



**INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
CORRESPONDENCIA EXTERNA**

CÓDIGO	PPS
VERSIÓN	03
FR	85
FECHA	9/06/2023

Señores:

**JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO
E.S.D.**

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE DEMANDA

CLASE DE PROCESO: RESPONSABILIDAD
CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

DEMANDANTE: HENRY RODRÍGUEZ QUEVEDO
(en adelante el “Demandante”).

DEMANDADO: INVERSIONES CLÍNICA DEL
META S.A. (en adelante la “Clínica Meta” o el
“Demandado”).

RADICADO: 500013153002 2021 00 294 00

MELISSA JULIETH PINILLA OCAMPO, domiciliada en Villavicencio, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.026.266.231 de Bogotá, portadora de la tarjeta profesional de abogado número 252.678 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado judicial de **INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.**, de conformidad con el poder presentado en su Despacho, estando dentro de la oportunidad legal, me permito presentar **ESCRITO DE CONTESTACIÓN A LA DEMANDA**, en los términos que se exponen a continuación.

I. OPORTUNIDAD

De conformidad con lo dispuesto en el auto del pasado veinte (20) junio de 2023, por medio del cual se tiene notificada por conducta concluyente a la institución que represento, dentro del termino legal procedo a presentar contestación de la demanda.

II. SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Me permito pronunciarme respecto de los hechos de la demanda en los siguientes términos, siguiendo la numeración propuesta por el Demandante:

Hecho No. 1: la parte demandante expone varios supuestos facticos en un solo hecho razón por la cual es imperativo individualizarlos y pronunciarse de manera individual.

- **ES CIERTO:** el señor Henry Rodríguez Quevedo, acudió al servicio de urgencias de la clínica Meta el día diez (10) de abril de 2023.
- **NO ES CIERTO:** falta a la verdad el demandante al afirmar que no se le realizo un TRIAGE que determinara su estado de salud, contrario a ello y como bien se evidencia en la prueba documental aportada con el escrito de demanda, se registra lo siguiente:

Motivo de consulta:

Tengo hace 4 días con inflamación abdominal

Examen físico:

Calle 33 N° 36-50, Barrio Barzal, Teléfono 661440
Villavicencio, Meta



INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
CORRESPONDENCIA EXTERNA

CÓDIGO	PPS
VERSIÓN	03
FR	85
FECHA	9/06/2023

T. arterial 120/090

T. Med: 093

Fr. Card: 094

Fr. Resp: 020

Tempe: 36.0

So2: 098

Peso: 65 KL

Talla: 160

IMC: 25.39

Sp.Corp: 1.65

Glasgow: 15/15

Análisis:

SE DIRECCIONA A SU RED PRESTADORA SALUD TOTAL.

Indicaciones:

El paciente presenta condiciones medicas que no comprometen su estado general ni representan un riesgo evidente para la vida o perdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe atención correspondiente. Consulta externa prioritaria en su EPS.

Se trato de un paciente de 59 años, con antecedentes registrados en la historia clínica de **hipertensión arterial crónica no tratada**, diabetes mellitus, dislipidemia quien además es fumador pesado desde hace 44 años. Consultó al servicio de urgencias el 10/04/2019; fue evaluado en TRIAGE en donde refirió cuadro de **cuatro días** de evolución consistente en distensión abdominal, osteomiasias, malestar general y fiebre.

Las constantes vitales se evidenciaron dentro de parámetros de normalidad, sin fiebre (36.0), tampoco se evidenciaron condiciones médicas que pudieran comprometer el estado general o que generaran riesgo para el paciente; por lo anterior, fue clasificado con TRIAGE IV y enviado para atención por consulta prioritaria en la EPS.

El paciente fue adecuadamente clasificado de acuerdo con la guía de clasificación de TRIAGE de la Clínica Meta, soportada y respaldada con lo dispuesto en la resolución 5596 del 2015 del Ministerio de Salud.

Hecho No. 2: la parte demandante expone varios supuestos facticos en un solo hecho, razón por la cual es imperativo individualizarlos y pronunciarse de manera individual.

- **NO NOS CONSTA** lo sucedido fuera de las instalaciones de la clínica Meta y la atención medica que haya recibido el señor Rodríguez en su asegurador o en la red de prestadores de servicios de la misma.
- **NO ES CIERTO.** El demandante presenta ingreso el día once (11) de abril de 2019 a las 02:25 por cuadro de 30 min de evolución consistente en disnea, diaforesis, dolor abdominal intenso, **posterior a fumar cigarrillo.**

Al examen físico evidenciamos un paciente con tensión arterial 130/080, frecuencia cardiaca 110 lmp, frecuencia respiratoria 025 rpm, temperatura 36.80 grados y Glasgow 15/15.

