

Señores
JUZGADO DOCE (12°) CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA
E. S. D.

Referencia:	Proceso Declarativo Verbal - Responsabilidad Civil
Radicado:	68001-31-03-012-2016-00273-00
Demandante:	Jose Alisai Jaramillo Acevedo y otros.
Demandados:	Oscar Fernando Calvo Corredor y otros.

Asunto: Contestación de la demanda

EDSON JHAIR BARRAGÁN RUIZ, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.098.763.179 de Bucaramanga, abogado en ejercicio con tarjeta profesional No. 297.158 del C.S.J., encontrándome dentro del término legal, con el presente escrito procedo a CONTESTAR LA DEMANDA, como apoderado del **DR. OSCAR FERNANDO CALVO CORREDOR**.

I. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO PRIMERO:- Es parcialmente cierto. Al señor Jose Alisai, quien según la Historia Clínica tenía 57 años de edad y era afiliado de la E.P.S. Saludcoop, se le programó un examen de Colonoscopia, el cual fue practicado en el Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros S.A., el 27 de marzo del 2014; sin embargo, este no se practicó a las 9:57 a.m. como lo afirma el demandante. De acuerdo con el Informe Quirúrgico Nro. 35755, el examen fue practicado el 27 de marzo del 2014 a las 15:21.

1

AL HECHO SEGUNDO:- Es parcialmente cierto. Lo descrito en este hecho corresponde con los hallazgos descritos en el informe de la colonoscopia practicada el 27 de marzo del 2014 a las 15:21, sin embargo, se aclara que el número del informe del examen practicado al señor Jose Alisai es 35755 y no 452301, como se indicó en este hecho.

Ahora bien, es importante resaltar que ante los hallazgos descritos por el Dr. Oscar Calvo, decidió ingresar de inmediato al paciente al servicio de urgencias para practicarle exámenes diagnósticos y, de esta manera, confirmar la sospecha:

DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO:

- 1. COLONOSCOPIA HASTA ANGULO ESPLÉNICO DEL COLON.
- 2. ENFERMEDAD DIVERTICULAR MODERADA.
- 3. SOSPECHA DE PERFORACION COLONICA.

Descripción Quirúrgica 2:

Se considera ingresar por urgencias para evaluación con radiografía de torax vertical.

Hallazgos:

Cirujano: CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO

1

¹ Informe Quirúrgico Colonoscopia Nro. 35755 del 27/03/2014, Paciente: Jose Alisai Jaramillo Acevedo.

EDSON JHAIR BARRAGÁN RUIZ

Abogado
Especialista en Derecho Procesal Civil

368

AL HECHO TERCERO-: En este hecho se describen varias situaciones que requieren pronunciamiento separado para mayor claridad.

- En primer lugar, lo descrito en este hecho corresponde a una transcripción modificada del registro de la *epicrisis de hospitalización* del paciente (no de la Historia Clínica completa), es decir, de un resumen de la Historia Clínica. En ese momento el paciente se encontraba en el servicio de urgencias por orden inmediata y oportuna del Dr. Oscar Calvo, quien durante el examen de colonoscopia sospechó una perforación y ordenó exámenes de rayos x para confirmar o descartar la sospecha. En ese sentido, decidió practicar *laparotomía exploratoria* debido a que el examen de rayos x ordenado por el Dr. Calvo evidenció neumoperitoneo, es decir, gas libre en la cavidad peritoneal².
- Ahora bien, no es cierto que el Dr. Oscar Fernando Calvo Corredor hubiese actuado con negligencia y mucho menos con impericia. La colonoscopia es un procedimiento diagnóstico ambulatorio (no es una cirugía) que, generalmente, tiene un riesgo de complicación mínimo (sangrado/hemorragia, infección, perforación), sin que pueda decirse que este puede ser eliminado por completo, pero que fue informado y explicado al paciente antes del procedimiento.

Al respecto, la literatura científica³ ha descrito que, aunque es poco frecuente, cuando se evidencia una perforación durante colonoscopia es necesario establecer un diagnóstico y un tratamiento precoz o temprano, pues de no ser así, aumenta el riesgo de morbimortalidad. En este caso y ante una situación totalmente irresistible, el Dr. Oscar Calvo ordenó los exámenes necesarios para establecer el diagnóstico y, con los resultados, ordenó el procedimiento quirúrgico donde suturó exitosamente la lesión; todo esto en un lapso de 2 horas, sin que el paciente egresara del servicio, pues la cirugía fue practicada por el mismo Dr. Calvo el 27 de marzo del 2014 a las 17:20, según Informe Quirúrgico Nro. 35765. En dicho procedimiento quirúrgico se identificó la lesión y se realizó la sutura, sin complicaciones.

2

- Tampoco es cierto que el Dr. Oscar Calvo hubiese actuado imperitamente. Como se evidencia en la Hoja de Vida que se aporta con la presente contestación, el Dr. Calvo es médico cirujano, especialista en cirugía general, cirugía gastrointestinal y endoscopia digestiva, con una larga experiencia en la práctica de este tipo de procedimientos diagnósticos, por lo que en modo alguno puede tildarse de imperito, ya que lo ocurrido fue una situación médica infrecuente pero irresistible.

NO EXISTE HECHO CUARTO.

AL HECHO QUINTO-: Es cierto, de acuerdo con la *epicrisis de hospitalización* aportada por la parte actora, el señor Jose Alisai Jaramillo Acevedo fue trasladado al servicio de hospitalización del Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros S.A. una vez finalizó el procedimiento quirúrgico y permaneció allí entre los días 27 de marzo del 2014 y 07 de abril de 2014 (11 días), con el fin de brindarle manejo antibiótico y practicarle

² Tomado del Diccionario Médico, Clínica Universidad de Navarra. Disponible en la web: <https://www.cun.es/diccionario-medico?letra=n&pagina=15>

³ Al respecto: Sandra Alonso, et al. "Incidencia de la perforación iatrogénica por colonoscopia y resultados del tratamiento en un hospital universitario". Revista Elsevier. Pág. 42: "La perforación del colon como complicación de una endoscopia digestiva baja es poco frecuente aunque grave, dado que puede ser causa de peritonitis y sepsis secundaria con una elevada morbimortalidad. La tasa de perforación como complicación de la endoscopia digestiva baja en series amplias se ha calculado entre el 0,03-0,9%..."

EDSON JHAIR BARRAGÁN RUIZ

Abogado

Especialista en Derecho Procesal Civil

paraclínicos para tener la seguridad de que no se presentaran complicaciones tardías como colecciones, abscesos o peritonitis residual. Durante ese tiempo el paciente estuvo estable y sin signos de infección, por lo que fue dado de alta el 07 de abril del 2014, con recomendaciones y signos de alarma:

CONSULTA URGENCIAS

Consultar x Urgencias si presenta alguno de los siguientes signos

- Dificultad Respiratoria
- Fiebre
- Enrojecimiento, calor, dolor o drenaje de líquido en la herida quirúrgica
- Dolor intenso
- Otros

4

AL HECHO SEXTO-: Es cierto, lo transcrito en este hecho corresponde a la lectura del examen de Ultrasonografía de Abdomen Total practicado al señor Jose Alisai el 04 de abril del 2014 y firmado por la profesional Melina Amaya Paniagua. Dicho hallazgo de "Íleo" significa una disminución del tránsito o movimiento del intestino, secundario al procedimiento quirúrgico, sin implicaciones importantes.

AL HECHO SÉPTIMO-: No es cierto que el 26 de abril del 2014 se le haya practicado una Tomografía Axial Computarizada de Abdomen y Pelvis (TAC Abdominopélvica) al señor Jose Alisai Jaramillo. El examen a que se hace referencia en este hecho fue practicado el 06 de abril del 2014 y confirmó la presencia de divertículos en el colon del paciente. Así mismo, descartó la presencia de líquido libre o colecciones en cavidad abdominal, lo que evidenciaba una evolución satisfactoria del paciente en su post operatorio.

3

AL HECHO OCTAVO-: Es cierto, lo transcrito en este hecho corresponde a la lectura del examen de ecografía de tejidos blandos practicada al paciente Jose Alisai Jaramillo Acevedo y que fue firmada por el Dr. Gabriel E. Botia B.

AL HECHO NOVENO-: No le consta al Dr. Oscar Calvo, pues se trató de una valoración realizada por otro profesional, en la que no participó. No obstante, se evidencia en los documentos allegados por la parte demandante que lo transcrito en este hecho corresponde a lo descrito por el médico general Jorge Antonio Gaviria Bautista en consulta fechada 12 de marzo del 2015. Ahora bien, es importante realizar las siguientes aclaraciones:

La cicatriz queloide es inherente al proceso de cicatrización de cada individuo, es decir, se trata de un proceso biológico idiosincrático, que depende de cada organismo y no del acto médico.

En cuanto a la dispepsia y el dolor abdominal, es un trastorno frecuente de la población general. Los síntomas de dispepsia incluyen dolor o molestias en el abdomen superior, así como síntomas de quemazón, presión o plenitud (saciedad precoz). Estos síntomas están relacionados, muchas veces, con las comidas. Otros síntomas frecuentes son la sensación de náuseas, eructos y distensión. También hay que destacar que el paciente Jose Alisai Jaramillo tenía un antecedente de *discoptia* de L4-L5 y L5-S1, la cual, también es una causa de dolor abdominal crónico y tuvo que ser intervenida quirúrgicamente el

⁴ Historia Clínica de Jose Alisai Jaramillo Acevedo. Plan de Egreso Hospitalario 07/04/2014 - 9:59:00. Pág. 34 de 35.

EDSON JHAIR BARRAGÁN RUIZ

Abogado

Especialista en Derecho Procesal Civil

22 de mayo del 2017, como se evidencia en el Informe Quirúrgico Nro. 77101 del Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros S.A.

Además, basta revisar la historia clínica del señor Jose Alisai con posterioridad a la colonoscopia y laparotomía, donde se evidencian múltiples ingresos relacionados con afecciones de tipo vertebral, lumbar y ortopédico, sin que ninguno de ellos tenga como causa *dolor abdominal*; así mismo, en ninguno de los exámenes físicos practicados durante esas consultas manifestó abdomen doloroso.

Por lo que dichas condiciones relacionadas como secuelas por el médico general Jorge Antonio Gaviria Bautista, no están relacionadas ni con la colonoscopia ni con la perforación ni con el procedimiento quirúrgico practicado por el Dr. Oscar Calvo para suturarla.

AL HECHO DÉCIMO-: En este hecho se describen varias situaciones que requieren pronunciamiento separado para mayor claridad.

- No es cierto que se hubiese presentado una negligencia médica, como lo sugiere la parte actora. Se indicó en respuesta a un hecho anterior y se probará a lo largo del proceso, que la perforación durante un examen de colonoscopia ha sido descrita por la literatura científica como una situación infrecuente, de muy baja ocurrencia, pero inherente a dicho procedimiento diagnóstico y que en este caso fue informada oportunamente al paciente. Ahora, pese a ser infrecuente, dicho riesgo no puede ser eliminado por completo, por lo que de presentarse debe ser diagnosticada y tratada de manera precoz, ya que puede ser letal, siendo la opción quirúrgica la mayormente aceptada. En el caso del señor Jose Alisai, la sospecha se presentó durante el examen, por lo que fue trasladado inmediatamente al servicio de urgencia para la práctica de imágenes diagnósticas que evidenciaron neumoperitoneo y, finalmente, fue intervenido quirúrgicamente para suturar la lesión, todo en un lapso aproximado de 2 horas, sin ningún tipo de complicación y con evolución satisfactoria.
- Frente a los presuntos daños físicos y psicológicos, así como lo relacionado con las deudas, estilo de vida e impedimento para trabajar del señor Jose Alisai Jaramillo Acevedo, no le constan al Dr. Oscar Calvo, pues se trata de situaciones de índole personal del paciente que escapan de su conocimiento. No obstante lo anterior, vale la pena resaltar que en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral elaborado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander el día 25 de abril del 2018, aportado por la parte actora, no se describieron alteraciones de índole psicológico y, además, se registró que el señor Jaramillo Acevedo sí trabaja: "Rol laboral habitual conductor de camión, actualmente ayudante de viaje", es decir, contradice lo afirmado respecto a los presuntos daños psicológico y al impedimento para trabajar:

Fecha: 22/04/2018
Especialidad: **PSICOLOGÍA (JRCIS)**
Teniendo en cuenta las deficiencias establecidas por medico ponente, se revisan los soportes correspondientes y se lleva a cabo entrevista encontrándose paciente que acude por sus propios medios, marcha autónoma, dominancia derecha. Se observa alerta, sin alteraciones en la orientación auto y alopsíquica, ánimo modulado, sin evidencia aparente de alteraciones cognitivas, de la sensoropercepción, juicio o raciocinio. **Rol laboral habitual conductor de camión, actualmente ayudante de viaje.** Unión libre con hijo de 2 años.

4

⁵ Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral elaborado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander el día 25 de abril del 2018. Prueba documental allegada por la parte demandante. Folio 353 del expediente.

EDSON JHAIR BARRAGÁN RUIZ

Abogado
Especialista en Derecho Procesal Civil

- Frente a la persistencia de dolores, no le consta al Dr. Oscar Calvo, pues su última atención fue durante el control post operatorio del 30 de abril del 2014, en donde evidenció una buena evolución del paciente, quien al examen físico se encontraba con abdomen blando, depresible, sin distensión abdominal y con dolor leve en la zona quirúrgica que, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde el procedimiento quirúrgico, era normal, razón por la que se ordenaron medicamentos para el dolor y control en 3 semanas al que no asistió.

Ahora bien, debe recordarse que de acuerdo a la historia clínica, el paciente ha presentado una serie de patologías de tipo vertebral (*discopatía L4-L5 y L5-S1^o*), lumbar y ortopédico, las cuales han sido objeto de tratamiento para manejo del dolor que ha incluido procedimientos quirúrgicos (Bloqueos, artroscopia de manguito rotador, resección de masa en gemelos). Sin embargo, en ninguna de estas consultas el paciente refirió dolor abdominal relacionado con el antecedente de perforación y la cirugía de sutura practicada por el Dr. Calvo, ni se registró este hallazgo en los diferentes exámenes físicos.

Finalmente, del citado Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral se extrae que la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander estableció como diagnósticos de la Pérdida de Capacidad Laboral del señor Jose Alisai, únicamente la *hipertensión* y los *trastornos de los discos intervertebrales*, no la perforación del colon ni la cirugía de laparotomía practicada por el Dr. Oscar Calvo:

6. Fundamentos para la calificación del origen y/o de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional			
Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias			
Diagnósticos y origen			
CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Origen
I10X	Hipertensión esencial (primaria)		Enfermedad común
M51B	Otros trastornos especificados de los discos intervertebrales		Enfermedad común

5

AL HECHO DÉCIMO PRIMERO- No es cierto que el Dr. Oscar Calvo haya actuado con negligencia ni impericia, como se explicó en respuesta a los hechos anteriores. Frente a la pérdida de contratos laborales, no le consta a mi poderdante, pues se trata de situaciones personales del paciente que escapan de su conocimiento.

II. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LAS PRETENSIONES

Respecto a las pretensiones invocadas por la parte demandante, de manera tajante mi poderdante se opone a todas y cada una de ellas, numeradas en su escrito.

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA- Se opone el Dr. OSCAR FERNANDO CALVO CORREDOR a la declaración de responsabilidad civil extracontractual, por cuanto en sus

⁶ Resonancia Magnética de Idime. Prueba aportada por la parte demandante. Folio 66 del expediente.

⁷ Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral elaborado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander el día 25 de abril del 2018. Prueba documental allegada por la parte demandante. Folio 353 del expediente.

EDSON JHAIR BARRAGÁN RUIZ

Abogado
Especialista en Derecho Procesal Civil

actuaciones no se configuran los elementos constitutivos de Responsabilidad⁸, en virtud a que su conducta estuvo regida por los postulados de la *Lex Artis* y su proceder estuvo exento de culpa, como se probará a lo largo del proceso. En efecto, la colonoscopia es un procedimiento diagnóstico ambulatorio que, según la literatura, aunque tiene un riesgo de perforación poco frecuente, este es irresistible y no se puede eliminar por completo. Ahora bien, en el caso del paciente Jose Alisai Jaramillo, una vez se sospechó durante el examen, se ingresó al servicio de urgencias de manera oportuna para la práctica de exámenes y se practicó el procedimiento quirúrgico requerido, sin complicaciones, todo en un lapso de aproximadamente 2 horas, tal como lo indica la *lex artis ad hoc*.

FRENTE A LA PRETENSIONES SEGUNDA, TERCERA, CUARTA Y QUINTA (Sic.):- Se opone el Dr. OSCAR FERNANDO CALVO CORREDOR a la solicitud de condena al pago de perjuicios a título de responsabilidad civil a favor de los demandantes, pues al no existir acto culposo ni responsabilidad en cabeza suya, tampoco existe obligación alguna de indemnizar.

Ahora bien, se solicita condena por presuntos DAÑOS A SALUD y DE CARÁCTER ESTÉTICO, categorías inexistentes en la jurisdicción ordinaria. Por otro lado, se solicitan PERJUICIOS MORALES, estimados en cantidades exorbitantes⁹ que exceden ampliamente las reconocidas en la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia frente a casos de muerte¹⁰, situación que no se acompasa con la de los demandantes.

También se opone el Dr. Oscar Calvo a la solicitud de condena por concepto de DAÑO EMERGENTE por la suma de \$83.365.000, representados en recibos, certificaciones bancarias y cuentas de cobro relacionados con deudas de terceros y obligaciones personales vencidas, cuyo origen no es el daño que alega y por conceptos que en nada tienen que ver con la atención dispensada por él como profesional de la salud.

Finalmente, se opone el Dr. Oscar Calvo a la solicitud de condena por concepto de LUCRO CESANTE, estimado en la suma de \$62.000.000 producto de una presunta cesación de labores por 31 meses, de la que no se allegó prueba. Así mismo, tampoco se allegó prueba de la fuente ni del monto los ingresos mensuales que manifiestan dejó de percibir el señor Jose Alisai durante esos 31 meses.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEXTA:- Se opone el Dr. OSCAR FERNANDO CALVO CORREDOR a la solicitud de condena al pago de agencias en derecho, pues al no existir responsabilidad en cabeza de mi poderdante frente a la parte demandante, tampoco existe obligación alguna de pagar sumas por este concepto.

⁸ Valga decir, A) EL DAÑO: debe ser cierto, personal y directo; B) LA CULPA: atribución que va más allá del sentido material del resultado; y C) EL NEXO CAUSAL: la relación condicional entre la primera y la segunda

⁹ Se solicitan 300 salarios mínimos para el paciente, señor Jose Alisai Jaramillo Acevedo, y 100 salarios mínimos para cada una de los 4 co-demandantes.

¹⁰ Jurisprudencia reiterada de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia: Sentencias SC5686-2018 de 19 de dic. 2018; SC15996-2016 de 29 de sept 2016, rad. n° 11001-31-03-018-2005-00488-01; SC13925-2016, rad. 2005-00174-01; SC del 9 de julio de 2012, Exp. 2002-101-01; SC del 17 de noviembre de 2011, Exp. 1999-533).

III. EXCEPCIONES

1. AUSENCIA DE CULPA EN EL ACTO MÉDICO DEL DR. OSCAR FERNANDO CALVO CORREDOR.

La responsabilidad civil encuentra su fundamento en la culpa, elemento centrado específicamente en el comportamiento del sujeto de quien se pretende la indemnización en virtud de la atribución de aquella. En el campo concreto de la medicina, se ha aceptado la existencia de reglas, normas o directrices específicas que regulan la medicina basada en evidencia. Todos los médicos están sujetos a unos cánones o principios técnicos para el ejercicio de su profesión, debiendo el profesional de la salud atender además los criterios o procederes que son usuales en determinadas condiciones de tiempo u lugar de acuerdo con los conocimientos o el avance de la ciencia médica, lo que se conoce como la *lex artis ad hoc*.

La culpa, tratándose de responsabilidad civil médica, debe ser *probada* por la parte demandante, quien debe determinar con certeza, además de los otros elementos de la responsabilidad, porqué el comportamiento del médico fue *imprudente, imperito o negligente*. Esta es una posición consolidada de antaño por la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia de la siguiente manera:

“(…) Y, en fecha más reciente, fortaleciendo la posición reseñada precedentemente, esta Corporación asentó lo que, hasta la fecha, ha sido el derrotero observado. Así se pronunció:

«Por supuesto que, si bien el pacto de prestación del servicio médico puede generar diversas obligaciones a cargo del profesional que lo asume, y que atendiendo a la naturaleza de éstas dependerá, igualmente, su responsabilidad, no es menos cierto que, en tratándose de la ejecución del acto médico propiamente dicho, deberá indemnizar, en línea de principio y dejando a salvo algunas excepciones, los perjuicios que ocasione mediando culpa, en particular la llamada culpa profesional, o dolo, cuya carga probatoria asume el demandante, sin que sea admisible un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos (sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001, entre otras)».¹¹ (Subrayas fuera de texto original).

Dicho de otra manera, para que se pueda atribuir responsabilidad a un médico en el ejercicio de su profesión, debe la parte demandante demostrar que el profesional de la medicina actuó de manera contraria a como lo impone esa *lex artis*, es decir, que incurrió en una falta a sus deberes específicos como el profesional.

Descendiendo al caso concreto, se duele la parte demandante de que mi poderdante, Dr. Oscar Calvo, haya actuado con *negligencia e impericia* durante la práctica de un examen diagnóstico de Colonoscopia, pues en su concepto la perforación que tuvo lugar durante el procedimiento es evidencia de una mala praxis.

¹¹ Corte Suprema de Justicia. Sala Civil. Sentencia SC12947-2016 del 15 de septiembre del 2016, reiteración de sentencia CSJ SC 22 de julio 2010, rad. 2000 00042 01.

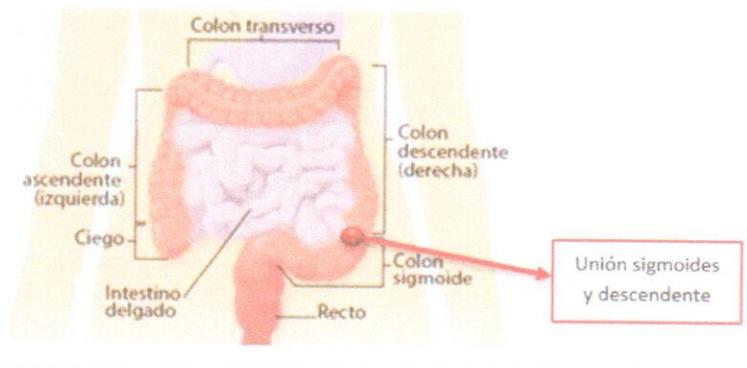
EDSON JHAIR BARRAGÁN RUIZ

Abogado

Especialista en Derecho Procesal Civil

374

Según la descripción quirúrgica de la laparotomía realizada el 27 de marzo del 2014 a las 17:20, la perforación se presentó en el colon descendente (en unión de sigmoide y descendente) sobre sitio de fijación al retro peritoneo:



12

De acuerdo a la literatura científica, las perforaciones del colon durante exámenes de Colonoscopia son infrecuentes, sin embargo, se trata de un riesgo propio e irresistible de este tipo de procedimientos diagnósticos. Al respecto, se ha dicho que *"La perforación del colon como complicación de una endoscopia digestiva baja es poco frecuente aunque grave, dado que puede ser causa de peritonitis y sepsis secundaria con una elevada morbimortalidad. La tasa de perforación como complicación de la endoscopia digestiva baja en series amplias se ha calculado entre el 0,03-0,9%..."*, por lo que una vez presentada, es importante y necesario diagnosticarla y tratarla a oportunamente.

8

Dentro del tratamiento de este tipo de perforaciones, la literatura ha descrito la técnica quirúrgica como la de mayor aceptación. Al respecto se ha dicho que *"Aunque se describen casos específicos tratados conservadoramente (...), en series recientes entre el 33 y el 100% de los enfermos precisan de una laparotomía urgente tras el diagnóstico con un índice de morbilidad entre el 27 y el 39% y de mortalidad entre el 0 y el 14%"*¹³. En similar sentido se refirieron otros autores, quienes en un estudio más reciente indicaron que *"(...) La mayoría de estos pacientes precisarán tratamiento quirúrgico, ya sea sutura simple o resección con anastomosis, y quedará reservado el tratamiento conservador para pacientes seleccionados"*¹⁴.

Aunado a lo anterior, el sitio donde se presentó la lesión (unión del colon sigmoide y colon descendente), está descrito como aquel donde se presenta la mayor parte de las perforaciones *"... al tratarse de una zona con frecuencia más tortuosa y de difícil paso"*¹⁵.

En el caso concreto, el Dr. Oscar Calvo sospechó una perforación durante la colonoscopia, teniendo en cuenta que el paciente manifestó dolor intenso y se desaturó. En ese sentido, suspendió de inmediato el procedimiento, lo trasladó al servicio de urgencia para la práctica de imágenes diagnósticas que evidenciaron neumoperitoneo y, finalmente, lo intervino quirúrgicamente para suturar la lesión, todo en un lapso

¹² Tomado de la web: https://www.cdc.gov/spanish/cancer/colorectal/basic_info/index.htm

¹³ García Martínez M.T., et al. "Perforación tras colonoscopia: experiencia en 16 años". Revista Española de Enfermedades Digestivas. Vol. 99 No. 10. Pág. 589.

¹⁴ Sandra Alonso, et al. "Incidencia de la perforación iatrogénica por colonoscopia y resultados del tratamiento en un hospital universitario". Revista Elsevier. Pág. 44.

¹⁵ Sandra Alonso, et al. Ibídem. Pág. 44.

EDSON JHAIR BARRAGÁN RUIZ

Abogado
Especialista en Derecho Procesal Civil

aproximado de 2 horas, sin egresar al paciente, sin que se presentara ningún tipo de complicación y con evolución satisfactoria.

Como se evidencia, contrario a actuar de manera *negligente*, el Dr. Oscar Calvo actuó de la manera en que se lo indica la medicina basada en evidencia, pues buscó y estableció un diagnóstico temprano y, una vez lo obtuvo, intervino quirúrgicamente para suturar rápidamente al paciente, evitando con esto una complicación mayor como peritonitis y sepsis, las cuales son potencialmente letales.

Tampoco actuó *imperitamente*, pues además de acatar la literatura científica basada en evidencia, como se evidencia en la Hoja de Vida que se aporta con la presente contestación, el Dr. Calvo es médico cirujano, especialista en cirugía general, cirugía gastrointestinal y endoscopia digestiva, con una larga experiencia en la práctica de este tipo de procedimientos diagnósticos, por lo que en modo alguno puede tildarse de imperito, ya que lo ocurrido fue una situación médica infrecuente pero irresistible.

Por lo anterior, el acto médico ejecutado por el Dr. Oscar Calvo estuvo acorde con la *lex artis ad hoc*, teniendo en cuenta las circunstancias del caso, por lo que se encuentra exento de culpa.

2. RIESGO INHERENTE: SITUACIÓN NO PREVENIBLE E IRRESISTIBLE EN EL PROCEDIMIENTO DE COLONOSCOPIA PRACTICADO POR EL DR. OSCAR FERNANDO CALVO CORREDOR - ALEA TERAPÉUTICA:

La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia no ha sido ajena al análisis e incidencia de la denominada *alea terapéutica* en los juicios por responsabilidad civil médica. Al respecto resulta pertinente citar la siguiente consideración:

“Como lo enseña la doctrina la dilucidación de la responsabilidad médica no puede estar sujeta a modelos prefigurados de responsabilidad, ni a estándares predeterminados de culpa; pues aquí no se trata de una culpa ordinaria sino de una profesional que debe ser estimada a la luz de la complejidad de la ciencia, y a su estado para el momento en que se aplicó. Bajo la categoría de la prestación médica caben los más disímiles procedimientos o intervenciones, contra una innumerable variedad de males, cuyas causas, síntomas y tratamientos, son unos aceptablemente esclarecidos, y sobre otros la ciencia aún anda a oscuras, ninguno exento del alea terapéutica, todos sometidos a múltiples y variables factores endógenos y exógenos.”¹⁶ (Subrayas fuera de texto original).

Teniendo en cuenta que la medicina no es una ciencia exacta semejable a las matemáticas, sino que en ella confluyen una serie de particularidades que hacen cada caso distinto, no puede obviarse esa alea a la hora de analizar cada uno de los actos médicos sometidos a consideración de un juez.

Los médicos no responden por cualquier daño sufrido por los pacientes, pues eso equivaldría a pensar que sus obligaciones son de resultados, sino sólo por aquellos que encuentran su génesis en una mala praxis, quedando exonerados cuando se trata de aquellos riesgos propios e inevitables de la intervención médica que se realiza o a la patología que padecen, pues se trata de resultados adversos que pese a una adecuada praxis se exteriorizan en razón a la reacción y evolución orgánica del paciente. De ahí que podamos hablar de la existencia de un alea terapéutica en el ámbito médico, pues

¹⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala Laboral. Sentencia del 22 de enero del 2008. Exp. 30621. M.P. Eduardo López Villegas.

EDSON JHAIR BARRAGÁN RUIZ

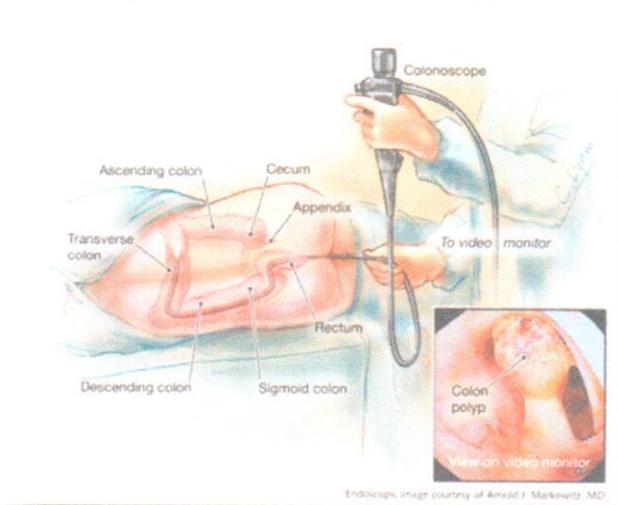
Abogado

Especialista en Derecho Procesal Civil

276

los pacientes se enfrentan a una contingencia siempre que sufren una enfermedad, ya que toda enfermedad y/o procedimiento siempre tiene asociado un grado de mortalidad.

El procedimiento de colonoscopia diagnóstica se practica en pacientes con el fin de descartar la presencia de divertículos, pólipos y cáncer colorrectal, para así brindar un tratamiento temprano y evitar su diseminación, como se evidencia en la siguiente gráfica:



En el caso del señor Jose Alisai, se registró la presencia de divertículos, entendiéndose por divertículos aquellas herniaciones de porciones de la parte interna (mucosa) de la pared de este órgano [colon], que emergen a través de su capa muscular, formándose como pequeños globos o dilataciones en la pared del intestino grueso. Hasta el 95% asientan en el sigma, que es la parte final del colon, antes de llegar al recto, y que queda situado abajo y a la izquierda del vientre¹⁷. Los hallazgos fueron los siguientes:

10



18

¹⁷ Revista Española de Enfermedades Digestivas. "Enfermedad diverticular del colon". Tomado de la web: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082005000600009

¹⁸ Registros fotográficos de la colonoscopia practicada a Jose Alisai Jaramillo Acevedo el 27 de marzo del 2014

EDSON JHAIR BARRAGÁN RUIZ

Abogado

Especialista en Derecho Procesal Civil

377

Lo anterior corresponde con los hallazgos descritos en el informe de la colonoscopia y con la Tomografía Axial Computada practicada el 05 de abril del 2014:

El medio de contraste transita de manera adecuada por los diferentes segmentos del tracto gastrointestinal, identificando únicamente la presencia de algunas formaciones diverticulares en el colon izquierdo y colon sigmoide, sin evidente alteración en la densidad de la grasa adyacente. Escasa cantidad de liquido libre en la gotera parietocólica derecha.

No se identifican áreas de estenosis o dilatación.

No hay evidencia de liquido libre o colecciones en la cavidad abdominal.

19

Generalmente este tipo de examen tiene un riesgo de complicación mínimo por infección, cardiorrespiratorio, sangrado y perforación intestinal, según lo documentado en la literatura científica²⁰, que como ya se ha mencionado, no puede eliminarse por completo. La perforación intestinal, aunque tiene una baja incidencia, puede ocurrir y requiere un diagnóstico y tratamiento temprano, siendo la sutura quirúrgica la técnica más avalada. Al respecto, se ha dicho:

Riesgos

Su médico hará todo lo posible para disminuir sus riesgos, pero la colonoscopia y la sigmoidoscopia, como todos los procedimientos, conllevan riesgos.

El Riesgo	Qué Sucede	Manteniéndole Informado
Perforación	Se ha reportado perforación (agujero que pasa a través de la pared completa del colon) en 0 a 2 de cada 1,000 procedimientos realizados. El riesgo puede aumentar en casos de procedimientos terapéuticos. La presión ocasionada por el colonoscopio, algún desgarro cuando se inserta el aire y la remoción de los pólipos, pueden causar la perforación. ⁶⁻¹⁷	El cómo se va a manejar una perforación depende de su tamaño, si se descubre o no inmediatamente o más tarde, y de cómo se sienta usted en general. Una perforación grande, que se note inmediatamente, requiere cirugía. Una perforación que se descubre varios días después es tratada con descanso, líquidos intravenosos, antibióticos y una observación muy de cerca. También puede requerir de una operación. Llame a su médico si le da fiebre, sensibilidad en el abdomen o si se queda corto de respiración. ¹

11

21

Ahora, en el caso del paciente Jose Alisai Jaramillo Acevedo, previo a la práctica de la colonoscopia, le fue explicado el examen y le fueron informados los riesgos del mismo, específicamente la "infección, perforación, sangrado [y] peritonitis", como se evidencia en el documento de Consentimiento Informado que obra en la Historia Clínica y se encuentra firmado por el paciente:

¹⁹ Historia Clínica de Jose Alisai Jaramillo Acevedo. TAC del 05/04/2014.

²⁰ Al respecto: American College of Surgeons. "Colonoscopia". Pág. 2: "Riesgos. Su médico hará todo lo posible para disminuir sus riesgos, pero la colonoscopia y la sigmoidoscopia, como todos los procedimientos, conllevan riesgos..."

²¹ *Ibidem*. Pág. 2

EDSON JHAIR BARRAGÁN RUIZ

Abogado

Especialista en Derecho Procesal Civil

378

**LOS COMUNEROS**
Hospital Universitario de Bucaramanga SA
NIT. 900.280.9168

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código de ética médica, Ley 23 de 1981, Código de ética médica, Decreto 3380 de 1981, Resolución 7611 del 30 de Junio de 1992 Artículo 34

IDENTIFICACION:

1- NOMBRE DEL PACIENTE Jose Alisai Jaramillo IDENTIFICACION 91005031

2- NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR Colonoscopia total

3- TIPO DE ANESTESIA (En caso de necesidad): Sedación

DECLARACION DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL:

Declaro que he leído y comprendo satisfactoriamente la naturaleza y proposito del procedimiento del colon y sus segmentos con endoscopia que consiste en exploración

2 Declaro que he leído y comprendo satisfactoriamente los posibles riesgos y complicaciones propias del procedimiento Colonoscopia total tales como infección, perforación, sangrado, polipos

3 Declaro que entiendo las consecuencias de no realizar este procedimiento.

4 Declaro que he sido informado(a) de otras alternativas de tratamiento tales como:

5 Doy consentimiento que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento pues la medicina no es una ciencia exacta, dependiendo el medico colocar su buen conocimiento y su pericia en buscar los mejores resultados con el objetivo de mejorar el problema por el cual consulto.

6 Doy mi consentimiento en Colonoscopia total Oscar F Calvo para efectuar el procedimiento y los procedimientos complementarios que a su juicio sean necesarios convenientes según las hallazgos durante la realización del mismo.

Disculpar que deseo que me realicen las siguientes condiciones:

Si se han condiciones que se requiere, si no se cumplen algunas de las mismas por favor, suspender.

DECLARACIONES Y FIRMAS:

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL: [Firma] cc 91005031

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO RESPONSABLE: [Firma]

NOTA: En caso de menores de 18 años, padres, familia, tutores o quien tenga la custodia de los menores.

12

22

Esto a su vez guarda relación con el cumplimiento de las normas sobre ética médica, que indican, específicamente el artículo 16 de la Ley 23 de 1981 que: "La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto...".

En lo relacionado con la cicatriz queloides presentada por el señor Jose Alisai, debe tenerse en cuenta que este tipo de cicatriz es inherente al proceso de cicatrización de cada individuo, es decir, se trata de un proceso biológico idiosincrático, que depende de cada organismo y no del acto médico.

²² Historia Clínica de Jose Alisai Jaramillo Acevedo. Consentimiento Informado para colonoscopia total.

En conclusión, la perforación que presentó el paciente durante el procedimiento se trató de una situación no prevenible y completamente irresistible para el Dr. Oscar Calvo, producto del alea. Pese a lo anterior, mi poderdante actuó de urgencia como lo indica la literatura científica, pues suspendió el procedimiento, ordenó ayudas diagnósticas para confirmar la sospecha e intervino quirúrgicamente para suturarla. Por ende, la situación desafortunada que presentó el paciente fue un riesgo inherente al procedimiento de colonoscopia, el cual, no tuvo su génesis en una *mala praxis* del Dr. Oscar Fernando Calvo Corredor. En igual sentido, el proceso de cicatrización depende de cada organismo, siendo las cicatrices queloides reacciones idiosincráticas no prevenibles y desligadas del acto médico.

3. INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE EL ACTO MÉDICO DEL DR. OSCAR FERNANDO CALVO CORREDOR Y LOS PERJUICIOS ALEGADOS POR LA PARTE ACTORA.

Pretende la parte actora el resarcimiento de unos perjuicios materiales e inmateriales, presuntamente ocasionados por el Dr. Calvo durante su acto médico como endoscopista digestivo y cirujano gastrointestinal. Específicamente se pretende el cobro de sumas de dinero derivadas de incumplimientos contractuales con entidades bancarias, así como supuestos préstamos con destino a su manutención. No obstante, se resalta que:

- El señor Jose Alisai Jaramillo Acevedo sólo estuvo incapacitado, con ocasión de la perforación y la laparotomía para suturarla, durante veinte (20) días. Esto se evidencia en la Historia Clínica:

PLAN

EGRESO
DIETA NORMAL
DEAMBULACIÓN
CURACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA PREVIA A EGRESO
INCAPACIDAD DE 20 DÍAS
ACETAMINOFEN TOMAR 2 TABLETAS CADA 8 HORAS
TRIMEBUTINA + SIMETICONA TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS (TOMAR 1 TABLETA 15 MINUTOS ANTES DE CADA COMIDA)
CITA CONTROL POR CIRUGÍA GASTROINTESTINAL EN 15 DÍAS

13

23

Estos 20 días fueron el periodo comprendido entre el 27 de marzo del 2014 y el 16 de abril del 2014:

INCAPACIDAD

Fecha Inicio: 27 DE MARZO 2014
Fecha Terminación: 16 DE ABRIL 2014

24

- Posteriormente, en la única cita de control post operatorio a la que asistió el señor Jose Alisai con el Dr. Oscar Calvo, el 30 de abril del 2014, fue nuevamente y por última vez, incapacitado por 1 mes:

²³ Historia Clínica de Jose Alisai Jaramillo Acevedo. Nota de evolución diaria 07/04/2014 - 6:16:00. Pág. 31 de 35.

²⁴ Historia Clínica de Jose Alisai Jaramillo Acevedo. Plan de Egreso Hospitalario 07/04/2014 - 9:59:00. Pág. 34 de 35.

ANALISIS

Jose, paciente adulto mayor en pop de rafia de colon sigmoideo, actualmente estable con signos vitales dentro de lo normal, al examen fisico con dolor leve a nivel de area quirurgica, sin signos de inflamacion, se formula manejo del dolor, se solicita valoración en dos semanas e Incapacidad por 1 mes

25

Es decir, las incapacidades médicas relacionadas con la laparotomía practicada el 27 de marzo del 2014, sólo comprendieron los lapsos entre el 27 de marzo al 16 de abril del 2014 y el 17 de abril al 16 de mayo del 2014. Sin embargo, pretende la parte actora el pago de obligaciones bancarias en mora de los meses de junio a septiembre del 2014, así como lo correspondiente al saldo total de dicho crédito, cuya causa es totalmente ajena al Dr. Oscar Calvo Corredor.

