 (5,0%)	1,3	1,1-1,7	
De vértice no especificado	375	7 (1,8%)	0,5	0,2-1,0	
Otra, no pelviana	69	1 (1,4%)	0,4	0,1-2,7	
Peso al nacer (g)*	3.148	3.310			< 0,0001
Edad materna (años)*	24,0	21,7			< 0,0001
Talla materna (cm)*	161,5	161,0			0,06
Peso antes del embarazo (kg)*	59,4	55,7			< 0,0001

IC = intervalo de confianza.

*Los datos se presentan como medias.

(Modificado de Shino y col., 1990, con autorización.)

La figura 5-13 muestra el efecto notable del cambio de práctica, del uso exclusivo de episiotomías mediolaterales al uso casi exclusivo de episiotomías medianas. Durante el período de 1935 a 1965, cuando se empleaban episiotomías mediolaterales casi en forma exclusiva, menos del 1% de las mujeres sufría desgarros de tercero o cuarto grado. A partir de 1965, cuando las episiotomías medianas prácticamente reemplazaron a las mediolaterales, la tasa de lesiones de tercero o cuarto grado aumentó hasta un nivel de meseta del 11% para las laceraciones de tercer grado y del 6,4% para las de cuarto grado.

TRAUMATISMO PERINEAL ANTERIOR

Un hallazgo constante en las mujeres sin episiotomía es la frecuencia más elevada de desgarros anteriores, que comprometen el clítoris y los pliegues labiales. En el estudio prospectivo aleatorizado de West Berkshire, el 26% de las mujeres en el grupo selectivo y el 17% de las del grupo liberal sufrieron desgarros. El grupo argentino informó resultados similares; el 19% de las mujeres del grupo con episiotomías selectivas y el 8% de las del grupo con episiotomías sistemáticas tuvieron traumatismos perineales anteriores. La mayoría de los investigadores comunica que sólo aproximadamente un tercio de las mujeres logrará tener un parto exitoso sin una episiotomía o una laceración espontánea, que requieran sutura (Harrison, 1984; Larsson, 1991; Rockner, 1991; Sleep, 1984; Wilkerson, 1984 y col.).

LESIÓN DEL PISO PELVIANO E INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL

Aún se discute si la incontinencia de esfuerzo se debe al parto vaginal o se agrava con él. Una creencia de larga data es que la lesión de los músculos pélvianos, de su inervación o de la fascia que los interconecta, es una consecuencia inevitable del parto vaginal, en particular, si el parto es difícil. Antes de comenzar el trabajo de parto, el

diámetro de la vagina es de-alrededor de 4 a 5 cm y el cérvix está cerrado. Ambos órganos se deben dilatar hasta un diámetro de 10 cm durante el parto, lo que provoca que el tejido conectivo del cérvix se dilate más debido a su pequeño tamaño inicial. Sin embargo, el tejido conectivo cervical casi siempre se recupera hasta un punto que la dilatación antes de un legrado en un momento posterior, requerirá un esfuerzo considerable. Asimismo, la incompetencia cervical es un fenómeno raro en relación con la cantidad de partos. Como la vagina sufre una dilatación y distensión menores que el cérvix, se cuestiona si la lesión de la fascia endopelviana sería mayor que la lesión del cérvix. Además, se puede cuestionar el concepto de que los ligamentos cardinales se lesionan durante el trabajo de parto, debido a su tensión, a medida que el feto desciende. Los ligamentos cardinales se someten cada vez a menos tensión, a medida que el cérvix se dilata y, en realidad, son empujados hacia sus sitios de inserción. Asimismo, como el cérvix no desciende en forma marcadamente dentro de la pelvis al progresar el trabajo de parto y aunque, a veces, se puede desplazar a través del introito vaginal mientras se inspecciona en busca de laceraciones después del parto, los exámenes a las 6 semanas y al año del parto suelen revelar un cérvix sostenido en forma normal. Por lo tanto, parece improbable que los ligamentos cardinal y uterosacro se estiren en forma irreparable y es más probable que la respuesta a la tracción, que se observa, a veces, inmediatamente después del parto, refleje el blandamiento del tejido conectivo y no la verdadera lesión del tejido y su destrucción.

Durante el parto, los músculos elevadores del ano pueden resultar lesionados por uno de dos mecanismos: en primer lugar, la lesión directa por ruptura mecánica o hiperelongación; en segundo lugar, la lesión de la inervación del músculo. Los obstetras que efectúan partos forzados, algunas veces, comunican que sienten que algo genera un chasquido o una pérdida súbita de la resistencia, lo que sugiere un desgarro de los músculos elevadores del ano, debido a una lesión mecánica pura. Cuando

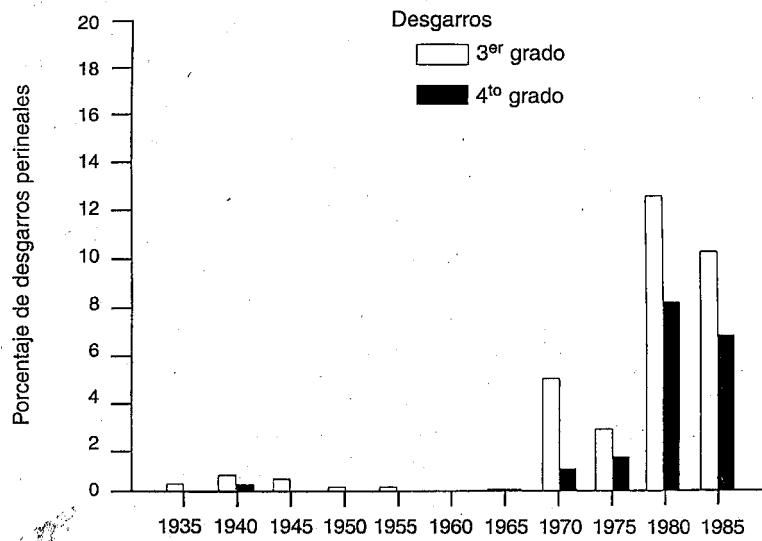


Fig. 5-13. Porcentaje de desgarros perineales de tercero y cuarto grado en partos vaginales, entre 1935 y 1985. (Reimpresa con autorización de Legino y col., 1988.)

el músculo estriado se estira más del 50% de su longitud total, puede sufrir lesiones mayores. Algunas porciones de los músculos elevadores del ano se deben elongar, por lo menos, un 50%, para rodear la cabeza fetal (fig. 5-14). Los efectos de la edad se superponen al potencial daño muscular que acompaña al parto vaginal. La función del músculo estriado normalmente disminuye un 1% por año, luego de alcanzar un pico en la mitad de la vida. Este descenso acumulativo agrava cualquier lesión en el tejido conectivo. La lesión neurológica de estos músculos también está bien documentada (Smith y col., 1989; Snooks y Swash, 1984; Snooks y col., 1984, 1985). A medida que se desgarran los nervios pequeños de sus fibras musculares, disminuye la capacidad contráctil y se pierde la función normal.

Los traumatismos pelvianos maternos relacionados con el parto incluyen lesiones reversibles e irreversibles, aún dentro de lo que se suele considerar un parto no complicado. Como la abertura del piso pelviano, a través de la cual debe pasar la cabeza fetal, es relativamente pequeña, la cabeza empuja el piso hacia abajo hasta que dilata la abertura lo suficiente para pasar a través de ella (fig. 5-14). El descenso no sólo causa una potencial lesión de los músculos elevadores del ano por elongación, sino también estira los nervios que se insertan en él, para causar una posible lesión neuromuscular. Como el nervio emerge de la espina isquiática y transcurre sobre la superficie interna del músculo, se puede producir una lesión por elongación directa (fig. 5-15). Cuanto más desciende el piso antes que la cabeza pase a través de él, mayor será la probabilidad de lesión nerviosa. Asimismo, el mayor descenso causaría una mayor lesión del tejido conectivo de sostén y de las inserciones.

Entonces, la pregunta no es si el parto vaginal lesionará el diafragma pelviano, sino el grado de lesión y si la episiotomía brinda protección. Un comentario frecuente, que apoya el uso liberal de la episiotomía, es que evita la relajación del piso pelviano durante el parto, lo que previene la incontinencia urinaria y el prolапso genital (Flood, 1982; Willson, 1981). Sin embargo, si la intención es proteger el piso pelviano, casi con seguridad se necesita una incisión mucho más extensa que la habitual y ésta no se puede lograr con una episiotomía mediana (Goodlin, 1983). Como se comentó antes, el uso liberal y selectivo de la episiotomía se asocia con patrones de traumatismos contrastantes: la episiotomía liberal se asocia con menor frecuencia de desgarros vaginales y labiales anteriores, pero con un incremento de los traumatismos posteriores. Esto conduce a la posibilidad de que la episiotomía pueda ejercer un efecto protector más específico sobre los tejidos alrededor del cuello de la vejiga. Los hallazgos de un estudio observacional de dos grupos de mujeres comparables según algunas variables pronósticas, pero que recibieron un cuidado perineal diferente, son compatibles con estas observaciones. Las mujeres con desgarros vaginales no sólo sufrieron más desgarros labiales, sino que también tuvieron una incidencia más elevada de cistocele (Brendsel y col., 1981). Sin embargo, un estudio apareado pequeño no halló diferencias estadísticamente significativas en las tasas de prolапso genital en mujeres con episiotomía o sin ella y las lectu-

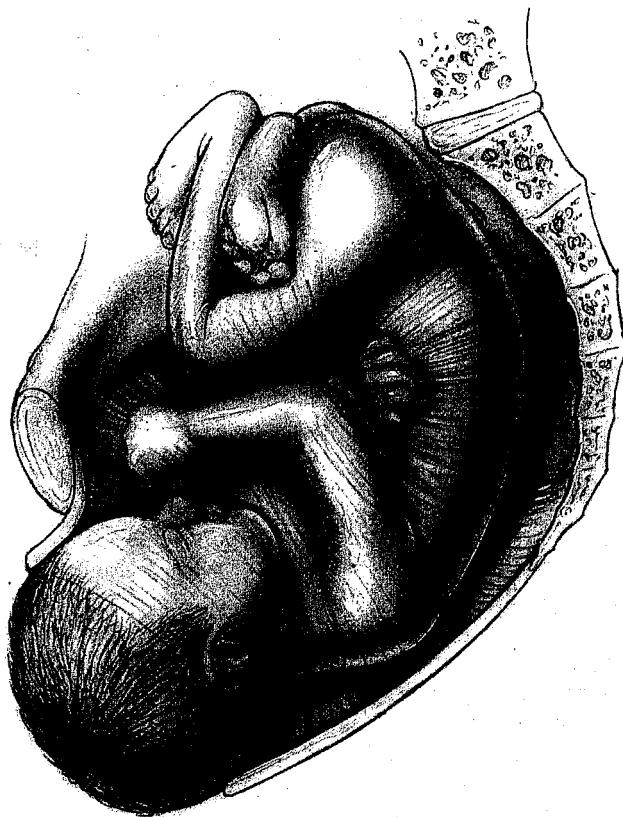


Fig. 5-14. A medida que el feto desciende a través del canal del parto, las porciones de los músculos elevadores del ano se elongan un 50% más, para rodear la cabeza fetal. Este tipo de elongación puede contribuir con la lesión irreversible del músculo estriado.

ras del perineómetro fueron similares en los dos grupos (Brendsel y col., 1979).

INCONTINENCIA

A menudo, se atribuye al parto la incontinencia de esfuerzo persistente a largo plazo, aunque muchas mujeres tienen incontinencia de esfuerzo por primera vez, durante el embarazo. La prevalencia de este síntoma aumenta en forma constante hasta una tasa del 40 al 70% al final del embarazo (Francis, 1960a,b; Stanton y col., 1980). En la mayoría de las mujeres, la incontinencia de esfuerzo desaparece en las primeras semanas después del parto, pero, en una minoría importante, el síntoma persiste. De acuerdo con Stanton y col. (1980), alrededor del 6% de las primiparas presenta incontinencia de esfuerzo en el examen posnatal a las 6 semanas; algunas habían tenido el síntoma antes del embarazo. Alrededor del 10% de las multíparas, la mayoría con este síntoma antes del embarazo, también presenta incontinencia de esfuerzo a las 6 semanas del parto. Francis (1960a,b) observó que sólo el 6% de las mujeres con incontinencia persistente durante el embarazo tenía incontinencia persistente, pero los síntomas reaparecieron en otro 40% cuando desarrollaron un factor desencadenante, como tos. Francis destaca-

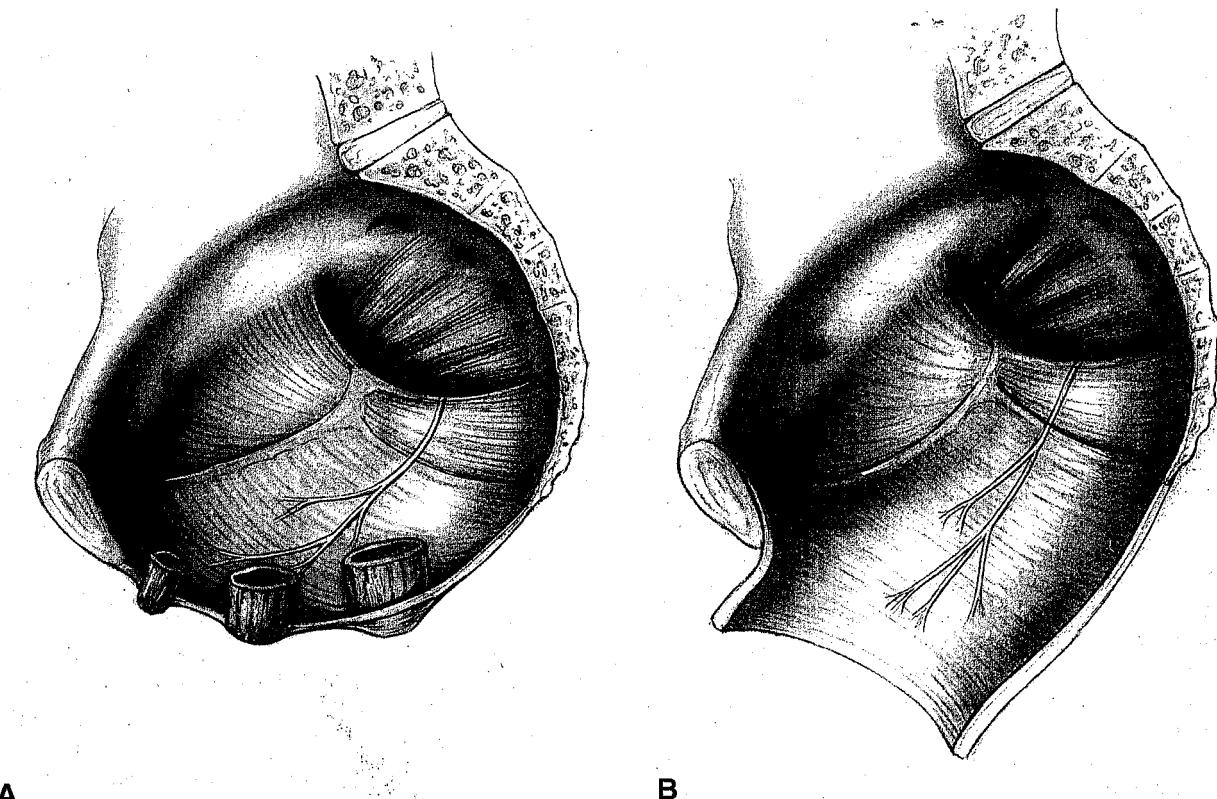


Fig. 5-15. A. Posición normal del piso pelviano y del nervio para los músculos elevadores del ano. B. Se observan los cambios estructurales en el músculo elevador del ano cuando se expulsa el feto. Nótese la elongación y el estiramiento intensos del nervio, que pueden provocar una lesión temporaria o permanente.

có que en ninguna de las mujeres, la incontinencia de esfuerzo apareció, por primera vez, después del parto. Sin embargo, otros autores comunicaron que, en el 4-20% de las mujeres con incontinencia de esfuerzo, el síntoma apareció, por primera vez, en el período periparto (Beck y Hsu, 1965; Iosif, 1981).

Snooks, Swash y col. (1984, 1985) aportaron evidencias sobre incontinencia urinaria y fecal, secundaria a la lesión de los nervios del piso de la pelvis. Detectaron que, en las tres cuartas partes de las mujeres con incontinencia fecal, sin una causa clara, hay evidencia histológica de desnervación de los músculos del piso pelviano, en especial, del puborrectal y del esfínter anal externo. En mujeres con lesión en el esfínter, Harris (1970) comunicó que el 3% tenía sólo un tono regular, mientras que el 4% presentaba un tono pobre. Sus mediciones fueron subjetivas y se basaron en la capacidad de la paciente de contraer el esfínter rectal alrededor del dedo del examinador. Cuando se evaluaron 20 mujeres con laceraciones completas de tercer grado, Go y Dunselman (1988) efectuaron manometría anal y electromiografía con una sola aguja en el esfínter externo. Siete mujeres fueron sometidas a episiotomía mediolateral y cuatro, a episiotomía mediana; en nueve, no se efectuó episiotomía y el desgarro fue espontáneo. A diferencia de las observaciones de otros investigadores, estos autores observaron una recuperación sin

complicaciones en todas las mujeres, confirmada por la restauración de las presiones anales del control voluntario e involuntario hasta límites bajos o normales-bajos. No obstante, tres mujeres refirieron incontinencia, a pesar de que las pruebas de inervación, de función fisiológica y el aspecto de la reparación normales eran normales.

Las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo también presentan una conducción lenta en la rama perineal del nervio pudendo, que inerva el músculo del esfínter voluntario periuretral (Snooks y Swash, 1984). Estudios posteriores en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo aislada demostraron una conducción lenta en la rama perineal del nervio pudendo, con conducción normal hacia el músculo del esfínter anal externo (Snooks y col., 1985). La disminución de la conducción en el nervio pudendo es común inmediatamente después del parto vaginal y suele ser transitoria (Snooks y col., 1984). Como se podría esperar, la conducción no cambia luego del parto por cesárea. La demora en recuperar la conducción normal es más frecuente luego del parto instrumental y en las mujeres multípara. No todas las mujeres con incontinencia de esfuerzo tienen patrones de conducción anormal. La incontinencia de esfuerzo, asociada con el parto vaginal, aún se atribuye más comúnmente al estiramiento o a la lesión del músculo y de la fascia pelvianos, en particular, del cuerpo perineal.

Un estudio que intente responder si las diferencias en el manejo del periné durante el parto vaginal influyen en la incontinencia urinaria de esfuerzo y el prolapsio de los órganos pélvianos, debe evaluar a las pacientes bastante tiempo después del parto, como para esperar que estos problemas ocurran. Como las pacientes suelen consultar por problemas de incontinencia urinaria de esfuerzo, hacia los 40, 50 o 60 años y un poco más adelante por el prolapsio de los órganos pélvianos, se necesitan estudios que controlen a las pacientes durante períodos de tiempo sustanciales. De lo contrario, se podrían cometer errores, como se podría esperar de un estudio para evaluar el tabaquismo y el cáncer de pulmón, 1 año después que el individuo comenzó a fumar.

Tres estudios a largo plazo evaluaron los efectos del manejo perineal a los 10 años o más del parto. Los estudios tienen limitaciones, porque son retrospectivos y descriptivos. La figura 5-16 muestra los datos de un estudio a largo plazo que comparó 1.000 mujeres con partos forcipales y episiotomías, con controles sin episiotomía. Los investigadores llegaron a la conclusión de que la episiotomía limitaba la lesión del piso pélvano. La incidencia de desinserción de la uretra, cistocele, rectocele y lesión del elevador, se redujo a más de la mitad en relación con los controles. Smith y col. (1989) apoyaron estas observaciones en forma indirecta; en 105 mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, prolapsio genital o ambos, sólo una era nulípara. Los datos de un período que comenzó a fines de la década de 1940 indican que proteger el piso de la pelvis con los métodos citados antes redujo, en forma eficaz, la incidencia de prolapsio genital en una etapa posterior de la vida (Ranney, 1990). Es esperable que la prevalencia de prolapsio no se modifique durante los primeros 20 años después de instituir un programa de protección del piso pélvano, porque las mujeres con una edad en la que es probable el prolapsio habrán tenido sus partos con métodos más antiguos. Sin embargo, una vez que las mujeres evaluadas alcanzaron la edad en la que se podría esperar un prolapsio, la prevalencia de cistocele, rectocele y enterocele disminuyó en forma significativa. El análisis demostró que este resultado no se

pudo explicar simplemente por cambios en la demografía o la paridad.

Asimismo, es útil examinar la bibliografía sobre los efectos a corto plazo. El seguimiento temprano de las mujeres del estudio de West Berkshire, indicó que el 20% de las mujeres en ambos grupos presentó pérdida de orina involuntaria a los 3 meses del parto y el 6% informó el uso ocasional de una compresa perineal (Sleep y col., 1984). Con una encuesta por correo, los investigadores controlaron a 674 de las 1.000 mujeres originales, 3 años después del parto. En el grupo sometido al uso selectivo de episiotomías (tasa del 10%), el 22% refirió incontinencia menos de una vez por semana, comparado con el 25% en el grupo de episiotomía liberal (tasa del 51%). En el grupo de episiotomía selectiva, el 12% informó incontinencia una o dos veces por semana, comparado con el 11% en el grupo de episiotomía liberal; en ambos grupos, más del 2% de las pacientes informó pérdida de orina más de tres veces por semana (Sleep y Grant, 1987). El problema fue bastante importante como para que el 8% y el 7% de las pacientes en los grupos selectivo y liberal, respectivamente, utilizara una compresa perineal en forma ocasional; el 2%, por lo menos, a veces y el 1%, todos los días. Rockner (1990) informó una incidencia similar de incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres con episiotomía (36%) comparadas con desgarros espontáneos (36%). El 10% de las mujeres con episiotomía y el 14% de aquellas con desgarros espontáneos tenían síntomas de incontinencia urinaria que requerían una compresa perineal. Rockner evaluó mujeres 4 años después del parto. Es posible que las diferencias en el grado de incontinencia, manifestadas en cada uno de estos grupos, sobre la base del manejo del periné durante el parto, sólo surjan luego de períodos de observación mucho más largos.

El hecho de que el manejo del periné ejerza poco efecto sobre la posterior función del músculo también es compatible con los hallazgos de un estudio observacional sobre la función del músculo perineal con perineometría efectuada 1 año después del parto (Gordon y Logue, 1985). No se observó asociación entre las mediciones de la presión y el grado de traumatismo perineal. En un estu-

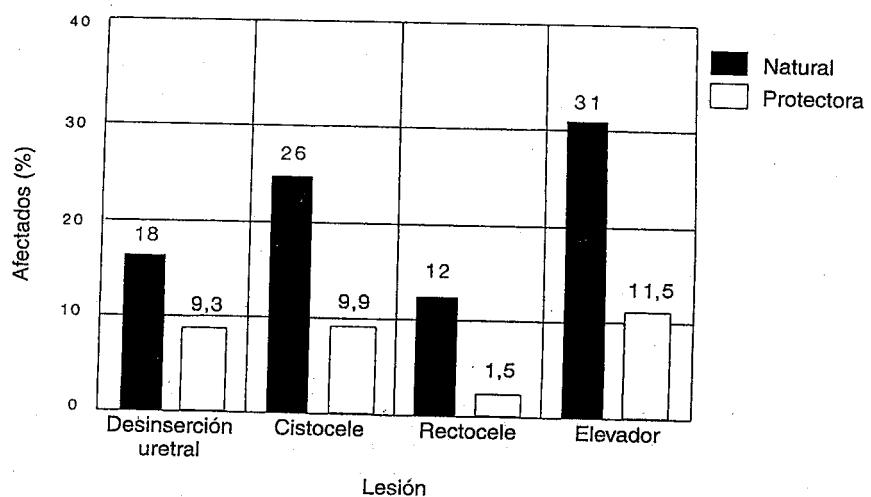


Fig. 5-16. Estudio comparativo de 1.000 mujeres con partos sin episiotomía y de 1.000 mujeres con episiotomía. Los datos revelan la diferencia en las lesiones del piso de la pelvis, manifestadas por desinserción uretral, cistocele, rectocele y lesión de los músculos elevadores del ano. (Reimpresa con autorización de Gainey, 1955.)

dio con un diseño significativamente diferente, Rockner y col. (1991a) utilizaron conos vaginales, que pesaban entre 10 y 100 g, para evaluar la fuerza muscular del piso de la pelvis. El diseño experimental consistía en la inserción de conos con pesos crecientes, hasta que el cono más pesado no se pudiera retener, por lo menos, 1 minuto, en posición de pie o caminando. Estos investigadores observaron que, a las 36 semanas de edad gestacional, todas las mujeres podían sostener un cono vaginal de 90 g o más. Cuando se efectuó la medición 8 semanas después del parto, aquellas mujeres con parto por cesárea podían sostener el mismo peso. En cambio, las mujeres con partos vaginales espontáneos y perinés indemnes o con laceraciones espontáneas, pudieron sostener pesos de 19 g menos, mientras que aquellas con episiotomías mediolaterales sostenían 30 g menos. Es notable que el grupo con episiotomía tuvo una evolución significativamente peor que las otras mujeres con partos vaginales, aunque no existieran diferencias entre los grupos con respecto al peso materno, la duración del primero o segundo estadio del trabajo de parto, los puntajes de Apgar o los pesos al nacer.

CICATRIZACIÓN E INFECCIÓN DE LA HERIDA

Si se considera que las episiotomías o los desgarros espontáneos ocurren en un área que siempre está colonizada con bacterias y está sujeta a cierto grado de traumatismo mecánico en el proceso del parto, es sorprendente que la mala cicatrización y la infección no sean más comunes. Por lo general, las complicaciones de la curación de la herida son más frecuentes después de episiotomías mediolaterales que después de operaciones medianas. La frecuencia más baja de complicaciones de la cicatrización, sin embargo, se detectó en mujeres con laceraciones espontáneas. Algunos autores informan resultados excelentes con episiotomías mediolaterales y no citan casos de infección, dehiscencia de las heridas o cicatrización tardía (Harrison y col., 1984). En cambio, otros comunicaron que las mujeres con episiotomías mediolaterales presentan más complicaciones que aquellas con desgarros espontáneos (Rockner y col., 1988). Específicamente, el 22% de las mujeres con episiotomías y el 2% de aquellas con desgarros espontáneos sufrieron infecciones de las heridas. El 38% de las mujeres con episiotomías y el 13% con desgarros espontáneos sufrieron hematomas o contusiones en el sitio de la episiotomía. El edema localizado fue tres veces más frecuente entre aquellas pacientes con episiotomía, y se consideró que el cierre fue insuficiente en el 40%, en comparación con el 13% de las que tuvieron desgarros espontáneos. Cuando se evaluó durante el sexto día posparto, la herida aún no había cicatrizado en la mitad de las pacientes con episiotomía en comparación con el 20% con desgarros espontáneos. Estas evoluciones malas se debían, sin lugar a dudas, en parte a la utilización de Dexon transcutáneo o puntos de ticon, que fueron retirados el sexto día. En un estudio sueco, Rockner y Olund (1991) comunicaron infecciones en el 10% de las mujeres con episiotomías mediolaterales, y el 2% de las que sufrieron laceraciones espontáneas. En el 30% del primer grupo y en el 10% del último grupo se observó una alteración de la cicatrización.

McGuinness y col. (1991) describieron principalmente episiotomías medianas y hallaron que el 8% de las mujeres tuvo una cicatrización tardía, con complicaciones, en su mayor parte, limitadas a aquellas mujeres con lesiones en el esfínter anal o en la mucosa rectal. En comparación, se observó cicatrización tardía en el 2% de las mujeres sin episiotomías; sin embargo, la cantidad aumentó al 4% si existían laceraciones espontáneas. La frecuencia comunicada de infecciones de episiotomías medianas oscila desde el 0,05%, comunicado por Owen y Hauth (1990), hasta el 0,1%, comunicado por Harris (1970), el 2,5%, de Kaltreider y Dixon (1948) y el 3,7% de Jacobs y Adams (1960). La tasa de infección es más elevada cuando las laceraciones se extienden hasta comprometer el esfínter anal, la mucosa rectal o ambos. En esta población selecta, O'Leary y O'Leary (1964) informaron una tasa de infección del 10%.

El absceso perineal, la fistula rectovaginal y la dehiscencia completa son las complicaciones más debilitantes de las episiotomías. La fistula rectovaginal o la dehiscencia con formación de una cloaca es bastante más frecuente luego de una episiotomía mediana. Sieber y Kroon (1962) observaron que el 2% de los casos con extensiones en la mucosa rectal tuvo abscesos perineales y que el 0,25% desarrolló una fistula rectovaginal. Este dato es similar a la tasa del 0,3% de fistulas rectovaginales en mujeres con episiotomías de cuarto grado, comunicada por Harris (1970). Brantley y Burwell (1960) informaron que un 1,4% de las mujeres con laceraciones perineales de cuarto grado desarrolló una fistula rectovaginal. La incidencia máxima de este tipo de fistulas se observó en mujeres con episiotomías efectuadas en forma intencional (Norris, 1962). Beynon (1974) evaluó la bibliografía y halló 18 casos (0,65%) de fistulas rectovaginales después de un total de 27.655 episiotomías medianas.

CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE LA EPISIOTOMÍA. Las infecciones de la episiotomía y del tracto genital inferior se pueden clasificar de acuerdo con la profundidad (cuadro 5-5). Es importante un diagnóstico preciso y temprano, y la profundidad de la infección se debe evaluar clínicamente, para guiar el manejo (Owen y Hauth, 1990; Shy y Eschenbach, 1979). Las infecciones más benignas comprometen sólo la piel, los tejidos subcutáneos (simple) y el borde de la fascia superficial, aunque sin necrosis. Una profundidad intermedia genera una infección necrosante, limitada a la fascia superficial. Las infecciones profundas comprometen las capas fasciales profundas y pueden incluir la vaina de los rectos, la fascia inferior del diafragma urogenital o la fascia inferior del elevador del ano y las capas musculares subyacentes (fig. 5-17).

INFECCIÓN SIMPLE DE LA EPISIOTOMÍA. Es una infección local, limitada a la piel y la fascia superficial, junto a la incisión de la episiotomía. A diferencia de las infecciones más profundas, el edema y eritema asociados están junto a la episiotomía. Cualquier progresión hacia la piel o fascia superficial del músculo, el glúteo o la pared abdominal es una presunta evidencia de una infección bastante más grave. La formación de ampollas, la

CUADRO 5-5. Clasificación de las infecciones de episiotomías

Superficial	Simple - piel y tejidos subcutáneos
	Infección de la fascia superficial sin necrosis
Intermedia	Necrosis de la fascia superficial (fascitis necrosante)
	1. Necrosis extensa con destrucción diseminada del tejido circundante
	2. Reacción sistémica entre moderada y grave, con alteración del estado mental
	3. Ausencia de compromiso muscular
	4. Incapacidad de demostrar clostrídios en los cultivos de la herida y en hemocultivos
	5. Ausencia de obstrucción vascular mayor
	6. Examen anatomo-patológico del tejido desbridado que muestra un intenso infiltrado leucocitario, necrosis focal de la fascia y los tejidos circundantes y trombosis de la microvasculatura
Profunda	Mionecrosis

(Modificado de Fisher y col., 1979, con autorización.)

necrosis cutánea y las manifestaciones sistémicas no son típicas de la infección simple.

El manejo incluye exploración y desbridamiento bajo anestesia adecuada. Los hematomas asociados se drenan. Una episiotomía con infección aguda no debe ser suturada nuevamente. Si hay infección extensa de la capa de fascia superficial se administran antibióticos. La cobertura se debe dirigir a microorganismos estreptocócicos como el Grupo A, D y especies anaerobias; estafilococos, enterobacterias aerobias y anaerobias, como especies de

Bacteroides y *Fusobacterium necrophorum* (Fisher y col., 1979; Shy y Eschenbach, 1979).

INFECCIÓN DE LA FASCIA SUPERFICIAL. La infección que compromete la fascia de Colles sobre el perine o las fascias de Camper y de Scarpa sobre la pared abdominal inferior, que constituyen la fascia superficial, tiene una profundidad intermedia. Es importante distinguir estas infecciones de la infección simple, y de las infecciones fasciales más graves y más profundas. Existen dos infecciones de la fascia superficial: la más frecuente es la infección de la fascia superficial sin necrosis y la menos frecuente, aunque más grave, es la infección con necrosis asociada.

Los signos y síntomas de infección de la fascia superficial sin necrosis no son llamativos ni distintivos. En consecuencia, puede ser necesaria una exploración quirúrgica para descartar la necrosis. Si no hay necrosis, la piel puede estar eritematosa y edematosas, pero no hay manifestaciones sistémicas graves. La respuesta al tratamiento antibiótico debe ocurrir en 24 a 48 horas; sin embargo, si se observa una respuesta clínica pobre o si la condición de la mujer empeora durante el tratamiento, entonces, se debe explorar quirúrgicamente la episiotomía. En estos casos, el desbridamiento es la piedra fundamental de la terapia y se debe efectuar en el sector externo, hasta encontrar tejidos vitales.

FASCITIS NECROSANTE. En 1871, Joseph Jones, un cirujano del ejército confederal describió, por primera vez, una necrosis fascial rápidamente progresiva, causada por infecciones bacterianas superficiales. El término "fascitis necrosante" se atribuye a Wilson (1952), que lo introdujo para describir una infección infrecuente, grave y superficial, asociada con necrosis fascial. Esta infec-

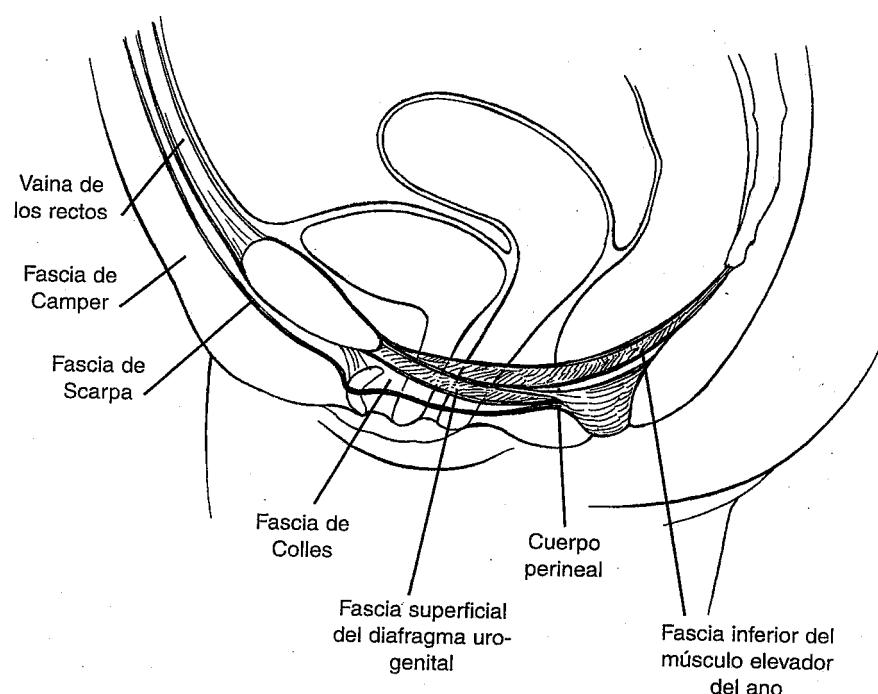


Fig. 5-17. Corte sagital del perine y la pared abdominal inferior, que muestra los grupos musculares significativos y las capas fasciales superficiales.

ción tiene un comienzo agudo y evoluciona con rapidez, con manifestaciones sistémicas marcadas y una alta tasa de mortalidad, del 20 al 80%. La fascitis necrosante se conoció con una variedad de términos, que incluyen erisipela gangrenosa, gangrena hospitalaria, gangrena dérmica aguda y erisipela necrosante.

Ambas capas de la fascia perineal superficial se necrosan a medida que la infección se disemina a través de los planos fasciales (fig. 5-17). La capa superficial de la fascia superficial (fascia de Camper) es tejido fibroadiposo y contribuye a la mayor parte de los labios mayores. Sobre la pared abdominal anterior, esta fascia se reconoce como tejido adiposo subcutáneo. La capa profunda de la fascia superficial sobre el periné (fascia de Colles) es membranosa y no tiene tejido adiposo. La capa profunda de la fascia superficial en la pared abdominal (fascia de Scarpa) es sólo una continuación de la capa profunda de la fascia superficial desde el periné (fascia de Colles).

Aunque la capa profunda de la fascia superficial puede evitar que la infección llegue a estructuras más profundas, la infección puede diseminarse a través del plano fascial, desde el periné hasta la pared abdominal anterior. Típicamente, sólo hay compromiso de fascia superficial, mientras la fascia profunda, como la fascia inferior del diafragma urogenital y la fascia inferior del elevador del ano, está relativamente conservada. Fisher y col. (1979) propusieron seis criterios que permiten excluir infecciones del tejido blando muy similares, que pueden simular una fascitis necrosante (cuadro 5-5).

Como la piel no es el sitio principal de infección en la fascitis necrosante, las manifestaciones superficiales son variables y el diagnóstico sólo a través de inspección es poco confiable. Sin embargo, al principio, suele aparecer edema y eritema cutáneos, con bordes indefinidos, que se atenúan en forma gradual hacia las áreas normales. El color de la piel afectada se puede transformar en azul o marrón, a medida que la infección progresá. Cuando los vasos que nutren la piel comienzan a obstruirse, se forman vesículas y ampollas, y la piel se puede tornar gangrenosa. Luego, aparece edema progresivo. Con frecuencia, se observa una sensibilidad local marcada inicial, pero, después de que se afectan los nervios cutáneos, la lesión se puede volver hipoestésica o, incluso, anestésica. Debido a la producción asociada de toxinas bacterianas, se generan desvíos profundos de los volúmenes corporales y la anemia subyacente puede estar enmascarada por la hemoconcentración.

Aunque el tratamiento de estas mujeres es multifacético e incluye una cobertura antibiótica empírica de amplio espectro, y un soporte de los sistemas cardiovascular y respiratorio, el sello para lograr un tratamiento exitoso es la exploración quirúrgica y el desbridamiento. En el cuadro 5-6, se detallan 13 muertes maternas debido a fascitis necrosante, originada a partir de una herida de episiotomía. Es importante destacar que, aunque se instituyó un tratamiento antibiótico de soporte general en el momento apropiado en todas estas mujeres, con frecuencia, se demoró la exploración quirúrgica o ésta fue demasiado limitada. Se debe efectuar la exploración quirúrgica si se observa edema o eritema en la piel, que supera el área inmediata de la episiotomía, si aparecen manifestaciones

sistémicas graves o si la infección no resuelve después de 24 a 48 horas de tratamiento antibiótico por vía intravenosa. Durante la exploración, la separación de la piel de la fascia profunda subyacente y una incisión exangüe a través de la fascia superficial son signos pronósticos intensos de fascitis necrosante (fig. 5-18). Con frecuencia, el cirujano encuentra un exudado serosanguinolento, en lugar de acumulaciones macroscópicamente purulentas. En general, la fascia superficial necrótica forma una capa gris opaca, con licuefacción parcial de la grasa subcutánea. Los límites del desbridamiento se alcanzan cuando el tejido subcutáneo no se puede separar de la fascia profunda normal subyacente o de la piel normal y cuando hay un flujo de sangre libre en los bordes de la disección. Una biopsia por congelación del tejido puede aclarar el diagnóstico cuando la necrosis de la fascia es dudosa; sin embargo, con frecuencia, ésta es evidente.

MIONECROSIS. La infección por debajo de la fascia profunda puede comprometer los músculos y producir necrosis. La mionecrosis se debe con más frecuencia a infecciones por *Clostridium perfringens*, aunque ésta se puede desarrollar a partir de infecciones necrosantes descuidadas en la fascia profunda. Otra causa de mionecrosis de los músculos glúteo o psoas son las bacterias introducidas en este espacio muerto a través de agujas paracervicales o pudendas.

Las infecciones por clostrídios se pueden desarrollar en una etapa temprana después del parto, como se observa en el cuadro 5-6. Típicamente, la gravedad del dolor no es proporcional a los hallazgos físicos. El tratamiento apropiado de la mionecrosis y la infección por clostrídios es una combinación de un desbridamiento quirúrgico amplio y un tratamiento antibiótico. Para la infección por clostrídios, se administran altas dosis de penicilina. Se puede emplear oxígeno hiperbárico como adyuvante, pero éste no sustituye al desbridamiento quirúrgico extenso. Fisher y col. (1979) destacaron que en cada una de las 22 pacientes sometidas a desbridamiento radical de toda la fascia y el tejido no viables, la necrosis fascial se extendía más allá del área de compromiso cutáneo. En su serie, cuatro de las cinco muertes correspondieron a mujeres con infecciones que comprometían el área inguinal.

PÉRDIDA DE SANGRE Y FORMACIÓN DE HEMATOMAS. Todo médico que efectuó una episiotomía alguna vez puede atestiguar que las mujeres sometidas a este procedimiento pierden más sangre que aquellas con partos y el periné indemne. Thacker y Banta (1983) calcularon que la episiotomía era responsable de alrededor de 200 mL de pérdida de sangre durante el parto vaginal. Rockner y col. (1989) informaron un incremento de la frecuencia de pérdida excesiva de sangre –más de 600 mL– con episiotomías; sin embargo, no ofrecieron datos objetivos que apoyen esta observación. Thranov y col. (1990) también observaron un aumento de la pérdida de sangre con la episiotomía; sin embargo, las mediciones objetivas, basadas en hematocritos posparto, no mostraron diferencias. No obstante, el factor principal asociado con el desarrollo de hematomas vulvovaginales durante el parto es la realización de una episiotomía.

CUADRO 5-6. Muertes maternas asociadas con episiotomías y traumatismos perineales

Año	Primer autor	Edad	Parto	Traumatismo perineal	Síntomas iniciales (Días)	Presentación	Tratamiento inicial	Cirugía	Parto hasta muerte	Diagnóstico definitivo	Cultivos	Enfermedad subyacente
1986	Soper	24	Forcipal	Med. ^a , desgarro 3er grado	4	Malestar perineal	Antibióticos y corticoides	No ^b	4	Micronecrosis	Clostridios, <i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i>	Ninguna
1979	Shy (1)	23	NE	Med con desgarro sobre la espina isquiática derecha	2	Induración dolorosa	Exploración y apertura de la fosa isquiorectal; antibióticos, corticoides, oxígeno hipertáxico	Sí	6	Necrosis fascial Micronecrosis	Clostridios	Ninguna
	Shy (2)	21	PVE	Med.	3	Induración	Incisión local, antibióticos, corticoides	No	8	Necrosis fascial	<i>E. coli</i>	Ninguna
	Shy (3)	22	Forcipal	Med.	5	Dolor en el perineo, la pierna y el glúteo	Antibióticos, corticoides	Sí	9	Necrosis miofascial	<i>E. coli</i> , Bacteroides	Ninguna
1979	*Scott	23	PVE	Med.	1	Edema vulvar	Antibióticos	No	4	Necrosis fascial	Clostridios	Ninguna
1979	*Hibbard (1)	30	NE	Med., desgarro 4to grado	2	Edema del labio izquierdo	Antibióticos, corticoides	No	10	Probable necrosis fascial	Ninguno	Ninguna
	Hibbard (2)	19	NE	Episiotomía mediolateral	2	Inflamación del labio y el glúteo izquierdos	Antibióticos, oxígeno hipertáxico	No	3	Probable mio-necrosis	<i>E. coli</i> , estreptococo, clostridios	Ninguna
1979	Ewing (1)	19	Forcipal	Proctoepisiotomía	2	Edema vulvar	Antibióticos	Sí ^c	6	Probable necrosis fascial	No se cultivo	Ninguna
	Ewing (2)	16	Forcipal	Med., desgarro 3er grado ^d	2	Edema vulvar	Antibióticos, corticoides	No	4	Probable necrosis fascial	No se cultivo	Ninguna
	Ewing (3)	24	PVE	Med.	2	Edema vulvar	Antibióticos, corticoides	No	4	Probable necrosis fascial	Estreptococos, clostridios, estafilococos	Ninguna
1977	Goldé (1)	30	PVE	Med., desgarro 4to grado	2	Edema del labio mayor izquierdo	Antibióticos, suero humano, tratamiento local	No	10	Necrosis fascial	Anaerobios, estreptococos, <i>E. coli</i>	Ninguna
	Goldé (2)	23	PVE	Med., desgarro 3er grado	3	Dolor perineal	Antibióticos, corticoides	Sí	4	Necrosis fascial	Estafilococos, clostridios	Ninguna
1972	Jewett	23	NE	Med., desgarro 3er grado	5	Dolor abdominal intenso, fiebre	Antibióticos, hepática	No	24	Retropertitoneal	<i>E. coli</i>	Ninguna

^a Med., episiotomía media. ^bFallecida durante la preparación de la cirugía. ^cLimitada a explorar la fosa isquiorrectal. ^dProbable compromiso rectal con material de sutura o desgarro de 4to grado oculto. *Embolismo pulmonar concurrente. PVE = parto vaginal espontáneo. NE = no establecido, aunque se presume PVE. *Véase Ewing, 1979 (Comentario).



Fig. 5-18. Mujer a los 8 días del parto, cuya episiotomía se infectó y no respondió al tratamiento antibiótico. Se efectuó la exploración quirúrgica y un desbridamiento local amplio poco después de la llegada al hospital de derivación. Existe una necrosis evidente de la piel y el tejido fibroadiposo y la mayoría de los vasos sanguíneos contienen coágulos.

INTOXICACIÓN NEONATAL CON LIDOCAÍNA

Aunque es raro, existen casos convincentes de intoxicación neonatal con lidocaína, debido a la administración de un bloqueo pudendo para el parto vaginal y la episiotomía (DePraeter y col., 1991; Kim y col., 1979). El síndrome clínico se caracteriza por episodios de apnea neonatal, que incluyen paro respiratorio. Con frecuencia, se detecta hipotonía y convulsiones en el momento del parto o poco después; pupilas fijas y dilatadas, pérdida del reflejo oculocefálico y bradicardia o taquicardia ventricular. Los efectos tóxicos se observaron con niveles de lidocaína neonatal sérica de 3 µg/mL (Shnider y Way, 1968). Entre los casos informados, se extrapolaron niveles máximos de lidocaína neonatales de hasta 22,5 µg/mL, sobre la base de las concentraciones séricas del fármaco y de la vida media del compuesto. Se postula que la demora en el comienzo de los síntomas es secundaria a la inyección directa en el feto, con un retraso para la absorción que representa el intervalo hasta que aparecen los síntomas.

CASTRACIÓN AL NACER

Un informe sobre la castración al nacer muestra que hasta el procedimiento quirúrgico más simple puede provocar complicaciones devastadoras, tanto para la madre

como para el niño (George, 1988). En un parto en pelviana de una mujer multipara se efectuó una episiotomía posterolateral derecha grande con rapidez, mientras la mujer pujaba y la presentación pelviana distendía el perineo. Poco después, salió de la vagina una estructura esférica con forma de perla, de color rosa grisáceo, que medía alrededor de 1,5 cm de diámetro. La mujer continuó pujando y expulsó otra estructura similar. No se observó un sangrado desmedido. El parto fue espontáneo y completo, sin más asistencia. El recién nacido presentó un sangrado profuso: su escroto había desaparecido casi por completo, excepto un estigma en la parte anterior. Las dos estructuras en forma de perla eran los testículos y el escroto fue seccionado durante la episiotomía. Esto ocurrió a pesar de los 30 años de experiencia del obstetra.