El paciente no permite valoración adecuada, se considera toma de paraclínicos para correlacionar su sintomatología, el hijo del paciente prefiere previa valoración por médico tratante donde advierte su consumo de cigarrillo, pese a ello se mantiene en observación en urgencias y se ordenan los siguientes exámenes:

- HEMOGRAMA IV
- UROANÁLISIS
- GLUCOSA
- ELECTROCARDIOGRAMA
- TROPONINA I CUANTITATIVA

De lo anterior, evidenciamos un paciente consciente, con Glasgow 15/15 acompañado por un familiar, lo que contraria las condiciones en las que manifiesta el demandante que llego a la clínica meta en esta atención.

Se evidencia saturación de oxígeno del 90%, paciente muy álgido pero **consciente**; la troponina fue reportada como positiva y el EKG evidenció infarto de cara anterolateral; los diagnósticos de ingresos fueron los siguientes:

- Infarto agudo de miocardio CEST de cara anterolateral KK III TIMI score de 5 Grace 139
- Edema agudo de pulmón
- Diabetes Mellitus tipo 2 **no controlada**
- Fumador pesado

Se indica manejo con nitroglicerina endovenosa a dosis bajas, furosemda, manejo anti isquémico y antitrombótico pleno y se solicita traslado a UCI para monitorización por riesgo de arritmia fatal y/o muerte súbita; también se solicitó la realización de cateterismo cardiaco de manera urgente.

El 11/04/2019 a las 6:42 hrs el paciente persiste inestable con dificultad respiratoria con desaturación del 75% por lo que se inicia ventilación mecánica no invasiva.

El 11/04/2019 a las 10:50 el paciente se encuentra con trastorno severo de la oxigenación, persiste hipotenso en chock cardiogénico, se inicia soporte con norepinefrina, se decide realización de intubación orotraqueal e inicio de ventilación mecánica invasiva, se inicia sedo analgesia y se continua tramite de remisión a UCI por no disponibilidad de camas en la institución.

El 11/04/2019 se realiza cateterismo que reporta Enfermedad coronaria severa de 2 vasos: descendente anterior y coronaria derecha y se realiza angioplastia en arteria descendente anterior, pero requiere un segundo tiempo con Necesidad de implante de stent medicado en la coronaria derecha en 72 horas. El paciente es traslado el mismo día en muy malas condiciones generales multisoportado, en edema pulmonar, con choque cardiogénico por enfermedad coronaria severa de dos vasos e indicación de un segundo tiempo en 72 horas.

El proceso de atención fue prestado con oportunidad, pertinencia, diligencia, de manera continua y segura para el usuario, siguiendo las guías establecidas para el manejo de los pacientes con IAM.



**INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
CORRESPONDENCIA EXTERNA**

CÓDIGO	PPS
VERSIÓN	03
FR	85
FECHA	9/06/2023

El manejo del paciente se dio conforme a los síntomas de cada ingreso los cuales según la experticia del personal médico y las guías de práctica médica guiaron cada acción establecida.

HECHO No. 3: NO NOS CONSTA. Resultan hechos ajenos a nuestra institución y en el cual no participo ningún personal en representación nuestra, por tal razón nos atenemos a lo que resulte probado en el proceso con las pruebas pertinentes, conducentes y útiles.

HECHO No. 4: NO NOS CONSTA. Resultan hechos ajenos a nuestra institución y en el cual no participo ningún personal en representación nuestra, por tal razón nos atenemos a lo que resulte probado en el proceso con las pruebas pertinentes, conducentes y útiles.

HECHO No. 5: NO NOS CONSTA. Resultan hechos ajenos a nuestra institución y en el cual no participo ningún personal en representación nuestra, por tal razón nos atenemos a lo que resulte probado en el proceso con las pruebas pertinentes, conducentes y útiles.

2. HECHO RELATIVOS AL DAÑO

HECHO No. 2.1.: NO ES CIERTO. Realizando una revisión minuciosa del historial de atenciones médicas que ha recibido el señor Rodríguez en las instalaciones de la clínica meta, el demandante presenta antecedentes médicos de Diabetes mellitus no controlada por falta de adherencia al plan de manejo medico instaurado, dislipidemia, fumador crónico pesado e hipertensión arterial, es importante presentar para conocimiento del despacho que todas las patológicas crónicas aumentan el riesgo de sufrir IAM y ECV.

HECHO No. 2.2.: NO NOS CONSTA. Resultan hechos ajenos a nuestra institución por tal razón nos atenemos a lo que resulte probado en el proceso con las pruebas pertinentes, conducentes y útiles.

HECHO No. 2.3.: NO NOS CONSTA. Resultan hechos ajenos a nuestra institución por tal razón nos atenemos a lo que resulte probado en el proceso con las pruebas pertinentes, conducentes y útiles.