De igual manera, se pretende el pago de las cuotas de un crédito tipo leasing del vehículo de placas SQC-538, adquirido por su hermano Pablo Algiro Jaramillo Acevedo, lo cual es improcedente. Debe recordarse, que uno de los elementos del daño, es que este sea personal, entendiéndose la doctrina que el daño es personal cuando quien lo sufre es el que puede solicitar reparación. En ese sentido, no le es dable al señor Jose Alisai buscar el reembolso de una suma de dinero pagada por un tercero, frente a una obligación propia de ese tercero.

También resulta pertinente traer a colación el ya citado Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral, emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander. Si bien se determinó la existencia de una pérdida de capacidad laboral, es menester destacar lo siguiente:

1. Los diagnósticos que originaron la calificación de pérdida de capacidad laboral fueron la hipertensión y los trastornos de los discos intervertebrales, no la perforación del colon ni la cirugía de laparotomía practicada por el Dr. Oscar Calvo:

14

6. Fundamentos para la calificación del origen y/o de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional

Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias		
Diagnósticos y origen		
CIE-10	Diagnóstico	Origen
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	Enfermedad común
M518	Otros trastornos especificados de los discos intervertebrales	Enfermedad común

26

2. En la valoración psicológica no se describieron alteraciones de índole psicológico y, además, se registró que el señor Jaramillo Acevedo sí trabaja: "Rol laboral habitual conductor de camión, actualmente ayudante de viaje", es decir, contradice lo afirmado respecto a los presuntos daños psicológico y al impedimento para trabajar:

Fecha: 22/04/2018
 Especialidad: PSICOLOGÍA (JRCIS)
 Teniendo en cuenta las deficiencias establecidas por medico ponente, se revisan los soportes correspondientes y se lleva a cabo entrevista encontrándose paciente que acude por sus propios medios, marcha autónoma, dominancia derecha. Se observa alerta, sin alteraciones en la orientación auto y alopsíquica, ánimo modulado, sin evidencia aparente de alteraciones cognitivas, de la sensoripercepción, juicio o raciocinio. Rol laboral habitual conductor de camión, actualmente ayudante de viaje. Unión libre con hijo de...

27

25 Historia Clínica de Jose Alisai Jaramillo Acevedo. Control de consulta externa 30/04/2014. Pág. 1 de 2.

26 Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral elaborado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander el día 25 de abril del 2018. Prueba documental allegada por la parte demandante. Folio 353 del expediente.

27 Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral elaborado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander el día 25 de abril del 2018. Prueba documental allegada por la parte demandante. Folio 353 del expediente.

EDSON JHAIR BARRAGÁN RUIZ

Abogado

Especialista en Derecho Procesal Civil

3. En el punto de la calificación del rol laboral y ocupacional, se concluyó *capacidad para rol adaptado* así como *restricción propia de la edad y dificultades que no afectan la independencia pero generan discomfort*, lo que significa que no lo limitan y, en todo caso, nada tienen que ver con la perforación ni la laparotomía practicada el 27 de marzo del 2014.

Por ende, tampoco resulta procedente el cobro de conceptos relacionados con supuestos préstamos para gastos de manutención durante los años 2014 a 2016, máxime cuando (I) la incapacidad por la laparotomía practicada el 27 de marzo del 2014 sólo fue por un lapso inicial de 20 días, prorrogados por 30 más, hasta el 16 de mayo del 2014; (II) el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por los actores, de fecha 25 de abril del 2018, indicó como diagnósticos de origen únicamente la *hipertensión* y los *trastornos de los discos intervertebrales*; (III) no lo limitó totalmente para trabajar y, (IV) describió que en efecto se encuentra laborando como *ayudante de viaje*.

Y es que, si en gracia de discusión se aceptara la existencia de un daño, no significa que este sea indemnizable *per sé*. Para que esto sea así se requiere, en primer lugar, que el daño exista; en segundo término, que pueda ser imputado a persona distinta de la víctima y; en tercer lugar, que este tercero esté obligado a indemnizar. En el presente caso los actores alegan unos supuestos perjuicios que no son indemnizables, por cuanto no guardan relación causal con el acto médico ejecutado por el Dr. Oscar Calvo, sino en situaciones personales y patologías diferentes e incluso ajenas a la especialidad de mi poderdante, producto del alea terapéutica.

4. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS RECLAMADOS.

Por regla general, todo aquel que ha producido un daño o de alguna manera ha participado en su producción está en el deber de repararlo. No obstante, en cabeza del Dr. Oscar Fernando Calvo Corredor no existe la obligación de reparar el daño que reclaman los demandantes, pues mi defendido actuó de conformidad con la *lex artis*.

Su acto médico fue perito, diligente, prudente y acorde con sus obligaciones como médico especialista, al proceder con la hospitalización urgente para la práctica de exámenes diagnósticos (Radiografía), cuyo fin era el de confirmar o descartar la sospecha de perforación durante la colonoscopia, para así intervenir quirúrgicamente, de manera oportuna, al paciente. Dicha actuación fue la adecuada y se encuentra indicada, según la literatura y pautas de manejo, por lo que, no puede de alguna manera pensarse que la participación del Dr. Oscar Calvo fue la causante del daño que se reclama a través de la acción de responsabilidad civil, ya que dicha situación indeseada está ligada al alea terapéutica, circunstancia en la que no tiene injerencia la conducta de mi poderdante.

Así las cosas, habrá de declararse la prosperidad de la citada excepción, toda vez que en el presente asunto no existe culpa en el actuar del Dr. Oscar Fernando Calvo Corredor. No debe pasarse por alto que, sin atribución de culpa, no puede hablarse de responsabilidad civil y, si no hay responsabilidad, no hay razón para que mi defendido esté obligado a responder por unos daños en cuya producción no contribuyó.

EDSON JHAIR BARRAGÁN RUIZ

Abogado
Especialista en Derecho Procesal Civil

382

5. EXCEPCIÓN GENÉRICA (ART. 282 C.G.P.)

De conformidad con el artículo 282 del C.G.P., cuando el Señor Juez encuentre dentro del proceso, plenamente probados los hechos que constituyan base de una excepción, deberá declararla de oficio en la sentencia.

IV. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

El artículo 206 del CGP contempla que aquél que “pretenda el reconocimiento de una indemnización..., deberá estimarla razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos...”²⁸, es decir, no basta con enunciar cifras si las mismas no se encuentran debidamente sustentadas o no cuentan con un respaldo normativo. Por este motivo, a renglón seguido la norma en mención autoriza a la contraparte para objetar dicho juramento expresando las razones por las cuales considera que aquél es inexacto o infundado.

En ese orden de ideas, me permito expresar las razones de mi inconformidad en los siguientes términos:

1. FRENTE AL LUCRO CESANTE CONSOLIDADO:

La parte actora estima en este acápite unos perjuicios por la modalidad de *lucro cesante consolidado* desde el 27 de marzo del 2014 hasta la presentación de la demanda (31 meses). Revisada la liquidación hecha por la parte actora, se hacen las siguientes objeciones:

a) No puede pretenderse el reconocimiento de lucro cesante con base en una situación irreal. El apoderado de la parte actora tasa esta tipología de perjuicio *partiendo del supuesto de que la víctima devengaba aproximadamente \$1.500.000*, sin embargo, para obtener la suma total multiplica por \$2.000.000. Sin perjuicio de lo anterior, tampoco se observa en este caso prueba alguna de que en realidad el señor Jose Alisai Jaramillo Acevedo ejerciera una actividad productiva para la fecha de los hechos y que con ocasión de esta devengara esa suma de dinero. No debe obviarse que la naturaleza jurídica del *lucro cesante* es ser una ganancia cierta o que normalmente debía ingresar al patrimonio de la víctima, lo cual no sucedió en este caso.

b) Se partió del supuesto erróneo según el cual el demandante gozaba de la totalidad del salario. Esto con base en dos situaciones:

- En Colombia es obligatorio que cualquier empleado realice los aportes a seguridad social tanto en salud como en pensión. Los porcentajes que debe asumir el empleado ascienden al 4% por cada uno de estos conceptos, por lo que del salario mínimo percibido por cada persona deberá descontarse un 8% correspondiente a aportes obligatorios al sistema de seguridad social.

16

²⁸ Ley 1564 de 2012. “Por medio de la cual se expide el Código General del Proceso y se dictan otras disposiciones.”. Art. 206. JURAMENTO ESTIMATORIO.

EDSON JHAIR BARRAGÁN RUIZ

Abogado
Especialista en Derecho Procesal Civil

383

- Jurisprudencialmente, en reiteradas ocasiones²⁹ la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha fijado una deducción del 25% del salario base para tasar los perjuicios materiales en la modalidad de *lucro cesante*. Este porcentaje corresponde a los *gastos de subsistencia o sostenimiento personal* en los que normalmente incurre una persona.

En dicho sentido, en el supuesto en que se acepte que el paciente, JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO, devengaba ingresos por la suma de UN MILLÓN QUINIENTOS MIL PESOS (\$1.500.000), a esta suma deben realizársele las deducciones anteriormente enunciadas previo a obtener la base sobre la cual se tasará el perjuicio material.

2. **FRENTE AL DAÑO EMERGENTE:** La parte actora incluye como daño emergente la suma de \$15.000.000 por concepto de *gastos varios* que no se encuentran sustentados. Así mismo, incluye valores relacionados con obligaciones bancarias a cargo de un tercero, su hermano Pablo Algiro Jaramillo Acevedo, que no corresponden a un daño *personal y directo*. Finalmente, se estima la suma de \$35.424.000 por concepto de préstamos para manutención entre los años 2014 a 2016, sin que se entreguen los correspondientes soportes que acrediten la destinación real y efectiva de esas sumas.

V. PRUEBAS

1. **FRENTE A LAS PRUEBAS DE LA PARTE DEMANDANTE:** Respetuosamente le solicito señor juez lo siguiente:

17

- a. **Frente a las declaraciones extraprocesales y documentos declarativos emanados de terceros aportados:** Solicito, de conformidad con los artículos 188, 221, 222 y 262 del C.G.P., la citación con fines de ratificación y contradicción de declaraciones extraprocesales y documentos declarativos aportados por la parte demandante, de las siguientes personas:

- i. **Luis Evelio Hernández Salazar**, obrantes a folios 69 a 73, 112, 120 a 122 de la demanda.
- ii. **Galo Vergara Vera**, obrante a folio 74 de la demanda.
- iii. **Pablo Algiro Jaramillo Acevedo**, obrantes a folios 78, 113, 114, 130.

2. **SOLICITUDES PROBATORIAS:** Respetuosamente le solicito señor Juez, tener como pruebas las siguientes:

- a. **DOCUMENTALES:**

- i. Hoja de vida del doctor OSCAR FERNANDO CALVO CORREDOR, donde se evidencia su idoneidad profesional para practicar el procedimiento de colonoscopia al paciente JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO.

²⁹ Al respecto pueden revisarse las sentencias de 7 de octubre de 1999, exp. 5002; 4 de septiembre de 2000, exp. 5260; 26 de febrero de 2004, exp. 7069 y de 5 de octubre de 2004, exp. 6975, reiteradas en la sentencia del 17 de noviembre del 2011, exp. 11001-3103-018-1999-00533-01 y más recientemente la sentencia del 11 de septiembre del 2013, exp. 23001-3103-004-2001-00096-01.

EDSON JHAIR BARRAGÁN RUIZ

Abogado
Especialista en Derecho Procesal Civil

- ii. Literatura Científica. Sandra Alonso, et al. "Incidencia de la perforación iatrogénica por colonoscopia y resultados del tratamiento en un hospital universitario". Revista Elsevier.
- iii. Literatura Científica. García Martínez M.T., et al. "Perforación tras colonoscopia: experiencia en 16 años". Revista Española de Enfermedades Digestivas. Vol. 99 No. 10.
- iv. Literatura Científica. American College of Surgeons. "Colonoscopia".
- v. Copia del derecho de petición enviado al Hospital Universitario de Bucaramanga - Los Comuneros, solicitando copia de la Historia Clínica del paciente JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO, en virtud del artículo 173 Inc. 2 del C.G.P.
- vi. Respuesta del Hospital Universitario de Bucaramanga - Los Comuneros al derecho de petición referenciado en el ordinal inmediatamente anterior.
- vii. Copia impresa de la Historia Clínica completa del paciente JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO, entregada por el Hospital Universitario de Bucaramanga - Los Comuneros en respuesta al derecho de petición referenciado en el ordinal (v).

b. TESTIMONIALES Y DECLARACIONES DE TERCEROS CON CONOCIMIENTOS CIENTÍFICOS:

dictamen
pericial
508

18

Su señoría, en ejercicio del principio de *libertad probatoria*, consagrado en el artículo 165 del C.G.P., cuando refiere la aceptación de cualquier medio probatorio útil para la formación del convencimiento del juez, respetuosamente solicito la citación de las siguientes personas para que, en atención a sus especiales conocimientos científicos, declaren sobre la atención brindada por mi poderdante a la paciente, lo que les conste acerca de los hechos que dieron origen a la demanda, los hechos planteados en las excepciones y sobre los aspectos científicos relacionados con sus profesiones y especialidades:

- o **MD. JUAN GUILLERMO CALA NORIEGA.** Médico especialista en Cirugía General. Fue el especialista ayudante en la cirugía de laparotomía practicada al paciente el día 27 de marzo del 2014 y puede declarar sobre todo lo relacionado con el procedimiento quirúrgico, cicatrización, hospitalización y tratamiento brindado al paciente en particular. Dirección: E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro, o por intermedio del suscrito. De antemano solicito tener en cuenta la oportunidad de practicar su declaración por medios electrónicos, teniendo en cuenta su lugar de domicilio.
- o **MD. CARLOS ARTURO CASAS SÁNCHEZ.** Médico especialista en Anestesiología, en la cirugía de laparotomía practicada al paciente el día 27 de marzo del 2014 y puede declarar sobre todo lo relacionado con el procedimiento quirúrgico, cicatrización, tratamiento brindado y, en general, sobre todas las circunstancias de la hospitalización e intervenciones al paciente. Dirección: Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros (Cra. 27 No. 30-15), o por intermedio del suscrito.

Calle 45 No. 28-36 Edificio Verona Plaza
Correo electrónico: abogbu00@gmail.com
Bucaramanga

EDSON JHAIR BARRAGÁN RUIZ

Abogado
Especialista en Derecho Procesal Civil

- **MD. JORGE ANTONIO GAVIRIA BAUTISTA.** Médico general quien rindió concepto acerca del estado de salud y secuelas del paciente Jose Alisai Jaramillo Acevedo de fecha 12 de marzo del 2015, para que declare sobre todo lo relacionado con dicho concepto. Dirección: Calle 67B No. 27-11 Barrio La Salle de Bucaramanga, o por intermedio del suscrito.
- **MD. EDWIN ALIRIO BÁEZ ARIZA.** Médico Cirujano Colorrectal, quien en atención a sus conocimientos científicos sobre los procedimientos médicos y quirúrgicos que rodearon el caso, puede declarar y conceptuar acerca de los riesgos, complicaciones, pronósticos y circunstancias relacionadas con el examen de colonoscopia, así como sobre la cirugía de laparotomía y sutura. Dirección: Centro Médico Carlos Ardila Lulle, Torre A, Piso 2, o por intermedio del suscrito.
- **MD. GILBERTO GONZÁLEZ DELGADO.** Médico Cirujano, gastroenterólogo y endoscopista digestivo, quien en atención a sus conocimientos científicos sobre los procedimientos médicos y quirúrgicos que rodearon el caso, puede declarar y conceptuar acerca de los riesgos, complicaciones, pronósticos y circunstancias relacionadas con el examen de colonoscopia, así como sobre la cirugía de laparotomía y sutura. Dirección: Calle 54 N° 33 - 45 Consultorio 905, o por intermedio del suscrito.
- **ERIKA TATIANA PEÑA CALDERÓN.** Auxiliar de enfermería Unidad de Gastroenterología de los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga. Puede declarar sobre las circunstancias y protocolos de realización del examen de endoscopia digestiva en dicha institución. Dirección: Hospital Universitario de Bucaramanga - Los Comuneros (Carrera 27 No. 30-15), o por intermedio del suscrito.

c. INTERROGATORIO DE PARTE:

Solicito señor juez decretar el interrogatorio de los demandantes: señor JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO; señora EDILMA LEAL PALOMARES; señora NAYIBE JARAMILLO ZAMBRANO; señora ANA DELIA JARAMILLO ACEVEDO y; señora MARIA DEYANIRA JARAMILLO ACEVEDO, para que absuelvan el cuestionario que les formularé el día de la audiencia sobre los hechos que dieron origen a la presente demanda.

d. DECLARACIÓN DE PARTE:

Solicito señor Juez decretar y autorizar la declaración en audiencia de mi poderdante, doctor OSCAR FERNANDO CALVO CORREDOR, quien absolverá las preguntas que le formularé en la diligencia con fines de precisión de las circunstancias que rodearon los hechos que originaron la presente demanda, con ocasión de sus especiales conocimientos científicos. Lo anterior teniendo en cuenta que el Código General del Proceso autorizó la valoración probatoria de la simple declaración de parte (Art. 191 Inc. Final).

EDSON JHAIR BARRAGÁN RUIZ

Abogado
Especialista en Derecho Procesal Civil

386

e. DICTAMEN PERICIAL ANUNCIADO:

Haciendo uso de la facultad que me otorga el artículo 227 del C.G.P., anuncio que aportaré un dictamen pericial de médico especialista, sobre la atención y acto médico desplegado por el Dr. Oscar Calvo al paciente Jose Alisai Jaramillo Acevedo y demás circunstancias relacionadas con el caso concreto, por lo que respetuosamente le solicito señor Juez que me sea otorgado dicho término adicional, conforme a la norma en mención.

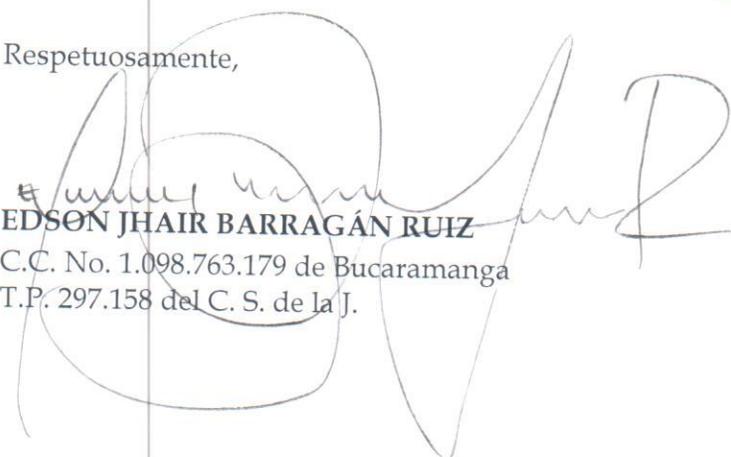
VI. ANEXOS

1. Poder para actuar.
2. Las pruebas documentales enunciadas en el acápite de pruebas.

VII. NOTIFICACIONES

El suscrito, en la Calle 45 No. 28-36, correo electrónico: abogbu00@gmail.com

Respetuosamente,



EDSON JHAIR BARRAGÁN RUIZ
C.C. No. 1.098.763.179 de Bucaramanga
T.P. 297.158 del C. S. de la J.

387

EDSON JHAIR BARRAGÁN RUIZ

Abogado

Señores:

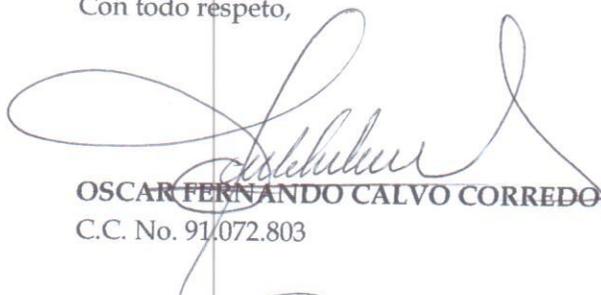
JUZGADO DOCE (12º) CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA
E. S. D.

Referencia:	Proceso Declarativo Verbal
Radicado:	68001-31-03-012-2016-00273-00
Demandantes:	Jose Alisai Jaramillo Acevedo y otros.
Demandados:	Oscar Fernando Calvo Corredor y otros.

OSCAR FERNANDO CALVO CORREDOR, mayor de edad, identificado con la C.C. No. 91.072.803, mediante el presente escrito manifiesto que **OTORGO PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** a **EDSON JHAIR BARRAGÁN RUIZ**, abogado, vecino de esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.098.763.179 de Bucaramanga y Tarjeta Profesional No. 297.158 del Consejo Superior de la Judicatura, para que me represente en el proceso de la referencia.

Mi apoderado cuenta con todas las facultades inherentes para el ejercicio del presente poder, en especial las de recibir, conciliar, transigir, desistir, sustituir, renunciar, reasumir, suscribir acuerdos de pagos, presentar recursos, corregir, adicionar, objetar y las demás consagradas en el Artículo 77 C.G.P. En consecuencia, sírvase reconocerle personería jurídica en los términos del poder conferido.

Con todo respeto,


OSCAR FERNANDO CALVO CORREDOR
C.C. No. 91.072.803

Acepto,


EDSON JHAIR BARRAGÁN RUIZ
C. C. No. 1.098.763.179 de Bucaramanga.
T. P. No. 297.158 del Consejo Superior de la Judicatura.



Calle 45 No. 28-36 Edificio Verona Plaza
Correo electrónico: abogbu00@gmail.com
Bucaramanga

**PRESENTACION PERSONAL Y
RECONOCIMIENTO
CERTIFICA QUE
OSCAR FERNANDO CALVO
CORREDOR**

Identificado con la c.c. número:
91072803

Presentó personalmente este documento y
reconocio como cierto su contenido y como
suya la firma.

En Bucaramanga, el 09/07/2019 a las 08:08:20 AM

Firma declarante

JAIRO ANTONIO MONTERO FERNANDEZ
Notario Noveno
Bucaramanga



388.

HOJA DE VIDA



✓ DATOS PERSONALES

NOMBRES	OSCAR FERNANDO
APELLIDOS	CALVO CORREDOR
LUGAR DE NACIMIENTO	San Gil, Santander
FECHA DE NACIMIENTO	30 de Diciembre de 1970
NUMERO DE IDENTIFICACION	C.C. 91.072.803 de San Gil
ESTADO CIVIL	Casado
DIRECCION RESIDENCIA	Calle 55 # 28 - 25 Apto 1502 Edificio Opus
TELEFONO	3164645472-
TELEFONO CELULAR	3164645472

ESTUDIOS REALIZADOS

SECUNDARIOS

INSTITUCION Colegio Seminario San Carlos
San Gil-Santander

TITULO OBTENIDO Bachiller Académico
San Gil, 1982 - 1.987

UNIVERSITARIOS

INSTITUCION Universidad Nacional de Colombia
Bogotá. D.C.

TITULO OBTENIDO Médico Cirujano
Bogotá D. C. 1987 - 1993

POSTGRADO

INSTITUCION Universidad Industrial de Santander.
Bucaramanga, Santander.

TITULO OBTENIDO Especialista en Cirugía General
Bucaramanga, 1998 - 2002

TITULO OBTENIDO Especialista en Docencia Universitaria
Bucaramanga, 2005 - 2006

INSTITUCION Pontificia Universidad Javeriana - INC
Bogotá. D.C.

TITULO OBTENIDO Especialista en Cirugía Gastrointestinal y
Endoscopia Digestiva
Bogotá D.C, 2007 - 2009

✓ EXPERIENCIA LABORAL

- Empresa: **COOPERATIVA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS COOMEDES**
 Cargo: Cirujano Asociado
 Lugar: Cirujano especialista Cirugía Oncológica Gastrointestinal
 Cirujano de Urgencias - Hospital Universitario de Santander
 Dirección: Carrera 37 # 44 - 25 Piso 2 Altos de Cabecera
 Teléfono: 6473841 - 6452710
 Ciudad: Bucaramanga
 Tiempo: 1 de Octubre de 2003 hasta la fecha.

- Empresa: **CENTRO NACIONAL DE ONCOLOGIA LTDA.**
 Cargo: Especialista en Cirugía Oncológica Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva.
 Dirección: Calle 52B # 31 - 29
 Teléfono: 6471706
 Ciudad: Bucaramanga
 Tiempo: 1 de Febrero de 2010 hasta la fecha.

- Empresa: **LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA**
 Cargo: Especialista en Cirugía Oncológica Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva.
 Dirección: Carrera 27 # 30 - 15
 Teléfono: 6343536 - 6351205
 Ciudad: Bucaramanga
 Tiempo: 15 de Enero de 2010 hasta 31 de Marzo de 2015

- Empresa: **UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER**
 Cargo: Docente de cátedra. (Profesor titular)
 Dirección: Ciudad Universitaria. Cra 27 Calle 9
 Teléfono: 6344000
 Ciudad: Bucaramanga
 Tiempo: 15 de Abril de 2004 hasta la fecha.

- Empresa: **INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA. ESE.**
 Cargo: Especialista en Entrenamiento. Cirugía Gastrointestinal
 Dirección: Avenida 1 # 9 - 87

Teléfono: 3341111 - 3341122
Ciudad: Bogotá D.C.
Tiempo: 1 de Agosto de 2007 a 31 de Julio de 2009.

- Empresa: **E.S.E. FRANCISCO DE PAULA SANTANDER**
Cargo: Cirujano General (Contratista)
Dirección: Unidad Hospitalaria Comuneros. Cra 27 # 30 - 15
Teléfono: 6343536
Ciudad: Bucaramanga
Tiempo: 1 de Noviembre de 2006 a 20 de Julio del 2007

- Empresa: **CLÍNICA SANTA TERESA**
Cargo: Cirujano General
Teléfono: 6320633 - 6345644
Ciudad: Bucaramanga
Tiempo: 1 de Agosto de 2005 a 20 de Julio del 2007

- Empresa: **UNIDAD CLÍNICA LA MAGDALENA**
Cargo: Cirujano General
Teléfono: (7) 6223401
Ciudad: Barrancabermeja
Tiempo: 15 de Junio de 2002 a 30 de Noviembre del 2004

REFERENCIAS PERSONALES

- DR. RICARDO OLIVEROS WILCHES
Teléfono: 3115923694
Cirujano Gastrointestinal Oncólogo y Endoscopia Digestiva
Instituto Nacional de Cancerología - Bogotá D.C.

- DR. JAIRO OSPINA GAITAN
Teléfono: 3002132571
Cirujano Gastrointestinal Oncólogo y Endoscopia Digestiva
Instituto Nacional de Cancerología - Bogotá D.C.

REFERENCIAS FAMILIARES

- LUIS EMILIO CALVO BOHÓRQUEZ
Teléfono: 097-7244755
Lic. Educación física.
San Gil

- DIANA MARÍA CALVO CORREDOR
Teléfono: 097-7237079 - 316-8281192
Administradora de Empresas
San Gil.



OSCAR FERNANDO CALVO CORREDOR
C.C. No. 91.072.803 De San Gil

OSCAR FERNANDO CALVO CORREDOR MD.

Especialista en Cirugía General y Docencia Universitaria. - UIS
Subespecialista en Cirugía Gastrointestinal Oncológica y Endoscopia Digestiva –
PUJ - INC

**PORTAFOLIO DE SERVICIOS
CIRUGÍA GASTROINTESTINAL ONCOLÓGICA.**

Ofrezco la realización de procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos para el manejo integral de la patología oncológica y no oncológica del tracto gastrointestinal, utilizando abordajes de **cirugía abierta** como de **cirugía laparoscópica avanzada**.

- Patología esofágica:
 - Esofagomiotomía de Heller.
 - Cirugía antirreflujo
 - Resección de divertículos esofágicos.
 - Esofagectomía por patología neoplásica
- Patología gástrica:
 - Gastrectomía total y subtotal para manejo de patología neoplásica o benigna.
 - Gastrostomía abierta y laparoscópica.
 - Vagotomías.
 - Manejo de obesidad mórbida (Por laparoscopia)
- Patología duodenal e intestino delgado.
 - Resección de tumores del intestino delgado.
- Patología colo-rectal.
 - Hemicolectomías por patología benigna y maligna.
 - Resección anterior de recto alta y baja.
 - Resección abdominoperineal.
 - Manejo integral de la patología anal (hemorroides, fístulas perineales, abscesos anales.
 - Resecciones locales de tumores rectales por vía transanal.
- Patología hepatobiliar:
 - Resecciones hepáticas (lobectomías y segmentectomías).
 - Manejo de metástasis hepáticas resecables.
 - Resección de tumores de vesícula y vía biliar.
 - Reconstrucción de vía biliar para manejo de patología tumoral o benigna.
 - Colectomía laparoscópica, exploraciones biliares laparoscópicas.
- Patología pancreática.
 - Resección pancreática: pcreatoduodenectomía parcial y total.
 - Derivaciones pancreático-entéricas.
 - Manejo de complicaciones de pancreatitis aguda.
- Valoración de pacientes con patología oncológica gastrointestinal

- Valoración de pacientes con patología gastrointestinal benigna.
- Participación de junta multidisciplinaria de cirugía oncológica para toma de decisiones.
- Consulta externa subespecializada de cirugía gastrointestinal.
- Control y seguimiento de pacientes con patología oncológica gastrointestinal.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIAGNÓSTICA Y TERAPEÚTICA:

Ofrezco la realización de procedimientos de endoscopia digestiva diagnóstica y terapéutica del tracto gastrointestinal alto y bajo, entre los que podemos mencionar.

- Endoscopia digestiva diagnóstica:
 - Esofagogastroduodenoscopia
 - Colonoscopia – rectosigmoidoscopia.
 - Colangiopancreatografía endoscópica retrograda (CPRE)
 - Tamizaje de cáncer gastrointestinal uso de cromoendoscopia.
- Endoscopia digestiva terapéutica
 - Control de sangrado gastrointestinal por diferentes técnicas: escleroterapia, electrocoagulación, aplicación de argón plasma, ligadura con bandas, clips endoscópicos.
 - Dilataciones esofágicas mediante técnicas de dilatación con balón neumático, dilatadores de Savary Guilliard.
 - Extracción de cuerpos extraños del tracto gastrointestinal.
 - Colocación de prótesis (Stents) para manejo de obstrucciones y/o fístulas del tracto gastrointestinal.
 - Ligadura de várices esofágicas para el manejo de hipertensión portal.
 - Resección de lesiones tempranas (mucosectomía endoscópica), y de pólipos (Polipectomía endoscópica).
 - CPRE terapéutica: Papilotomía endoscópica, extracción de cálculos, colocación de prótesis (stent) biliares y pancreáticos, Litotripsia mecánica, ampulectomía endoscópica.
 - Gastrostomía endoscópica percutánea y avance de sondas para alimentación.
 - Cistogastrostomía endoscópica.
 - Septectomía de divertículo de Zenker.
- Colocación de sondas de braquiterapia para manejo de cáncer de esófago.

LABORATORIO DE NEUROGASTROENTEROLOGÍA

Ofrezco la posibilidad de montar y ejecutar los procedimientos de laboratorio de neurogastroenterología en el cual se pueden realizar exámenes diagnósticos de motilidad gastrointestinal como:

- 395
- ✓ Manometría esofágica convencional.
 - ✓ Manometría rectal convencional.
 - ✓ Monitoreo de pH o pH metría de 24 horas.
 - ✓ Biofeedback rectal para rehabilitación de transtornos del piso pélvico.

IMPLEMENTACIÓN DE GRUPO DE SOPORTE METABÓLICO Y NUTRICIONAL.

Ofrezco la posibilidad de implementación de grupo multidisciplinario de soporte metabólico y nutricional en los hospitales y clínicas, con el cual se puede manejar en forma óptima y racional el uso de la nutrición clínica de los pacientes que lo ameriten.

- ✓ Dirección y coordinación de grupo de soporte metabólico y nutricional.
- ✓ Ronda o revista médica de pacientes con soporte metabólico.
- ✓ Realización de procedimientos para accesos de nutrición enteral (gastrostomía, avance de sonda de nutrición), o de nutrición parenteral (catéter venosos centrales, catéteres con reservorio implantables).

396

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



CONFIERE EL TITULO DE

Médico Cirujano

A

Oscar Fernando Calvo Corredor

C.C. N.º 91.072.803 EXPEDIDA EN SAN GIL

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA, DICIEMBRE 16 DE 1993

DECANO DE LA FACULTAD

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIA DEL MINISTERIO

EL CANCELLER
00106-01/1-75

REGISTRADO AL FOLIO 26 - C DEL LIBRO DE DIPLOMAS N.º 2
52 DE DICIEMBRE DE 1993
0040573

397

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

CONFIERE EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

A

OSCAR FERNANDO CALVO CORREDOR

C.C. No. 91.072.803 expedida en SAN GIL

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.

En testimonio de ello le otorga el presente

DIPLOMA

En la ciudad de Bucaramanga, EL 19 DE MARZO de 20 02

Registrado al folio 678 Libro 12-D Diplomas de Grado

[Signature]
Rector

[Signature]
Secretaria General

Perseveria Jurídica UIS - Resolución No. 25 del 23 de Febrero de 1989 del Ministerio de Justicia

30010

398

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

CONFIERE EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

A

OSCAR FERNANDO CALVO CORREDOR

CEDULA DE CIUDADANIA N° 91.072.803 expedida en SAN GIL

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.

En testimonio de ello le otorga el presente

DIPLOMA

En la ciudad de Bucaramanga, EL 13 DE DICIEMBRE DE 2006

Registrado al folio 295

Libro 12-P

Diplomas de Grado


Rector


Secretario General

Posición Jurídica LIS - Resolución No. 25 del 23 de Febrero de 1989 del Ministerio de Justicia

42698

LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

MEMORIA JURÍDICA. RES. 73-12 DE DICIEMBRE 1943 - GOBIERNO

EN ATENCIÓN A QUE

OSCAR FERNANDO CALVO CORREDOR

CC 8972845

HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA UN GRADO UNIVERSITARIO

EN LA FACULTAD DE

MEDICINA

LE OTORGA

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
EL TÍTULO DE

**ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL Y
ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA
NOSOTROS, EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD, LOS DECANOS Y EL SECRETARIO GENERAL
EXPEDIDO EN BOGOTÁ A LOS 10 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2009

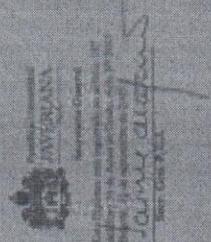


No 128527

RECTOR
DECANO ACADÉMICO

SECRETARIO GENERAL
DECANO DEL MÉDICO UNIVERSITARIO

ASISTENTE



128582

399



República de Colombia
Ministerio de la Protección Social

El Instituto Nacional de Cancerología

Empresa Social del Estado

En convenio con la Pontificia Universidad Javeriana

Certifica

Oscar Fernando Calvo Corredor

Que el Doctor (a):

Ha completado sus estudios de Especialización en

Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva

De acuerdo con los programas de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
y el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior

Carlos I. Roldán
Director General

Subdirector General de
Investigación y Docencia

Roberto
Coordinador Grupo de Estudios

Coordinador Grupo

Nicolas

Bogotá, D. C. Septiembre 11 de 1989

460-



Acedity™

Confieren el presente Certificado al

Dr. Oscar Calvo

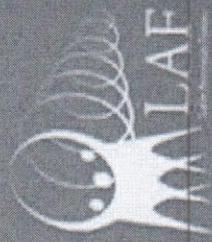
Por su participación en el evento académico

Make Better Summit: Colombia 2017

Realizado en Cartagena de Indias, Colombia, a los 21 días del mes de Abril del 2017

Lee Lovely
RVP Acedity Latin America

Juan Carlos Blackburn
Director HE&R Acedity Latin America



CERTIFICATE 2012



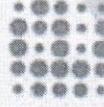
Certificate awarded to

OSCAR CALVO

for your active participation in the III Ethicon Latin American Forum (LAF 2012)
at Panamá on the 14th to 16th of June, 2012.

Antonio Marques
Regional Vice President,
General Surgery, Latin America

ETHICON
PART OF THE JOHNSON & JOHNSON FAMILY OF COMPANIES



Ethicon
Endo-Surgery

make a difference

402



American Institute of TeleSurgery



CERTIFICATE
OF TRAINING IN MINIMAL ACCESS SURGERY
IRCAD - America Latina

WE UNDERSIGNED, CERTIFY THAT

BARRETOS, NOVEMBER 8th 2014

OSCAR FERNANDO CALVO
BORN ON 30/12/1970 IN SAN GIL, - COLOMBIA

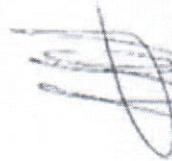
PARTICIPATED AT THE ADVANCED COURSE IN LAPAROSCOPIC DIGESTIVE SURGERY
ORGANIZED IN BARRETOS FROM NOVEMBER 6th TO 8th 2014.
THE PARTICIPANT ATTENDED WITH ASSIDUITY ALL THEORETICAL AND PRACTICAL SESSIONS.



PROF. J. MARESCAUX
PRESIDENT OF IRCAD-EITS



DR. ANTONIO TALVANE
COURSE DIRECTOR



DR. ARMANDO G. F. MELANI
DIRECTOR OF IRCAD America Latina-AMITS



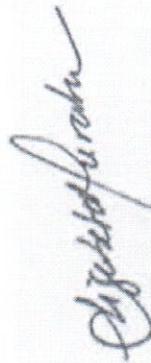
CERTIFICATE OF COMPLETION

AWARDED TO

OSCAR CALVO

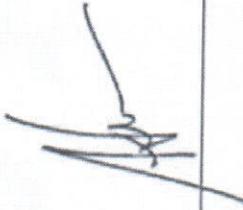
for participating in the Latin American Forum 2014,
held at the Florida Hospital Nicholson Center, Celebration, FL.

AUGUST, 2014



Elisabete Murata

Director, Professional Educational - Latin America



Abner A. Lobão Neto, M.D.

Regional Senior Director, Medical Affairs & Education - Latin America



LAF
LATIN AMERICAN FORUM

ETHICON

PART OF THE JOHNSON & JOHNSON FAMILY OF COMPANIES



**FLORIDA HOSPITAL
NICHOLSON CENTER**

The skill to heal. The spirit to care.®

104

La Facultad de Medicina y la División de Educación Continuada de la Universidad El Bosque

OTORGAN EL PRESENTE DIPLOMA A

OSCAR FERNANDO CALVO CORREDOR

C.C. 91072803

Quién participó y cumplió los requisitos académicos establecidos para el

**DIPLOMADO VIRTUAL ABORDAJE NUTRICIONAL
DEL PACIENTE ONCOLÓGICO**

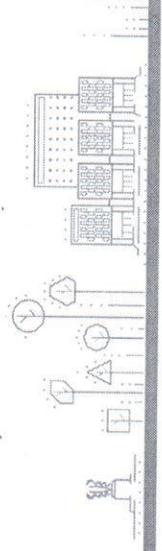
Intensidad 100 Horas

Bogotá D.C., Enero 22 de 2018 – Mayo 31 de 2018


Dr. Hugo Cárdenas López
Decano Facultad de Medicina
Universidad El Bosque


Dr. Alvaro Burbano Delgado
Director Diplomado
Universidad El Bosque


Dra. María del Rosario Bozón G.
Directora División Educación Continuada
Universidad El Bosque



405



Original

Incidencia de la perforación iatrogénica por colonoscopia y resultados del tratamiento en un hospital universitario

Sandra Alonso^{a,b,*}, Dimitri Dorcaratto^a, Miguel Pera^{a,b}, Agustín Seoane^{b,c}, Josep M. Dedeu^c, Marta Pascual^{a,b}, M. José Gil^{a,b}, Ricard Courtier^{a,b}, Felipe Bory^c y Luis Grande^a

^aUnidad de Cirugía Colorrectal, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario del Mar, Barcelona, España

^bUnidad Funcional de Cáncer Colorrectal, Hospital Universitario del Mar, Barcelona, España

^cServicio de Digestivo, Hospital Universitario del Mar, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de diciembre de 2009

Aceptado el 10 de abril de 2010

On-line el 9 de junio de 2010

Palabras clave:

Colonoscopia

Perforación del colon

Tratamiento quirúrgico

RESUMEN

Introducción: La perforación del colon es una complicación poco frecuente, aunque grave, de la endoscopia digestiva baja. El tratamiento es controvertido, aunque en la mayoría de los casos es quirúrgico. Los objetivos de este estudio fueron determinar la incidencia de las perforaciones por colonoscopia en nuestro centro y conocer los resultados de las opciones terapéuticas empleadas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las perforaciones producidas por colonoscopia entre enero de 2004 y octubre de 2009. Las variables analizadas fueron las siguientes: características demográficas, indicación de la colonoscopia, manifestaciones clínicas, pruebas diagnósticas utilizadas, tiempo entre la perforación y el diagnóstico, tipo de tratamiento, estancia hospitalaria y complicaciones.