REPARACIÓN DE LA DEHISCENCIA DE LA EPISIOTOMÍA

Antes de mediados de la década de 1980, la doctrina médica tradicional sostenía que si fracasaba la reparación de la episiotomía en el momento del parto, se debería postergar un segundo intento de reparación como mínimo de 3 a 4 meses (Mattingly y Thompson, 1985). Se creía que esta demora era necesaria para asegurar una irrigación sanguínea adecuada en los bordes de la solución de continuidad y el retorno de la viabilidad óptima del tejido perineal. El costo de la reparación tardía para la mujer, que incluía la incontinencia fecal, con potencial incapacidad de manejarse en la sociedad o en el lugar de trabajo, pérdida de la función sexual, y miedo y ansiedad mientras esperaba la reparación definitiva, se consideraba mínimo en relación con el riesgo del fracaso de la reparación temprana (Cogan y Harris, 1966). Estos dictámenes eran, en especial, inviolables cuando la lesión se extendía para comprometer el esfínter anal o la mucosa rectal. Existen ventajas y desventajas de la reparación temprana y tardía. Sin dudas la reparación temprana posee las ventajas que se comentaron antes. Sin embargo, requiere un período de hospitalización prolongado, con frecuencia, antes de la reparación, para asegurar que los tejidos sean adecuados para la reparación. Luego de la estabilización inicial, las pacientes con dehiscencia de la episiotomía pueden ser dadas de alta para recibir tratamiento en un ambiente más cómodo con su hijo. Si la función del puborrectal está indemne, estas pacientes poseen una continencia sorprendente y, por lo general, si toman un agente constipante, tienen pocos problemas de incontinencia fecal. Si se presta atención a la higiene perineal, las heridas de estas pacientes pueden granular y madurar y, luego, se puede efectuar una reparación tardía en óptimas condiciones. Una conversación honesta y específica con la paciente sobre las ventajas y desventajas, permitirá tomar la decisión apropiada sobre la conducta por seguir. La reparación temprana es una opción excelente, pero, en nuestra experiencia, muchas pacientes eligen quedarse en casa con su bebé, y no en el hospital, y cada opción debe ser evaluada con la paciente. Si se intenta una reparación temprana, se debe reconocer que

ésta no es una reparación inmediata, sino una reparación que se efectúa después de que desaparecieron la infección y los tejidos necróticos. Los detalles de este programa se describen en la próxima sección de este capítulo.

Hauth y col. comunicaron la primera serie de mujeres sometidas a reparación temprana de una dehiscencia del músculo del esfínter anal y la mucosa rectal, en 1986. Estas observaciones fueron actualizadas posteriormente y se extendieron para incluir 22 mujeres con dehiscencia de la episiotomía de cuarto grado, 4 con dehiscencia de la episiotomía de tercer grado y 5 con dehiscencia mediolateral (Hankins y col., 1990). El intervalo medio desde el parto hasta la dehiscencia fue de $6,6 \pm 2,6$ días para lesiones de cuarto grado y de $5,3 \pm 2,2$ días para lesiones de tercer grado y mediolaterales. En promedio, el tiempo necesario para preparar la herida para la reaproximación quirúrgica fue de 6 días, con un intervalo de 1 hasta 11 días.

TÉCNICA DE LA REPARACIÓN TEMPRANA

Cuando se efectúa la reparación temprana de una dehiscencia de episiotomía, existen principios específicos importantes para el manejo prequirúrgico, intraquirúrgico y posquirúrgico de estas mujeres.

MANEJO PREQUIRÚRGICO. Cuando se detecta la dehiscencia por primera vez, se inspecciona la herida con atención. La anestesia necesaria para este tipo de inspección varía desde ninguna hasta anestesia general, pero la mayoría de las mujeres requieren sólo sedación intravenosa. Si está infectada, la episiotomía se abre por completo y se expone toda la herida. Si no hay signos de infección, se aplica una tracción suave hacia afuera sobre los bordes de la herida. Si no hay separación, no se destruye el resto de la reparación, indemne. Luego, se limpia la herida en forma vigorosa, con gasas quirúrgicas y una mezcla de partes iguales de solución de yodopovidona al 10%, peróxido de hidrógeno (agua oxigenada) y solución fisiológica. Se retira todo material de sutura remanente de la reparación anterior. A partir de allí, se cepilla la herida y se irriga dos o tres veces por día. La aplicación de lidocaína al 2% en gel en la herida 5 minutos antes de cada limpieza, disminuye la molestias de la paciente. Se le indica efectuar baños de asiento después de las deposiciones y mantener el periné tan limpio y seco como sea posible.

El día anterior a la cirugía, las mujeres con dehiscencias que comprometen la mucosa rectal, deben someterse a una preparación mecánica del intestino, con una solución electrolítica comercial (Golytely). La solución se consume a una velocidad de 1 L/h hasta producir diarrea clara e incolora. No se administran antibióticos por vía oral como parte de la preparación intestinal.

MANEJO PERIOPERATORIO. Se administra un antibiótico de amplio espectro por vía intravenosa antes de ingresar en la sala de operaciones y se continúa de 48 a 72 horas. En las mujeres con infección asociada con dehiscencia de la episiotomía, el tratamiento antibiótico prequirúrgico dura más tiempo.

Se considera que la herida está lista para la reparación

quirúrgica cuando su superficie está libre de exudado y cubierta por tejido de granulación sano y rosado. Se efectúa una disección quirúrgica, hasta que todas las capas de tejido poseen buena movilidad y se pueden reapproximar sin tensión en las líneas de puntos. La retracción extensa del esfínter anal es un hallazgo constante y se necesita prestar especial atención para identificarla y confirmar que la cápsula fibrosa puede ser movilizada y reapproximada sin tensión. Se reapproxima la mucosa rectal con una sutura submucosa continua de material 000 o 0000 que se refuerza con una capa de tejido del tabique rectovaginal, con una sutura continua o puntos interrumpidos de material 00 o 000. El esfínter anal externo se aproxima con cuatro o cinco puntos interrumpidos de poliglactina 00. El resto de la reparación es igual a la de una episiotomía simple de segundo grado.

MANEJO POSQUIRÚRGICO. Se estimula a las pacientes a efectuar baños de asiento, tres veces por día y, luego, a secar el periné. Si se repara la mucosa rectal, se indica una dieta que impida los movimientos intestinales durante el período posquirúrgico inicial. La materia fecal diarreica durante el período posreparación inmediato es un riesgo bastante mayor para la cicatrización de la herida que la materia fecal formada. Entre las 48 y 72 horas posquirúrgicas, las pacientes pasan a una dieta líquida clara, que continúa durante 3 días y, a partir de entonces, se puede retomar la dieta general. Las mujeres con lesiones que comprometen la mucosa rectal no reciben el alta hasta reiniciar la función intestinal normal. Se les explica que deben evitar la colocación de cualquier objeto dentro de la vagina durante, por lo menos, 6 semanas. Cuando la reparación no abarca la mucosa rectal, la dieta se progrésa con rapidez luego de la cirugía.

Hankins y col. (1990) describieron un seguimiento promedio de 2 años en 22 mujeres con dehiscencias de episiotomías de cuarto grado. Excepto dos mujeres que desarrollaron una fistula rectovaginal del tamaño de un alfiler, tanto los médicos como las pacientes consideraron que el resto de las reparaciones fueron muy exitosas. Las dos mujeres con fistulas del tamaño de un alfiler fueron sometidas a reparación con un colgajo anal, una a las 6 semanas y la otra a los 6 meses de la detección de la fistula. Todas las mujeres conservaban su continencia para materia fecal y flatus, 1 año después de la reparación. Alrededor del 10% sufrió dispareunia leve en forma ocasional.

En aquellas mujeres con dehiscencias de tercer grado o mediolaterales, el seguimiento alcanzó un promedio de 17 meses. Las complicaciones tempranas se limitaron a la separación superficial del borde cutáneo en el cuerpo perineal; sin embargo, curaron en forma espontánea. Todas conservaron su continencia e informaron que su función intestinal era normal. Nuevamente, alrededor del 10% presentó dispareunia ocasional. Estos resultados sobre continencia fecal y dispareunia son equivalentes a los comunicados para las mujeres sometidas a reparaciones primarias de las episiotomías. Aunque, sin dudas, una fistula del tamaño de un alfiler no es algo deseable, esta tasa de complicaciones no fue significativamente diferente del 10% informado para las mujeres con reparaciones tardías (Given y Browning, 1988).

Estos informes iniciales de Hauth (1986), y Hankins (1990) y col. incluyeron una población militar de clase media a media-baja, predominantemente, de mujeres blancas. Ramin y col. (1992) comunicaron sus resultados, con un esquema de manejo similar, empleado para una población indigente en el Parkland Hospital. Mientras que estos informes previos describían la infección como la causa evidente de la dehiscencia en sólo una cuarta parte de las episiotomías de cuarto grado, Ramin y col. (1992) hallaron infecciones relacionadas en las dos tercera partes de las 41 dehiscencias de episiotomías. A pesar de ello, fue necesario un promedio de 6,4 días (intervalo, 3-13) para preparar el tejido a fin de suturarlo nuevamente. El tejido con infección dudosa no fue reaproximado. Se logró una reparación anatómica exitosa en el 94% de las pacientes; los dos fracasos fueron episiotomías de tercer grado que se volvieron a abrir. En ambos casos, se permitió que estas heridas curen por segunda intención.

Monberg y Hammen (1987) describieron un enfoque algo distinto para las episiotomías dehiscentes y, en su experiencia, muchas veces, infectadas. Informaron sobre 35 mujeres con dehiscencias de episiotomías mediolaterales. Estas mujeres fueron asignadas en forma aleatorizada a dos protocolos divergentes. En el primer grupo, 20 mujeres se sometieron a reparación inmediata, con resutura primaria. Se les administró clindamicina 2 horas antes de la sutura y, en forma continua, durante 5 días a partir de entonces. El segundo grupo de 15 mujeres fue tratado con limpieza local de la herida y curación por segunda intención. Se identificó infección en la mitad de las mujeres en ambos grupos. En el grupo de reparación temprana, las mujeres con heridas purulentas se sometieron a resección con instrumentos afilados, hasta llegar al tejido vital, seguida del cierre con puntos de material absorbible sintético 2-0. Se les dio el alta, en promedio, un día antes que a las mujeres manejadas en forma conservadora. Asimismo, requirieron significativamente menos visitas a la clínica y domiciliarias. Se comunicó que el 6% de las mujeres sometidas a reparación temprana y el 14% en las mujeres que curaron por segunda intención tuvieron dispareunia a los 6 meses del parto.

Existen pocas dudas acerca de que la dehiscencia completa de una episiotomía mediolateral, de tercer grado o de cuarto grado se asocia con morbilidad significativa. La reaproximación anatómica y la función fisiológica después de la reparación temprana son comparables con las obtenidas con la reparación tardía. Los protocolos generales publicados aportan pautas que los individuos pueden utilizar para tratar estos cuadros infrecuentes, aunque muy mórbidos, en forma más oportuna.

RESUMEN

La episiotomía, a pesar de efectuarse durante casi 250 años, es un procedimiento muy controversial. Cada vez resulta más evidente que, incluso los partos *normales* se asocian con traumatismos en los tejidos blandos pélvicos y en los nervios maternos algunos de ellos irreversibles y, la mayoría no se puede evitar con una episiotomía.

Por el contrario, está claro que tanto las laceraciones de tercer grado como las de cuarto grado aumentan en gran medida cuando se efectúa una episiotomía. La realización sistemática de episiotomías debe ser reemplazada por un protocolo más selectivo, donde el empleo del procedimiento se base en las condiciones clínicas específicas halladas en el momento del parto.

BIBLIOGRAFÍA

- Adoni A, Anteby E. The use of Histoacryl for episiotomy repair. Br J Obstet Gynaecol 1991; 98:476.
- Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. Lancet 1993; 342:1515.
- Arrns S. Immaculate Deception. Boston: Houghton Mifflin, 1975.
- Banninger V, Buhrig H, Schreiner We. Vergleichende Studie über die Verwendung von Poly-glykolsaure (Dexon) and Chromicatgut als Nahtmaterial bei der Episiotomeinäht. Geburtsholze Frauenheilkd 1978; 30:30.
- Beck RP, Hsu N. Pregnancy, childbirth and the menopause related to the development of stress incontinence. Am J Obstet Gynecol 1965; 91:821.
- Bex PJM, Hofmeyr GJ. Perineal management during childbirth and subsequent dyspareunia. Clin Exp Obstet Gynecol 1987; 14:97.
- Beynon CL. Midline episiotomy as a routine procedure. J Obstet Gynaecol Brit Commonw 1974; 81: 126.
- Blondel B, Kaminski M. Episiotomy and third-degree tears. Br J Obstet Gynaecol 1985; 92:1297.
- Blondel B, Pusch D, Schmidt E. Some characteristics of antenatal care in 13 European countries. Br J Obstet Gynaecol 1985; 92:565.
- Borgatta L, Piening SL, Cohen WR. Association of episiotomy and delivery position with deep perineal laceration during spontaneous delivery in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol 1989; 160:294.
- Brantley JT, Burwell JC. A study of fourth-degree perineal lacerations and their sequelae. Am J Obstet Gynecol 1960; 80:711.
- Brendsel C, Peterson G, Mehl LE. Episiotomy: facts, fictions, figures, and alternatives. In: Stewart D, Stewart L (eds), Compulsory Hospitalization or Freedom of Choice in Childbirth. Marble Hill, MO: National Association of Parents and Professionals for Safe Alternatives in Childbirth (NAPSAC), 1979.
- Brendsel C, Peterson G, Miehl C. The role of episiotomy in pelvic symptomatology. In: Kitzinger S (ed), Episiotomy—Physical and Emotional Aspects, London: National Childbirth Trust, 1981.
- Bromberg MH. Presumptive maternal benefits of routine episiotomy. A literature review. J Nurs -Midwif 1986; 31: 121.
- Buekens P, Lagasse R, Dramaix M, Wollast E. Episiotomy and third-degree tears. Br J Obstet Gynaecol 1985; 92:820.
- Chalmers I. Evaluating the quality of new procedures. Arch Gynecol Obstet 1987; 241:S101.
- Chatterjee SK. Scar endometriosis: a clinicopathologic study of 17 cases. Obstet Gynecol 1980, 56:81.
- Coats PM, Chan KK, Wilkins M, Beard RJ. A comparison between midline and mediolateral episiotomies. Br J Obstet Gynaecol 1980; 87:408.

ARTÍCULOS ORIGINALES

El desgarro intraparto del esfínter anal ¿Puede prevenirse?

Intrapartum anal sphincter tear: is it preventable?

M Pato-Mosquera¹

S García-Lavandeira¹

J Liñayo-Chouza¹

¹Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, España.

RESUMEN

OBJETIVO:

determinar los factores de riesgo asociados con el desgarro intraparto del esfínter anal

MATERIAL Y MÉTODO:

análisis retrospectivo, de casos y controles con desgarro del esfínter anal y sin éste. Se aplicó análisis bivariante.

RESULTADOS:

se incluyeron 97 pacientes: 48 casos de desgarro del esfínter anal y 49 controles sin éste. La incidencia de desgarros fue de 1.6% (1.3% en primíparas y 0.3% en multíparas). En el análisis bivariante se encontraron diferencias estadísticamente significativas en primiparidad ($p=0.003$), parto inducido ($p<0.001$), parto instrumentado ($p=0.006$), duración de la dilatación ($p=0.023$), tiempo de expulsión ($p=0.007$), episiotomía ($p<0.001$), peso del recién nacido ($p=0.006$) e incontinencia urinaria ($p=0.002$). Con el análisis univariante se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en las variables de primiparidad (RM de 3.833, $p=0.004$), parto instrumentado (RM de 3.214, $p=0.007$), episiotomía (RM de 6.101, $p<0.001$), peso del recién nacido (RM de 1.001 por cada gramo, $p=0.009$), duración de la dilatación (RM de 1.004 por cada minuto, $p=0.012$) y del tiempo de expulsión (RM 1.007 por cada minuto, $p=0.016$). En el análisis multivariado sólo se encontró asociación con la episiotomía (RM de 6.76 e IC 95% de 2.436-18.805) y peso del recién nacido (RM de 1.001 e IC 95% de 1.000-1.002); el área bajo la curva ROC fue de 0.762 (IC=0.667-0.856).

CONCLUSIONES:

El desgarro del esfínter es multifactorial y difícil de predecir. Para intentar reducir la incidencia debe intervenirse en los factores de riesgo modificables.

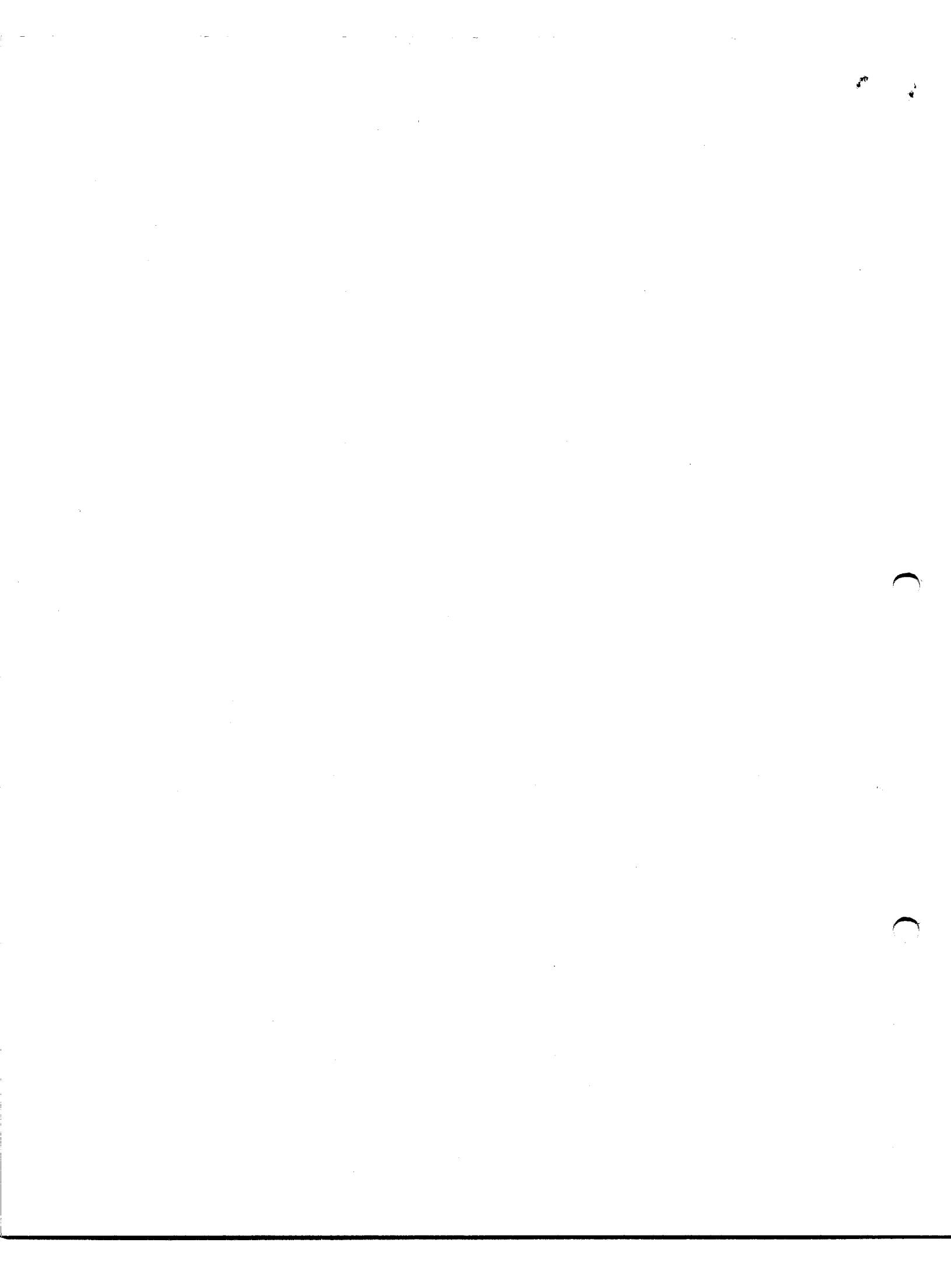
PALABRAS CLAVE: desgarro del esfínter anal; parto vaginal; incidencia; factores de riesgo

ABSTRACT

OBJETIVE:

to determinate the risk factors of intrapartum anal sphincter tear.

MATERIAL AND METHOD:



106

a retrospective case-control study which included a total of 97 patients: 48 with anal sphincter tear and 49 without tear.

RESULTS:

There was an incidence of 1.6% of anal sphincter injury (1.3% in primiparous and 0.3% in multiparous). In bivariate analysis statistical significant differences were found in primiparity ($p=0.003$), labour induction ($p<0.001$), instrumental delivery ($p=0.006$), dilatation duration ($p=0.023$), duration of expulsive stage ($p=0.007$), episiotomy ($p<0.001$), fetal weight ($p=0.006$) and urinary incontinence ($p=0.002$). Univariate analysis showed a statistical difference in primiparous (OR 3.833, $p=0.004$), instrumental delivery (OR 3.214, $p=0.007$), episiotomy (OR 6.101, $p<0.001$), fetal weight (OR 1.001 for each gram, $p=0.009$), dilatation duration (OR 1.004 for each minute, $p=0.012$), duration of expulsive stage (OR 1.007 for each minute, $p=0.016$). In the multivariate analysis significant difference was found in episiotomy with an OR=6.76 and CI 95% of 2.436-18.805, and fetal weight with an OR=1.001 and CI 95% of 1.000-1.002; the discrimination index area under the curve (AUC) showed a value of 0.762, CI=0.667-0.856.

CONCLUSIONS:

the anal sphincter injury is multifactorial and difficult to predict. Intervention on modifiable risk factors should allow a reduction in its incidence.

KEY WORDS: Anal sphincter injury; Vaginal delivery; Incidence; Risk factors

ANTECEDENTES

El daño perineal es una complicación del parto vaginal, que a su vez puede implicar una lesión del esfínter anal. La Royal College of Obstetricians and Gynaecologists y la Federación Internacional de Incontinencia adoptaron la clasificación de Sultan para describir el desgarro del esfínter anal de causa obstétrica. Ésta comprende los desgarros de tercer grado (3a de 50% del esfínter externo, 3b: un afectación de más de 50% del esfínter externo y 3c: cuando afecta el esfínter interno) y cuarto grado (cuando alcanza la mucosa rectal).

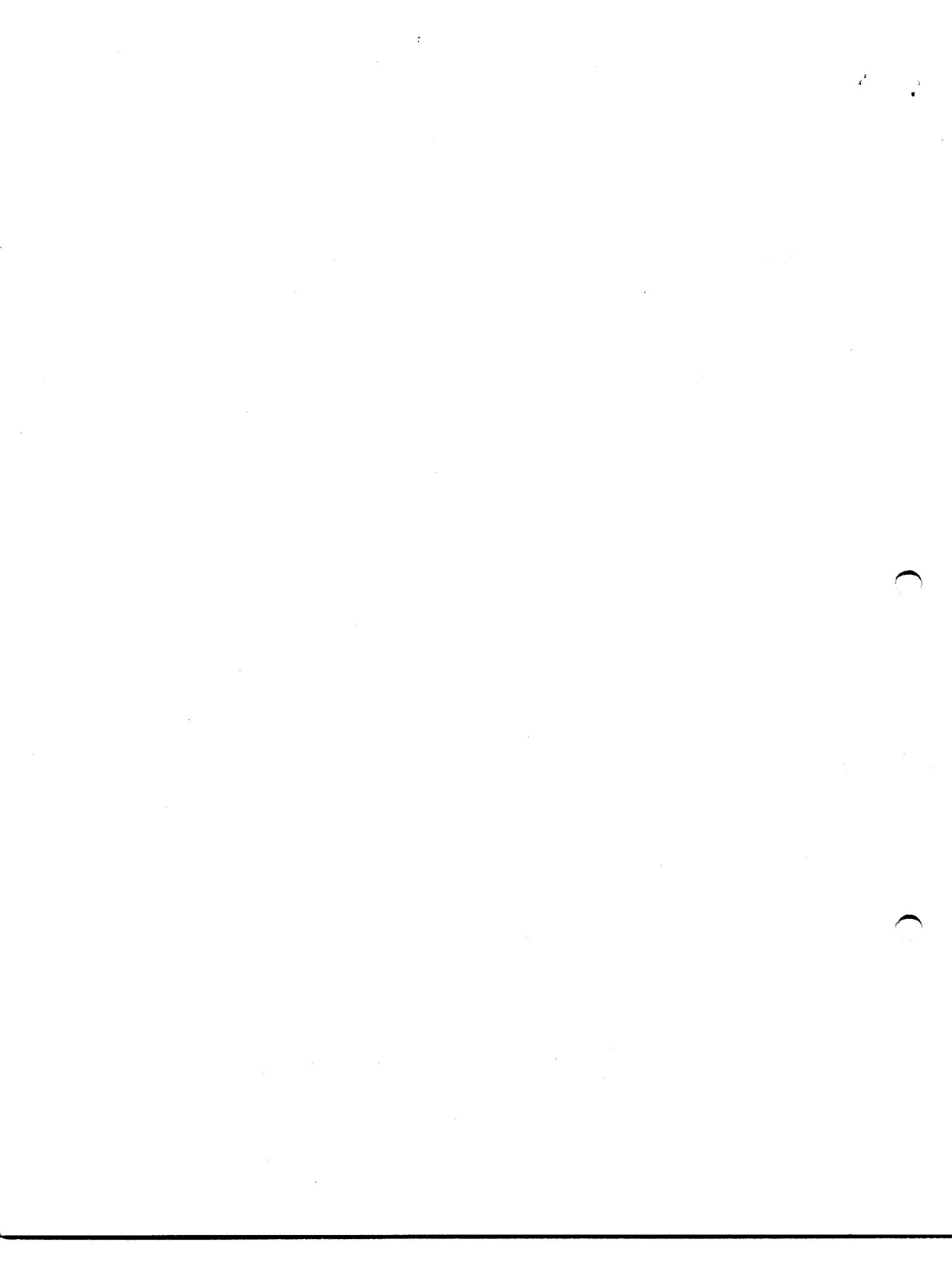
Se considera la causa más importante de incontinencia fecal en mujeres jóvenes sanas y suele ocurrir en el posparto inmediato. Su incidencia varía de 0.5 a 5%, según diferentes series¹ y entre 24 y 39% de las pacientes sufrirán síntomas de incontinencia anal, aún con la corrección quirúrgica correcta.² Quizá la incidencia sea mayor porque en muchas ocasiones está infradiagnosticado. En Inglaterra se triplicó su incidencia, de 1.8 a 5.9%, entre el año 2000 y 2012.³ La incidencia global en el Reino Unido es de 2.9% (varía de 0 a 8%) y afecta a 6.1% de las primíparas y 1.7% de las multiparas.⁴ El incremento de esta incidencia quizás se deba a que los médicos están más adiestrados para la identificación de este tipo de lesiones y no a la mala práctica obstétrica. La lesión del esfínter implica una morbilidad física importante como: dolor perineal, dispareunia, incontinencia anal y urinaria que afecta la calidad de vida de las mujeres. Es importante que el obstetra tenga experiencia en la técnica de reparación de estas lesiones, con la finalidad de provocar las menos secuelas posibles. Las mujeres con esta afectación deben recibir los cuidados hospitalarios necesarios, con seguimiento posterior en consulta especializada.

Entre los factores de riesgo que incrementan la incidencia de desgarro del esfínter anal se encuentran: mujeres de raza amarilla, primiparidad, duración del periodo de expulsión, parto instrumentado, presentación occipitoposterior del feto, episiotomía, distocia de hombros y peso del recién nacido (mayor de 4 kg).⁵ Aun con la identificación de los factores de riesgo es imposible predecir esta complicación.

El objetivo de este estudio es determinar los factores de riesgo asociados con el desgarro intraparto del esfínter anal.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, de casos y controles, efectuado en pacientes con desgarres del esfínter anal diagnosticados intraparto entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de julio de 2015 en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, España. Criterios de inclusión: feto único en presentación cefálica y parto vaginal. Criterios de exclusión: partos gemelares, partos podálicos y cesáreas. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y se contemplaron las siguientes variables: edad de la paciente, paridad, índice de masa corporal, enfermedades: diabetes gestacional, hipertensión arterial; edad gestacional, inducción (sí/no) duración de la dilatación y expulsión (minutos), indicación de anestesia epidural (sí/no), tipo de parto (eutóxico o instrumental), presentación occipitoposterior



(sí/no), episiotomía (sí/no), tipo de desgarro (3a, 3b, 3c o 4), consulta en piso pélvico (sí/no), incontinencia de orina o fecal a las seis semanas posparto (sí/no).

Análisis estadístico: inicialmente se efectuó un análisis descriptivo de variables cualitativas expresadas en frecuencia y porcentaje. Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar y mediana [mínimo-máximo]. Para conocer la normalidad de las variables se realizaron las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. Para determinar la asociación potencial entre las variables de estudio se hicieron pruebas paramétricas y no paramétricas (χ^2 , t-Student, U de Mann-Whitney). Se efectuaron análisis de regresión logística univariante y multivariante. Posteriormente, mediante curvas ROC, se determinó el modelo óptimo (el de mayor área bajo la curva). En todos los resultados se consideraron estadísticamente significativas las diferencias con $p<0.05$. Los análisis se llevaron a cabo con SPSS 15.0, Epidat 4.1 y el programa de cómputo libre R (<http://www.r-project.org>).

RESULTADOS

Se incluyeron 97 pacientes: 48 casos de mujeres con desgarros del esfínter anal y 49 controles sin éste seleccionadas al azar. En 2,848 partos vaginales la incidencia de desgarres fue de 1.6% (1.3% en primíparas y 0.3% en multíparas). El tipo de desgarro más frecuente fue el 3a, que representó 54.1%, seguido del 3b con 33.3%, 3c con 16.6% y el grado 4 con 16.6%. De las mujeres con desgarro del esfínter anal, 2% tenían incontinencia anal y 91.6% incontinencia urinaria a las seis semanas posparto. El Cuadro 1 muestra los resultados del análisis bivariante. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la primiparidad ($p=0.003$), partos inducidos ($p<0.001$), parto instrumentado ($p=0.006$), duración de la dilatación ($p=0.023$), duración del periodo de expulsión ($p=0.007$), episiotomía ($p<0.001$), peso del recién nacido ($p=0.006$) e incontinencia urinaria ($p=0.002$). Al realizar el análisis univariante (Cuadro 2) se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en las variables de primiparidad ($p=0.004$), con riesgo de desgarro 3.833 veces mayor que en las mujeres multíparas; parto instrumentado ($p=0.007$), con riesgo 3.214 mayor que en partos eutócicos; episiotomía ($p<0.001$), cuyo riesgo fue 6.101 mayor que en las pacientes que no se efectuó; peso del recién nacido a partir de 3,500 g ($p=0.009$), que sugirió un riesgo de 1.001 por cada gramo que se incrementa; duración de la dilatación ($p=0.012$) a partir de los 200 minutos, con riesgo de 1.004 por cada minuto que aumenta; y duración del periodo de expulsión a partir de los 100 minutos ($p=0.016$), con riesgo de 1.007 por cada minuto que se incrementa. Al realizar el análisis multivariado, el modelo óptimo en todas las variables se consideró significativo; sin embargo, sólo se tomó en cuenta la episiotomía y el peso del recién nacido (Cuadro 3). Estos resultados mostraron que la episiotomía incrementa el riesgo 6.76 veces y por cada gramo que se aumenta el peso, también se eleva el riesgo 1.001 veces. De forma multivariante sólo se encontró asociación entre la episiotomía (RM de 6.76 e IC 95% de 2.436-18.805) y el peso del recién nacido (RM de 1.001 e IC 95% de 1.000-1.002), cuya área bajo la curva del modelo obtenido fue de 0.762 (IC=0.667-0.856).

Cuadro 1 Resultados del análisis bivariante

*Variables categóricas: número y porcentaje de casos; **Variables cuantitativas: media y desviación estándar.

Cuadro 2 Resumen de resultados del análisis univariante

RM: razón de momios; IC: intervalo de confianza.

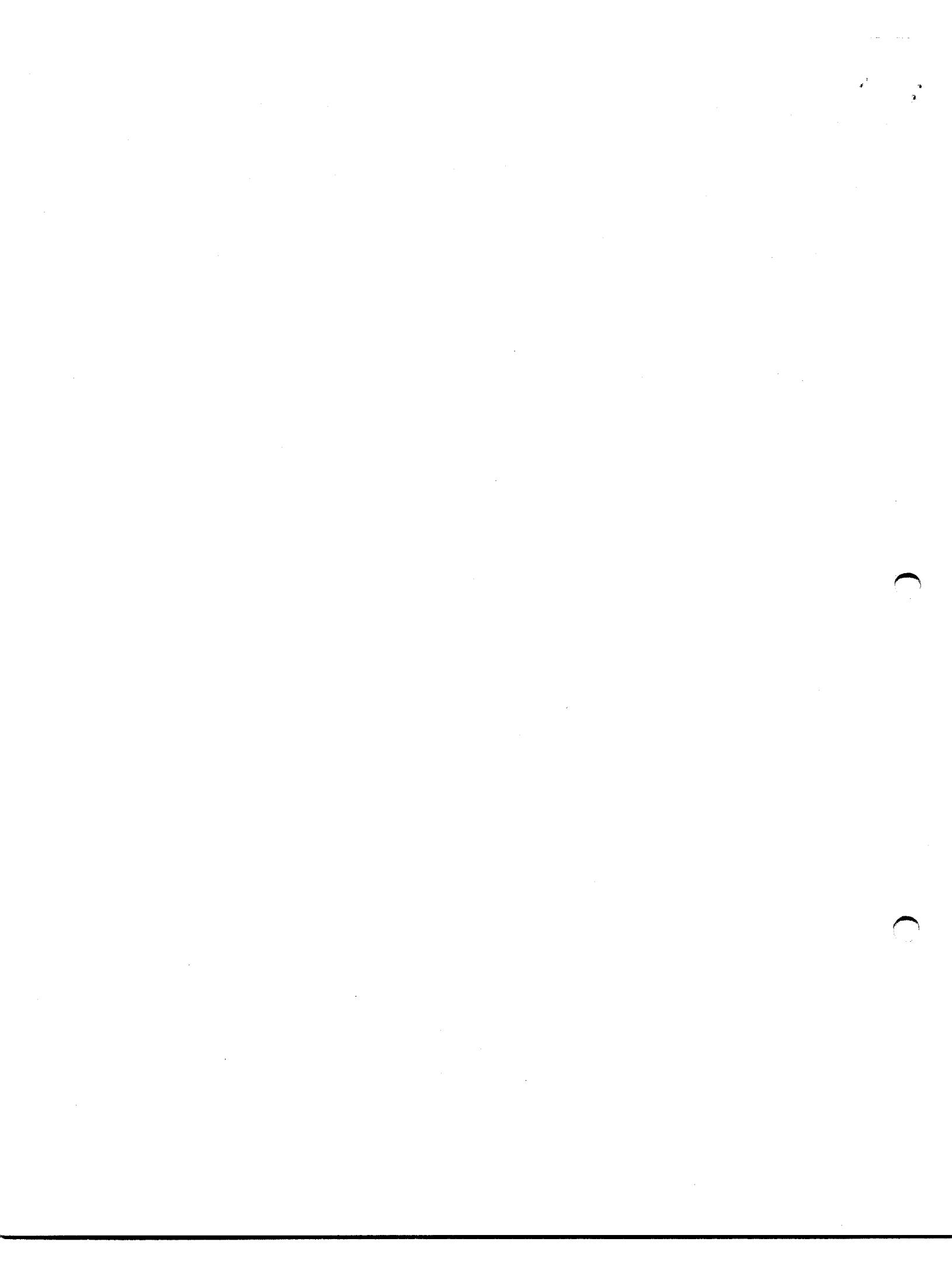
Cuadro 3 Resumen de resultados del análisis multivariante

M: razón de momios; IC: Intervalo de confianza.

DISCUSIÓN

El desgarro intraparto del esfínter anal es poco frecuente, pero representa una alteración importante, debido a las secuelas físicas y psicológicas que provoca en las mujeres jóvenes y sanas. La identificación de los factores de riesgo modificables es decisiva para efectuar las intervenciones pertinentes en la práctica obstétrica, con la finalidad de evitar esta complicación y sus consecuencias.

La incidencia de desgarro del esfínter anal en nuestro servicio fue de 1.6% y se observó que afecta con mayor frecuencia a las mujeres nulíparas que multíparas, principalmente los de tercer grado.¹ Se ha observado que la primiparidad, inducción del parto, parto instrumentado, duración del periodo de expulsión, episiotomía y peso del recién nacido se asocian con desgarro del esfínter anal. Estos hallazgos coinciden con los resultados de otros estudios.⁵⁻¹¹



La primiparidad se relaciona con periné poco elástico, mayor frecuencia de partos instrumentados y tiempo de expulsión prolongado.⁸

La inducción del parto se vincula con trabajo de parto y periodo de expulsión prolongados, parto instrumentado y episiotomía.¹² Sin embargo, algunos estudios demuestran que la inducción disminuye el tiempo de trabajo de parto y funciona como factor indiferente.¹³

Los partos instrumentados se indican en pacientes con periodos de expulsión prolongados y sufrimiento fetal agudo, con dilatación completa en tercer plano. Son más frecuentes en nulíparas, en quienes tienen periné poco elástico y con presentaciones fetales en posición occipitoposterior. La elección del instrumento depende del cirujano, además de la técnica que implementará. Según la bibliografía, los fórceps y las espátulas provocan más desgarros que las ventosas.^{6,14-16} No se han encontrado diferencias entre las ventosas metálicas y las de plástico.^{17,18} La combinación de fórceps con ventosa y la presión del fondo uterino incrementan el riesgo de desgarro.⁹ En nuestra serie se agruparon todos los partos instrumentados en uno solo, porque la muestra era pequeña y no se diferenció el tipo de instrumental que provocó más desgarros del esfínter. Posiblemente, si se intenta reducir la tasa de partos instrumentados se incrementaría el número de cesáreas. No existen estudios que comparen la morbilidad asociada con el parto instrumentado y la cesárea; por lo tanto, no se justifica esta actuación.

Hasta el momento no existe un consenso que sugiera que la episiotomía es un factor de riesgo o protector de desgarro del esfínter anal. Sin embargo, se ha demostrado que cuando se realiza en los partos instrumentados, previene la incidencia de desgarros perineales que afectan el esfínter.⁵ La RCOG recomienda efectuar la intervención mediolateral en los partos instrumentados, asegurando un ángulo de 60° de la línea media cuando el periné está distendido. La episiotomía media se asocia con elevado riesgo, aunque otros autores no han observado dicha asociación.^{19,20} Algunos estudios reportan que protege del riesgo de desgarro en primíparas y lo aumenta en multíparas.⁸ Un centro que realiza episiotomías de rutina señala que existe menor daño perineal en quienes no se realiza esta intervención; por tanto, se recomienda adoptar políticas restrictivas en cuanto a su indicación.²¹ En nuestro estudio, la episiotomía se relacionó con riesgo elevado de desgarro del esfínter anal en pacientes con partos eutócicos e instrumentados, lo que coincide con otras series.^{22,23}

No se han encontrado estudios que evalúen el tiempo de dilatación como factor de riesgo de desgarro del esfínter anal. Quizá los resultados de nuestro estudio se relacionan con la inducción del parto, fetos macrosómicos, parto instrumentado y aumento de la duración del periodo de expulsión.

El incremento de la duración del tiempo de expulsión provoca que el periné se estire, se origine un proceso isquémico y resulte en mayor riesgo de rotura del esfínter anal. Se calcula que un tercio de las pacientes con periodo de expulsión de más de 4 horas son susceptibles de sufrir desgarro del esfínter anal. Aún se discute si establecer un límite superior de tiempo reduce el riesgo de desgarro, puesto que condiciona al médico a realizar una cesárea o parto instrumentado, con subsiguiente aumento de desgarro perineal. La presión en el fondo uterino para acortar el periodo de expulsión también se asocia con mayor riesgo de daño al esfínter.

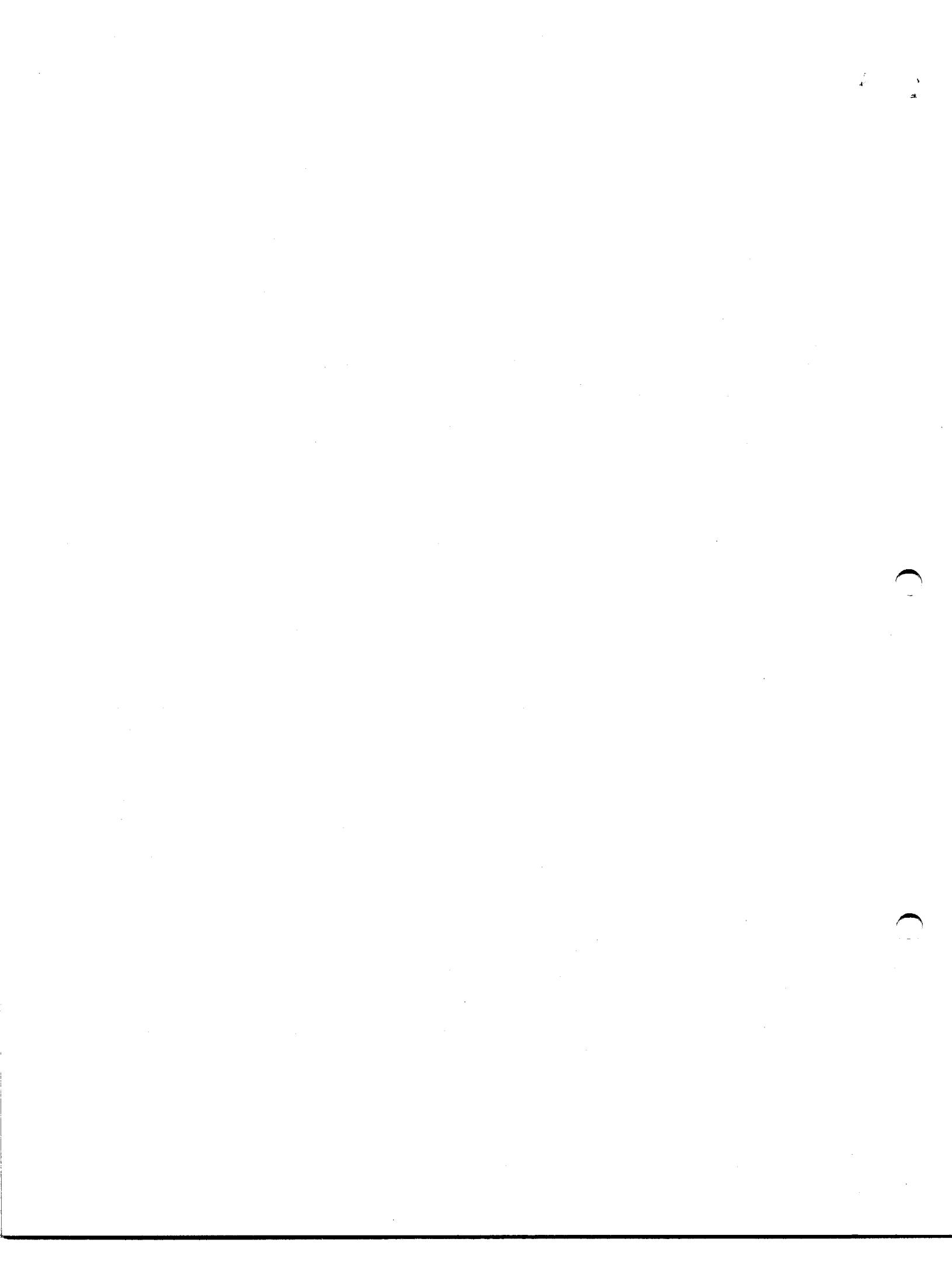
La presentación fetal occipitoposterior persistente incrementa la posibilidad de desgarro del esfínter, con riesgo elevado de practicar un parto instrumentado, episiotomía y cesárea. Se ha reportado una incidencia de desgarro del esfínter anal de 42% en las pacientes sometidas a parto con ventosa y de 52% en quienes se utilizan fórceps.

En este estudio se observó un incremento significativo del riesgo de lesión del esfínter anal relacionado con el peso del recién nacido, similar a otros estudios. Las investigaciones evidenciaron aumento significativo con recién nacidos mayores de 4,000 g.

Este estudio aquí efectuado no mostró diferencias estadísticamente significativas con la aplicación de anestesia epidural, edad materna, índice de masa corporal y edad gestacional. La indicación de anestesia epidural se asocia con períodos de expulsión prolongados, partos instrumentados y episiotomías. De acuerdo con estos hallazgos, algunos estudios señalan su asociación con desgarros del esfínter anal, mientras que otros sugieren un factor protector.

Se ha encontrado relación con la edad materna, quizás secundaria a la mayor rigidez de los tejidos, debido a la pérdida de colágeno que resulta en daños perineales de mayor grado. Otros estudios no muestran dicha relación.

El índice de masa corporal igual o mayor de 30 parece ser un factor protector de desgarro del esfínter anal, debido a que la cantidad de tejido graso facilita su distensión. Este dato resulta contradictorio, pues las mujeres obesas tienen mayor riesgo de macrosomía fetal y partos instrumentados. En otros estudios no se ha demostrado este factor protector.



Kapaya y su grupo señalan la relación entre edad gestacional mayor de 41 semanas y desgarro del esfínter anal. La edad gestacional igual o mayor de 41 semanas sugiere un factor pronóstico de macrosomía.¹⁰

La incontinencia urinaria después del desgarro del esfínter anal se ha descrito en 13-46% de las mujeres. Estas pacientes tienen mayor riesgo de incontinencia urinaria que quienes no sufren lesión perineal o desgarros grado 1 y 2, incluso es más frecuente cuanto más grave es el desgarro. Existen dos posibles hipótesis: 1) la relacionada con la extensión del daño mecánico del desgarro, y 2) la lesión neuropática provocada por un periodo de expulsión prolongado. Sin embargo, la incontinencia urinaria está influida por situaciones como: parto instrumentado con ventosa o fórceps, diagnóstico de incontinencia urinaria previa al parto, edad materna avanzada y tiempo de expulsión prolongado, que resultan factores de riesgo comunes para el desgarro del esfínter anal. Por lo tanto, la incontinencia de orina no tiene porqué ser una consecuencia directa de desgarro del esfínter anal. Su concomitancia se encuentra relacionada por compartir factores de riesgo. De hecho, otros estudios no han encontrado relación con la incontinencia de orina.