Debe resaltarse que, revisando el acervo probatorio presentado con la demanda, no se aporta ninguna prueba que cumpla con los requisitos para dar credibilidad y sustento a las afirmaciones de este hecho.

HECHO No. 2.4.: NO NOS CONSTA. Resultan hechos ajenos a nuestra institución por tal razón nos atenemos a lo que resulte probado en el proceso con las pruebas pertinentes, conducentes y útiles.

Debe resaltarse que, revisando el acervo probatorio presentado con la demanda, no se aporta ninguna prueba que cumpla con los requisitos para dar credibilidad y sustento a las afirmaciones de este hecho.

HECHO No. 2.5.: NO NOS CONSTA. Resultan hechos ajenos a nuestra institución por tal razón nos atenemos a lo que resulte probado en el proceso con las pruebas pertinentes, conducentes y útiles.

HECHO No. 2.8.: (así continua la numeración en el escrito de demanda) ES CIERTO.



INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A. CORRESPONDENCIA EXTERNA

CÓDIGO	PPS
VERSIÓN	03
FR	85
FECHA	9/06/2023

HECHO No. 2.9.: NO NOS CONSTA. Resultan hechos ajenos a nuestra institución por tal razón nos atenemos a lo que resulte probado en el proceso con las pruebas pertinentes, conducentes y útiles.

HECHO No. 3.0.: NO NOS CONSTA. Resultan hechos ajenos a nuestra institución por tal razón nos atenemos a lo que resulte probado en el proceso con las pruebas pertinentes, conducentes y útiles.

3. HECHOS RELATIVOS A LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD

HECHO No. 3.1.: NO ES CIERTO. Primeramente, debe resaltarse que el contenido de este hecho no constituye un supuesto factico, por el contrario, resultan posturas subjetivas de la parte Demandante carentes de sustento medico alguno.

Pese a ello y en virtud del derecho que le asiste a la Institución que represento, tachamos de plano sus afirmaciones ya que están lejos de ajustarse a la realidad, como sustento a nuestra posición solicito a Despacho tener en cuenta que dentro de este tipo de procesos el acto médico es el centro del escrutinio sobre el cual se analizara la responsabilidad y por tanto a partir de este se valorara si el actuar del galeno fue conforme a lo establecido por la Lex Artis o aquella fue violentada, Ahora bien, el acto médico *“Se trata de un conjunto de acciones u omisiones – acto en sentido lato- que realiza el galeno en desarrollo o ejercicio de su profesión, con fundamento en sus conocimientos técnicos (profesionales), con el propósito de preservar la vida y la integridad física – y psicológica- del ser humano, coordinadas de su sacro oficio”* (Jaramillo C. I., 2011).

En cuanto a la responsabilidad civil de los médicos, la Honorable Corte Suprema de Justicia desde hace un tiempo ha sostenido que *“Esta es una responsabilidad que se deduce mediando la demostración de la culpa, independientemente de que la pretensión indemnizatoria tenga una causa contractual o extracontractual”*. (CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, 2001)

Es por lo anterior que en materia de responsabilidad profesional medica se sigue mediando la demostración de la culpa del médico, pues aun teniendo en cuenta los factores tecnológicos y científicos del acto médico, la conducta sigue siendo enmarcada dentro de los límites de la culpa común.

En este orden de ideas para la demostración de este tipo de responsabilidad se deben establecer y probar unos presupuestos para que surja la culpa, como lo son: la prueba del contrato, el daño padecido el cual hace referencia a la lesión física o psíquica de donde se desprende el daño patrimonial y moral que deberá ser reparado y por ultimo deberá demostrarse la relación de causalidad entre la acción u la omisión del galeno y el daño padecido por la víctima, entrando a jugar en este punto un papel protagónico los deberes éticos y jurídicos de atención y cuidado que tienen el medico con sus pacientes, para que de esta manera se pueda atribuir la imputabilidad o la atribución subjetiva a título de dolo o culpa.

Así las cosas debe evidenciarse que la atención brindada al Paciente se desarrolló en el cumplimiento de los deberes de los galenos tratantes y con el cuidado y diligencia que el caso ameritaba, brindando una atención integra ajustada al cuadro clínico que presentaba en cada uno de sus ingresos, sumado a lo anterior debe tenerse en cuenta que el Paciente en sus ingresos nunca refirió síntomas adicionales que pudieran generar un signo de alarma en los

facultativos razón por la cual desafortunado atribuir el lamentable resultado del Paciente a la Institución que represento, en este punto se resalta la complejidad del cuerpo humano y que pretender atribuir un error generador de responsabilidad no basta con realizar afirmaciones sin respaldo alguno por el contrario exige el deber de demostración del elemento culpa en el actuar médico, el cual se traduce en imprudencia, negligencia, impericia o violación a los reglamentos; en contraposición a lo anterior en cada uno de los hechos se evidencia el cumplimiento por la parte de la Clínica de brindar un atención diligente, oportuna y cuidadosa al Paciente, ajustada al motivo de consulta referida por el Paciente y a lo que evidenciaban los exámenes imagenológicos ordenados.