Resultados: Durante el período de estudio se realizaron 13.493 colonoscopias. En 13 pacientes (0,1%) se produjo una perforación del colon. Nueve perforaciones ocurrieron durante la realización de una colonoscopia diagnóstica (0,08%) y las restantes 4 después de una colonoscopia terapéutica (0,16%). En 10 casos, el diagnóstico se realizó durante las primeras 12 h y en 5 de ellos, la perforación se identificó durante el mismo procedimiento. La localización más frecuente fue el sigma en 7 casos. En 11 pacientes se realizó tratamiento quirúrgico y en 2 pacientes se resolvió con tratamiento conservador. La técnica quirúrgica más utilizada fue la sutura simple seguida de la resección con anastomosis. Un paciente falleció por sepsis intraabdominal.

Conclusión: Las perforaciones causadas por colonoscopia son complicaciones poco frecuentes, aunque graves. La mayoría de estos pacientes precisarán tratamiento quirúrgico, y quedará reservado el tratamiento conservador para pacientes seleccionados.

© 2009 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 94982@imas.imim.es (S. Alonso).

Incidence of iatrogenic perforation during colonoscopy and their treatment in a university hospital

ABSTRACT

Keywords:

Colonoscopy
Perforation of the colon
Surgical treatment

Introduction: Colon perforation is a fairly uncommon, but serious, complication during endoscopy of the lower gastrointestinal tract. Treatment is controversial, although surgery is used in the majority of cases. The aims of this study were to determine the incidence of perforations due to colonoscopy in our hospital and to find out the results of the treatment options used.

Material and methods: Retrospective study of perforations caused by colonoscopy between January 2004 and October 2008. The variables analysed were: demographic characteristics, colonoscopy indication, clinical signs and symptoms, diagnostic tests used, time between perforation and the diagnosis, treatment type, hospital stay and complications.

Results: A total of 13,493 colonoscopies were performed during the study period. A perforation of the colon was found in 13 (0.1%) patients. Nine perforations occurred whilst performing a diagnostic colonoscopy (0.08%) and the remaining 4 after a therapeutic colonoscopy (0.16%). In 10 of the cases the diagnosis was made within the first 12 h, and in 5 of these the perforation was identified during the procedure itself. The most common location was the sigmoid, in 7 cases. Surgical treatment was carried out on 11 patients, and in the other two it was resolved by conservative treatment. The most used surgical technique was simple suture followed by resection with anastomosis. One patient died due to intra-abdominal sepsis.

Conclusion: Perforations caused by colonoscopy are rare, but serious, complications. The majority of these patients required surgical treatment, with conservative treatment being reserved for selected patients.

© 2009 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La endoscopia digestiva baja es la técnica de elección para el diagnóstico y el tratamiento de diferentes enfermedades del colon. La visión directa de la mucosa intestinal permite alcanzar una mayor sensibilidad y especificidad diagnóstica cuando se compara con otras técnicas de imagen, como, por ejemplo, el enema de bario¹. Además, en las últimas décadas, la colonoscopia se ha utilizado cada vez más con finalidades terapéuticas en las diferentes lesiones del tubo digestivo, y destacan especialmente las polipectomías. Recientemente, se han incorporado otros procedimientos terapéuticos, como la cauterización de las lesiones de angiodisplasia con argón o la colocación de endoprótesis, entre otros.

La perforación del colon como complicación de una endoscopia digestiva baja es poco frecuente aunque grave, dado que puede ser causa de peritonitis y sepsis secundaria con una elevada morbimortalidad². La tasa de perforación como complicación de la endoscopia digestiva baja en series amplias se ha calculado entre el 0,03-0,9%^{2,3}. En las endoscopias realizadas con fines terapéuticos este porcentaje puede alcanzar el 3%^{4,5}.

El tratamiento de las perforaciones iatrogénicas del colon es controvertido y no existen hasta el momento suficientes evidencias ni guías clínicas específicas que proporcionen recomendaciones claras sobre la mejor opción terapéutica^{6,7}. El conjunto de tratamientos descritos es amplio e incluye desde el tratamiento conservador hasta la cirugía urgente con

diferentes técnicas. Entre las opciones técnicas descritas se encuentran la sutura simple, la resección del colon con o sin estoma de protección o la simple derivación intestinal^{2,8}. Recientemente se ha propuesto la utilización de técnicas mínimamente invasivas como la laparoscopia^{9,10} o, incluso, el mismo tratamiento endoscópico^{11,12}. El reconocimiento de los factores de riesgo asociados, el diagnóstico precoz de la perforación y su tratamiento adecuado pueden contribuir a la disminución de la morbimortalidad en estos pacientes³.

Los objetivos de este estudio fueron determinar la incidencia de las perforaciones por colonoscopia en nuestro centro en los últimos 5 años, conocer las distintas opciones terapéuticas empleadas y evaluar su resultado, así como las complicaciones asociadas.

Pacientes y métodos

Estudio retrospectivo de las perforaciones iatrogénicas producidas por colonoscopia en nuestro centro entre enero de 2004 y octubre de 2009. Se obtuvo la información del Centro de Documentación del Hospital del Mar y de las bases de datos del Servicio de Cirugía General y el Servicio de Digestivo. Las variables recogidas y analizadas fueron las siguientes: características demográficas de los pacientes; tipo e indicación de la endoscopia digestiva baja; manifestaciones clínicas en el momento de la perforación; exploraciones complementarias utilizadas en el diagnóstico; tiempo entre

la perforación, el diagnóstico y el tratamiento; tipo de tratamiento; hallazgos intraoperatorios; estancia hospitalaria, y complicaciones durante el ingreso.

Resultados

Demografía y colonoscopias

Desde enero de 2004 hasta octubre del 2009 se realizaron 13.493 colonoscopias en el Servicio de Digestivo de nuestro hospital. Todos los procedimientos se realizaron con sedación. Previamente, se informó a los pacientes de las posibles complicaciones asociadas al procedimiento y firmaron el consentimiento informado apropiado. En el período analizado, 13 pacientes (0,1%) presentaron una perforación del colon como consecuencia del procedimiento endoscópico, todos ellos realizados por médicos especialistas en endoscopia. El grupo de estudio estuvo constituido por 6 hombres y 7 mujeres, con una edad media de 64 años (rango de 50-85).

De las 13.493 colonoscopias, 10.929 (81%) fueron diagnósticas y 2.564 (19%) fueron terapéuticas. Nueve de las 13 perforaciones ocurrieron durante la realización de una endoscopia digestiva baja diagnóstica, lo que representó el 0,08% de todas las colonoscopias diagnósticas practicadas. Las indicaciones de las colonoscopias diagnósticas fueron el estudio de una hemorragia digestiva baja en 4 casos, el seguimiento del cáncer colorrectal en otros 3, los cambios en el ritmo deposicional en un caso y el estudio de una anemia ferropénica en otro. Las otras 4 perforaciones ocurrieron después de la realización de una endoscopia digestiva baja terapéutica, lo que supuso un 0,16%, 2 polipectomías y 2 tratamientos con argón de lesiones vasculares sangrantes.

Sintomatología y diagnóstico

El síntoma más frecuente como manifestación de la perforación fue el dolor abdominal en 8 casos. En 10 pacientes el diagnóstico se realizó en las 12 primeras horas y en 5 de ellos, la perforación se identificó por parte del mismo endoscopista durante el procedimiento. En 5 casos se remarcó en el informe la dificultad en la realización de la prueba y en 4 de ellos se especificó que el mecanismo causante de la perforación fue la dificultad de paso del endoscopio. Se diagnosticó a un paciente entre las 12-24 h posteriores y solo en 2 casos el diagnóstico se realizó después de las primeras 24 h tras la endoscopia. En 8 pacientes se realizó una tomografía computarizada abdominal para confirmar el diagnóstico, mientras que en el resto la radiografía simple de abdomen ya fue diagnóstica y se identificó un neumoperitoneo. En 5 casos, la lesión fue puntiforme y en los restantes 8 casos fue de mayor tamaño.

Técnica quirúrgica y complicaciones

La tabla 1 muestra la localización de la perforación y las opciones técnicas realizadas en esta serie. En 11 pacientes se realizó tratamiento quirúrgico y tan solo en 2 pacientes se indicó tratamiento conservador. La opción técnica más frecuente fue la sutura simple. En 3 pacientes se decidió

Tabla 1 – Localización de la perforación y opciones técnicas en el tratamiento de la perforación del colon por colonoscopia en la presente serie

Localización, n	13
Sigma	7
Ciego	4
Colon ascendente	1
Recto intraperitoneal	1
Tratamiento quirúrgico, n	11
Sutura simple	5
Resección con anastomosis	3
Sutura simple con ileostomía de protección	2
Operación de Hartmann	1

realizar un estoma, aunque en 2 de ellos fue para proteger la anastomosis. En los 2 casos en los que se optó por un tratamiento conservador, se trataba de pacientes estables hemodinámicamente, sin fiebre, con dolor abdominal, aunque sin signos de irritación peritoneal, y en los que la tomografía computarizada mostró algunas burbujas de aire alrededor del sigma, sin más hallazgos. Se instauró dieta absoluta, tratamiento antibiótico empírico y monitorización, con una correcta evolución posterior.

Tres de los 13 pacientes presentaron algún tipo de complicación: infección superficial de la herida en 2 casos y sepsis persistente en un paciente al que se le había practicado una operación de Hartmann por peritonitis fecaloidea. Este paciente presentaba una neoplasia estenosante del colon sigmoideo, por lo que la preparación mecánica del colon había sido incompleta, y falleció a los 12 días por shock séptico. Se reintervino a un paciente al que se le había realizado una sutura simple en el ciego por sospecha clínica de dehiscencia que no se confirmó. La estancia media fue de 12 días (rango de 6-23).

Discusión

La colonoscopia es una técnica muy utilizada tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de lesiones del colon desde su introducción en el Beth Israel Medical Center por Wolff en junio de 1969¹³. Las perforaciones intestinales ocasionadas por este procedimiento son una complicación grave, requieren en muchas ocasiones tratamiento quirúrgico y se asocian a una morbimortalidad considerable. La tasa de perforaciones varía según las series publicadas; en las colonoscopias diagnósticas oscila entre el 0,03-0,9% y en las terapéuticas es algo más elevada, entre el 0,15-3%^{2,3,8,14}.

Los resultados del presente estudio muestran que la incidencia de las perforaciones por colonoscopia en nuestro centro se encuentra dentro del rango publicado hasta el momento en series más extensas. Porcentajes de perforación inferiores al 0,2% son exigibles, especialmente cuando se participa en un programa de cribado del cáncer colorrectal, como ocurre en nuestro hospital. Por otra parte, creemos que es importante que, de la misma forma que se evalúa la

4107

morbimortalidad de la cirugía colorrectal, cada hospital registre las complicaciones secundarias a la endoscopia digestiva baja y otros procedimientos endoscópicos, y analice el resultado del tratamiento realizado. Este procedimiento no está exento de morbilidad, por lo que es imprescindible una adecuada información al paciente y la obtención del consentimiento de aquellas técnicas que sea necesario realizar.

Los mecanismos básicos descritos por los que se producen las perforaciones son los siguientes: causa mecánica, ya sea por el «empotramiento» en la pared colónica o por la acodadura del endoscopio; barotrauma por la excesiva insuflación, y procedimientos terapéuticos como la polipectomía o la coagulación con argón. La perforación secundaria al empotramiento y a los procedimientos terapéuticos fueron los mecanismos causantes en nuestra serie. De acuerdo con otros estudios, estos son los mecanismos involucrados con mayor frecuencia en este tipo de perforaciones^{8,14}.

La mayor parte de las perforaciones por endoscopias diagnósticas se producen en el sigma o en la unión rectosigmoidea, tal y como hemos observado en la presente serie, al tratarse de una zona con frecuencia más tortuosa y de difícil paso. Por el contrario, las perforaciones que tienen lugar en las endoscopias terapéuticas se producen con mayor frecuencia en el ciego, al tener una pared con menor grosor^{3,8,14}. En nuestra revisión, 3 de las 4 perforaciones que ocurrieron durante las colonoscopias terapéuticas se produjeron en el ciego.

Otra de las observaciones en las que coinciden varias de las series publicadas es que las perforaciones por una colonoscopia diagnóstica suelen diagnosticarse más precozmente en comparación con las terapéuticas. En el caso de las colonoscopias diagnósticas, el diagnóstico suele hacerse durante el transcurso del mismo procedimiento y, por consiguiente, el tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico también es menor^{2,6,8,14,15}. Sin embargo, la lesión producida por una colonoscopia diagnóstica suele ser mayor y con más contaminación de la cavidad abdominal, por lo que suele requerir un mayor número de resecciones con o sin derivación intestinal. En las perforaciones por colonoscopias terapéuticas el diagnóstico es más tardío debido, en parte, a que el mecanismo de producción es diferente al de las causadas durante un procedimiento diagnóstico. Suelen ser perforaciones pequeñas e inadvertidas en muchas ocasiones. En el momento de producirse la perforación, ya sea por una polipectomía o por la coagulación de una lesión, hay un paso importante de aire a la cavidad abdominal pero con mínima contaminación, ya que son lesiones pequeñas que se colapsan fácilmente. Por tanto, a pesar del mayor retraso en el diagnóstico, en estas lesiones es posible realizar un tratamiento conservador en casos seleccionados^{3,7,8,14,15}. En nuestra serie, solo se diagnosticó a 2 pacientes después de las primeras 24 h, uno tras la realización de un procedimiento diagnóstico y el otro tras una polipectomía, por lo que no podemos extraer conclusiones en este sentido.

Los procedimientos quirúrgicos realizados en la presente serie coinciden también con los publicados anteriormente; fueron posibles la sutura simple y la resección con anastomosis en la mayoría de los pacientes. De la misma forma, solo fue posible el tratamiento conservador en 2 casos. La mayoría de los autores coincide en que el tratamiento no quirúrgico

está indicado únicamente en pacientes estables en los que se haya hecho un diagnóstico tardío y no haya signos de irritación peritoneal. Por otra parte, la tasa de mortalidad en diferentes series publicadas es muy variable y oscila entre el 0-50%^{3,7,8,14}. En este estudio fue del 8%, un paciente con importantes comorbilidades asociadas.

Una opción técnica intermedia entre el tratamiento conservador y la cirugía urgente es la laparoscopia diagnóstica que, realizada por cirujanos con experiencia, permitirá realizar, además, el tratamiento quirúrgico en aquellos pacientes en los que sea necesario. La experiencia es todavía limitada, como demuestra la reciente publicación de una de las series más largas, que incluyó únicamente 11 pacientes, de los cuales fue necesaria la conversión en 5, mientras que en los otros 6 pudo completarse el tratamiento (sutura simple mediante laparoscopia)^{9,10}. Los autores concluyen que la exploración de la cavidad abdominal mediante un abordaje mínimamente invasivo está indicada en todos aquellos pacientes en los que se sospeche una perforación por colonoscopia. Sin embargo, la imposibilidad para localizar la perforación y cualquier duda sobre la seguridad de la reparación es indicación de conversión a cirugía abierta. Por otra parte, creemos que su utilización está condicionada por la formación en cirugía laparoscópica avanzada de los cirujanos que realizan urgencias, por lo que, de momento, no es posible su empleo en muchos casos, tal y como refleja nuestra serie^{9,10}.

Finalmente, se ha descrito también la posibilidad de reparar la perforación mediante endoscopia utilizando endoclips^{11,12}. Esta opción técnica podría estar indicada en perforaciones pequeñas para prevenir la contaminación de la cavidad peritoneal y como complemento del tratamiento conservador, aunque la experiencia es todavía muy limitada^{11,12}.

En conclusión, las perforaciones causadas por colonoscopia son complicaciones graves, con una morbilidad asociada elevada. Por esto son necesarios un diagnóstico y un tratamiento precoces que se establecerán de forma individualizada. La mayoría de estos pacientes precisarán tratamiento quirúrgico, ya sea sutura simple o resección con anastomosis, y quedará reservado el tratamiento conservador para pacientes seleccionados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Taku K, Sano Y, Fu KI, Saito Y, Matsuda T, Uraoka T, et al. Iatrogenic perforation associated with therapeutic colonoscopy: A multicenter study in Japan. *J Gastroenterol Hepatol*. 2007;1409-14.
2. Cobb WS, Heniford BT, Sigmon LB, Hasan R, Simms C, Kercher KW, et al. Colonoscopic perforations: Incidence, management, and outcomes. *Am Surg*. 2004;750-7 discussion 757-8.
3. Teoh AY, Poon CM, Lee JF, Leong HT, Ng SS, Sung JJ, et al. Outcomes and predictors of mortality and stoma formation in

- surgical management of colonoscopic perforations: A multi-center review. *Arch Surg.* 2009:9-13.
4. Luning TH, Keemers-Gels ME, Barendregt WB, Tan AC, Rossman C. Colonoscopic perforations: A review of 30,366 patients. *Surg Endosc.* 2007:994-7.
 5. Thomson SR, Fraser M, Stupp C, Baker LW. Iatrogenic and accidental colon injuries-what to do? *Dis Colon Rectum.* 1994:496-502.
 6. Avgerinos DV, Llaguna OH, Lo AY, Leitman IM. Evolving management of colonoscopic perforations. *J Gastrointest Surg.* 2008:1783-9.
 7. Lohsiriwat V, Sujarittanakarn S, Akaraviputh T, Letarkyamanee N, Luhsiriwat D, Kachinthorn U. Colonoscopic perforation: A report from World Gastroenterology Organization endoscopy training center in Thailand. *World J Gastroenterol.* 2008:6722-5.
 8. Iqbal CW, Cullinane DC, Schiller HJ, Sawyer MD, Zietlow SP, Farley DR. Surgical management and outcomes of 165 colonoscopic perforations from a single institution. *Arch Surg.* 2008:701-6 discussion 706-7.
 9. Hansen AJ, Tessier DJ, Anderson ML, Schlinkert RT. Laparoscopic repair of colonoscopic perforations: Indications and guidelines. *J Gastrointest Surg.* 2007:655-9.
 10. Wullstein C, Koppen M, Gross E. Laparoscopic treatment of colonic perforations related to colonoscopy. *Surg Endosc.* 1999:484-7.
 11. Magdeburg R, Collet P, Post S, Kaehler G. Endoclippping of iatrogenic colonic perforation to avoid surgery. *Surg Endosc.* 2008:1500-4.
 12. Coriat R, Cacheux W, Chaussade S. Iatrogenic colonoscopic perforations: Clipping or calling for a surgeon? *Digestion.* 2008:214-5.
 13. Wolff WI, Shinya H. Colonofiberoscopy. *JAMA.* 1971:1509-12.
 14. Dafnis G, Ekbohm A, Pahlman L, Blomqvist P. Complications of diagnostic and therapeutic colonoscopy within a defined population in Sweden. *Gastrointest Endosc.* 2001:302-9.
 15. García Martínez MT, Ruano Poblador A, Galán Raposo L, Gay Fernández AM, Casal Núñez JE. Perforation after colonoscopy: Our 16-year experience. *Rev Esp Enferm Dig.* 2007:588-92.

Perforación tras colonoscopia: experiencia en 16 años

M. T. García Martínez, A. Ruano Poblador, L. Galán Raposo, A. M. Gay Fernández y J. R. Casal Núñez

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital do Meixoeiro. Vigo, Pontevedra

RESUMEN

Objetivo: el propósito de este estudio retrospectivo fue conocer la incidencia de perforaciones de colon por colonoscopia diagnóstica y terapéutica y valorar el manejo de las mismas en nuestro medio.

Pacientes y método: se revisaron las perforaciones por colonoscopias realizadas en nuestro hospital entre enero de 1991 y diciembre de 2006. Se analizaron la finalidad del procedimiento, el mecanismo de la lesión, su presentación clínica y radiológica, el retraso diagnóstico, el estado general de los pacientes, el manejo terapéutico y sus resultados.

Resultados: en el periodo de estudio hubo 15 perforaciones (0,09%) de un total de 16,285 colonoscopias realizadas (9 varones, 6 mujeres). Nueve ocurrieron tras colonoscopias diagnósticas y 6 terapéuticas. El 60% de las perforaciones fueron advertidas por el endoscopista durante el procedimiento (en el 88,6% de las diagnósticas y en el 16,6% de las terapéuticas). En el 73,7% de los casos el dolor con distensión abdominal fue el síntoma más frecuente y en 11 pacientes con pruebas de imagen se apreció gas extraluminal en el 100% de los casos. El retraso diagnóstico (> 24 horas) ocurrió en el 40% de los pacientes (rango: 1-6 días). Fueron intervenidos 12 pacientes (80%) de los que 4 eran ASA II y 8 ASA III/IV. La morbilidad postoperatoria fue del 44,44% y la mortalidad del 25%. La evolución de los pacientes tratados conservadoramente fue satisfactoria.

Conclusión: la perforación de colon por colonoscopia es una complicación rara de consecuencias graves e incluso letales. El tratamiento conservador puede realizarse en casos seleccionados y bajo un control clínico estricto. El tipo de cirugía va a depender de la localización, tamaño de la lesión, patología colónica concomitante y grado de contaminación fecal. La mortalidad parece estar más relacionada con el estado general del paciente que con la propia técnica quirúrgica realizada.

Palabras clave: Perforación colon. Colonoscopia. Complicaciones colonoscopia.

García Martínez MT, Ruano Poblador A, Galán Raposo L, Gay Fernández AM, Casal Núñez JE. Perforación tras colonoscopia: experiencia en 16 años. *Rev Esp Enferm Dig* 2007; 99: 588-592.

Recibido: 30-03-07.

Aceptado: 10-07-07.

Correspondencia: María Teresa García Martínez. Secretaría de Cirugía General. Hospital do Meixoeiro. Crrta do Meixoeiro, s/n. 36200 Vigo, Pontevedra. e-mail: teresa_garcia_martinez@yahoo.es

ABSTRACT

Objective: the aim of this retrospective study was to evaluate the incidence of colon perforations from diagnostic and therapeutic colonoscopies, and to assess their management in our hospital.

Patients and method: perforations resulting from colonoscopy in our hospital were reviewed for the period January, 1991 to December, 2006. The study analyzed: purpose of procedure, lesion mechanisms, clinical and radiological presentations, delays in diagnosis, patient status, therapeutic handling, and outcome.

Result: fifteen perforations (0.09%) (9 males and 6 females) out of a total of 16,285 colonoscopies carried out were seen to have taken place during the study period. Nine of these occurred after diagnostic colonoscopies, and 6 occurred after therapeutic endoscopies. Around 60% of perforations were detected by the endoscopist while carrying out the procedure (88.6% during diagnostic endoscopy, and 16.6% during therapeutic endoscopy). In 73.7% of cases abdominal pain and distension were the most frequent symptoms: extraluminal gas was seen in 100% of cases with imaging techniques. Delayed diagnosis (> 24 hours) occurred in 40% of patients (range: 1-6 days). Twelve patients were operated upon (80%), of whom 4 were ASA II and 8 were ASA III/IV. Postoperative morbidity was 44.44%, and mortality was 25%. The outcome of patients receiving conservative treatment was found to be satisfactory.

Conclusion: perforation of the colon during colonoscopy is a rare complication with serious –even lethal– consequences. Conservative treatment can be provided for selected cases under strict clinical control. Type of surgery will depend on the lesion location and size, concomitant colon pathology, and degree of fecal contamination. Mortality seems to be related to general status rather than the surgical technique used.

Key words: Colonic perforation. Colonoscopy. Colonoscopy complications.

INTRODUCCIÓN

La colonoscopia es un procedimiento habitual utilizado en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades del colon. La perforación tras colonoscopia

es una complicación poco frecuente pero de consecuencias importantes e incluso letales. Su incidencia, en series recientes y de gran volumen (> 15.000 colonoscopias) oscila entre el 0,016 y el 0,19% (1-3). Mientras en algunas series el porcentaje es similar cuando se emplea con fines diagnósticos o terapéuticos (4), en otras es más frecuente como procedimiento terapéutico (5) o significativamente mayor como diagnóstico (6).

Aunque se describen casos específicos tratados conservadoramente e incluso en algunas series se trató de esta manera y con éxito al 100% de los pacientes (7), en series recientes entre el 33 y el 100% de los enfermos precisan de una laparotomía urgente tras el diagnóstico (8,9) con un índice de morbilidad entre el 27 y el 39% y de mortalidad entre el 0 y el 14% (4,6,10,11).

El propósito del presente estudio fue determinar la incidencia en nuestro hospital de las perforaciones secundarias a colonoscopia y evaluar fundamentalmente su manejo terapéutico y sus resultados.

PACIENTES Y MÉTODO

Entre enero de 1991 y diciembre de 2006 se realizaron en nuestro hospital 16.285 colonoscopias. Los datos demográficos de los pacientes fueron recogidos del Centro de Codificación de nuestro hospital y se revisaron los informes registrados de las colonoscopias. De los pacientes con diagnóstico de perforación tras colonoscopia se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, empleo de sedación y analgesia, puntuación ASA (*American Society of Anesthesiology*), indicación de la colonoscopia, antecedentes personales, tiempo entre el procedimiento y el diagnóstico de perforación, presentación clínica, hallazgos radiológicos, localización, manejo terapéutico, morbilidad y mortalidad.

RESULTADOS

En un periodo de 16 años se realizaron 16.285 colonoscopias con un resultado de 15 perforaciones (0,09%), el 80% de las mismas ocurrieron durante la última mitad del periodo de estudio (3 perforaciones de 5.638 colonoscopias entre 1991 y 1998 y 12 entre 1999 y 2006). Once se localizaron en sigma, 2 en ciego y 2 en la unión recto-sigmoidea. La edad media de los pacientes fue de 70,20 años (rango 33-88 años) y 9 eran varones. En los pacientes con perforación debida a colonoscopia como procedimiento diagnóstico (60%) la edad media fue de 69,55 años (rango 50-86 años) y como terapéutico de 71,16 años (rango 33-88 años).

Las indicaciones fueron: realización de polipectomía (n: 5), anemia: (n: 4), hemorragia digestiva baja (n: 2), alteración del hábito intestinal (n: 2) argonterapia por angiodisplasia (n: 1) y control por enfermedad de Crohn (n: 1). Dos pacientes habían sido histerectomiza-

das y 1 apendicectomizado. Entre las comorbilidades más significativas destacan: tratamiento con anticoagulantes (n: 3), hipertensión portal (n: 2), insuficiencia renal crónica y cardíaca (n: 1), insuficiencia renal crónica (n: 1), enfermedad de Crohn colónica (n: 1), insuficiencia respiratoria crónica y hernia inguinal izquierda (n: 1) y accidente cerebrovascular (n: 1).

El 93,33% de los pacientes con perforación habían sido preparados con lavado anterógrado. El colon no fue preparado en un paciente con accidente cerebrovascular y en 2 se informó como mal preparado. En 10 casos (66,66%) se realizó el procedimiento bajo sedación y analgesia (midazolam y miperidina) y de ellos la lesión fue objetivada por el endoscopista en el 60% de los casos, índice similar al de los casos en los que se realizó la colonoscopia sin medicación alguna.

Se informó de la dificultad de progresión del colonoscopia por la existencia de un sigma redundante con presencia de divertículos en 5 pacientes y por sigma adherido a un saco herniario de hernia inguinal izquierda en un caso. La lesión fue advertida por el endoscopista en el 88,6% de las colonoscopias diagnósticas y en el 16,6% de las terapéuticas, 3 consultaron transcurridas 24 horas desde el procedimiento, 1 tras 48 horas y 2 a los 4 y 6 días respectivamente. La causa de la perforación fue identificada como mecánica en 12 pacientes (por traumatismo directo de la punta del colonoscopio en 7, secundaria a polipectomía en 5 y por tratamiento con argonterapia en 1) y neumática en 3 pacientes.

Tan sólo 1 paciente cursó sin sintomatología alguna y fue diagnosticado a los 4 días de realizada la colonoscopia por presentar en el líquido de diálisis peritoneal contenido fecaloideo. Los síntomas más frecuentes fueron dolor y distensión abdominal (73,73%), sólo distensión abdominal (6,66%) o dolor (13,33%). Un paciente cuya perforación fue objetivada transcurridas 24 horas cursó con un cuadro de enfisema subcutáneo sin otra sintomatología acompañante. De los 11 pacientes a los que se realizaron pruebas de imagen (radiología simple o tomografía axial computarizada abdominal) estas fueron positivas a neumoperitoneo en todos casos de los cuales en uno se acompañaba de neumorretroperitoneo y mediastínico (Fig. 1).

De los 12 pacientes intervenidos quirúrgicamente 4 eran ASA II, 6 ASA III y 2 ASA IV. En 8 casos la cirugía se realizó de manera inmediata (menos de 3 horas de la realización de la colonoscopia), 2 transcurridas 24 horas, 1 tras 48 horas y 1 a los 4 días. Se realizó una intervención de Hartmann en 4 pacientes, sutura primaria en 4 (una de ellas por vía laparoscópica), colectomía derecha y anastomosis ileocólica en 2, sigmodectomía y anastomosis primaria en 1 y colectomía subtotal con anastomosis ileo-rectal en 1 paciente con angiodisplasia de colon derecho, diverticulosis de colon izquierdo y perforación de 12 cm localizada en sigma. Fallecieron en el postoperatorio 3 pacientes (25%), 2 de ellos habían sido intervenidos de manera inmediata y 1 a las 24 horas. Las causas de fallecimiento fueron *shock séptico* de origen

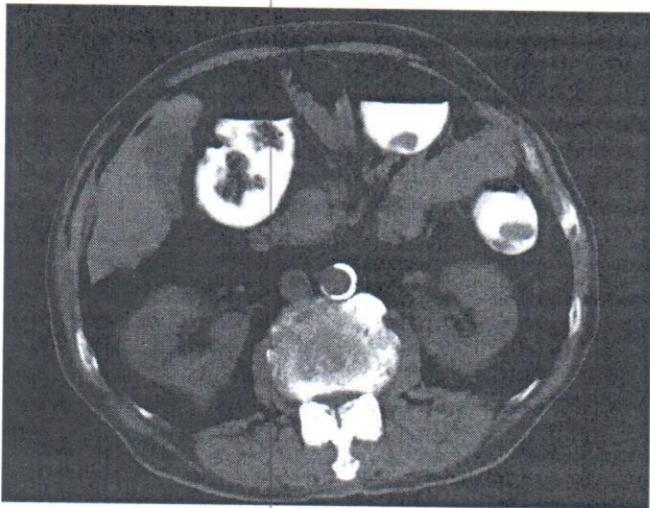


Fig. 1. Neumoperitoneo, retroneumoperitoneo y enfisema subcutáneo.

abdominal en un paciente ASA III de 86 años de edad y hemorragia digestiva alta en 2 pacientes, con antecedentes de hipertensión portal, de 82 y 86 años y ASA III y IV respectivamente (Tabla I).

La morbilidad postquirúrgica fue del 44,44%: neumonía (n: 2), absceso subfrénico, drenado percutáneamente (n: 1) e infección de la herida quirúrgica (n: 1). La estancia media postoperatoria fue de 16 días (rango: 7-43 días).

Un paciente presentó dolor en fosa iliaca izquierda tras la colonoscopia y fue diagnosticado radiológicamente a los 6 días de perforación de sigma y tratado médicamente con resultado satisfactorio. No hubo complicaciones en los 3 pacientes que fueron tratados conservadoramente.

Tabla I. Perforación por colonoscopia. Tratamiento quirúrgico

Caso	Sexo	Edad	ASA	Evolución	Cirugía	Mortalidad
1	V	50	IV	4 días	Hartmann	No
2	H	86	III	Inmediato	Resección y anastomosis	Sí
3	H	81	III	Inmediato	Sutura	No
4	V	82	IV	Inmediato	Sutura	Sí
5	V	67	II	Inmediato	Hartmann	No
6	V	86	III	24 horas	Colectomía derecha	Sí
7	V	33	II	48 horas	Hartmann	No
8	V	85	II	Inmediato	Sutura	No
9	V	45	III	Inmediato	Colectomía y anastomosis ileorrectal	No
10	H	59	III	Inmediato	Sutura	No
11	H	76	II	Inmediato	Hartmann	No
12	V	81	III	24 horas	Colectomía derecha	No

DISCUSIÓN

Para Wexner y cols. (12) el índice de complicaciones no está asociado al nivel de experiencia ni al número de colonoscopias realizadas anualmente. En nuestra serie la incidencia de perforación fue del 0,092%. En la primera mitad de nuestro estudio se realizaron un total de 5.638 colonoscopias con un resultado de 3 perforaciones

(0,05%) siendo en la segunda mitad del 0,11% en un volumen de 10.647 colonoscopias por lo que no hemos encontrado diferencias entre ambos grupos. En este segundo periodo las perforaciones ocurrieron en colonoscopias realizadas por 4 endoscopistas con más de 10 años de experiencia y más de 400 colonoscopias realizadas cada uno. Pucher y cols. (13) comunican que la frecuencia de complicaciones es proporcional al nivel de experiencia, sin embargo esto no ocurrió en nuestra serie por lo que creemos que los factores de riesgo comunicados por varios autores (2,4,10,14,15), como la existencia de enfermedad inflamatoria, antecedentes de radiación pélvica, presencia de divertículos y cirugía abdominal previa juegan un papel fundamental en el incremento del riesgo de perforación. La existencia de estenosis de colon por enfermedad de Crohn, cirugía abdominal previa y diverticulosis sigmoidea con el sigma alojado en un saco herniario inguinal en 1 paciente, fueron, a nuestro criterio, posibles factores de riesgo que estaban presentes en 1, 3 y 5 pacientes respectivamente.

Mientras en algunas series el índice de perforaciones por colonoscopia diagnóstica se sitúa entre el 42 y el 50% (2,4,8,14,16) en otras oscila entre el 63 y el 72% (5,6,17,18). La causa de estas perforaciones puede ser de origen mecánico o por barotrauma. La lesión por la punta del colonoscopio en la pared del colon por maniobras inadecuadas, la creación de un asa en alpha o la penetración del endoscopio a través de la mucosa y su avance sin visualizar la luz son las causas más frecuentes de perforación colónica (19-21). El error en diferenciar la luz de un divertículo de la luz del colon, la presencia de adherencias por cirugía previa, la existencia de un sigma redundante y la mayor incidencia de divertículos en la región sigmoidea hacen que este segmento sea más propenso a ser lesionado (4,6,17,20,21). La perforación por barotrauma, es decir, como resultado de un insuflación excesiva de gas, provoca con mayor frecuencia perforación a nivel cecal (4,22). Aunque también puede ocurrir en el colon sigmoideo debido a que las flexuras del colon pueden posibilitar la creación de un segmento en el cual se genere una alta presión durante la insuflación de gas (23). Esto pudo haber ocurrido en nuestros dos casos de perforación atribuibles a barotrauma en uno de los cuales el sigma estaba acodado y adherido al saco de una hernia inguinal. En nuestra serie la mayoría de los casos de perforación durante la colonoscopia diagnóstica fueron debidos a traumatismo directo de la pared del colon por la punta del colonoscopio, localizándose a nivel de la unión rectosigmoidea y en el sigma, en 1 y 6 pacientes respectivamente, hallándose la lesión localizada en todos los casos en el borde antimesentérico y de un tamaño que osciló entre los 1,5 y 12 cm longitudinalmente.

Las perforaciones durante la colonoscopia terapéutica pueden ocurrir por mecanismos similares a la diagnóstica, pero con mayor frecuencia son causadas tras biopsias, polipeptomías, electrocauterio o empleo de argonterapia como tratamiento de malformaciones arteriovenosas

(2,3,11,18,24). Este tipo de perforaciones en nuestra experiencia y en la de otros autores son de un tamaño considerablemente menor a las provocadas por la punta del colonoscopio y su reconocimiento suele ser tardío (2,9).

El dolor y la distensión abdominal es la presentación más frecuente (10,18), no obstante en algunos casos la sintomatología está ausente o se inicia pasados días e incluso semanas (4,7,11,17). En este estudio el retraso diagnóstico fue del 40%, similar a otras series (4,7) con una media de 2,5 días (rango: 1-6) y en el 83% de los casos se había realizado la colonoscopia con fines terapéuticos por lo que creemos que las perforaciones han ocurrido como resultado del contacto prolongado del láser en el tratamiento de una angiodisplasia (24) y por lesión térmica transmural en el transcurso de la aplicación de electrocoagulación tras polipectomía (25,26).

El uso de anestésicos no incrementa el riesgo de perforación (27) ni se acompaña de complicaciones graves (28) y nosotros no hemos encontrado diferencias en el retraso diagnóstico con la utilización de fármacos sedantes y analgésicos durante el procedimiento, sin embargo el grado de sedación y analgesia es controvertido y así mientras para algunos autores (29) la sedación profunda es un factor importante en la valoración de signos y síntomas, otros la utilizan en la mayoría de sus pacientes sin comunicar efectos adversos (28).

Los hallazgos de la radiología simple pueden mostrar gas a nivel pericólico, libre en la cavidad abdominal o extensión del mismo en el espacio retroperitoneal (17,18,30). En las perforaciones rectales o a nivel rectosigmoideo el gas puede extenderse a lo largo del músculo psoas, mediastino y tejidos subcutáneos (7,30,31). Si la radiología simple no sugiere perforación una tomografía puede ayudar al diagnóstico descubriendo gas libre, microperforaciones o abscesos (11).

La ausencia de gas extracolónico no excluye el diagnóstico de perforación (17) y la sola presencia del mismo no es suficiente justificación para realizar cirugía (11,16,25,31,32). El manejo terapéutico de estos pacientes es controvertido y el fracaso del tratamiento conservador que obliga a una posterior laparotomía es en algunas series igual o superior al 50% de los casos (2,15). Algunos autores (33,34) defienden la cirugía inmediata basándose en que el fracaso del tratamiento conservador incrementa la contaminación y la inflamación aumentando la morbilidad y la mortalidad postoperatoria. Las perforaciones que resultan de una colonoscopia terapéutica suelen ser de pequeño tamaño y la contaminación abdominal mínima. Si a esto añadimos una preparación adecuada del colon y las condiciones generales del paciente son buenas, posiblemente este tipo de perforaciones respondan a menudo de forma satisfactoria a tratamiento conservador (7,8,26,29). A los pacientes de nuestra serie que fueron tratados conservadoramente se les había realizado polipectomía y presentaban signos radiológicos de gas extraluminal y un absceso pericólico en uno de ellos por lo que pensamos que la cirugía inmediata debe reservarse

para aquellos pacientes cuya perforación es diagnosticada por el endoscopista, generalmente durante el procedimiento diagnóstico (2) y que no puedan ser manejadas terapéuticamente por este (35) y cuando los signos y síntomas sean indicativos de afectación peritoneal, por lo que el éxito del tratamiento conservador va a depender de la estabilidad clínica del paciente y de la evolución de su sintomatología (15,25) por lo que se recomienda en estos casos una observación clínica estricta (11,18).

El tipo de cirugía dependerá del tamaño de la lesión, grado de contaminación, patología colónica asociada y estado general del paciente (8,10,11) por lo que se incluyen dentro de las opciones quirúrgicas la sutura de la perforación, resección y anastomosis primaria con o sin estoma de protección y resección intestinal y estoma en aquellos pacientes con una contaminación fecal extensa, múltiples comorbilidades o inestabilidad hemodinámica (2,4,16-18,32).

El índice de mortalidad postoperatoria, en la literatura consultada, oscila entre el 0 y el 50% (4,10,11,16,17,26,34). Fallecieron en la presente serie 3 pacientes (25%), 1 ASA IV y 2 ASA III, a los cuales se les había realizado sutura, resección y anastomosis primaria y colectomía derecha respectivamente tras un diagnóstico inmediato de la perforación en 2 de ellos y un retraso de 24 horas tras la colonoscopia en 1. Por ello opinamos que la mortalidad depende más de las condiciones generales del paciente, en estos casos, que del tipo de cirugía realizada (4).

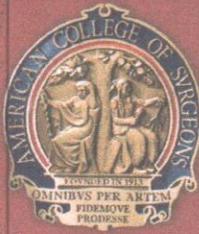
La vía laparoscópica constituye una alternativa segura y efectiva en el tratamiento de esta entidad (36-39). A un paciente de nuestra serie se le practicó sutura de la perforación por vía laparoscópica y su estancia en el hospital fue de 9 días, similar a la de los 2 pacientes en los que se realizó la misma técnica por vía abierta. Una mayor experiencia y documentación sobre la utilización de la laparoscopia en el tratamiento de las perforaciones por colonoscopia podría aportarnos datos sobre una posible reducción en la morbilidad y en la estancia hospitalaria de estos pacientes.