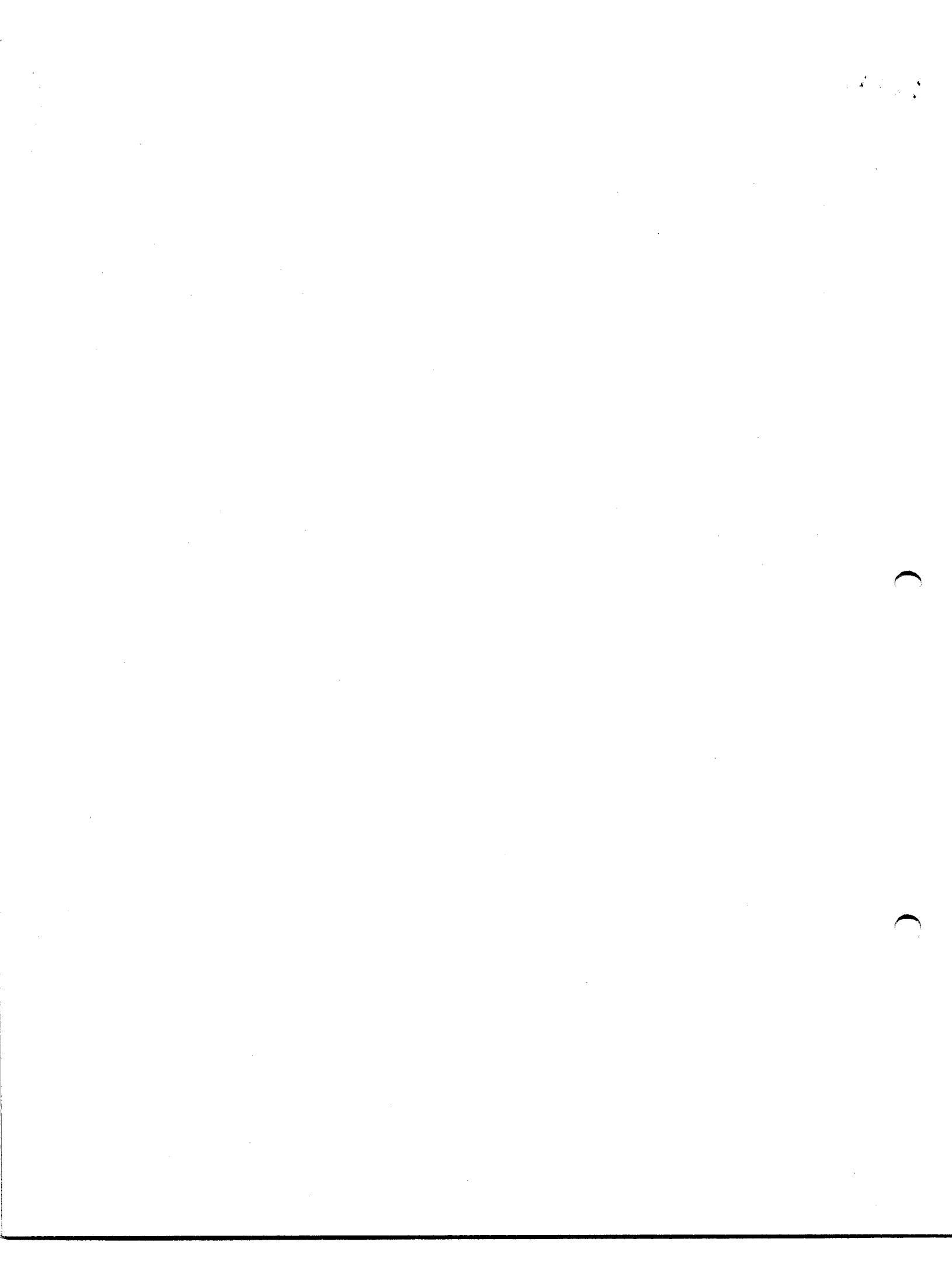
Se registraron pocas pacientes con incontinencia anal en el puerperio, quizá debido a la correcta intervención quirúrgica intraparto del desgarro del esfínter anal. La bibliografía describe 24-39% de los síntomas de incontinencia anal, aún con adecuada corrección quirúrgica del desgarro intraparto.

CONCLUSIÓN

El desgarro del esfínter anal intraparto es una complicación multifactorial y difícil de predecir. La mayor parte de los factores de riesgo no pueden modificarse y se encuentran íntimamente relacionados entre sí. En cuanto a los factores modificables, las inducciones se encuentran protocolizadas en nuestro servicio para determinadas indicaciones (rotura prematura de membranas, gestación cronológicamente prolongada, patología materna o fetal); las cesáreas se efectúan en pacientes con fetos macrosómicos (igual o mayores de 4,500 g). Deben evitarse los partos instrumentados con fórceps siempre que sea posible y utilizar ventosas en mujeres a quienes se practican episiotomías mediolaterales. Es importante restringir la práctica de episiotomías, porque no existe evidencia que respalte su efecto protector en el periné.

REFERENCIAS

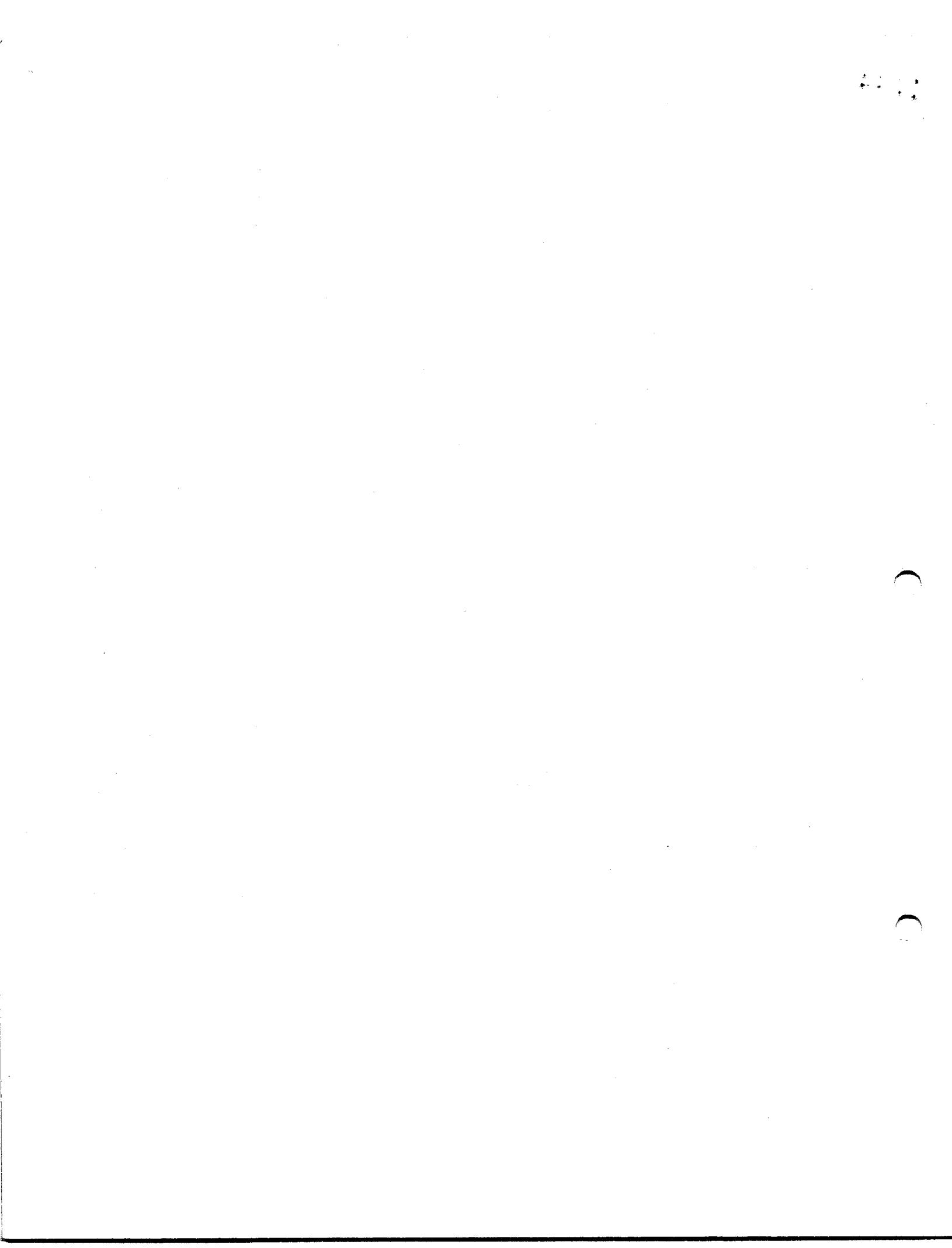
1. Marchand MC, Corriveau H, Dubois MF, Watier A. Effect to of dyssynergic defecation during pregnancy on third and fourth degree tear during a vaginal delivery: a case-control study. Am J Obstet Gynecol 2009;201(2):183. [[Links](#)]
2. Richter HE; Nager CW, Burgio KL, Whitworth AC, Schaffer J, for the NICHD Pelvic Floor Disorders Network. Incidence and predictors of anal incontinence after obstetric anal sphincter injury in primiparous women. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2015;21:182-189. [[Links](#)]
3. Gurol-Urgancı I, Cromwell DA, Edozien LC, Mahmood TA, Adams EJ, Richmond DH et al. Third and fourth degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. BJOG 2013;120:1516-1525. [[Links](#)]
4. Thiagamoorthy G, Johnson A, Thakar R, Sultan AH. National survey of perineal trauma and its subsequent management in the United Kingdom. Int Urogynecol J 2014;25:1621-1627. [[Links](#)]
5. The management of third and fourth degree perineal tears. Green-top Guideline 29; June, 2015. [[Links](#)]
6. Simó M, Porta O, Perelló J, Gich I, Calaf J. Mode of vaginal delivery: a modifiable intrapartum risk factor for obstetric anal sphincter injury. Obstet Gynecol Int 2015;2015:679470. [[Links](#)]
7. Jango H, Langhoff-Roos J, Rosjø S, Sakse A. Modifiable risk factors of obstetric anal sphincter injury in primiparous women: a population based cohort study. Am J Obstet Gynecol 2014;210:58.e1-6. [[Links](#)]
8. De Leeuw JW, Struijk PC, Vierhout ME, Wallenburg HCS. Risk factors for third degree perineal ruputres during delivery. Br J Obstet Gynaecol 2001;108:383-387. [[Links](#)]



9. Dudding T, Vaizey C, Kamm M. Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors and management. *Ann Surg* 2008;247:224-237. [[Links](#)]
10. Kapaya H, Hashim S, Jha S. OAS: a preventable injury? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015;185:9-12. [[Links](#)]
11. Vathanan V, Ashokkumar O, Mc Aree T. Obstetric anal sphincter injury risk reduction: a retrospective observational analysis. *J Perinat Med* 2014;42(6):761-767. [[Links](#)]
12. Poen AC, Felt-Bersma RJF, Dekker GA, Deville W, Cuesta MA, Mevissen SGM. Third degree perineal tears: risk factors and preventive role of mediolateral episiotomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:563-566. [[Links](#)]
13. Donelly V, Fynes M, Campbell D, et al. Obstetric events leading to anal sphincter damage. *Obstet Gynecol* 1998;92:955-961. [[Links](#)]
14. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. *BMJ* 1994; 308:887-891. [[Links](#)]
15. Moller-Bek K, Laurberg S. Intervention during labor: risk factors associated with complete tear of the anal sphincter. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71:520-524. [[Links](#)]
16. Poen AC, Felt-Bersman RJF, Dekker GA, Deville W, Cuesta MA. Third degree obstetric perineal tears: risk factors and the preventive role of mediolateral episiotomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:563-566. [[Links](#)]
17. Veluppillai V, Oliparambil A, McAree T. Obstetric anal sphincter injury risk reduction: a retrospective observational analysis. *J Perinat Med* 2014;42(6):761-767. [[Links](#)]
18. Johanson R, Menon V. Soft versus rigid vacuum extractor cups for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2:CD000446. [[Links](#)]
19. Helwig JT, Thorp JM, Browes WA. Does midline episiotomy increase the risk of third and fourth degree lacerations in operative vaginal deliveries? *Obstet Gynecol* 1993;82:276-279. [[Links](#)]
20. Kudish B, Blackwell S, Mcneeley SG, Bujold E, Kruger M, Hendrix SI. Operative vaginal delivery and midline episiotomy: a bad combination for the perineum. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:749-754. [[Links](#)]
21. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. *Acta Obstet Gyencol Scand* 2004;83:364-368. [[Links](#)]
22. Simpson KR, Thorman KE. Obstetric conveniences: elective induction of labor, cesarean birth on demand and other potentially unnecessary interventions. *J Perinat Neonata Nurs* 2005;19:134-144. [[Links](#)]
23. Eason E, Labreque M, Wells G. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2000;95:464-71. [[Links](#)]

ESTE ARTÍCULO DEBE CITARSE COMO

Pato-Mosquera M, García-Lavandeira S, Liñayo-Chouza J. El desgarro intraparto del esfínter anal ¿Puede prevenirse? *Ginecol Obstet Mex.* 2017 ene;85(1):13-20.



PRESENTACION DE CASO

Presentación de una paciente con desgarro perineal obstétrico

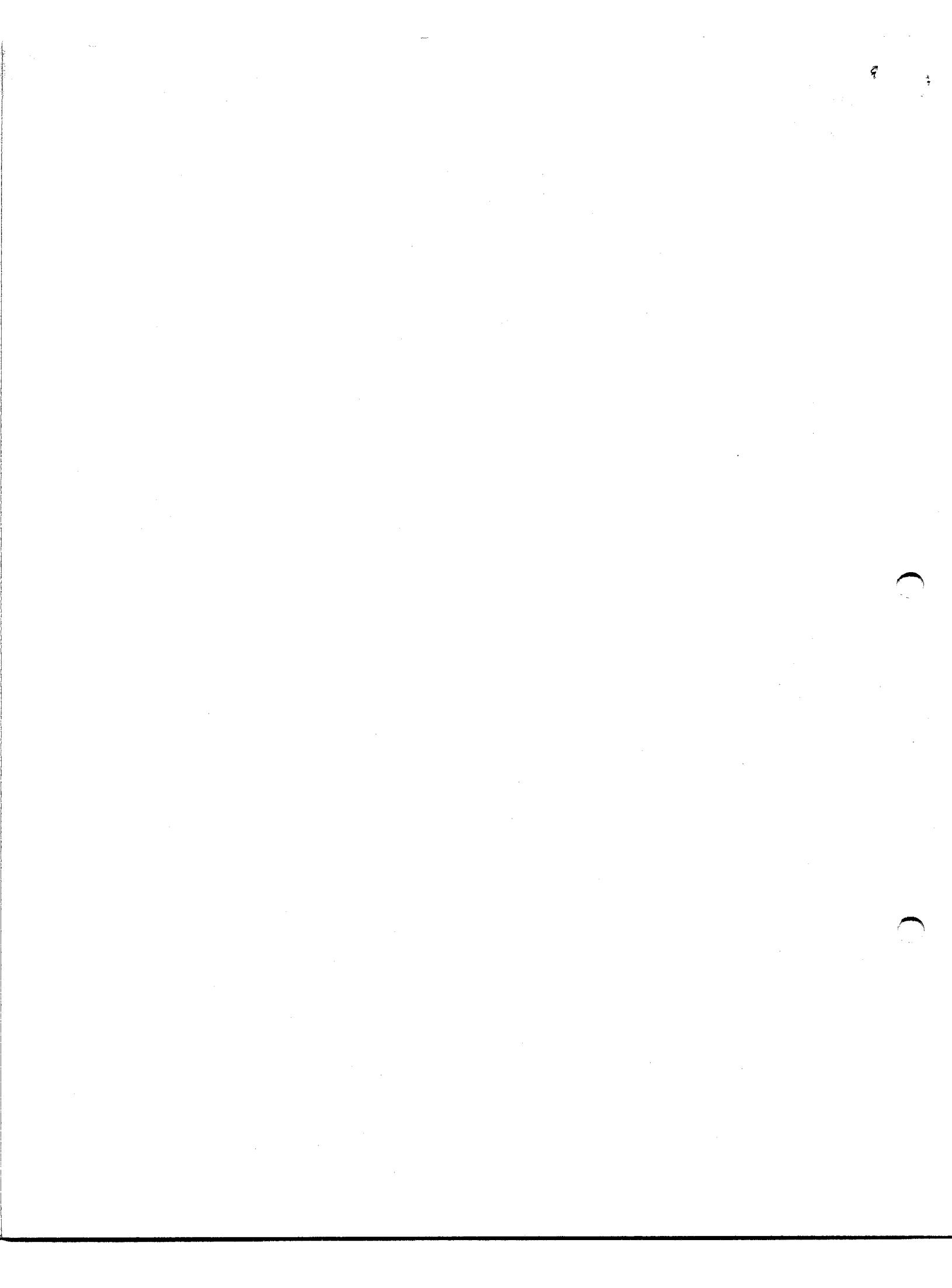
Presentation of a Patient with Perineal Obstetric Tear

Yoandra Benítez González¹, Marileydis Verdecia Ramírez²

1. Especialista de Segundo Grado en Coloproctología. Asistente. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
2. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Fisiología Normal y Patológica. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Cuba.

RESUMEN

Se realizó una revisión sobre desgarro perineal obstétrico, motivada por la presentación de un caso atendido en la Consulta de Coloproctología del Hospital Provincial General Vladimir ILich Lenin en diciembre de 2015. Se trató de una mujer blanca de 29 años procedencia rural, que hacía alrededor de ocho años tuvo un parto distóxico instrumentado, con complicación de un desgarro de la musculatura del periné, que le producía incontinencia anal y dificultad al contacto sexual. Una vez diagnosticada como un desgarro perianal grado IV, se realizó chequeo preoperatorio, luego una intervención quirúrgica mayor electiva ambulatoria con anestesia local infiltrativa. Se le realizó una reconstrucción perianal y se le siguió de manera ambulatoria por consulta para evitar la aparición de complicaciones tardías. La paciente tuvo una evolución satisfactoria con alta médica a los 60 días. La aparición de esta afección ocurre en alrededor del 0,4% al 5% de los partos vaginales, la causa más común asociada con laceraciones perineales severas es la episiotomía. La incidencia de desgarros de grados III o IV es del 9% a 27% en las mediales. La episiotomía, como se ve en este y en otros estudios, no protege al esfínter y su uso no debería ser de rutina, sino electivo. El trauma obstétrico constituye la causa principal y casi exclusiva de las lesiones a nivel de la musculatura perineal con repercusión variable sobre la continencia fecal.





Palabras clave: desgarro perineal, trauma obstétrico, incontinencia anal.

ABSTRACT

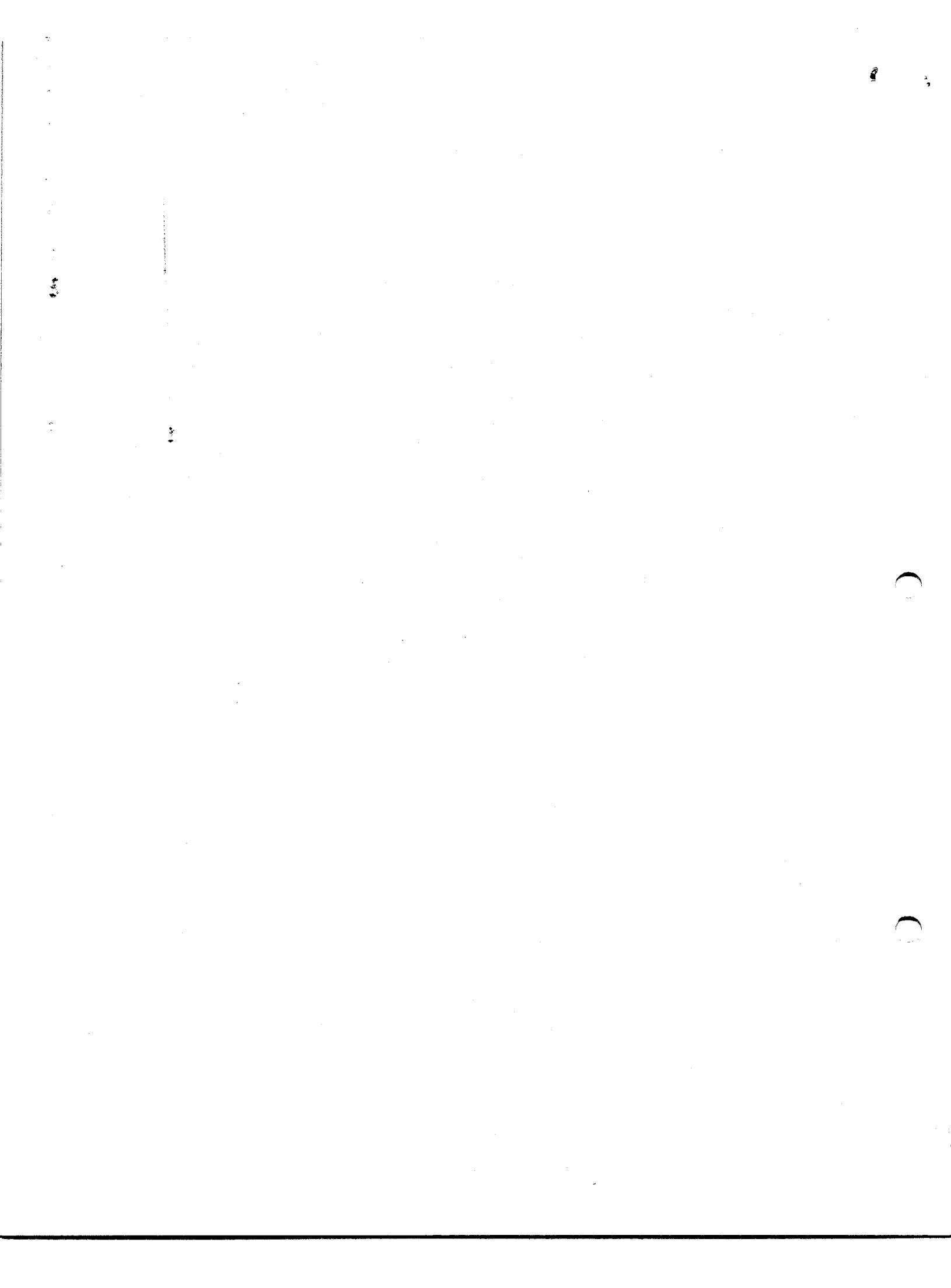
A review of obstetric perineal tear was carried out, motivated by the presentation of a case attended at the Coloproctology Consultation of the General Provincial Hospital Vladimir ILich Lenin in December of 2015. The patient was a white woman of 29 years of rural origin, who was about eight years had a dystocic instrumental delivery, with complication of a tearing of the perineum muscles, which caused anal incontinence and difficulty to sexual intercourse. Once diagnosed as a grade IV perianal tear, a preoperative check was performed, followed by elective ambulatory surgery with local infiltrative anesthesia. A perianal reconstruction was performed and was followed on an outpatient consultation to avoid the occurrence of late complications. The patient had a satisfactory evolution with medical discharge at 60 days. The onset of this condition occurs in about 0.4% to 5% of vaginal deliveries, the most common cause associated with severe perineal lacerations is episiotomy. The incidence of grade III or IV tears is from 9% to 27% in medial tears. Episiotomy, as seen in this and other studies, does not protect the sphincter and its use should not be routine, but elective. Obstetric trauma is the main and almost exclusive cause of injuries at the level of the perineal musculature with variable repercussions on fecal continence.

Keywords: perineal tear, obstetric trauma, anal incontinence.

INTRODUCCIÓN

El traumatismo perineal de grados variables constituye la forma más frecuente de lesión obstétrica. El perineo es el área entre la vagina y el recto que puede desgarrarse durante el parto. En la práctica clínica, estos desgarros a menudo se suturan. Sin embargo, los desgarros pequeños también pueden cicatrizar bien sin interferencia quirúrgica. El trauma obstétrico constituye la causa principal y casi exclusiva de las lesiones a nivel de la musculatura perineal con repercusión variable sobre la continencia fecal.

La expulsión del feto ocasiona lesiones que pueden limitarse a la mucosa de la horquilla perineal, tegumentos, tejido celular subcutáneo o extenderse a estructuras musculares que intervienen en los mecanismos de defecación y continencia. Según su extensión y el grado de afectación muscular, se diferencian tres grados:



- Desgarro perineal de primer grado: interesa piel, tejido celular subcutáneo y músculos bulbocavernoso y transversos superficiales y profundo.
- Desgarro perineal de segundo grado: si se afecta el músculo elevador del ano.
- Desgarro perineal de tercer grado: si se lesionan el mecanismo esfinteriano anal.

Algunos autores consideran un cuarto grado si la lesión es completa lesionando en su totalidad el esfínter interno y la mucosa rectal.

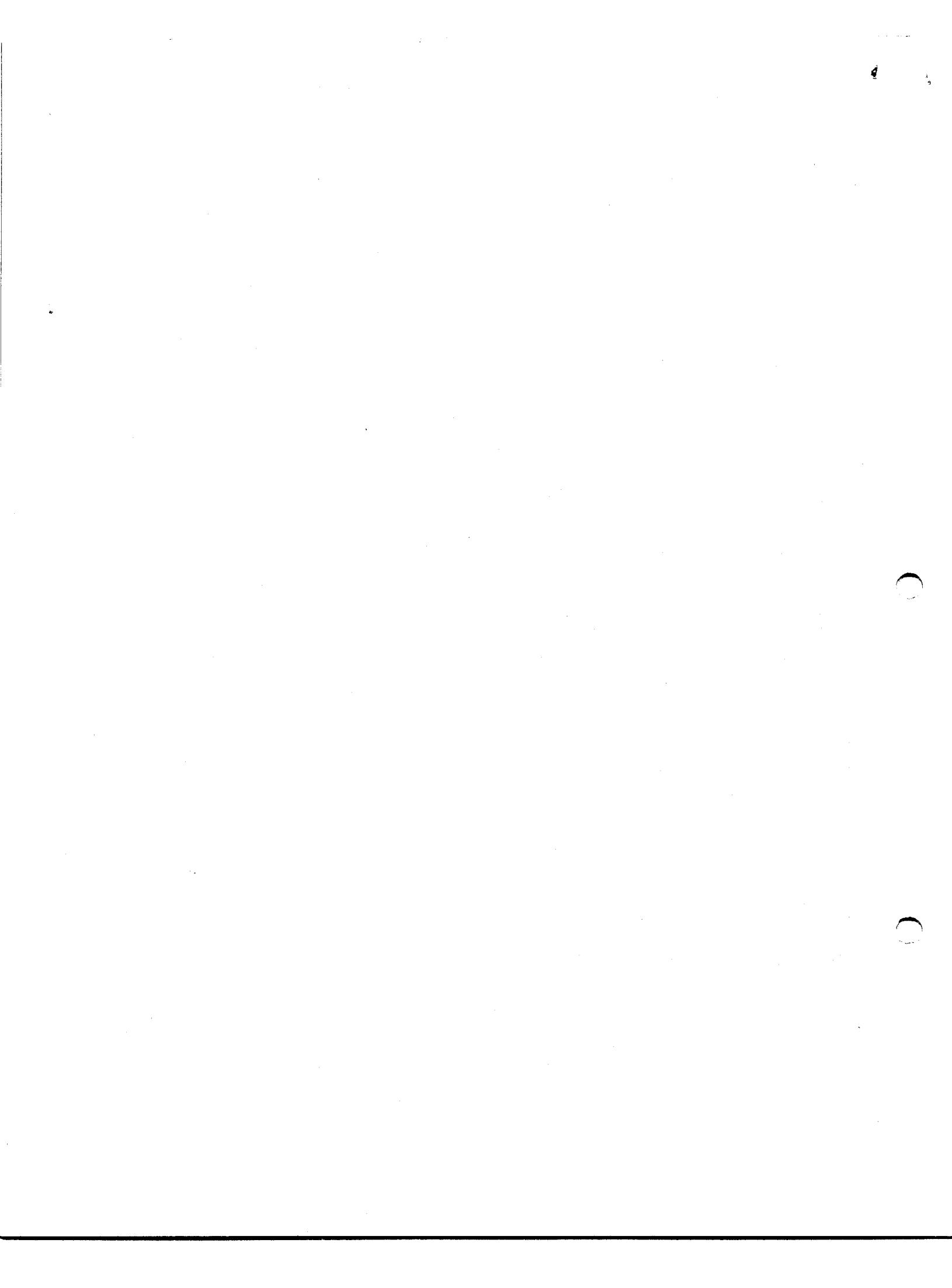
La reparación quirúrgica puede asociarse con resultados adversos como: dolor, malestar e interferencia en las actividades normales durante el puerperio y posiblemente la lactancia. La reparación quirúrgica también repercute sobre el volumen de trabajo clínico y los recursos humanos y económicos. El desgarro perineal de tercer grado puede ser reparado inmediatamente tras el parto. Si la destrucción anatómica no es completa, los síntomas suelen aparecer tras una semana. Si se conserva el fascículo profundo del esfínter externo, la sintomatología se limita a incontinencia de gases. Si se destruye totalmente el esfínter aparece incontinencia fecal.

La reparación secundaria debe diferirse un mínimo de cuatro a seis meses, para restablecer adecuadamente el aporte vascular de los márgenes del defecto y optimizar la viabilidad de los tejidos perineales. La cirugía reconstructiva debe reponer la angulación anterior del canal anal mediante la plicatura de los músculos puborrectales y la reparación de los fascículos intermedio y superficial del esfínter externo. En el preoperatorio es necesario eliminar el contenido fecal, para ello se recomienda instaurar en las 48 h previas a la cirugía, dieta semilíquida y en el día anterior, el uso de enemas de limpieza.

El objetivo de esta contribución fue ampliar el conocimiento teórico-práctico sobre el desgarro perineal obstétrico en nuestro servicio que puede ser tratado de forma ambulatoria con evolución satisfactoria de las pacientes.

PRESENTACIÓN DE UN CASO

Se trató de una mujer blanca de 29 años procedencia rural, que hace alrededor de ocho años tuvo un parto distóxico instrumentado, con complicación un desgarro de la musculatura del periné, que le producía incontinencia anal y dificultad al contacto sexual, por lo que decidió acudir al Servicio de Coloproctología del Hospital Provincial General Vladimir Ilich Lenin, de Holguín, en diciembre de 2015.



11/11

Examen físico

Región perianal: apéndice cutáneo posterior, ano deformado (fig. 1).

Tacto rectal: atonía esfinteriana, no tabique rectovaginal, no tumor.

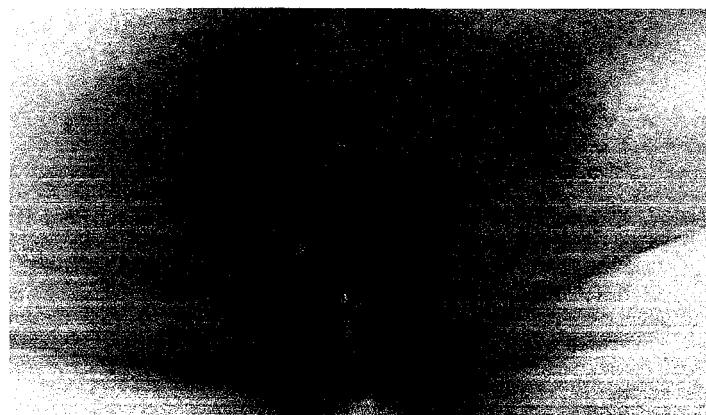


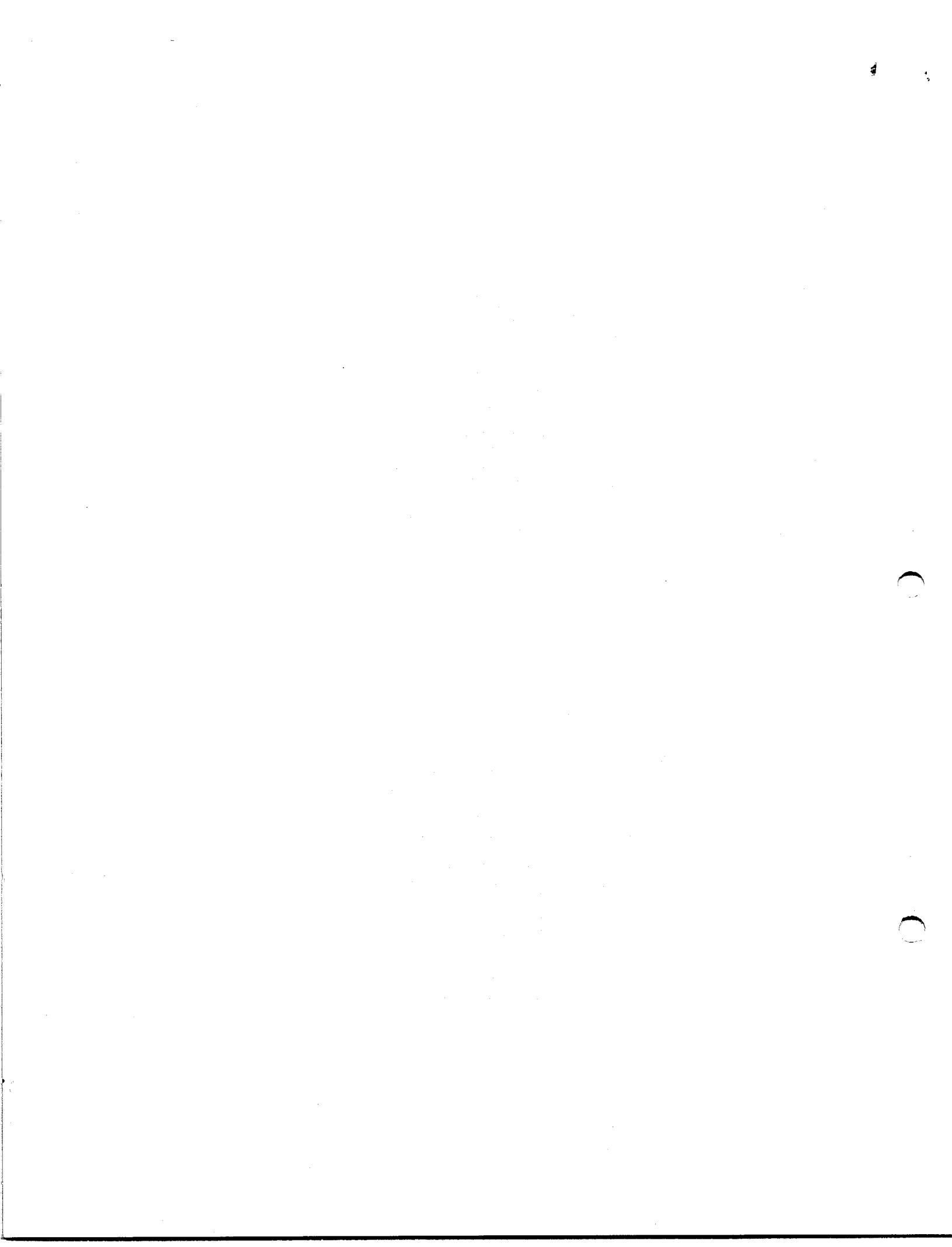
Fig. 1. Estado del paciente al diagnóstico

Una vez diagnosticada como un desgarro perianal grado IV, se realizó chequeo preoperatorio y anestésico y se decidió realizar intervención quirúrgica mayor electiva ambulatoria con anestesia local infiltrativa (fig. 2).



Fig. 2. Acto quirúrgico

Se le realizó una reconstrucción perianal, se puso antibiótico vía oral; en el postoperatorio fue conveniente instaurar dieta líquida a las 24 h e introducir progresivamente dieta semilíquida y



pobre en residuos a partir de las 48 h, se le siguió de forma ambulatoria por consulta cada siete días para evaluar el funcionamiento de los esfínteres del ano y evitar la aparición de complicaciones tardías (fig. 3).



Fig. 3. Reconstrucción perineal

Se atendió la paciente en consulta a los siete días de operada, tuvo buena evolución: esfínter normotónico tabique rectovaginal resistente (fig. 4).

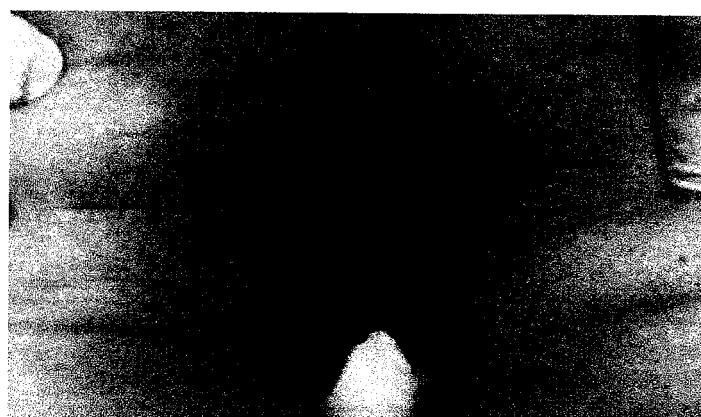


Fig. 4. Evolución a los siete días

Se siguió la paciente en consulta a los 30 días de operada, tenía la región perianal con cicatrización y granulación satisfactoria (fig. 5).

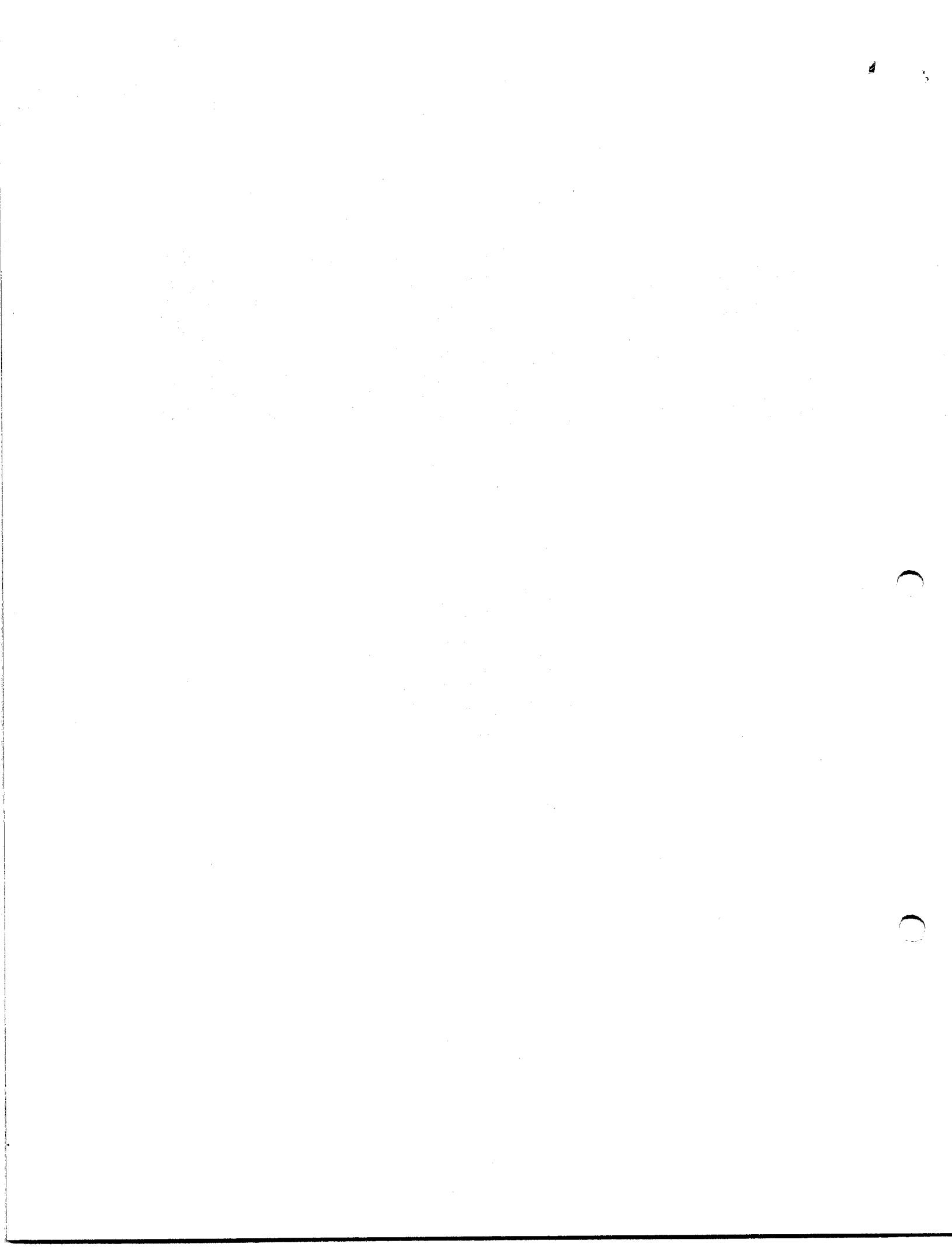




Fig. 5. Evolución a los 30 días

Se consultó la paciente a los 60 días de operada, con una evolución satisfactoria se decidió alta médica definitiva (fig. 6).

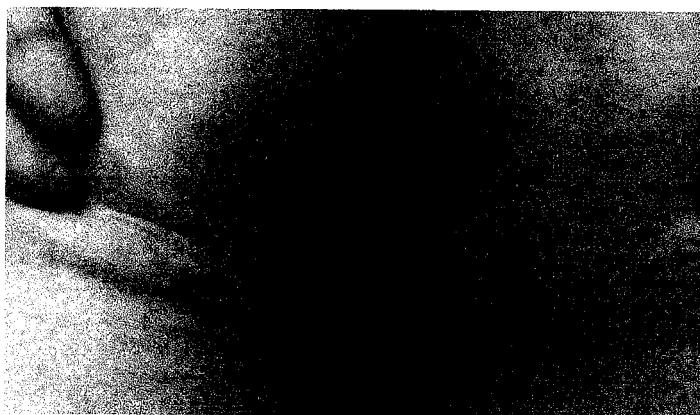
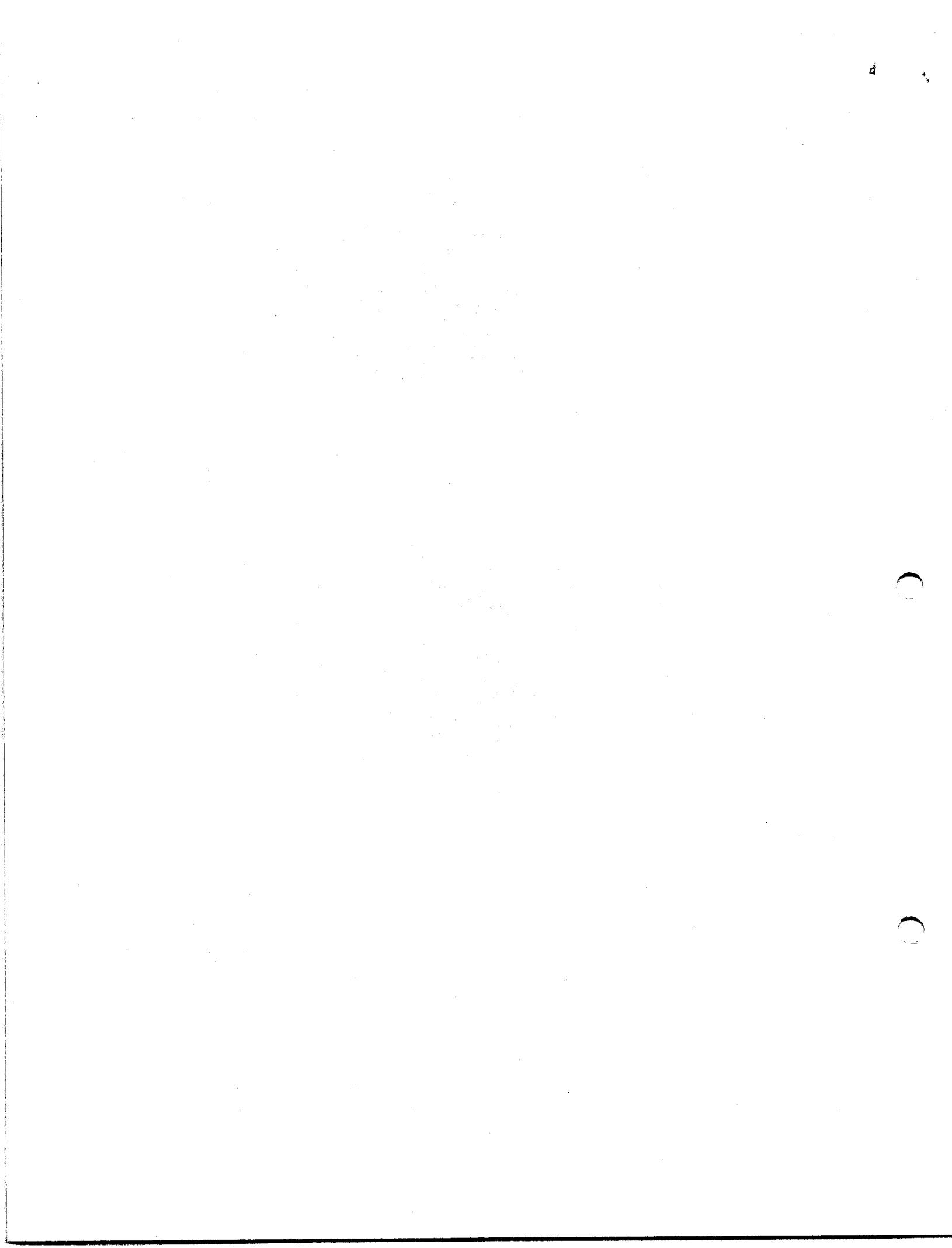


Fig. 6. Evolución a los 60 días (alta definitiva)

DISCUSIÓN

El trauma obstétrico constituye la causa principal y casi exclusiva de las lesiones a nivel de la musculatura perineal con repercusión variable sobre la continencia fecal¹. La expulsión del feto ocasiona lesiones que pueden limitarse a la mucosa de la horquilla perineal, tegumentos, tejido celular subcutáneo o extenderse a estructuras musculares que intervienen en los mecanismos de defecación y continencia¹.

A pesar que la incontinencia anal es multifactorial, la mayoría de las mujeres que la padecen tienen alguna injuria esfinteriana posterior a parto vaginal. La causa más común asociada con laceraciones perineales severas es la episiotomía. La incidencia de desgarros de grados III o IV es



del 0,5% a 2% en episiotomías mediolaterales, 9% a 27% en las mediales y 0% a 4% si no se realiza. La episiotomía, como se observa en este y en otros estudios, no protege al esfínter, y su uso no debe ser de rutina, sino electivo. Alrededor de 30% a 50% de estas mujeres sufren incontinencia, dispareunia, urgencia fecal o dolor perineal².