Conforme con lo anterior y en un análisis sistemático de las pruebas aportadas por las partes materializadas en las historias clínicas, se evidencia que el demandante fue valorado en el triage de urgencias de nuestra institución, por presenta desde hace cuatro (4) días, inflamación abdominal, al no presentar condición médica que comprometiera su estado general, signos vitales normales, clasifican como triage 4, motivo por el que direccionan a su red prestadora de salud.

Posteriormente el Paciente acude a consulta externa por presenta dolor abdominal, inflamación, estreñimiento y flatulencias, negando otra sintomatología. El Medico al realizar una revisión del paciente por sistemas, siendo este un interrogatorio enfocado en un examen físico, negando por parte del paciente síntomas de origen cardiopulmonar o neurológico.

Al examen físico, tiene signos vitales dentro de parámetros normales (tensión arterial, frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno entre otros), lo describen como en buen estado general, sin dificultad respiratoria, sin alteraciones a nivel cardiopulmonar, con un abdomen blando, con dolor a la palpación difusa, sin otros hallazgos de importancia o que generaran una alarma para el personal médico, conforme a lo anterior y pese a sus antecedentes nunca presento el paciente un cuadro clínico o signos clínicos que fueran indicios de una patología coronaria, por lo cual es totalmente desafortunado atribuir algún tipo de falla en la atención del demandante.

HECHO No. 3.2.: NO ES CIERTO. El hecho reprochado por la parte demandante y al cual pretende atribuir un actuar negligente, materializado en el TRIAGE realizado el diez (10) de abril de 2019, como bien se expresó en el hecho número uno, debemos recordar que el TRIAGE es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo. La Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social estipuló cinco categorías de triage, los cuales se describen así:

Triage I: requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

Triage II: la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.



**INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
CORRESPONDENCIA EXTERNA**

CÓDIGO	PPS
VERSIÓN	03
FR	85
FECHA	9/06/2023

Triage III: la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

Triage IV: el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.

Triage V: el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.

Debemos recordar que para el día diez (10) de abril de 2019, atención cuestionada por la parte demandante, el señor Rodríguez se presentó al servicio de urgencias con motivo de consulta de inflamación abdominal hace cuatro días (único síntoma referido), con un examen físico dentro de los límites normales y sin signos de alarma, ante este estado del paciente y al no presentarse condiciones médicas que no comprometiesen su estado general ni representaban un riesgo evidente para la vida, se direcciono a la red prestadora de servicios de salud de su EPS (Salud Total).

Debe resaltarse que el motivo de consulta del demandante (inflamación abdominal) no se encuentra relacionado a un padecimiento cardiaco ni estuvo relacionado a otro síntoma que permitiera una categorización diferente al TRIAGE IV.

HECHO No. 3.3.: NO ES CIERTO. Pese a que desconocemos los detalles del daño argumentado por el demandante y el cual deberá ser probado en el presente proceso, rechazamos de plano que el Demandante pretenda atribuir el supuesto daño al actuar de la Institución que represento a través de la atención en salud que se prestó al Paciente por los médicos vinculados a la Clínica Meta.

Para sustentar nuestra posición ante las afirmaciones de la parte Demandante procederemos a presentar verdaderos argumentos que dejan sin piso las pretensiones incoadas, los cuales trabajaremos en el siguiente orden:

1. Diligencia y cuidado en la prestación del servicio de salud.

Como quedará probado en el curso de este proceso el Demandado cumplió de manera diligente y oportuna con sus obligaciones contractuales como Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), de conformidad con las disposiciones contenidas en el Decreto 1485 de 1994 y artículo 185 de la Ley 100 de 1993.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tienen dentro de sus funciones la administración del sistema de salud, lo cual comprende entre otros, autorizar las ordenes que requieran los pacientes respecto a exámenes, cirugías, traslados, medicamentos, entre otros, por su parte las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) son las entidades encargadas de prestar los servicios de salud, siempre y cuando cuenten con las autorizaciones necesarias dadas al paciente por parte de la Entidades Promotoras de Salud (EPS).



**INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
CORRESPONDENCIA EXTERNA**

CÓDIGO	PPS
VERSIÓN	03
FR	85
FECHA	9/06/2023

En concordancia con lo anterior, puede concluirse que el Demandado no incumplió en ningún momento con sus obligaciones legales y contractuales, **el personal médico prestó la atención en salud conforme con los parámetros médicos y el nivel II de atención de la Institución**, por lo que no puede atribuirse a la misma ningún tipo de responsabilidad por acción u omisión.