CONCLUSIÓN

Aunque las perforaciones por colonoscopia son infrecuentes, la morbilidad y mortalidad postoperatorias pueden ser significativas. La cirugía inmediata se realiza en la mayoría de los casos en los que la lesión es advertida por el endoscopista durante el procedimiento con fines diagnósticos. Cuando la perforación es debida a una colonoscopia terapéutica, especialmente tras polipectomía, los pacientes pueden ser tratados generalmente de forma conservadora bajo una vigilancia clínica estricta. El tipo de cirugía va a depender de la localización, tamaño de la lesión y patología colónica concomitante y podrá realizarse en un solo tiempo salvo en aquellos casos en los que exista una contaminación fecal extensa. La mortalidad parece estar más relacionada con el estado general del paciente que con la propia técnica quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rathgaber SW, Wick TM. Colonoscopy completion and complication rates in a community gastroenterology practice. *Gastrointestinal Endoscopy* 2006; 64: 556-62.
2. Coob WS, Heniford T, Sigmon LB, Hasan R, Simms C, Kercher KW, et al. Colonoscopic perforations: Incidence, management and outcomes. *Am Surg* 2004; 70: 750-7.
3. Anderson ML, Pasha TM, Leighton JA. Endoscopic perforation of the colon: Lessons from a 10 year study. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 3418-22.
4. Orsoni P, Berdah S, Verrier C, Caamano A, Sastre B, Boutboul R, et al. Colonic perforation due to colonoscopy: A retrospective study of 48 cases. *Endoscopic* 1997; 29: 160-4.
5. Ettersperger L, Zeitoun P, Thieffin G. Colonic perforations complicating colonoscopy. A propos of 15 consecutive cases observed over 16 years. *Gastroenterol Clin Biol* 1995; 19: 1018-22.
6. Korman LY, Overhoff BF, Box T, Winker CK. Perforation during colonoscopic in endoscopic ambulatory surgical centers. *Gastroint Endosc* 2003; 58: 554-7.
7. Ker TS, Wasserberger N, Beart RW. Colonoscopic perforation and bleeding of the colon can be treated safely without surgery. *Am Surg* 2004; 70: 922-4.
8. Lo AY, Beaton HL. Selective management of colonoscopic perforations. *J Am Coll Surg* 1994; 179: 333-7.
9. Dafnis G, Ekbohm A, Pahlman L, Blomquist P. Complications of diagnostic and therapeutic colonoscopy within a defined population in Sweden. *Gastrointest Endosc* 2001; 54: 302-9.
10. Farley DR, Bannon MP, Zietlow SP, Pemberton JH, Ilstrup DM, Larson DR. Management of colonoscopic perforations. *Mayo Clin Proct* 1997; 72: 729-33.
11. Iqbal CW, Chun YS, Farley DR. Colonoscopic perforations: A retrospective review. *J Gastrointest Surg* 2005; 9: 1229-35.
12. Wexner SD, Garbus JE, Sing JJ, SAGES Coloscopic Study Outcomes Group. A prospective analysis of 13580 colonoscopies. Reevaluation of credentialing guidelines. *Surg Endosc* 2001; 15: 251-61.
13. Puchner R, Allinger S, Doblhofer F, Wallner M, Knoflach P. Complications of diagnostic and interventional colonoscopy. *Wien Klin Wochenschr* 1996; 108: 142-6.
14. Araghizadeh FY, Timmcke AE, Opelka FG, Hicks TC, Beck DE. Colonoscopic perforations. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 713-6.
15. Gedebo TM, Wong RA, Rappaport WD, Jaffe P, Kahsai D, Hunter GC. Clinical presentation and management of iatrogenic colon perforations. *Am J Surg* 1996; 172: 454-8.
16. Carpio G, Albu E, Gumbs MA, Gerst PH. Management of colonic perforation after colonoscopy. Report of three cases. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 624-6.
17. Garbay JR, Suc B, Rotman N, Fourtanier G, Escat J. Multicentre study of surgical complications of colonoscopy. *Br J Surg* 1996; 83: 42-4.
18. Tulchinsky H, Madhala-Givon O, Wasserberg N, Lelcuk S, Niv Y. Incidence and management of colonoscopic perforations: 8 years' experience. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 4211-3.
19. Damore LJ, Rantis PC, Vernava AM, Longo WE. Colonoscopic perforations. Etiology, diagnosis and management. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 1308-14.
20. Williams C, Teague R. Colonoscopy. *Gut* 1973; 14: 990-1003.
21. Livstone EM, Kerstein MD. Serosal tears following colonoscopic. *Arch Surg* 1976; 111: 88.
22. Picciano LD, Hansel BC, Luchette FA. Insufflation: Complications and recommendations. *Surg Endosc* 1995; 9: 834-6.
23. Brayco CM, Kozarek RA, Sanowski RA, Howells T. Diverticular rupture during colonoscopic. Fact or fancy? *Dig Dis Sci* 1984; 29: 427-31.
24. Ghazi A, Grossman M. Complications of colonoscopy and polypectomy. *Surg Clin North Am* 1982; 62: 889-96.
25. Christie JP, Marrazzo J. Mini-perforation of the colon-not all post-polypectomy perforations require laparotomy. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 132-5.
26. Hall C, Dorricott NJ, Donovan IA, Neoptolemos JP. Colon perforation during colonoscopic: Surgical versus conservative management. *Br J Surg* 1991; 78: 542-4.
27. Martínez J, Casellas JA, Aparicio JR, Garmendia M, Amorós A. Seguridad de la administración de propofol por el personal de la unidad de endoscopia digestiva. *Gastroenterol Hepatol* 2007; 30: 105-9.
28. Kjaergard H, Nordkild P, Geerdsen J, Dyrberg V. Anaesthesia for colonoscopy. An examination of the anaesthesia as an element of risk at colonoscopy. *Acta Anaesthesiol Scand* 1986; 30: 60-3.
29. Kavin H, Sincrope F, Esker AH. Magement of perforation of the colon at colonoscopy. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 161-7.
30. Humphreys F, Hewetson KA, Dellipiani AW. Massive subcutaneous emphysema following colonoscopy. *Endoscopy* 1984; 16: 160-1.
31. Nivatvongs S. Complications in colonoscopic polypectomy: And experience with 1555 polypectomies. *Dis Colon Rectum* 1998; 29: 825-30.
32. Vincent M, Smith LE. Management of perforation due colonoscopy. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 61-3.
33. Soon JC, Shang NS, Goh PM, Rauff A. Perforation of the large bowel during colonoscopic in Singapore. *Am Surg* 1990; 56: 215-8.
34. Barbagallo F, Castello G, Latteri S, Grasso E, Gagliardo S, La Greca G, et al. Successful endoscopic repair of an unusual colonic perforation following polypectomy using endoclip device. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 2889-91.
35. Friedrichs O. Diagnose und therapie der endoskopischen dickdarmperforation. *Med Welt* 1983; 34: 75-6.
36. Miyahara M, Kihno S, Shimoda K, Bandoh T, Chikuba K, Maeo S, et al. Laparoscopic repair of a colonic perforation sustained during colonoscopy. *Surg Endosc* 1996; 10: 352-3.
37. Velez MA, Riff DS, Mule JM. Laparoscopic repair of a colonoscopic perforation. *Surg Endosc* 1997; 11: 387-9.
38. Wullstein Ch, Köppen MO, Gross E. Laparoscopic treatment of colonic perforations related to colonoscopy. *Surg Endosc* 1999; 13: 484-7.
39. Agresta F, Michelet I, Mainente P, Bedin N. Laparoscopic management of colonoscopic perforations. *Surg Endosc* 2000; 14: 592-3.



Colonoscopia

La colonoscopia es un procedimiento utilizado para mirar el tejido interno de su intestino grueso (colon).

Educación al Paciente

El propósito de este material educativo es ayudarle a estar más informado y dotarle de las destrezas y el conocimiento necesarios para que participe activamente en su cuidado médico.

Manteniéndole Informado

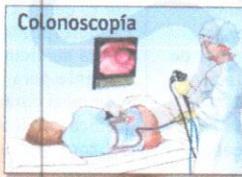
Esta información le ayudará a entender mejor su procedimiento y su papel en su sanación.

Aquí se le provee educación sobre:

El Procedimiento, Prueba/Examen vs. Terapéutica	1
Beneficios y Riesgos	2
Expectativas y Recuperación.....	3
Para Más Información	4

Colonoscopia

Un tubo flexible iluminado, con una diminuta cámara en su punta, se inserta en su recto. La parte interior del recto y el colon completo pueden verse de esta manera para detectar si existen pólipos, cáncer o enfermedades tales como la colitis ulcerativa o la enfermedad de Crohn.



Pólipos del Colon



National Cancer Institute

Razones para Hacerse una Colonoscopia

Prueba o Examen Colonoscópico

La mayoría de los cánceres colorectales (del colon y el recto) comienzan como pólipos no-cancerosos (células de rápido crecimiento que cubren el interior del colon y que pueden convertirse en cancerosas.) Una prueba o examen colonoscópico puede detectar, y a menudo remover, los pólipos antes de que los mismos se conviertan en cáncer. Si el cáncer ya está presente, el detectarlo temprano, antes de que ocasione síntomas o que se riegue o pase a otros órganos, puede aumentar sus oportunidades de tener una recuperación total.^{1,2}

Colonoscopia Terapéutica

- Una colonoscopia terapéutica es la que se lleva a cabo para darle tratamiento a problemas ya conocidos tales como el cáncer, pólipos o sangrado.
- Se hace una biopsia (se toma una muestra del tejido) utilizando una pinzas pequeñas que agarran y atrapan pedazos pequeños de tejido.
- Los pólipos pueden removerse utilizando un lazo de alambre o pinzas pequeñas.
- Para el sangrado, su médico puede sellar el lugar del sangrado inyectándole medicinas, utilizando un tratamiento de calor o cortando el lugar que esté sangrando.

- Para las constricciones (la estrechez o bloqueo parcial del colon), se inserta un globo a través del endoscopio y se infla dentro del colon. Este procedimiento ensancha la constricción. De ser necesario, se le puede dejar un catete (tubo) en el área de estrechez para mantenerla abierta.

Colonoscopia de Vigilancia

- Se utiliza para darles seguimiento a pacientes que poseen un historial médico de pólipos en el colon, cáncer o enfermedades inflamatorias de los intestinos.

Otros Procedimientos Opcionales

(Vea el Glosario)

- Sigmoidoscopia
- Colonoscopia virtual (colonografía)
- Enema de bario
- Sangre oculta en la excreta
- Prueba o Examen de ADN de excreta

Beneficios y Riesgos

Manteniéndole Informado

Razones para Hacerse una Prueba o Examen Colonoscópico

- Comenzando a la edad de los 50 años, para personas de riesgo promedio, la Sociedad Americana del Cáncer recomienda una colonoscopia cada 10 años, o una sigmoidoscopia cada cinco años, y un examen de sangre oculta en la excreta (sangre en su excremento) anualmente. Una colonoscopia puede prevenir de un 76% a un 90% de los cánceres del colon.^{1,2}
- El riesgo de desarrollar un cáncer colorectal durante el tiempo que dure su vida es cerca de 1 en 19 casos (5.4%). El riesgo es un poco más alto entre los hombres. El hacer ejercicios regularmente, mantener un peso saludable, el comer frutas y vegetales y limitar su consumo de bebidas alcohólicas pueden disminuir su riesgo de desarrollar cáncer del colon.
- El riesgo de desarrollar cáncer del colon aumenta si usted tiene o padece de colitis ulcerativa, la enfermedad de Crohn, o si tiene o tuvo una madre, padre o hermano con cáncer colorectal.⁴

Sensitividad de las pruebas o exámenes²

- Los exámenes o pruebas de sangre oculta en la excreta tienen una sensitividad de 40-60% cuando se llevan a cabo anualmente. Esto significa que si 10 personas tienen cáncer del colon, este examen o prueba mostrará sangre positiva en 4-6 de las 10. Puede que los otros tengan cáncer también, pero el mismo no será detectado usando esta prueba o examen.
- La sigmoidoscopia tiene una sensitividad de 70%-80%, pero sólo puede detectar pólipos o tumores en la mitad baja del colon y el recto.
- La colonoscopia tiene una sensitividad de 90%.

Beneficios

Una colonoscopia es la manera más exacta de encontrar y remover pólipos pequeños y de llevar a cabo una biopsia. Si usted no se hace una colonoscopia, puede que los pólipos o el cáncer no puedan ser identificados hasta que estén en una etapa más avanzada.^{4,5}

Riesgos

Su médico hará todo lo posible para disminuir sus riesgos, pero la colonoscopia y la sigmoidoscopia, como todos los procedimientos, conllevan riesgos.

El Riesgo	Qué Sucede	Manteniéndole Informado
Perforación	Se ha reportado perforación (agujero que pasa a través de la pared completa del colon) en 0 a 2 de cada 1,000 procedimientos realizados. El riesgo puede aumentar en casos de procedimientos terapéuticos. La presión ocasionada por el colonoscopio, algún desgarre cuando se inserta el aire y la remoción de los pólipos, pueden causar la perforación. ⁶⁻¹²	El cómo se va a manejar una perforación depende de su tamaño, si se descubre o no inmediatamente o más tarde, y de cómo se sienta usted en general. Una perforación grande, que se note inmediatamente, requiere cirugía. Una perforación que se descubre varios días después es tratada con descanso, líquidos intravenosos, antibióticos y una observación muy de cerca. También puede requerir de una operación. Llame a su médico si le da fiebre, sensibilidad en el abdomen o si se queda corto de respiración. ³
Sangrado	Se ha reportado sangrado en 0-4 de cada 1,000 procedimientos realizados. El riesgo es mayor con la remoción de pólipos grandes. ⁶⁻⁹	Un trazo pequeño de sangre es normal. Si hay más de 4 cucharaditas de sangrado, llame a su médico inmediatamente. Se le observará cuidadosamente y se le podrá hacer hasta una transfusión de sangre. La cirugía es raramente necesaria.
Cardiorespiratory	Algunas complicaciones durante el procedimiento pueden incluir latidos irregulares del corazón (1 de cada 1,000), bajo índice de latidos del corazón (8 de cada 1,000), baja presión sanguínea (12 de cada 1,000), bajos niveles de oxígeno (56 de cada 1,000) y ataques del corazón y ataques cerebrales (menos de 1 de cada 1,000). ⁶⁻⁹	Por lo general, las complicaciones cardiorespiratorias están relacionadas con la medicina que se le administra al paciente para mantenerlo confortable (cómodo) durante el procedimiento. Su médico monitoreará su índice de latidos del corazón, su respiración y niveles de oxígeno. Se le administrarán oxígeno y líquidos intravenosos de ser necesario.
Muerte	No se ha reportado muerte alguna en pruebas o exámenes colonoscópicos o colonoscopias terapéuticas desde el año 2000. ⁶⁻¹¹	Existe un pequeño riesgo de muerte (1 de cada 1,000 casos) con la colonoscopia terapéutica (una colonoscopia para el tratamiento de enfermedad o sangrado). ⁶⁻¹²

Expectativas y Recuperación

Antes del Procedimiento

La evaluación pre-colonoscópica incluye su historial médico, medicamentos que toma actualmente, y sus alergias. Es importante hacerle saber a su médico si usted está tomando alguna medicina para adelgazar la sangre (Plávis, aspirinas, Coumadin), vitaminas, medicinas naturistas o hierro.

Preparación de los intestinos—Los intestinos necesitan estar limpios (sin comida ni excreta) antes del procedimiento. Debe tomar solamente líquidos claros (como por ejemplo caldo, jugo de manzanas y té) de 12 a 24 horas antes de su examen. No tome nada 4 horas antes de la prueba. Si en sus intestinos ha quedado alguna excreta, su médico podría tener que cambiar el día de su examen para otra fecha.

Instrucciones de Preparación

Siga cuidadosamente las instrucciones preparativas que le ha provisto su médico.

El día de su procedimiento

A usted se le colocará de costado y se le administrarán medicamentos, a través de una línea intravenosa, para ayudarle a relajarse. Usted estará acostado de lado, por lo general con sus rodillas elevadas un poco hacia su pecho. Su médico guiará un endoscopio que se inserta en su ano y que pasa a través del colon. Se insertan entonces pequeñas cantidades de aire para abrir el colon y permitir la visibilidad del área que le rodea. El tubo posee una luz y una cámara en la punta y envía imágenes a una pantalla de televisión. El ritmo de su corazón, su respiración y su nivel de oxígeno serán monitoreados durante el examen. El procedimiento tomará aproximadamente de 20 a 60 minutos. Si su médico observa tejido anormal o pólipos, los mismos podrán ser removidos o se podrá tomar una biopsia de éstos.

Su recuperación

Usted será monitoreado u observado hasta que esté completamente despierto. Si no

hay complicaciones, por lo general, se le envía a su casa luego de 30 ó 90 minutos.

Si recibe sedantes o medicina para su relajamiento, necesitará que alguien lo lleve a su casa. Puede que se sienta mareado y se recomienda que no tome decisiones importantes, maneje o regrese a su trabajo por el resto del día.

Dieta—A pesar de que puede estar deseoso de comer luego de haber ayunado, es una buena idea comenzar con alimentos suaves en su primera comida.

Dolor—El dolor severo es raro luego del procedimiento.^{6,7} Puede que tenga dolores menores y gases luego del procedimiento. Luego de que pueda pasar el gas, los dolores menores deben desaparecer.

Evacuación—Deberá volver a su patrón de evacuación normal dentro de 2 ó 3 días. Si le hicieron una biopsia o si le removieron pólipos, su médico le dejará saber:

- cuándo y cómo será informado de sus resultados.
- si necesita evitar las aspirinas, el ibuprofeno u otros adelgazadores de sangre de 10-14 días luego de su procedimiento.

Cuándo Llamar a su Médico

Llame a su médico _____ al _____ si usted tiene:

- dolor abdominal severo o si su abdomen se siente duro – esto puede ser síntoma de perforación del colon.
- sangrado durante más de 2 movimientos intestinales (evacuación) o sangrado de un rojo brillante que pueda llenar un vasito de cristal de un trago (“a shot glass.”)
- fiebre mayor a los 100.4° F (38° C)
- hinchazón, piel rojiza o supuración en el área donde se le colocó la solución intravenosa
- debilidad, se siente corto de aliento o si le dan desmayos
- náuseas o vomita sangre

Manteniéndole Informado

Su medicina

Si usted toma medicamentos diariamente, pregúntele a su médico qué medicinas puede tomar el día de su procedimiento. Por lo general tomará su medicina regular con un pequeño sorbo de agua.

Chequeo de seguridad

Si a usted se le va a administrar este procedimiento en un hospital o en un centro médico ambulatorio, se le colocará en su muñeca un brazalete de identificación con su nombre. El mismo debe ser revisado por todos los miembros del equipo de salud antes de que se le administre a usted cualquier procedimiento o se le den medicamentos (medicinas.)

Sedación

Si recibe sedantes o anestesia para su procedimiento, hable con su médico sobre el tipo de sedante y sus efectos secundarios. Algunas drogas comunes que se utilizan incluyen las benzodiazepinas (Midazolán/Versed), derivados del opio (Fentanil) y otros agentes (Propofol.)¹³

Si se le administran sedantes, usted será observado o monitoreado por su médico y otro proveedor del cuidado de la salud. Se le colocará una pequeña abrazadera (“clip”) en su dedo que medirá el ritmo de los latidos de su corazón y sus niveles de oxígeno. Su presión sanguínea y su corazón también serán monitoreados u observados.

Otras instrucciones:		
Citas de Seguimiento		
Quién	Fecha	Teléfono

Para Más Información

Manteniéndole Informado

Glosario de Términos

La enema de bario es un procedimiento en el cual el bario (un tinte líquido) se coloca dentro del recto y el colon. Se toman entonces radiografías de Rayos X para detectar cualesquiera áreas anormales.

La enfermedad de Crohn es una enfermedad de inflamación de los intestinos que ocasiona hinchazón y úlceras en todo el sistema gastrointestinal.

Examen de ADN de excreta es un examen diagnóstico para chequear la excreta y tratar de detectar marcadores de ADN asociados con el cáncer colorectal y los pólipos pre-cancerosos. Se recoge toda la excreta que se produce en un movimiento intestinal completo (evacuación) en un envase y se envía al laboratorio para que sea estudiada.

La prueba o examen de sangre oculta en la excreta es un examen para chequear la excreta para detectar la presencia de sangre en la misma. Se recogen pequeñas cantidades de excreta con palillos de algodón y se colocan en una tarjeta especial que se trae al médico para que éste realice el examen.

La sigmoidoscopia es un procedimiento en el cual se puede ver solamente el interior del recto y la sigmoidees o colon (bajo.)

Colitis ulcerativa es una enfermedad que causa inflamación (piel rojiza e hinchazón) del colon y posible diarrea con sangre.

Colonoscopia virtual (Colonografía) es un escaneo de tomografía especial computarizada ("CT scan") en la que el colon se llena de aire. El escaneo puede mostrar pólipos y otras anomalías dentro del colon. Es menos exacta que una colonoscopia y no permite el tratamiento de pólipos u otras anomalías.

Para más información en inglés dirijase, por favor, a la página de la Red Internacional de Comunicaciones ("WEB" o "Internet") del Colegio Americano de Cirujanos al: www.facs.org/patienteducation/

La información provista en este folleto ha sido seleccionada de investigaciones clínicas recientes. Las investigaciones que aparecen enumeradas a continuación no representan toda la información que hay disponible sobre su operación.

1. Winawer S, Fletcher R, Rex D, et al. Examen para el cáncer colorectal y su vigilancia: Guías clínicas y revisiones actuales basadas en nueva evidencia racional. *Gastroenterology* 2003; 124(2):544-560.
2. Pignone M, Rich M, Teutsch, et al. Exámenes para el cáncer colorectal en adultos de riesgo promedio: Resumen de la evidencia para el Grupo de Trabajo Preventivo de los Estados Unidos. *Annals of Internal Medicine*. 2002; 137(2):132-141.
3. Fanning A, Ponsky J. 2006. Endoscopia gastrointestinal. En: W Souba, M Fink, G Jurkovic, et al. *ACS Surgery 2006. Web MD*.
4. Lieberman DA, Weiss DB, Bond JH, et al. El uso de la colonoscopia para examinar adultos asintomáticos de cáncer colorectal. Grupo de Estudio Cooperativo 380 de los Asuntos de los Veteranos. *New England Journal of Medicine*. 2000; 343:162.
5. ASGE, SAGES. La colonoscopia en el examen y vigilancia de individuos con un alto riesgo para el desarrollo de cáncer colorectal. Disponible en: http://www.sages.org/sg_asgepub1030.html. Accesado en marzo del 2007.
6. Bowles CJA, Leicester R, Romaya C, et al. Estudio en perspectiva de la práctica de la colonoscopia en el Reino Unido hoy: ¿Estamos preparados adecuadamente para proveer un examen nacional de detección de cáncer colorectal mañana? *Gut*. 2004; 53:277-283.
7. Viiala CH, Zimmerman M, Cullet DJ, et al. Índices de complicaciones de las colonoscopias en un ambiente de hospital de enseñanza australiano. *Internal Medical Journal*. 2003; 33:355-359.
8. Wexner SD, Garbus JE, Singh JJ. Análisis en perspectiva de 13,580 colonoscopias. *Surgical Endoscopy*. 2001; 15:251-261.
9. Seig A, Hachmoeller-Eisenbach U, Eisenbach T. Perspectiva evaluativa de complicación en endoscopias ambulatorias de "GIS": Encuesta entre gastroenterólogos alemanes. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2001; 53(6):620-7.
10. Tran DQ, Rosen L, Kim R, et al. Colonoscopia actual: ¿Cuáles son los riesgos de perforación? *The American Surgeon*. 2001; 67:845-8.
11. Anderson ML, Pasha TM, Leighton JA. Perforación endoscópica del colon: Lecciones de un estudio de 10 años. *The American Journal of Gastroenterology*. 2000;95(12):3418-22.
12. Nelson DB, McQuaid KR, Bond JH, et al. Éxito del procedimiento y complicación de los exámenes de colonoscopia a gran escala. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2002;55(3):307-14.
13. Faulx AL, Vela S, Das A, et al. El paisaje cambiante de los patrones de práctica concernientes a la endoscopia sin sedantes y el uso del Propofol: Una encuesta nacional a través de la Internet. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2005; 62:9-15.

Revisado por: H. Randolph Bailey, MD, FACS
David Schoetz, MD, FACS
Kathleen Piotrowski-Walters, RN, MSN

Esta información es publicada para educarle sobre su procedimiento quirúrgico específico. No tiene como propósito tomar el lugar de una discusión con un cirujano calificado que esté familiarizado con su situación particular. Es importante recordar que cada individuo es diferente y que las razones y resultados de cualquier operación dependen de la condición individual del paciente.

El American College of Surgeons ("ACS" por sus siglas en inglés) es una organización científica y educativa que está dedicada a la práctica ética y competente de la cirugía. Fue fundado para elevar los estándares en la práctica de la cirugía y mejorar la calidad del cuidado médico del paciente quirúrgico. El "ACS" se ha esforzado para presentar información a los pacientes con expectativas quirúrgicas basándose en información científica actual; no existe garantía alguna con respecto a la conveniencia, exactitud o utilidad de este contenido.

© 2008 American College of Surgeons

Agradecemos a la Endo-Cirugía Ethicon su apoyo en la publicación de este documento.

Instrucciones de Preparación para la Colonoscopia

Solución GoLYTELY®

Día de la Cita:		Hora de la Cita:		Localidad:	
Si tiene algún problema siguiendo las instrucciones, llame al:					

7 Días antes del procedimiento:

- Compre su receta de la preparación GoLyteLy. La misma será un envase plástico de galón con una mezcla de polvo dentro. No le añada agua alguna al envase hasta el día antes de su colonoscopia.
- Deje de tomar hierro, vitamina E, "ginko", jengibre, ajo y aspirinas.
- Consulte con su médico o enfermera si está tomando adelgazantes de sangre (tales como Coumadin, PláviX, Ticlid o Agrylin); si usted toma insulina u otro medicamento para la diabetes puede necesitar instrucciones especiales.

3 Días antes del procedimiento:

- Deje de tomar todo tipo de aspirina o medicina anti-inflamatoria (Anacín, Advil, Aleve, Alka Seltzer, Buferín, Ecotrin, ibuprofeno, Motrin, Naprosín, Nuprin, Voltarén, Relafén). Todavía puede continuar tomando acetaminofén ("Tylenol").
- Deje de comer semillas, nueces, maíz, palomitas de maíz, alimentos/cereales de mucha fibra y panes integrales o de granos enteros.
- Revise su dieta y compre una variedad de líquidos claros.

Un día antes del procedimiento:

- Temprano en la mañana
 - Puede comerse un desayuno bajo en fibra (huevos, pan blanco, yogur sin fruta)
 - Prepare su GoLYTELY
 - ◆ Llene el envase plástico con agua tibia. Agítelo bien hasta que el polvo se disuelva. Coloque el envase en su nevera, heladera o refrigerador (sabe mejor cuando está frío.)
- Comience a tomar de 8 a 10 vasos de líquidos claros (líquidos claros son aquéllos a través de los cuales usted puede ver cuando los echa en un vaso transparente o claro.)
 - Jugos (de manzana o uva blanca)
 - Caldo de carne de res, pollo o vegetales
 - Té y café (sin leche)
 - Sodas o refrescos claros, Gatorade, Kool-Aid (evite el rojo)
 - Paycos o paletas de hielo y gelatina ("Jello")
- Entre las 4:00–6:00 PM.
 - Comience a tomar el GoLYTELY
 - ◆ Tómese un vaso de 8 onzas rápidamente cada 10 minutos (trate de no tomar sorbos pequeños.)
 - ◆ Si se siente como inflado (con su estómago como lleno) o le dan náuseas, tómese cada porción más lentamente y, si lo necesita, tómese un descanso de 20 a 30 minutos entre vaso y vaso.
 - ◆ Termínese el galón completo en 3 horas o menos.
 - Puede continuar tomándose otros líquidos claros entre medio o después de tomarse todo el GoLYTELY.
- Va a comenzar a tener excreta suelta de 1 a 2 horas después de haber comenzado a tomarse el GoLYTELY.
- Para disminuir la incomodidad e irritación de la piel alrededor del ano, use servilletas húmedas en lugar de papel higiénico seco y coloque un poco de vaselina alrededor del ano.

El Día del Procedimiento:

- Tome sus medicinas normalmente con pequeño un sorbo de agua.
 - Deje de tomar líquidos claros 3 horas antes del procedimiento.
 - Traiga consigo su escolta/chofer a su cita.
 - Llegue a la localidad médica 30 minutos antes de la hora de su cita.
- (Lea la etiqueta de la compañía manufacturera junto con su receta de GoLYTELY.)



Educación al Paciente
Socios en Su
Cuidado Quirúrgico

415

Bucaramanga, julio del 2019.

Señores:
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A. - LOS COMUNEROS
Carrera 27 No. 30-15 Bucaramanga.
Bucaramanga

Asunto: Solicitud de Historia Clínica del paciente JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO. Proceso Declarativo Verbal con radicado 2016-00273, Juzgado Doce (12°) Civil del Circuito de Bucaramanga.

OSCAR FERNANDO CALVO CORREDOR, mayor de edad, identificado con la C.C. No. 91.072.803, en calidad de médico tratante y demandado en el Proceso Declarativo Verbal incoado por el señor Jose Alisai Jaramillo Acevedo y otros, el cual se adelanta en el Juzgado Doce (12°) Civil del Circuito de Bucaramanga con radicado 68001-31-03-012-2016-00273-00, mediante el presente escrito solicito de manera respetuosa copia de la *historia clínica completa y consentimiento(s) informado(s)* del paciente JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO - C.C. 91.005.031, incluidos todos los documentos relacionados con el examen de Colonoscopia, practicado el día 27 de Marzo del 2014.

I. FUNDAMENTOS DE LA SOLICITUD

Dichos documentos son requeridos únicamente con fines judiciales, en virtud de lo contemplado en el artículo 173 Inc. 2 del C.G.P., en concordancia con el artículo 13, 14.1 y siguientes del C.P.A.C.A.

II. DIRECCIÓN DE NOTIFICACIONES

Los documentos de la Historia Clínica o cualquier respuesta y/o requerimiento por parte de la entidad, pueden ser remitidos a la Calle 45 No. 28-36 Edificio Verona Plaza de Bucaramanga o al correo electrónico: abogbu00@gmail.com.

Con todo respeto,

Oscar F. Calvo
CC #91.072.803 2m Gil

OSCAR FERNANDO CALVO CORREDOR



LOS COMUNEROS
Hospital Universitario de Bucaramanga S.A.

CAUCHUB342-2019

Bucaramanga, 23 de Julio de 2019

Doctor

OSCAR FERNANDO CALVO CORREDOR

Calle 45 N.º 28 – 36 Edificio Verona Plaza

abogbu00@gmail.com

Ciudad

REFERENCIA: RESPUESTA A SU SOLICITUD HISTORIA CLINICA DEL SEÑOR JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO.

En respuesta a su solicitud radicada el 12 de julio de 2019 en la cual solicita copia de la Historia Clínica del Señor JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO, quien en vida se identificaba con c.c. 91.005.031; MARCELA PATRICIA RIVERO GOMEZ, mayor de edad, vecina de Bucaramanga e identificada con la cédula de ciudadanía número 63.332.900 de Bucaramanga, obrando en mi calidad de Coordinadora Asistencial de LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A., por medio del presente escrito manifiesto:

MANIFESTACIONES

Las normas vigentes que regulan la protección de datos personales (Constitución Política de Colombia, Ley Estatutaria 1266 de 2008, Ley Estatutaria 1581 de 2012, Decreto No. 1317 DE 2013 y demás normas concordantes), refieren que *“Todas las personas naturales o jurídicas que intervengan en la administración de datos personales que no tengan la naturaleza de públicos están obligadas en todo tiempo a garantizar la reserva de la información, inclusive después de finalizada su relación con alguna de las labores que comprende la administración de datos, pudiendo sólo realizar suministro o comunicación de datos cuando ello corresponda al desarrollo de las actividades autorizadas en la presente ley y en los términos de la misma”*. (Art. 4º).

Adicionalmente la Resolución 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia clínica, define: “La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho

documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley".

En el artículo 14 ibídem, establece qué personas podrán tener acceso a la historia clínica: "1. El usuario, 2. El Equipo de Salud. 3. Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley. 4. Las demás personas determinadas en la ley.

.-El PARAGRAFO. Del artículo referido anteriormente establece como obligatorio destinar la información recaudada en la historia clínica, exclusivamente para los fines de ley, y guardar absoluta reserva legal.

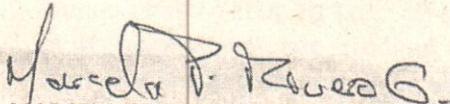
En concordancia con lo anteriormente expuesto, la Historia Clínica existente en LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A., correspondiente a la atención prestada al Señor JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO, puede ser entregada al médico tratante, como miembro del equipo de salud.

Cabe recordar un manejo adecuado de la misma, pues de acuerdo a nuestra carta política y la normatividad vigente, este merece en todo momento la salvaguarda de sus derechos a la dignidad, honra e intimidad.

En términos anteriores damos respuesta a su solicitud aclarando que cualquier otra información requerida, con gusto será atendida.

ANEXO: (CD con Historia Clínica)

Cordialmente,


MARCELA PATRICIA RIVERO GOMEZ
Coordinadora Asistencial

417



LOS COMUNEROS

Hospital Universitario de Bucaramanga S.A.

NIT. 900.240.018-6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código de ética médica, Ley 23 de 1981. Código de ética médica, Decreto 3380 de 1981. Resolución 7011 del 30 de Junio de 1982 Artículo 34

IDENTIFICACIÓN:

- 1- NOMBRE DEL PACIENTE: Jose Albaro Saramillo IDENTIFICACIÓN: 91005031
- 2- NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR: Colonoscopia total
- 3- TIPO DE ANESTESIA (En caso de necesidad): Sedación

DECLARACIÓN DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL:

- 1- Declaro que he recibido explicación suficiente y he comprendido satisfactoriamente la **naturaleza y propósito del procedimiento**: del colon y sus segmentos con endoscopio que consiste en exploración
- 2. Declaro que he tenido oportunidad de preguntar y aclarar dudas respecto de los posibles riesgos y complicaciones propios del procedimiento: Colonoscopia total riesgos y complicaciones propias de mi condición de salud: Infección, perforación, sangrado, peritonitis
- 3. Declaro que entiendo las **consecuencias** de no realizar este procedimiento: _____
- 4. Declaro que he sido informado(a) de otras **alternativas de tratamiento** tales como: _____
- 5. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento pues la medicina no es una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar los mejores resultado con el objetivo de mejorar el problema por el cual consulté.
- 6. **Doy mi consentimiento** voluntario para que el Doctor: Oscar F. Calvo me efectúe el procedimiento Colonoscopia total y los procedimientos complementarios que a su juicio sean necesario o convenientes según los hallazgos durante la realización del mismo.

En cualquier caso, deseo que me respeten las siguientes condiciones:

(Si no hay condiciones escríbase ninguna. Si no aceptan algunos de los otros puntos, hágase constar).

DECLARACIONES Y FIRMAS:

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

[Firma] C.C. 91005031

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

C.C. _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE

[Firma]
MD. Oscar Fernando Calvo Corredor
Especialista de Cirugía General
Subespecialista en Cirugía Gastrointestinal
y Endoscopia Digestiva
U. Nat. - UIS - PUJ - INC - R. M. 002156-95

C.C. _____

[Firma]
MD. Oscar Fernando Calvo Corredor
Especialista de Cirugía General
Subespecialista en Cirugía Gastrointestinal
y Endoscopia Digestiva
U. Nat. - UIS - PUJ - INC - R. M. 002156-95

NOTA: En caso de un menor de 18 años, deben firmar ambos padres o quien tenga la custodia si es el caso.

418

LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO BUCARAMANGA
INFORME QUIRURGICO Nro: 35755

15/07/2019

Page 1 of 1

Fecha de Cirugía: 27/03/2014
 Paciente: 444556 JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO CC 91005031
 Empresa: SALUDCOOP Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 20
 Tipo Acceso: UNA SOLA VIA Sala: SALA ENDOSCOPIA
 Acceso Vascular: No Aplica Femoral Braquial Subclavio Yugular
 Forma Acto qx.:
 Hora Inicio Cirugía: 27/03/2014 15:21:07 Hora Terminación Cirugía: 27/03/2014 15:41:07
 Tipo de Atención: Hospitalaria Ambulatoria Técnica:
 Prioridad: Programado Urgente Lateralidad: Derecha Izquierda No Aplica
 Dx. Prequirúrgico: ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO GRUESO SIN PERFORACION NI ABSCESO
 Complicación: SI NO Recuento Compresas Completo? SI NO

Profesionales que Participaron en el Acto Quirúrgico

CIRUJANO CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO

CUPS	Descripción del Procedimiento y/o Cirugía	UVR/Grupo	Bilat.(S/N)	Pkt
452301	COLONOSCOPIA TOTAL	90	No	No

Dx Principal: K573 ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO GRUESO SIN PERFORACION NI ABSCESO

Dx Relacionado:

Dx Complicación:

Clasificación Herida Qx: Limpia Limpia Contaminada Contaminada Sucia

Especimen:

Descripción Quirúrgica:

INSPECCION: Normal.

TACTO RECTAL: Esfínter normotónico, No masas ni ulceraciones de la mucosa.

ANOSCOPIA: Normal.

COLONOSCOPIA: Buena preparación colónica. Se avanza el colonoscopia hasta el ángulo esplénico del colon. La mucosa y vasos submucosos son de aspecto normal en los segmentos examinados, observe algunos orificios diverticulares de boca ancha, sin signos de perforación, sin embargo el paciente presenta episodio de dolor intenso y se encuentra y se desatura, ante sospecha de perforación se suspende el procedimiento.

COMPLICACIONES: Ninguna.

BIOPSIAS: No.

DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO:

1. COLONOSCOPIA HASTA ANGULO ESPLÉNICO DEL COLON.
2. ENFERMEDAD DIVERTICULAR MODERADA.
3. SOSPECHA DE PERFORACION COLONICA.

Descripción Quirúrgica 2:

Se considera ingresar por urgencias para evaluación con radiografía de torax vertical.

Hallazgos:

Cirujano: CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO

Documento: 91072803

Registro Médico: 215695

419



**LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS**

7/15/19 9:41 Page 1 of 3

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 03:48:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 444556

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 57 años 5 meses 2 días

Fecha Hospitalización: 27/03/2014

Días Hospitalización:

Dirección: CLL 5 7 39

Telefono: 3142824837

Empresa: SALUDCOOP

Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

NOTA MEDICA 27/03/2014 15:48:00

Diagnosticos

K579 ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO, PARTE NO ESPECIFICADA, SIN PERFORACION NI ABSCESO

NOTA MEDICA

SE ABRE NOTA PARA INGRESAR PACIENTE POR URGENCIAS PARA TOMA DE RX DE TORAX EN BIPEDESTACIÓN PACIENTE CON ENFERMEDAD DIVERTICULAR EN QUIEN SE DEBE DESCARTAR PERFORACIÓN.

ORDENES

Concepto

IMAGENOLOGIA

Servicio

RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P.Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)
DESCARTAR NEUMOPERITONEO.

CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Registro Profesional: 215695

420



**LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS**

7/15/19 9:41 Page 2 of 3

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 03:48:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 444556

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 57 años 5 meses 2 días

Fecha Hospitalización: 27/03/2014

Días Hospitalización:

Dirección: CLL 5 7 39

Teléfono: 3142824837

Empresa: SALUDCOOP

Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

NOTA MEDICA 27/03/2014 16:01:00

Diagnosticos

K579 ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO, PARTE NO ESPECIFICADA, SIN PERFORACION NI ABSCESO

NOTA MEDICA

SE SOLICITA RX DE ABDOMEN PORTATIL.

ORDENES

Concepto

IMAGENOLOGIA

Servicio

RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE

PORTATIL PARA ESTUDIOS RADIOLOGICOS SIMPLES

RX DE TORAX

PORTATIL PARA ESTUDIOS RADIOLOGICOS SIMPLES

CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Registro Profesional: 215695

421



**LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS**

7/15/19 9:41 Page 3 of 3

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 03:48:00 p. m
Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO
F. Nacimiento: 25/10/1956
Fecha Hospitalización: 27/03/2014
Dirección: CLL 5 7 39
Empresa: SALUDCOOP

Historia Clínica Nro: 91005031
Registro: 444556
Edad: 57 años 5 meses 2 días
Días Hospitalización:
Telefono: 3142824837
Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

NOTA MEDICA 27/03/2014 16:15:00

Diagnosticos

K579 ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO, PARTE NO ESPECIFICADA, SIN PERFORACION NI ABSCESO

NOTA MEDICA

CIRUGIA ONCOLOGICA GASTROINTESTINAL - DR CALVO

PACIENTE QUIEN ASISTE A REALIZACION DECOLONOSCOPIA EN FORMA AMBULATORIA SIN EMBARGO DURANTE EL PROCEDIMIENTO SE OBSERVAN DIVERTICULOS EN EL COLON, PRESENTA DOLOR INTENSO Y ANTE LA PRESENCIA DE DISTENSION SE SOSPECHA PERFORACION DE COLON, SE DECIDE HOSPITALIZAR EN URGENCIAS PARA REALIZACION DE RADIOGRAFIA DE ABDOMEN, SI PERSISTE CON LA SOSPECHA DE PERFORACION SE DEBE PRACTICAR LAPAROTOMIA.