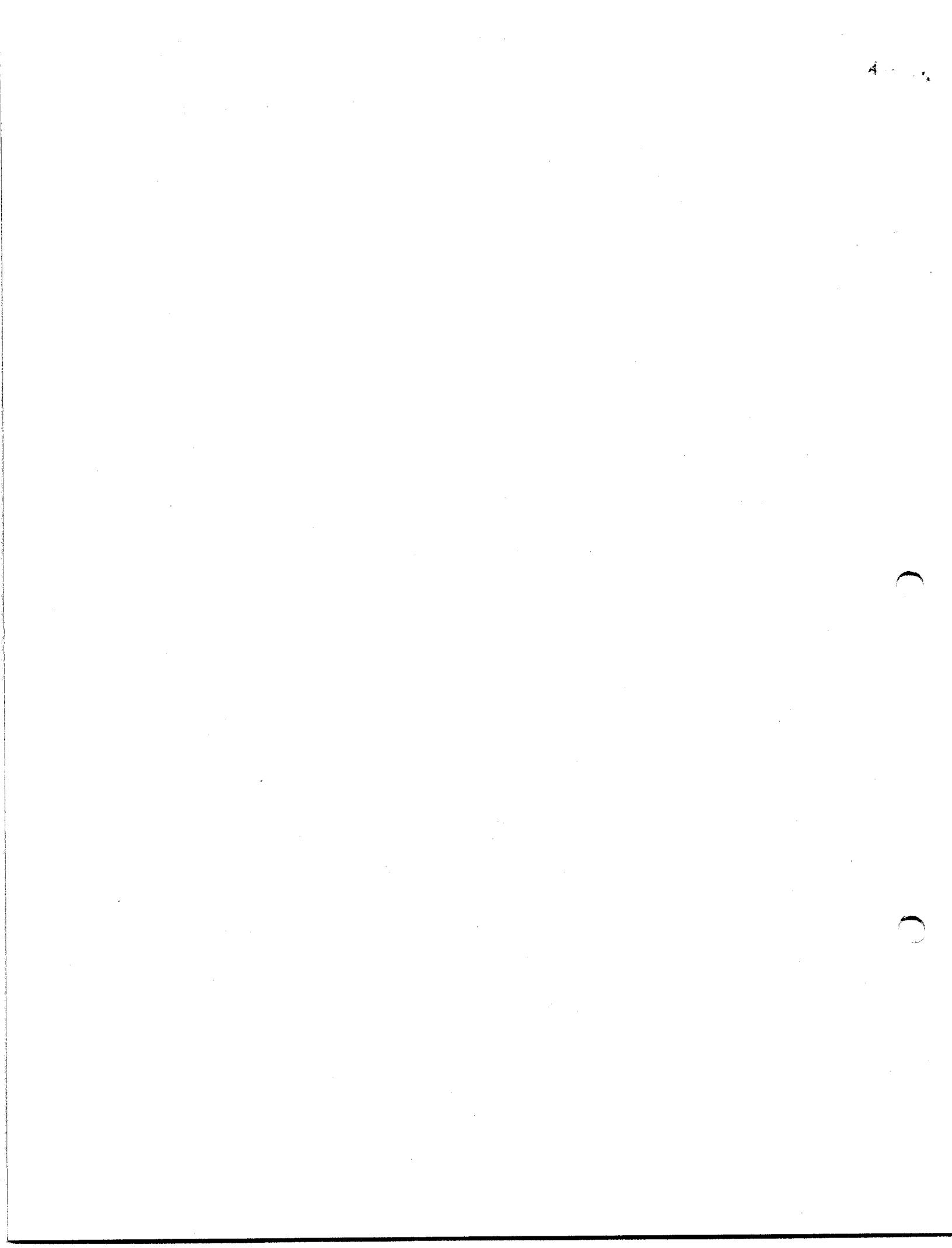
La incontinencia anal es un problema importante en salud pública; el trauma obstétrico es la causa más común en las mujeres y afecta al 10% luego del parto. Las investigaciones muestran que durante el parto vaginal ocurre lesión tanto por un mecanismo muscular directo, como por uno neurológico indirecto, y la rotura del esfínter es el factor principal de incontinencia. Luego de un desgarro perineal de tercer grado, que ocurre en alrededor del 0,4% al 5% de los partos vaginales, los porcentajes de incontinencia oscilan de 19%-58% en los siguientes meses a 7%-42% luego de varios años³.

Con la ultrasonografía anal se demuestra que hasta el 35% de las mujeres primíparas tienen defectos ocultos del esfínter y alrededor de un tercio desarrollará incontinencia o urgencia anal. Los futuros partos complican más la situación, al igual que el envejecimiento y las alteraciones hormonales durante la menopausia⁴.

Se debe recomendar la cesárea a las secundíparas en los siguientes casos: persistencia de síntomas de incontinencia fecal luego del primer parto, defecto esfinteriano con baja presión del canal anal y cirugía previa de incontinencia anal. Algunas medidas para prevenir la incontinencia serían restringir el uso de episiotomía, preferir la episiotomía mediolateral, usar el extractor por vacío en lugar de fórceps, entrenar al personal en la anatomía y reparación del periné y uso selectivo de cesárea⁴.

Se recomienda la realización de ejercicios del piso pélvano como prevención. En esta paciente el desgarro estuvo asociado con la episiotomía. Existe consenso en cuanto a que las lesiones no visibles clínicamente y asintomáticas no deben recibir reparación primaria⁵.

Aún no hay suficientes estudios aleatorizados que comparan la cesárea electiva con el parto vaginal en cuanto a la protección del piso pélvano del trauma obstétrico. Se debe ser muy cuidadoso al recomendar la primera, y la elección debe ser realizada por la paciente luego de evaluar toda la información necesaria para comprender sus riesgos y beneficios³.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Abril González FP, Guevara Villareal AS, Ramos Cruz A, Rubio Romero JA. Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un hospital universitario de Bogotá (Colombia) 2007. Rev Colombiana Obstet Ginecol.2009 [citado 13 ene 2016]; 60(2):143-151. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000200004&lng=en
2. Ho CY, Sole G, Munn J. The effectiveness of manual therapy in the management of musculoskeletal disorders of the shoulder: A systematic review. Man Ther. 2009 [citado 13 ene 2016]; 14(5): 463-474. Disponible en:
www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1356689X09000551
3. Fernández Domínguez FC, Oliva Pascual Vaca A, Ruiz López K, Caufriez M. Análisis del masaje perineal y de otras medidas físicas en relación al desgarro perineal y al uso de la episiotomía durante el parto. Cuest Fisioter. 2012[citado 13 ene 2016]; 41 (2): 127-140. Disponible en:
<http://www.cuestionesdefisioterapia.com/index.php/es/main/articulos/article/41/2/6>
4. Martínez Galiano JM. Influencia de la episiotomía versus el desgarro perineal sobre la normalización de las relaciones sexuales en puérperas. NURE Investigación. 2009[citado 13 ene 2016];6(43). Disponible en:
<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/466>
5. Folch M, Parés D, Castillo M, Carreras R. Aspectos prácticos en el manejo de las lesiones obstétricas perineales de tercer y cuarto grado para minimizar el riesgo de incontinencia fecal. Cirug EspaÑola. 2009[citado 13 ene 2016];85(6):341-347. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X09000530>

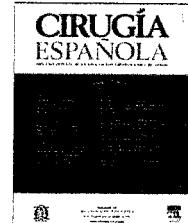
Recibido: 17 de octubre de 2016

Aprobado: 9 de diciembre de 2016

Dra. Yoandra Benítez González. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
Correo de contacto: yobenitez@infomed.sld.cu

40





Original

Aspectos prácticos en el manejo de las lesiones obstétricas perineales de tercer y cuarto grado para minimizar el riesgo de incontinencia fecal

Marina Folch^{a,*}, David Parés^b, Maite Castillo^a y Ramon Carreras^a

^aServicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital del Mar, Barcelona, España

^bUnidad del Suelo Pélvico, Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital del Mar, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

História del artículo:

Recibido el 17 de noviembre de 2008

Aceptado el 15 de diciembre de 2008

On-line el 18 de marzo de 2009

Palabras clave:

Lesión del esfínter anal

Parto

Incontinencia fecal

RESUMEN

La incontinencia fecal es una condición subestimada en los estudios epidemiológicos debido a que muchas mujeres no acuden al médico a pesar de padecerla. La causa más frecuente de incontinencia fecal en las mujeres sanas es el traumatismo de etiología obstétrica. En este artículo se revisa la clasificación y la terminología, así como los factores de riesgo predisponentes a presentar una lesión obstétrica perineal de tercer y cuarto grado. También se repasan las diferentes técnicas de sutura y el seguimiento óptimo ulterior de las mujeres que sufren desgarros perineales, así como la conducta a seguir en las futuras gestaciones. Se recalca la importancia de la ecografía endoanal en el diagnóstico correcto de lesiones ocultas perineales de etiología obstétrica.

© 2008 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Practical issues in the management of third and fourth degree tears to minimise the incidence of faecal incontinence

ABSTRACT

Faecal incontinence is underestimated in most epidemiological studies, probably because women may feel unable to discuss the symptoms they experience and avoid seeking medical advice. The most common cause of faecal incontinence in healthy women is an injury during a vaginal delivery. In this article we review the classification and terminology, as well as the risk factors, for third and fourth degree perineal tears. We also comment on the different suture techniques, the follow-up of women who sustain third and fourth degree tears and the advice given to those women regarding future pregnancies and mode of delivery. We highlight the importance of the endoanal ultrasound on the diagnosis of occult anal sphincter injury.

© 2008 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Anal sphincter injury

Delivery

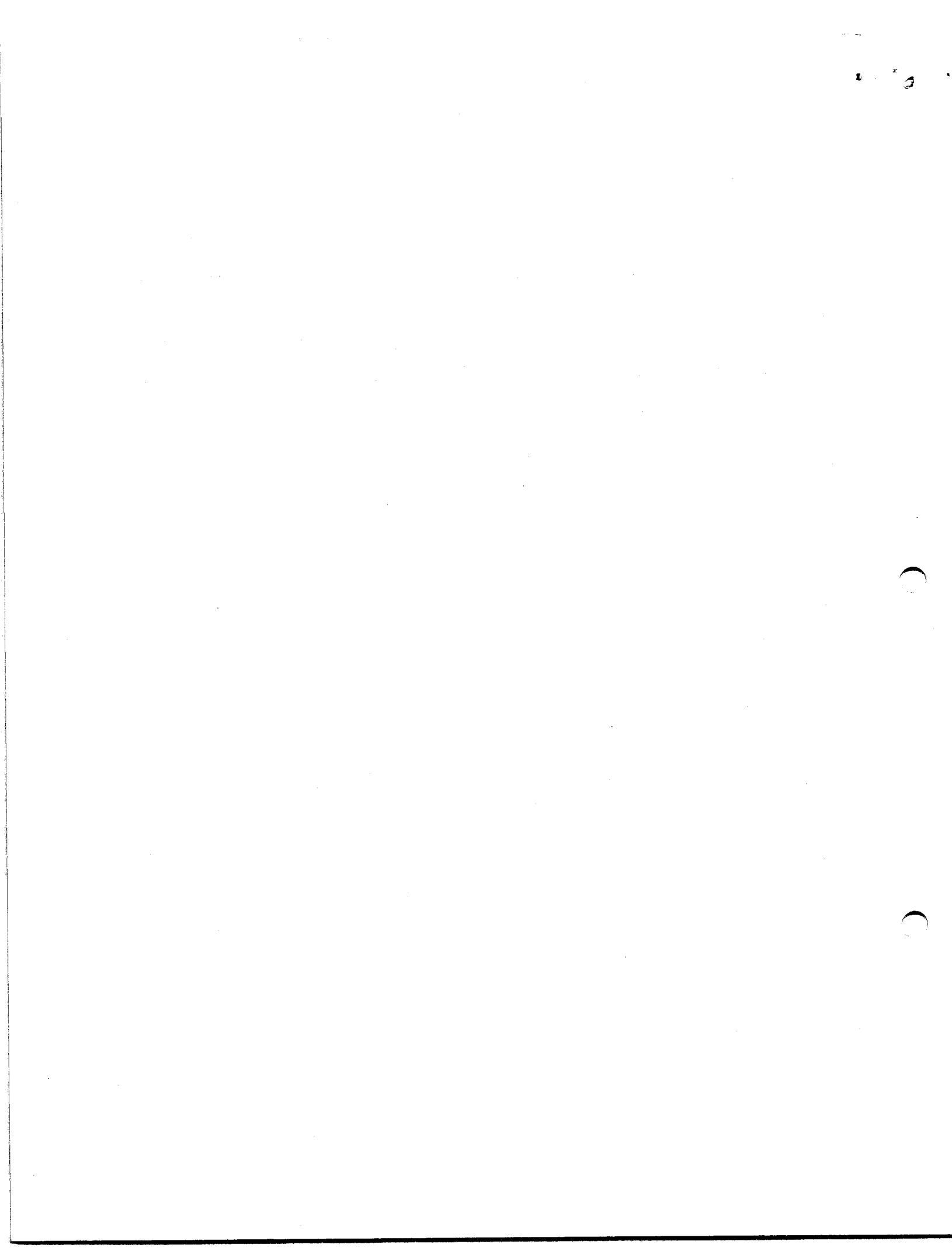
Faecal incontinence

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Mfolch@imas.imim.es (M. Folch).

0009-739X/\$ - see front matter © 2008 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2008.12.001



E21
100
120

Introducción

Se define como incontinencia fecal a la pérdida involuntaria de heces o ventosidades¹. Desafortunadamente, ésta es una condición subestimada en los estudios epidemiológicos debido a que muchas mujeres no acuden al médico a pesar de padecer esta enfermedad². Los problemas emocionales, psicológicos y sociales derivados de la incontinencia fecal pueden ser devastadores y debilitantes³. La causa más frecuente de incontinencia fecal en mujeres sanas es el traumatismo de etiología obstétrica, de forma que el riesgo de presentar una lesión en el esfínter anal interno (EAI) o externo (EAE) en un parto vaginal es del 1%⁴.

Hasta dos tercios de las mujeres a quienes se diagnostica una lesión o desgarro perineal de tercer grado durante el parto luego presentan incontinencia fecal^{2,5-13}. Además, si estudiamos a las pacientes con síntomas de incontinencia fecal durante el período posparto o que acuden con inicio tardío de incontinencia fecal, la incidencia de lesiones esfínterianas anales es más alta, con un 90% de lesiones detectadas en el EAE y un 65%, en el EAI^{14,15}.

Es bien conocido que cuando hay mayor información y mayor conciencia de la posibilidad de lesionar el periné durante el parto, hay un aumento en la detección de lesiones en el complejo esfínteriano anal; sobre todo cuando éstas son diagnosticadas y reparadas quirúrgicamente por especialistas en obstetricia y ginecología o bien por especialistas de cirugía general y digestiva. Recientemente el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) ha publicado una guía clínica que aporta datos en el manejo práctico de estas lesiones y analiza la evidencia científica publicada hasta el momento¹⁶.

El objetivo de este artículo especial es proporcionar una actualización en el diagnóstico, el manejo y el tratamiento de las lesiones de esfínter anal de origen obstétrico mediante la revisión sistemática de la literatura con el objetivo de mejorar su conocimiento en las distintas especialidades implicadas.

Clasificación y terminología

Recomendamos usar la nomenclatura propuesta en esta guía clínica para la descripción de cualquier tipo de lesión

Tabla 1 - Clasificación de lesiones esfínterianas de origen obstétrico¹⁶

Grado	Lesión anatómica
Primer grado	Sólo lesión de piel perineal
Segundo grado	Lesión de músculos perineales sin afectar al esfínter anal
Tercer grado	Lesión perineal que afecta al esfínter anal externo (EAE)
Grado 3a	Desgarro de menos del 50% del grosor del EAE
Grado 3b	Desgarro de más del 50% del grosor del EAE
Grado 3c	Desgarro del EAE y el esfínter anal interno (EAI)
Cuarto grado	Lesión del periné que afecta al EAE y el EAI, así como el epitelio anal

obstétrica de esfínter anal. La clasificación presentada en la tabla 1, descrita por Sultan, ha sido adoptada por la International Consultation on Incontinence y por el RCOG^{17,18}. Si existe alguna duda sobre el grado de desgarro perineal detectado clínicamente, se considera más adecuado clasificarlo como uno de grado más alto que no en un grado inferior.

Así pues, siguiendo dicha clasificación, las lesiones de esfínter anal incluyen los desgarros perineales de tercer y cuarto grados. Un desgarro perineal de tercer grado se define como una rotura parcial o total de uno o de los dos músculos del esfínter anal, el EAE y el EAI. Un desgarro perineal de cuarto grado se define como una rotura de los músculos del esfínter anal con desgarro de la mucosa anal.

A pesar de que clásicamente no se insistió lo suficiente, el EAI tiene un papel muy importante en el mantenimiento de la continencia fecal¹⁹. Además, la prevalencia de incontinencia fecal aumenta si el desgarro afecta al EAE y el EAI, en comparación con los que sólo afectan al EAE^{19,20}. Por todo ello, la inclusión del desgarro del EAI en la clasificación de desgarros perineales permitiría diferenciar entre una futura incontinencia relacionada con lesión del EAI o del EAE. Pero en casos de traumatismo agudo obstétrico no siempre es posible identificar el EAI, mientras que el grado de lesión de EAE (si es mayor o menor del 50% del grosor) debería ser posible siempre.

Si el desgarro afecta sólo a la mucosa anal sin lesión esfínteriana, hay que documentarlo como una entidad distinta y tener en cuenta, además, que si este tipo de desgarro pasa inadvertido en el seguimiento, puede ser causa de una fistula rectovaginal.

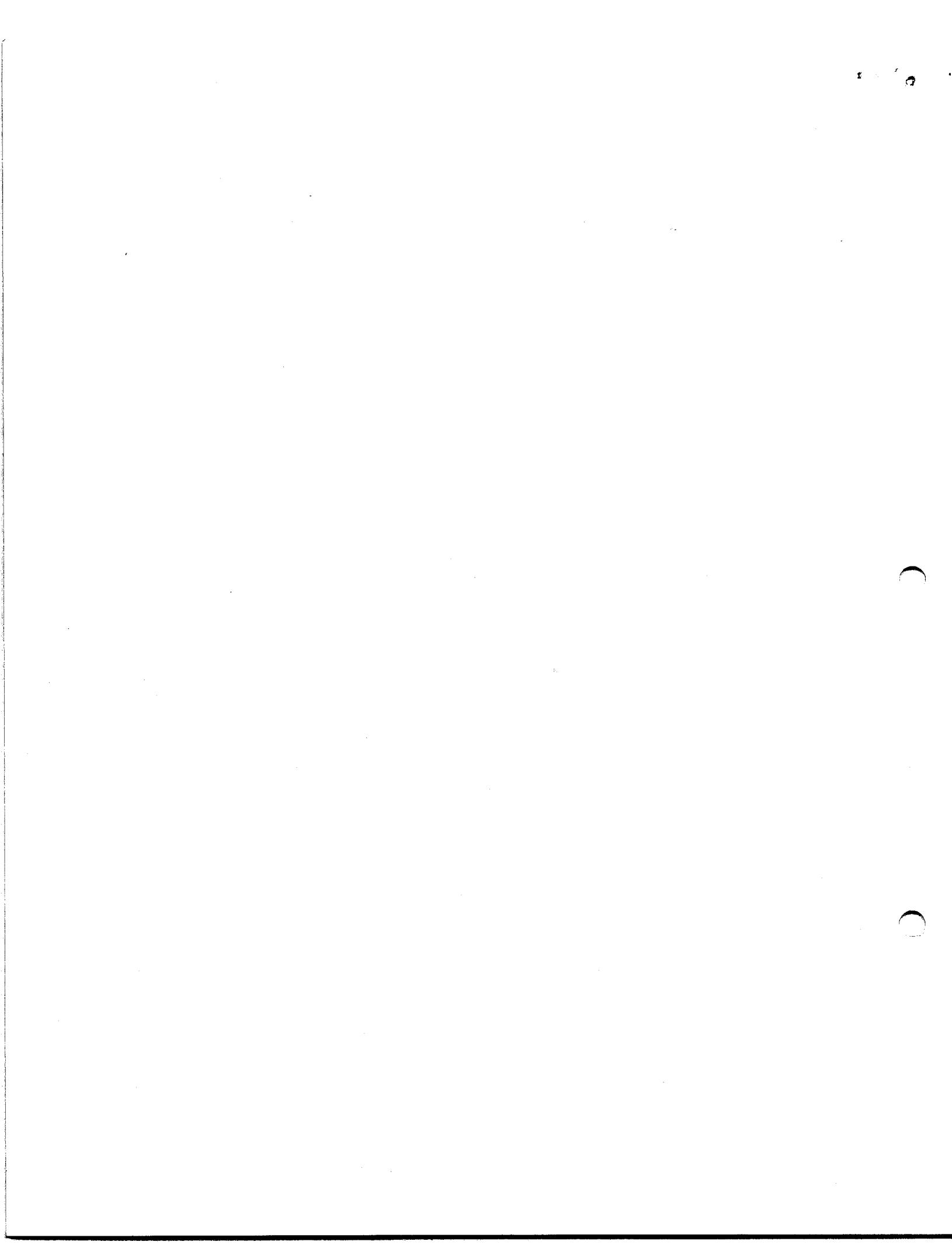
Prevención de la lesión obstétrica de esfínter anal

En varios estudios retrospectivos se han identificado factores de riesgo para las lesiones perineales de tercer grado²¹. Si se toma como riesgo de lesión de esfínter anal el 1% de los partos vaginales, los factores representados en la tabla 2 se han relacionado con un riesgo aumentado de dichas lesiones^{16,22}.

Clásicamente se ha documentado que las lesiones perineales de tercer y cuarto grado tienen una incidencia que oscila entre el 0,6 y el 9% de los partos vaginales en los que se practica

Tabla 2 - Factores de riesgo en lesiones perineales de tercer grado de causa obstétrica^{16,22}

Factor de riesgo	Riesgo de lesión esfínteriana (%)
Parto instrumentado	7
Nuliparidad	4
Duración de la segunda fase del parto >1 h	4
Distocia de hombros	4
Episiotomía media	3
Variedad sacra persistente	3
Peso del neonato al nacer >4 kg	2
Inducción del parto	2
Utilización de analgesia peridural	2



episiotomía mediolateral²³. Sin embargo, en distintos estudios prospectivos, mediante la ecografía endoanal se han identificado alteraciones ecográficas de la anatomía del esfínter anal hasta en un 36% de las mujeres tras un parto vaginal²⁴⁻²⁶.

El riesgo de desgarro perineal de tercer grado disminuye si aumenta el ángulo de la episiotomía. En un estudio prospectivo de casos y controles, se observó una reducción relativa del 50% de riesgo de desgarro de tercer grado por cada 6° que el ángulo de corte de la episiotomía se alejaba de la línea media²⁷.

En 2006 un grupo de expertos del National Institute of Health del Reino Unido concluyó que había poca evidencia científica para justificar el papel preventivo de realizar una cesárea electiva, y que actualmente no hay datos suficientes para afirmar que su realización pueda reducir la incidencia de alteraciones del suelo pélvano²⁸. Es bueno recordar que aunque se pudiera demostrar una disminución de las alteraciones del suelo pélvano, habría que contrastar otros riesgos y beneficios de una cesárea electiva con este fin²⁹.

Identificación de lesiones obstétricas de esfínter anal

Todas las mujeres tras un parto instrumentado, con o sin una lesión perineal muy evidente, deberían ser exploradas durante el seguimiento por un especialista en obstetricia y ginecología con formación en el reconocimiento y el manejo de estas lesiones.

La ecografía endoanal es la técnica de imagen más utilizada para definir la anatomía del complejo esfinteriano durante el seguimiento tras un parto con una lesión identificada o con alta sospecha. Una lesión del EAE da como resultado la sustitución del músculo lesionado por fibras musculares con tejido de granulación y fibrosis³⁰. Esto aparece en la ecografía endoanal como una zona hipoecoica (figs. 1 y 2). Hay que tener en cuenta que la configuración normal del EAE femenino, que forma un anillo incompleto en la cara anterior del tercio superior del canal anal, en la ecografía puede confundirse con un defecto.

Un estudio observacional demostró que el aumento de la vigilancia de las lesiones del periné tras el parto puede duplicar su índice de detección³¹. En otro estudio, en el que se practicaba una ecografía endoanal en el posparto inmediato,

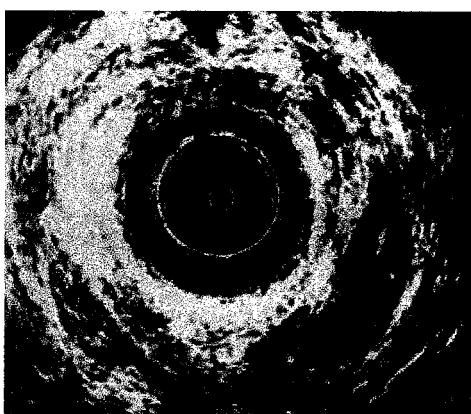


Figura 1 - Imagen de ecografía endoanal normal.

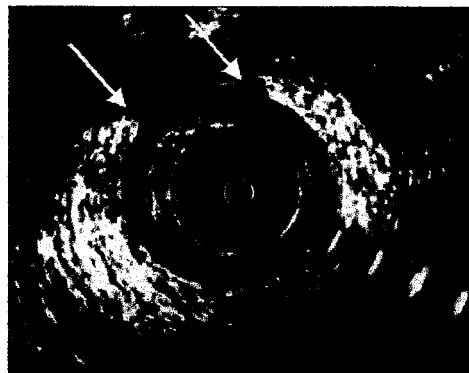


Figura 2 - Imagen de ecografía endoanal con lesión obstétrica de esfínter anal externo (entre las flechas).

pudo observarse que el índice de detección de lesión de esfínter anal no era significativamente más alto que si sólo se practicaba una exploración física³². De momento, el uso de la ecografía endoanal para detectar lesiones del esfínter anal en el posparto inmediato debe reservarse para fines investigadores, dada la dificultad en acceder a personal con formación en la ecografía endoanal en el contexto de sala de partos.

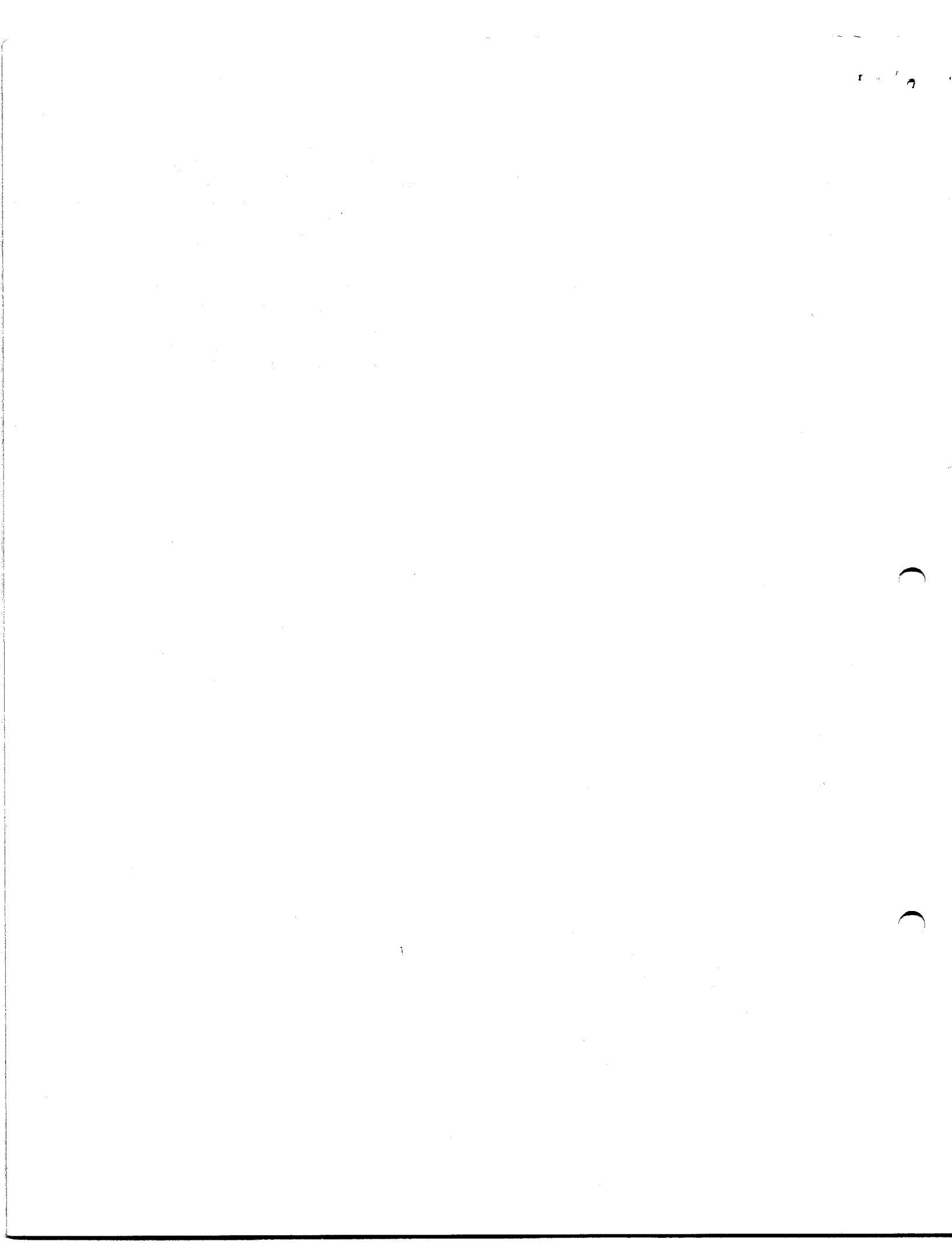
Las lesiones ocultas de esfínter anal, es decir las no detectadas durante el parto y sí durante el seguimiento, pueden demostrarse por ecografía endoanal y son causa de una parte de las incontinencias fecales posparto³³. La incidencia de este tipo de lesiones no se ha establecido de forma concluyente. Los estudios europeos observan lesión del esfínter anal en una ecografía posparto entre un 9 y un 38% después de un parto vaginal^{34,35}. En un estudio multicéntrico en Estados Unidos, se observa lesión del EAE en un 31% de las mujeres tras un parto vaginal y en un 28% tras cesárea sin trabajo de parto³⁶. El hallazgo de lesión oculta de EAE en más de una cuarta parte de las mujeres a quienes se practicó una cesárea sin estar en trabajo de parto indica que los hallazgos de la ecografía endoanal son inespecíficos o que algunas lesiones ocurren sin relación alguna con el parto. Hay, pues, una controversia de la verdadera incidencia de las lesiones esfinterianas ocultas y su significación clínica¹⁶.

El momento de la realización de la ecografía endoanal posparto puede influir también sus resultados. La ecografía endoanal inmediata, que teóricamente puede identificar lesiones que han pasado inadvertidas desde un punto de visita clínico, tiene sus limitaciones, pues la interpretación ecográfica endoanal puede estar limitada debido a edema, hemorragia y laceraciones del área genital³⁷.

Otro tipo de seguimiento podría ser una ecografía endoanal tardía, tanto en pacientes con factores de riesgo de lesión como en el contexto de un estudio, para detectar lesiones antiguas que pasaron inadvertidas, valorar los resultados de una sutura y para planificar el manejo de un parto futuro.

Técnicas de sutura

Cuando se detecta una lesión perineal, hay que llevar a cabo la sutura en quirófano, hecho que permitirá hacerla en



condiciones asépticas, con los instrumentos adecuados, iluminación correcta y, en ocasiones, con un ayudante entrenado. La anestesia regional o general permitirá la relajación del complejo esfínteriano anal, maniobra que es esencial para poder recuperar los extremos desgarrados retraídos del esfínter anal y poder aproximarlos sin tensión³⁸.

Para la sutura del EAE se puede utilizar una técnica de superposición o bien una técnica de aproximación directa. Para la sutura del EAI se aconseja realizarla por separado del EAE mediante una técnica de puntos entrecortados o sueltos.

En una revisión sistemática de la literatura para estudiar la influencia del método de sutura de los desgarros de tercer grado se examinaron tres estudios que incluían a 279 mujeres³⁹. Esta revisión mostró que no había diferencias significativas en cuanto a dolor perineal, disparesunia e incontinencia fecal y a gases entre ambas técnicas de sutura a los 12 meses, pero había una incidencia inferior de urgencia e incontinencia fecal en el grupo en que se realizó una técnica de superposición. Tampoco se demostró diferencias estadísticamente significativas en calidad de vida de las mujeres sometidas a cada una de las técnicas. Los autores concluyeron que los datos limitados mostraban que la sutura por superposición llevaba menor urgencia fecal e incontinencia anal que la sutura por aproximación. A pesar de ello, es interesante remarcar que en ninguno de los tres estudios se tuvo en cuenta la experiencia del cirujano, de modo que no sería correcto recomendar un tipo de técnica de sutura por encima del otro⁴⁰.

Posteriormente, se publicó otro estudio aleatorizado con 41 mujeres con desgarros de tercer y cuarto grados que recibieron una sutura por aproximación o bien por superposición y seguidas durante 3 meses⁴¹. No hubo diferencias significativas entre los dos grupos, tanto en cuanto a síntomas de incontinencia fecal como en los hallazgos de ecografía transperineal.

Finalmente, se publicó otro estudio aleatorizado sobre reparación secundaria, 24 mujeres fueron asignadas a sutura por aproximación o superposición⁴². A los 26 meses de seguimiento no hubo diferencias significativas de continencia anal. A pesar de ello otros trabajos han evaluado la reparación secundaria del esfínter para incontinencia anal realizada por cirujanos colorrectales y mostraron un aumento significativo del índice de continencia con la técnica de superposición^{43,44}.

No hay revisiones sistemáticas para evaluar el mejor material de sutura para el EAE o el EAI. A pesar de ello, conocemos que los hilos de monofilamento tipo PDS 3-0 y Vicryl 2-0 ocasionan menos molestias locales a las pacientes. El único estudio aleatorizado que compara PDS y Vicryl no demostró que hubiera diferencias significativas en la morbilidad respecto a incontinencia fecal, dolor perineal o migración de sutura en 12 meses de seguimiento⁴⁰. Desde un punto de vista técnico, se recomienda enterrar los nudos quirúrgicos debajo de los músculos perineales superficiales para evitar la migración de los nudos hacia la piel.

Competencia quirúrgica

Siempre que sea posible, la situación más deseable sería que la sutura del esfínter anal fuera realizada por profesionales

con formación adecuada. De hecho, se está recomendando una formación estructurada de las técnicas de sutura del esfínter anal en el programa de formación de obstetricia y quizás en el futuro se realicen también campañas de información a especialistas en cirugía.

La sutura de esfínter anal en manos expertas puede contribuir a disminuir la morbilidad, particularmente la incontinencia fecal ulterior. Una encuesta de especialistas y médicos en período de formación de obstetricia en Reino Unido resaltó la deficiencia y poca satisfacción con su formación en el manejo de desgarros de tercer grado⁴⁵. La formación puede mejorar con la implementación de talleres de habilidades quirúrgicas, que utilicen modelos animales y material audiovisual. Los informes del efecto de los talleres prácticos de sutura de desgarros de tercer y cuarto grados muestran una mejora importante en el reconocimiento de las estructuras anatómicas que configuran el perineo y en la identificación de las lesiones de esfínter anal después de asistir a los talleres prácticos⁴⁶.

Seguimiento

En una revisión sistemática sobre la profilaxis antibiótica en caso de desgarro perineal de cuarto grado que comparaba profilaxis antibiótica con placebo o sin antibiótico no se hallaron estudios aleatorizados⁴⁷. De todos modos, en espera de una mayor evidencia científica, es recomendable el uso intraoperatorio y postoperatorio de antibióticos de amplio espectro porque en caso de que se desarrollara una infección podría ocurrir una dehiscencia total de la herida con la consecuente incontinencia anal o formación de fistula³⁸.

No se identificaron revisiones sistemáticas que evalúasen el uso de laxantes tras la intervención, pero sí se los recomienda durante el período postoperatorio, pues las heces compactas podrían dañar la sutura³⁸. Una buena alternativa podría ser el uso de un ablandador de heces tipo lactulosa y un agente formador de volumen tipo metilcelulosa durante 10 días después de la sutura.

Sería muy deseable la implementación de protocolos en cada hospital en cuanto al uso de antibióticos, laxantes, exploración y seguimiento de las mujeres a quienes se ha practicado sutura del esfínter anal. Este seguimiento debería ofrecerse a todas las mujeres a quienes se ha practicado sutura de lesiones del periné, así como fisioterapia y ejercicios del suelo pélvano durante 6-12 semanas, y revisiones por un especialista en ginecología y obstetricia.

Si una mujer sufre incontinencia fecal en el momento de la revisión a las 6-12 semanas, debería ser derivada a un cirujano colorrectal para que pueda valorar la necesidad de realizar un estudio completo, una ecografía endoanal y/o una manometría anorrectal si se considerara necesario. No hay datos en la literatura que indiquen cuál es el mejor método de seguimiento después de una recomposición del esfínter anal.

Pronóstico

Hay estudios de casos y controles^{12,48-53} y estudios retrospectivos^{20,25,54-58} que han analizado el resultado de las suturas en

2

C

C

cuanto a los síntomas y los resultados de las exploraciones del esfínter anal. Todos los estudios comunican aspectos de la sutura del EAE, pero sólo algunos mencionan la sutura del EAI^{8,38}. Los primeros estudios describen incontinencia fecal en el 20-67% de las mujeres con sutura de un desgarro perineal de tercer grado; incontinencia de ventosidades en el 59% de los casos, escapes de heces líquidas o sólidas en un 11%, y urgencia fecal en el 26% de estas mujeres¹⁶.

En un estudio se vio un incremento importante de los síntomas de incontinencia fecal después de 4 años de seguimiento (17-42%)⁵⁹. La comparación de los resultados de los distintos estudios es difícil, ya que no utilizaron los mismos cuestionarios para valorar la incontinencia anal. Sin embargo, desde año 2000 se han realizado distintos estudios aleatorizados que comparan las técnicas de sutura del EAE por superposición y por aproximación, y se han descrito incidencias bajas de incontinencia anal en las dos técnicas^{8,40,41,60}, con el 60-87% de las mujeres asintomáticas a los 12 meses^{40,60,61}.

A pesar de ello, los estudios que han utilizado la ecografía endoanal como parte del seguimiento demuestran defectos persistentes en el 54-88% de las mujeres después de una sutura primaria de un desgarro de tercer grado^{25,54,55}. Más recientemente distintos estudios aleatorizados describen menor prevalencia de defectos residuales (entre el 19 y el 36%), probablemente, fruto de los avances en la prevención de estas lesiones^{8,41,60}. Actualmente no queda clara la importancia clínica de los defectos asintomáticos demostrados por ecografía.

Futuros partos

Las mujeres que sufren un desgarro obstétrico de esfínter anal deberían ser informadas del riesgo de desarrollar incontinencia fecal o empeoramiento de los síntomas ya existentes con los subsecuentes partos vaginales¹⁶. A pesar de ello, no hay evidencia para recomendar el uso de la episiotomía profiláctica en embarazos futuros, es decir, la realización sistemática de episiotomía a mujeres que hayan sufrido un desgarro obstétrico de esfínter anal en un parto anterior no las protege frente a la ocurrencia de otro desgarro de tercer o cuarto grado.

Sí existe la recomendación de que las mujeres que tienen una lesión esfinteriana de origen obstétrico diagnosticada mediante ecografía endoanal o manometría anorrectal y sintomáticas deberían tener la opción de someterse a una cesárea electiva en la gestación siguiente⁶².

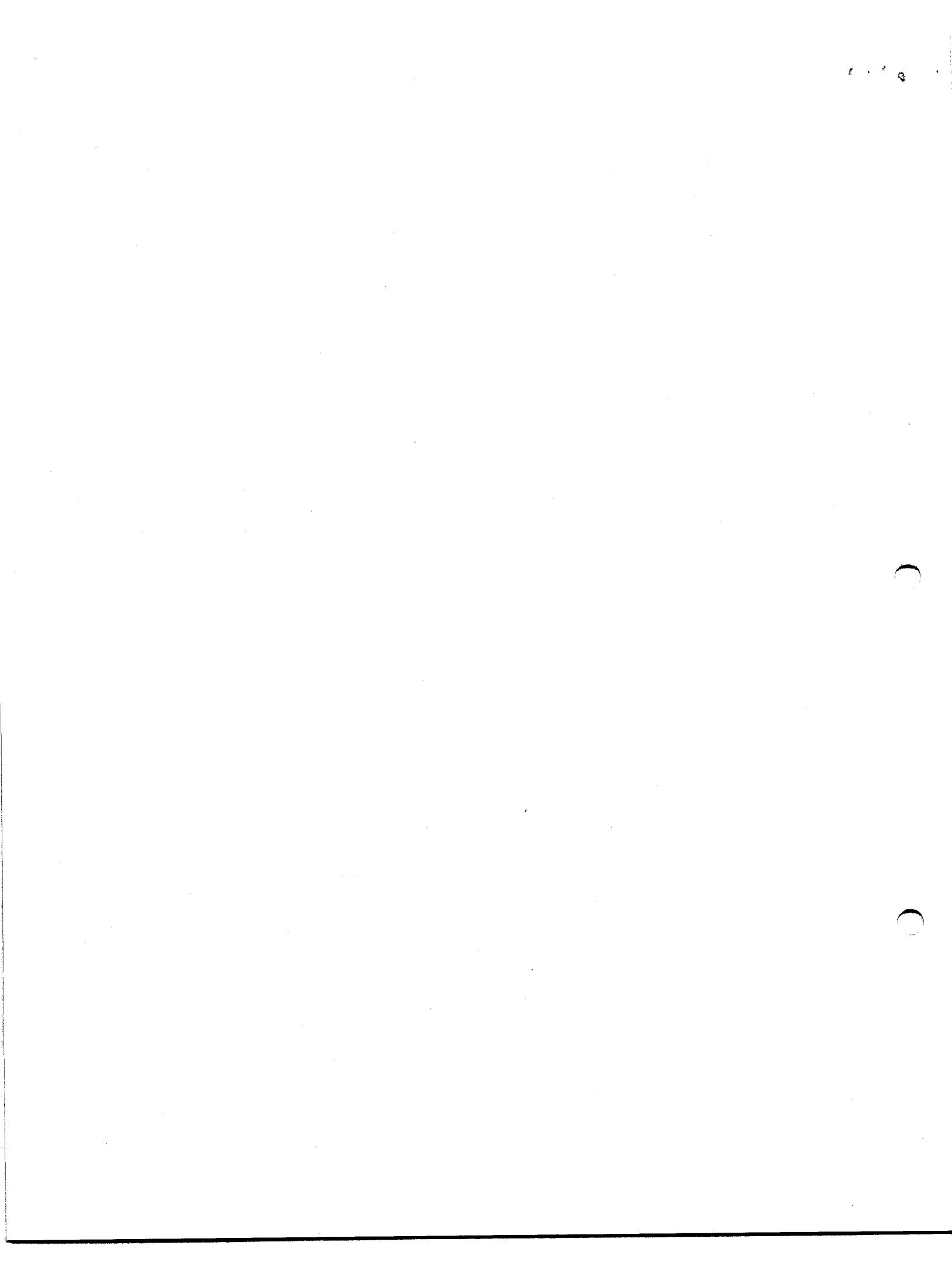
No se encontraron revisiones sistemáticas ni estudios aleatorizados que aconsejaran sobre la mejor vía de parto tras un desgarro obstétrico de esfínter anal. Cuatro estudios examinaron los riesgos de un parto vaginal después de un desgarro de tercer grado y describieron que entre un 17 y un 24% de las mujeres tienen un empeoramiento de los síntomas tras un segundo parto vaginal^{54,57,63,64}. Las mujeres que sufren un desgarro obstétrico de esfínter anal y aquellas con sutura secundaria deberían recibir el consejo de considerar una cesárea electiva para el siguiente embarazo, aunque no hay estudios concluyentes al respecto. Este aspecto debería

ser valorado en el futuro mediante el diseño de estudios controlados.

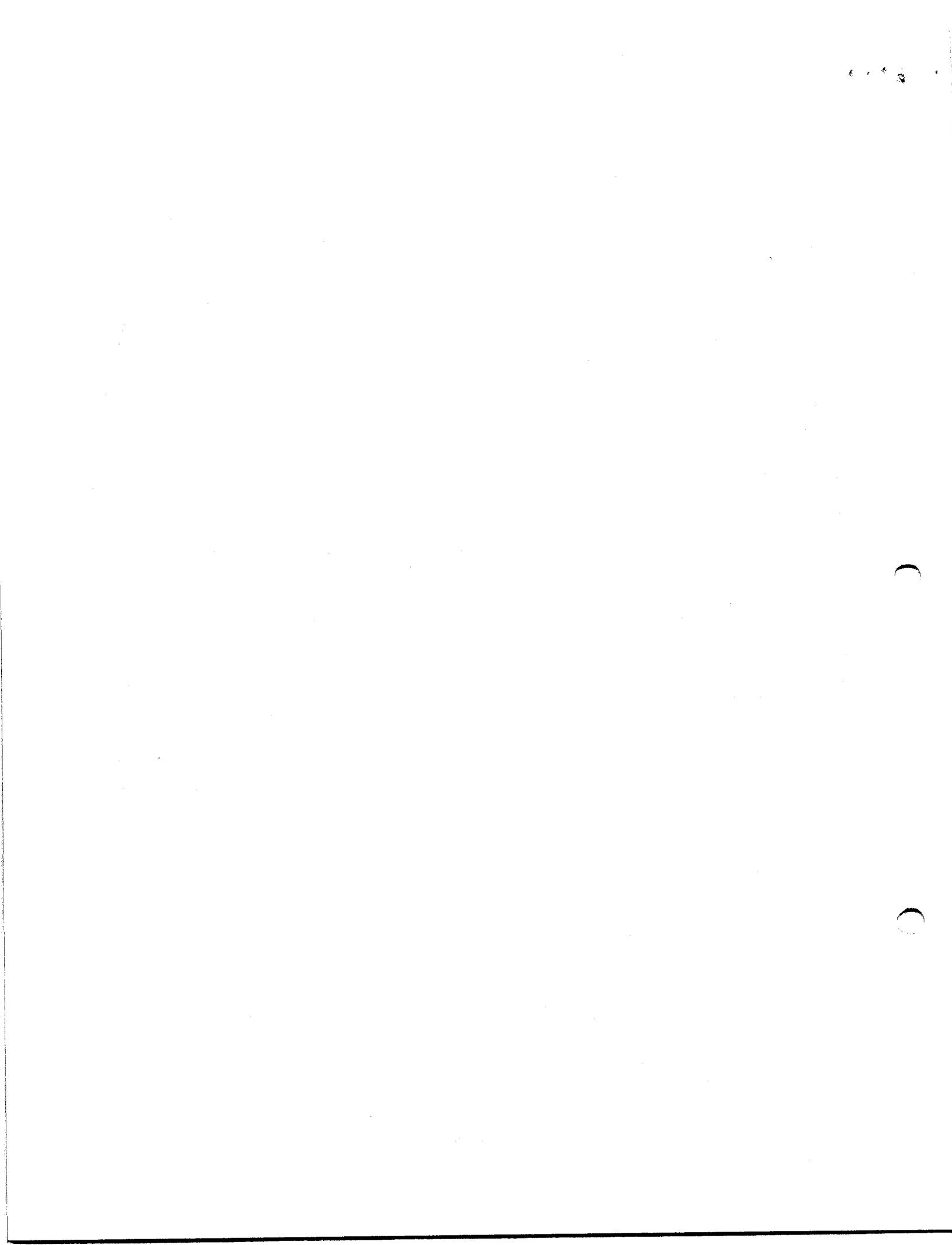
Cuando se sutura un desgarro de tercer o cuarto grado, es primordial que se documente claramente las estructuras anatómicas afectadas, la técnica y el material utilizados. Se debe informar (incluso por escrito mediante un informe) a la mujer de la importancia de su lesión y del beneficio para ella del seguimiento. En los últimos años ha habido un incremento de los pleitos relacionados con lesiones obstétricas de esfínter anal. La mayoría se debe a la falta de diagnóstico después del parto con la consecuente incontinencia fecal o fistula rectovaginal. El hecho de que ocurra un desgarro no se considera una negligencia, pero no reconocerlo y, por lo tanto, no suturarlo sí puede serlo¹⁷. Proporcionar documentación e información claras para la mujer es muy importante.