Deberá tener en cuenta el Despacho que los médicos tratantes, son profesionales con una formación idónea para el cargo desempeñado además de contar con una reconocida experiencia profesional. Mi representada, cumplió con todos los parámetros legales para prestar servicios de salud, según la atención médica requerida por la Paciente.

El Demandado cuenta con la correspondiente habilitación por parte de la Secretaría de Salud del Meta para la prestación de servicios de salud como Institución Prestadora de Servicios (IPS) y para la prestación del servicio de urgencias, entre otros (**Anexo No. 1**).

Por el contrario, realizando un análisis sistemático de la historia clínica y sus soportes, evidencian que la prestación del servicio de salud en las Instalaciones de la Clínica Meta fue realizado adecuadamente ajustado al cuadro clínico de cada ingreso, la información recaudada en el interrogatorio realizado al Paciente y a los exámenes practicados, esto permitió brindar una atención ajustada a lo que el Paciente padecía en cada atención.

Para que se configure el deber de reparación por parte del médico debe existir la demostración del elemento culpa en su actuar, la cual se traduce en su imprudencia, negligencia, impericia o violación a los reglamentos, los cuales en este tema en específico hacen alusión a la Lex Artis la cual reglamenta y direcciona el actuar profesional del galeno, estando en la obligación de cumplir los mandamientos éticos de forma obligatoria pues estos no solamente se traducen en consecuencias disciplinarias sino también jurídicas y pecuniarias como se ha visto.

En lo concerniente a la determinación del tipo de obligación al cual se encuentra supeditado el profesional de la salud a la hora de realizar la diagnóstico, se ha dicho por parte de las altas Cortes que a pesar de los grandes avances de la ciencia en el campo de la medicina aquella no es exacta debido a la complejidad del cuerpo humano, por lo que su práctica ha sido considerada una obligación de medios y no de resultados, debiéndose demostrar el elemento culpa en su actuar.

4. HECHOS RELACIONADOS A LA CULPA DEL DEMANDADO

HECHO No. 4.1.: PARCIALMENTE CIERTO. Es cierto que la señora MELBA LADINO GUEVARA laboraba para nuestra institución, por otro lado, NO NOS CONSTA lo relacionado con la señora MÓNICA TATIANA DUARTE BABATIVA, por ser hechos ajenos a la institución que represento.

HECHO No. 4.2.: NO ES CIERTO. Al tornarse un hecho repetitivo solicito tener en cuenta las razones que ya fueron previamente expuestas en la contestación del hecho numero 3.3

HECHO No. 4.3.: NO ES CIERTO. Desde hace varias décadas nuestra jurisprudencia nacional ha adoptado la distinción entre obligaciones de medio y resultado, estableciendo que la obligación profesional del médico no es, por regla general, de resultado sino de medio. Hay quienes incluso consideraban que el concepto de *obligación de medio* se encontraba ínsito en el art. 1o de la Ley 23 de 1981, cuando determina que el fin de la medicina es *cuidar*



INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A. CORRESPONDENCIA EXTERNA

CÓDIGO	PPS
VERSIÓN	03
FR	85
FECHA	9/06/2023

la salud del hombre¹. Hoy en día la Ley 1438 de 2011 en su Art. 104, señala que la relación de asistencia en salud, que se genera entre el profesional de la salud y el usuario “*genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional*”.

El medico se compromete, entonces, a aplicar todos los medios que consagra la ciencia médica al servicio de un fin, curar al enfermo, pero no se obliga necesariamente a obtener dicho fin. Así, el médico, en principio, no está facultado para asegurar un determinado resultado, pues la curación no se puede asegurar en su totalidad, ni siquiera en aquellos eventos que corresponden a intervenciones medicas simples, pues para la jurisprudencia “el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece el cliente o de la no curación”².

Debe tenerse en cuenta que en el caso de la medicina existen un gran número de sucesos impredecibles y de circunstancias y variables incontrolables, entre otras, la propia anatomía del hombre, las distintas reacciones fisiológicas, la multicausal dad de las enfermedades y lesiones, la variabilidad interpersonal. El organismo vivo, elemento material de la medicina, reacciona de modo autónomo, pues tiene su propia dinámica. El alea está siempre presente y esa dosis de incertidumbre que envuelve todavía la ciencia, impide que el médico garantice un resultado concreto³.

Pese a insistir en la naturaleza de las obligaciones de medios aplicables en estos casos, también hemos sido reiterativos en exponer el oportuno y correcto servicio de salud prestado al Paciente, ajustado a la sintomatología que presentaba en cada uno de sus ingresos a la Clínica Meta

5. HECHOS RELATIVOS A LA LEGITIMIDAD DE LAS PARTES

HECHO No. 5.1.: PARCIALMENTE CIERTO. Este hecho se torna repetitivo, por tal razón solicito tener en cuenta lo manifestado en el hecho número 4.1.