PLAN.

- 1. SS PENDIENTE RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE.

CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO
Especialidad: CIRUGIA GENERAL
Registro Profesional: 215695

422



LOS COMUNEROS
Hospital Universitario de Bucaramanga S.A.

NIT. 900.240.018-6

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA

Código de ética médica, Ley 23 de 1981. Código de ética médica, Decreto 3380 de 1981. Resolución 7011 del 30 de Junio de 1982 Artículo 34

IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL PACIENTE: José A. Jaramillo A. IDENTIFICACIÓN: 91005031
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR: LE- enterorrifia
TIPO DE ANESTESIA (En caso de necesidad): General

DECLARACIÓN DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL:

- Con base en mi derecho inalienable de elegir a mi médico, acepto al Doctor(a): Carlos Casas como mi médico Anestesiólogo, debidamente autorizado para ejercer la especialidad médica de Anestesiología.
- He sido informado que Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga, cuenta con los equipos necesarios de monitoreo, máquinas de anestesia que garantizan la seguridad en el acto anestésico.
- Habiendo sido atendido, interrogado sobre antecedentes, examinando y evaluando mis exámenes prequirúrgicos, determino mi condición clínica para afrontar el procedimiento anestésico. Me ha explicado la naturaleza y propósito del acto anestésico, también me informó sobre las diferentes técnicas anestésicas: general, epidural, espinal, bloqueo periférico, bloqueo ocular, local y sedación.
- Entiendo que las complicaciones, aunque poco probables, son posibles, y que pueden ser leves tales como pérdida o daño de una pieza dental, dolor de espalda o en el sitio de punción, dolor de cabeza, alteraciones asociadas con la posición quirúrgica, dificultad transitoria para bajar, molestias oculares o de garganta, heridas en la boca, tos, pueden ser severas tales como aspiración del contenido gástrico, descompensación de mis enfermedades crónicas, alteraciones cardíacas, renales, de la presión arterial, complicaciones pulmonares, reacciones medicamentosas, transfusionales, lesiones nerviosas o de médula espinal. Todas ellas pudieran causar secuelas permanentes e incluso llevar al fallecimiento. El beneficio que obtendré con la aplicación de anestesia es que se pueda llevar a cabo el procedimiento quirúrgico o diagnóstico: LE- enterorrifia para intentar mejorar mi estado de salud.
- Entiendo también que el riesgo anestésico está legado a mi estado de salud, alteraciones congénitas o anatómicas que padezca, mis antecedentes de enfermedades, tratamientos actuales y previos, a la técnica anestésica o quirúrgica, al equipo médico utilizado y/o a la enfermedad que condiciona el procedimiento médico o quirúrgico al que he decidido someterme.
- También se me informó de la existencia de otros riesgos y molestias de la atención anestésica que aunque son de muy poca ocurrencia, o totalmente imprevisibles, en ocasiones pueden ser graves e incluso fatales.
- Estoy consciente que en el curso de los procedimientos anestésicos pueden presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales necesarios para preservar mi vida y mi integridad personal. Por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si el anestesiólogo lo juzga necesario.
- El médico Anestesiólogo ha respondido mis dudas y me ha explicado en lenguaje claro y sencillo las alternativas anestésicas posibles y ACEPTO anestesia tipo General, y he entendido los posibles riesgos y complicaciones de esta técnica anestésica.
- En virtud de estar aclaradas todas mis dudas, DOY MI CONSENTIMIENTO al Doctor Carlos Casas para que mi persona o representante pueda ser anestesiado con los riesgos inherentes al procedimiento y autorizo al anestesiólogo de acuerdo a su criterio, cambie la técnica anestésica intentando con ello resolver cualquier situación que se presente durante el acto anestésico - quirúrgico o de acuerdo a mis condiciones físicas y/o emocionales.

Carlos A. Casas S
Médico Anestesiólogo U.I.S
Reg. Med. 9829 - 88
C.C. 19.358.421 Bogotá

FIRMA DEL PACIENTE [Signature] C.C. 91005031 TESTIGO C.C. _____
MÉDICO RESPONSABLE [Signature] C.C. _____ FIRMA [Signature] C.C. 21944289
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL _____ C.C. _____ PARENTESCO _____



LOS COMUNEROS

Hospital Universitario de Bucaramanga S.A.

NIT. 900.240.018-5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código de ética médica, Ley 23 de 1981. Código de ética médica, Decreto 3380 de 1981. Resolución 7011 del 30 de Junio de 1982 Artículo 34

IDENTIFICACIÓN:

- 1- NOMBRE DEL PACIENTE: José Alina Jaramillo Arevedo IDENTIFICACIÓN: 91005031
- 2- NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR: Laparotomía exploratoria (+) Proceder según hallazgos.
- 3- TIPO DE ANESTESIA (En caso de necesidad): General.

DECLARACIÓN DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL:

- 1. Declaro que he recibido explicación suficiente y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del procedimiento: Laparotomía Exploratoria (+) Proceder según hallazgos. que consiste en Evaluación de la cavidad peritoneal y Proceder según los hallazgos.
- 2. Declaro que he tenido oportunidad de preguntar y aclarar dudas respecto de los posibles riesgos y complicaciones propios del procedimiento: Sangrado, infección, reintervención, Posibilidad de resección intestinal, Colostomía, fistulas, Peritonitis, falla orgánica y muerte. riesgos y complicaciones propias de mi condición de salud.
- 3. Declaro que entiendo las consecuencias de no realizar este procedimiento: Peritonitis, sepsis, falla orgánica, muerte.
- 4. Declaro que he sido informado(a) de otras alternativas de tratamiento tales como: Ninguna.
- 5. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento pues la medicina no es una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar los mejores resultado con el objetivo de mejorar el problema por el cual consulté.
- 6. Doy mi consentimiento voluntario para que el Doctor: Oscar Fernando Calvo me efectúe el procedimiento y los procedimientos complementarios que a su juicio sean necesario o convenientes según los hallazgos durante la realización del mismo.

En cualquier caso, deseo que me respeten las siguientes condiciones:

(Si no hay condiciones escríbase ninguna. Si no aceptan algunos de los otros puntos, hágase constar).

DECLARACIONES Y FIRMAS:

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

José Alina Jaramillo Arevedo C.C. 91005031

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

Consuelo Delacruz Jaramillo Arevedo C.C. 21944289

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE

M.D. Oscar Fernando Calvo C.C. [Signature]
Especialista de Cirugía General
Subespecialista en Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva
U. Nat. - UIS - PUS - INC - R. M. 107156-95

NOTA: En caso de un menor de 18 años, deben firmar ambos padres o quien tenga la custodia si es el caso.

424

**LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO BUCARAMANGA
NIT 900240018-6**

Página 1 de 2

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION
Y AUTORIZACION DE INFORMACION**

Código de ética Ley 23 de 1981. Código de ética médica, Decreto 3380 de 1981. Resolución 7011 del 30 de Junio de 1982
Artículo 34

Fecha: AQUI VA LA FECHA

DECLARACION DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, **JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO** mayor de edad, identificado como apaece alpie de mí firma, actuando en mi nombre propio por medio del presente documento de manera expresa libre, en pleno de mis facultades mentales, manifiesto que he sido informado por el médico tratante, que con base en la información clínica obtenida al ingreso a **LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO BUCARAMANGA**, en el examen clínico, los resultados de las ayudas diagnósticas y el diagnóstico presuntivo, ha tomado la decisión de suministrarme tratamiento **INTRAHOSPITALARIO**.

Entiendo que de la información adecuada y veraz que yo proporcione dependerá la precisión del diagnóstico y del seguimiento de sus orientaciones el éxito del tratamiento.

Se me ha explicado la naturaleza de mi enfermedad, su pronóstico y eventuales complicaciones, se me ha informado sobre las diferentes alternativas de tratamiento disponibles y ayudas diagnósticas, sobre sus beneficios y eventuales riesgos, así como la incomodidad o dolor que pueden generar y que son necesarios en la toma de decisiones clínicas, el diagnóstico y la recuperación.

Entiendo que el tratamiento en algunos casos, no garantiza la resolución de la enfermedad, ni los resultados que se obtendrán y que la responsabilidad de **LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO BUCARAMANGA** y su equipo de salud, consiste en colocar todo el conocimiento, pericia y medios técnicos disponibles dentro de un marco de máxima seguridad para el paciente a fin de alcanzar el mejor resultado posible.

También se me ha informado que en esta institución participa personal en formación que coopera en la atención bajo la responsabilidad y supervisión directa y presencial del profesional docente. Y que la Institución participa eventualmente en investigaciones científicas, entre las cuales están las denominadas "sin riesgo" por la Resolución 8430 de 1993, para lo cual en caso necesario solo me incluirán si previamente he otorgado mi consentimiento informado. En cuyo caso la Institución garantiza la confidencialidad del contenido de la Historia Clínica y el secreto de la identidad del paciente.

Me ha sido informado que en caso de retirar algún componente anatomopatológico de mi cuerpo, el Hospital ordenará su disposición final, previa toma de muestras para los estudios anatomopatológicos pertinentes.

DOY CONSTANCIA QUE SE ME HA EXPLICADO EN LENGUAJE SENCILLO, CLARO Y ENTENDIBLE PARA MI Y SE ME PERMITIDO HACER TODAS LAS PREGUNTAS NECESARIAS, LAS CUALES HAN SIDO RESPONDIDAS DE MANERA SATISFACTORIA.

Me ha explicado también que tengo derecho a rechazarlos y asumo la responsabilidad que esta desición conlleve, por lo que exonero de ellas al equipo asistencial tratante.



425

LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO BUCARAMANGA
NIT 900240018-6

Página 2 de 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACION
Y AUTORIZACION DE INFORMACION

Código de ética Ley 23 de 1981. Código de ética médica, Decreto 3380 de 1981. Resolución 7011 del 30 de Junio de 1982
Artículo 34

Sin embargo ello no significa que pierda los derechos para una atención posterior.

Con base en los descrito: **SI ACEPTO** la hospitalización bajo las condiciones y objetivos propuestos para el estudio y tratamiento así como los riesgos justificados de la práctica clínica requerida para mi diagnóstico y/o recuperación.

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ESTADO DE SALUD

Autorizo al personal médico y de enfermería, responsable de mi atención, a suministrar de la información sobre mis condiciones de salud, resultados de exámenes, tratamientos, etc. Solamente a las personas que a continuación relaciono:

NOMBRE - DOCUMENTO - PARENTESCO

Quiénes adicionalmente y en caso de que mi capacidad de raciocinio y/o toma de decisiones se encuentre afectada como consecuencia de mi estado de salud, pueden tomar las decisiones pertinentes relacionadas con tratamientos o procedimientos requeridos para mi diagnóstico y tratamiento, autorizando o desautorizando su realización por parte del equipo de salud, siempre y cuando estas decisiones no sean contrarias a la legislación nacional.

DECLARACIONES Y FIRMAS.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Edifoneo del Blowers

C.C. No. 39713805 Bogotá

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

C.C. No. _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO RESPONSABLE

Ricardo Casas Afanador

CASAS AFANADOR RICARDO
Reg. Médico 1507

En caso de un menor de 18 años, deben firmar ambos padres o quien tenga la custodia si es el caso.

426

LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO BUCARAMANGA
INFORME QUIRURGICO Nro: 35765

26/06/2019

Page 1 of 1

Fecha de Cirugía: 27/03/2014
 Paciente: 444598 JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO CC 91005031
 Empresa: SALUDCOOP Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 20
 Tipo Acceso: UNA SOLA VIA Sala : SALA DE CIRUGIA # 3
 Acceso Vascular: No Aplica Femoral Braquial Subclavio Yugular
 Forma Acto qx.:
 Hora Inicio Cirugía: 27/03/2014 17:20:25 Hora Terminación Cirugía: 27/03/2014 18:20:25
 Tipo de Atención: Hospitalaria Ambulatoria Técnica:
 Prioridad: Programado Urgente Lateralidad: Derecha Izquierda No Aplica
 Dx. Prequirúrgico: PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)
 Complicación: SI NO Recuento Compresas Completo? SI NO

Profesionales que Participaron en el Acto Quirúrgico

ANESTESIOLOGO CASAS SANCHEZ CARLOS ARTURO
 RUJANO CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO

CUPS	Descripcion del Procedimiento y/o Cirugía	UVR/Grupo	Bilat.(S/N)	Pkt
467301	ENTERORRAFIA (UNA O MAS)	130	No	No

Dx Principal: K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

Dx Relacionado:

Dx Complicación:

Clasificación Herida Qx: Limpia Limpia Contaminada Contaminada Sucia

Especimen:

Descripción Quirúrgica:

PREVIA ASPESIA Y ANTISEPSIA - BAJO ANESTESIA GENERAL INHALATORIA
 SE PRACTICA LAPAROTOMIA MEDIANA SUPRA E INFRAUMBILICAL.
 DISECCION POR PLANOS HASTA CAVIDAD PERITONEAL.
 SE IDENTIFICAN HALLAZGOS.
 SE PROCEDE A LIBERAR EL COLON DE SUS INSERCCIONES RETROPERITONEALES.
 SE PRACTICA ENTERORRAFIA DE LESION DE COLON DESCEDENTE CON SUTURA DE VICRYL 000 PUNTOS SEPARADOS Y SUTURA CON
 PUNTOS DE LEMBERT EN SEGUNDA LACERACION ADYACENTE A LA PRIMERA.
 LAVADO DE CAVIDAD PERITONEAL CON SOLUCION SALINA HASTA OBTENER RETORNO CLARO.
 RECUENTO DE COMPRESAS COMPLETO.
 CIERRE DE APONEUROSIS CON SUTURA DE PDS XLH1 CONTINUA.
 CIERRE DE PIEL CON SUTURA DE PROLENE 000 INTRADERMICA.

Hallazgos:

NEUMOPERITONEO SECUNDARIO A PERFORACION DE COLON DESCEDENTE DE 1 CM (EN UNION DE SIGMOIDE Y DESCEDENTE)
 SOBRE SITIO DE FIJACION AL RETROPERITONEO. RESTO DE COLON DENTRO DE LIMITES NORMALES. MINIMA CANTIDAD DE LIQUIDO
 PERITONEAL.



Cirujano: CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO

Documento: 91072803

Registro Médico: 215695

427



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 1 of 35

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m
Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO
F. Nacimiento: 25/10/1956
Fecha Hospitalización: 27/03/2014
Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE
Empresa: SALUDCOOP
Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

Historia Clínica Nro: 91005031
Registro: 444598
Edad: 57 años 5 meses 2 días
Días Hospitalización: 11 días
Telefono: 3133664502
Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

NOTA MEDICA 27/03/2014 16:44:00

Diagnosticos

K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

NOTA MEDICA

CIRUGIA GASTROINTESTINAL:
SE REVISIA RADIOGRAFIA DE ABDOMEN TOMADA CON EQUIPO PORTATIL , SE EVIDENCIA PRESENCIA DE NEUMOPERITONEO.

PLAN.

- 1. SS TURNO QUIRURGICO PARA LAPAROTOMIA.
- 2. SS AUTORIZACION DE PROCEDIMIENTO.

ORDENES

Concepto	Servicio
PROCEDIMIENTOS QUIRUR	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA SOD
	PERFORACION DE COLON

CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO
Especialidad: CIRUGIA GENERAL
Registro Profesional: 215695

428



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 2 of 35

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 444598

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 57 años 5 meses 2 días

Fecha Hospitalización: 27/03/2014

Días Hospitalización: 11 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: SALUDCOOP

Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

TRIAGE 27/03/2014 18:25:00

Motivo de Consulta

REMITIDO DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA POR PERFORACION COLONICA.

PACIENTE QUIEN DURANTE LA REALIZACION DE COLONOSCOPIA AMBULATORIA PRESENTA PERFORACION A NIVEL DEL COLON, SE LE PRACTICO RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE DONDE ES EVIDENTE LA PRESENCIA DE NEUMOPERITONEO. SE DECIDE INGRESAR PARA PRACTICAR LAPAROTOMIA EXPLORATORIA + RAFIA DE COLON.

Antecedentes Relevantes

- 1. PATOLOGICOS: HIPERTENSION ARTERIAL.
- 2. QUIRURGICOS. NIEGA.
- 3. TOXICO ALERGICOS. NIEGA.

Examen Físico

Temperatura	367.00	Peso(kg)	.00	Frecuencia cardiaca	80.00	Frecuencia Respirato	18.00
Sistolica	120.00	Diastolica	70.00	Saturacion(%)	95.00	Escala Dolor	.00

CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO
Especialidad: CIRUGIA GENERAL
Registro Profesional: 215695

Medico Tratante: CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO
Especialidad: CIRUGIA GENERAL
Registro Profesional: 215695

429



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 3 of 35

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m
Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO
F. Nacimiento: 25/10/1956
Fecha Hospitalización: 27/03/2014
Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE
Empresa: SALUDCOOP
Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

Historia Clínica Nro: 91005031
Registro: 444598
Edad: 57 años 5 meses 2 días
Días Hospitalización: 11 días
Telefono: 3133664502
Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

INGRESO URGENCIAS 27/03/2014 18:29:00

Diagnosticos

K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

Motivo de Consulta

PERFORACION DE COLON DURANTE COLONOSCOPIA.

Enfermedad Actual

PACIENTE CON CAUDRO DE PERFORACION DE COLON SECUNDARIO A REALIZACION DE COLONOSCOPIA, EL PACIENTE PRESENTA DOLOR Y DISTENSION ABDOMINAL. PACIENTE A QUIEN SE LE PRACTICO RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE DONDE SE EVIDENCIA IMAGEN DE NEUMOPERITONEO, POR LO QUE SE DECIDE PRACTICAR LAPAROTOMIA.

Revision por Sistema

NIEGA.

Antecedentes Personales

HIPERTENSION ARTERIAL.

Antecedentes Patológicos

HTA.

Antecedentes Quirúrgicos

NIEGA.

Antecedentes Alérgicos

ALERGICO A LA AMPICILINA (BINOTAL)

Antecedentes Farmacológicos

NIEGA.

Antecedentes Tóxicos

NIEGA.

Antecedentes Ginecológicos

NIEGA.

Antecedentes Familiares

NIEGA.

Examen Físico

Sistolica	120.00	Talla (cm)	.00	Diastolica	70.00	Frecuencia Cardiaca	80.00
Frec. Respiratoria	18.00	Sat Oxigeno(O2)%	95.00	Temperatura	.00	Peso (Kg)	.00

Estado General

MAL ESTADO GENERAL, ALGICO. CON ELVE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

Cabeza y Cuello

NIEGA.

Cardiopulmonar

RSCSRS SIN SOPLOS, RSRS NORMALES.

Abdomen

DISTENSION ABDOMINAL MARCADA, SE ENCUENTRA CON TIMPANISMO Y SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

Genito Urinario

DIURESIS POSITIVA.



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 4 of 35

Extremidades

NIEGA.

Examen Neurológico

GLASGOW 15/15. NO DEFICIT SENSITIVO MOTOR.

Análisis

PACIENTE CON PERFORACION DE COLON SECUNDARIO A PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO, REQUIERE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA.

Recomendaciones y Signos de Alarma

NO.

MEDICAMENTOS

- 101. AMIKACINA SULFATO SOL INY 500MG/2ML
Cant.: 2 VER PRESCR INTAVENO
1 G IV DOSIS UNICA.
- 102. METRONIDAZOL 500 MG SOL.INY.
Cant.: 1 VER PRESCR INTAVENO
1 AMPOLLA DOSIS UNICA.
- 103. TRAMADOL 50 MG/ML SOL.INY.AMPOLLA 1ML
Cant.: 1 VER PRESCR INTAVENO
1 AMPOLLA IV DOSIS UNICA.

ORDENES

Concepto	Servicio
PROCEDIMIENTOS QUIRUR LAPAROTOMIA EXPLORATORIA SOD	

Conducta Urgencias	Hospitalizar
Estado a la Salida	Vivo

CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO
Especialidad: CIRUGIA GENERAL
Registro Profesional: 215695

Medico Tratante: CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO
Especialidad: CIRUGIA GENERAL
Registro Profesional: 215695



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 5 of 35

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m
Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO
F. Nacimiento: 25/10/1956
Fecha Hospitalización: 27/03/2014
Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE
Empresa: SALUDCOOP
Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

Historia Clínica Nro: 91005031
Registro: 444598
Edad: 57 años 5 meses 2 días
Días Hospitalización: 11 días
Telefono: 3133664502
Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

NOTA MEDICA 27/03/2014 18:38:00

Diagnosticos

K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

NOTA MEDICA

NOTA OPERATORIA.
DIAGNOSTICO PREOPERATORIA: PERFORACION DE COLON SECUNDARIA A COLONOSCOPIA.
DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO: IDEM
PROCEDIMIENTO: LAPAROTOMIA - RAFIA DE COLON.
CIRUJANO: OSCAR CALVO
AYUDANTES: DR CALA - DR JOSE LUIS.
ANESTESIA: GENERAL INHALATORIA.
ANESTESIOLOGO: DR CARLOS CASAS

PLAN.

1. HOSPITALIZAR CIRUGIA GASTROINTESTINAL
2. LACTATO DE RINGER 100 CC HORA.
3. TRAMADOL 50 MG IV CADA 6 HORAS.
4. METRONIDAZOL 500 MG IV CDA 8 HORAS
5. AMIKACINA 1 G IV CADA DIA.
6. TERAPIA RESPIRATORIA DOS VECES AL DIA.
7. CSV AC.

MEDICAMENTOS

101. LACTATO DE RINGER SOL.INY.BOLSA X 500 ML- HARTMAN
Cant.: 5 VER PRESCR INTAVENO
100 CC HORA.
102. METRONIDAZOL 500 MG SOL.INY.
Cant.: 3 C 08 Horas INTAVENO
103. AMIKACINA SULFATO SOL INY 500MG/2ML
Cant.: 2 VER PRESCR INTAVENO
APLICAR 1 AMPOLLA IV DOSIS UNICA (APLICAR MAÑANA).
104. METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO SOL INY 10 MG/2ML
Cant.: 3 C 08 Horas INTAVENO
105. RANITIDINA SOL INY 50 MG/2ML AMPOLLAS 2ML
Cant.: 3 C 08 Horas INTAVENO

ORDENES

Concepto	Servicio
TERAPIAS Y/O NEBULIZACION	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL SOD (HOSPITALIZADO) DOS VECES AL DIA.

432



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 6 of 35

CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO
Especialidad: CIRUGIA GENERAL
Registro Profesional: 215695

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 444598

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 57 años 5 meses 2 días

Fecha Hospitalización: 27/03/2014

Días Hospitalización: 11 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: SALUDCOOP

Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

NOTAS MEDICAS 28/03/2014 00:51:00

Diagnosticos

K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

NOTA MEDICA

FORMULACIPIIN

MEDICAMENTOS

101. TRAMADOL 50 MG/ML SOL.INY.AMPOLLA 1ML
Cant.: 2 C 08 Horas INTAVENO

SUAREZ QUIJANO DIANA CATALINA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: MEDICO SSO



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 7 of 35

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 444598

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 57 años 5 meses 2 días

Fecha Hospitalización: 27/03/2014

Dias Hospitalización: 11 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: SALUDCOOP

Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

NOTA EVOLUCION DIARIA 28/03/2014 08:24:00

Diagnosticos

K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

DIAGNOSTICO ACTUAL

CIRUGÍA GASTROINTESTINAL - DOCTOR OSCAR CALVO.

PACIENTE ADULTO MEDIO CON DIAGNOSTICOS DE:

-POP INMEDIATO DE RAFIA COLON SIGMOIDE POSTERIOR A PERFORACIÓN DE DIVERTICULO.
-ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON.

SUBJETIVO

PACIENTE SIN COMPAÑIA AL MOMENTO QUIEN REFIERE DOLOR ABDOMINAL DE MODERADO A INTENSO CON SENSACIÓN DE DISTENSIÓN ABDOMINAL, SIN EPISODIOS EMETICOS.

EXAMEN FISICO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES CON TA: 115/75 FC: 86 FR: 17 CC/ NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL MUCOSA ORAL SECA, CONJUNTIVA TARSAL ANICTERICA CP/ RScs RITMICOS SIN SOPLOS RSRs MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN SOBREGREGADOS. ABD/DEPRESIBLE, GLOBOSO, CON HERIDA QUIRURGICA SOBRE LÍNEA MEDIA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL CON SECRECIÓN SEROHEMATICA ESCASA CUBIERTA CON APOSITO; CON DOLOR MODERADO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL AL MOMENTO CON AUMENTO DEL TIMPANISMO A LA PERCUSIÓN. GU/ SONDA VESICAL PERMEABLE. EXT/ EUTROFICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR <2SEG. NEURO/ SIN DEFICIT EVIDENTE AL MOMENTO.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

NO HAY NUEVO.

RIESGOS IDENTIFICADOS

INFECCIÓN NOSOCOMIAL.

ANALISIS

PACIENTE EN POP INMEDIATO DE RAFIA COLON POSTERIOR PERFORACIÓN DE DIVERTICULO QUIEN AL MOMENTO SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA O DE INFECCIÓN LOCAL DE HERIDA QUIRURGICA AL MOMENTO QUIEN SE ENCUENTRA CON DOLOR ABDOMINAL MODERADO EN INTENSIDAD Y DISTENSIÓN ABDOMINAL CON AUMENTO DE TIMPANISMO, SE DECIDE PASAR BOLO DE COLOIDES AHORA E INICIAR DEAMBULACIÓN TEMPRANA ASISTIDA, CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO.

PLAN

BOLO DE LACTATO DE RINGER 500CC AHORA Y CONTINUAR A 100CC/HORA.
CURACIÓN DE HERIDA QUIRURGICA POR PARTE DE ENFERMERIA MAÑANA 29/03/2014
ACETAMINOFEN 1GR CADA 8 VO.
TRAMADOL 50MG/6 HORAS IV.
METRONIDAZOL 500MG/8 HORAS IV HOY DÍA 2
AMIKACINA 1GR/DÍA IV HOY DÍA 2
TERAPIA RESPIRATORIA 1 VEZ DÍA.
CONTROL DE SIGNOS VITALES CON CURVA TERMINA, REGISTRAR EN SISTEMA, GRACIAS.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

LAVADO DE MANOS PREVIO A EXAMEN FISICO.



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 8 of 35

MEDICAMENTOS

101. LACTATO DE RINGER SOL.INY.BOLSA X 500 ML- HARTMAN
Cant.: 6 VER PRESCR INTAVENO
BOLO DE 500CC AHORA Y CONTINUAR A 100CC/HORA.
102. TRAMADOL 50 MG/ML SOL.INY.AMPOLLA 1ML
Cant.: 4 C 06 Horas INTAVENO
APLICAR UNA AMPOLLA IV CADA 6 HORAS.
103. METRONIDAZOL 500 MG SOL.INY.
Cant.: 3 C 08 Horas INTAVENO
APLICAR UNA AMPOLLA CADA 8 HORAS IV HOY DÍA 2.
104. AMIKACINA SULFATO SOL INY 500MG/2ML
Cant.: 2 C 24 Horas INTAVENO
APLICAR UN GRAMO DÍA IV HOY DÍA 2.
105. ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG (DOLEX)
Cant.: 6 C 08 Horas ORAL
DAR 1GR VO CADA 8 HORAS.

ORDENES

Concepto

Servicio

SUMINISTROS Y/O MATERI JERINGA DESECHABLE X 3 ML C.A.

TERAPIAS Y/O NEBULIZACI TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL SOD (HOSPITALIZADO)

**MEDICO INTERNO - PEREZ PERDOMO JOSE
LUIS**

Especialidad: MEDICO INTERNO

Medico Tratante: CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Registro Profesional: 215695

434



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 9 of 35

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 444598

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 57 años 5 meses 2 días

Fecha Hospitalización: 27/03/2014

Dias Hospitalización: 11 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: SALUDCOOP

Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

NOTA EVOLUCION DIARIA 29/03/2014 07:16:00

Diagnosticos

K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

DIAGNOSTICO ACTUAL

CIRUGÍA GASTROINTESTINAL - DR OSCAR CALVO.

PACIENTE ADULTO MEDIO CON DIAGNOSTICOS DE:

-POP INMEDIATO DE RAFIA COLON SIGMOIDE POSTERIOR A PERFORACIÓN DE DIVERTICULO.
-ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON.

SUBJETIVO

PACIENTE SIN COMPAÑIA AL MOMENTO QUIEN REFIERE LEVE DOLOR ABDOMINAL CON SENSACIÓN DE DISTENCIÓN ABDOMINAL, NIEGA NAUSEAS, NIEGA EMESIS

EXAMEN FISICO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON TA: 120/60; FC: 80; FR: 20; C/C: NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL MUCOSA ORAL HUMEDA, CONJUNTIVA TARSAL ANICTERICA C/P: RSCs RITMICOS SIN SOPLOS RSRs MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN SOBREGREGADOS. ABD: DEPRESIBLE, GLOBOSO, CON HERIDA QUIRURGICA SOBRE LINEA MEDIA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL CON SECRECIÓN SEROHEMATICA ESCASA CUBIERTA CON APOSITO; CON DOLOR LEVE A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL AL MOMENTO CON AUMENTO DEL TIMPANISMO A LA PERCUSIÓN. GU: SONDA VESICAL PERMEABLE. EXT: EUTROFICAS, SIN EDEMA; NEURO/ SIN DEFICIT EVIDENTE AL MOMENTO.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

NO HAY NUEVOS

RIESGOS IDENTIFICADOS

INFECCIÓN NOSOCOMIAL.

ANALISIS

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN ABDOMEN AGUDO, SIN SIGNOS DE SIRS. EL DÍA DE HOY SE INICIARÁ DIETA LÍQUIDA, SE EVALUARÁ TOLERANCIA VÍA ORAL. CONTINÚA CON IGUAL MANEJO

PLAN

INICIAR DIETA LÍQUIDA
DEAMBULACIÓN
CURACIÓN DE HERIDA QUIRURGICA
ACETAMINOFEN 1GR CADA 8 VO.
TRAMADOL 50MG/6 HORAS IV.
METRONIDAZOL 500MG/8 HORAS IV HOY DÍA 2
AMIKACINA 1GR/DÍA IV HOY DÍA 2
TERAPIA RESPIRATORIA 1 VEZ DÍA.
CONTROL DE SIGNOS VITALES CON CURVA TERMINA, REGISTRAR EN SISTEMA, GRACIAS.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

LAVADO DE MANOS PREVIO A EXAMEN FISICO.

435

436



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 10 of 35

MEDICAMENTOS

- 101. LACTATO DE RINGER SOL.INY.BOLSA X 500 ML- HARTMAN
Cant.: 6 VER PRESCR INTAVENO
100CC/HORA.
- 102. TRAMADOL 50 MG/ML SOL.INY.AMPOLLA 1ML
Cant.: 4 C 06 Horas INTAVENO
APLICAR UNA AMPOLLA IV CADA 6 HORAS.
- 103. METRONIDAZOL 500 MG SOL.INY.
Cant.: 3 C 08 Horas INTAVENO
APLICAR UNA AMPOLLA CADA 8 HORAS IV HOY DÍA 3.
- 104. AMIKACINA SULFATO SOL INY 500MG/2ML
Cant.: 2 C 24 Horas INTAVENO
APLICAR UN GRAMO DÍA IV HOY DÍA 3
- 105. ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG (DOLEX)
Cant.: 6 C 08 Horas ORAL
DAR 1GR VO CADA 8 HORAS.

ORDENES

Concepto	Servicio
DIETAS	DIETA LIQUIDA SIN GRASA
ORDENES DE APOYO	CURACIONES DE HERIDA QUIRURGICA
SUMINISTROS Y/O MATERI	JERINGA DESECHABLE X 3 ML C.A.
TERAPIAS Y/O NEBULIZAC:	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL SOD (HOSPITALIZADO) 1 VEZ AL DIA

Fanny Carrillo J.

CARRILLO JIMENEZ FANNY PAOLA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 3728/2015

Medico Tratante: CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO
Especialidad: CIRUGIA GENERAL
Registro Profesional: 215695



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 11 of 35

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 444598

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 57 años 5 meses 2 días

Fecha Hospitalización: 27/03/2014

Días Hospitalización: 11 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: SALUDCOOP

Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

NOTA EVOLUCION DIARIA 30/03/2014 05:56:00

Diagnosticos

K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

DIAGNOSTICO ACTUAL

CIRUGÍA GASTROINTESTINAL - DR OSCAR CALVO.

PACIENTE ADULTO MEDIO CON DIAGNOSTICOS DE:

-POP INMEDIATO DE RAFIA COLON SIGMOIDE POSTERIOR A PERFORACIÓN DE DIVERTICULO.
-ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON.

SUBJETIVO

PACIENTE SIN COMPAÑIA AL MOMENTO, REFIERE LEVE DOLOR ABDOMINAL CON SENSACIÓN DE DISTENSIÓN ABDOMINAL, NIEGA NÁUSEAS, NIEGA EMESIS, DIURESIS +, DEPOSICIÓN +

EXAMEN FISICO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON TA: 120/70; FC: 88; FR: 20; C/C: NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL MUCOSA ORAL HUMEDA, CONJUNTIVA TARSAL ANICTERICA C/P: R_sC_s RITMICOS SIN SOPLOS R_sR_s MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN SOBREGREGADOS. ABD: LEVE DISTENSIÓN, GLOBOSO, CON HERIDA QUIRURGICA SOBRE LINEA MEDIA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL, CUBIERTA CON APOSITO LIMPIO, LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL AL MOMENTO CON AUMENTO DEL TIMPANISMO A LA PERCUSIÓN. EXT: EUTROFICAS, SIN EDEMA; NEURO: SIN DEFICIT EVIDENTE AL MOMENTO.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

RIESGOS IDENTIFICADOS

INFECCIÓN NOSOCOMIAL.

ANALISIS

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES, PERSISTE DISTENSIÓN ABDOMINAL, CON EVOLUCIÓN FAVORABLE, SIN ABDOMEN AGUDO NI SIGNOS DE SIRS, TOLERANDO VIA ORAL, CONTINÚA IGUAL MANEJO INSTAURADO

PLAN

DIETA LÍQUIDA
DEAMBULACIÓN
CURACIÓN DE HERIDA QUIRURGICA
ACETAMINOFEN 1GR CADA 8 HORAS VO.
TRAMADOL 50MG CADA 6 HORAS IV.
METRONIDAZOL 500MG CADA 8 HORAS IV HOY DÍA 4
AMIKACINA 1GR CADA DÍA IV HOY DÍA 4
TERAPIA RESPIRATORIA 1 VEZ DÍA.
SS: CH
CONTROL DE SIGNOS VITALES CON CURVA TERMINA, REGISTRAR EN SISTEMA, GRACIAS.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

LAVADO DE MANOS PREVIO A EXAMEN FISICO.

MEDICAMENTOS

101. LACTATO DE RINGER SOL.INY.BOLSA X 500 ML- HARTMAN
Cant.: 6 VER PRESCR INTAVENO
100CC/HORA.

438



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 12 of 35

MEDICAMENTOS

- 102. TRAMADOL 50 MG/ML SOL.INY.AMPOLLA 1ML
Cant.: 4 C 06 Horas INTAVENO
APLICAR UNA AMPOLLA IV CADA 6 HORAS.
- 103. METRONIDAZOL 500 MG SOL.INY.
Cant.: 3 C 08 Horas INTAVENO
APLICAR UNA AMPOLLA CADA 8 HORAS IV HOY DÍA 4.
- 104. AMIKACINA SULFATO SOL INY 500MG/2ML
Cant.: 2 C 24 Horas INTAVENO
APLICAR UN GRAMO DÍA IV HOY DÍA 4
- 105. ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG (DOLEX)
Cant.: 6 C 08 Horas ORAL
DAR 1GR VO CADA 8 HORAS.

ORDENES

Concepto	Servicio
DIETAS	DIETA LIQUIDA SIN GRASA
LABORATORIO CLINICO	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RE
ORDENES DE APOYO	CURACIONES DE HERIDA QUIRURGICA
SUMINISTROS Y/O MATERI	JERINGA DESECHABLE X 3 ML C.A.
TERAPIAS Y/O NEBULIZACI	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL SOD (HOSPITALIZADO) 1 VEZ AL DIA

Fanny Carrillo J

CARRILLO JIMENEZ FANNY PAOLA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 3728/2015

Medico Tratante: CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO
Especialidad: CIRUGIA GENERAL
Registro Profesional: 215695

439



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 13 of 35

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 444598

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 57 años 5 meses 2 días

Fecha Hospitalización: 27/03/2014

Días Hospitalización: 11 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: SALUDCOOP

Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

NOTA EVOLUCION DIARIA 31/03/2014 07:16:00

Diagnosticos

K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

DIAGNOSTICO ACTUAL

CIRUGÍA GASTROINTESTINAL - DR OSCAR CALVO.

PACIENTE ADULTO MEDIO CON DIAGNOSTICOS DE:

- POP INMEDIATO DE RAFIA COLON SIGMOIDE POSTERIOR A PERFORACIÓN DE DIVERTICULO.
- ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON.

SUBJETIVO

PACIENTE SIN COMPAÑIA AL MOMENTO, REFIERE LEVE DOLOR ABDOMINAL CONTINUA SENSACIÓN DE DISTENSIÓN ABDOMINAL, NIEGA NÁUSEAS, NIEGA EMESIS, DIURESIS +, DEPOSICIÓN +

EXAMEN FISICO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON TA: 140/70; FC: 60; FR: 18; C/C: NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL MUCOSA ORAL HUMEDA, CONJUNTIVA TARSAL ANICTERICA C/P: RSCs RITMICOS SIN SOPLOS RSRs MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN SOBREGREGADOS. ABD: LEVE DISTENSIÓN, GLOBOSO, CON HERIDA QUIRURGICA SOBRE LINEA MEDIA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL, CUBIERTA CON APOSITO LIMPIO, LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL AL MOMENTO CON DISMINUCIÓN DE TIMPANISMO A LA PERCUSIÓN. EXT: EUTROFICAS, SIN EDEMA; NEURO: SIN DEFICIT EVIDENTE AL MOMENTO.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

HEMOGRAMA: RTGB: 10300; NEUTRÓFILOS: 67.9; Hb: 12.8; Hcto: 38.2; PLAQUETAS: 188000

RIESGOS IDENTIFICADOS

INFECCIÓN NOSOCOMIAL.

ANALISIS

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES, EVOLUCIONANDO FAVORABLEMENTE, TOLERANDO VIA ORAL, PERSISTE DISTENSIÓN ABDOMINAL, NO ABDOMEN AGUDO, NO SIGNOS DE SIRS. CONTINUA IGUAL MANEJO

PLAN

- DIETA LÍQUIDA
- INSISTIR DEAMBULACIÓN
- CURACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA
- TRIMEBUTINA 1 AMP CADA 12 HORAS
- OMEPRAZOL 1 AMP CADA 12 HORAS
- ACETAMINOFEN 1GR CADA 6 HORAS VO.
- TRAMADOL 50MG CADA 6 HORAS IV.
- METRONIDAZOL 500MG CADA 8 HORAS IV HOY DÍA 5
- AMIKACINA 1GR CADA DÍA IV HOY DÍA 5
- TERAPIA RESPIRATORIA 1 VEZ DÍA.
- CONTROL DE SIGNOS VITALES CON CURVA TERMINA, REGISTRAR EN SISTEMA, GRACIAS.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

LAVADO DE MANOS PREVIO A EXAMEN FISICO.