B I B L I O G R A F Í A

1. Madoff RD, Parker SC, Varma MG, Lowry AC. Faecal incontinence in adults. Lancet. 2004;364:621-32.
2. Norderval S, Oian P, Revhaug A, Vonen B. Anal incontinence after obstetric sphincter tears: outcome of anatomic primary repairs. Dis Colon Rectum. 2005;48:1055-61.
3. Miner Jr PB. Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. Gastroenterology. 2004;126:S8-S13.
4. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. JAMA. 2008;300:1311-6.
5. Pinta TM, Kylianpa M, Salmi TK, Teramo KA, Luukkonen PS. Primary sphincter repair: are the results of the operation good enough? Dis Colon Rectum. 2004;47:18-23.
6. Arnaud A, Sarles JC, Sielezneff I, Orsoni P, Joly A. Sphincter repair without overlapping for fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 1991;34:744-7.
7. Norderval S, Nsubuga D, Bjelke C, Frasunek J, Myklebust I, Vonen B. Anal incontinence after obstetric sphincter tears: incidence in a Norwegian county. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004;83:989-94.
8. Fitzpatrick M, Behan M, O'Connell PR, O'Herrlihy C. A randomized clinical trial comparing primary overlap with approximation repair of third-degree obstetric tears. Am J Obstet Gynecol. 2000;183:1220-4.
9. Starck M, Bohe M, Valentin L. The extent of endosonographic anal sphincter defects after primary repair of obstetric sphincter tears increases over time and is related to anal incontinence. Ultrasound Obstet Gynecol. 2006;27:188-97.
10. Fornell EU, Matthiesen L, Sjodahl R, Berg G. Obstetric anal sphincter injury ten years after: subjective and objective long term effects. BJOG. 2005;112:312-6.
11. Davis K, Kumar D, Stanton SL, Thakar R, Fynes M, Bland J. Symptoms and anal sphincter morphology following primary repair of third-degree tears. Br J Surg. 2003;90:1573-9.
12. Nazir M, Stien R, Carlsen E, Jacobsen AF, Nesheim BI. Early evaluation of bowel symptoms after primary repair of obstetric perineal rupture is misleading: an observational cohort study. Dis Colon Rectum. 2003;46:1245-50.
13. Nichols CM, Nam M, Ramakrishnan V, Lamb EH, Currie N. Anal sphincter defects and bowel symptoms in women with and without recognized anal sphincter trauma. Am J Obstet Gynecol. 2006;194:1450-4.
14. Burnett SJ, Spence-Jones C, Speakman CT, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Unsuspected sphincter damage following childbirth revealed by anal endosonography. Br J Radiol. 1991;64:225-7.



15. Karoui S, Savoye-Collet C, Koning E, Leroi AM, Denis P. Prevalence of anal sphincter defects revealed by sonography in 335 incontinent patients and 115 continent patients. *AJR Am J Roentgenol.* 1999;173:389–92.
16. RCOG. Green-top Guideline. *Gynaecol.* 2007;1–11.
17. Eddy A. Litigating and quantifying maternal damage following childbirth. *Clin Risk.* 1999;5:178–80.
18. Sultan AH. Obstetric perineal injury and anal incontinence. *Clin Risk.* 1999;5:193–6.
19. Sangwan YP, Solla JA. Internal anal sphincter: advances and insights. *Dis Colon Rectum.* 1998;41:1297–311.
20. De Leeuw JW, Struijk PC, Vierhout ME, Wallenburg HC. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. *BJOG.* 2001;108:383–7.
21. Williams A, Tincello DG, White S, Adams EJ, Alfirevic Z, Richmond DH. Risk scoring system for prediction of obstetric anal sphincter injury. *BJOG.* 2005;112:1066–9.
22. Dudding TC, Vaizey CJ, Kamm MA. Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors, and management. *Ann Surg.* 2008;247:224–37.
23. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860–1980. *Obstet Gynecol Surv.* 1983;38:322–38.
24. Sultan AH, Kamm MA, Bartram CI, Hudson CN. Anal sphincter trauma during instrumental delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 1993;43:263–70.
25. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. *BMJ.* 1994;308:887–91.
26. Faltin DL, Boulvain M, Irion O, Bretones S, Stan C, Weil A. Diagnosis of anal sphincter tears by postpartum endosonography to predict fecal incontinence. *Obstet Gynecol.* 2000;95:643–7.
27. Egan M, Daly L, O'Connell PR, O'Herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? *BJOG.* 2006;113:190–4.
28. National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: Cesarean delivery on maternal request, March 27–29, 2006. *Obstet Gynecol.* 2006;107:1386.
29. Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, Nager CW, Luber KM. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol.* 2006;107:1253–60.
30. Bartram CI. Functional anorectal imaging. *Abdom Imaging.* 2005;30:195–203.
31. Groom KM, Paterson-Brown S. Can we improve on the diagnosis of third degree tears? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002;101:19–21.
32. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuries—myth or reality? *BJOG.* 2006;113:195–200.
33. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med.* 1993;329:1905–11.
34. Chalihah C, Sultan AH, Bland J. Anal function: effect of pregnancy and delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;94:689.
35. Varma A, Gunn J, Gardiner A, Lindow SW, Duthie GS. Obstetric anal sphincter injury: prospective evaluation of incidence. *Dis Colon Rectum.* 1999;42:1537–43.
36. Richter HE, Fielding JR, Bradley CS, Handa VL, Fine P, Fitzgerald MP, et al. Endoanal ultrasound findings and fecal incontinence symptoms in women with and without recognized anal sphincter tears. *Obstet Gynecol.* 2006;108:1394–401.
37. Faltin DL, Boulvain M, Stan C, Epiney M, Weil A, Irion O. Intraobserver and interobserver agreement in the diagnosis of anal sphincter tears by postpartum endosonography. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003;21:375–7.
38. Sultan AH, Monga AK, Kumar D, Stanton SL. Primary repair of obstetric anal sphincter rupture using the overlap technique. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999;106:318–23.
39. Fernando R, Sultan AH, Kettle C, Thakar R, Radley S. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;3:CD002866.
40. Williams A, Adams EJ, Tincello DG, Alfirevic Z, Walkinshaw SA, Richmond DH. How to repair an anal sphincter injury after vaginal delivery: results of a randomised controlled trial. *BJOG.* 2006;113:201–7.
41. Garcia V, Rogers RG, Kim SS, Hall RJ, Kammerer-Doak DN. Primary repair of obstetric anal sphincter laceration: a randomized trial of two surgical techniques. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:1697–701.
42. Goh J, Carey M, Tjandra J. Direct end-to-end or overlapping delayed anal sphincter repair for anal incontinence: long term results of prospective randomised study. *Neurourol Urodyn.* 2004;23:412–4.
43. Engel AF, Kamm MA, Sultan AH, Bartram CI, Nicholls RJ. Anterior anal sphincter repair in patients with obstetric trauma. *Br J Surg.* 1994;81:1231–4.
44. Londono-Schimmer EE, Garcia-Duperly R, Nicholls RJ, Ritchie JK, Hawley PR, Thomson JP. Overlapping anal sphincter repair for faecal incontinence due to sphincter trauma: five year follow-up functional results. *Int J Colorectal Dis.* 1994;9:110–3.
45. Fernando RJ, Sultan AH, Radley S, Jones PW, Johanson RB. Management of obstetric anal sphincter injury: a systematic review & national practice survey. *BMC Health Serv Res.* 2002;2:9.
46. Thakar R, Sultan AH, Fernando R, Monga AK, Stanton S. Can workshops on obstetric anal sphincter rupture change practice? *Int Urogynecol J.* 2001;12:S5.
47. Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B. Antibiotic prophylaxis for fourth-degree perineal tear during vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;CD005125.
48. Haadem K, Dahlstrom JA, Lingman G. Anal sphincter function after delivery: a prospective study in women with sphincter rupture and controls. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1990;35:7–13.
49. Haadem K, Dahlstrom JA, Ling L, Ohrlander S. Anal sphincter function after delivery rupture. *Obstet Gynecol.* 1987;70:53–6.
50. Walsh CJ, Mooney EF, Upton GJ, Motson RW. Incidence of third-degree perineal tears in labour and outcome after primary repair. *Br J Surg.* 1996;83:218–21.
51. Fornell EK, Berg G, Hallbook O, Matthiesen LS, Sjodahl R. Clinical consequences of anal sphincter rupture during vaginal delivery. *J Am Coll Surg.* 1996;183:553–8.
52. Kammerer-Doak DN, Wesol AB, Rogers RG, Dominguez CE, Dorin MH. A prospective cohort study of women after primary repair of obstetric anal sphincter laceration. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181:1317–22.
53. Crawford LA, Quint EH, Pearl ML, DeLancey JO. Incontinence following rupture of the anal sphincter during delivery. *Obstet Gynecol.* 1993;82:527–31.
54. Poen AC, Felt-Bersma RJ, Strijers RL, Dekker GA, Cuesta MA, Meuwissen SG. Third-degree obstetric perineal tear: long-term clinical and functional results after primary repair. *Br J Surg.* 1998;85:1433–8.
55. Gjessing H, Backe B, Sahlin Y. Third degree obstetric tears; outcome after primary repair. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1998;77:736–40.
56. Wood J, Amos L, Rieger N. Third degree anal sphincter tears: risk factors and outcome. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1998;38:414–7.
57. Tetzschner T, Sorensen M, Lose G, Christiansen J. Anal and urinary incontinence in women with obstetric anal sphincter rupture. *Br J Obstet Gynaecol.* 1996;103:1034–40.
58. Goffeng AR, Andersch B, Andersson M, Berndtsson I, Hulten L, Oresland T. Objective methods cannot predict anal incontinence after primary repair of extensive anal tears. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1998;77:439–43.
59. Poen AC, Felt-Bersma RJ, Dekker GA, Deville W, Cuesta MA, Meuwissen SG. Third degree obstetric perineal tears: risk



- factors and the preventive role of mediolateral episiotomy. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104:563-6.
60. Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, Radley S, Jones P, O'Brien PM. Repair techniques for obstetric anal sphincter injuries: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2006;107:1261-8.
61. Malouf AJ, Norton CS, Engel AF, Nicholls RJ, Kamm MA. Long-term results of overlapping anterior anal-sphincter repair for obstetric trauma. *Lancet.* 2000;355:260-5.
62. Sultan AH, Thakar R. Lower genital tract and anal sphincter trauma. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2002;16:99-115.
63. Bek KM, Laurberg S. Risks of anal incontinence from subsequent vaginal delivery after a complete obstetric anal sphincter tear. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992;99:724-6.
64. Fyness M, Donnelly VS, O'Connell PR, O'Herlihy C. Cesarean delivery and anal sphincter injury. *Obstet Gynecol.* 1998;92:496-500.

6 1 4 8

J

C

su lugar, se debe suministrar en solución diluida en forma continua o como inyección intramuscular.

Cuando se administra una dosis elevada de oxitocina en un gran volumen de solución, a base de dextrosa sin electrolitos, su acción antidiurética puede causar intoxicación hídrica (Whalley, 1963). En un caso publicado, Schwartz y Jones (1978) describieron convulsiones en la madre y el recién nacido después de recibir 6.5 L de una solución de dextrosa al 5% y 36 unidades de oxitocina antes del parto. La concentración plasmática de sodio en el cordón era de 114 meq/L. Por lo tanto, si se administran dosis elevadas de oxitocina durante un periodo prolongado, se debe aumentar su concentración en lugar de incrementar la cantidad de solución (cap. 26, pág. 530).

Pese al uso sistemático de oxitocina, todavía no se establece una dosis profiláctica estandarizada para el parto vaginal o la cesárea. En un análisis de estudios en el que se compara la dosis de oxitocina, los investigadores encontraron que una dosis elevada en solución es más efectiva que una dosis inferior o que dosis fijas extendidas (Roach, 2013; Tita, 2012). Los autores acostumbran insertar un catéter intravenoso con una solución a la que se agregan 20 U (2 ml) de oxitocina por cada litro de solución. Esta solución se administra después de la expulsión de la placenta a un ritmo de 10 a 20 ml/min (200 a 400 mU/min) durante unos cuantos minutos hasta que el útero permanece firmemente contraído y se detiene la hemorragia. A continuación, el ritmo de la solución se reduce a 1 a 2 ml/min hasta que la madre se transfiere de la sala de recuperación a su habitación. Por lo general, en este momento se suspende la solución. En las mujeres que carecen de una vía intravenosa permeable, se administran 10 U intramusculares de oxitocina.

Ergonovina y metilergonovina

Estos alcaloides de la ergotamina poseen una actividad similar en el miometrio; en Estados Unidos sólo se elabora en la actualidad la metilergonovina. Estas sustancias tienen requisitos de almacenamiento muy específicos puesto que se deterioran con rapidez cuando se exponen a la luz, el calor o la humedad.

Ya sea por vía intramuscular o bucal, ambas son estimulantes poderosos de la contracción del miometrio y ejercen un efecto que persiste durante varias horas. En la embarazada, la administración intramuscular o bucal de 0.2 mg produce contracciones uterinas tetánicas. Sus efectos aparecen minutos después de la administración intramuscular o bucal. Además, la respuesta es sostenida con muy poca tendencia hacia la relajación. *Los derivados de la ergotamina son peligrosos para el feto y la madre cuando se administran antes del parto.* Más aún, se han publicado varios casos de daño grave y muerte al administrar metilergonovina de manera accidental al recién nacido en la sala de partos, en lugar de vitamina K, vacuna de la hepatitis B o naloxona (Aeby, 2003; American Regent, 2012a; Bangh, 2005). La Food and Drug Administration (2012) agregó un aviso al inserto que contiene la caja y recomendó un intervalo de 12 h entre la dosis de metilergonovina y la alimentación al seno materno. Sin embargo, no se han notificado efectos adversos atribuibles a la presencia del fármaco en la leche materna (Briggs, 2011).

Además de los problemas en el neonato, la administración parenteral de alcaloides de la ergotamina, sobre todo por vía intravenosa, induce hipertensión transitoria en la madre. Otros efectos secundarios publicados son náusea, vómito, acúfenos, cefalea y contracciones uterinas dolorosas. La hipertensión tiende a ser mayor en las mujeres con hipertensión gestacional.

Estas sustancias están contraindicadas en pacientes con hipertensión, enfermedades cardíacas u oclusión vascular, afecciones hepáticas o renales graves y septicemia (Novartis, 2012; Sanders-Bush, 2011). Este fármaco tampoco se administra de manera sistemática por vía intravenosa para no inducir un accidente cerebrovascular hipertensivo repentino. No obstante, cuando se la considera una medida para salvar la vida, la metilergonovina intravenosa se debe administrar con lentitud a lo largo de 60 s y se vigila la presión arterial (American Regent, 2012b).

Los alcaloides de la ergotamina no protegen más contra la hemorragia puerperal que la oxitocina. Además, tanto la inocuidad como la tolerabilidad son mayores con oxitocina (Liabsuetrakul, 2007). Es por estas razones que los alcaloides de la ergotamina se consideran fármacos de segunda línea para prevenir la hemorragia durante la tercera fase del trabajo de parto.

Misoprostol

Este análogo de la prostaglandina E₁ es inferior a la oxitocina para prevenir la hemorragia puerperal (Tunçalp, 2012). Aunque se prefiere la oxitocina, en los casos de hospitales de bajos recursos en los que no hay oxitocina el misoprostol es adecuado como profilaxis contra la hemorragia y se administra en una sola dosis bucal de 600 µg (Mobeen, 2011; Organización Mundial de la Salud, 2012). Sus efectos secundarios comprenden temblor en 30% y fiebre en 5% de los casos. A diferencia de otras prostaglandinas, rara vez produce náusea o diarrea (Derman, 2006; Lumbiganon, 1999; Walraven, 2005).

"CUARTA FASE" DEL TRABAJO DE PARTO

La hora que transcurre inmediatamente después de la expulsión de la placenta es decisiva y algunos autores la llaman cuarta fase del trabajo de parto. Durante este intervalo, las laceraciones se reparan. Aunque se administran uterotónicos, éste es el momento en el que es mucho más probable la hemorragia puerperal como resultado de atonía uterina. Muchos hematomas se expanden. Por lo tanto, es importante evaluar con cierta frecuencia el tono uterino y el perineo. La American Academy of Pediatrics y el American College of Obstetricians and Gynecologists (2012) recomiendan registrar la presión arterial y el pulso de la madre justo después del parto y cada 15 min durante las primeras 2 h. También es importante examinar la placenta, las membranas y el cordón umbilical para evaluar su integridad y en busca de alteraciones, como se describe en la página 117.

Laceraciones del canal del parto

Las laceraciones de la parte inferior del aparato reproductivo se localizan en cuello uterino, vagina o perineo. Las de cuello uterino y vagina se describen en la página 788. Después de cualquier parto vaginal puede haber laceraciones perineales que se clasifican de acuerdo con su profundidad. En la figura 27-15 aparecen las definiciones completas y algunos ejemplos visuales. Como ya se describió, las laceraciones de tercer y cuarto grados se consideran lesiones de orden elevado. A corto plazo, éstas se acompañan de hemorragia más abundante, mayor dolor puerperal, dehiscencias de la herida o riesgo de infección. A largo plazo se acompañan de una mayor frecuencia de incontinencia anal y dispareunia. La frecuencia de laceraciones de alto grado

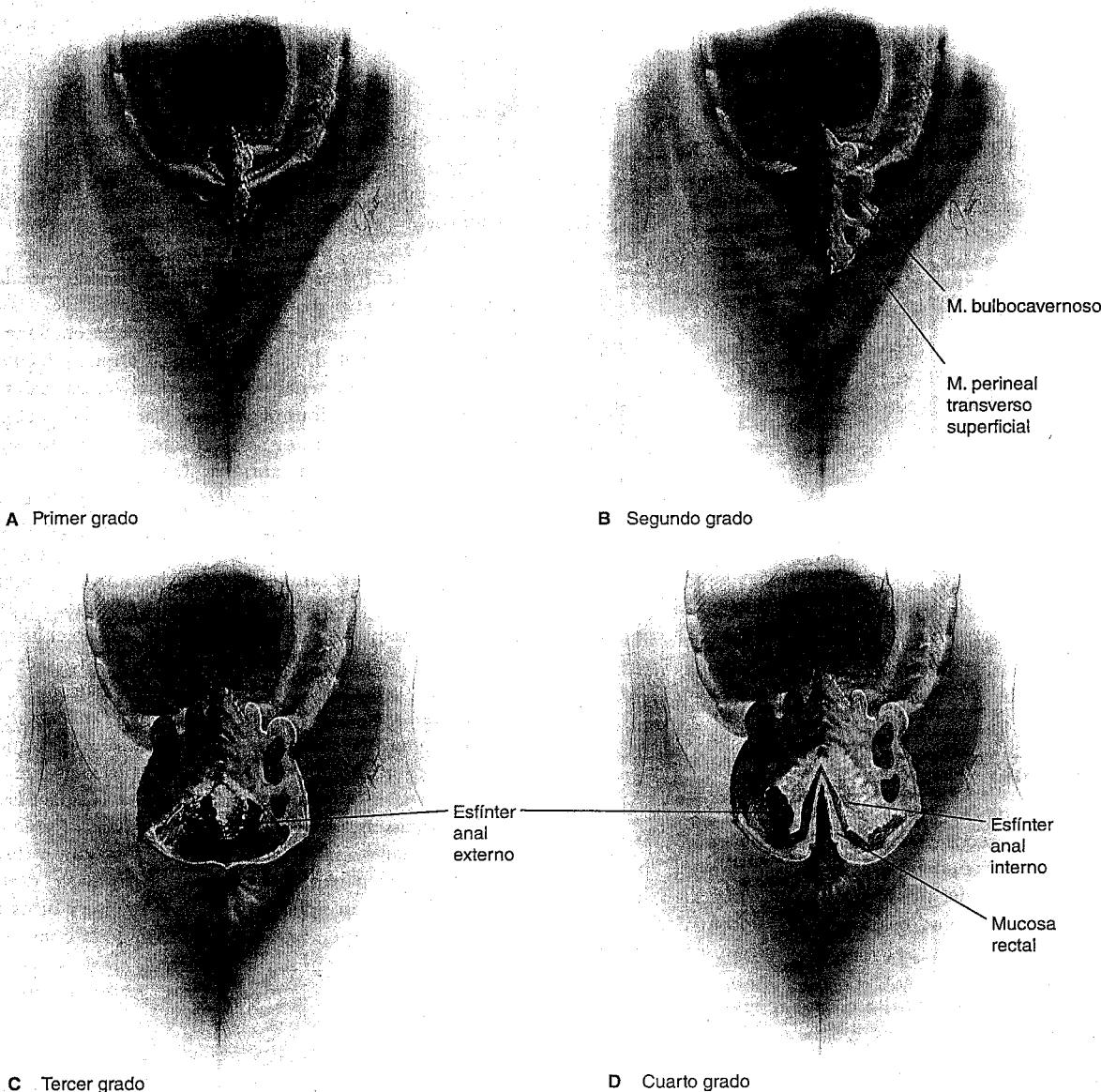


FIGURA 27-15. Clasificación de las laceraciones perineales. **A.** Las laceraciones de primer grado abarcan la horquilla, la piel perineal y la mucosa vaginal, pero no la fascia y el músculo subyacente. Incluyen las laceraciones periuretrales, que sangran de forma abundante. **B.** Las laceraciones de segundo grado abarcan, además, a la fascia y el músculo del cuerpo perineal pero no el esfínter anal. Estas laceraciones se encuentran algunas veces en la línea media, pero a menudo se extienden en sentido superior hacia uno o ambos lados de la vagina, hasta formar un triángulo irregular. **C.** Las laceraciones de tercer grado se extienden más y abarcan el esfínter anal externo. **D.** Las laceraciones de cuarto grado se extienden por completo a través de la mucosa rectal y exponen su luz, por lo que comprenden la laceración de los esfínteres anales externo e interno. (Con autorización de los doctores Shayzreen Roshanravan y Marlene Corton).

varía de 0.25 a 6% (Garrett, 2014; Groutz, 2011; Melamed, 2013; Stock, 2013). Algunos factores de riesgo para estas laceraciones más complejas son episiotomía en la línea media, nuliparidad, segunda fase de trabajo de parto prolongada, parto precipitado, posición occipitoposterior persistente, parto vaginal quirúrgico, raza asiática y mayor peso del feto al nacer (Landy, 2011; Melamed, 2013). Se ha encontrado que la analgesia epidural es protectora (Jango, 2014).

La morbilidad se eleva conforme aumenta la gravedad de la laceración. Stock et al. (2013) indicaron que cerca de 7% de 909 laceraciones de alto grado tuvo complicaciones. Williams y

Chames (2006) encontraron que el factor predictivo más poderoso de dehiscencia de la herida es la episiotomía media lateral. Goldaber et al. (1993) informaron que 21 de 390 o 5.4% de las mujeres con laceraciones de cuarto grado padecieron una morbilidad considerable. Hubo 1.8% de dehiscencias, 2.8% de infecciones con dehiscencia y 0.8% de infecciones aisladas.

La reparación de las laceraciones perineales es casi igual a la de las episiotomías, aunque en ocasiones menos satisfactoria por las irregularidades de la laceración. En consecuencia, la técnica para reparar estas laceraciones se describe con la reparación de la episiotomía.

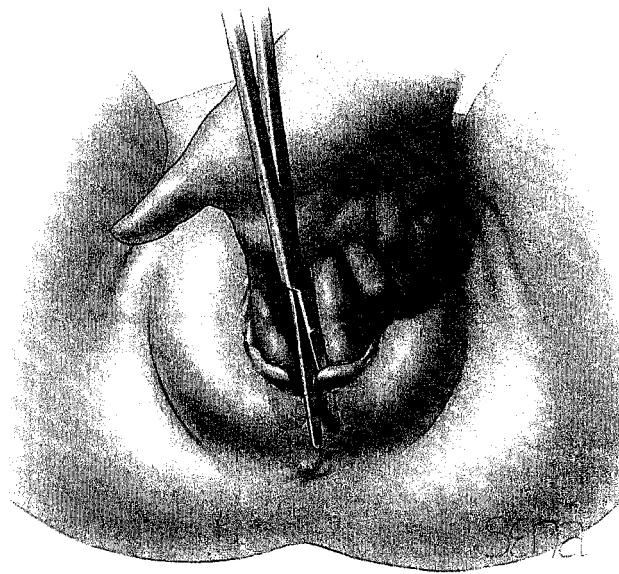


FIGURA 27-16. Episiotomía media. Se introducen dos dedos entre el perineo y la cabeza fetal y la episiotomía se secciona en dirección vertical hacia abajo.

Episiotomía

La palabra episiotomía se deriva del griego *episton* (región pélvica) y *tomé* (cortar). En sentido estricto, la episiotomía es la incisión de las partes pudendas (genitales externos). La perineotomía es la incisión del perineo. Sin embargo, en el lenguaje común se emplea a menudo el término episiotomía como sinónimo de la perineotomía, práctica que realizan los autores. La incisión se puede efectuar en la línea media, tras crear una episiotomía media (fig. 27-16) o bien puede empezar en la línea media y luego dirigirse en sentido lateral y hacia abajo alejándose del recto, la denominada episiotomía media lateral.

Indicaciones y consecuencias de la episiotomía

A pesar de que la episiotomía es todavía un procedimiento obstétrico frecuente, ha disminuido de forma considerable en los últimos 30 años. Oliphant et al. (2010) utilizaron el *National Hospital Discharge Survey* para analizar la frecuencia de las episiotomías practicadas entre 1979 y 2006 en Estados Unidos. Estos especialistas observaron un descenso de 75% del índice ajustado para la edad de episiotomías. No obstante, en el decenio de 1970 era una práctica común efectuar una episiotomía en casi todas las mujeres que tenían su primer parto. Una de las razones de su aceptación era sustituir una laceración por una incisión quirúrgica recta, más fácil de reparar. Pese a ello, la creencia mantenida durante mucho tiempo de que el dolor posoperatorio es menor y que la cicatrización es mejor con la episiotomía respecto de la laceración ha sido infundada (Larsen, 1991).

Otro beneficio de la episiotomía sistemática que se menciona con frecuencia, pero que no se ha comprobado, es que previene las alteraciones del piso pélvico. Sin embargo, en diversos estudios observacionales y en estudios clínicos aleatorizados se ha

demostrado que la episiotomía sistemática *aumenta* la frecuencia de laceraciones del esfínter anal y el recto (Angioli, 2000; Nager, 2001; Rodriguez, 2008).

Carroli y Mignini (2009) revisaron el registro de los estudios clínicos *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group* y hallaron un menor índice de traumatismo perineal posterior, reparación quirúrgica y complicaciones de la cicatrización cuando la episiotomía se empleó de manera restringida. Por el contrario, la frecuencia de traumatismo perineal anterior fue menor en el grupo sometido a episiotomías sistemáticas.

Estos resultados hicieron posible comprender que la episiotomía no protege al perineo sino que contribuye a la incontinencia del esfínter anal y eleva el riesgo de laceraciones de alto grado. Signorello et al. (2000) publicaron que la incontinencia fecal y flatulenta aumenta de cuatro a seis veces en las mujeres sometidas a una episiotomía, en comparación con el grupo de mujeres que parió con un perineo íntegro. Incluso frente a las laceraciones espontáneas, el riesgo de incontinencia fecal es tres veces mayor con la episiotomía y el de incontinencia de flatulencias dos veces mayor. La episiotomía sin extensión no redujo el riesgo. Pese a la reparación de una extensión de tercer grado, entre 30 y 40% de las mujeres padece incontinencia anal a largo plazo (Gjessing, 1998; Poen, 1998). Por último, Alperin et al. (2008) señalaron que la episiotomía realizada en el primer parto confiere un riesgo cinco veces mayor de sufrir laceración de segundo grado o mayor durante el segundo parto.

El *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2013a) concluyó que conviene más limitar la episiotomía que practicarla en forma sistemática. Los autores sostienen que este procedimiento se debe realizar en forma selectiva para las indicaciones adecuadas. Por consiguiente, la episiotomía se debe considerar cuando existe alguna indicación, como distocia de hombros, parto pélvico, feto macrosómico, parto vaginal quirúrgico, posición occipitoposterior persistente y otros casos en los que la ausencia de una episiotomía tendría como resultado una rotura perineal significativa. La regla final es que no existe sustituto para el criterio quirúrgico y el sentido común.

Tipo de episiotomía e indicación

Antes de la episiotomía se debe asegurar algún tipo de analgesia, ya sea la analgesia epidural previa para el trabajo de parto, un bloqueo bilateral del nervio pudendo o la infiltración de xilocaína al 1%. Cuando se lleva a cabo demasiado pronto, muchas veces se produce una hemorragia considerable durante el intervalo entre la incisión y el parto. Si se efectúa demasiado tarde no se impiden las laceraciones. La episiotomía se debe realizar cuando la cabeza es visible durante una contracción hasta un diámetro aproximado de 4 cm, esto es, durante el coronamiento. Cuando se combina con un fórceps, la mayoría practica la incisión después de aplicar las ramas (cap. 29, pág. 580).

Técnica

Para la episiotomía media, los dedos se introducen entre la cabeza coronada y el perineo. La tijera se coloca a las 6:00 del reloj en el introito vaginal y se dirige hacia atrás (fig. 27-16). La longitud de la incisión varía de 2 a 3 cm, según sean la longitud del perineo y el grado de adelgazamiento del tejido. La incisión depende de las necesidades de cada parto, pero debe terminar antes de llegar al esfínter anal externo. En la episiotomía mediolateral, la tijera se dirige hacia las 7:00 o 5:00 del reloj y la inci-

CUADRO 27-2. Episiotomía media respecto de la mediolateral

Característica	Media	Mediolateral
Reparación quirúrgica	Sencilla	Más difícil
Cicatrización defectuosa	Rara	Más frecuente
Dolor posoperatorio	Mínimo	Frecuente
Resultados anatómicos	Excelentes	En ocasiones defectuosa
Hemorragia	Menor	Mayor
Dispareunia	Rara	Poco frecuente
Extensión	Frecuente	Poco frecuente

sión se extiende unos 3 o 4 cm hacia la tuberosidad isquiática ipsolateral.

En el cuadro 27-2 se resumen las diferencias entre ambos tipos de episiotomías. Con excepción de los problemas que representa la extensión a lesiones de tercer o cuarto grado, la episiotomía media es mejor. Anthony et al. (1994) presentaron la información de la *Dutch National Obstetric Database* de más de 43 000 partos y encontraron una reducción cuatro veces menor de laceraciones perineales graves después de una episiotomía media lateral frente al índice después de una incisión en la línea media. La selección adecuada de los casos reduce esta única desventaja. Por ejemplo, si se necesita una episiotomía durante un parto vaginal quirúrgico, en varios estudios se ha

publicado que la episiotomía media lateral ofrece mayor protección contra una laceración perineal de alto grado (de Leeuw, 2008; de Vogel, 2012; Hirsch, 2008).

Reparación de la episiotomía o laceración perineal

Por lo general, la reparación de la episiotomía se difiere hasta después de la expulsión de la placenta. Esta conducta posibilita concentrarse de manera exclusiva en los signos de separación y alumbramiento placentario. Otra ventaja es que la reparación de la episiotomía no se interrumpe ni altera por la necesidad evidente de recibir la placenta, en especial cuando la extracción manual alteraría una episiotomía recién reparada. La mayor desventaja es la hemorragia continua hasta concluir la reparación. No obstante, la aplicación de presión directa con una gasa limita el sangrado.

Para una reparación adecuada es necesario conocer el soporte y la anatomía del perineo, lo cual se describe en la página 21. También es fundamental contar con una analgesia apropiada y Sanders et al. (2002) subrayaron que las mujeres sin anestesia regional sufren dolor intenso durante la sutura del perineo. De nueva cuenta, se puede utilizar lidocaína local sola o combinada con un bloqueo bilateral de los nervios pudendos. En las pacientes con analgesia epidural muchas veces es necesario administrar dosis adicionales.

Existen varios métodos para reparar la episiotomía, pero son fundamentales la hemostasia y el restablecimiento anatómico sin suturas excesivas. En la figura 27-17 se muestra una técnica que se utiliza con frecuencia para reparar la episiotomía de la

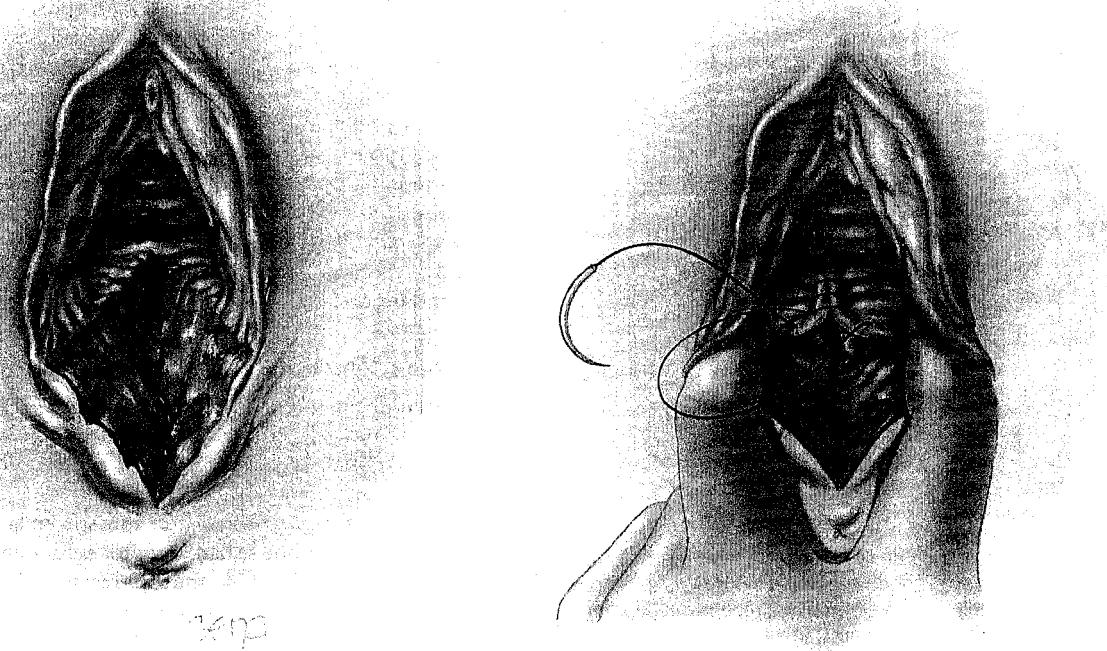


FIGURA 27-17. Reparación de la episiotomía media. **A.** Se observa una laceración del himen y los músculos bulbocavernoso y perineal transverso superficial con la incisión de episiotomía con forma de diamante. **B.** Se coloca un punto de fijación sobre el vértice de la herida para empezar a cerrar en forma continua. Se utiliza material absorbible 2-0 o 3-0 para el cierre continuo de la mucosa vaginal y de la submucosa con puntos anclados. (*continúa*)

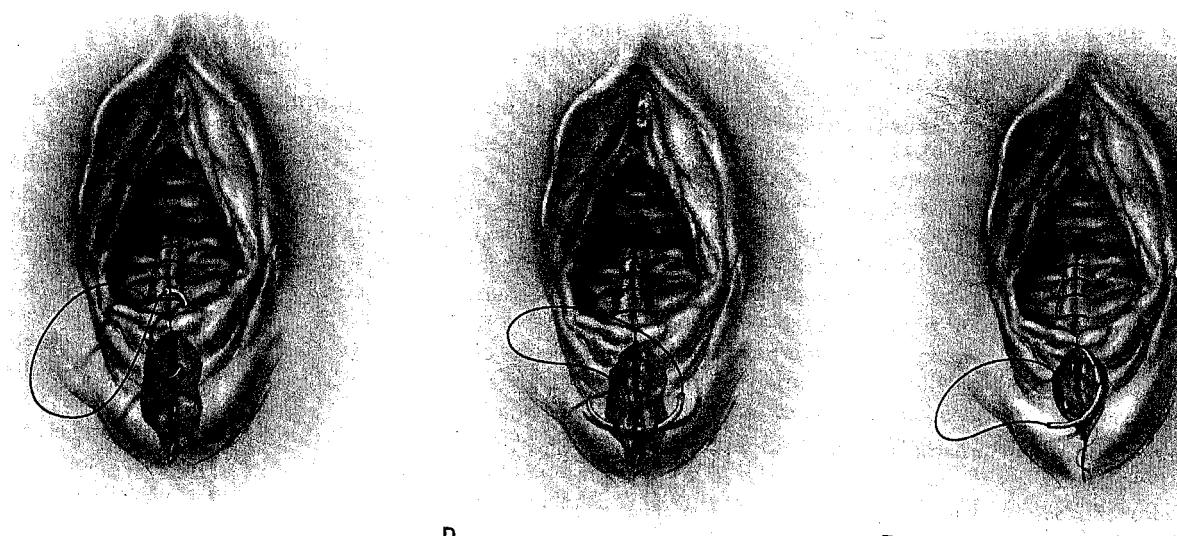


FIGURA 27-17 (continuación). **C.** Después de cerrar la incisión vaginal y aproximar los márgenes seccionados del himen, la aguja y el material de sutura se colocan cerca de la incisión perineal. **D.** Se aplican puntos continuos con material absorbible de 2-0 o 3-0 para cerrar la fascia y los músculos del perineo. De esta manera se favorece el restablecimiento del cuerpo perineal y proporciona soporte a largo plazo. **E.** La sutura continua se lleva hacia arriba en forma de sutura subcutánea. El nudo final se amarra en posición proximal al himen.

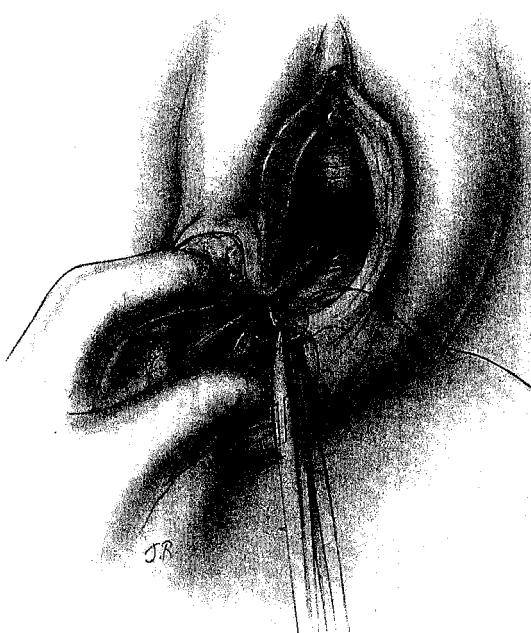


FIGURA 27-18. Reparación de la episiotomía media lateral. Se muestra la mucosa vaginal ya cerrada con material absorbible 2-0 con puntos de surgete anclado de manera similar al que se utiliza para reparar la episiotomía media. Como se muestra, la reaproximación perineal empieza al reunir los músculos bulbocavernoso y transverso perineal. Esto ayuda al soporte del cuerpo perineal. Distal a estos músculos, la grasa de la fosa isquiorrectal se incorpora en la misma sutura. Algunas veces es necesario colocar puntos encima para cerrar el espacio muerto. La piel se cierra con puntos subcutáneos al igual que la episiotomía media.

línea media. En varios estudios se observó que la intensidad del dolor posoperatorio es similar al aplicar puntos continuos o separados (Kindberg, 2008; Valenzuela, 2009). En otros se ha referido que el dolor es menor con el surgete continuo (Kettle, 2012). Además, éste es más rápido y se utiliza menos material. Mornar y Perlow (2008) demostraron que se pueden usar agujas romas que reducen la frecuencia de lesiones por punción. El material de sutura más utilizado es el catgut crómico 2-0. También se emplean a menudo derivados del ácido poliglicólico. La ventaja principal de los materiales sintéticos es el menor dolor posquirúrgico. Sin embargo, el cierre con estos materiales algunas veces obliga a retirar los puntos por dolor o por dispareunia. Según Kettle et al. (2002), esta ventaja disminuye si se utiliza poliglactina 910 de absorción rápida (Vicryl Rapide).

La reparación de la episiotomía mediolateral es similar a la de la episiotomía media. Esta técnica se muestra en la figura 27-18.

Reparación de una laceración de cuarto grado

Existen dos métodos para reparar una laceración que abarca el esfínter anal y la mucosa rectal. El primero es la técnica término-terminal, la preferida de los autores, y la segunda es la técnica superpuesta.

La técnica término-terminal se muestra en la figura 27-19. En todas las técnicas que se han descrito, es fundamental aproximar los bordes lacerados de la mucosa rectal con puntos colocados en la capa muscular del recto a una distancia de 0.5 cm. Una buena opción es el catgut crómico 2-0 o 3-0. A continuación se cubre la capa muscular y se aproxima el esfínter anal interno. Por último, se aislan los extremos seccionados del esfínter anal externo, se aproximan y se suturan en forma término-terminal con tres o cuatro puntos separados. El resto de la reparación es igual respecto de la episiotomía media.

La técnica *superpuesta* es otra opción para aproximar el esfínter anal externo. La información proveniente de estudios clínicos comparativos y aleatorizados no sustenta la superioridad de este método en cuanto a resultados anatómicos o funcionales frente a los que se obtienen con el método término-terminal regular (Farrell, 2012; Fitzpatrick, 2000).

Los autores, como muchos otros, recomiendan administrar profilaxis perquirúrgica con antimicrobianos para reducir la morbilidad por infecciones vinculada con la reparación de las lesiones perineales de alto grado (Goldaber, 1993; Stock, 2013). Basta con una sola dosis de una cefalosporina de segunda generación o clindamicina para las mujeres alérgicas a la penicilina. Si bien esta profilaxis tiene apoyo basado en evidencias, el *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2011) concluyó que tal práctica no se ha estudiado de manera extensa (Duggal, 2008; Stock, 2013). Durante el posoperatorio es importante prescribir algún ablandador de heces fecales durante una semana y evitar las enemas y supositorios.

Infortunadamente, no siempre es posible garantizar una función normal, incluso después de una reparación quirúrgica correcta y completa. En algunas mujeres, la incontinencia fecal persiste por lesión nerviosa de los músculos del piso pélvico (Roberts, 1990).

Dolor después de la episiotomía

El bloqueo de los nervios pudendos ayuda a aliviar el dolor perineal posoperatorio (Aissaoui, 2008). Asimismo, la aplicación local de hielo ayuda a reducir la inflamación y la molestia. La aplicación tópica de pomada de lidocaína al 5% no fue efectiva para aliviar el dolor de la episiotomía o la laceración perineal en un estudio clínico aleatorizado (Minassian, 2002). Los analgésicos como la codeína ofrecieron buen alivio. A veces, el dolor es signo de un hematoma grande vulvar, paravaginal o en la fosa isquiorrectal o bien de celulitis perineal, por lo que estos sitios se deben examinar si hay dolor persistente o intenso. El tratamiento de estas complicaciones se describe en las páginas 689 y 790. Además de dolor, la recuperación de la episiotomía se complica en ocasiones con retención urinaria (Mulder, 2012). Su tratamiento se describe en la página 676.