HECHO No. 5.2.: PARCIALMENTE CIERTO. Si bien es cierto existe una obligación legalmente establecida para las entidades que forman parte del sistema de seguridad social, debe recordarse que de manera reciproca existe un capítulo de deberes atribuibles a los pacientes respecto a su estado de salud, por tal razón no es cierto en su totalidad pretender atribuir toda la responsabilidad de la salud del demandante a las entidades demandadas.

HECHO No. 5.3.: NO NOS CONSTA. Resultan hechos ajenos a nuestra institución por tal razón nos atenemos a lo que resulte probado en el proceso con las pruebas pertinentes, conducentes y útiles.

HECHO No. 5.4.: ES CIERTO.

¹Chacón, Antonio. Fundamentos de responsabilidad médica. Una perspectiva iberoamericana del derecho médico. Medellín: Ediciones jurídicas Gustavo Ibáñez, 2003. p. 128.

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 5 marzo 1940, M. P. Liborio Escallón. G. J. XLIX, pp. 116 y ss

³ Guzmán, Fernando y Franco, Eduardo. Aspectos probatorios de la responsabilidad civil médica. *Der. Col.*, Vol. 78, n. 444 (1998); p. 532. Para una profundización, Starck Boris, Roland Henri y Boyer Laurent. Les obligations. 2. Contrat. Paris: Litec, 1998. p. 409.



**INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
CORRESPONDENCIA EXTERNA**

CÓDIGO	PPS
VERSIÓN	03
FR	85
FECHA	9/06/2023

HECHO No. 5.5.: ES CIERTO. En atención a la coyuntura generada por el COVID 19, y en atención a nuestro deber como Institución Prestadora de Servicios de salud de atender tal contingencia, se presentaron condiciones que impidieron nuestra asistencia.

HECHO No. 5.6.: ES CIERTO.

III. SOBRE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

No oponemos a todas las pretensiones de la demanda, toda vez que el Demandado actuó conforme con la *lex artis*, con la capacidad médica y tecnológica de acuerdo con su nivel de atención, por lo que no hay ningún actuar culposos que le pueda ser endilgado, sumado a que la atención médica se ajustó al cuadro clínico de la paciente, al motivo de consulta y a los hallazgos obtenidos en el examen físico y los exámenes imagenológicos.

SOLICITO que se declaren probadas las excepciones de mérito que más adelante formulo, y en consecuencia se absuelva al Demandado de las pretensiones del Demandante, respecto de las cuales me permito pronunciarme siguiendo el orden propuesto en el escrito de demanda:

DECLARACIONES:

PRIMERA: NOS OPONEMOS. Consideramos que las afirmaciones realizadas por el Demandante, al categorizar la atención prestada como negligente, imprudente e inadecuada carece de elementos materiales probatorio que así lo respalden.

El Demandante pretende endilgar responsabilidad en la Clínica Meta por una presunta falla médica que pretende encaminar POR UNA SUPUESTA NEGLIGENCIA MEDICA, frente a esto debe tenerse en cuenta que como hecho generador de responsabilidad civil se encuentra delimitado dentro de un régimen subjetivo o también conocido como de culpa probada, queriendo decir con ello que para que se configure el deber de reparación por parte del médico o de la institución debe existir la demostración del elemento culpa en su actuar, la cual se traduce en su imprudencia, negligencia, impericia o violación a los reglamentos, los cuales en este tema en específico hacen alusión a la Lex Artis la cual reglamenta y direcciona el actuar profesional del galeno, estando en la obligación de cumplir los mandamientos éticos de forma obligatoria pues estos no solamente se traducen en consecuencias disciplinarias sino también jurídicas y pecuniarias como se ha visto.

La demostración de este tipo de responsabilidad se deben establecer y probar unos presupuestos para que surja la culpa, como lo son: la culpa, el daño padecido el cual hace referencia a la lesión física o psíquica de donde se desprende el daño patrimonial y moral que deberá ser reparado y por ultimo deberá demostrarse la relación de causalidad entre la acción u la omisión del galeno y el daño padecido por la víctima, entrando a jugar en este punto un papel protagónico los deberes éticos y jurídicos de atención y cuidado que tienen el medico con sus pacientes, para que de esta manera se pueda atribuir la imputabilidad o la atribución subjetiva a título de dolo o culpa.

SEGUNDA: NOS OPONEMOS.

TERCERA: NOS OPONEMOS.

- 1. NOS OPONEMOS.** La presente pretensión carece a todas luces de los elementos materiales probatorios requeridos para su prosperidad, toda vez que la jurisprudencia ha sido reiterativa en exigir que el lucro cesante para que sea indemnizable debe cumplir con unos requisitos que permitan establecer la certeza de su existencia, razón por la cual no pueden estar atados a suposiciones o meras expectativas de la parte demandante.
- 2. NOS OPONEMOS.** La parte carece de los elementos materiales probatorios que respalden que los supuestos daños alegados derivan de un acto negligente atribuible a los demandados, sumada a la inexistencia de la responsabilidad se suma la excesiva tasación de perjuicios que desbordan a todas luces los parámetros establecidos por el máximo órgano de la jurisdicción ordinaria.