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 14 of 35

MEDICAMENTOS

- 101. LACTATO DE RINGER SOL.INY.BOLSA X 500 ML- HARTMAN
Cant.: 6 VER PRESCR INTAVENO
100CC/HORA.
- 102. TRAMADOL 50 MG/ML SOL.INY.AMPOLLA 1ML
Cant.: 4 C 06 Horas INTAVENO
APLICAR UNA AMPOLLA IV CADA 6 HORAS.
- 103. METRONIDAZOL 500 MG SOL.INY.
Cant.: 3 C 08 Horas INTAVENO
APLICAR UNA AMPOLLA CADA 8 HORAS IV HOY DÍA 5.
- 104. AMIKACINA SULFATO SOL INY 500MG/2ML
Cant.: 2 C 24 Horas INTAVENO
APLICAR UN GRAMO DÍA IV HOY DÍA 5.
- 105. ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG (DOLEX)
Cant.: 8 C 06 Horas ORAL
DAR 1GR VO CADA 6 HORAS.
- 106. TRIMEBUTINA SOL INY 50MG/5ML
Cant.: 2 C 12 Horas INTAVENO
APLICAR 1 AMP CADA 12 HORAS
- 107. OMEPRAZOL POLVO PARA RECONSTITUIR 40 MG
Cant.: 2 C 12 Horas INTAVENO
APLICAR 1 AMP CADA 12 HORAS

ORDENES

Concepto	Servicio
DIETAS	DIETA LIQUIDA SIN GRASA
ORDENES DE APOYO	CURACIONES DE HERIDA QUIRURGICA
SUMINISTROS Y/O MATERI	JERINGA DESECHABLE X 3 ML C.A.
TERAPIAS Y/O NEBULIZAC	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL SOD (HOSPITALIZADO) 1 VEZ AL DIA

Fanny Carrillo J

CARRILLO JIMENEZ FANNY PAOLA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 3728/2015

Medico Tratante: CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO
Especialidad: CIRUGIA GENERAL
Registro Profesional: 215695



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 15 of 35

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 444598

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 57 años 5 meses 2 días

Fecha Hospitalización: 27/03/2014

Días Hospitalización: 11 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: SALUDCOOP

Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

NOTA EVOLUCION DIARIA 01/04/2014 05:52:00

Diagnosticos

K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

DIAGNOSTICO ACTUAL

CIRUGÍA GASTROINTESTINAL - DR OSCAR CALVO.

PACIENTE ADULTO MEDIO CON DIAGNOSTICOS DE:

-POP INMEDIATO DE RAFIA COLON SIGMOIDE POSTERIOR A PERFORACIÓN DE DIVERTICULO.
-ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON.

SUBJETIVO

PACIENTE SIN COMPAÑIA AL MOMENTO, REFIERE DISMINUCIÓN DE DOLOR ABDOMINAL CONTINUA SENSACIÓN DE DISTENSIÓN ABDOMINAL, NIEGA NÁUSEAS, NIEGA EMESIS, DIURESIS +, DEPOSICIÓN +, REFIERE FLATOS.

EXAMEN FISICO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON TA: 140/70; FC: 60; FR: 18; C/C: NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL MUCOSA ORAL HUMEDA, CONJUNTIVA TARSAL ANICTERICA C/P: RSCs RITMICOS SIN SOPLOS RSRs MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN SOBREGREGADOS. ABD: GLOBOSO, CON HERIDA QUIRURGICA SOBRE LINEA MEDIA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL, CUBIERTA CON APOSITO LIMPIO, LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, AL MOMENTO CON DISMINUCIÓN DE TIMPANISMO A LA PERCUSIÓN. EXT: EUTROFICAS, SIN EDEMA; NEURO: SIN DEFICIT EVIDENTE AL MOMENTO.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

NO HAY NUEVOS

RIESGOS IDENTIFICADOS

INFECCIÓN NOSOCOMIAL.

ANALISIS

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES, EVOLUCIONANDO FAVORABLEMENTE, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, NO ABDOMEN AGUDO, NO SIGNOS DE SIRS. CONTINUA IGUAL MANEJO.

PLAN

DIETA BLANDA SUAVE.
INSISTIR DEAMBULACIÓN
CURACIÓN DE HERIDA QUIRURGICA
TRIMEBUTINA 1 AMP CADA 12 HORAS
OMEPRAZOL 1 AMP CADA 12 HORAS
ACETAMINOFEN 1GR CADA 6 HORAS VO.
TRAMADOL 50MG CADA 6 HORAS IV.
METRONIDAZOL 500MG CADA 8 HORAS IV HOY DÍA 5
AMIKACINA 1GR CADA DÍA IV HOY DÍA 5
TERAPIA RESPIRATORIA 1 VEZ DÍA.
CURVA TÉRMICA
CSV - AC

MEDIDAS DE SEGURIDAD

LAVADO DE MANOS PREVIO A EXAMEN FISICO.

2/41

442



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 16 of 35

MEDICAMENTOS

- 101. LACTATO DE RINGER SOL.INY.BOLSA X 500 ML- HARTMAN
Cant.: 6 VER PRESCR INTAVENO
100CC/HORA.
- 102. TRAMADOL 50 MG/ML SOL.INY.AMPOLLA 1ML
Cant.: 4 C 06 Horas INTAVENO
APLICAR UNA AMPOLLA IV CADA 6 HORAS.
- 103. METRONIDAZOL 500 MG SOL.INY.
Cant.: 3 C 08 Horas INTAVENO
APLICAR UNA AMPOLLA CADA 8 HORAS IV HOY DÍA 6.
- 104. AMIKACINA SULFATO SOL INY 500MG/2ML
Cant.: 2 C 24 Horas INTAVENO
APLICAR UN GRAMO DÍA IV HOY DÍA 6.
- 105. ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG (DOLEX)
Cant.: 8 C 06 Horas ORAL
DAR 1GR VO CADA 6 HORAS.
- 106. TRIMEBUTINA SOL INY 50MG/5ML
Cant.: 2 C 12 Horas INTAVENO
APLICAR 1 AMP CADA 12 HORAS
- 107. OMEPRAZOL POLVO PARA RECONSTITUIR 40 MG
Cant.: 2 C 12 Horas INTAVENO
APLICAR 1 AMP CADA 12 HORAS

ORDENES

Concepto	Servicio
DIETAS	DIETA BLANDA SUAVE SIN GRASA
ORDENES DE APOYO	CURACIONES DE HERIDA QUIRURGICA
SUMINISTROS Y/O MATERI	JERINGA DESECHABLE X 3 ML C.A.
TERAPIAS Y/O NEBULIZACI	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL SOD (HOSPITALIZADO) 1 VEZ AL DIA

Fanny Carrillo J.

CARRILLO JIMENEZ FANNY PAOLA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 3728/2015

Medico Tratante: CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO
Especialidad: CIRUGIA GENERAL
Registro Profesional: 215695

443



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 17 of 35

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 444598

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 57 años 5 meses 2 días

Fecha Hospitalización: 27/03/2014

Días Hospitalización: 11 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: SALUDCOOP

Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

NOTA EVOLUCION DIARIA 02/04/2014 07:01:00

Diagnosticos

K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

DIAGNOSTICO ACTUAL

CIRUGÍA GASTROINTESTINAL - DR OSCAR CALVO.

PACIENTE ADULTO MEDIO CON DIAGNOSTICOS DE:

- POP INMEDIATO DE RAFIA COLON SIGMOIDE POSTERIOR A PERFORACIÓN DE DIVERTICULO.
- ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON.

SUBJETIVO

PACIENTE SIN COMPAÑIA AL MOMENTO, REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR ABDOMINAL EN HIPOGASTRIO, REFIERE MEJORA SENSACIÓN DE DISTENSIÓN ABDOMINAL, NIEGA NÁUSEAS, NIEGA EMESIS, DIURESIS +, DEPOSICIÓN +, REFIERE FLATOS.

EXAMEN FISICO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON TA: 150/80; FC: 56; FR: 18; C/C: NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL MUCOSA ORAL HUMEDA, CONJUNTIVA TARSAL ANICTERICA C/P: R_sC_s RITMICOS SIN SOPLOS R_sR_s MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN SOBREGREGADOS. ABD: GLOBOSO, CON HERIDA QUIRURGICA SOBRE LINEA MEDIA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL, CUBIERTA CON APOSITO LIMPIO, MODERADO DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN HIPOGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, AL MOMENTO CON DISMINUCIÓN DE TIMPANISMO A LA PERCUSIÓN. EXT: EUTROFICAS, SIN EDEMA; NEURO: SIN DEFICIT EVIDENTE AL MOMENTO.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

RIESGOS IDENTIFICADOS

INFECCIÓN NOSOCOMIAL.

ANALISIS

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES, PERSISTE DOLOR MODERADO EN HIPOGASTRIO A LA PALPACIÓN, PRESENTA MEJORA; NO ABDOMEN AGUDO, SIN SIGNOS DE SIRS. SE INICIARÁ DIETA NORMAL A TOLERANCIA. CONTINUA IGUAL MANEJO.

PLAN

- DIETA NORMAL
- INSISTIR DEAMBULACIÓN
- CURACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA
- LOSARTAN 1 TAB CADA DÍA
- OMEPRAZOL 1 AMP CADA 12 HORAS
- ACETAMINOFEN 1GR CADA 6 HORAS VO.
- TRAMADOL 50MG CADA 6 HORAS IV.
- METRONIDAZOL 500MG CADA 8 HORAS IV HOY DÍA 7
- AMIKACINA 1GR CADA DÍA IV HOY DÍA 7
- TERAPIA RESPIRATORIA 1 VEZ DÍA.
- CURVA TÉRMICA
- CSV - AC

MEDIDAS DE SEGURIDAD

LAVADO DE MANOS PREVIO A EXAMEN FISICO.



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 18 of 35

MEDICAMENTOS

- 101. LACTATO DE RINGER SOL.INY.BOLSA X 500 ML- HARTMAN
Cant.: 6 VER PRESCR INTAVENO
100CC/HORA.
- 102. TRAMADOL 50 MG/ML SOL.INY.AMPOLLA 1ML
Cant.: 4 C 06 Horas INTAVENO
APLICAR UNA AMPOLLA IV CADA 6 HORAS.
- 103. METRONIDAZOL 500 MG SOL.INY.
Cant.: 3 C 08 Horas INTAVENO
APLICAR UNA AMPOLLA CADA 8 HORAS IV HOY DÍA 7.
- 104. AMIKACINA SULFATO SOL INY 500MG/2ML
Cant.: 2 C 24 Horas INTAVENO
APLICAR UN GRAMO DÍA IV HOY DÍA 7.
- 105. ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG (DOLEX)
Cant.: 8 C 06 Horas ORAL
DAR 1GR VO CADA 6 HORAS.
- 106. LOSARTAN TABLETA 50 MG
Cant.: 1 C 24 Horas ORAL
DAR 1 TAB CADA DIA
- 107. OMEPRAZOL POLVO PARA RECONSTITUIR 40 MG
Cant.: 2 C 12 Horas INTAVENO
APLICAR 1 AMP CADA 12 HORAS

ORDENES

Concepto	Servicio
DIETAS	DIETA NORMAL
ORDENES DE APOYO	CURACIONES DE HERIDA QUIRURGICA
SUMINISTROS Y/O MATERI	JERINGA DESECHABLE X 3 ML C.A.
TERAPIAS Y/O NEBULIZAC	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL SOD (HOSPITALIZADO) 1 VEZ AL DIA

Fanny Carrillo J.

CARRILLO JIMENEZ FANNY PAOLA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 3728/2015

Medico Tratante: CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO
Especialidad: CIRUGIA GENERAL
Registro Profesional: 215695



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 19 of 35

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

F. Nacimiento: 25/10/1956

Fecha Hospitalización: 27/03/2014

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Empresa: SALUDCOOP

Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

Historia Clínica Nro: 91005031

Registro: 444598

Edad: 57 años 5 meses 2 días

Días Hospitalización: 11 días

Telefono: 3133664502

Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

NOTA MEDICA 02/04/2014 10:55:00

Diagnosticos

K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

NOTA MEDICA

SE ABRE PARA SOLICITAR INCENTIVO RESPIRATORIO.

ORDENES

Concepto	Servicio
SUMINISTROS Y/O MATERI INCENTIVO RESPIRATORIO ADULTO	UNIDAD

Maria Carolina Bueno C

BUENO CANCINO MARIA CAROLINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Registro Profesional: 13365/11

446



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 20 of 35

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 444598

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 57 años 5 meses 2 días

Fecha Hospitalización: 27/03/2014

Días Hospitalización: 11 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: SALUDCOOP

Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

NOTA MEDICA 02/04/2014 18:14:00

Diagnosticos

K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

NOTA MEDICA

FORMULACION FALTANTE

MEDICAMENTOS

101. ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG
Cant.: 8 C 06 Horas ORAL

Maria Carolina Bueno C

BUENO CANCINO MARIA CAROLINA

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Registro Profesional: 13365/11



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 21 of 35

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 444598

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 57 años 5 meses 2 días

Fecha Hospitalización: 27/03/2014

Días Hospitalización: 11 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: SALUDCOOP

Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

NOTA EVOLUCION DIARIA 03/04/2014 06:30:00

Diagnosticos

K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

DIAGNOSTICO ACTUAL

CIRUGÍA GASTROINTESTINAL - DR OSCAR CALVO.

PACIENTE ADULTO MEDIO CON DIAGNOSTICOS DE:

-POP INMEDIATO DE RAFIA COLON SIGMOIDE POSTERIOR A PERFORACIÓN DE DIVERTICULO.
-ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON.

SUBJETIVO

PACIENTE SIN COMPAÑIA AL MOMENTO, REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR ABDOMINAL EN HIPOGASTRIO, REFIERE MEJORA SENSACIÓN DE DISTENSIÓN ABDOMINAL, NIEGA NÁUSEAS, NIEGA EMESIS, DIURESIS +, DEPOSICIÓN -

EXAMEN FISICO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON TA: 160/90FC: 70; FR: 20; C/C: NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL MUCOSA ORAL HUMEDA, CONJUNTIVA TARSAL ANICTERICA C/P: R_sC_s RITMICOS SIN SOPLOS R_sR_s MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN SOBREGREGADOS. ABD: GLOBOSO, CON HERIDA QUIRURGICA SOBRE LINEA MEDIA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL, CUBIERTA CON APOSITO LIMPIO, MODERADO DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN HIPOGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, AL MOMENTO CON DISMINUCIÓN DE TIMPANISMO A LA PERCUSIÓN. EXT: EUTROFICAS, SIN EDEMA; NEURO: SIN DEFICIT EVIDENTE AL MOMENTO.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

NO HAY NUEVOS

RIESGOS IDENTIFICADOS

INFECCIÓN NOSOCOMIAL.

ANALISIS

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES, CON PERSISTENCIA DE DISTENSIÓN ABDOMINAL, TOLERANDO VIA ORAL, EVOLUCIONANDO FAVORABLEMENTE. CONTINUA IGUAL MANEJO

PLAN

DIETA NORMAL
INSISTIR DEAMBULACIÓN
CURACIÓN DE HERIDA QUIRURGICA
BISACODILO 1 TAB CADA DÍA
LOSARTAN 1 TAB CADA DÍA
OMEPRAZOL 1 AMP CADA 12 HORAS
ACETAMINOFEN 1GR CADA 6 HORAS VO.
TRAMADOL 50MG CADA 6 HORAS IV.
METRONIDAZOL 500MG CADA 8 HORAS IV HOY DÍA 8
AMIKACINA 1GR CADA DÍA IV HOY DÍA 8
TERAPIA RESPIRATORIA 1 VEZ DÍA.
CURVA TÉRMICA
CSV - AC

MEDIDAS DE SEGURIDAD

LAVADO DE MANOS PREVIO A EXAMEN FISICO.

447



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 22 of 35

MEDICAMENTOS

- 101. LACTATO DE RINGER SOL.INY.BOLSA X 500 ML- HARTMAN
Cant.: 6 VER PRESCR INTAVENO
100CC/HORA.
- 102. TRAMADOL 50 MG/ML SOL.INY.AMPOLLA 1ML
Cant.: 4 C 06 Horas INTAVENO
APLICAR UNA AMPOLLA IV CADA 6 HORAS.
- 103. METRONIDAZOL 500 MG SOL.INY.
Cant.: 3 C 08 Horas INTAVENO
APLICAR UNA AMPOLLA CADA 8 HORAS IV HOY DÍA 8.
- 104. AMIKACINA SULFATO SOL INY 500MG/2ML
Cant.: 3 C 08 Horas INTAVENO
APLICAR UN GRAMO DÍA IV HOY DÍA 8.
- 105. ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG (DOLEX)
Cant.: 8 C 06 Horas ORAL
DAR 1GR VO CADA 6 HORAS.
- 106. LOSARTAN TABLETA 50 MG
Cant.: 1 C 24 Horas ORAL
DAR 1 TAB CADA DIA
- 107. OMEPRAZOL POLVO PARA RECONSTITUIR 40 MG
Cant.: 2 C 12 Horas INTAVENO
APLICAR 1 AMP CADA 12 HORAS
- 108. BISACODILO TABLETA 5MG
Cant.: 1 C 24 Horas ORAL
DAR 1 TAB AL DIA

ORDENES

Concepto	Servicio
DIETAS	DIETA NORMAL SIN GRASA
ORDENES DE APOYO	CURACIONES DE HERIDA QUIRURGICA
SUMINISTROS Y/O MATERI	JERINGA DESECHABLE X 3 ML C.A.
TERAPIAS Y/O NEBULIZACI	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL SOD (HOSPITALIZADO) 1 VEZ AL DIA

Fanny Carrillo J

CARRILLO JIMENEZ FANNY PAOLA
Especialidad: **MEDICINA GENERAL**
Registro Profesional: **3728/2015**

Medico Tratante: CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO
Especialidad: **CIRUGIA GENERAL**
Registro Profesional: **215695**



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 23 of 35

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 444598

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 57 años 5 meses 2 días

Fecha Hospitalización: 27/03/2014

Días Hospitalización: 11 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: SALUDCOOP

Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

NOTA EVOLUCION DIARIA 04/04/2014 07:12:00

Diagnosticos

K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

DIAGNOSTICO ACTUAL

CIRUGÍA GASTROINTESTINAL - DR OSCAR CALVO.

PACIENTE ADULTO MEDIO CON DIAGNOSTICOS DE:

-POP INMEDIATO DE RAFIA COLON SIGMOIDE POSTERIOR A PERFORACIÓN DE DIVERTICULO.
-ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON.

SUBJETIVO

PACIENTE SIN COMPAÑIA AL MOMENTO, REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR ABDOMINAL EN ABDOMEN INFERIOR, REFIERE MEJORA SENSACIÓN DE DISTENSIÓN ABDOMINAL, NIEGA NÁUSEAS, NIEGA EMESIS, DIURESIS +, DEPOSICIÓN +

EXAMEN FISICO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADO, CON SV: TA: 130/80; FC: 70; FR: 20; C/C: NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL MUCOSA ORAL HUMEDA, CONJUNTIVA TARSAL ANICTERICA C/P: R_sC_s RITMICOS SIN SOPLOS R_sR_s MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN SOBREGREGADOS. ABD: GLOBOSO, CON HERIDA QUIRURGICA SOBRE LINEA MEDIA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL, CUBIERTA CON APOSITO LIMPIO, MODERADO DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN ABDOMEN INFERIOR, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, AL MOMENTO CON DISMINUCIÓN DE TIMPANISMO A LA PERCUSIÓN. EXT: EUTROFICAS, SIN EDEMA; NEURO: SIN DEFICIT EVIDENTE AL MOMENTO.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

NO HAY NUEVOS

RIESGOS IDENTIFICADOS

INFECCIÓN NOSOCOMIAL.

ANALISIS

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES, EVOLUCIONANDO FAVORABLEMENTE, PERSISTE CON DOLOR EN ABDOMEN INFERIOR, LEVE DISTENSIÓN ABDOMINAL; CON CIFRAS TENSIONALES CONTROLADAS, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. CON ESQUEMA ANTIBIÓTICO COMPLETO. SE SOLICITA ECO ABDOMINAL. CONTINÚA IGUAL MANEJO.

PLAN

NVO - REANUDAR DIETA NORMAL DESPUÉS DE TOMA DE ECO
INSISTIR DEAMBULACIÓN
CURACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA
SS: ECO ABDOMINAL TOTAL
BISACODILO 1 TAB CADA DÍA
LOSARTAN 1 TAB CADA DÍA
OMEPRAZOL 1 AMP CADA 12 HORAS
ACETAMINOFEN 1GR CADA 6 HORAS VO.
TRAMADOL 50MG CADA 6 HORAS IV.
SUSPENDER METRONIDAZOL 500MG CADA 8 HORAS IV AYER DÍA 8/8
SUSPENDER AMIKACINA 1GR CADA DÍA IV AYER DÍA 8/8
TERAPIA RESPIRATORIA 1 VEZ DÍA.
CURVA TÉRMICA
CSV - AC

MEDIDAS DE SEGURIDAD

LAVADO DE MANOS PREVIO A EXAMEN FISICO.

449

450



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 24 of 35

MEDICAMENTOS

- 101. LACTATO DE RINGER SOL.INY.BOLSA X 500 ML- HARTMAN
Cant.: 6 VER PRESCR INTAVENO
100CC/HORA.
- 102. TRAMADOL 50 MG/ML SOL.INY.AMPOLLA 1ML
Cant.: 4 C 06 Horas INTAVENO
APLICAR UNA AMPOLLA IV CADA 6 HORAS.
- 105. ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG (DOLEX)
Cant.: 8 C 06 Horas ORAL
DAR 1GR VO CADA 6 HORAS.
- 106. LOSARTAN TABLETA 50 MG
Cant.: 1 C 24 Horas ORAL
DAR 1 TAB CADA DIA
- 107. OMEPRAZOL POLVO PARA RECONSTITUIR 40 MG
Cant.: 2 C 12 Horas INTAVENO
APLICAR 1 AMP CADA 12 HORAS
- 108. BISACODILO TABLETA 5MG
Cant.: 1 C 24 Horas ORAL
DAR 1 TAB AL DIA

ORDENES

Concepto	Servicio
DIETAS	DIETA NORMAL SIN GRASA
ECOGRAFIAS	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL : HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES BAZO GRANDES
ORDENES DE APOYO	CURACIONES DE HERIDA QUIRURGICA
SUMINISTROS Y/O MATERI	JERINGA DESECHABLE X 3 ML C.A.
TERAPIAS Y/O NEBULIZAC	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL SOD (HOSPITALIZADO) 1 VEZ AL DIA

Fanny Carrillo J.

CARRILLO JIMENEZ FANNY PAOLA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 3728/2015

Medico Tratante: CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO
Especialidad: CIRUGIA GENERAL
Registro Profesional: 215695



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 25 of 35

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 444598

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 57 años 5 meses 2 días

Fecha Hospitalización: 27/03/2014

Días Hospitalización: 11 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: SALUDCOOP

Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

NOTA EVOLUCION DIARIA 05/04/2014 05:49:00

Diagnosticos

K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

DIAGNOSTICO ACTUAL

CIRUGÍA GASTROINTESTINAL - DR OSCAR CALVO.

PACIENTE ADULTO MEDIO CON DIAGNOSTICOS DE:

-POP INMEDIATO DE RAFIA COLON SIGMOIDE POSTERIOR A PERFORACIÓN DE DIVERTICULO.
-ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON.

SUBJETIVO

PACIENTE SIN COMPAÑIA AL MOMENTO, REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR EN ABDOMEN INFERIOR, REFIERE MEJORA SENSACIÓN DE DISTENSIÓN ABDOMINAL, NIEGA NÁUSEAS, NIEGA EMESIS, DIURESIS +, DEPOSICIÓN -

EXAMEN FISICO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADO, CON SV: TA: 123/82; FC: 90; FR: 20; C/C: NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL MUCOSA ORAL HUMEDA, CONJUNTIVA TARSAL ANICTERICA C/P: RsCs RITMICOS SIN SOPLOS RsRs MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN SOBREGREGADOS. ABD: GLOBOSO, CON HERIDA QUIRURGICA SOBRE LINEA MEDIA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL, CUBIERTA CON APOSITO CON ESCASA SECRECIÓN SEROSANGUINOLENTA, LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN ABDOMEN INFERIOR, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, A LA PERCUSIÓN DISMINUCIÓN DE TIMPANISMO EXT: EUTROFICAS, SIN EDEMA; NEURO: SIN DEFICIT EVIDENTE AL MOMENTO.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

ECO ABDOMINAL (04/04/2014): MODERADA DILATACIÓN DE LAS ASAS INTESTINALES EN TODO EL MARCO-CÓLICO ASOCIADAS A MÍNIMA CANTIDAD DE LÍQUIDO EN LA GOTERA PARIETOCÓLICA DERECHA, HALLAZGOS SECUNDARIOS PROBABLEMENTE A ILEO.

RIESGOS IDENTIFICADOS

INFECCIÓN NOSOCOMIAL.

ANALISIS

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES, EVOLUCIONANDO SATISFACTORIAMENTE, TOLERANDO VÍA ORAL, CON CIFRAS TENSIONALES CONTROLADAS. SE SOLICITA TAC ABDOMINAL. CONTINÚA IGUAL MANEJO. SE ENVIARA HEMOGRAMA DE CONTROL Y ELECTROLITOS

PLAN

DIETA NORMAL
INSISTIR DEAMBULACIÓN
CURACIÓN DE HERIDA QUIRURGICA
SS: TAC ABDOMINAL SIMPLE
BISACODILO 1 TAB CADA DIA
LOSARTAN 1 TAB CADA DIA
OMEPRAZOL 1 AMP CADA 12 HORAS
ACETAMINOFEN 1GR CADA 6 HORAS VO.
TRAMADOL 50MG CADA 6 HORAS IV.
TERAPIA RESPIRATORIA 1 VEZ DÍA.
CURVA TÉRMICA
SS HEMOGRAMA ELECTROLITOS
CSV - AC

MEDIDAS DE SEGURIDAD

LAVADO DE MANOS PREVIO A EXAMEN FISICO.

452



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 26 of 35

MEDICAMENTOS

- 101. LACTATO DE RINGER SOL.INY.BOLSA X 500 ML- HARTMAN
Cant.: 6 VER PRESCR INTAVENO
100CC/HORA.
- 102. TRAMADOL 50 MG/ML SOL.INY.AMPOLLA 1ML
Cant.: 4 C 06 Horas INTAVENO
APLICAR UNA AMPOLLA IV CADA 6 HORAS.
- 105. ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG (DOLEX)
Cant.: 8 C 06 Horas ORAL
DAR 1GR VO CADA 6 HORAS.
- 106. LOSARTAN TABLETA 50 MG
Cant.: 1 C 24 Horas ORAL
DAR 1 TAB CADA DIA
- 107. OMEPRAZOL POLVO PARA RECONSTITUIR 40 MG
Cant.: 2 C 12 Horas INTAVENO
APLICAR 1 AMP CADA 12 HORAS
- 108. BISACODILO TABLETA 5MG
Cant.: 1 C 24 Horas ORAL
DAR 1 TAB AL DIA

ORDENES

Concepto	Servicio
DIETAS	DIETA NORMAL SIN GRASA
LABORATORIO CLINICO	SODIO POTASIO CLORO (CLORURO) HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RE
ORDENES DE APOYO	CURACIONES DE HERIDA QUIRURGICA
SUMINISTROS Y/O MATERIALES	JERINGA DESECHABLE X 3 ML C.A.
TERAPIAS Y/O NEBULIZACIONES	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL SOD (HOSPITALIZADO) 1 VEZ AL DIA

Fanny Carrillo J

CARRILLO JIMENEZ FANNY PAOLA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 3728/2015

Medico Tratante: CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO
Especialidad: CIRUGIA GENERAL
Registro Profesional: 215695



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 27 of 35

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

F. Nacimiento: 25/10/1956

Fecha Hospitalización: 27/03/2014

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Empresa: SALUDCOOP

Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

Historia Clínica Nro: 91005031

Registro: 444598

Edad: 57 años 5 meses 2 días

Días Hospitalización: 11 días

Telefono: 3133664502

Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

NOTA MEDICA 05/04/2014 11:55:00

Diagnosticos

K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

NOTA MEDICA

PACIENTE CON HISTORIA DE PERFORACION DE COLON PERITONITIS SECUNDARIA Y CORRECCION QX POR LAPAROTOMIA ,TERMINO ESQUEMA ANTIBIOTICO ,PERO PACIENTE REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR Y DISTENSION ABDOMINAL.
SS TAC CON DOBLE CONTRASTE

ORDENES

Concepto

TOMOGRAFIAS

Servicio

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)
CON DOBLE CONTRASTE
MEDIO DE CONTRASTE TOMOGRAFIA DE ABDOMEN

PINILLA MARQUEZ GONZALO

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Registro Profesional: 8696

454



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 28 of 35

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 444598

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 57 años 5 meses 2 días

Fecha Hospitalización: 27/03/2014

Días Hospitalización: 11 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: SALUDCOOP

Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

NOTA MEDICA 05/04/2014 12:01:00

Diagnosticos

K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

NOTA MEDICA

SE ABRE PARA PEDIR LABORATORIOS

ORDENES

Concepto	Servicio
LABORATORIO CLINICO	CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS TOMAR URGENTE

PINILLA MARQUEZ GONZALO
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 8696



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 29 of 35

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 444598

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 57 años 5 meses 2 días

Fecha Hospitalización: 27/03/2014

Días Hospitalización: 11 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: SALUDCOOP

Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

NOTA EVOLUCION DIARIA 06/04/2014 06:39:00

Diagnosticos

K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

DIAGNOSTICO ACTUAL

CIRUGÍA GASTROINTESTINAL - DR OSCAR CALVO.

PACIENTE ADULTO MEDIO CON DIAGNOSTICOS DE:

-POP INMEDIATO DE RAFIA COLON SIGMOIDE POSTERIOR A PERFORACIÓN DE DIVERTICULO.
-ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON.

SUBJETIVO

PACIENTE SIN COMPAÑIA AL MOMENTO, REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR EN ABDOMEN INFERIOR, REFIERE MEJORA SENSACIÓN DE DISTENSIÓN ABDOMINAL, NIEGA NÁUSEAS, NIEGA EMESIS, DIURESIS +, DEPOSICIÓN -

EXAMEN FISICO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADO, CON SV: TA: 120/60; FC: 70; FR: 20; C/C: NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL MUCOSA ORAL HUMEDA, CONJUNTIVA TARSAL ANICTERICA C/P: RsCs RITMICOS SIN SOPLOS RsRs MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN SOBREGREGADOS. ABD: GLOBOSO, CON HERIDA QUIRURGICA SOBRE LINEA MEDIA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL, CUBIERTA CON APOSITO CON ESCASA SECRECIÓN SEROSANGUINOLENTA, LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN ABDOMEN INFERIOR, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, A LA PERCUSIÓN DISMINUCIÓN DE TIMPANISMO EXT: EUTROFICAS, SIN EDEMA; NEURO: SIN DEFICIT EVIDENTE AL MOMENTO.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

HEMOGRAMA: RTGB: 9090, N: 59.2, L: 26.6%, Hb: 16, Hcto: 49.5, PLAQUETAS: 400000; SODIO: 138.6; POTASIO: 4.08; CLORO: 101.9

RIESGOS IDENTIFICADOS

INFECCIÓN NOSOCOMIAL.

ANALISIS

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES, CON PARACLINICOS DENTRO DE LO NORMAL, EVOLUCIONANDO FAVORABLEMENTE, SE ENCUENTRA A LA ESPERA DE REPORTE DE TAC CONTRASTADO. CONTINÚA IGUAL MANEJO.

PLAN

DIETA NORMAL
INSISTIR DEAMBULACIÓN
CURACIÓN DE HERIDA QUIRURGICA
BISACODILO 1 TAB CADA DIA
LOSARTAN 1 TAB CADA DIA
OMEPRAZOL 1 AMP CADA 12 HORAS
ACETAMINOFEN 1GR CADA 6 HORAS VO.
TRAMADOL 50MG CADA 6 HORAS IV.
TERAPIA RESPIRATORIA 1 VEZ DÍA.
CURVA TÉRMICA
CSV - AC

MEDIDAS DE SEGURIDAD

LAVADO DE MANOS PREVIO A EXAMEN FISICO.

476



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 30 of 35

MEDICAMENTOS

- 101. LACTATO DE RINGER SOL.INY.BOLSA X 500 ML- HARTMAN
Cant.: 6 VER PRESCR INTAVENO
100CC/HORA.
- 102. TRAMADOL 50 MG/ML SOL.INY.AMPOLLA 1ML
Cant.: 4 C 06 Horas INTAVENO
APLICAR UNA AMPOLLA IV CADA 6 HORAS.
- 105. ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG (DOLEX)
Cant.: 8 C 06 Horas ORAL
DAR 1GR VO CADA 6 HORAS.
- 106. LOSARTAN TABLETA 50 MG
Cant.: 1 C 24 Horas ORAL
DAR 1 TAB CADA DIA
- 107. OMEPRAZOL POLVO PARA RECONSTITUIR 40 MG
Cant.: 2 C 12 Horas INTAVENO
APLICAR 1 AMP CADA 12 HORAS
- 108. BISACODILO TABLETA 5MG
Cant.: 1 C 24 Horas ORAL
DAR 1 TAB AL DIA

ORDENES

Concepto	Servicio
DIETAS	DIETA NORMAL SIN GRASA
ORDENES DE APOYO	CURACIONES DE HERIDA QUIRURGICA
SUMINISTROS Y/O MATERI JERINGA DESECHABLE X 3 ML C.A.	
TERAPIAS Y/O NEBULIZACI	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL SOD (HOSPITALIZADO) 1 VEZ AL DIA

Fanny Carrillo J.

CARRILLO JIMENEZ FANNY PAOLA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 3728/2015

Medico Tratante: CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO
Especialidad: CIRUGIA GENERAL
Registro Profesional: 215695



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.

NIT: 900240018-6

Carrera 27 # 30 -15

Page 1 of 1

457

Nombre:	JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO	Edad:	57 años 5 meses 2 días
Registro:	444598	Habitacion:	Documento: 91005031
Correo:			
Empresa:	SALUDCOOP	Sexo:	Masculino
Unidad :	HOSPITALIZACION	ID:	
Nro de Orden:	24106	Fecha Orden:	05/04/2014
Examen:	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)		879420
		Teléfono:	3133664502

TECNICA: Con TAC Helicoidal multicorte de 64 canales se realizaron cortes axiales de 0.625 mm de espesor desde las cúpulas diafragmáticas hasta la sínfisis púbica, previa preparación con medio de contraste oral y durante la inyección de medio de contraste endovenoso.

INFORME:

El hígado, páncreas, bazo, glándulas suprarrenales y riñones tienen forma, tamaño, contornos, localización y densidad normales, sin evidencia de lesiones focales o difusas.

Vesícula y vía biliar sin particularidad.

No hay dilatación pielocalicial o de los uréteres.

El medio de contraste transita de manera adecuada por los diferentes segmentos del tracto gastrointestinal, identificando unicamente la presencia de algunas formaciones diverticulares en el colon izquierdo y colon sigmoide, sin evidente alteración en la densidad de la grasa adyacente. Escasa cantidad de líquido libre en la gotera parietocólica derecha.

No se identifican áreas de estenosis o dilatación.

No hay evidencia de líquido libre o colecciones en la cavidad abdominal.

Aorta y vena cava de calibre normal.

Vejiga con escaso llenamiento, sin evidencia de alteraciones en su interior.

Cambios inflamatorios post-quirúrgicos por laparotomía a correlacionar con antecedentes en la pared abdominal.

CONCLUSIÓN:

- . ENFERMEDAD DIVERTICULAR NO COMPLICADA DEL COLON IZQUIERDO Y COLON SIGMOIDE.
- . ESCASA CANTIDAD DE LÍQUIDO LIBRE EN LA GOTERA PARIETOCÓLICA DERECHA.

Cordialmente,

Camilo Lara

CAMILO ANDRES LARA RODRIGUEZ

Registro Médico 138499

Fecha Resultado: 06/04/2014 08:48:07

Fecha Impresión: 26/06/2019 09:18



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 31 of 35

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 444598

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 57 años 5 meses 2 días

Fecha Hospitalización: 27/03/2014

Días Hospitalización: 11 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: SALUDCOOP

Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

NOTA EVOLUCION DIARIA 07/04/2014 06:16:00

Diagnosticos

K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

DIAGNOSTICO ACTUAL

CIRUGÍA GASTROINTESTINAL - DR OSCAR CALVO.

PACIENTE ADULTO MEDIO CON DIAGNOSTICOS DE:

-POP INMEDIATO DE RAFIA COLON SIGMOIDE POSTERIOR A PERFORACIÓN DE DIVERTICULO.
-ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON.

SUBJETIVO

PACIENTE SIN COMPAÑIA AL MOMENTO, REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR EN ABDOMEN INFERIOR, REFIERE MEJORA SENSACIÓN DE DISTENSIÓN ABDOMINAL, NIEGA NÁUSEAS, NIEGA EMESIS, DIURESIS +, DEPOSICIÓN +

EXAMEN FISICO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADO, CON SV: TA: 120/80; FC: 70; FR: 20; C/C: NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL MUCOSA ORAL HUMEDA, CONJUNTIVA TARSAL ANICTERICA C/P: R_sC_s RITMICOS SIN SOPLOS R_sR_s MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN SOBREGREGADOS. ABD: GLOBOSO, CON HERIDA QUIRURGICA SOBRE LINEA MEDIA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL, CUBIERTA CON APOSITO CON ESCASA SECRECIÓN SEROSANGUINOLENTA, LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA EN ABDOMEN INFERIOR, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, A LA PERCUSIÓN DISMINUCIÓN DE TIMPANISMO EXT: EUTROFICAS, SIN EDEMA; NEURO: SIN DEFICIT EVIDENTE AL MOMENTO.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

TAC ABDOMINAL CONTRASTADO: ENFERMEDAD DIVERTICULAR NO COMPLICADA DEL COLON IZQUIERDO Y COLON SIGMOIDE, ESCASA CANTIDAD DE LÍQUIDO LIBRE EN LA GOTERA PARIETOCÓLICA DERECHA

RIESGOS IDENTIFICADOS

INFECCIÓN NOSOCOMIAL.

ANALISIS

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES, CON MEJORA DEL DOLOR EN HIPOGASTRIO, EVOLUCIONANDO FAVORABLEMENTE, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, TOLERANDO VIA ORAL, POR LO QUE SE DECIDE DAR EGRESO EL DIA DE HOY CON RECOMENDACIONES

PLAN

EGRESO
DIETA NORMAL
DEAMBULACIÓN
CURACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA PREVIA A EGRESO
INCAPACIDAD DE 20 DÍAS
ACETAMINOFEN TOMAR 2 TABLETAS CADA 8 HORAS
TRIMEBUTINA + SIMETICONA TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS (TOMAR 1 TABLETA 15 MINUTOS ANTES DE CADA COMIDA)
CITA CONTROL POR CIRUGÍA GASTROINTESTINAL EN 15 DÍAS

MEDIDAS DE SEGURIDAD

LAVADO DE MANOS PREVIO A EXAMEN FISICO.

458

459



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 32 of 35

MEDICAMENTOS (FORMULA EXTERNA)

- 105. ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG (DOLEX)
Cant.: 60 C 06 Horas ORAL
TOMAR 1GR VO CADA 6 HORAS.
- 106. TRIMEBUTINA+SIMETICONA TABLETA (200+120)MG MUVETT S
Cant.: 90 C 12 Horas ORAL
TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS (TOMAR 1 TABLETA 15 MINUTOS ANTES DE CADA COMIDA)

ORDENES

Concepto	Servicio
DIETAS	DIETA NORMAL SIN GRASA
ORDENES DE APOYO	CURACIONES DE HERIDA QUIRURGICA PREVIA A EGRESO
VALORACION POR ESPECIALIDAD	CIRUGIA GENERAL CONTROL CIRUGIA GASTROINTESTINAL EN 15 DIAS - DR OSCAR CALVO

Fanny Cavillo J.

CARRILLO JIMENEZ FANNY PAOLA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 3728/2015

Medico Tratante: CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO
Especialidad: CIRUGIA GENERAL
Registro Profesional: 215695



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 33 of 35

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 444598

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 57 años 5 meses 2 días

Fecha Hospitalización: 27/03/2014

Dias Hospitalización: 11 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: SALUDCOOP

Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

EPICRISIS HOSPITALIZACION 07/04/2014 09:57:00

Diagnosticos

- K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)
- K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)
- K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

PLAN

PACIENTE CON CUADRO DE PERFORACION DE COLON SECUNDARIO A REALIZACION DE COLONOSCOPIA, PRESENTA DOLOR Y DISTENSION ABDOMINAL. SE REALIZA RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPE DONDE SE EVIDENCIA IMAGEN DE NEUMOPERITONEO, POR LO QUE SE DECIDE PRACTICAR LAPAROTOMIA; CON ANTECEDENTE DE HTA, ALERGICO A LA AMPICILINA (BINOTAL); SE REALIZA RAFIA DE COLON, EN POP SATISFACTORIO, EVOLUCION FAVORABLE, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, TOLERANDO VIA ORAL, SE DECIDE DAR EGRESO EL DIA DE HOY CON RECOMENDACIONES.