En las pacientes que han sufrido laceraciones de segundo grado o mayor, se recomienda evitar el coito hasta después de la primera consulta puerperal a las cuatro o seis semanas. Signorello et al. (2001) realizaron encuestas a 615 mujeres seis meses después del parto y encontraron que las que habían parido con un perineo íntegro manifestaron una mejor función sexual respecto de las que habían sufrido algún traumatismo perineal. En

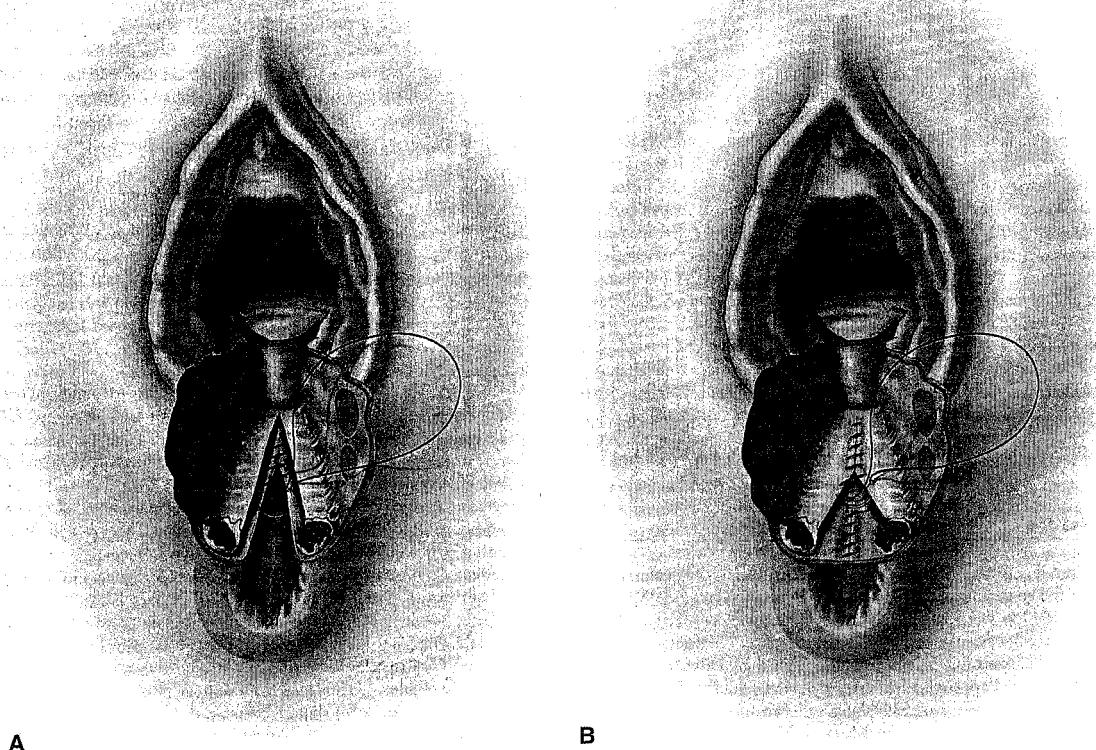


FIGURA 27-19. Reparación en capas de una laceración perineal de cuarto grado. **A.** Aproximación de la mucosa anorrectal y la submucosa con surgete continuo con puntos separados con material absorbible fino como crómico o Vicryl de 3-0 o 4-0. Durante la sutura se identifica la extensión superior de la laceración anal anterior y los puntos se colocan a través de la submucosa de la región anorrectal aproximadamente a 0.5 cm hasta el margen anal. **B.** Se coloca una segunda capa a través de la muscular rectal con Vicryl 3-0 en surgete continuo o puntos separados. Esta "capa reforzadora" debe incorporar los extremos rotos del esfínter interno, que se identifica como el engrosamiento de la capa muscular lisa circular en los 2 a 3 cm distales del conducto anal. Se observa como una estructura fibrosa de color blanco brillante entre la submucosa del conducto anal y las fibras del esfínter externo (EAS). En muchos casos, el esfínter interno se retrae hacia un lado y se debe buscar y extraer para repararlo. (*continúa*)

C

D

E

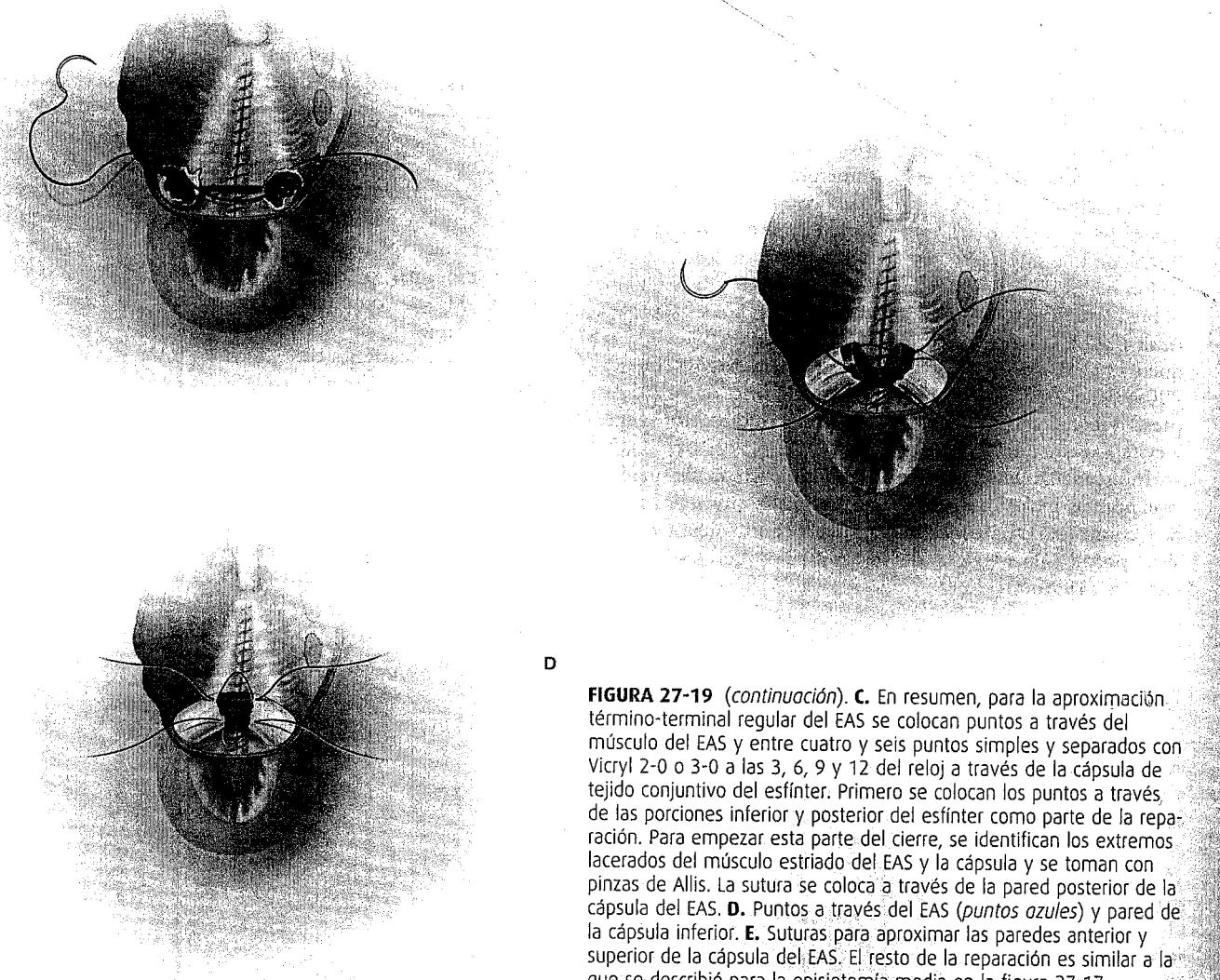
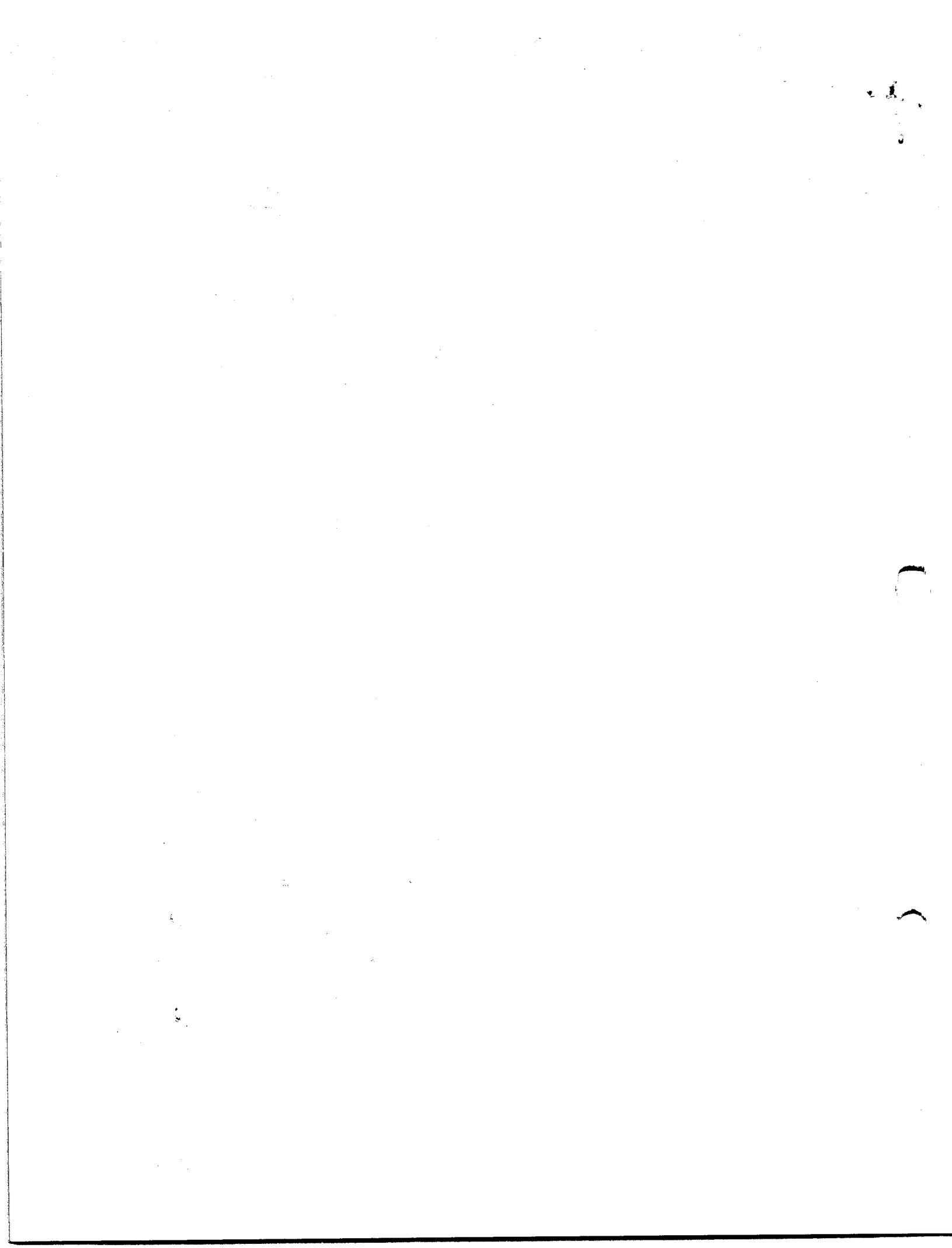


FIGURA 27-19 (continuación). C. En resumen, para la aproximación término-terminal regular del EAS se colocan puntos a través del músculo del EAS y entre cuatro y seis puntos simples y separados con Vicryl 2-0 o 3-0 a las 3, 6, 9 y 12 del reloj a través de la cápsula de tejido conjuntivo del esfínter. Primero se colocan los puntos a través de las porciones inferior y posterior del esfínter como parte de la reparación. Para empezar esta parte del cierre, se identifican los extremos lacerados del músculo estriado del EAS y la cápsula y se toman con pinzas de Allis. La sutura se coloca a través de la pared posterior de la cápsula del EAS. **D.** Puntos a través del EAS (puntos azules) y pared de la cápsula inferior. **E.** Suturas para aproximar las paredes anterior y superior de la cápsula del EAS. El resto de la reparación es similar a la que se describió para la episiotomía media en la figura 27-17.

un seguimiento de 2 490 mujeres, Rådestad et al. (2008) identificaron en las mujeres una reanudación tardía del coito de tres a seis meses, pero no de un año, con y sin traumatismo perineal.

BIBLIOGRAFÍA

- Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, et al: Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev 12:CD006672, 2011
- Abalos E: Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes: RHL commentary. World Health Organization. 2009. Available at: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/3rd_stage/cd004074_abalose_com/en/ Accessed April 25, 2013
- Abdel-Aleem H, Singata M, Abdel-Aleem M, et al: Uterine massage to reduce postpartum hemorrhage after vaginal delivery. Int J Gynaecol Obstet 111(1):32, 2010
- Aeby A, Johansson AB, De Schuiteneer B, Blum D: Methylergometrine poisoning in children: review of 34 cases. J Toxicol Clin Toxicol 41(3):249, 2003
- Aïssaoui Y, Bruyère R, Mustapha H, et al: A randomized controlled trial of pudendal nerve block for pain relief after episiotomy. Anesth Analg 107:625, 2008
- Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N, et al: Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. Lancet 366:385, 2005
- Alperin M, Krohn MA, Parviaainen K: Episiotomy and increase in the risk of obstetric laceration in a subsequent vaginal delivery. Obstet Gynecol 111:1274, 2008
- American Academy of Pediatrics: Timing of umbilical cord clamping after birth. Pediatrics 131(4):e1323, 2013
- American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists: Guidelines for Perinatal Care, 7th ed. Washington, AAP and ACOG, 2012, p 195
- American College of Obstetricians and Gynecologists: Guidelines for Women's Health Care, 3rd ed. Washington, 2007, p 243
- American College of Obstetricians and Gynecologists: Prophylactic antibiotics in labor and delivery. Practice Bulletin No. 120, June 2011
- American College of Obstetricians and Gynecologists: Documenting shoulder dystocia. Patient Safety Checklist No. 6, August 2012a
- American College of Obstetricians and Gynecologists: Shoulder dystocia. Practice Bulletin No. 40, November 2002, Reaffirmed 2012b
- American College of Obstetricians and Gynecologists: Timing of umbilical cord clamping after birth. Committee Opinion No. 543, December 2012c
- American College of Obstetricians and Gynecologists: Episiotomy. Practice Bulletin No. 71, April 2006, Reaffirmed 2013a
- American College of Obstetricians and Gynecologists: Management of delivery of a newborn with meconium-stained amniotic fluid. Committee Opinion No. 379, September 2007, Reaffirmed 2013b
- American Regent: Methylergonovine maleate injection, USP. 2012a. Healthcare Professional Correspondence. Available at: <http://www.americanregent.com/documents/news/6tuNxatD2c=.pdf>. Accessed April 29, 2013



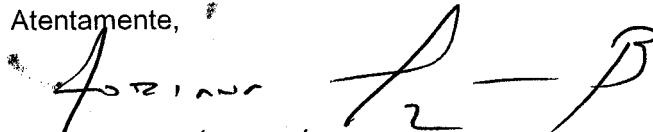
Señores:
JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO
BARRANQUILLA – ATLÁNTICO
E. S. D.

Referencia: Proceso: VERBAL
Demandante: YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS Y OTROS
Demandado: NUEVA EPS S.A. Y OTRO
Expediente: 2019-00165
PJ- 2444

ADRIANA JIMÉNEZ BÁEZ, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Bogotá D.C., identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de Nueva Empresa Promotora de Salud - NUEVA EPS S.A. con NIT 900.156.264 – 2 y con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, tal como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por Cámara de Comercio que se anexa con este poder, con el presente escrito confiero poder especial, amplio y suficiente al Doctor ALBERTO GARCÍA CIFUENTES, mayor de edad y vecino de la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía No. 7.161.380 de Tunja, abogado en ejercicio y portador de la tarjeta profesional No. 72.989 del CSJ, para que en nombre y representación de la Nueva Empresa Promotora de Salud S.A. - NUEVA EPS S.A., asuma la defensa judicial dentro del proceso de la referencia.

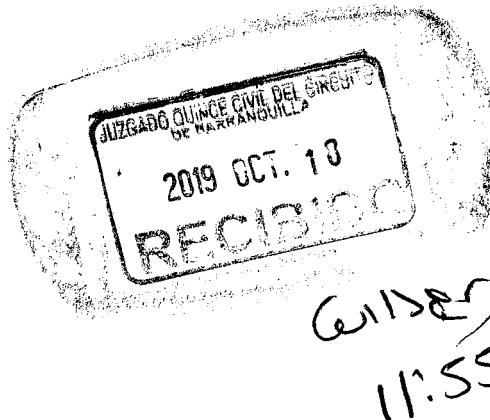
Mi apoderado queda facultado para notificarse, interponer recursos, conciliar, transigir, recibir, desistir, sustituir y reasumir el presente poder y general con todas las facultades que la Ley reconoce para actuar a favor de los legítimos intereses de mi representada.

Atentamente,


ADRIANA JIMÉNEZ BÁEZ
C.C. No. 35.514.705 de Bogotá
Representante Legal Suplente

Acepto el poder conferido,


ALBERTO GARCÍA CIFUENTES
C.C No. 7.161.380 de Tunja
T.P No. 72.989 del CSJ



S. Sierra



DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN Y RECONOCIMIENTO

NOTARIA SETENTA Y TRES DEL CIRCULO DE BOGOTÁ

LA NOTARIA 73 DE BOGOTÁ HACE CONSTAR QUE EL PRESENTE DOCUMENTO FUE PRESENTADO PERSONALMENTE POR JIMENEZ BAEZ ADRIANA, QUIEN EXHIBIÓ LA C.C. 35.514.705 Y TARJETA No. ***** C.S.J. Y DECLARÓ QUE LA FIRMA Y HUELLA QUE APARECEN EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON SUYAS Y QUE EL CONTENIDO DEL MISMO ES CIERTO.

viernes, 20 de septiembre de 2019
BOGOTÁ D.C.



for...rr

L-B

131



Cámara de Comercio de Bogotá

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: A19930144C64B3

27 de septiembre de 2019 Hora 17:39:20

AA19930144

Página: 1 de 11

* * * * *

Este certificado fue generado electrónicamente y cuenta con un código de verificación que le permite ser validado solo una vez, ingresando a www.ccb.org.co

Recuerde que este certificado lo puede adquirir desde su casa u oficina de forma fácil, rápida y segura en www.ccb.org.co

Para su seguridad debe verificar la validez y autenticidad de este certificado sin costo alguno de forma fácil, rápida y segura en www.ccb.org.co/certificadoselectronicos/

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O
INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

La Cámara de Comercio de Bogotá, con fundamento en las matrículas e inscripciones del registro mercantil.

CERTIFICA:

Nombre : NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

Sigla : NUEVA EPS S.A.

N.I.T. : 900156264-2

Domicilio : Bogotá D.C.

CERTIFICA:

Matrícula No: 01708546 del 31 de mayo de 2007

CERTIFICA:

Renovación de la matrícula: 28 de marzo de 2019

Último Año Renovado: 2019

Activo Total: \$ 2,114,827,954,110

Tamaño Empresa: Grande

CERTIFICA:

Dirección de Notificación Judicial: CRA 85K NO. 46A-66 PISO 2 Y 3

Municipio: Bogotá D.C.

Email de Notificación Judicial: secretaria.general@nuevaeps.com.co

Dirección Comercial: CRA 85K No. 46A-66 PISO 2 Y 3

Municipio: Bogotá D.C.

Email Comercial: tributaria@nuevaeps.com.co

CERTIFICA:

Agencia: Bogotá (10), Ubaté, Zipaquirá, Fusagasugá.

CERTIFICA:

Constitución: Que por Escritura Pública no. 0000753 de Notaría 30 De Bogotá D.C. del 22 de marzo de 2007, inscrita el 31 de mayo de 2007 bajo el número 01134885 del libro IX, se constituyó la sociedad comercial denominada NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A..

CERTIFICA:

Que por Acta No. 15 de la Junta Directiva, del 11 de julio de 2008, inscrita el 29 de agosto de 2008 bajo el número 168197 del libro VI, la sociedad de la referencia decretó la apertura de una sucursal en la ciudad de: Bogotá.

CERTIFICA:

Que por Acta No. 15 de la Junta Directiva, del 28 de julio de 2008, inscrita el 21 de octubre de 2008 bajo el número 170780 del libro VI, la sociedad de la referencia decretó la apertura de una sucursal en la ciudad de: Bogotá (regional centro oriente).

CERTIFICA:

Reformas:

Documento No.	Fecha	Origen	Fecha	No. Insc.
0000051	2008/01/15	Notaría 30	2008/01/17	01184257
0001091	2008/04/29	Notaría 25	2008/05/02	01210787
0001018	2008/06/23	Notaría 46	2008/06/25	01223911
0001436	2008/08/22	Notaría 46	2008/08/28	01238351
513	2009/03/31	Notaría 46	2009/04/02	01287413
263	2010/02/25	Notaría 65	2010/03/18	01369559
00555	2010/04/22	Notaría 65	2010/04/23	01378109
187	2013/01/22	Notaría 73	2013/02/18	01706926
1224	2015/06/26	Notaría 65	2015/08/28	02014604
02208	2015/11/13	Notaría 65	2015/11/30	02040589
3145	2016/11/04	Notaría 69	2016/11/22	02159274
2473	2017/09/18	Notaría 69	2017/09/20	02260842

CERTIFICA:

Vigencia: Que la sociedad no se halla disuelta. Duración hasta el 22 de marzo de 2057.

CERTIFICA:

Objeto Social: La sociedad tendrá como objeto social la realización de las actividades propias de una entidad promotora de salud y, como tal, podrá, realizar, entre otras, las siguientes actividades: A. Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al sistema general de seguridad social en salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado,



Cámara de Comercio de Bogotá

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: A19930144C64B3

27 de septiembre de 2019 Hora 17:39:20

AA19930144

Página: 2 de 11

* * * * *

garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al fondo de solidaridad y garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios. B. Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el sistema. Movilizar los recursos para el funcionamiento del sistema de seguridad social en salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del fondo de solidaridad y garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato. D. Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el plan obligatorio de salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las unidades de pago por capitación correspondientes. Con este propósito gestionará y coordinará la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con instituciones prestadoras y con profesionales de la salud; implementará sistemas de control de costos; informará y educará a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerá procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud. E. Organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos profesionales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia. F. Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al plan obligatorio de salud. En desarrollo de su objeto social la sociedad podrá: (1) Abrir sucursales, agencias o establecimientos de comercio dentro y fuera del país. (2) Participar con personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras, de derecho público o privado, en Colombia y en el exterior en la constitución de sociedades, asociaciones, corporaciones o fundaciones que tengan un objeto igual, similar, conexo, complementario, necesario o útil para desarrollo del objeto social de la sociedad. (3) Adquirir participaciones sociales o derechos en sociedades, asociaciones, corporaciones ya existentes, o formar parte de fundaciones previamente constituidas, que tengan un objeto igual, similar, conexo, complementario, necesario o útil para el desarrollo del objeto social de la sociedad. (4) Enajenar participaciones sociales o derechos en personas jurídicas en las que tenga participación. (5) Ser accionista de sociedades por acciones simplificadas, desde su constitución o con posterioridad, que tengan un objeto igual, similar, conexo, complementario, necesario o útil para el desarrollo del objeto social

de la sociedad; conformar o asumir cualquier forma asociativa o de colaboración empresarial con personas naturales o jurídicas para adelantar, actividades relacionadas con el objeto social, así como las conexas o complementarias. (6) Adquirir, enajenar, gravar, administrar, recibir o dar en arrendamiento o a cualquier, otro título toda clase de bienes muebles o inmuebles, corporales o incorporales. (7) Celebrar con establecimientos de crédito, entidades financieras; con compañías aseguradoras y con otras entidades nacionales sometidas a vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, o extranjeras sujetas a supervisión estatal análoga en su respectivo domicilio, toda clase de operaciones propias de su objeto, dando o recibiendo las garantías del caso, cuando haya lugar a ellas. (8) Girar, aceptar, endosar, asegurar, cobrar y negociar títulos valores y cualquier otra clase de créditos. (9) Transigir, desistir y apelar las decisiones de jueces, árbitros o de amigables componedores en las cuestiones en que tenga interés. (10) Participar en licitaciones públicas, privadas, concursos e invitaciones cuyo objeto sea contratar bienes o servicios relacionados con su objeto social. (11) Importar y distribuir con destino exclusivo a los afiliados de la NUEVA EPS, medicamentos huérfanos, vitales no disponibles o de producción exclusiva que no se comercializan en el mercado colombiano. (12) Celebrar, en Colombia o en el exterior, toda clase de acuerdos, convenios, contratos y negocios jurídicos típicos o atípicos, en tanto correspondan o tengan relación con el desarrollo del objeto social o las funciones que le fueron asignadas a la sociedad, o con el desarrollo de operaciones subsidiarias o complementarias de aquellas, y en general, todos los actos y contratos preparatorios, complementarios, accesorios o que se deriven de todos los anteriores, los que se relacionan con la existencia, defensa y funcionamiento de la sociedad.

CERTIFICA:

Actividad Principal:

8430 (Actividades De Planes De Seguridad Social De Afiliación Obligatoria)

Actividad Secundaria:

6521 (Servicios De Seguros Sociales De Salud)

Otras Actividades:

8699 (Otras Actividades De Atención De La Salud Humana)

CERTIFICA:

Capital:

** Capital Autorizado **

Valor : \$345,000,000,000.00
No. de acciones : 15,000,000.00
Valor nominal : \$23,000.00

** Capital Suscrito **

Valor : \$295,059,709,000.00
No. de acciones : 12,828,683.00
Valor nominal : \$23,000.00

** Capital Pagado **

Valor : \$295,059,709,000.00

133



Cámara de Comercio de Bogotá

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: A19930144C64B3

27 de septiembre de 2019 Hora 17:39:20

AA19930144

Página: 3 de 11

* * * * *

No. de acciones : 12,828,683.00
 Valor nominal : \$23,000.00

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0014 del 11 de enero de 2017, inscrito el 25 de enero de 2017 bajo el No. 00158414 del libro VIII, el Juzgado Noveno Civil del circuito de Oralidad Santiago de Cali-Valle, comunicó que en el proceso verbal responsabilidad civil extracontractual, de: Luz Hermilia Mondragón Sandoval, Fanny Rubiela Mondragón Sandoval Y Leidy Johanna Mondragón Sandoval, contra: NUEVA EPS S.A., y PROVIDA FARMACEUTICA S.A.S., se decretó la inscripción de la demanda civil sobre la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

** Junta Directiva: Principal (es) **

Que por Acta no. 26 de Asamblea de Accionistas del 22 de marzo de 2019, inscrita el 7 de mayo de 2019 bajo el número 02462957 del libro IX, fue (ron) nombrado (s):

Nombre	Identificación
PRIMER RENGLON	
VARGAS LLERAS ENRIQUE	C.C. 00000000193431
SEGUNDO RENGLON	
ESTRADA NIETO CARLOS HUGO	C.C. 000000003295716
TERCER RENGLON	
GNECCO IGLESIAS NELSON RAFAEL	C.C. 000000017063701
CUARTO RENGLON	
URRUTIA JALILIE FARUK	C.C. 000000079690804
QUINTO RENGLON	
MUÑOZ CALDERON BEATRIZ EMILIA	C.C. 000000039792606

** Junta Directiva: Suplente (s) **

Que por Acta no. 26 de Asamblea de Accionistas del 22 de marzo de 2019, inscrita el 7 de mayo de 2019 bajo el número 02462957 del libro IX, fue (ron) nombrado (s):

Nombre	Identificación
PRIMER RENGLON	
GOMEZ ESTRADA MARIO	C.C. 000000010211732
SEGUNDO RENGLON	
ARAUJO CASTRO MARIA CONSUELO	C.C. 000000039786485
TERCER RENGLON	
GOMEZ ARANGO JAIME GILBERTO	C.C. 000000002937063
CUARTO RENGLON	
VELEZ MILLAN ALVARO HERNAN	C.C. 000000006357600
QUINTO RENGLON	

CORTES ARANGO MARIA CRISTINA GLORIA INES C.C. 000000035458394

CERTIFICA:

Representación Legal: La representación legal de la sociedad corresponde al presidente elegido por la junta directiva, por periodos de un año. Serán suplentes del representante legal el secretario general y jurídico y dos vicepresidentes, elegidos por la junta directiva, quien podrá removerlos en cualquier tiempo. Tendrán la representación legal los gerentes de las regionales, quienes la podrán ejercer, dentro de su respectiva regional, y en las oficinas zonales o agencias que pertenezcan a su regional con las restricciones que la junta directiva reglamentara para tal efecto.

CERTIFICA:

** Nombramientos **

Que por Acta no. 31 de Junta Directiva del 30 de octubre de 2009, inscrita el 19 de noviembre de 2009 bajo el número 01341688 del libro IX, fue (ron) nombrado (s):

Nombre	Identificación
PRESIDENTE CARDONA URIBE JOSE FERNANDO	C.C. 000000079267821
Que por Acta no. 160 de Junta Directiva del 25 de julio de 2018, inscrita el 1 de agosto de 2018 bajo el número 02362566 del libro IX, fue (ron) nombrado (s):	
Nombre	Identificación
SECRETARIO GENERAL Y JURIDICO JIMENEZ BAEZ ADRIANA	C.C. 000000035514705
VICEPRESIDENTE DE SALUD VALLEJO GUERRERO DANILO ALEJANDRO	C.C. 000000019374852
Que por Acta no. 117 de Junta Directiva del 14 de abril de 2015, inscrita el 5 de mayo de 2015 bajo el número 01936089 del libro IX, fue (ron) nombrado (s):	
Nombre	Identificación
SUPLENTE DEL PRESIDENTE ISAZA CORREA JUAN CARLOS	C.C. 000000079406809

CERTIFICA:

Facultades del Representante Legal: Son funciones del representante legal de la sociedad: (a) Asistir a las reuniones de la asamblea general de accionistas ordinarias y extraordinarias, con voz pero sin voto; (b) Representar legalmente a la sociedad; c) Celebrar y ejecutar todo acto o contrato que requiera la sociedad y ser el ordenador del gasto de los recursos relacionados con ellos, cuya cuantía no exceda cinco mil salarios mínimos mensuales legales vigentes (5.000 SMMLV) por contrato. Cuando excede en este momento se requerirá la autorización previa de la junta directiva, se exceptúan todos aquellos cuyo objeto sea la prestación de servicios de salud, las inversiones financieras temporales y la compra de medicamentos, aspectos para, los cuales el presidente no tendrá límite de cuantía, pero si la obligación de informarlos a la junta directiva, una vez celebrados; (d) Cumplir y hacer que se cumplan las disposiciones legales, estatutarias y reglamentarias; (e) Manejar los haberes sociales y negocios de la empresa en el ámbito de su competencia; (f) Consultar

134



Cámara de Comercio de Bogotá

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: A19930144C64B3

27 de septiembre de 2019 Hora 17:39:20

AA19930144

Página: 4 de 11

* * * * *

con la junta directiva los asuntos que considere necesario o conveniente, sin perjuicio de la responsabilidad que a él le competa; (g) Contratar y remover los trabajadores de la sociedad que sean de su competencia; (h) Presentar a la junta directiva para su examen y autorización los estados financieros; (i) Presentar a la junta directiva un informe mensual de sus actividades; (j) Convocar a la asamblea general de accionistas a reuniones ordinarias y extraordinarias; (k) Presentar a la asamblea general de accionistas para su aprobación o improbación los estados financieros de cada ejercicio, previo examen y autorización de la junta directiva y (l) Desempeñar las demás funciones que conforme a la ley y a los presentes estatutos le correspondan.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 0350 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 10 de marzo de 2016, inscrita el 19 de mayo de 2016 bajo el No. 00034459 del libro V, compareció José Fernando Cardona Uribe, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.267.821, quien en su condición de representante legal de la NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. NUEVA EPS S.A., por medio de escritura pública confiere poder, poder general; amplio y suficiente para representar a NUEVA EPS S.A. judicial y extrajudicial respecto de los procesos judiciales, administrativos y acciones constitucionales que se presenten en contra de NUEVA EPS S.A., quedando facultado para conciliar, transigir, desistir, recibir, sustituir y reasumir, y para realizar todos los trámites y seguimiento de todos los procesos judiciales, administrativos y acciones constitucionales desde su inicio hasta su culminación, en todos los despachos judiciales de la regional Bogotá, la cual incluye el Distrito Capital de Bogotá y el departamento del Amazonas, en todas las instancias, al Dr. Luis Hernán Soriano Bermúdez, identificado con cédula de ciudadanía 19.457.505 de Bogotá. Se entenderá vigente el presente poder general, en tanto no sea revocado expresamente por el presentante legal de NUEVA EPS S.A.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 1262 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 02 de agosto de 2016 inscrita el 29 de agosto de 2016 bajo el No. 00035372 del libro V, compareció Cardona Uribe José Fernando identificado con cédula de ciudadanía No. 79267821 en su calidad de representante legal por medio de la presente escritura pública, confiere poder general, amplio y suficiente a Adriana Marcela Arias Duran, identificada con cédula de ciudadanía 37.949.739 de Socorro-Santander, con tarjeta profesional 180.099 del Consejo Superior de la Judicatura. Para representar a NUEVA EPS SA judicial y extrajudicial respecto de los procesos judiciales, administrativos y acciones

constitucionales que se presenten en contra de NUEVA EPS SA, quedando facultada para conciliar, transigir, desistir, recibir y para realizar todos los trámites y seguimiento de todos los procesos judiciales, administrativos y acciones constitucionales, desde su inicio hasta su culminación, en los despachos judiciales de Santander del Norte Santander del Sur y Arauca. Y en todas las instancias. Segunda: El presente se entenderá vigente, en tanto no sea revocado expresamente por el representante legal de NUEVA EPS S.A.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 1898 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 30 de septiembre de 2015, inscrita el 25 de enero de 2017 bajo el No. 00036748 del libro V, compareció José Fernando Cardona Uribe identificado con cédula de ciudadanía No. 79.267.821 en condición de representante legal de NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. NUEVA EPS S.A., por medio de la presente escritura pública, confiere poder general, amplio y suficiente para representar a NUEVA EPS S.A. judicial y extrajudicial respecto de los procesos judiciales, administrativos y acciones constitucionales que se presenten en contra de NUEVA EPS S.A., quedando facultado para conciliar, transigir, desistir, recibir, sustituir y reasumir, y para realizar todos los trámites y seguimiento de todos los procesos judiciales, administrativos y acciones constitucionales, desde su inicio hasta su culminación, en todos los despachos judiciales del departamento de Santander excepto Bucaramanga y en todas las instancias, al Dr. Javier Arturo Canal Quijano, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bucaramanga, identificado con cédula ciudadanía No. 79.533.201 de Bogotá. Se entenderá vigente el presente poder general, en tanto no sea revocado expresamente por el representante legal de NUEVA EPS S.A.

CERTIFICA:

** Revisor Fiscal **

Que por Documento Privado no. sin num de Revisor Fiscal del 27 de noviembre de 2018, inscrita el 28 de noviembre de 2018 bajo el número 02399177 del libro IX, fue (ron) nombrado (s):

Nombre	Identificación
REVISOR FISCAL PRINCIPAL GONZALEZ SARMIENTO GLEIDSON MACGYVER	C.C. 000001032357119
REVISOR FISCAL SUPLENTE ROJAS HENAO ALEXANDRA	C.C. 000000067006734
Que por Acta no. 6 de Asamblea de Accionistas del 18 de septiembre de 2009, inscrita el 18 de agosto de 2010 bajo el número 01406723 del libro IX, fue (ron) nombrado (s):	
Nombre	Identificación
REVISOR FISCAL PERSONA JURIDICA KPMG S.A.S.	N.I.T. 000008600008464

CERTIFICA:

Sucursal (es) o agencia (s) matriculadas ante esta jurisdicción:

Nombre de la sucursal: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S A REGIONAL BOGOTA
Matrícula: 01831691
Renovación de la Matrícula: 13 de febrero de 2019



Cámara de Comercio de Bogotá

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: A19930144C64B3

27 de septiembre de 2019 Hora 17:39:20

AA19930144

Página: 5 de 11

* * * * *

Último Año Renovado: 2019

Dirección: CR 85 K 46 A 66 LC 28 P 2

Teléfono: 4193000

Domicilio: Bogotá D.C.

Email: SECRETARIA.GENERAL@NUEVAEPS.COM.CO

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 3831 del 15 de diciembre de 2017, inscrito el 8 de febrero de 2018 bajo el número 00165928, del libro VIII, el Juzgado 2 Civil Municipal de Cartago (Valle del Cauca), comunicó que en el Proceso Ejecutivo de Mayor Cuantía de UCI VALLE SAS, contra NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro No. 00169945 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Pereira (Risaralda), comunicó que en el Proceso Ejecutivo Verbal No. 66001310300320150047700, de: José Edier Ballesteros Herrera en nombre propio y en representación de los menores Simón e Isabella Ballesteros Heredia, Mónica Sofía Guevara Mejía y María Inés Herrera Ramírez contra: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES y LA NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. OECCB-OF-2019-01678 del 18 de marzo de 2019, inscrito el 21 de Marzo de 2019 bajo el registro No. 00174739 del libro VIII, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Ejecución de Sentencias de Bucaramanga (Santander), comunicó que en el Proceso Ejecutivo Singular No. 68001.31.03.003.2014.00154.01, de: UNIDAD CLÍNICA LA MAGDALENA S.A.S. acumulada con MEDICUC I.P.S. acumulada con CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0126 del 28 de febrero de 2019, inscrito el 8 de Agosto de 2019 bajo el registro No. 00178985 del libro VIII, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar (Cesar), comunicó que en el Proceso Verbal Declarativo de Mayor Cuantía No. 2015-0334, de: Yonaide Campo Rodríguez, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de la medida \$752.828.052.

Nombre de la agencia: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A SIGLA NUEVA EPS S A.

Matrícula: 01833016
Renovación de la Matrícula: 4 de febrero de 2019
Último Año Renovado: 2019
Dirección: CR 4 6 41 LC 101
Teléfono: 4193000
Domicilio: Ubaté (Cundinamarca)
Email: SECRETARIA.GENERAL@NUEVAEPS.COM.CO

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 3831 del 15 de diciembre de 2017, inscrito el 8 de febrero de 2018 bajo el número 00165929, del libro VIII, el Juzgado 2 Civil Municipal de Cartago (Valle del Cauca), comunicó que en el Proceso Ejecutivo de Mayor Cuantía de UCI VALLE SAS, contra NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro No. 00169946 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Pereira (Risaralda), comunicó que en el proceso Ejecutivo Verbal No. 66001310300320150047700, de: José Edier Ballesteros Herrera en nombre propio y en representación de los menores Simón e Isabella Ballesteros Heredia, Mónica Sofía Guevara Mejía y María Inés Herrera Ramírez contra: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES y la NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0126 del 28 de febrero de 2019, inscrito el 8 de Agosto de 2019 bajo el registro No. 00178986 del Libro VIII, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar (Cesar), comunicó que en el Proceso Verbal Declarativo de Mayor Cuantía No. 2015-0334, de: Yonaide Campo Rodríguez, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de la medida \$752.828.052.

Nombre de la agencia: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A SIGLA NUEVA EPS S A
Matrícula: 01833021
Renovación de la Matrícula: 28 de enero de 2019
Último Año Renovado: 2019
Dirección: CR 10 13 46
Teléfono: 4193000
Domicilio: Chía (Cundinamarca)
Email: SECRETARIA.GENERAL@NUEVAEPS.COM.CO

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 3831 del 15 de diciembre de 2017, inscrito el 8 de febrero de 2018 bajo el número 00165930, el libro VIII, el Juzgado 2 Civil Municipal de Cartago (Valle del Cauca), comunicó que en el Proceso Ejecutivo de Mayor Cuantía de UCI VALLE SAS, contra NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el Registro No. 00169947 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Pereira (Risaralda), comunicó que en



Cámara de Comercio de Bogotá

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: A19930144C64B3

27 de septiembre de 2019 Hora 17:39:20

AA19930144

Página: 6 de 11

* * * * *

el Proceso Ejecutivo Verbal No. 66001310300320150047700, de: José Edier Ballesteros Herrera en nombre propio y en representación de los menores Simón e Isabella Ballesteros Heredia, Mónica Sofía Guevara Mejía y María Inés Herrera Ramírez contra: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES Y LA NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0126 del 28 de febrero de 2019, inscrito el 8 de Agosto de 2019 bajo el registro No. 00178987 del Libro VIII, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar (Cesar), comunicó que en el Proceso Verbal Declarativo de Mayor Cantidad No. 2015-0334, de: Yonaide Campo Rodríguez, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de la medida \$752.828.052.

Nombre de la agencia: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A SIGLA NUEVA EPS S A,

Matrícula: 01833033

Renovación de la Matrícula: 4 de febrero de 2019

Último Año Renovado: 2019

Dirección: CL 8 NO. 16 11

Teléfono: 6690709

Domicilio: Zipaquirá (Cundinamarca)

Email: SECRETARIA.GENERAL@NUEVAEPS.COM.CO

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 3831 del 15 de diciembre de 2017, inscrito el 8 de febrero de 2018 bajo el número 00165931, del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Pereira (Risaralda), comunicó que en el Proceso Ejecutivo de Mayor Cantidad de UCI VALLE SAS, contra NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro No. 00169948 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Pereira (Risaralda), comunicó que en el Proceso Ejecutivo Verbal No. 66001310300320150047700, de: José Edier Ballesteros Herrera en nombre propio y en representación de los menores Simón e Isabella Ballesteros Heredia, Mónica Sofía Guevara Mejía y María Inés Herrera Ramírez contra: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES y NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0126 del 28 de febrero de 2019, inscrito el 8 de Agosto de 2019 bajo el registro No. 00178988 del Libro VIII, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar (Cesar), comunicó que en el Proceso Verbal Declarativo de Mayor Cantidad No. 2015-0334, de: Yonaide Campo Rodríguez, contra: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de la medida \$752.828.052.

Nombre de la agencia: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A SIGLA NUEVA EPS S A'

Matrícula: 01833043

Renovación de la Matrícula: 4 de febrero de 2019

Último Año Renovado: 2019

Dirección: TV 12 18 56

Teléfono: 8734511

Domicilio: Bogotá D.C.

Email: SECRETARIA.GENERAL@NUEVAEPS.COM.CO

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 3831 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2017, INSCRITO EL 8 DE FEBRERO DE 2018 BAJO EL NUMERO 00165932, DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 2 CIVIL MUNICIPAL DE CARTAGO (VALLE DEL CAUCA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO DE MAYOR CUANTIA DE UCI VALLE SAS, CONTRA NUEVA EPS SA SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1077 DEL 28 DE JUNIO DE 2018, INSCRITO EL 26 DE JULIO DE 2018 BAJO EL REGISTRO NO. 00169949 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO DE PEREIRA (RISARALDA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO VERBAL NO. 66001310300320150047700, DE: JOSE EDIER BALLESTEROS HERRERA EN NOMBRE PROPIO Y EN REPRESENTACIÓN DE LOS MENORES SIMÓN E ISABELLA BALLESTEROS HEREDIA, MONICA SOFIA GUEVARA MEJIA Y MARIA INES HERRERA RAMIREZ CONTRA: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES Y LA NUEVA EPS, SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

Nombre de la agencia: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A SIGLA NUEVA EPS S A

Matrícula: 01833047

Renovación de la Matrícula: 11 de febrero de 2019

Último Año Renovado: 2019

Dirección: AV AMERICAS 67 A 28 LC 6 CC SPRING PLAZA

Teléfono: 4193000

Domicilio: Bogotá D.C.

Email: SECRETARIA.GENERAL@NUEVAEPS.COM.CO

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 3831 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2017, INSCRITO EL



Cámara de Comercio de Bogotá

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: A19930144C64B3

27 de septiembre de 2019 Hora 17:39:20

AA19930144

Página: 7 de 11

* * * * *

8 DE FEBRERO DE 2018 BAJO EL NUMERO 00165933, DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL DE CARTAGO (VALLE DEL CAUCA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO DE MAYOR DE CUANTÍA DE UCI VALLE SAS, CONTRA NUEVA EPS S.A SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1077 DEL 28 DE JUNIO DE 2018, INSCRITO EL 26 DE JULIO DE 2018 BAJO EL REGISTRO NO. 00169950 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO DE PEREIRA (RISARALDA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO VERBAL NO. 66001310300320150047700, DE: JOSE EDIER BALLESTEROS HERRERA EN NOMBRE PROPIO Y EN REPRESENTACIÓN DE LOS MENORES SIMÓN E ISABELLA BALLESTEROS HEREDIA, MONICA SOFIA GUEVARA MEJIA Y MARIA INES HERRERA RAMIREZ CONTRA: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES Y LA NUEVA EPS, SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

Nombre de la agencia: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A SIGLA NUEVA EPS S A

Matrícula: 01833054

Renovación de la Matrícula: 13 de febrero de 2019

Último Año Renovado: 2019

Dirección: TV 96 51 98

Teléfono: 4193000

Domicilio: Bogotá D.C.

Email: SECRETARIA.GENERAL@NUEVAEPS.COM.CO

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 3831 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2017, INSCRITO EL 8 DE FEBRERO DE 2018 BAJO EL NUMERO 00165934, DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 2 CIVIL MUNICIPAL DE CARTAGO (VALLE DEL CAUCA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO DE MAYOR CUANTÍA DE UCI VALLE SAS, CONTRA NUEVA EPS S.A SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1077 DEL 28 DE JUNIO DE 2018, INSCRITO EL 26 DE JULIO DE 2018 BAJO EL REGISTRO NO. 00169951 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO DE PEREIRA (RISARALDA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO VERBAL NO. 66001310300320150047700, DE: JOSE EDIER BALLESTEROS HERRERA EN NOMBRE PROPIO Y EN REPRESENTACIÓN DE LOS MENORES SIMÓN E ISABELLA BALLESTEROS HEREDIA, MONICA SOFIA GUEVARA MEJIA Y MARIA INES HERRERA RAMIREZ CONTRA: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES Y LA NUEVA

131

EPS, SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

Nombre de la agencia: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A SIGLA NUEVA
EPS S A
Matrícula: 01833057
Renovación de la Matrícula: 11 de febrero de 2019
Último Año Renovado: 2019
Dirección: CR 30 12 99
Teléfono: 4193000
Domicilio: Bogotá D.C.
Email: SECRETARIA.GENERAL@NUEVAEPS.COM.CO

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 3831 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2017, INSCRITO EL 8 DE FEBRERO DE 2018 BAJO EL NUMERO 00165935, DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 2 CIVIL MUNICIPAL DE CARTAGO (VALLE DEL CAUCA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO DE MAYOR CUANTÍA DE UCI VALLE SAS, CONTRA NUEVA EPS S.A SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1077 DEL 28 DE JUNIO DE 2018, INSCRITO EL 26 DE JULIO DE 2018 BAJO EL REGISTRO NO. 00169952 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO DE PEREIRA (RISARALDA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO VERBAL NO. 66001310300320150047700, DE: JOSE EDIER BALLESTEROS HERRERA EN NOMBRE PROPIO Y EN REPRESENTACIÓN DE LOS MENORES SIMÓN E ISABELLA BALLESTEROS HEREDIA, MONICA SOFIA GUEVARA MEJIA Y MARIA INES HERRERA RAMIREZ CONTRA: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES Y LA NUEVA EPS, SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

Nombre de la agencia: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A SIGLA NUEVA
EPS S A-
Matrícula: 01833059
Renovación de la Matrícula: 31 de enero de 2019
Último Año Renovado: 2019
Dirección: CL 13 5 41 LC 15 16 CC SANTA MARIA
Teléfono: 7177120
Domicilio: Soacha (Cundinamarca)
Email: SECRETARIA.GENERAL@NUEVAEPS.COM.CO

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 3831 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2017, INSCRITO EL 8 DE FEBRERO DE 2018 BAJO EL NUMERO 00165936, DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 2 CIVIL MUNICIPAL DE CARTAGO (VALLE DEL CAUCA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO DE MAYOR CUANTÍA DE UCI VALLE SAS, CONTRA NUEVA EPS SA SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1077 DEL 28 DE JUNIO DE 2018, INSCRITO EL 26 DE JULIO DE 2018 BAJO EL REGISTRO NO. 00169953 DEL LIBRO VIII, EL



Cámara de Comercio de Bogotá

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: A19930144C64B3

27 de septiembre de 2019 Hora 17:39:20

AA19930144

Página: 8 de 11

* * * * *

JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO DE PEREIRA (RISARALDA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO VERBAL NO. 66001310300320150047700, DE: JOSE EDIR BALLESTEROS HERRERA EN NOMBRE PROPIO Y EN REPRESENTACIÓN DE LOS MENORES SIMÓN E ISABELLA BALLESTEROS HEREDIA, MONICA SOFIA GUEVARA MEJIA Y MARIA INES HERRERA RAMIREZ CONTRA: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES Y LA NUEVA EPS, SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

Nombre de la agencia: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A SIGLA NUEVA EPS S A

Matrícula: 01833061

Renovación de la Matrícula: 13 de febrero de 2019

Último Año Renovado: 2019

Dirección: CR 77 G 60 45 SUR LC 108

Teléfono: 4193000

Domicilio: Bogotá D.C.

Email: SECRETARIA.GENERAL@NUEVAEPS.COM.CO

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 3831 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2017, INSCRITO EL 8 DE FEBRERO DE 2018 BAJO EL NUMERO 00165937, DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 2 CIVIL MUNICIPAL DE CARTAGO (VALLE DEL CAUCA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO DE MAYOR CUANTÍA DE UCI VALLE SAS, CONTRA NUEVA EPS S.A SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1077 DEL 28 DE JUNIO DE 2018, INSCRITO EL 26 DE JULIO DE 2018 BAJO EL REGISTRO NO. 00169954 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO DE PEREIRA (RISARALDA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO VERBAL NO. 66001310300320150047700, DE: JOSE EDIR BALLESTEROS HERRERA EN NOMBRE PROPIO Y EN REPRESENTACIÓN DE LOS MENORES SIMÓN E ISABELLA BALLESTEROS HEREDIA, MONICA SOFIA GUEVARA MEJIA Y MARIA INES HERRERA RAMIREZ CONTRA: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES Y LA NUEVA EPS, SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

Nombre de la agencia: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A SIGLA NUEVA EPS S A

Matrícula: 01833064
Renovación de la Matrícula: 13 de febrero de 2019
Último Año Renovado: 2019
Dirección: CL 48 A 6 44
Teléfono: 6407193
Domicilio: Bogotá D.C.
Email: SECRETARIA.GENERAL@NUEVAEPS.COM.CO

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 3831 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2017, INSCRITO EL 8 DE FEBRERO DE 2018 BAJO EL NUMERO 00165938, DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 2 CIVIL MUNICIPAL DE CARTAGO (VALLE DEL CAUCA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO DE MAYOR CUANTÍA DE UCI VALLE SAS, CONTRA NUEVA EPS S.A SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1077 DEL 28 DE JUNIO DE 2018, INSCRITO EL 26 DE JULIO DE 2018 BAJO EL REGISTRO NO. 00169955 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO DE PEREIRA (RISARALDA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO VERBAL NO. 66001310300320150047700, DE: JOSE EDIER BALLESTEROS HERRERA EN NOMBRE PROPIO Y EN REPRESENTACIÓN DE LOS MENORES SIMÓN E ISABELLA BALLESTEROS HEREDIA, MONICA SOFIA GUEVARA MEJIA Y MARIA INES HERRERA RAMIREZ CONTRA: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES Y LA NUEVA EPS, SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

Nombre de la agencia: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A SIGLA NUEVA EPS S A

Matrícula: 01833065
Renovación de la Matrícula: 11 de febrero de 2019

Último Año Renovado: 2019
Dirección: AV SUBA 127 D 81
Teléfono: 2539464

Domicilio: Bogotá D.C.
Email: SECRETARIA.GENERAL@NUEVAEPS.COM.CO

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 3831 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2017, INSCRITO EL 8 DE FEBRERO DE 2018 BAJO EL NUMERO 00165939, DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 2 CIVIL MUNICIPAL DE CARTAGO (VALLE DEL CAUCA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO DE MAYOR CUANTÍA DE UCI VALLE SAS, CONTRA NUEVA EPS SAS SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1077 DEL 28 DE JUNIO DE 2018, INSCRITO EL 26 DE JULIO DE 2018 BAJO EL REGISTRO NO. 00169956 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO DE PEREIRA (RISARALDA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO VERBAL NO. 66001310300320150047700, DE: JOSE EDIER BALLESTEROS HERRERA EN NOMBRE PROPIO Y EN REPRESENTACIÓN DE LOS MENORES SIMÓN E ISABELLA BALLESTEROS HEREDIA, MONICA SOFIA GUEVARA MEJIA Y MARIA INES HERRERA RAMIREZ CONTRA: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES Y LA NUEVA EPS, SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

139



Cámara de Comercio de Bogotá

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: A19930144C64B3

27 de septiembre de 2019 Hora 17:39:20

AA19930144

Página: 9 de 11

* * * * *

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1792 DEL 11 DE DICIEMBRE DE 2018 INSCRITO EL 21 DE DICIEMBRE DE 2018 BAJO EL NUMERO 00172712, DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 1 CIVIL MUNICIPAL DE SANTA MARTA (MAGDALENA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO DE MENOR CUANTÍA NO. 47001400300120170061100 DE: UNIDAD DE ATENCIÓN DE PACIENTES EN ESTADO CRITICO CUIDADO CRITICO S.A.S, CONTRA: NUEVA EPS SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA. LIMITE DE LA MEDIDA: \$125.252.635

Nombre de la agencia: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A SIGLA NUEVA EPS S A

Matrícula: 01833066

Renovación de la Matrícula: 11 de febrero de 2019

Último Año Renovado: 2019

Dirección: CR 85 K 46 A 66 P 2

Teléfono: 4193000

Domicilio: Bogotá D.C.