CUARTA: NOS OPONEMOS.

QUINTA: NOS OPONEMOS.

SEXTA: NOS OPONEMOS.

4.6. NO OPONEMOS

SOLICITO que se declaren probadas las excepciones de mérito que más adelante formulo, y en consecuencia se absuelva al Demandado de las pretensiones de la Demandante.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO

4.1. AUSENCIA DE CULPA POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO Y ASISTENCIAL DE LA CLÍNICA META.

Rechazamos de plano que el Demandante pretenda atribuir el daño al actuar negligente de la Institución que represento a través de la atención en salud que se prestó al Paciente por los médicos vinculados a la Clínica Meta.

Para sustentar nuestra posición ante las afirmaciones de la parte Demandante procederemos a presentar verdaderos argumentos que dejan sin piso las pretensiones incoadas, los cuales trabajaremos en el siguiente orden:

1. Diligencia y cuidado en la prestación del servicio de salud.

Como quedará probado en el curso de este proceso el Demandado cumplió de manera diligente y oportuna con sus obligaciones contractuales como Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), de conformidad con las disposiciones contenidas en el Decreto 1485 de 1994 y artículo 185 de la Ley 100 de 1993.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tienen dentro de sus funciones la administración del sistema de salud, lo cual comprende entre otros, autorizar las ordenes que requieran los pacientes respecto a exámenes, cirugías, traslados, medicamentos, entre otros, por su parte las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) son las entidades encargadas de prestar los servicios de salud, siempre y cuando cuenten con las autorizaciones necesarias dadas al paciente por parte de la Entidades Promotoras de Salud (EPS).



**INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
CORRESPONDENCIA EXTERNA**

CÓDIGO	PPS
VERSIÓN	03
FR	85
FECHA	9/06/2023

En concordancia con lo anterior, puede concluirse que el Demandado no incumplió en ningún momento con sus obligaciones legales y contractuales, **el personal médico prestó la atención en salud conforme con los parámetros médicos y el nivel II de atención de la Institución**, por lo que no puede atribuirse a la misma ningún tipo de responsabilidad por acción u omisión.

Deberá tener en cuenta el Despacho que los médicos tratantes, son profesionales con una formación idónea para el cargo desempeñado además de contar con una reconocida experiencia profesional. Mi representada, cumplió con todos los parámetros legales para prestar servicios de salud, según la atención médica requerida por la Paciente.

El Demandado cuenta con la correspondiente habilitación por parte de la Secretaría de Salud del Meta para la prestación de servicios de salud como Institución Prestadora de Servicios (IPS) y para la prestación del servicio de urgencias, entre otros (**Anexo No. 1**).

Por el contrario, realizando un análisis sistemático de la historia clínica y sus soportes, evidencian que la prestación del servicio de salud en las Instalaciones de la Clínica Meta fue realizado adecuadamente ajustado al cuadro clínico con el que ingreso, la información recaudada en el interrogatorio realizado al Paciente y a los exámenes practicados, esto permitió brindar una atención ajustada a lo que el Paciente padecía en cada atención.

4.2. AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS ESENCIALES DE LA RESPONSABILIDAD PARA ACREDITAR UNA SUPUESTA FALLA EN EL SERVICIO DE SALUD POR PARTE DE LA CLÍNICA META.

La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y este. En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, la Sala ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance.

La Institución que represento **NO VULNERO NI DESCONOCIÓ** los derechos del Paciente, en las atenciones prestadas en cada uno de sus ingresos. Hemos sido claros e insistentes en exponer en esta contestación que al Paciente se le brindo la atención que requería ajustada a su cuadro clínico, a los síntomas que refería y al resultado de los exámenes realizados.

4.3 OBLIGACIÓN DEL PERSONAL MEDICO DE MEDIO Y NO DE RESULTADO.

Desde hace varias décadas nuestra jurisprudencia nacional ha adoptado la distinción entre obligaciones de medio y resultado, estableciendo que la obligación profesional del médico no es, por regla general, de resultado sino de medio. Hay quienes incluso consideraban que el concepto de *obligación de medio* se encontraba ínsito en el art. 1o de la Ley 23 de 1981,

cuando determina que el fin de la medicina es *cuidar* la salud del hombre⁴. Hoy en día la Ley 1438 de 2011 en su Art. 104, señala que la relación de asistencia en salud, que se genera entre el profesional de la salud y el usuario “*genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional*”.