PLAN

EGRESO
DIETA NORMAL
DEAMBULACION
CURACION DE HERIDA QUIRURGICA PREVIA A SALIDA
ACETAMINOFEN TOMAR 2 TABLETAS CADA 8 HORAS
TRIMEBUTINA + SIMETICONA TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS
CITA CONTTROL POR CIRUGIA GASTROINTESTINAL EN 15 DIAS

Conducta Urgencias	Alta de Hospitalizacion
Estado a la Salida	Vivo

Fanny Carrillo J.

CARRILLO JIMENEZ FANNY PAOLA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 3728/2015

Medico Tratante: CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO
Especialidad: CIRUGIA GENERAL
Registro Profesional: 215695

461



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 34 of 35

Fecha y Hora Atención: 27/03/2014 04:44:00 p. m
Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO
F. Nacimiento: 25/10/1956
Fecha Hospitalización: 27/03/2014
Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE
Empresa: SALUDCOOP
Fecha hora egreso: 07/04/2014 14:19:04

Historia Clínica Nro: 91005031
Registro: 444598
Edad: 57 años 5 meses 2 días
Días Hospitalización: 11 días
Telefono: 3133664502
Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO 07/04/2014 09:59:00

Diagnosticos

- K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)
- K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)
- K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

CONTROLES AMBULATORIOS

Tiempo: 15 DIAS
Especialidad: CIRUGIA GENERAL - DR OSCAR CALVO
IPS Primaria: COMUNEROS

CUIDADOS GENERALES

Dieta: NORMAL - SIN GRASA
Herida Quirúrgica:
Ejercicio: TOLERADO POR LA PACIENTE
Manejo del Dolor: ACETAMINOFEM, TRIMEBUTINA + SIMETICONA

CUIDADOS ESPECIALES

INCAPACIDAD

Fecha Inicio: 27 DE MARZO 2014
Fecha Terminación: 16 DE ABRIL 2014

ENTREGA DE DOCUMENTOS

FORMULA MEDICA : SI
INCAPACIDAD: SI
RAYOS X :
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO:
COPIA DESCRIPCION QUIRURGICA:
COPIA EPICRISIS:
OTROS:

CONSULTA URGENCIAS

Consultar x Urgencias si presenta alguno de los siguientes signos
- Dificultad Respiratoria
- Fiebre
- Enrojecimiento, calor, dolor o drenaje de líquido en la herida quirúrgica
- Dolor intenso
- Otros

TRAMITAR ORDENES

EPS : COMUNEROS
Dirección :
Teléfono :

Fanny Carrillo J

CARRILLO JIMENEZ FANNY PAOLA
Especialidad: MEDICINA GENERAL

Medico Tratante: CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO
Especialidad: CIRUGIA GENERAL

462



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/15/19 9:44 Page 35 of 35

Registro Profesional: 3728/2015

Registro Profesional: 215695

Fecha Impresión: 15/07/2019 09:44:30 Impreso por: NARANJO CLAVIJO XIMENA

463



**LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
CONTROL DE CONSULTA EXTERN**

7/15/19 9:45 Page 1 of 2

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 451433

Fecha y Hora Atención: 30/04/2014 07:19:00 a. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 451433

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 57 años 6 meses 5 días

Fecha Hospitalización: 30/04/2014

Dias Hospitalización: 0 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa:

Plan: SALUDCOOP OCTUBRE DE 2012

SALUDCOOP

Diagnosticos

K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

K631 PERFORACION DEL INTESTINO (NO TRAUMATICA)

SUBJETIVO

Paciente con antecedentes de enfermedad diverticular quien viene para control de pop de rafia de colos sigmoideo posterior a perforacion de diverticulo

EXAMEN FISICO

paciente en buenas condiciones generales con signos vitales de ta 166/89, fc 76, so2 96, tª 36.8, fr 18, normocefalo, cuello movil sin adenopatias, torax simetrico, rscsrs sin soplos, murmullo vesicular presente sin sobreagregados, abdomen blando depresible no distendido, con dolor en zona de herida quirurgica, sin signos de inflamacion o irritacion peritoneal, extremidades eutroficas sin edema, sin deficit neurologico

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

No trae

ANALISIS

jose, paciente adulto mayor en pop de rafia de colon sigmoideo, actualmente estable con signos vitales dentro de lo normal, al examen fisico con dolor leve a nivel de area quirurgica, sin signos de inflamacion, se formula manejo del dolor, se solicita valoracion en dos semanas e incapacidad por 1 mes

PLAN

acetaminofen 500 mg, tomar 1 gr cada 8 horas
naproxeno 250mg , una tab cada 8 horas
trimibutina + simeticona una tab cada 8 horas
incapacidad medica
control en 3 semanas
recomendaciones generales y signos vitales

MEDICAMENTOS (FORMULA EXTERNA)

- 101. ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG
Cant.: 15 C 08 Horas ORAL
1 gr cada 8 horas
- 102. NAPROXENO 250 MG TABLETAS
Cant.: 10 C 08 Horas ORAL
1 tab cada 8 horas
- 103. TRIMEBUTINA+SIMETICONA TABLETA (200+120)MG MUVETT S
Cant.: 90 C 08 Horas ORAL
una tab cada 8 horas

ORDENES (ORDEN EXTERNA)

Concepto	Servicio
VALORACION POR ESPECIALISTA	GASTROENTEROLOGIA
	en 3 semanas

464



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
CONTROL DE CONSULTA EXTERN

7/15/19 9:45 Page 2 of 2

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 451433

CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO
Especialidad: CIRUGIA GENERAL
Registro Profesional: 215695

Medico Tratante: CALVO CORREDOR OSCAR FERNANDO
Especialidad: CIRUGIA GENERAL
Registro Profesional: 215695

Fecha Impresión: 15/07/2019 09:45:11 Impreso por: NARANJO CLAVIJO XIMENA

465



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
CONTROL DE CONSULTA EXTERN

7/22/19 18:03 Page 1 of 1

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 758529

Fecha y Hora Atención: 24/09/2016 10:49:00 a. m

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

F. Nacimiento: 25/10/1956

Fecha Hospitalización: 24/09/2016

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Empresa:

NUEVA EPS S.A

Historia Clínica Nro: 91005031

Registro: 758529

Edad: 59 años 10 meses 30 días

Días Hospitalización: 0 días

Telefono: 3133664502

Plan: PROVINCIA - 07

Diagnosticos

M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA

SUBJETIVO

MC: "PROBLEMA EN LA COLUMNA"

EA: PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 8 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN REGION LUMBO-SACRA, CONSTANTE, TIPO PUNZANTE QUE SE IRRADIA A MIEMBRO INFERIOR IZQ, QUE NO SE ATENUA EN NINGUNA POSICION, NO REFIERE AUTOMEDICACION.

ANTECEDENTES

PATOLOGICOS- HTA

FARMACOLOGICOS- LOSARTAN 50MG, HIDROCLOROTIAZIDA 30MG, ASA 50MG

EXAMEN FISICO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CON VESTIMENTA ADECUADA PARA LA OCASION, BIEN HIDRATADO. NORMOCEFALO, SIN MASA NI ADENOPATIAS RSCS SIN SOPLOS NI SOBREGREGADOS, TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIVO, NO SIBILANCIAS NI RONCUS ADB BLANDO DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMAS, CON SENSACION DE HORMIGUE EN REGION PLANTAR IZQ DOLOR LUMBAR

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

DISCOPATIA L4-L5 Y L5-S1 CON CAMBIOS ARTROSICOS APOFISIARIOS. EN L5-S1 HAY FORMACION OSTEOFITICA DISCAL.

ANALISIS

PACIENTE ADULTO MAYOR, CON ANTECEDENTE DE HTA EN TRATAMIENTO, QUIEN ACUDE A CONSULTA POR DOLOR CRONICO EN REGION LUMBO-SACRA EL CUAL YA HA SIDO TRATADO SIN MEJORIA ALGUNA, TRAE ESTUDIO IMAGENOLOGICO QUE NO REPORTA NINGUNA INDICACION PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO POR LO CUAL SE DECIDE REALIZAR BLOQUEO.

PLAN

SS// BLOQUEO EPIDURAL.

ORDENES

(ORDEN EXTERNA)

Concepto

Servicio

PROCEDIMIENTOS QUIRUR INSERCIÓN DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA REALIZAR POR CAUDAL

Dr. Carlos A. Jaimes D.
Ortopedia y Traumatología
Cirujía de Columna
RM 05556 / 06

JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA
Registro Profesional: 05556

Dr. Carlos A. Jaimes D.
Ortopedia y Traumatología
Cirujía de Columna
RM 05556 / 06

Medico Tratante: JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA
Registro Profesional: 05556

466

LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO BUCARAMANGA
INFORME QUIRURGICO Nro: 68801

22/07/2019

Page 1 of 1

Fecha de Cirugía: 15/10/2016
 Paciente: 767384 JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO CC 91005031
 Empresa: NUEVA EPS S.A Plan: PROVINCIA - 07
 Tipo Acceso: UNA SOLA VIA Sala: SALA PROC. ESPECIALES
 Acceso Vascular: No Aplica Femoral Braquial Subclavio Yugular
 Forma Acto qx.:
 Hora Inicio Cirugía: 15/10/2016 07:15:00 Hora Terminación Cirugía: 15/10/2016 08:19:57
 Tipo de Atención: Hospitalaria Ambulatoria Técnica:
 Prioridad: Programado Urgente Lateralidad: Derecha Izquierda No Aplica
 Dx. Prequirúrgico: TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA
 Complicación: SI NO Recuento Compresas Completo? SI NO

Profesionales que Participaron en el Acto Quirúrgico

CIRUJANO JAIMES DURAN CARLOS ANDRES

CUPS	Descripción del Procedimiento y/o Cirugía	UVR/Grupo	Bilat.(S/N)	Pkt
39001	INSERCIÓN DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA	80	No	No

Dx Principal: M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA

Dx Relacionado:

Dx Complicación:

Clasificación Herida Qx: Limpia Limpia Contaminada Contaminada Sucia

Especimen:

Descripción Quirúrgica:

DECUBITP PRONO ASPESIA Y ANTISEPSIA. SE REALIZA CON AYUDA DE INTENSIFICADRO DE IAGENES. UBICACION DE ESPACIO INTERLAMINAR DE L4-L5. SE REALIZ ANESTEISA LOCAL CON LIDOCAINA. SE REALIZA PASO DE PERICAN CON TECNICA DE PERDIDA DE RESISTENCIA. SE REALIZA REALIZA EPIDUROGRAMA CON MEDIO DE CONTRASTE NO IONICO. SE REALIZA INYECCION DE SUSTNACIA MZCAL DE KENACORT CON BUPIVACIAN.A SE REALIZA SIN COMPLICACIONES

Descripción Quirúrgica 2:

DECUBITO PRONO. ASPESIA Y ANTISPESIA. SE RELIZA UBICACION CON INTENSIFICADOR D EIMAGENES DE FACETAS ARTICULARS BILATERAL DE 4L.L5 Y DE L5-S1. SE RELIZA USO DE 4 SPIOCAT 22. SE REALIZA VERICACION CON MEDIO DE CONTRASTE. SE REALIZA INYECCION DE MEZCLA DE ANESTESICA CON CORTICIDE DE DEPOSITO. NO COMPLICACIONES.

Hallazgos:

Dr. Carlos A. Jaimes D.
 Ortopedia y Traumatología
 Cirujano Bucaramanga
 R.M. 05556 / 05

Cirujano: JAIMES DURAN CARLOS ANDRES

Documento: 91519360

Registro Médico: 05556

467



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

7/22/19 18:05 Page 1 of 4

Codigo:	XX
Fecha:	FECHA
Version:	0

Fecha y Hora Atención: 15/10/2016 08:17:00 a. m
Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO
F. Nacimiento: 25/10/1956
Fecha Hospitalización: 15/10/2016
Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE
Empresa: NUEVA EPS S.A
Fecha hora egreso: 15/10/2016 08:31:48

Historia Clínica Nro: 91005031
Registro: 767384
Edad: 59 años 11 meses 21 días
Días Hospitalización: 0 días
Telefono: 3133664502
Plan: PROVINCIA - 07

INGRESO A CIRUGIA 15/10/2016 08:17:00

Diagnosticos

M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA

MOTIVO CONSULTA

DOLOR LUMBAR

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR A NIVEL DE LA REGION LUMBAR, QUE ASISTE DESPUES DE TRATAMIENTO CON TERAPIA FISICA Y MEDIACION SE LE REALIZA UNA RM QUE MUESTRA UNA DISCOPATIA MULTIPLES CON ARTROPATIA FACETARIA POR LO QUE SE DECIDE POR FALLA EN MANEJO MEDICO REALIZAR UN BLOQUEO EPIDURAL.

ANTECEDENTES PERSONALES

-

ANTECEDENTES ALERGICOS

-

GRUPO SANGUINEO

-

EXAMEN FISICO

-

Examen Físico

FRECU/ CARDIACA .00	TENSION ARTERIAL .00	TENSION ARTERIAL .00	FRECU/ RESPIRATORIA .00
SATURACION OXIGENO .00	TEMPERATURA .00	PESO (KG) .00	

ANALISIS

INGRESAR PARA PROCEDIMIENTO.

PLAN

INGRESAR PARA PROCEDIMIENTO

ORDENES

Concepto	Servicio
IMAGENOLOGIA	INTENSIFICADOR DE IMAGEN PARA CIRUGIA. UCI PARA PROCEDIMIENTOS FLUOROSCOPIA

JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA
Registro Profesional: 05556

Medico Tratante: JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA
Registro Profesional: 05556

468



**LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS**

7/22/19 18:05 Page 2 of 4

Codigo:	XX
Fecha:	FECHA
Version:	0

Fecha y Hora Atención: 15/10/2016 08:17:00 a. m
Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO
F. Nacimiento: 25/10/1956
Fecha Hospitalización: 15/10/2016
Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE
Empresa: NUEVA EPS S.A
Fecha hora egreso: 15/10/2016 08:31:48

Historia Clínica Nro: 91005031
Registro: 767384
Edad: 59 años 11 meses 21 días
Días Hospitalización: 0 días
Telefono: 3133664502
Plan: PROVINCIA - 07

EPICRISIS CIRUGIA 15/10/2016 08:19:00

Diagnosticos

- M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA
- M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA

PLAN

SALIDA
CITA CONTROL EN 6 SEMANAS
HIELO LOCAL
ACETAMINFOEN 1 GR CAA 8 HORAS
INCAPCIDAD POR 7 DIAS
EN CASO DE FIEBRE, SANGRADO O DOLOR SEVERO ASISITIRIA URGENCUIAS

PLAN DE EGRESO

-

OTRAS DESCRIPCIONES

-

Conducta Urgencias **Alta de Hospitalizacion**
Estado a la Salida **Vivo**

JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA
Registro Profesional: 05556

Medico Tratante: JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA
Registro Profesional: 05556

469



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

7/22/19 18:05 Page 3 of 4

Codigo:	XX
Fecha:	FECHA
Version:	0

Fecha y Hora Atención: 15/10/2016 08:17:00 a. m
Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO
F. Nacimiento: 25/10/1956
Fecha Hospitalización: 15/10/2016
Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE
Empresa: NUEVA EPS S.A
Fecha hora egreso: 15/10/2016 08:31:48

Historia Clínica Nro: 91005031
Registro: 767384
Edad: 59 años 11 meses 21 días
Días Hospitalización: 0 días
Telefono: 3133664502
Plan: PROVINCIA - 07

PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO 15/10/2016 08:21:00

Diagnosticos

- M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA
- M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA

CONTROLES AMBULATORIOS

Tiempo: 6 SEMANAS
Especialidad: ORTOEPDIA COLUMNA
IPS Primaria: COMUNEROS

CUIDADOS GENERALES

Dieta: SIN RESTRICCIONES
Herida Quirúrgica: HIELO LOCAL
Ejercicio: REPOSO
Manejo del Dolor: -

CUIDADOS ESPECIALES

INCAPACIDAD

7 DIAS

ENTREGA DE DOCUMENTOS

FORMULA MEDICA :
INCAPACIDAD:
RAYOS X :
COPIA DESCRIPCION QUIRURGICA:
COPIA EPICRISIS:
OTROS:

CONSULTA URGENCIAS

Consultar x Urgencias si presenta alguno de los siguientes signos
- Dificultad Respiratoria
- Fiebre
- Enrojecimiento, calor, dolor o drenaje de líquido en la herida quirúrgica
- Dolor intenso
- Otros

TRAMITAR ORDENES

EPS :
Dirección :
Teléfono :

PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION

ENTREGA DE INSTRUCTIVOS

470



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS

7/22/19 18:05 Page 4 of 4

Codigo:	XX
Fecha:	FECHA
Version:	0

JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA
Registro Profesional: 05556

Medico Tratante: JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA
Registro Profesional: 05556

Fecha Impresión: 22/07/2019 18:05:00 Impreso por: NARANJO CLAVIJO XIMENA

4.



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
CONTROL DE CONSULTA EXTERN

7/22/19 18:07 Page 1 of 2

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 802688

Fecha y Hora Atención: 10/01/2017 12:55:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 802688

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 60 años 2 meses 16 días

Fecha Hospitalización: 10/01/2017

Días Hospitalización: 0 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa:

Plan: PROVINCIA - 07

NUEVA EPS S.A

Diagnosticos

I800 FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE VASOS SUPERFICIALES DE LOS MIEMBROS INFERIORES

D212 TUMOR BENIGNO DEL TEJIDO CUNJUNTIVO Y DE OTROS TEJIDOS BLANDOS DEL MIEMBRO INFERIOR, INCLU

SUBJETIVO

- *** MEDICINA INTERNA --- C. EXTERNA

MC: DOLOR Y EDEMA EN PANTORRILLA DERECHA

EA: PACIENTE QUE HACE 7 Y MEDIO AÑOS, SUFRIO CALAMBRE EN PANTORRILLA DERECHA QUE NO RESOLVIO Y REQUIRIO QX X ORTOPEDIA CON RESECCION DEL GEMELO. CONSULTA X CUADRO DE 8 MESES DE DOLOR EN PANTORRILLA DERECHA Y EDEMA. NO ERITEMA, NO REFIERE TRAUMA PREVIO,

EXAMEN FISICO

TA:130/80 FC: 73 FR: 16 T: 37C PESO: 84KG TALLA: 178CM :

SAT O2: 97%

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA, CONCIENTE, ORIENTADA, SIN DISNEA, TOLERA EL DECUBITO.

OJOS: PINR- BOCA: MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN LESIONES

CUELLO: TIROIDES NO PALPABLE.- I. YUGULAR :

C/PULMONAR : RSCRS, VENTILACION PULMONAR NORMAL. SIN AGREGADOS

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO

EXT: NO CIANOSIS DISTAL, NO EDEMAS

NEURO: NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

RX TORAX . DENTRO DEE LIMITES NORMALES (DE MALA CALIDAD, MOVIDA)

ECOGRAFIA DE TEJ BLANDOS CARA MEDIAL PIERNA DERECHA = NOTORIOS CAMBIOS EN LOS TEJIDOS BLANDOS QUE PODRIA RELACIONARSE CON PROCESO INFLAMATORIO, EDEMA QUE LLEGA A COMPROMETER EL PLANO MUSCULAR, ANOTANDO QUE LOS CAMBIOS POST QX COMPROMETEN DICHO PLANO.

ALGUNAS TRIBUTARIAS SUPERFICIALE MUESTRAN TROMBOFLEBITIS CON LEVE MATERIAL ECOGENICO EN SU INTERIOR Y LIMITACIONM PARCIAL DE SU COLAPSABILIDAD.

MULTIPLES LESIONES QUISTICAS UBICADAS EN ELPLANO SUBCUTANEO, ALGUNAS DE ELLAS CON TABIQUES INTERNOS Y CONTENIDO ECOGENICO, DE NATURAKLEZA INDETERMINADA Y NO PRESENTAN FLUJO AL ANALISIS DOPPLER COLOR Y SON DE MENORES DE 3 CM - NO HAY MASAS SOLIDAS EN LOS TEJIDOS BLANDOS,.

RX PIERNA DERECHA: SIN LESIONES OSEAS.

ANALISIS

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE QX Y RESECCION DE GENMELOS PIERNA DERECHA CON CUADRO DE 8 MESES DE DOLOR E INFLAMACION EN DICHA AREA QUE LE DIFICULTA LA MARCHA CON HALLAZGOS ECOGRAFICOS QUE MUESTRAS LESIONES QUISTICAS SUBCUTANEAS Y CAMBIOS INFLAMATORIOS, SIN MASA SOLIDA Y SIN CAMBIOS A NIVEL OSEO. SE SS VAL X ORTOPEDIA Y DUPLEX VENOSO DE MID, CH, CK TOTAL,

PLAN

SS: DOPPLER VENOSO DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO

SS: VALORACION POR ORTOPEDIA

SS.- CH, CK TOTAL,

ORDENES

Concepto

ECOGRAFIAS

LABORATORIO CLINICO

(ORDEN EXTERNA)

Servicio

DUPLEX SCANNING [DOPPLER- ECOGRAFIA] DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES A COLOR

MIEMBRO INFERIOR DERECHO

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RE

473



**LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
CONTROL DE CONSULTA EXTERN**

7/22/19 18:07 Page 2 of 2

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 802688

ORDENES (ORDEN EXTERNA)

Concepto	Servicio
LABORATORIO CLINICO	CREATIN QUINASA TOTAL CK- CPK
VALORACION POR ESPECIALIA	ORTOPEDIA

GARCIA MATEUS JORGE ARTURO
Especialidad: **MEDICINA INTERNA**
Registro Profesional: **6298/86**

Medico Tratante: **GARCIA MATEUS JORGE ARTURO**
Especialidad: **MEDICINA INTERNA**
Registro Profesional: **6298/86**

474



**LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
CONTROL DE CONSULTA EXTERNA**

7/22/19 18:07 Page 1 of 2

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 803687

Fecha y Hora Atención: 11/01/2017 02:30:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 803687

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 60 años 2 meses 17 días

Fecha Hospitalización: 11/01/2017

Dias Hospitalización: 0 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa:

Plan: PROVINCIA - 07

NUEVA EPS S.A

Diagnosticos

M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA

SUBJETIVO

mc: control

ea: paciente con cuadro de dolor a nivel de la región lumbar que se maneja con bloqueo epidural hace aprox 3 meses, me refiere paciente que el dolor se le mejoró por 30 días sin embargo actualmente hay recidiva del mismo. me refiere gran limitación funcional.

ant: -

EXAMEN FISICO

dolor con al flexión del tronco. retracción de espinales.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

rm: estenosis espinal de L4-L5 y discopatía de L5-S1

ANALISIS

paciente con cuadro de discopatía de L4-L5 y de L5-S1 quien el día de hoy asiste a control después de un bloqueo con recidiva de los síntomas, de dolor, con dolor paciente por no mejoría con el tratamiento médico requiere reevaluación de cirugía de descompresión y artrodesis lumbar.

PLAN

sS. ch, tp, tpt, glicemia, bun, creatinina.

ss: val por anestesia.

ss: refusión de columna lumbar lumbar + descompresión forameal

ORDENES

(ORDEN EXTERNA)

Concepto

Servicio

CARDIOLOGIA - PROCEDIM ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

preqx

LABORATORIO CLINICO

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RE

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)

TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)

GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

NITROGENO UREICO (BUN)

CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REFUSION DE COLUMNA LUMBAR VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INJERTO E INSTRUMENTACION (104)

tornillo pediculares + 10 cc de injerto (esponjoso)

VALORACION POR ESPECIALIDAD ANESTESIOLOGIA

preqx

445



**LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
CONTROL DE CONSULTA EXTERN**

7/22/19 18:07 Page 2 of 2

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 803687

Dr. Carlos A. Jaimes D.
Ortopedia y Traumatología
Cirujía de Columna
RM 05556 / 08

JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA
Registro Profesional: 05556

Dr. Carlos A. Jaimes D.
Ortopedia y Traumatología
Cirujía de Columna
RM 05556 / 08

Medico Tratante: JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA
Registro Profesional: 05556

Fecha Impresión: 22/07/2019 18:07:38 Impreso por: NARANJO CLAVIJO XIMENA



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO BUCARAMANGA
CONSULTA PREANESTESICA

22/07/2019 Page 1 of 2

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 807749

Fecha y Hora Atención: 19/01/2017 08:08:00 a. m

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

F. Nacimiento: 25/10/1956

Fecha Hospitalización: 19/01/2017

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Empresa: NUEVA EPS S.A

Historia Clínica Nro: 91005031

Registro: 807749

Edad: 60 años 2 meses 25 días

Días Hospitalización: 0 días

Telefono: 3133664502

Plan: PROVINCIA - 07

Especialidades: Cirujano Tratante:

Procedimiento:

Para garantizar su seguridad, se solicita contestar las siguientes preguntas:

TIENE O HA TENIDO	TIENE O HA TENIDO	TIENE O HA TENIDO		
1. Problemas cardiacos		4. Problemas digestivos		
Presion Arterial Alta: <input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Ulcera: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Dolor Cabeza: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N		
Presion Arterial Baja: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Dolor Estomago: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Desmayos: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N		
Ataque Cardiaco: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Gastritis: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Trastornos Conciencia: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N		
Dolor Pecho: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Diarrea Cronica: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	7. Problemas metabólicos		
Soplos: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Hepatitis: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Diabetes: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Enfermedad Tiroidea: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	
Palpitaciones: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Pancreatitis: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	8. Problemas sanguíneos		
Practica Deporte: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Hernia Hiatal: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Sangrado Excesivo por cortaduras o cepillado: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Anemia: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	
2. Problemas pulmonares		Problemas musculo-esquelético		
Asma: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Artritis: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Transfusión Sangre: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Historia Hemorrágica Familiar: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	
Bronquitis: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Fracturas: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Otros: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	9. Problemas emocionales	
Neumonía: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Dificultad Abrir Boca: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Ansiedad: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Depresión: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Adicción Drogas: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N
Tos: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Limitaciones Mover Articulación: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Embarazada: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N		
Tuberculosis: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Debilidad Muscular: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N			
3. Problemas urinarios		6. Problemas neurológicos		
Infección Urinaria: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Convulsiones: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N			
Calculos: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N	Trauma Craneano: <input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> N			

Comentarios Paciente:

ANTECEDENTES

Numero Anestesia General: Numero Anestesia Regional: Ultima Anestesia:

Complicaciones Anestesia:

Alérgicos:

Farmacológicos:

Hemorrágicos:

Patológicos:

Quirúrgicos:

Tóxicos:

Transfusionales:

Otros:

CAPACIDAD FUNCIONAL:

REVISION POR SISTEMAS

Disnea: S N Grado:

Palpitaciones: S N Ocasionadas por:

Pulmonar Tos: S N Periodicidad Tos:

Otros Sintomas: Ronca: S N

476



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO BUCARAMANGA
CONSULTA PREANESTESICA

22/07/2019 Page 2 of 2

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 807749

EXAMEN FÍSICO

FC: SaO2: Talla: Peso: IMC: Mallampati: 1 2 3 4

Cabeza: **NORMAL**

Distancia Mentoniana: > 6 cm < 4 cm Riesgo Vía Aérea: 1 2 3 4 NYHA: I II III IV

Flexo Extension Cervical: Normal Limitada

Cuello: **DMT <6, AO>4**

Cf:

Tórax: **NORMAL**

Corazón:

Ruidos Cardiacos: Rítmicos Arrítmicos Tensión Diast: Tensión Sist: Tensión Media: Soplos: S N

Característica del Sopro:

Auscultación Pulmonar: Normal Anormal Comentario:

Neurológico: **SIN DEFICIT**

Abdomen: **NORMAL**

Extremidades: **NORMAL**

Otros Hallazgos:

EXÁMENES DE LABORATORIO

	Resultado
Grupo Sanguineo:	
Hb:	14.5
Hematocrito:	45.5
Creatinina:	0.93
Nitrógeno Ureico:	16.2
Glicemia:	85
Albúmina:	
Plaquetas:	259
Tp:	14
Tpt:	24.2
Inr:	1.08

EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

Electrocardiograma:	RITMO SINUSAL EXTRASISTOLES OCASIONALES	Fecha:	18/01/2017
Rx Torax:		Fecha:	00/00/0000
Otros Estudios:		Fecha:	12/01/2017
Diagnósticos:	1. CANAL LUMBAR ESTRECHO 2. HTA 3. CONSUMO CRONICO DE ASA		
Clasificación Asa:			
Recomendaciones:	1. PROGRAMAR 2. AYUNO DE 8 HORAS 3. SUSPENDER ASA 8-10 DIAS ANTES DE CX 4. FIRMA CONSENTIMIENTO		

Observaciones:

Johanna Pabon

PATIÑO PABON JOHANNA

Especialidad: ANESTESIOLOGIA

Registro Profesional: 06422005

4A7

478



**LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
CONTROL DE CONSULTA EXTERNA**

7/22/19 18:09 Page 1 of 1

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 817022

Fecha y Hora Atención: 07/02/2017 02:40:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 817022

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 60 años 3 meses 13 días

Fecha Hospitalización: 07/02/2017

Días Hospitalización: 0 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa:

Plan: PROVINCIA - 07

NUEVA EPS S.A

Diagnosticos

M796 DOLOR EN MIEMBRO

SUBJETIVO

DOLOR

DOLOR PIERNA DERECHA , DOLOR ASPCTO POSTERIOR
AP CIRUGIA NO ESPECIFICADA EN PIERNA DERECHA ABIORDAJE POSTERIOR HACE 10 AÑOS

EXAMEN FISICO

RIDA QCA LIMPIA , NO DOLOR MOVILIDAD TIOBILLO O RODILLA
MNO SE PALPA MASAS

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

DOPPLER VENOSO MID INTERPRETADO COM NORMAL

ANALISIS

SS RX DE PIERNA
SS EMG DE MID

PLAN

CONTROL 2 MESE

ORDENES

(ORDEN EXTERNA)

Concepto

Servicio

IMAGENOLOGIA

RADIOGRAFIA DE PIERNA AP Y LATERAL
DERECHA

MEDICINA FISICA

ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)
MIEMBRO INFERIOR DERECHO
NEUROCONDUCCION POR CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS NERVIOS)
MEMBRO INFERIOR DERECHO

VALORACION POR ESPECIALIDAD ORTOPEdia
2 MESES

Luis Raul Amador T.

AMADOR TORRES LUIS RAUL

**Especialidad: ORTOPEdia Y
TRAUMATOLOGIA**

Registro Profesional: 06177

Luis Raul Amador T.

Medico Tratante: AMADOR TORRES LUIS RAUL

Especialidad: ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 06177



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA

IDENTIFICACIÓN

Nombre del Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO DOCUMENTO No: 91005031

Autorizo al(los) anesthesiologo de LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO BUCARAMANGA , a realizar el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica

REFUSION DE COLUMNA SACRA VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INJERTO E INSTRUMENTACION (104)

He sido valorado(a) en Consulta Preanestésica por el (la) Doctor(a): PATIÑO PABON JOHANNA quien forma parte del grupo de anesthesiologos de la Institución.

1. He recibido por parte del (la) Doctor(a): la información sobre el procedimiento, ventajas, complicaciones, molestias, riesgos y posibles alternativas de anestesia. Igualmente, se me ha dado la oportunidad de realizar preguntas, las cuales han sido respondidas en forma satisfactoria.

2. He sido informada por el anesthesiologo, de la posibilidad que durante el acto quirúrgico puedan presentarse situaciones imprevistas o procedimientos adicionales, por lo que autorizo la realización de estos, si el anesthesiologo así lo considera.

3. Reconozco que a pesar de todos los cuidados y de contar con los equipos requeridos, se pueden presentar algunos inconvenientes tales como: dolor de cabeza, mareo, nauseas, vómito, inflamación del sitio de la venopunción, dolor de garganta, lesiones en la piel, en los dientes, en las mucosas, debido a la posición requerida para realizar el procedimiento quirúrgico, además de otras complicaciones como consecuencia de mis patologías previas, tratamientos actuales y la intervención que se me va a realizar. Las complicaciones más comunes son:

- CAER O PUE ENJUNTES
- REACCIONES A MEDICAMENTOS.

4. Estoy consciente de que puedo requerir de tratamientos complementarios que aumenten mi estancia hospitalaria, con el incremento consecuente de los costos.

5. En virtud de estar aclaradas todas mis dudas, certifico que he leído y comprendido perfectamente todo lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados completamente antes de mi firma, además expreso que me encuentro en capacidad para expresar mis opiniones y reconozco que conozco la posibilidad que tengo de renunciar a la realización del procedimiento.

6. En virtud de lo anterior, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me suministre la anestesia requerida de acuerdo a mi estado de salud y al procedimiento quirúrgico a realizar.

7. Observaciones:

DECLARACIONES Y FIRMAS

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO
C.C. 91005031

TESTIGO (NOMBRE Y FIRMA)
C.C.

JOHANNA PABON

[Signature]

NOMBRE Y FIRMA MD. ANESTESIOLOGO DE CONSULTA
PATIÑO PABON JOHANNA
Registro médico 06422005

NOMBRE Y FIRMA MD. ANESTESIOLOGO EN SALA

Fecha de diligenciamiento: Día: 22 Mes: 05 Año: 2017

Para el caso de un menor de 18 años, deben firmar las personas que tengan la custodia



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Código:FR0418
Versión: 01
Fecha: 05/01/2015
Página 1 de 1

Código de ética médica. Ley 23 de 1981. Código de ética médica, Decreto 3380 de 1981. Resolución 7011 del 30 de Junio de 1982 Artículo 34

IDENTIFICACIÓN:

- 1- NOMBRE DEL PACIENTE : Josepina JARAMILLO A. IDENTIFICACIÓN: 91005031
- 2- NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR: DESCOMPRESION ESPINAL L4 L5-S1

DECLARACIÓN DEL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL:

- 1- Declaro que he recibido explicación suficiente y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del procedimiento: DESCOMPRESION ESPINAL LIBERAR LOS NERVIOS DE LA MEDULA. que consiste en _____
- 2- Declaro que he tenido oportunidad de preguntar y aclarar las dudas respecto de los posibles riesgos y complicaciones propios del procedimiento y las complicaciones propias de mi condición de salud: DOLOR IGUAL INYECCION.
- 3- Declaro que me fue explicada, la posibilidad de que en el momento operatorio surja la necesidad de realizar otro procedimiento que el médico tratante considera adecuado para mejorar mi estado de salud.
- 4- Soy consciente de que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar los mejores resultados con el objetivo de mejorar el problema por el cual consulté.
- 5- **Doy mi consentimiento** voluntario para que el Doctor: Carlos Torres me efectúe el procedimiento indicado y los procedimientos complementarios que a su juicio sean necesarios o convenientes según los hallazgos durante la realización del mismo.
- 6- En cualquier caso, deseo que me respeten las siguientes condiciones : _____

(Si no hay condiciones escribese ninguna. Si no se aceptan algunos de los otros puntos, haga su respectiva anotación.)

DECLARACIONES Y FIRMAS:

[Firma] NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO
 C.C. 91005031 C.C. _____

[Firma] NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE REGISTRO: _____
Control de
Monitoreo

Fecha de diligenciamiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Para el caso de un menor de 18 años, deben firmar las personas que tengan la custodia.

Elaboró: Sonia Solano, Asesora de Gestión de Quirófanos; Lina Clemencia Guerrero González, Coordinadora de Procedimientos Quirúrgicos	Revisó: Juan Daniel Rodríguez, Coordinador Médico de Cirugía	Aprobó: María Ligia Pulido Lemus, Coordinadora de Gestión de Calidad	Estado: V
---	--	--	-----------

481

LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO BUCARAMANGA
INFORME QUIRURGICO Nro: 77101

22/07/2019

Page 1 of 1

Fecha de Cirugía: 22/05/2017
 Paciente: 869725 JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO CC 91005031
 Empresa: NUEVA EPS S.A Plan: PROVINCIA - 07
 Tipo Acceso: IGUAL VIA Sala: SALA DE CIRUGIA # 1
 Acceso Vascular: No Aplica Femoral Braquial Subclavio Yugular
 Forma Acto qx.:
 Hora Inicio Cirugía: 22/05/2017 10:00:00 Hora Terminación Cirugía: 22/05/2017 13:20:02
 Tipo de Atención: Hospitalaria Ambulatoria Técnica:
 Prioridad: Programado Urgente Lateralidad: Derecha Izquierda No Aplica
 Dx. Prequirúrgico: TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA
 Complicación: SI NO Recuento Compresas Completo? SI NO

Profesionales que Participaron en el Acto Quirúrgico

ANESTESIOLOGO CASAS SANCHEZ CARLOS ARTURO
 CIRUJANO JAIMES DURAN CARLOS ANDRES

CUPS	Descripción del Procedimiento y/o Cirugía	UVR/Grupo	Bilat.(S/N)	Pkt
810924	REFUSION DE COLUMNA LUMBAR VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INJERTO E INSTRUMENTACION (104)	345	No	No
Dx Principal:	M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA			
Dx Relacionado:				
Dx Complicación:				
30202	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES POR HEMILAMINECTOMIA	305	No	No
Dx Principal:	M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA			
Dx Relacionado:				
Dx Complicación:				
Clasificación Herida Qx:	<input checked="" type="radio"/> Limpia <input type="radio"/> Limpia Contaminada <input type="radio"/> Contaminada <input type="radio"/> Sucia			
Especimen:				

Descripción Quirúrgica:

bajo anestesia geeneral.es decubito prono. aspeisa y antispeisa. se realzia baordaje sobre liena media lumabr. se realzia diseccion por planos. se realiza abordaje muslcualr hasta borde lateral de facetas. se realzia uvibicacionde formanenes izq y derechos. se realzia facetectomai emdial y lateral- se realiza lberacion radiculair y del canal por hemilaminectomia. se realzia colocacion de 2 tornillos en l4 y 2 tornillos de l5.- se realzia verifgicacion con intensificador de imagenes. se realiza coclaociens de 2 barras y 4 tornillo de bloque. se realzia colloaciones de aloinjerto 10 cc para lograr la artrodesis. se realiza cierre por planos. no compliaciones.

Descripción Quirúrgica 2:

Hallazgos:

Dr. Carlos A. Jaimés D.
 Ortopedia y Traumatología
 Cirujano de Columna
 R.M. 05556 / 06

Cirujano: JAIMES DURAN CARLOS ANDRES

Documento: 91519360

Registro Médico: 05556

482



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/22/19 18:10 Page 1 of 10

Fecha y Hora Atención: 22/05/2017 11:15:00 a. m
Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO
F. Nacimiento: 25/10/1956
Fecha Hospitalización: 22/05/2017
Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE
Empresa: NUEVA EPS S.A
Fecha hora egreso: 24/05/2017 15:16:22

Historia Clínica Nro: 91005031
Registro: 869725
Edad: 60 años 6 meses 28 días
Días Hospitalización: 2 días
Telefono: 3133664502
Plan: PROVINCIA - 07

INGRESO A CIRUGIA 22/05/2017 11:15:00

Diagnosticos

M519 TRASTORNOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, NO ESPECIFICADO

MOTIVO CONSULTA

PROGRAMADA PARA REFUSION DE COLUMNA LUMBAR LUMNAR + DESCOMPRESION FORMAINAL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON CLINICA DE DOLOR LUMBAR MANEJADO CON ANTERIORIDAD CON BLOQUEO EPIDURAL HACE 3 MESES APROX. , PACIENTE REFIERE RECIDIVA CLINICA CON LIMITACION FUNCIONAL ASOCIADA RNM QUE EVIDENCIA ESTENOSIS ESPINAL L4-L5 Y DISCOPATIA L5-S1

ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLOGICOS: HTA
QX: PIE DERECHO - ARTROSCOPIA HOMBRO DERECHO - LAPAROTOMIA
FARMACOLOGICOS: LOSARTAN - HCTZ - ASA

ANTECEDENTES ALERGICOS

BINOTAL - AMPICILINA

GRUPO SANGUINEO

-

EXAMEN FISICO

BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL, RSCRS, RSRS SIN AGREGADOS, NO DOLOR ABDOMINAL, ADECUADA PERFUSION DISTAL

Examen Físico

FRECU/ CARDIACA 70.00	TENSION ARTERIAL 132.00	TENSION ARTERIAL 80.00	FRECU/ RESPIRATORIA 18.00
SATURACION OXIGENADA 97.00	TEMPERATURA 36.00	PESO (KG) 70.00	

ANALISIS

PACIENTE CON DISCOPATIA LUMBAR L4-L5 L5-S1 PROGRAMADA PARA REFUSION DE COLUMNA LUMBAR LUMNAR + DESCOMPRESION FORMAINAL

PLAN

SE TRASLADA A SALA DE CIRUGIA

BUSTOS GUERRERO ADA MERCEDES
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 1127660787

Medico Tratante: BUSTOS GUERRERO ADA MERCEDES
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 1127660787

483



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/22/19 18:10 Page 2 of 10

Fecha y Hora Atención: 22/05/2017 11:15:00 a. m
Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO
F. Nacimiento: 25/10/1956
Fecha Hospitalización: 22/05/2017
Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE
Empresa: NUEVA EPS S.A
Fecha hora egreso: 24/05/2017 15:16:22

Historia Clínica Nro: 91005031
Registro: 869725
Edad: 60 años 6 meses 28 días
Días Hospitalización: 2 días
Telefono: 3133664502
Plan: PROVINCIA - 07

NOTA MEDICA 22/05/2017 13:16:00

Diagnosticos

M519 TRASTORNOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, NO ESPECIFICADO

NOTA MEDICA

idx: estenosis forminal de l4l5
proceD: artrodesis y descompresion
cx. dr jaimes
anestesia general dr casa
no complicaciones
sangrado 300 cc

ANALISIS

nvo por 6 horas luego dieta corriente
dirpirona 2.5 gr cada 8 horas
tramadol 50 cada 8 horas
acetaminofen 1 gr cada 8 horas
ss:rx pa y laterla de columna lumbar
puede movilizarse sin restricciones

MEDICAMENTOS

- 101. TRAMADOL 50 MG/ML SOL.INY.AMPOLLA 1ML
Cant.: 3 50 Miligramos C 08 Horas INTAVENO
- 102. DIPIRONA SODICA SOL INY 2.5G/ 5 ML
Cant.: 3 1 Unidad C 08 Horas INTAVENO
- 103. ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG
Cant.: 6 500 Miligramos C 08 Horas ORAL

ORDENES

Concepto	Servicio
IMAGENOLOGIA	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA ap y lateral

Dr. Carlos A. Jaimes D.
Ortopedia y Traumatología
Cirurgia de Columna
RM 08556 / 08

JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA

Dr. Carlos A. Jaimes D.
Ortopedia y Traumatología
Cirurgia de Columna
RM 08556 / 08

Medico Tratante: JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/22/19 18:10 Page 3 of 10

Registro Profesional: 05556

Registro Profesional: 05556

Fecha y Hora Atención: 22/05/2017 11:15:00 a. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 869725

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 60 años 6 meses 28 días

Fecha Hospitalización: 22/05/2017

Días Hospitalización: 2 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: NUEVA EPS S.A

Plan: PROVINCIA - 07

Fecha hora egreso: 24/05/2017 15:16:22

ANESTESIA - NOTA SALAS 22/05/2017 13:37:00

MANEJO PREOPERATORIO

DX: TRASTORNO DISCO LUMBAR. HTA EN TTO
PACIENTE QUIEN REQUIERE PROCEDIMIENTO: REFUSION COLUMNA LUMBAR.