Email: SECRETARIA.GENERAL@NUEVAEPS.COM.CO

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 3831 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2017, INSCRITO EL 8 DE FEBRERO DE 2018 BAJO EL NÚMERO 00165940 , DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 2 CIVIL MUNICIPAL DE CARTAGO (VALLE DEL CAUCA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO DE MAYOR CUANTÍA DE UCI VALLE SAS, CONTRA NUEVA EPS SA SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1077 DEL 28 DE JUNIO DE 2018, INSCRITO EL 26 DE JULIO DE 2018 BAJO EL REGISTRO NO. 00169957 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO DE PEREIRA (RISARALDA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO VERBAL NO. 66001310300320150047700, DE: JOSE EDIER BALLESTEROS HERRERA EN NOMBRE PROPIO Y EN REPRESENTACIÓN DE LOS MENORES SIMÓN E ISABELLA BALLESTEROS HEREDIA, MONICA SOFIA GUEVARA MEJIA Y MARIA INES HERRERA RAMIREZ CONTRA: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES Y LA NUEVA EPS, SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

Nombre de la sucursal: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S A REGIONAL CENTRO ORIENTE

Matrícula: 01846503

Renovación de la Matrícula: 11 de febrero de 2019

Último Año Renovado: 2019

Dirección: CR 85 K 46 A 66 LC 28

Teléfono: 4193000

Domicilio: Bogotá D.C.

Email: SECRETARIA.GENERAL@NUEVAEPS.COM.CO

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 0471 DEL 17 DE MARZO DE 2017 INSCRITO EL 28 DE MARZO DE 2017 BAJO EL NO. 00159579 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 2 LABORAL DEL CIRCUITO DE PEREIRA - RISARALDA COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO LABORAL NO. 66001310500220130017600 DE LARRY DOMNY MOLINA CABEZAS Y OTROS CONTRA, LA NUEVA EPS SA Y OTROS SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 3831 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2017 INSCRITO EL 8 DE FEBRERO DE 2018 BAJO EL NO. 00165941 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 2 CIVIL MUNICIPAL DE CARTAGO (VALLE DEL CAUCA) COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO DE MAYOR CUANTIA DE UCI VALLE S.A CONTRA NUEVA EPS S.A SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1077 DEL 28 DE JUNIO DE 2018, INSCRITO EL 26 DE JULIO DE 2018 BAJO EL REGISTRO NO. 00169958 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO DE PEREIRA (RISARALDA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO VERBAL NO. 66001310300320150047700, DE: JOSE EDIER BALLESTEROS HERRERA EN NOMBRE PROPIO Y EN REPRESENTACIÓN DE LOS MENORES SIMÓN E ISABELLA BALLESTEROS HEREDIA, MONICA SOFIA GUEVARA MEJIA Y MARIA INES HERRERA RAMIREZ CONTRA: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES Y LA NUEVA EPS, SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

Nombre de la agencia: NUEVA EPS S A

Matrícula: 01861767

Renovación de la Matrícula: 13 de febrero de 2019

Último Año Renovado: 2019

Dirección: AV CR 45 120 61

Teléfono: 4193000

Domicilio: Bogotá D.C.

Email: SECRETARIA.GENERAL@NUEVAEPS.COM.CO

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 3831 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2017, INSCRITO EL 8 DE FEBRERO DE 2018 BAJO EL NUMERO 00165927, DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 2 CIVIL MUNICIPAL DE CARTAGO (VALLE DEL CAUCA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO DE MAYOR CUANTÍA DE UCI VALLE SAS, CONTRA NUEVA EPS S.A SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1077 DEL 28 DE JUNIO DE 2018, INSCRITO EL 00169959 BAJO EL REGISTRO NO. 00169959 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO DE PEREIRA (RISARALDA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO VERBAL NO. 66001310300320150047700, DE: JOSE EDIER

140



Cámara de Comercio de Bogotá

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: A19930144C64B3

27 de septiembre de 2019 Hora 17:39:20

AA19930144

Página: 10 de 11

* * * * *

BALLESTEROS HERRERA EN NOMBRE PROPIO Y EN REPRESENTACIÓN DE LOS MENORES SIMÓN E ISABELLA BALLESTEROS HEREDIA, MONICA SOFIA GUEVARA MEJIA Y MARIA INES HERRERA RAMIREZ CONTRA: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES Y LA NUEVA EPS, SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1792 DEL 11 DE DICIEMBRE DE 2018 INSCRITO EL 21 DE DICIEMBRE DE 2018 BAJO EL NUMERO 00172713, DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 1 CIVIL MUNICIPAL DE SANTA MARTA (MAGDALENA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO DE MENOR CUANTÍA NO. 47001400300120170061100 DE: UNIDAD DE ATENCIÓN DE PACIENTES EN ESTADO CRITICO CUIDADO CRITICO S.A.S, CONTRA: NUEVA EPS SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA. LIMITE DE LA MEDIDA: \$125.252.635

Nombre de la agencia: NUEVA EPS SA

Matrícula: 01861781

Renovación de la Matrícula: 13 de febrero de 2019

Último Año Renovado: 2019

Dirección: CL 16 SUR 24 27

Teléfono: 3724475

Domicilio: Bogotá D.C.

Email: SECRETARIA.GENERAL@NUEVAEPS.COM.CO

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 3831 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2017, INSCRITO EL 8 DE FEBRERO DE 2018 BAJO EL NUMERO 00165926, DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO 2 CIVIL MUNICIPAL DE CARTAGO (VALLE DEL CAUCA), COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO DE MAYOR CUANTIA DE UCI VALLE SAS, CONTRA NUEVA EPS S.A SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

QUE MEDIANTE OFICIO NO. 1077 DEL 28 DE JUNIO DE 2018, INSCRITO EL 26 DE JULIO DE 2018 BAJO EL REGISTRO NO. 00169924 DEL LIBRO VIII, EL JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE PEREIRA, COMUNICO QUE EN EL PROCESO EJECUTIVO VERBAL NO. 66001310300320150047700, DE: JOSE EDIER BALLESTEROS HERRERA, EN NOMBRE PROPIO Y EN REPRESENTACIÓN DE LOS MENORES SIMÓN E ISABELLA BALLESTROS HEREDIA, MONICA SOFIA GUEVARA MEJIA Y MARIA INES HERRERA RAMIREZ CONTRA: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES Y LA NUEVA EPS, SE DECRETO EL EMBARGO DEL ESTABLECIMIENTO DE LA AGENCIA DE LA REFERENCIA.

CERTIFICA:

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y de la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de la correspondiente anotación, siempre que no sean objeto de recurso. Los sábados no son tenidos en cuenta como días hábiles para la Cámara de Comercio de Bogotá.

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

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación Distrital son informativos:

Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección Distrital de Impuestos, fecha de inscripción : 1 de noviembre de 2007. Fecha de envío de información a Planeación Distrital : 16 de septiembre de 2019.

Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009.

Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa esta obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

** Este certificado refleja la situación jurídica de la **
** sociedad hasta la fecha y hora de su expedición. **

El Secretario de la Cámara de Comercio,

Valor: \$ 5.800

Para verificar que el contenido de este certificado corresponda con la información que reposa en los registros públicos de la Cámara de Comercio de Bogotá, el código de verificación puede ser validado por su destinatario solo una vez, ingresando a wwwccb.org.co

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y

141



Cámara de Comercio de Bogotá

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: A19930144C64B3

27 de septiembre de 2019 Hora 17:39:20

AA19930144

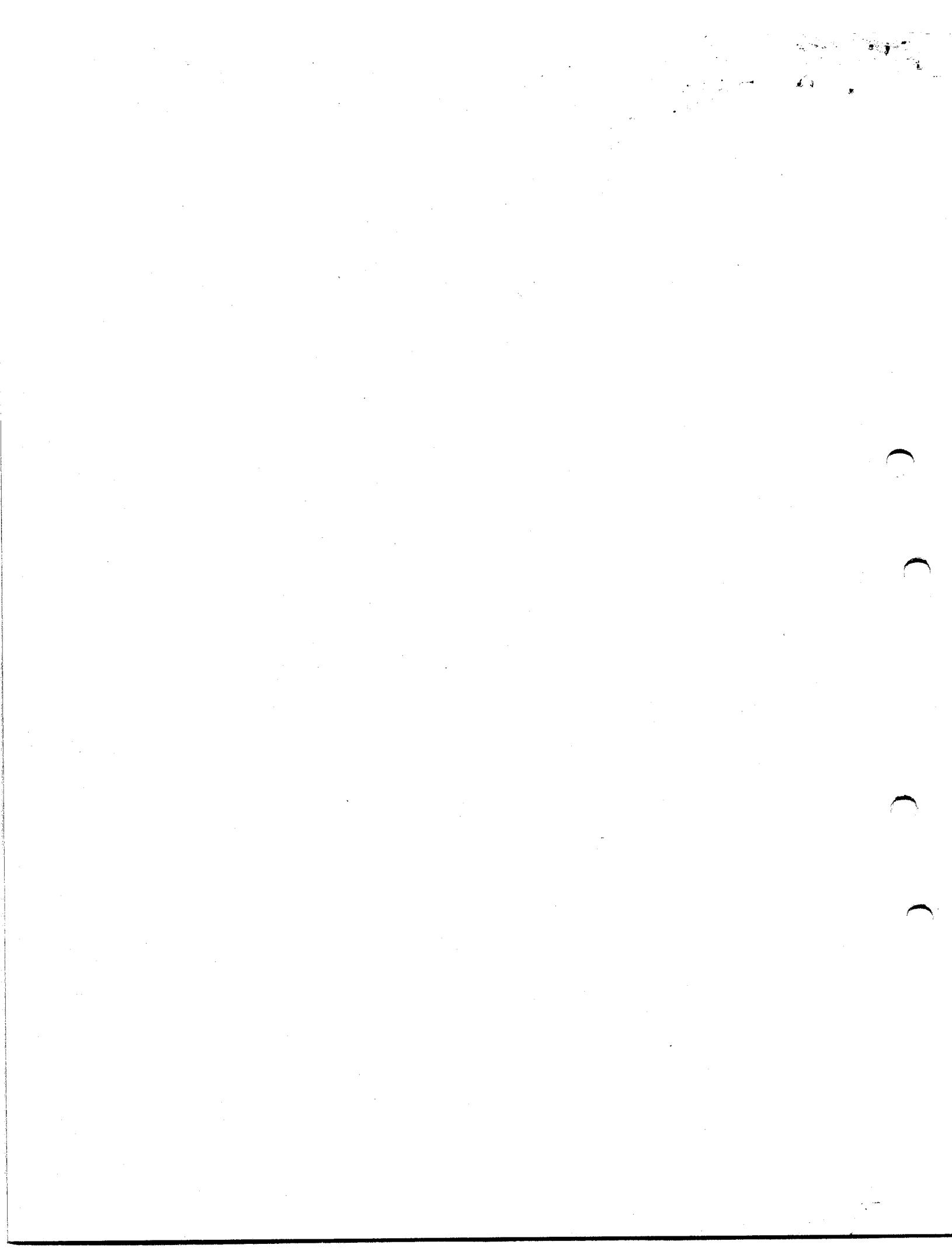
Página: 11 de 11

* * * * *

cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

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

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Constantina Pinto".





DÁVILA & BERMUDEZ
A B O G A D O S

JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO
DE BARRANQUILLA

1470
2020 FEB 03

RECIBIDO

Señor

JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

E. S. D.

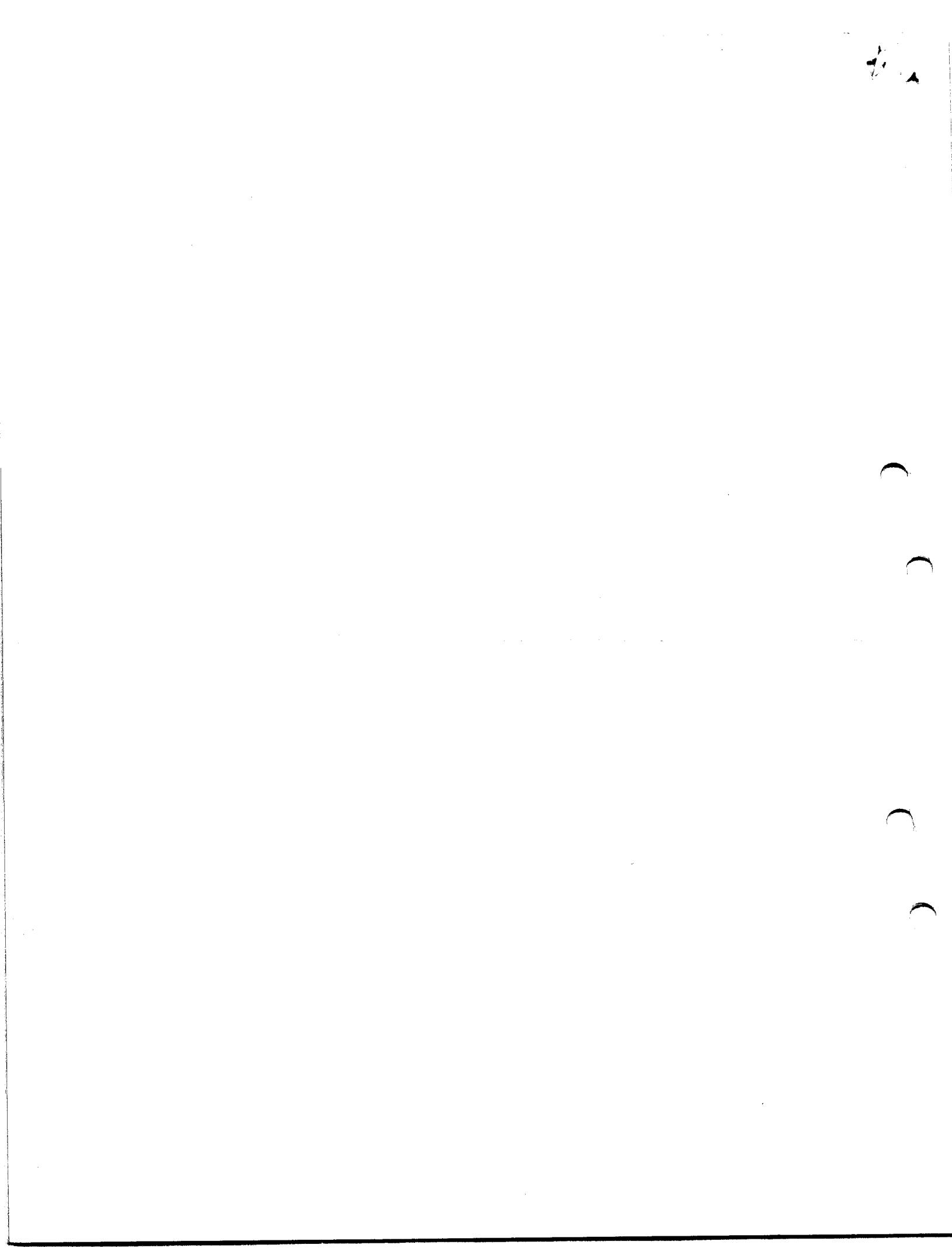
Ref. Proceso verbal de responsabilidad civil de YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS contra FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DEL NORTE – NUEVA EPS

Rad: 2019 – 165

ANTONIO DAVILA GARCIA, mayor de edad, domiciliado en Barranquilla, identificado con cédula de ciudadanía número 72.224.652 expedida en Barranquilla, y titular de la Tarjeta Profesional de Abogado No.112.262 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado judicial de la FUNDACIÓN HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE , entidad legalmente constituida , identificada con Nit. No. 890.112.801-3 , con domicilio en el municipio de Soledad- Atlántico y representada legalmente por el Dr. DIEGO CASTRESANA DIAZ , mayor de edad, domiciliado en Barranquilla, e identificado con la cedula de ciudadanía No. 72. 169.175, según consta la resolución No. 5117 del 8 de Septiembre de 2017 de la Gobernación del Atlántico, todo lo cual fue acreditado con la certificación respectiva acompañada al momento de la notificación del suscripto junto con el poder especial conferido obrante ya en el expediente desde el pasado 27 de Agosto de 2019, en esta oportunidad concurro ante su despacho con el fin de solicitar muy respetuosamente se sirva correr traslado de las excepciones de mérito a la parte demandante según lo dispuesto por el artículo 371 del Código General del proceso.

Del Señor Juez, atentamente,

ANTONIO DAVILA GARCIA
C.C.No.72.224.652 de Barranquilla
T.P.No.112.262 del C.S de La Judicatura





DÁVILA & BERMUDEZ
A B O G A D O S

143

Señor (a)

JUEZ 15 CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

E.

S.

D.

Ref.: **YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS** en contra de **FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE Y OTROS.**

Llamada en garantía: **LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS.**

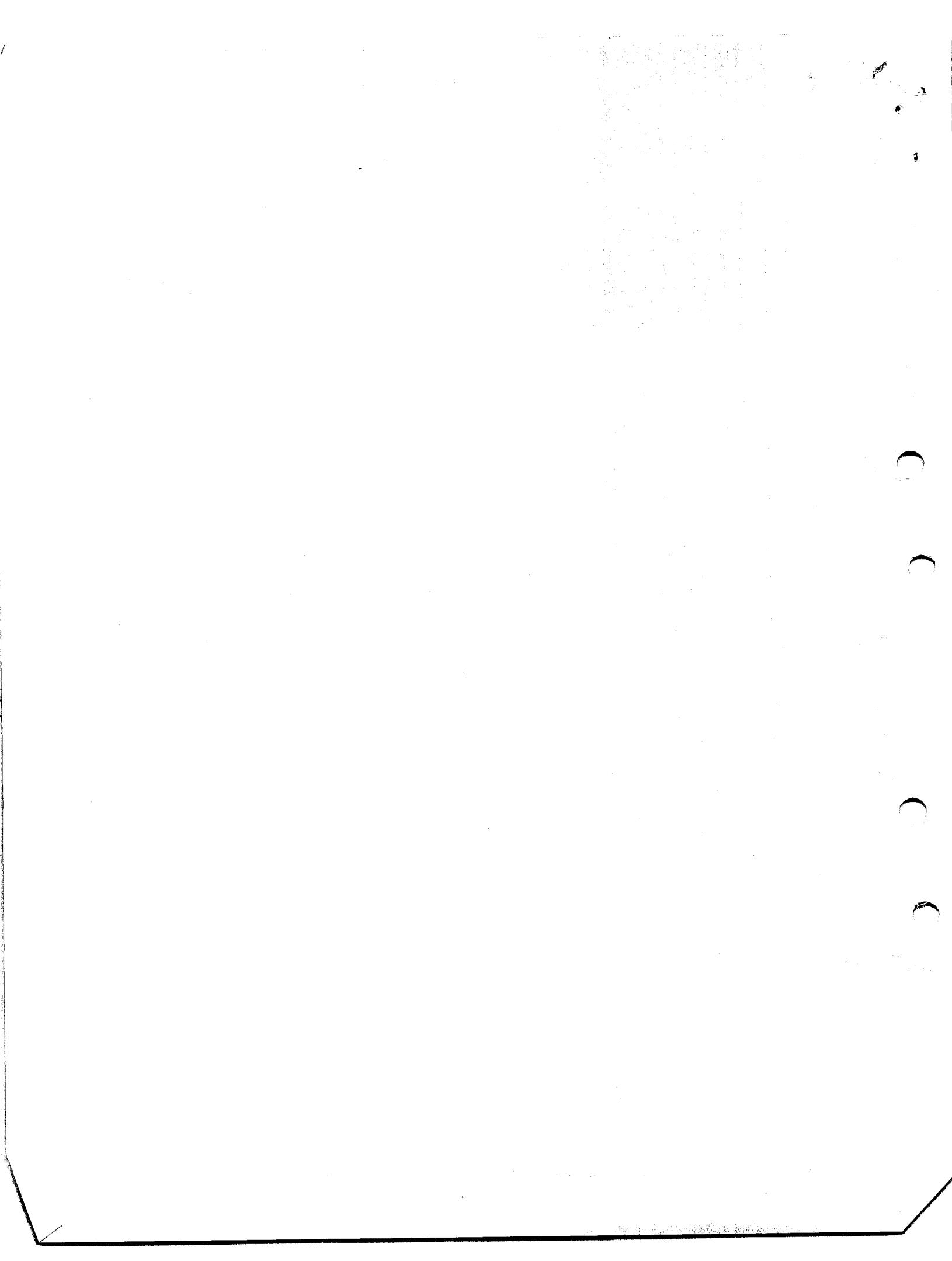
Rad: 00165-2019-00.

ANTONIO DAVILA GARCIA, mayor de edad, domiciliado en Barranquilla, identificado con cédula de ciudadanía número 72.224.652 expedida en Barranquilla, y titular de la Tarjeta Profesional de Abogado No.112.262 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de Apoderado Judicial de **FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE**, por medio del presente escrito concurro ante su Despacho con el fin de aportar la CONSTANCIA DE RECIBIDO de la citación para diligencia de notificación personal enviada el día 07 de octubre de 2019, dirigido a la **PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS**, según lo ordenado por este despacho.

Respetuosamente,


ANTONIO DAVILA GARCIA
C.C. No. 112.262 del C.S.J.
C.C. No. 72.224.654 de Barranquilla.





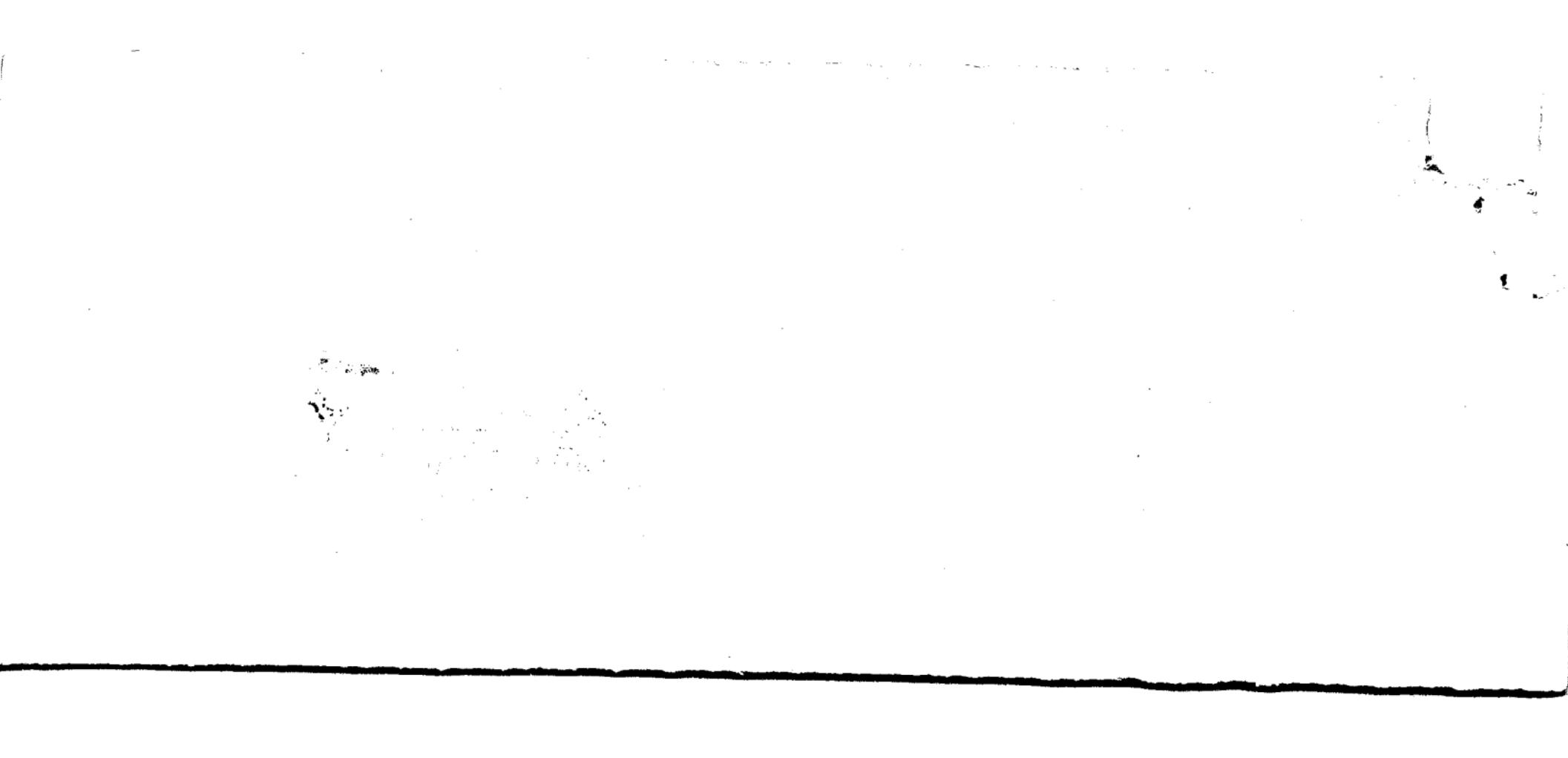


Bogotá, D.C. - Los Altos Diagonal 21 A # 48-83
Tel: 6622900-6810177
Resolución 000576 de abril 3 de 2012



03683585964X

		Destinatario/Demandado LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS													
Fecha de envío 07/10/2019	P.R.E TEMPO EXPRESS BAQ/NATALIA BOLIVAR	Dirección de entrega CALLE 57 # 9 - 07 PISO 4	11 OCT 2019 Teléfono												
Remitente/Demandante JUZGADO 15 CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA/YUSN		Ciudad BARRANQUILLA	Ciudad BOGOTA												
Artículo 291	Proceso : VERBAL	Rad. No. 00165-2019-00	Recibido por: PREVISORA S E G U R O S D E C E N T R I A D E R E C U R S O S												
Dice contener CITACION PARA DILIGENCIA DE NOTIFICACION PERSONAL		Valor 20000	Identificación Placa 121619 Fecha(DD/MM/AAAA)												
Información Primera intento de entrega - causal de devolución <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> No labora</td> <td><input type="checkbox"/> Dirección Errada</td> <td><input type="checkbox"/> Cerrado</td> <td><input type="checkbox"/> Dirección Incompleta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rehusado a recibir</td> <td><input type="checkbox"/> Destinatario no Habita</td> <td><input type="checkbox"/> Dirección no existe</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No funciona</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> No labora	<input type="checkbox"/> Dirección Errada	<input type="checkbox"/> Cerrado	<input type="checkbox"/> Dirección Incompleta	<input type="checkbox"/> Rehusado a recibir	<input type="checkbox"/> Destinatario no Habita	<input type="checkbox"/> Dirección no existe		<input type="checkbox"/> No funciona			
<input type="checkbox"/> No labora	<input type="checkbox"/> Dirección Errada	<input type="checkbox"/> Cerrado	<input type="checkbox"/> Dirección Incompleta												
<input type="checkbox"/> Rehusado a recibir	<input type="checkbox"/> Destinatario no Habita	<input type="checkbox"/> Dirección no existe													
<input type="checkbox"/> No funciona															
Información Segundo intento de entrega-causal de devolución <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> No labora</td> <td><input type="checkbox"/> Dirección Errada</td> <td><input type="checkbox"/> Cerrado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rehusado a recibir</td> <td><input type="checkbox"/> Destinatario no Habita</td> <td><input type="checkbox"/> Dirección Incompleta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No funciona</td> <td><input type="checkbox"/> Dirección no existe</td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> No labora	<input type="checkbox"/> Dirección Errada	<input type="checkbox"/> Cerrado	<input type="checkbox"/> Rehusado a recibir	<input type="checkbox"/> Destinatario no Habita	<input type="checkbox"/> Dirección Incompleta	<input type="checkbox"/> No funciona	<input type="checkbox"/> Dirección no existe				
<input type="checkbox"/> No labora	<input type="checkbox"/> Dirección Errada	<input type="checkbox"/> Cerrado													
<input type="checkbox"/> Rehusado a recibir	<input type="checkbox"/> Destinatario no Habita	<input type="checkbox"/> Dirección Incompleta													
<input type="checkbox"/> No funciona	<input type="checkbox"/> Dirección no existe														
Observaciones															





NIT. 806.005.329-4
Bosque Avenida Buenos Aires Diagonal 21 A # 48-83
Tel 6622900-6810177
Resolucion 000576 de abril 3 de 2012
Operador Postal 0271
V45



03683585964X

El suscrito funcionario de Tempo Express S.A., por medio de la presente comunicación

CERTIFICA :

Que el día 12 del mes de octubre del año 2019, se realizó visita para entregar correspondencia de acuerdo con los siguientes datos:

Juzgado remitente: Juzgado 15 Civil Del Circuito De Barranquilla

N° Radicado: 00165-2019-00

Demandado o Citado: La Previsora S.A. Compañía De Seguros

Dirección: Calle 57 # 9 - 07 Piso 4

Ciudad: Bogota

La diligencia se pudo realizar:

SI Recibido Por: Con Sello De Previsora

C.C. ó N° Identificación: SELLO

Contenido: Art. 291 Citacion Para Diligencia De Notificacion Personal
Observaciones: La Entidad A Notificar Si Funciona En El Lugar De Destino

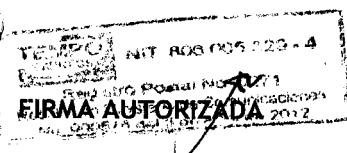
Copia Guia

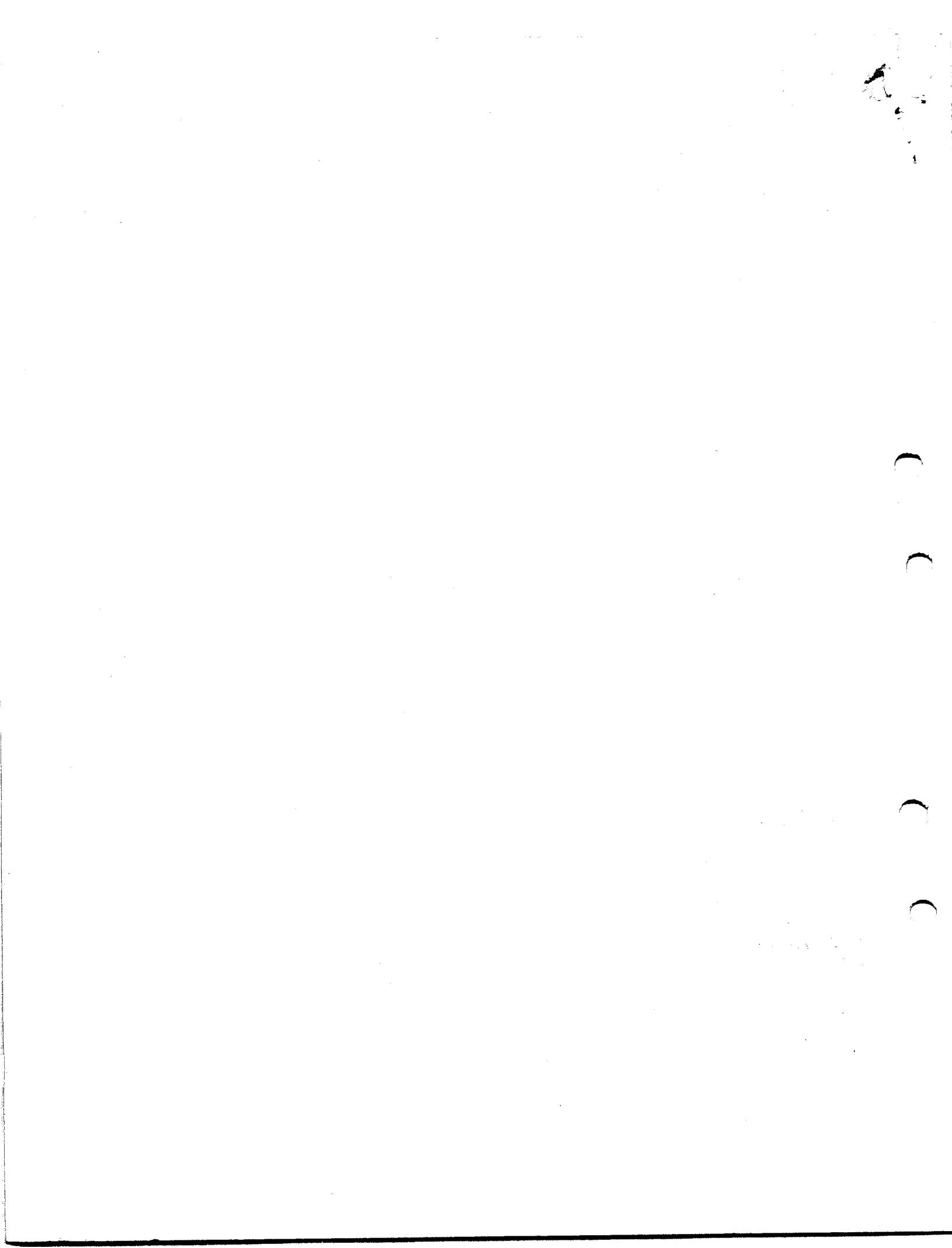


TEMPO		03683585964X		Destinatario/Demandante: LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS	
Fecha de envío 07/10/2019	P.R.E. TOMO EXPRESS RIO/ATLANTICO BOLIVAR			Fecha de entrega 11/10/2019	
Remitente/Demandante: JUZGADO 15 CIR. DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA Y TUMI		Ciudad BARRANQUILLA		Origen BOGOTÁ	
Artículo 291	Proceso: VERBAL	Radicado 00165-2019-00		Recibido por: PREVISORA SUCURSAL RECIBIDOR DE RECLAMOS	
Dice contener: CITACION PARA DILIGENCIA DE NOTIFICACION PERSONAL		Valor: 20000		Nombre: Plaza: Fecha(DIA/MES/AÑO) Identificación: / / / /	
Información Primera Instancia de entrega - causal de devolución: <input type="checkbox"/> No liberó <input type="checkbox"/> Rehusó a recibir <input type="checkbox"/> No autorizó <input type="checkbox"/> Observaciones		Transporte/Entrega: <input type="checkbox"/> Dirección Errada <input type="checkbox"/> Descripción de la persona <input type="checkbox"/> Dirección no existe <input type="checkbox"/> Dirección incorrecta		Información Segunda Instancia de entrega-causal de devolución: <input type="checkbox"/> No liberó <input type="checkbox"/> Rehusó a recibir <input type="checkbox"/> No autorizó <input type="checkbox"/> Observaciones	

Para Constancia, se firma el presente certificado a los 17 del mes de octubre del año 2019.

Tempo Express S.A.





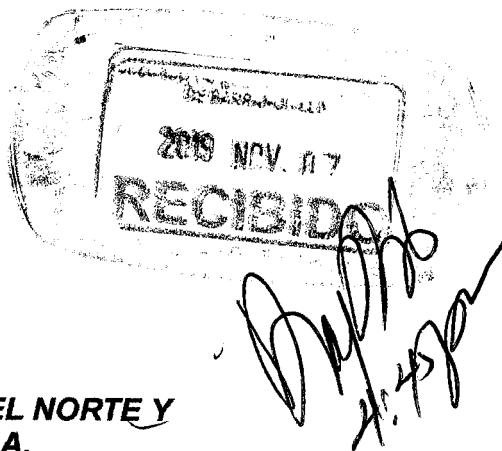


14/10

JURIDICA OSPINAS & ASOCIADOS
Abogados Consultores y Asesores

SEÑOR
JUEZ QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA
E. S.D.

REF.: PROCESO VERBAL No: 2019 - 00165.
DEMANDANTE: YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS.
DEMANDADO: FUNDACION HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL NORTE Y
EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS S.A.



CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ, Abogado, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de Apoderado de la Señora **YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS**, parte demandante dentro del proceso en referencia, a través del presente escrito, respetuosamente concurro ante su Despacho a fin de Aportar la constancia del envío de la notificación por aviso de la sociedad **EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S.A.**, Demandados dentro del proceso.

Del Señor Juez,


CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ
C.C. # 12.144.803 Barranquilla
T.P. # 65.234 del C.S. de la J.*

CAOV

C C

C C

REDEX S.A.S

REDEX

DIRECCIONES
Calle 43 N. 67 A 37 PBX 2302800
Manzana 9 Oficina 10287 LÍNEA 100

REMITE: JUEZ 18 CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

REDEX BARRANQUILLA NIT: 810034171 DIR: CL 40 N. 44-119
CUIDAD: BARRANQUILLA TEL: 3513669 CP: 800
ISIC/P Gastos: Fecha P. Entrega (Días hábiles) 26/10/2019

Devolución copia DFI AUTO ADMISORIO
Firma: Juez Redex _____ Fecha: _____

291 VISITAS DD MM AAAA HORA

1	1	1111	11:11
1	1	1111	11:11
1	1	1111	11:11

292

Origen: BARRANQUILLA - ATLÁNTICO - COLOMBIA
Destino: BOGOTÁ - C.C. 100 - BOGOTÁ - COLOMBIA

GC 86507058 - GE 22/10/2019

DIRECCIÓN DE GESTIÓN DOCUMENTAL

Destinatario: EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S.A.	Telefono: 1	Reclamado: 2019-00165
Empresa:	2 NOV 2019	Artículo: 192
Dirección: CRA 85K # 48A-66 PISO 2	CodPostal: 11100	CodUta:
Nombre de quien recibe: 01-11-19	Fecha y hora: RECIBIDO	CodUta:
Valor declarado: 1.24 FINO	HORA: 10:00	Valor neto: 18000
	FIRMA: CÓDIGO NO 11005060198130	Valor total: 18000

DEVOLUCION	DIR. INCOMPLETA	NO CONOCEN	REHUSADO	NO RECLAMADO	TRASLADO R.
	DIR. ERRADA	TRASLADO E.	P.CERRADO	DEMOLIDO	DACESO ORDEN PÚBLICO





MENSAJERIA EXPRESA

REDEX BARRANQUILLA
Nit: 811034171-1
www.redex.com.co
Calle 40#44-119 oficina PBX 3513669
Mensajeria Expresa Licencia 1838 R. P 0287 MINTIC

Fecha Certificacion: 05/11/2019
Numero Guia: 56507058
Articulo: 292
Anexos: COPIA DEL AUTO ADMISORIO
Radicado: 20190-165

CERTIFICA

QUE EL DÍA 01 DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2019 UNO DE NUESTROS MENSAJEROS ESTUVO VISITANDO PARA ENTREGARLE CORRESPONDENCIA ENVIADA POR

Juzgado: QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO
Cuidad Juzgado: BARRANQUILLA
Citado: EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS SA
Direccion: CRA 85K # 46 A - 66 PISO 2
Cuidad: BARRANQUILLA
La correspondencia se pudo entregar: SI
Recibido por: SELLO DE LA ENTIDAD
Cedula de quien recibe:
Observación: LA ENTIDAD SI FUNCIONA EN ESTA DIRECCION
Motivo:

SE FIRMA EL PRESENTE CERTIFICADO EL 02 DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2019

REDEX
Firma Autorizada:
llicmin.com.1838
Registro postal 0287

C C

C C

REDEX S.A.S

redex.com.co

Calle 43 N. 67 A 37 PBX 2302800

Mensajería Expresa Licencia 1838 R. P 0287 MINTIC



REMITENTE: JUEZ 15 CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

REDEX BARRANQUILLA

NIT: 811034171

DIR: CL 40 N. 44-119

CUIDAD: BARRANQUILLA

TEL: 351 3669

CP: 800

SCP Gramos:

Fecha P.Entrega (Días hábiles) 25/10/2019

Observación: COPIA DEL AUTO ADMISORIO

Funcionario Redex: _____ Fecha: _____

291

VISITAS

	DD	MM	AAAA	HORA
291				
292				

Origen: BARRANQUILLA - ATLANTICO - COLOMBIA Destino: BOGOTA - BOGOTA - COLOMBIA



GC 56507058 - GE

22/10/2019

WPA

Destinatario: EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S.A

Empresa: _____ Telefono: _____ Radicado: 2019-00165

Direccion: CRA 85K # 46A-66 PISO 2 Cod.Postal: 11 Articulo: 292

Nombre de quien recibe:	Fecha y hora:	Telefono:	Cedula:
-------------------------	---------------	-----------	---------

Valor declarado:	Valor seguro:	Valor flete:	Valor total: 18000
------------------	---------------	--------------	-----------------------

DEVOLUCION	DIR. INCOMPLETA	NO CONOCEN	REHUSADO	NO RECLAMADO	TRASLADO P.
	DIR. ERRADA	TRASLADO E.	P.CERRADO	DEMOLIDO	D.ACESSO ORDEN PUBLICO



150

REPUBLICA DE COLOMBIA
JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA
CALLE 38 NO 44 – PISO 4° EDIFICIO BANCO POPULAR
NOTIFICACION POR AVISOS
(Artículo 292 Código General Del Proceso)

SEÑORES	SERVICIO POSTAL AUTORIZADO.
EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S.A.	FECHA
	10 - 10 - 2019
Carrera 85K N° 46 ^a -66 Piso 2	
BOGOTÁ - CUNDINAMARCA.	

No DE RADICACION: 2019-00165-00
NAT. DEL PROCESO: PROCESO VERBAL
FECHA DE PROVIDENCIA: 25/07/2019
DEMANDANTE: YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS
DEMANDADO: FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE Y EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S.A.

Por intermedio de este aviso le notifico la providencia calendada el día 25 de JULIO de 2019.

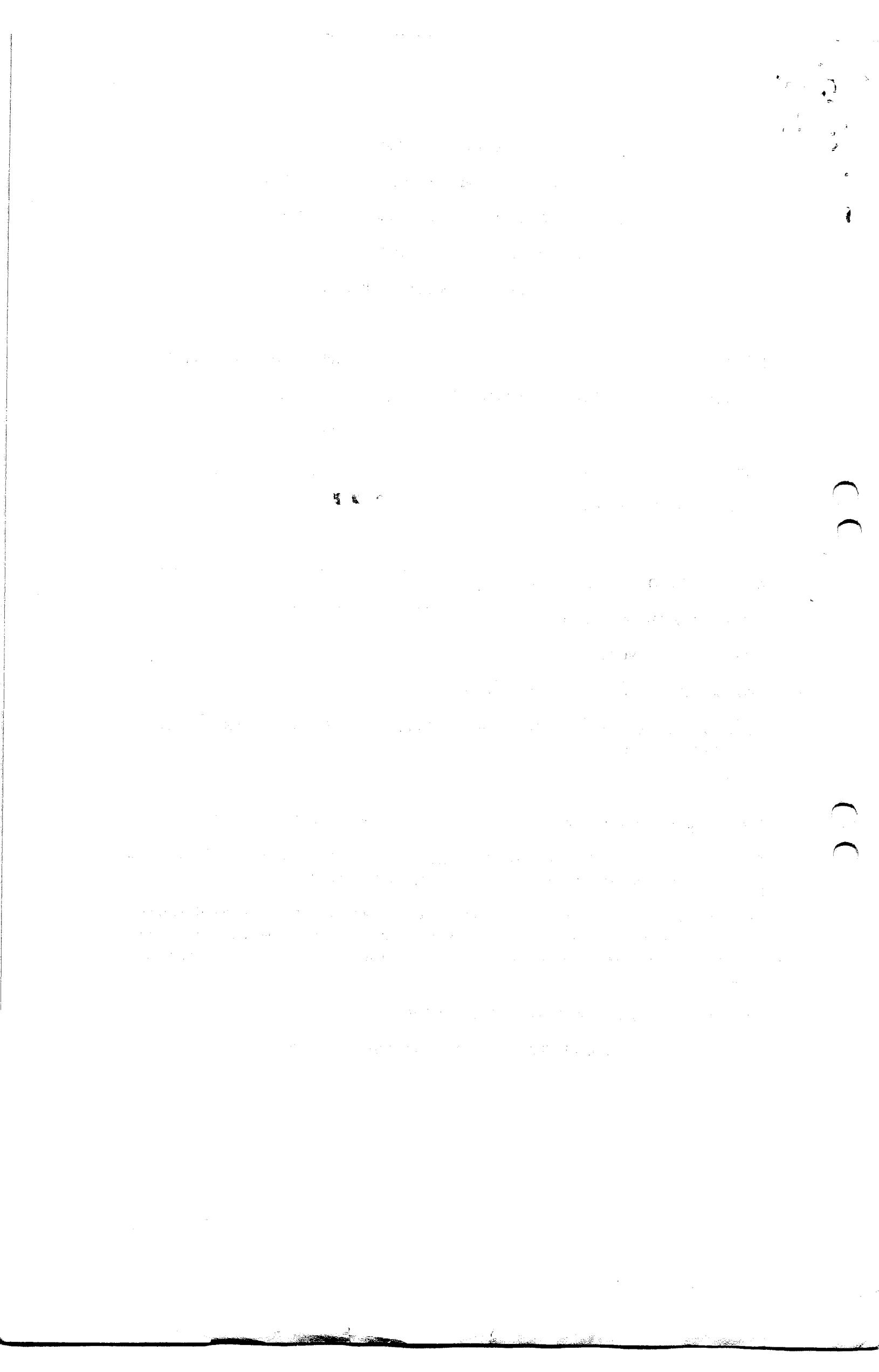
Donde se profirió mandamiento de pago _____, donde se admitió la demanda _____, donde se orden citarlo _____; en el proceso de la referencia.

Se advierte que esta notificación se considerara cumplida al finalizar el día siguiente al de la FECHA DE ENTREGA de este aviso, vencido el cual comenzara a contarse el respectivo término de 10 días de traslado. Dentro de este último podrá manifestar lo que considere pertinente en defensa de sus intereses.