VALORADO EN CONSULTA PREANESTESIA, SE REINTERROGA EN TRANSFER: REFIERE ALERGIA A AMPICILINA, MANIFIESTA AYUNO MAYOR DE 8 HORAS. SE OBTUVO CONSENTIMIENTO.

MANEJO TRANSOPERATORIO

LISTA DE CHEQUEO CON VISTO BUENO CIRUJANO, INSTRUMENTADORA, ENFERMERIA Y ANESTESIA. MONITOREO BASICO MAS CLINICO. PROTECCION OCULAR, DE PLEXOS, SITIOS DE APOYO, INDUCCION IV CON PROPOFOL 150 MG + REMIFENTANILO POR TCI, RM CON ROCURONIO 50 MGS, MANEJO DE VIA AEREA CON TOT 7,5 ANILLADO NEUMOTAPONADOR 5 CC, SE FIJA CON MICROPOR Y SE INICIA VENTILACION MECANICA MODALIDAD SIMV POR VOLUMEN.

MANTENIMIENTO ANESTESICO REMIFENTANIL INFUSION CONTINUA TCI 4-5 SEVOFLURANO 2-3%.
ANALGESIA INTRAOPERATORIA DAPIRONA 2,5 GS + DICLOFENAC 75 MG + MORFINA Y ANTIEMESIS CON HALOPERIDOL 1 MGS + DEXAMETASONA 8 MG.
TERMINA PROCEDIMIENTO SE TRASLADA A UCPA, SE DESPIERTA PCTE, SE LE RETIRA TOT CON PATRON RESPIRATORIO ESPONTANEO, NORMAL.

RECUPERACION

SE TRASLADA A RECUPERACION, CON VENTILACION ESPONTANEA, O2 POR VENTURY.
MONITORIA: SPAO2
SE PASARA A HOSPITALIZACION CON ALDRETE DE 10/10

COMPLICACIONES / PROCEDIMIENTO

NO

CASAS SANCHEZ CARLOS ARTURO
Especialidad: ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
Registro Profesional: 9929-88

Medico Tratante: **CASAS SANCHEZ CARLOS ARTURO**
Especialidad: ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
Registro Profesional: 9929-88

485



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/22/19 18:10 Page 4 of 10

Fecha y Hora Atención: 22/05/2017 11:15:00 a. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 869725

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 60 años 6 meses 28 días

Fecha Hospitalización: 22/05/2017

Días Hospitalización: 2 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: NUEVA EPS S.A

Plan: PROVINCIA - 07

Fecha hora egreso: 24/05/2017 15:16:22

NOTA EVOLUCION DIARIA 23/05/2017 12:37:00

Diagnosticos

M519 TRASTORNOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO ACTUAL

MEDICINA GENERAL
IDx

1. POP INMEDIATO DE ARTRODESIS Y DESCOMPRESIÓN POR ESTENOSIS FORAMINAL DE L4-L5 (23.05.17)

SUBJETIVO

SIN ACOMPAÑANTE EN EL MOMENTO,
REFIERE HABER PASADO BUENA NOCHE CON DOLOR MODULADO,
NO NÁUSEAS NI EMESIS TOLERANDO LA VÍA ORAL.
DIURESIS (+)

EXAMEN FISICO

ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL
TA 104/64 mmHg PAM 71 mmHg FC 74 lpm FR 20 rpm T 36.6°C SaTO2 93%.
C/C: ISOCORIA NORMORREACTIVA A LA LUZ, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA.
CUELLO SIMÉTRICO, MÓVIL, NO IMPRESIONAN ADENOMEGALIAS
C/P: EXPANSIÓN TORÁCICA SIMÉTRICA; RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, NO IMPRESIONAN SOPLOS. RESPIRACIÓN
ESPONTÁNEA, PULMONES CLAROS NORMOVENTILADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO IMPRESIONAN
AGREGADOS NI SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
ABD/: RUIDOS INTESTINALES PRESENTES; ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN.
EXT/: EUTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, NO EDEMA. LLENADO CAPILAR < 3 SEGUNDOS.
NEU/: ALERTA, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, NO IMPRESIONA DÉFICIT MOTOR/SENSITIVO NI SIGNOS DE
FOCALIZACIÓN.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

NO HAY

RIESGOS IDENTIFICADOS

CAÍDAS
INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD
TVP
FLEBITIS
DELIRIUM

ANALISIS

PACIENTE ADULTO MAYOR CON DX DE ESTENOSIS FORAMINAL DE L4-L5 PROGRAMADO PARA ARTRODESIS Y
DESCOMPRESIÓN, PROCEDIMIENTO LLEVADO A CABO EL DÍA DE AYER SIN COMPLICACIONES; ACTUALMENTE PACIENTE
EN POP INMEDIATO CON EVOLUCIÓN CLÍNICA SATISFACTORIA, MODULANDO DOLOR ADECUADAMENTE, ALERTA, AFEBRIL,
TOLERANDO LA VÍA ORAL.

PLAN

DIETA LÍQUIDA
DIPIRONA 2.5 GR IV C/6 HORAS
TRAMADOL 50 MG IV C/8 HORAS
ACETAMINOFEN 1 GR VO C/8 HORAS
MOVILIZACIÓN Y DEAMBULACIÓN
MANEJO A CARGO DE CIRUGÍA DE COLUMNA
CSV-AC

486



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/22/19 18:10 Page 5 of 10

MEDIDAS DE SEGURIDAD

BARANDAS ARRIBA
LAVADO DE MANOS
ACOMPAÑANTE PERMANENTE

NECESIDADES EDUCATIVAS

DE LA ENFERMEDAD
DEL TRATAMIENTO

NECESIDADES DE APOYO

LÚDICA SI LAS DESEA
ESPIRITUAL SI LO DESEA

MEDICAMENTOS

- 101. DAPIRONA SODICA SOL INY 2.5G/ 5 ML
Cant.: 4 C 06 Horas INTAVENO
- 102. TRAMADOL 50 MG/ML SOL.INY.AMPOLLA 1ML
Cant.: 3 C 08 Horas INTAVENO
- 103. ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG
Cant.: 6 C 08 Horas ORAL

ORDENES

Concepto	Servicio
SUMINISTROS Y/O MATERI	TOALLA ANTISEPTICA (ISOPAÑIN)
	JERINGA DESECHABLE X 3 ML C.A.
	JERINGA DESECHABLE X 5 ML C.A

GARCIA GUEVARA SILVIA JULIANA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 16408/2013

Medico Tratante: GARCIA GUEVARA SILVIA JULIANA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Registro Profesional: 16408/2013

487



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/22/19 18:10 Page 6 of 10

Fecha y Hora Atención: 22/05/2017 11:15:00 a. m
Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO
F. Nacimiento: 25/10/1956
Fecha Hospitalización: 22/05/2017
Direccion: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE
Empresa: NUEVA EPS S.A
Fecha hora egreso: 24/05/2017 15:16:22

Historia Clínica Nro: 91005031
Registro: 869725
Edad: 60 años 6 meses 28 dias
Dias Hospitalización: 2 dias
Telefono: 3133664502
Plan: PROVINCIA - 07

NOTA EVOLUCION DIARIA 23/05/2017 13:31:00

Diagnosticos

M519 TRASTORNOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO ACTUAL

pop de artrodies lumabr de l4-5l

SUBJETIVO

paciente me riefere sneitrse bien. dolor en sitio qx, ya se levanto no dolor radicular. fuerza sin alteraiocnes

EXAMEN FISICO

herida con sangrado escaso. no hay fiebre. fuerza sin alteraciones. no hay deficit neurologico de las extremidades.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

rx: adecuada fijacion

RIESGOS IDENTIFICADOS

-

ANALISIS

paciente en pop de artrodesis lumbar en el momento con aducuada evolucion pop, consdiero en el momento dejar manejo analgesico sin cambios. se explica a el paciente queu debe deambular.

PLAN

dieta corriente
dipirona cada 8 horas 2.5 gr
resto igual
debe levantarse a caminar.
salida mañana

MEDIDAS DE SEGURIDAD

-

NECESIDADES EDUCATIVAS

-

NECESIDADES DE APOYO

-

Dr. Carlos A. Jaimes D.
Ortopedia y Traumatología
Cirujía de Columna
RM 05556 / 08

JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA
Registro Profesional: 05556

Dr. Carlos A. Jaimes D.
Ortopedia y Traumatología
Cirujía de Columna
RM 05556 / 08

Medico Tratante: JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA
Registro Profesional: 05556

488



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/22/19 18:10 Page 7 of 10

Fecha y Hora Atención: 22/05/2017 11:15:00 a. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 869725

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 60 años 6 meses 28 días

Fecha Hospitalización: 22/05/2017

Días Hospitalización: 2 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: NUEVA EPS S.A

Plan: PROVINCIA - 07

Fecha hora egreso: 24/05/2017 15:16:22

NOTA EVOLUCION DIARIA 24/05/2017 13:31:00

Diagnosticos

M519 TRASTORNOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO ACTUAL

pop de artrodesis lumbar

SUBJETIVO

paciente me refiere sneitrse vbién herida qx con sangrado. dolor en sitio qx. no dolor raidcualr . fuerza sin alteraciones.

EXAMEN FISICO

heirda con sangrado escaso. fuerza sin deficit. herida sin alteraicones. no deficit neurogico de las extremidades.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

-

RIESGOS IDENTIFICADOS

-

ANALISIS

paciente en popd e artrodeis lumabr, en el momento con adecuado contorl del dolor,. cosndieor puede egresar de la intitucion.

PLAN

salida
cita cotnrole n 1 mes
hielo local
en caso de fiebre, sangrado o dolor severo asistir a urgencias.
tramadol 10 gtoas voc ada 8 horas
acetaminfoen1 gr cad a8 horas
diclofenac 50 mg cada 8 horas x 5 días
incpacidad por 30 días.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

-

NECESIDADES EDUCATIVAS

-

NECESIDADES DE APOYO

-

MEDICAMENTOS (FORMULA EXTERNA)

101. DICLOFENACO SODICO TABLETA 50MG
Cant.: 20 50 Miligramos C 08 Horas ORAL



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/22/19 18:10 Page 8 of 10

MEDICAMENTOS (FORMULA EXTERNA)

- 102. ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG
Cant.: 30 500 Miligramos C 08 Horas ORAL
- 103. TRAMADOL 100 MG/ML SOL ORAL FCO X 10 ML. GOTAS
Cant.: 3 10 Gotas C 08 Horas ORAL

ORDENES (ORDEN EXTERNA)

Concepto	Servicio
VALORACION POR ESPECIALIDAD	CIRUGIA DE COLUMNA
	1 mes

Dr. Carlos A. Jaimes D.
Ortopedia y Traumatología
Cirugía de Columna
RM 05556 / 08

Dr. Carlos A. Jaimes D.
Ortopedia y Traumatología
Cirugía de Columna
RM 05556 / 08

JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA
Registro Profesional: 05556

Medico Tratante: JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA
Registro Profesional: 05556

Fecha y Hora Atención: 22/05/2017 11:15:00 a. m
Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO
F. Nacimiento: 25/10/1956
Fecha Hospitalización: 22/05/2017
Direccion: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE
Empresa: NUEVA EPS S.A
Fecha hora egreso: 24/05/2017 15:16:22

Historia Clínica Nro: 91005031
Registro: 869725
Edad: 60 años 6 meses 28 dias
Dias Hospitalización: 2 dias
Telefono: 3133664502
Plan: PROVINCIA - 07

EPICRISIS HOSPITALIZACION 24/05/2017 13:35:00

Diagnosticos

- M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA
- M519 TRASTORNOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, NO ESPECIFICADO

PLAN

salida
cita cotnrole n 1 mes
hielo local
en caso de fiebre, sangrado o dolor severo asistir a urgencias.
tramadol 10 gtoas voc ada 8 horas
acetaminfoen1 gr cad a8 horas
diclofenac 50 mg cada 8 horas x 5 dias
incpacidad por 30 dias.

Conducta Urgencias	Alta de Hospitalizacion
Estado a la Salida	Vivo

Dr. Carlos A. Jaimes D.
Ortopedia y Traumatología
Cirugía de Columna
RM 05556 / 08

Dr. Carlos A. Jaimes D.
Ortopedia y Traumatología
Cirugía de Columna
RM 05556 / 08

JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA
Registro Profesional: 05556

Medico Tratante: JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA
Registro Profesional: 05556

490



**LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS**

7/22/19 18:10 Page 9 of 10

Fecha y Hora Atención: 22/05/2017 11:15:00 a. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 869725

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 60 años 6 meses 28 dias

Fecha Hospitalización: 22/05/2017

Días Hospitalización: 2 dias

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: NUEVA EPS S.A

Plan: PROVINCIA - 07

Fecha hora egreso: 24/05/2017 15:16:22

PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO 24/05/2017 13:36:00

Diagnosticos

- M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA
- M519 TRASTORNOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, NO ESPECIFICADO

CONTROLES AMBULATORIOS

Tiempo: 1 mes
Especialidad: cx de columna
IPS Primaria: comuneros

CUIDADOS GENERALES

Dieta: sin restricciones
Herida Quirúrgica: hielo local
Ejercicio: reposo
Manejo del Dolor: acetaminofen + tramadol + diclofnac

CUIDADOS ESPECIALES

salida
cita control en 1 mes
hielo local
en caso de fiebre, sangrado o dolor severo asistir a urgencias.
tramadol 10 gtoas v.o. cada 8 horas
acetaminofen 1 gr cada 8 horas
diclofenac 50 mg cada 8 horas x 5 dias
incapacidad por 30 dias.

INCAPACIDAD

30 dias

ENTREGA DE DOCUMENTOS

FORMULA MEDICA :
INCAPACIDAD:
RAYOS X :
COPIA DESCRIPCION QUIRURGICA:
COPIA EPICRISIS:
OTROS:

CONSULTA URGENCIAS

Consultar x Urgencias si presenta alguno de los siguientes signos
- Dificultad Respiratoria
- Fiebre
- Enrojecimiento, calor, dolor o drenaje de líquido en la herida quirúrgica
- Dolor intenso
- Otros

TRAMITAR ORDENES

EPS :
Dirección :
Teléfono :

PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION

ENTREGA DE INSTRUCTIVOS

491



LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA S.A.
IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/22/19 18:10 Page 10 of 10

Dr. Carlos A. Jaimes D.
Ortopedia y Traumatología
Cirugía de Columna
RM 05556 / 08

JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA
Registro Profesional: 05556

Dr. Carlos A. Jaimes D.
Ortopedia y Traumatología
Cirugía de Columna
RM 05556 / 08

Medico Tratante: JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA
Registro Profesional: 05556



**CONSORCIO COMUNEROS
CONTROL DE CONSULTA EXTERN**

492

7/22/19 18:11 Page 1 of 1

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 893113

Fecha y Hora Atención: 04/07/2017 03:21:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 893113

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 60 años 8 meses 10 días

Fecha Hospitalización: 04/07/2017

Dias Hospitalización: 0 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa:

Plan: NUEVA EPS 2017 PROVINCIA - 32

NUEVA EPS S.A

Diagnosticos

M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA

SUBJETIVO

control

ea. paciente oepraad de columna hace 46 dia, en el momento me reifere dolor alrededor de la herida. me riefere mejoría completa de los sintoam de dolor previos. no hay deficit neurolgocio de als extremidades. ant. -

EXAMEN FISICO

dolor con la flexion . herida en buenas codncioens generale.s no hay deficit neuergico de las extremidades.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

-

ANALISIS

paciente en pop de artrodosis de columna lumbar, en el momento considero incapacidad por 30 dias y control en 1 mes con rx.

PLAN

incapacidad de 30 dias
ss: rx ap y lateral de columna lumbar
cicontrol en 1 mes

ORDENES

(ORDEN EXTERNA)

Concepto

Servicio

IMAGENOLOGIA

RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA
ap y lateral

VALORACION POR ESPECIALIDAD

CIRUGIA DE COLUMNA
1 mes

Discapacidad

Sin discapacidad

Conducta

Alta Hospitalizacion

Estado a la Salida

Vivo

Dr. Carlos A. Jaimes D.
Ortopedia y Traumatología
Cirurgía de Columna
RM 05556 / 08

Dr. Carlos A. Jaimes D.
Ortopedia y Traumatología
Cirurgía de Columna
RM 05556 / 08

JAIMES DURAN CARLOS ANDRES

Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA

Registro Profesional: 05556

Medico Tratante: JAIMES DURAN CARLOS ANDRES

Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA

Registro Profesional: 05556



Consorcio Comuneros

CONSORCIO COMUNEROS CONTROL DE CONSULTA EXTERN

7/22/19 18:11 Page 1 of 2

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 908796

Fecha y Hora Atención: 01/08/2017 08:07:00 a. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 908796

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 60 años 9 meses 7 días

Fecha Hospitalización: 01/08/2017

Días Hospitalización: 0 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa:

Plan: NUEVA EPS 2017 PROVINCIA - 32

NUEVA EPS S.A

Diagnosticos

D162 TUMOR BENIGNO DE LOS HUESOS LARGOS DEL MIEMBRO INFERIOR
masa en la pierna derecha

SUBJETIVO

edad 61 años
ocupacion: conductor

dolor en la pierna
paciente con antecedente de reseccion masa en la pierna no es clara con abordaje posterior hace 10 años- actualmente con dolor en la pierna desde hace 4 años asociado edema.
ademas refiere dolor en el hombro derecho

antecedentes reparacion de manguito rotador derecho

EXAMEN FISICO

pierna derecha cicatriz en cara posterior se palpa coleccion no signos de tvp llenado capilar conservado dorsiflexion presente

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

emg con velocidad neuroconduccion negativo
eco tejidos blandos: multiples coleccion pequeñas compatibles con hematomas organizados.
estudio negativo para tvp

ANALISIS

paciente con antecedente reseccion de masa y gemelo en pierna derecho, por progresion del dolor y hallazgos al examen fisico ss rmn de pierna

PLAN

cita por ortopedia
rmn de pierna derecha
se explica a paciente la condicion clinica.

ORDENES

(ORDEN EXTERNA)

Concepto

Servicio

IMAGENOLOGIA

RADIOGRAFIA DE HOMBRO
d

RESONANCIA MAGNETICA

RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR
(PELVIS-RODILLA-PIE CUELLO PIE
rmn de pierna derecha s

TERAPIAS Y/O NEBULIZAC:

TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD (198) (295)
hombro

VALORACION POR ESPECIALISTA

ORTOPEDIA
2 m

493

494



Consorcio Comineros

**CONSORCIO COMUNEROS
CONTROL DE CONSULTA EXTERN**

7/22/19 18:11 Page 2 of 2

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 908796

Discapacidad	Sin discapacidad
Conducta	En Consulta
Estado a la Salida	Vivo

NUÑEZ DUARTE MARIA YOLIMA
Especialidad: ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGIA
Registro Profesional: 81-0220

Medico Tratante: NUÑEZ DUARTE MARIA YOLIMA
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Registro Profesional: 81-0220



**CONSORCIO COMUNEROS
CONTROL DE CONSULTA EXTERN**

495

7/22/19 18:12 Page 1 of 1

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 933825

Fecha y Hora Atención: 12/09/2017 09:13:00 a. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 933825

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 60 años 10 meses 18 días

Fecha Hospitalización: 12/09/2017

Días Hospitalización: 0 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa:

Plan: NUEVA EPS 2017 PROVINCIA - 32

NUEVA EPS S.A

Diagnosticos

M199 ARTROSIS, NO ESPECIFICADA

I890 LINFEDEMA, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE

SUBJETIVO

paciente con presencia de dolor en la pierna derecha de larga data constante

EXAMEN FISICO

hombro flexion 0-180g

rotacion externa 15 g rotacion interna 15 g

pierna edema

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

rmn de pierna derecha: infiltracion grasa por atrofia severa que compromete las fibras mediales del musculo soleo extensos cambios inflamatorios del tejido celular subcutaneo en el borde interno del tercio medio y distal de la pierna con extension al maleolo medial de la tibia acompañados de algunos tractos cicatrizales en relacion con edema linfedema o celulitis

rx de hombro derecha: ascenso de la cabeza glenohumeral

ANALISIS

paciente con artrosis glenohumeral derecho y limitacion de arcos de movilidad se indica rehabilitacion, segun evolucion se programara procedimietno ademas con dolor y linfedema por el servicio de ortopedia no requiere tratamiento para la pierna ss valoracion por cirugia vascular y fisioterapia

PLAN

valoracion por cirugia vascular

valoracion por fisioterapia

ORDENES

(ORDEN EXTERNA)

Concepto

Servicio

VALORACION POR ESPECIALIDAD CIRUGIA VASCULAR

OTRA ESPECIALIDAD

fisioterapia

Conducta

En Consulta

Estado a la Salida

Vivo

NUÑEZ DUARTE MARIA YOLIMA

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 81-0220

Medico Tratante: NUÑEZ DUARTE MARIA YOLIMA

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 81-0220



Consorcio Comúneros

CONSORCIO COMUNEROS CONTROL DE CONSULTA EXTERN

496

7/22/19 18:12 Page 1 of 1

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 957167

Fecha y Hora Atención: 24/10/2017 03:16:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 957167

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 60 años 11 meses 30 días

Fecha Hospitalización: 24/10/2017

Días Hospitalización: 0 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa:

Plan: NUEVA EPS 2017 PROVINCIA - 32

NUEVA EPS S.A

Diagnosticos

M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA

SUBJETIVO

MC. CONTROL
EA. PÁCIOEJNTE OPERADO DE COLUMNA HACE 5 MESES, EN EL MOMENTO ME RIEFERE SENTIRSE BIEN, ME RIEFERE MEJORIA DE LOS SINTOMA PREVIOS DE DOLOR. ME REFIERE LEVE DOLOR PARAESPINAL OCASIONAL.

EXAMEN FISICO

DOLOR CON LA FLEXION DEL TRONCO. RETRACCON DE ESPINALES FUERZA 5/5

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

RX: FIJACION DE L4-L5

ANALISIS

PACIENTE CON CAUDRO DE CX DE COLUMNA EM EL MOMENTO CON ADEUCADA EVOLUCION POP, SE ENVIA A TERPIA Y SE EXPLICA, SE DEJA DE ALTA.

PLAN

RECOMENDACIONES.
TERAPIA FISICA 15 SESIONES

ORDENES

(ORDEN EXTERNA)

Concepto

Servicio

TERAPIAS Y/O NEBULIZAC: TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD (198) (295)
SEDATIVA LUMBAR

Discapacidad

Sin discapacidad

Conducta

Alta Hospitalizacion

Estado a la Salida

Vivo

Dr. Carlos A. Jaimes D.
Ortopedia y Traumatología
Cirurgía de Columna
RM 05556 / 08

Dr. Carlos A. Jaimes D.
Ortopedia y Traumatología
Cirurgía de Columna
RM 05556 / 08

JAIMES DURAN CARLOS ANDRES

Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA

Registro Profesional: 05556

Medico Tratante: JAIMES DURAN CARLOS ANDRES

Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA

Registro Profesional: 05556



Consorcio Comuneros

CONSORCIO COMUNEROS

IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/22/19 18:16 Page 1 of 2

Fecha y Hora Atención: 15/05/2018 02:30:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 1087262

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 61 años 6 meses 21 dias

Fecha Hospitalización: 15/05/2018

Días Hospitalización:

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: NUEVA EPS S.A

Plan: NUEVA EPS 2017 PROVINCIA - 32

CONTROL DE CONSULTA EXTERN 15/05/2018 14:30:00

Dr. Carlos A. Jaimes D.

Ortopedia y Traumatología
Círculo de Columna
R.M. 05556 / 06

JAIMES DURAN CARLOS ANDRES

Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA

Registro Profesional: 05556



Consorcio Comuneros

CONSORCIO COMUNEROS

IMPRESION DE TODOS LOS REGISTROS CLINICOS MEDICOS

7/22/19 18:16 Page 2 of 2

Fecha y Hora Atención: 15/05/2018 02:30:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 1087262

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 61 años 6 meses 21 dias

Fecha Hospitalización: 15/05/2018

Dias Hospitalización:

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa: NUEVA EPS S.A

Plan: NUEVA EPS 2017 PROVINCIA - 32

CONTROL DE CONSULTA EXTERN 15/05/2018 14:53:00

Diagnosticos

M751 SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO

SUBJETIVO

ORTOPEDIA
61 AÑOS

RELAAT PERSISTEIOR CON DOLOR EN HOMBRO DERECHO
MANEJO CON ANALGESIA , T FISICA SIN MEJORIA
AP DE REPARACION MANGUITO ROTADOR DERECHA HACE 11 AÑOS

EXAMEN FISICO

ELEVACION ANTERIOR DE 0 A 90 G
ABD DE 0 A 130 G ROTACIONES DE 10 G
HAWKIN + NEER- ROCKWOOD

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

INGRESA SIN PARACLINICOS

ANALISIS

SE ORDENA RX DE HOMBRO PARA VALORAR STOCK OSEO Y RM DE HOMBRO DERECHO

PLAN

SE DAN INTRUCIONES

ORDENES

(ORDEN EXTERNA)

Concepto

Servicio

IMAGENOLOGIA

RADIOGRAFIA DE HOMBRO
DERECHO

RESONANCIA MAGNETICA

RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (HOMBRO
DERECHO)

HOMBRO DERECHO

VALORACION POR ESPECIALIDAD ORTOPEDIA

Conducta Urgencias

C

Estado a la Salida

Vivo

Luis Raul Amador T.

Luis Raul Amador T.

AMADOR TORRES LUIS RAUL

Especialidad: ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 06177

Medico Tratante: AMADOR TORRES LUIS RAUL

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 06177



Consorcio Comunerros

7/22/19 18:13 Page 1 of 1

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 1087258

CONSORCIO COMUNEROS CONTROL DE CONSULTA EXTERN

499

Fecha y Hora Atención: 15/05/2018 02:30:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 1087258

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 61 años 6 meses 21 días

Fecha Hospitalización: 15/05/2018

Días Hospitalización: 0 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa:

Plan: NUEVA EPS 2017 PROVINCIA - 32

NUEVA EPS S.A

Diagnosticos

M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA

SUBJETIVO

mc: control

ea: paciente con caudor de dolor a nivel de la reigon lumbar, que se manejo con cx hace aprox 1 año, me riefere paciente que le dolor mienbrtas esta sin hacer actividades esta controlado pero con la activisddd fisica aparace. no dolor radicular-

EXAMEN FISICO

dolor con la flexion de tornc. retraccion de espinales.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

ANALISIS

paciente con artrodesis lkumbar, en el momento con dolor propio de una cx de columna, consideor apciente no debe realziar actividades de fuerza ni carga de peso ni posturas fijas, se eplica que debe cuidar la cx, se dejan reocmendaicones general.es

PLAN

se explica y deja de alta.

Discapacidad	Sin discapacidad
Conducta	Alta Hospitalizacion
Estado a la Salida	Vivo

Dr. Carlos A. Jaimes D.
Ortopedia y Traumatología
Círculo de Columnas
RM 0556 / 08

JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA
Registro Profesional: 05556

Dr. Carlos A. Jaimes D.
Ortopedia y Traumatología
Círculo de Columnas
RM 0556 / 08

Medico Tratante: JAIMES DURAN CARLOS ANDRES
Especialidad: CIRUGIA DE COLUMNA
Registro Profesional: 05556



Consorcio Comúneros

CONSORCIO COMUNEROS CONTROL DE CONSULTA EXTERN

500

7/22/19 18:16 Page 1 of 1

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 1179047

Fecha y Hora Atención: 25/09/2018 01:40:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 1179047

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 61 años 11 meses 0 días

Fecha Hospitalización: 25/09/2018

Días Hospitalización: 0 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa:

Plan: NUEVA EPS 2017 PROVINCIA - 32

NUEVA EPS S.A

Diagnosticos

M199 ARTROSIS, NO ESPECIFICADA

SUBJETIVO

ORTOPEDIA
61 AÑOS

DOLOR EN HOMBRO DERECHO QUE NO MEJORA CON ANALGESIA NI REHABILITACION
AP HACE 11 AÑOS ARTROSCOPAI EN HOMBRO DERECHO

EXAMEN FISICO

ELEVACION ANTERIOR A 80 G ABD DE 0 A 1 60 G ROTACIONES DE 15 GARDOS

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

RX DE HOMBRO DERECHO ; CON CAMBIO ARTROSICOS GELNOHUMERALES
RM DE HOMBRO DERECHO , TENDINOSI DEL SUPARESPINOSO , INFRAESPEINOS Y SUBESCAOPULAR

ANALISIS

PAICNETE CON CAMBIO OA GELNOHUMERAL , SE ROPONE ARTRIOPLASTAI DE HOMBRO DERECHO

PLAN

SE ENVI A JUNTA MEDICA

ORDENES

(ORDEN EXTERNA)

Concepto

Servicio

HONORARIOS MEDICOS

PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA POR MEDICINA ESPECIALIZADA (PACIENTE)
3 ESPECIALISTAS

Discapacidad

Sin discapacidad

Conducta

En Consulta

Estado a la Salida

Vivo

Luis Raul Amador T.

AMADOR TORRES LUIS RAUL

Especialidad: ORTOPEdia Y
TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 06177

Luis Raul Amador T.

Medico Tratante: AMADOR TORRES LUIS RAUL

Especialidad: ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 06177



Consorcio Comuneros

**CONSORCIO COMUNEROS
JUNTA MEDICA**

7/22/19 18:17 Page 1 of 2

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 1220080

Fecha y Hora Atención: 26/11/2018 01:03:00 p. m

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

F. Nacimiento: 25/10/1956

Fecha Hospitalización: 26/11/2018

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Empresa:

NUEVA EPS S.A

Historia Clínica Nro: 91005031

Registro: 1220080

Edad: 62 años 1 meses 1 días

Días Hospitalización: 0 días

Telefono: 3133664502

Plan: NUEVA EPS 2017 PROVINCIA - 32

Diagnosticos

M199 ARTROSIS, NO ESPECIFICADA

DIAGNOSTICO INGRESO

ORTOPEDIA
PROCEDENTE DE SIMITARRA, OCUPACION CONDUCTOR
DOLOR HOMBRO DER Y LIMITACION FUNCIONAL DE APROX AÑO Y MEDIO
ANTECEDENTE DE ARTROSCOPIA HOMBRO DER HACE DOCE AÑOS
MANEJADO CON AINES, TERAPIA FISICA SIN MEJORIA
ADEMAS INFILTRACION HOMBRO DER EN UNA OCASION

ANTECEDENTES

PATOLOGICOS
HTA MANEJADO CON LOSARTAN
QUIRURGICO
ARTROSCOPIA HOMBRO DER
CIRUGIAS EN PIERNA DER NUMERO DE 2 EN GEMELOS
INSTRUMENTACION POSTERIOR COLUMNA
LAPAROTOMIA POR PERFORACION INTESTINAL

RESUMEN HISTORIA

EXAMEN FISICO
EVIDENCIA ABD DE 90 GRADOS Y ELEVACION ANTERIOR DE 80 GRADOS
NEER +. HAWKINS +
TEST SUPRAESPINOZO +
ROCE GLENOHUMERAL
TEST DE ABD 90 GRADOS MAS RE +

RESUMEN HISTORIA ADICIONAL

PACIENTE CON ARTROSIS HOMBRO DER QUE REQUIERE REEMPLAZO TOTAL REVERSO
SE EXPLICA PATOLOGIA Y MANEJO QUIRURGICO COMO SUS POSIBLES COMPLICACIONES COMO INFECCION, LESIONES
NEUROVASCULARES, ADEMAS DE LA LIMITACION EN CUANTO ARCOS DE MOVILIDAD
PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA

PARACLINICOS

RX HOMBRO DER CON CAMBIOS ARTROSICOS GLENOHUMERALES, OSTEOFITO INFERIOR CABEZA HUMERAL, SIGNOS DE
PINZAMIENTO SUBACROMIAL
RNM CON ARTROSIS ACROMIOCLAVICULAR, TENDINOPATIA SUPRA INFRA Y SUBESCAPULAR, OSTEOARTROSIS
GLENOHUMERAL



Consorcio Comúneros

CONSORCIO COMUNEROS JUNTA MEDICA

JD2

7/22/19 18:17 Page 2 of 2

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 1220080

ANALISIS / DECISION JUNTA

SE DAN ORDENES PARA CIRUGIA

ORDENES

(ORDEN EXTERNA)

Concepto

Servicio

CARDIOLOGIA - PROCEDIM	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD
LABORATORIO CLINICO	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT) TIEMPO DE PROTROMBINA (PT) GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS NITROGENO UREICO (BUN)
PROCEDIMIENTOS QUIRUR	REEMPLAZO PROTESICO SECUNDARIO TOTAL DE HOMBRO RTH REVERSO
VALORACION POR ESPECIAL	ANESTESIOLOGIA

FORERO CORZO JOSE HERNAN
Especialidad: ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGIA
Registro Profesional: 4907/2005

Medico Tratante: FORERO CORZO JOSE HERNAN
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Registro Profesional: 4907/2005



Consorcio Comunerios

CONSORCIO COMUNEROS CONTROL DE CONSULTA EXTERN

7/22/19 18:17 Page 1 of 2

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 1268932

Fecha y Hora Atención: 11/02/2019 03:40:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 1268932

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 62 años 3 meses 17 días

Fecha Hospitalización: 11/02/2019

Días Hospitalización: 0 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa:

Plan: NUEVA EPS 2017 PROVINCIA - 32

NUEVA EPS S.A

Diagnosticos

S932 RUPTURA DE LIGAMENTOS A NIVEL DEL TOBILLO Y DEL PIE

SUBJETIVO

Ortopedia

Motivo de consulta: Dolor bilateral de rodillas

Enfermedad actual: clinica de dolor bilateral de rodillas de seis meses de evolucion, sin trauma asociado, con tratamiento medico no exitoso.

Antecedentes

Patologicos: Hipertension tratado con losartan, hidrocloritiazida

Quirurgicos: Artroscopia de hombro derecho, Laparotomia por perforacion intestinal, Cirugia en gemelos, Instrumentacion en columna

EXAMEN FISICO

Paciente en buen estado general.

Marcha con cogera ocasional

Rodilla derecha

Genu varo, AMA 0-100, estable, puntos doloroso linea interarticular lateral y medial

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

Doppler venoso

reflujo moderado en safena menor y mayor

Trombosis venosas superficial antigua

ANALISIS

Paciente con rodillas dolorosas, más sintomatica la rodilla derecha, rx normal, clinica de meniscopatia medial, se recomienda RMN de rodilla derecha

PLAN

se solicita RMN de rodilla derecha

valoracion por ortopedia con resultados

ORDENES

(ORDEN EXTERNA)

Concepto

Servicio

RESONANCIA MAGNETICA

RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (RODILLA DERECHA

rodilla derecha

VALORACION POR ESPECIALIDAD ORTOPEDIA

Control con resultados de RMN

503

JOY



Consorcio Comuneros

**CONSORCIO COMUNEROS
CONTROL DE CONSULTA EXTERN**

7/22/19 18:17 Page 2 of 2

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 1268932

Discapacidad	Sin discapacidad
Conducta	En Consulta
Estado a la Salida	Vivo

IRREÑO AMADO VICTOR MANUEL
Especialidad: ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGIA
Registro Profesional: 1075

Medico Tratante: IRREÑO AMADO VICTOR MANUEL
Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Registro Profesional: 1075



**CONSORCIO COMUNEROS
CONTROL DE CONSULTA EXTERN**

Jar

7/22/19 18:18 Page 1 of 2

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 1286819

Fecha y Hora Atención: 11/03/2019 02:35:00 p. m

Historia Clínica Nro: 91005031

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO

Registro: 1286819

F. Nacimiento: 25/10/1956

Edad: 62 años 4 meses 17 días

Fecha Hospitalización: 11/03/2019

Días Hospitalización: 0 días

Dirección: CALL 36 N 2 AE 61 B LA CUMBRE

Telefono: 3133664502

Empresa:

Plan: NUEVA EPS 2017 PROVINCIA - 32

NUEVA EPS S.A

Diagnosticos

S832 DESGARRO DE MENISCOS, PRESENTE

SUBJETIVO

DOLOR DE RODILLAS DE 6 MESES DE EVOLUCION, MAS DOLOROSA LA DERECHA

EXAMEN FISICO

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL
MARCHA CON COGERA OCASIONAL
RODILLA DERECHA GENU VARO, AMA 0-100, ESTABLE, PUNTOS DOLOROSO LINEA INTERARTICULAR LATERAL Y MEDIAL

INTERPRETACION DE PARACLINICOS

RNM RODILLA DERECHA FERERO 2019: ARTROSIS TRICOMPARTIMENTAL DESGARRO DE CUERNO POSTERIOR DE MENISCO INTERNO

ANALISIS

PACIENTE CON ARTROSIS TRICOMPARTIMENTAL DESGARRO MENISCAL SE RECOMIENDA ARTROSCOPIA DE LA RODILLA DERECHA, SE EXPLICAN LOS RIESGOS COMPLICACIONES Y BENEFICIOS.

PLAN

SS/CREATININA, HEMOGRAMA

ORDENES

(ORDEN EXTERNA)

Concepto

Servicio

CARDIOLOGIA - PROCEDIM ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

LABORATORIO CLINICO HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RE

HEMOGLOBINA GLICOSILADA

CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS

PROCEDIMIENTOS QUIRUR REMODELACION DE MENISCO ROTO (PICO DE LORO) POR ARTROSCOPIA

SHAVER RADIOFRECUENCIA SUTURA MENISCAL PARA ARTROSCOPIA DE RODILLA DERECHA

VALORACION POR ESPECIAL ANESTESIOLOGIA

Discapacidad

Sin discapacidad

Conducta

En Consulta

Estado a la Salida

Vivo

Irreño Amado Victor Manuel

Irreño Amado Victor Manuel

IRREÑO AMADO VICTOR MANUEL

Medico Tratante: IRREÑO AMADO VICTOR MANUEL

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Registro Profesional: 1075

Registro Profesional: 1075

J06



Consorcio Comuneros

**CONSORCIO COMUNEROS
CONTROL DE CONSULTA EXTERN**

7/22/19 18:18 Page 2 of 2

Paciente: JOSE ALISAI JARAMILLO ACEVEDO Docto: 91005031 Registro: 1286819
Fecha Impresion: 22/07/2019 18:18:13 Impreso por: NARANJO CLAUDIO ALMEIDA