PARA NOTIFICAR AUTO ADMISORIO DE DEMANDA O MAND. DE PAGO.

ANEXO: Copia Informal: DEMANDA _____, MANDAMIENTO DE PAGO _____, AUTO ADMISORIO _____





Radicación: 08-001-31-53-015-2019-00165-00

INFORME SECRETARIAL.- Señor Juez, paso a su despacho el proceso VERBAL seguido por la señora **YUSNEIDY POAOLA GUTIERREZ BARRIOS** en contra de la **FUNDACIÓN HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE** y la **EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S. A.**, informándole que por reparto ordinario efectuado por la oficina judicial de esta ciudad, nos correspondió su conocimiento.

A su despacho para que se sirva proveer.
Barranquilla, 25 de julio de 2019.

LA SECRETARIA,


BEATRIZ MARTHA DIAZ GRANADOS CORVACHO

JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO.- Barranquilla, veinticinco (25) de julio de dos mil diecinueve (2019).-

Por reunir los requisitos legales admite la demanda VERBAL presentada por **YUSNEIDY POAOLA GUTIERREZ BARRIOS** en contra de **FUNDACIÓN HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE Y EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S.A.**

De la demanda y sus anexos córrase traslado a la parte demandada por el término de veinte (20) días para que asuma la defensa que considere.

Notifíquese a la parte demandada en la forma establecida en los artículos 291 a 293 del C.G.P.

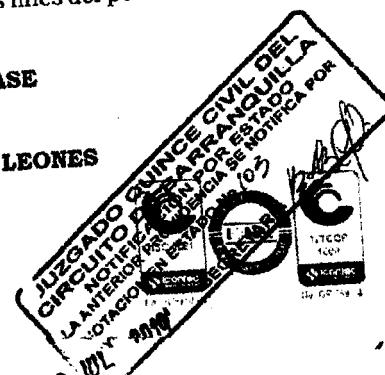
Téngase al Dr. **CARLOS AUGUSTO OSPINA CRUZ**, como apoderado judicial de la parte demandante, en los términos y para los fines del poder conferido.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE


RAÚL ALBERTO MOLINARES LEONES

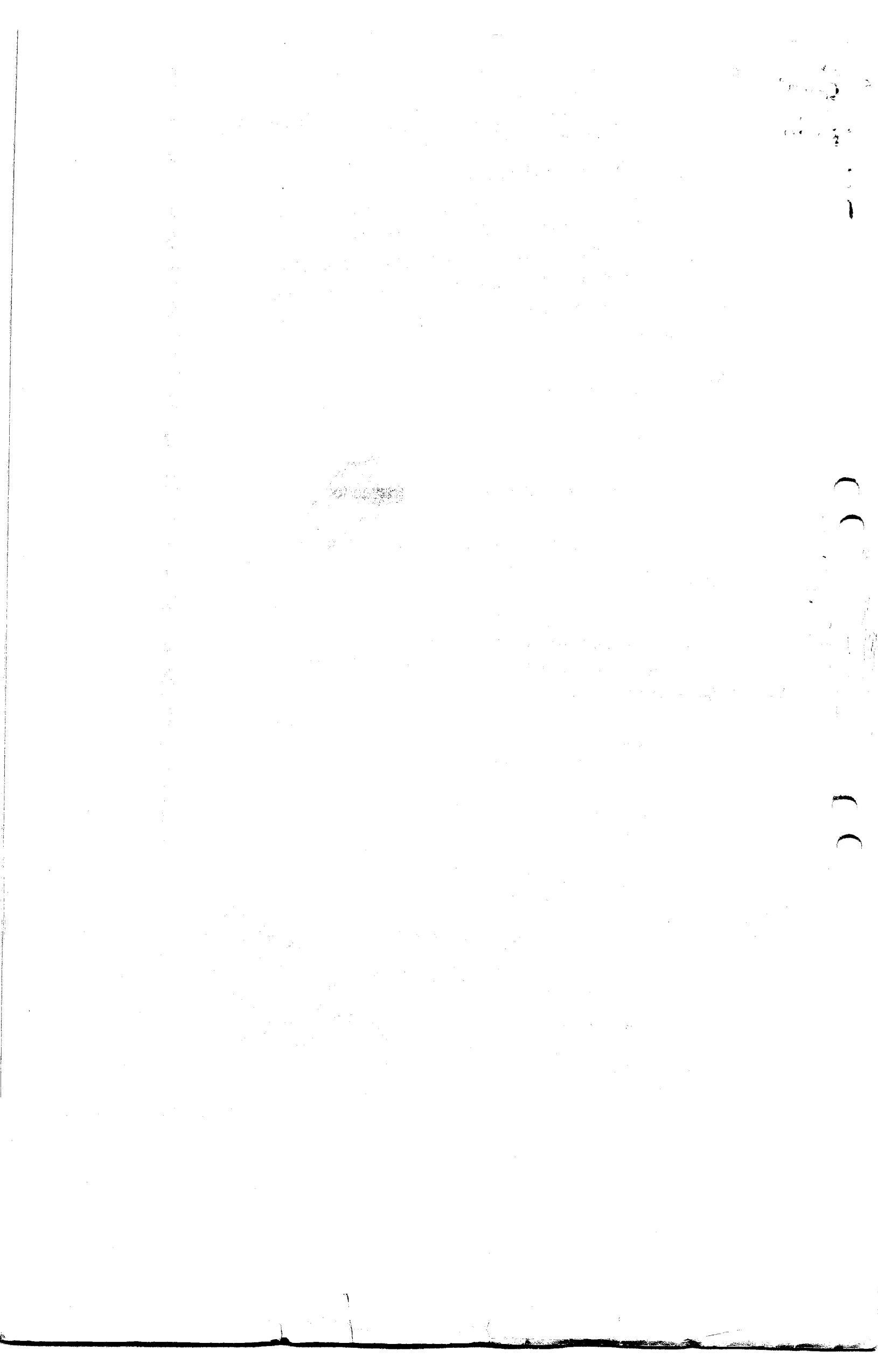
JUEZ

Palacio de Justicia, Dirección: Carrera 44 No. 38-11
Edificio Banco Popular Piso 4
Telefax: 3703032 página web: www.ramajudicial.gov.co
Correo: ccto15ba@cendoj.ramajudicial.gov.co
Barranquilla - Atlántico. Colombia

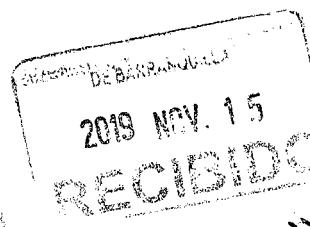


Scanned by CamScanner





Señores:
**JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO
DE BARRANQUILLA**
E. S. D.



Referencia: Proceso: VERBAL DECLARATIVO RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
Demandante: YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ
Demandado: NUEVA EPS S.A. Y OTROS
Expediente: 2019-0165-00
PJ- 2444

*****CONTESTACIÓN DE DEMANDA *****

ALBERTO GARCIA CIFUENTES, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 7.161.380 de Tunja y portador de la tarjeta profesional No. 72.989 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado judicial de la entidad demandada NUEVA EPS, por medio del presente escrito y estando dentro del término legal me permito contestar la demanda formulada por YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ conforme las siguientes consideraciones:

CONTESTACIÓN A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

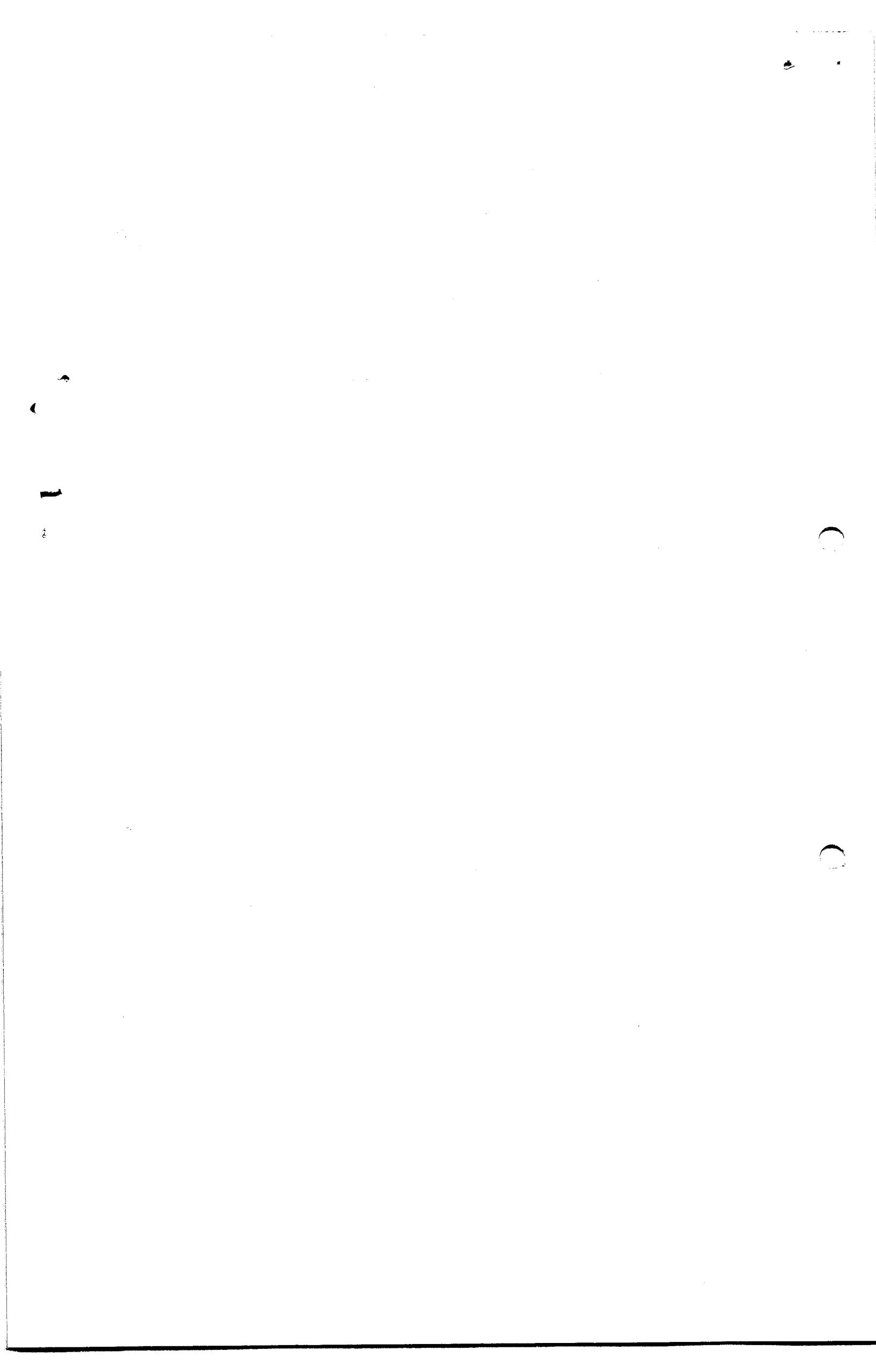
AL HECHO PRIMERO: ES CIERTO el hecho de que acudió a la IPS para atención de parto. Lo demás no nos consta.

A LOS HECHOS SEGUNDO A CUARTO: SE CONTESTAN INTEGRADOS ASI: NO NOS CONSTA todo lo concerniente a la sintomatología, diagnóstico, tratamiento y demás circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención brindada a la paciente, ya que esta situación debe estar plasmada en la historia clínica y ésta no está bajo la custodia de NUEVA EPS S.A., por tanto me atendré a lo que esté reflejado en la mencionada historia clínica.

De otra parte la historia clínica de la paciente está en manos de la IPS que lo atendió, pues su custodia y diligenciamiento es responsabilidad de las IPS de conformidad con lo previsto en el artículo 13 de la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 13.- CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este



193

lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

AL HECHO QUINTO: NO ES UN HECHO sino una opinión acientífica que debe ser probada

AL HECHO SEXTO: NO NOS CONSTA ES HECHO DE TERCERO que deberá ser probado

AL HECHO SEPTIMO: NO ES UN HECHO sino una opinión acientífica que debe ser probada

A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demandante ya que no existe fundamento jurídico o fáctico alguno que pueda conllevar responsabilidad en relación a los hechos que se indican en el libelo demandatorio, en el entendido cierto que:

1. La paciente fue atendido con oportunidad y las atenciones fueron autorizadas en forma oportuna por Nueva EPS.
2. LA SITUACIÓN CAUSADA ERA UN RIESGO DEL TRATAMIENTO.

ARGUMENTOS DE DEFENSA DE LA ENTIDAD NUEVA EPS

La Entidad que represento no reconoce responsabilidad alguna en las patologías del paciente, que corresponden es a la gravedad de su enfermedad y no a error o demora algunos.

Proponemos las siguientes excepciones:

AUSENCIA DE CULPA DE NUEVA EPS

Si para que sea indemnizable un daño, se requiere primero que exista el daño, y la existencia de un nexo entre ese daño y la actividad del demandado. Lo antes expuesto establece claramente como NUEVA EPS no ha generado grado alguno de responsabilidad y mucho menos de culpabilidad en la realización del supuesto hecho dañoso, ya que como se manifestó en un principio en la contestación de los hechos, NUEVA EPS autorizó el tratamiento que requirió la paciente.

CUMPLIMIENTO CABAL DE LAS OBLIGACIONES DE LA NUEVA EPS EN SU CONDICIÓN DE ASEGURADOR.

C

C

154

LA NUEVA EPS SA cumplió con todas sus obligaciones desde que fue la EPS de la PACIENTE, emitiendo todas las autorizaciones que requirió y autorizando cada una de las operaciones efectuadas por la IPS demandada, por lo que no existe acto volitivo suyo que pueda considerarse nexo causal entre el pretendido error médico con el daño.

INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA ACTIVIDAD DE NUEVA EPS Y EL RESULTADO FINAL

Se ha establecido a lo largo de este escrito y en especial en las excepciones hasta ahora planteadas que NUEVA EPS S.A. en su condición de empresa promotora de salud, en el organigrama establecido en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), cumplió a cabalidad las obligaciones generadas en tal calidad en lo que respecta al paciente, NUEVA EPS S.A. brindo las condiciones necesarias para la atención en salud del mismo.

Cosa distinta es la atención que tanto la IPS como el cuerpo médico haya dado al paciente de manera directa, ya se ha dicho con antelación que sobre el acto médico y el acto institucional, la EPS no tiene injerencia ni participación alguna.

Si bien es cierto, no se acepta que hubiera existido error alguno por parte del cuerpo médico, se debe dejar claridad sobre las posiciones dadas por las altas cortes al respecto.

Este punto ya ha sido tratado por la jurisprudencia nacional, en la que se reconoce de manera directa que la EPS no se le hace extensivo el resultado dañoso por errores, omisiones o deficiencias generada en la IPS o por parte del cuerpo médico tratante, esto ha manifestado el H. Consejo de Estado en fallo reciente:

" (...)

IV.- Las pretensiones de la demanda están llamadas a prosperar y por esa razón la sentencia de primera instancia objeto del recurso de apelación será revocada, por cuanto dentro del proceso se probó la existencia de los elementos constitutivos de falla en el servicio, que resultan determinantes en la producción de la muerte del menor (...).

Debe señalarse claramente que la génesis de la litis se ubica única y exclusivamente en la atención que recibió el menor en los minutos siguientes a su nacimiento, pues se encuentra acreditado que todos los cuestionamientos que precedieron al alumbramiento, relativos especialmente a la necesidad de una cesárea por la estrechez pélvica y el antecedente de parto instrumentado, se encuentran revaluados si se asume como hecho real y cierto la normalidad del parto, la inexistencia de

C

C

Y
150

sufrimiento fetal y la buena condición de salud con la que nació la criatura (apgar 8-10).

La Sala observa que dentro del proceso se integran simultáneamente los elementos estructurales de la responsabilidad civil extracontractual del Estado, así, el hecho imputable a la administración consistente en la falta de recursos logísticos necesarios y básicos para atender la emergencia presentada en relación con el menor fallecido, se encuentra probada con las declaraciones testimoniales de los señores (...). El daño por su parte se concreta propiamente con la muerte del menor (...) y se predica frente a quienes son demandantes dentro de esta actuación (padres y hermana de la víctima directa). La existencia de la relación o nexo de causalidad entre el hecho imputable a los demandados y el daño alegado, se verifica partiendo del hecho probado relativo a la carencia de recursos, especialmente reflejados en los inconvenientes presentados con el oxígeno en la Sala de partos. En efecto, se probó que el neonato presentó una complicación en su estado general de salud, calificado inicialmente como "óptimo" con un apgar 8-10, dentro del período del postparto, contingencia cuyos orígenes son desconocidos. Sin embargo, la médica tratante consideró que en la implementación de la conducta médica – científica requerido para conjurar la emergencia, era necesario e indispensable el suministro de oxígeno, procedimiento que se frustró por la carencia de ese elemento en la sala de partos, frente a esta situación fue necesario que el celador, el padre de la menor y una de las auxiliares de enfermería presentes, acudieran a otras dependencias de la misma institución de salud para conseguir una pipeta de oxígeno que, una vez ubicada, presenta una avería en las mangueras haciéndose imposible su puesta en funcionamiento y por esa misma causa imposible el suministro oportuno de gas al paciente, pues el tiempo transcurrida, el paciente empeoraba en su estado de salud y el procedimiento sugerido en estos casos por la ciencia de la medicina que incluye la necesidad de proporcionarle gas – oxígeno, no se cumplió, circunstancias que implican, no sólo una sino múltiples fallas en la prestación del servicio.

De esta forma, no haber agotado el procedimiento o tratamiento médico requerido dada la afección presentada por el paciente, especialmente cuando ello no es posible por la reprochable insuficiencia de elementos necesarios y básicos indispensables requeridos para la atención de una urgencia en un establecimiento hospitalario, constituye sin hesitación alguna, una falla en la prestación del servicio.

En relación con la responsabilidad que se impone en la demanda a la Caja de Previsión Social de Comunicaciones - CAPRECOM - debe señalarse que, como se ha indicado anteriormente, la falla

C

C

5/50

en la prestación del servicio se produjo por la carencia de recursos físicos necesarios para una adecuada atención médica que requirió el recién nacido en el Hospital (...), entidad en la que fue asistido el parto de la demandante en virtud de la relación contractual existente entre la entidad promotora de salud (E.P.S) y la institución prestadora del servicio (I.P.S.), sin embargo, de los documentos allegados al proceso se observa claramente que CAPRECOM no intervino, ni directa, ni indirectamente en la producción del hecho dañoso y por esa razón no es posible endilgársele responsabilidad alguna a título de falla en la prestación del servicio, todo lo contrario, se acreditó que la disposición para la atención de la paciente por parte de la (E.P.S) CAPRECOM fue permanente. Por las anteriores razones la Caja de Previsión Social de Comunicaciones CAPRECOM será absuelta." (negrilla y resaltado fuera de texto)

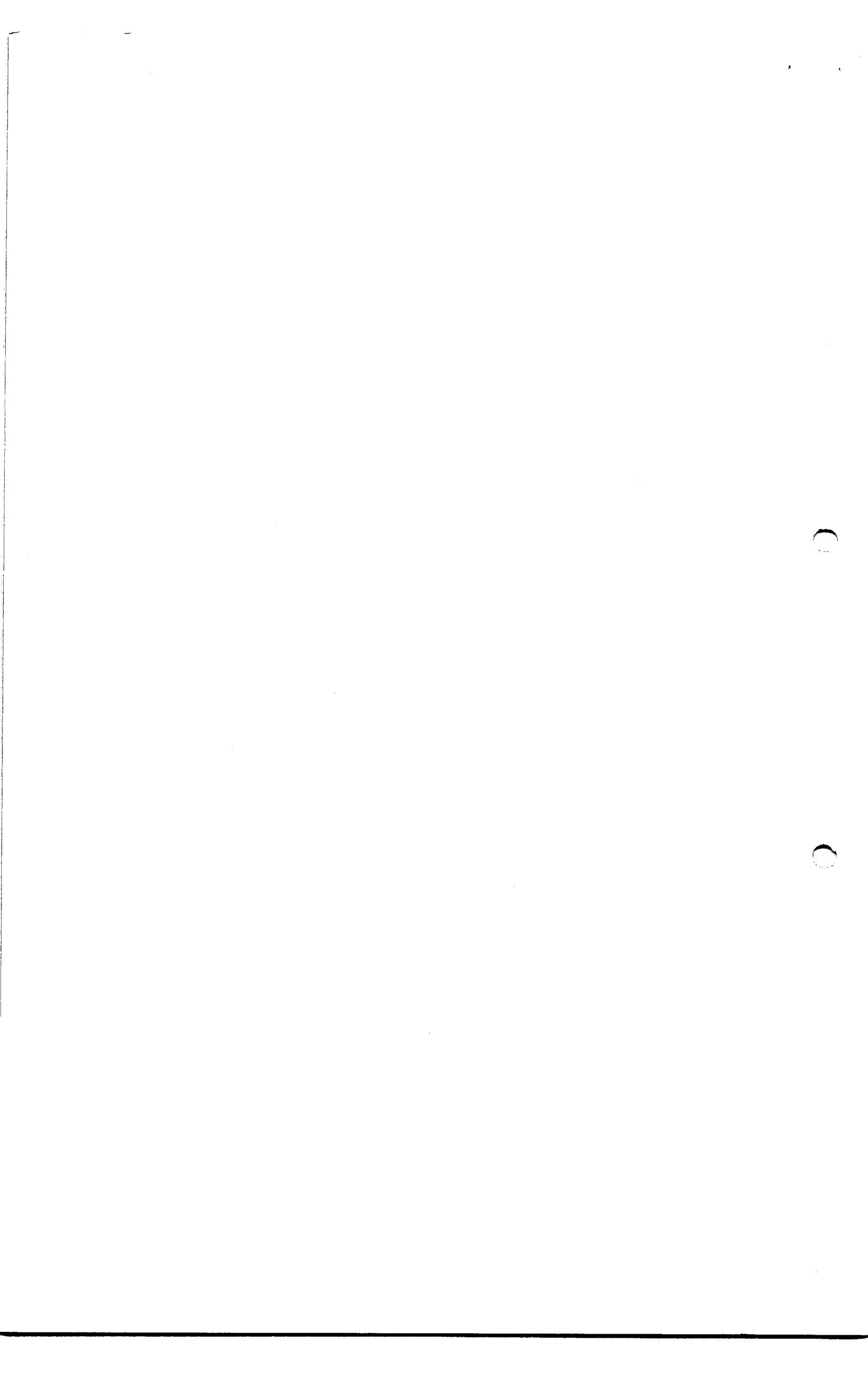
CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA Consejera ponente: MYRIAM GUERRERO DE ESCOBAR Bogotá, D.C., veintiocho (28) de abril de dos mil diez (2010).

Démonos cuenta como se establece en la jurisprudencia anotada que existe límite a la responsabilidad de cada uno de los integrantes del sistema, por lo que no se puede inferir de manera anticipada que un error u omisión de haber existido en el tratamiento del paciente sea imputable de manera inmediata a la EPS a la que está afiliado el paciente, y menos aun cuando por parte de dicha entidad (para el presente caso NUEVA EPS), se ha demostrado no solo con las pruebas obrantes en el proceso, sino por la manifestación propia de los demandante en el libelo introductorio, que se dio la atención necesaria, para la operación enjuiciada, que son obligaciones de la EPS por medio de las autorizaciones solicitadas para el servicio, con lo cual su obligación está cumplida a cabalidad, lo que necesariamente implica que el actuar de NUEVA EPS no fue determinante para el resultado, y de igual manera NUEVA EPS en ejercicio de sus obligaciones no entorpeció los procedimientos definidos por los médicos, por el contrario brindó el apoyo necesario y no puso traba alguna para la óptima atención del paciente.

De lo anterior puede deducirse de manera absoluta y definitiva que NO HAY ACTO DE PARTE DE NUEVA EPS DEL QUE SE PUEDA ESTABLECER UNA CONDUCTA CONTRARIA A DERECHO YA QUE ESTA ENTIDAD ACTUO DENTRO DE LOS LIMITES DE SUS OBLIGACIONES CON TODA LA DISPOSICIÓN Y DENTRO DE LOS PARAMETROS DE OPORTUNIDAD Y EFICIENCIA PROPIOS DE LA ENTIDAD.

INEXISTENCIA DE DAÑO ANTIJURIDICO

Sea lo primero a tomar en consideración que para que pueda existir la posibilidad de buscar un resarcimiento por una presunta falla médica,



deben existir tres elementos fundamentales a ser probados, cuales son un daño, un hecho o conducta y un nexo causal entre el hecho y el daño.

Cual es el daño en el presente proceso?

De la confusa demanda entendemos que considera que la atención que estima como errada y que causa un desgarro perineal

La jurisprudencia ha determinado el daño en la siguiente forma:

"... el daño antijurídico equivale a la lesión producida a un interés legítimo, ya sea patrimonial o extramatrimonial, cuyo titular no está obligado jurídicamente a soportarlo; de esta manera se ha desplazado la antijuricidad de la causa del daño al daño mismo, constituyendo un elemento estructural del daño indemnizaba (sic) y objetivamente comprobable". (Sentencia de 12 de noviembre de 1998; Consejero Ponente Dr. Juan de Dios Montes Hernández; Anales, Tomo CLXVII, 4 trim, 2ap; pág. 82)

Ahora bien, recordemos que a la paciente SE LE DIO LA ATENCIÓN QUE LA CIENCIA MÉDICA DETERMINÓ, y la situación causada en su salud, , fue un riesgo inherente a la operación y la atención médica recibida.

Que es un riesgo inherente a una actuación médica?

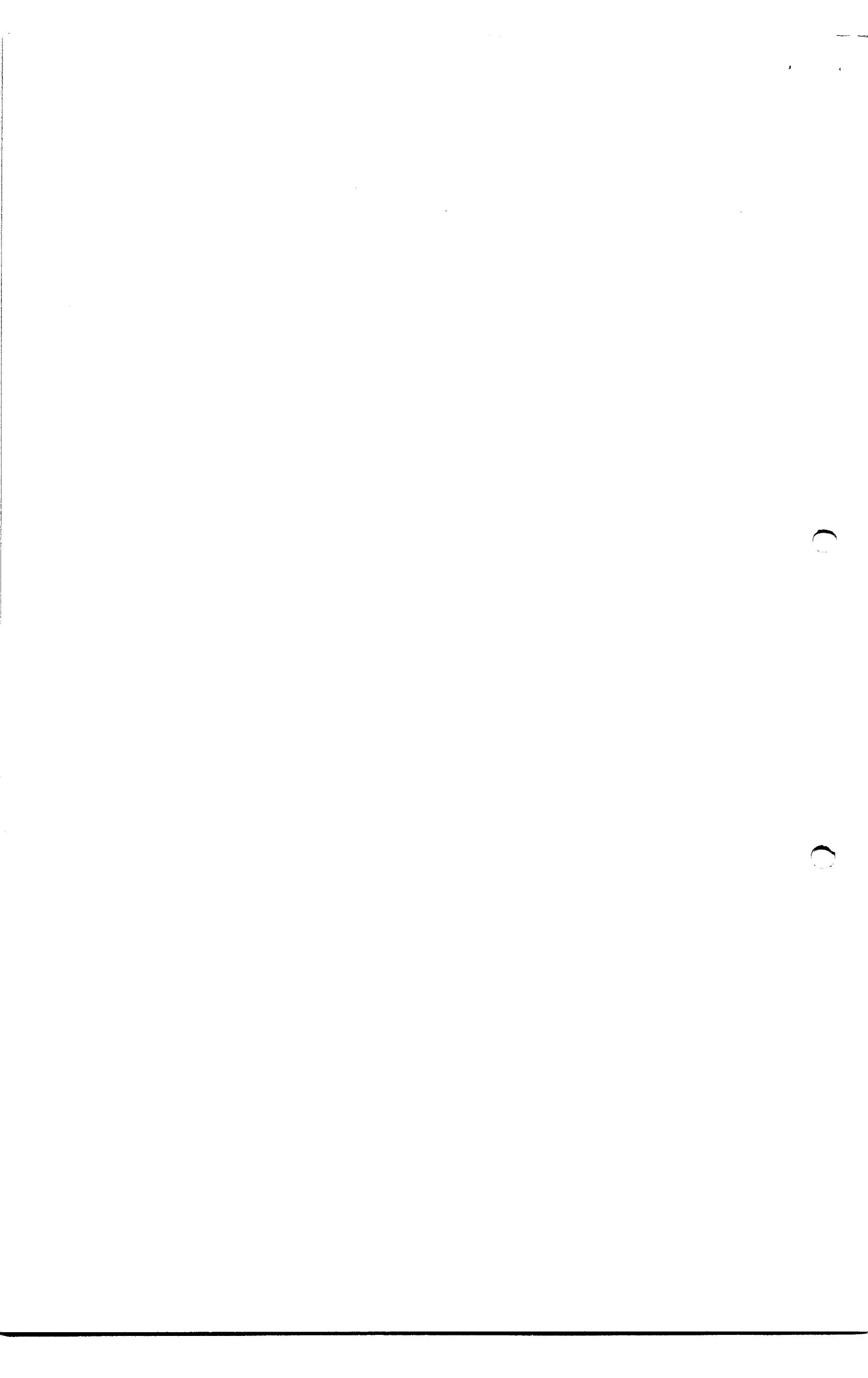
Para ilustrar al Despacho sobre la definición de riesgo inherente, extractaremos apartes del escrito **EL CONCEPTO DE RIESGO EN MEDICINA, de los docentes Fernando Guzmán Mora, Md, Tc Med Carlos Alberto Arias Páez, publicado en la Revista Med, VOLUMEN 19 No. 2, Julio - Diciembre de 2011 Pag 241-247. Publicación de la Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá, así:**

(..)

"Cualquier tratamiento médico y quirúrgico es potencial causa de daño a la integridad del paciente. Ni la efectiva y humilde aspirina escapa a esta afirmación, pues ella puede producir la activación de una úlcera gástrica que lleve a hemorragia masiva, o puede ocasionar una reacción orgánica letal en algunos niños, que se conoce como el síndrome de Reyé. Su ingesta excesiva es la principal causa de intoxicación en niños, en quienes produce una severa acidosis metabólica.

(..)

Ni qué decir de los actos intervencionistas sobre el enfermo. La radioterapia para el cáncer ocasiona con frecuencia lesiones en órganos vecinos al comprometido por el tumor. Los métodos diagnósticos radiológicos que utilizan medios de contraste, pueden ocasionar la muerte en un paciente por reacción alérgica aguda debido a idiosincrasia de la persona. La cirugía, al ser el método terapéutico agresivo por excelencia, puede



700

ocasionar complicaciones que le son propias y que pueden ser causa de muerte de quien ha sido sometido incluso a intervenciones menores.

(...)

Esto quiere decir que la práctica de un acto médico debe estar respaldada por el ejercicio legítimo de un derecho y el cumplimiento de un deber por parte del profesional médico debidamente graduado y habilitado por la legislación nacional, en beneficio del paciente. Como todo acto médico implica un riesgo, para que este riesgo no sea considerado una agresión, su finalidad debe ser de ayuda al organismo enfermo y debe basarse en ciertas normas: licitud, ejecución típica, seguimiento de normas científicas universalmente aceptadas y profesionalismo.

(...)

De esta manera se explica que el riesgo inherente al acto médico, sea asumido como normal por el paciente y no por el mismo médico quien, dicho de paso, debe calcularlo con precisión, con el fin de no exponer al paciente a un peligro mayor del necesario. Si traspasa este límite previsto, estaría obrando culpablemente.

(...)

Ahora bien, NUESTRA LEGISLACION POSITIVA en tratándose de actos médicos, también determina respecto de la responsabilidad del médico por riesgos inherentes así:

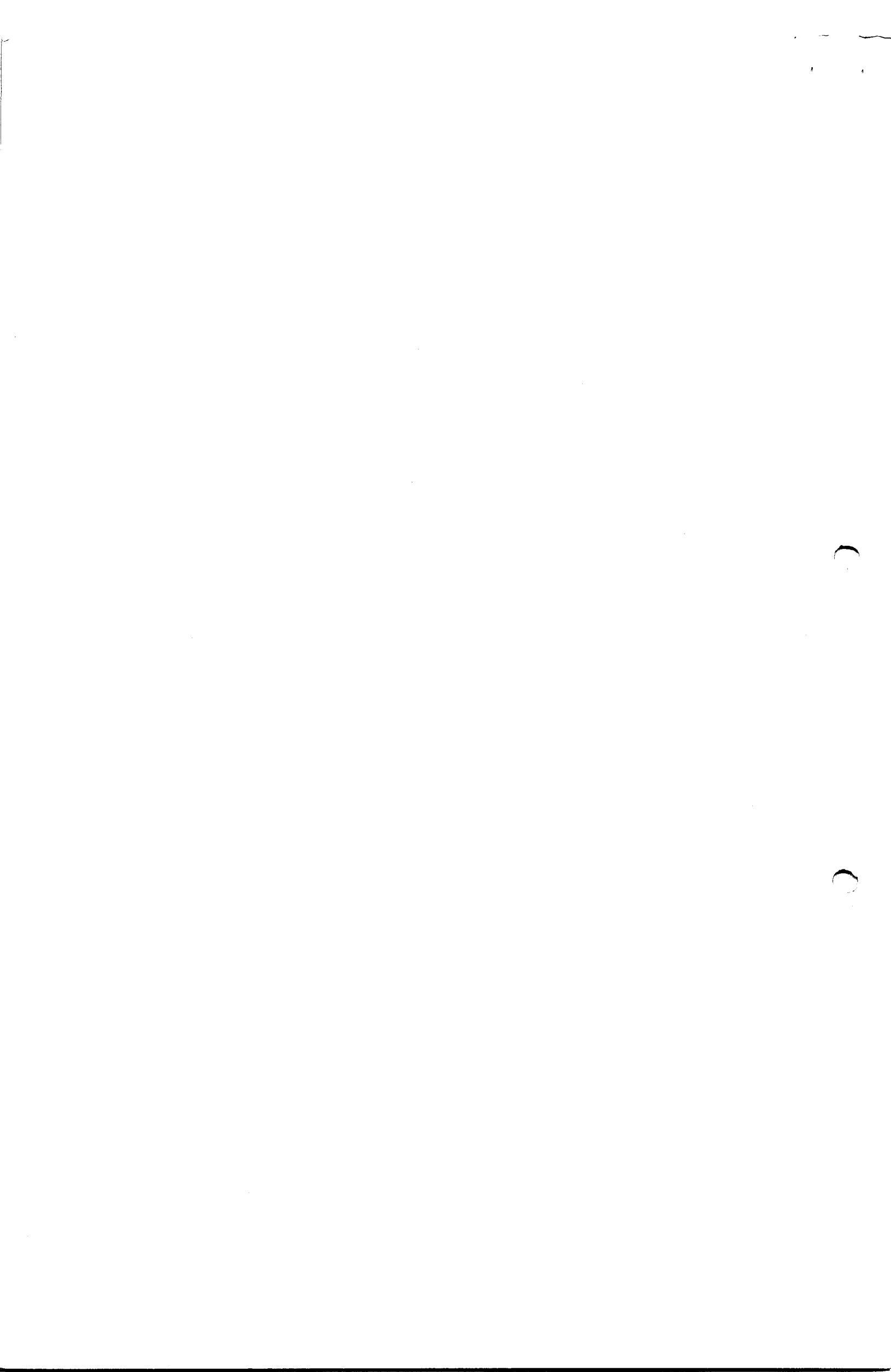
LA LEY 23 DE 1981

"ARTÍCULO 15. – El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que pueden afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente."

"ARTÍCULO 16. – La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados."

EL DECRETO REGLAMENTARIO 3380 DE 1981

"Art. 10. – "El médico cumple la advertencia del riesgo previsto, a que se refiere el inciso segundo del artículo 16 de la Ley 23 de 1981, con el aviso que en forma prudente, haga a su paciente o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica médica, pueden llegar a producirse consecuencia del tratamiento o procedimiento médico".



0159

SOLICITUD DE PRUEBAS

Con el debido respeto solicito el decreto y práctica de las siguientes pruebas:

DECLARACIÓN DE PARTE

Con toda atención solicito se cite a la parte demandante a que resuelva interrogatorio que efectuaré en los términos del artículo 198 y siguientes del Código General del Proceso, para lo cual en su oportunidad aportaré el mismo en sobre cerrado.

TESTIMONIALES

1. Con todo respeto solicito sea fijada fecha y hora para tomar prueba testimonial al señor médico NANCY WILCHES GARCIA, quien operó a la paciente y puede ser citada a través de la Fundación Hospital Universidad del Norte. El objeto de la prueba es determinar las características y oportunidad de las atenciones brindadas a la demandante

RESPECTO DE LAS PRUEBAS PEDIDAS POR LA PARTE DEMANDANTE

VALORACIONES SOLICITADAS POR LA ACTORA

Sea lo primero indicar que entendemos dicha prueba como dictámenes periciales.

La oportunidad y plazo para presentación de dictámenes periciales por las partes está expresamente reglada por el C.G.P. Así, el art 227 del CGP impone a la parte que pretende valerse de un dictamen pericial la carga de aportarlo.

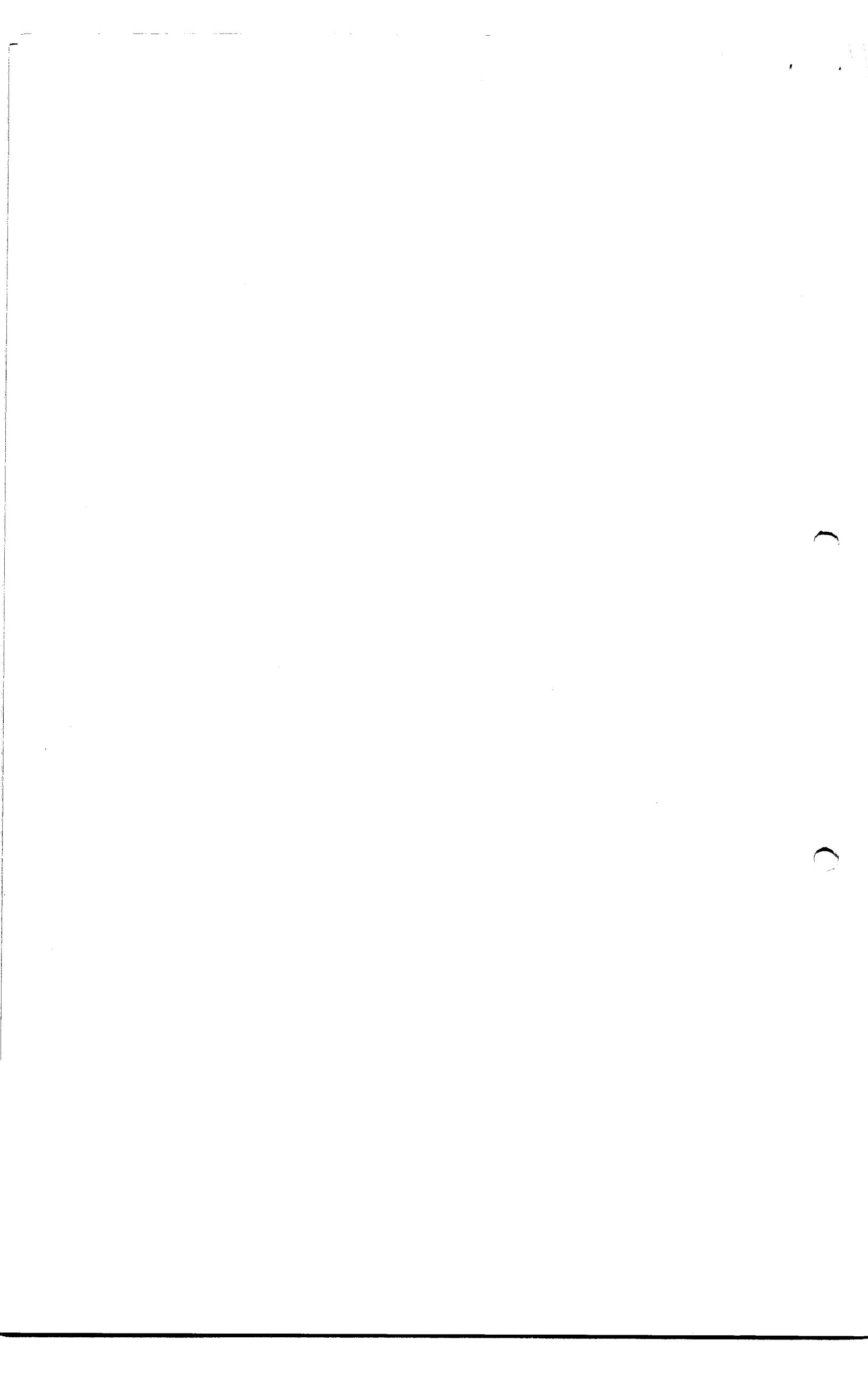
Por tanto los dictámenes solicitados por el apoderado demandante no deben ser decretados.

Artículo 227. Dictamen aportado por una de las partes

La parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas. Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días. En este evento el juez hará los requerimientos pertinentes a las partes y terceros que deban colaborar con la práctica de la prueba.

El dictamen deberá ser emitido por institución o profesional especializado

Al respecto en el Tribunal Superior del Atlántico son reiteradas las decisiones que avalan lo expuesto. Se cita auto de fecha 23 de



g160

Noviembre de 2018, Magistrado Ponente doctor Jorge Maya, Proceso 2017-321, Número en el Tribunal 41.763, partes Myriam Martínez de Guzman y otros contra Inverclínicas y Nueva EPS Juzgado de origen 14 Civil del Circuito, en el cual confirmo el auto mediante el cual el Juzgado Civil negó el decreto de la prueba pericial ante el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, indicando que la oportunidad para aportar dictamen pericial por la demandante es la demanda, conforme lo consagra el artículo 82 del C.G.P. en concordancia con el artículo 227 del mismo ordenamiento.

NOTIFICACIONES

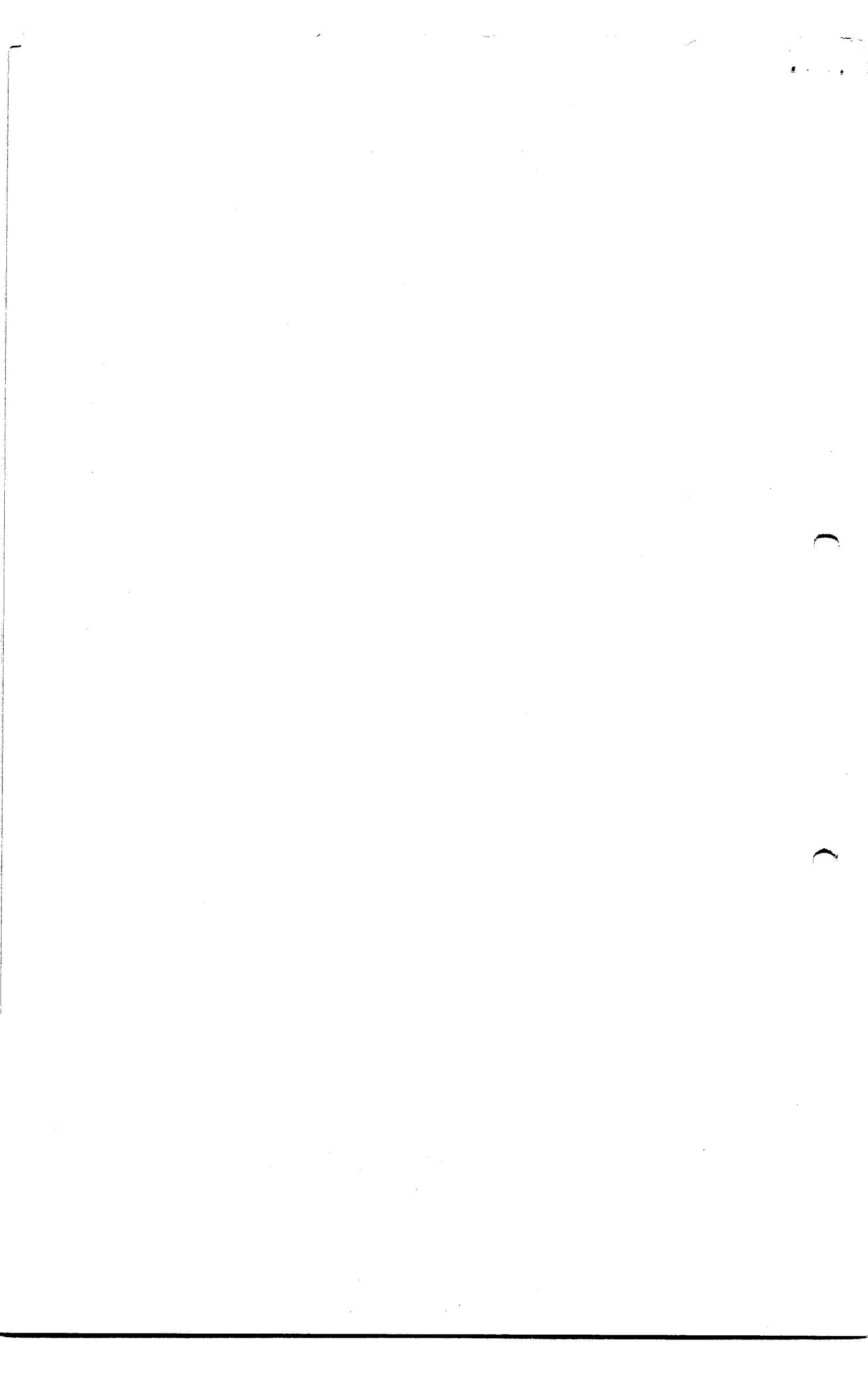
NUEVA EPS S.A. E.P.S.-S., en la carrera 85K 46 A – 66 piso 2 de la ciudad de Bogotá, correo electrónico secretaria.general@nuevaeps.com.co

EL suscrito en la Secretaría de su Honorable Despacho o en la Carrera 12 No. 71-53 oficina 103 de la ciudad de Bogotá, correo electrónico agarciac_2002@yahoo.com

Con toda atención,



ALBERTO GARCIA CIFUENTES
C.C. No. 7.161.380 de Tunja
T.P. No. 72.989 del C. S de la J.



161

RAD. 00165-2019

Secretaría:

Señor Juez, doy cuenta a Ud. con el proceso verbal adelantado por la señora YUSNEIDY PAOLA GUTIERREZ BARRIOS en contra de la FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE y la NUEVA EPS S. A., informándole que los demandados, constituyeron mandatario judicial, contestaron la demanda y presentaron excepciones de mérito.

A su despacho para que se sirva proveer.

Barranquilla, 14 de febrero de 2020.


BEATRIZ DIAZGRANADOS CORVACHO
SECRETARIA

JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO. Barranquilla, 14 de febrero de dos mil veinte (2020).

Reconózcase y téngase al doctor ANTONIO DAVILA GARCIA como apoderado judicial de la FUNDACION HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE, en los términos y para los fines indicados en el poder que le fue conferido.

Reconózcase y téngase al doctor ALBERTO GARCIA CIFUENTES como apoderado judicial de la NUEVA EPS S. A., en los términos y para los fines indicados en el poder que le fue conferido.

En su oportunidad se le impartirá el trámite de ley a la contestación y excepciones formuladas por los demandados.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE


RAÚL ALBERTO MOLINARES LEONES
JUEZ