El medico se compromete, entonces, a aplicar todos los medios que consagra la ciencia médica al servicio de un fin, curar al enfermo, pero no se obliga necesariamente a obtener dicho fin. Así, el médico, en principio, no está facultado para asegurar un determinado resultado, pues la curación no se puede asegurar en su totalidad, ni siquiera en aquellos eventos que corresponden a intervenciones medicas simples, pues para la jurisprudencia “el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece el cliente o de la no curación”⁵.

Debe tenerse en cuenta que en el caso de la medicina existen un gran número de sucesos impredecibles y de circunstancias y variables incontrolables, entre otras, la propia anatomía del hombre, las distintas reacciones fisiológicas, la multicausalidad de las enfermedades y lesiones, la variabilidad interpersonal. El organismo vivo, elemento material de la medicina, reacciona de modo autónomo, pues tiene su propia dinámica. El alea está siempre presente y esa dosis de incertidumbre que envuelve todavía la ciencia, impide que el médico garantice un resultado concreto⁶.

Pese a insistir en la naturaleza de las obligaciones de medios aplicables en estos casos, también hemos sido reiterativos en exponer el oportuno y correcto servicio de salud prestado al Paciente, ajustado a la sintomatología que presentaba en cada uno de sus ingresos a la Clínica Meta

4.4. EVENTUAL RECONOCIMIENTO DE PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES Y PATRIMONIALES DEBE SER ACORDE CON LOS LÍMITES JURISPRUDENCIALES Y DEBEN ESTAR PLENAMENTE PROBADOS

La jurisprudencia ha reconocido el daño moral como *petitumdoloris*, cuya tasación está atribuida al *arbitrio iudice*, reconociéndose esta clase de perjuicios conforme con los lineamientos jurisprudenciales, que han establecido un reconocimiento máximo de 100 SMLMV, perjuicios que en todo caso deberán estar probados.

Sobre este tema, ha señalado la Jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia del cinco (5) de mayo de 1999:

Corte Suprema de Justicia, 1990: “Para su cuantificación sigue imperando el prudente arbitrio judicial, que no es lo mismo que veleidad o capricho. Los topes numéricos que periódicamente viene indicando la Corte, no son de obligatorio cumplimiento para los juzgadores de instancia, pero sí representa una guía”. (CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Sentencia del.

⁴Chacón, Antonio. Fundamentos de responsabilidad médica. Una perspectiva iberoamericana del derecho médico. Medellín: Ediciones jurídicas Gustavo Ibáñez, 2003. p. 128.

⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 5 marzo 1940, M. P. Liborio Escallón. G. J. XLIX, pp. 116 y ss

⁶ Guzmán, Fernando y Franco, Eduardo. Aspectos probatorios de la responsabilidad civil médica. *Der. Col.*, Vol. 78, n. 444 (1998); p. 532. Para una profundización, Starck Boris, Roland Henri y Boyer Laurent. Les obligaciones. 2. Contrat. Paris: Litec, 1998. p. 409.

28 de febrero de 1990. M.P. Héctor Marín Naranjo. Gaceta judicial T. CC. p. 79). El que la juez una vez probada la existencia del daño moral deba fijar su cuantía no hace que la reparación sea ilimitada o dejada a la imaginación del juez ni significa que “esa clase de reparación sea ilimitada, bastándole por lo tanto a los demandantes, en un caso dado, reclamarla para dejarle el resto a la imaginación, al sentimiento o al cálculo generoso de los jueces llamados a imponer su pago. [...] toda vez que -para decirlo con palabras de la Corte “es apenas su cuantificación monetaria, y siempre dentro de restricciones caracterizadamente estrictas, la materia en la que al juzgador le corresponde obrar según su prudente arbitrio...” (C. S. J., auto de 13 de mayo de 1988 sin publicar). CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil, Sentencia de noviembre 25 de 1992, expediente 3382, M.P. Carlos Esteban Jaramillo S.

“(…) en el caso sub judice existía prueba psiquiátrica del dolor moral de la demandante, razón por la cual la corte otorgó una indemnización de diez millones de pesos, que en cierta forma rompe los límites tradicionalmente venía aplicando la corporación (…)”.

“(…)la indemnización del daño moral, más que ostentar un carácter resarcitorio propiamente dicho, cumple una función “satisfactoria”, (….) su cuantificación no puede quedar librada al solo capricho del juzgador; por el contrario, la estimación de esa especie de perjuicio debe atender criterios concretos como la magnitud o gravedad de la ofensa, el carácter de la víctima y las secuelas que en ella hubiese dejado el evento dañoso e, inclusive, en algunos casos, por qué no, la misma identidad del defensor, habida cuenta que ciertos sucesos se tornan más dolorosos dependiendo de quién los haya causado(…)la cuantificación del perjuicio moral no es asunto que la ley hubiese atribuido al antojo judicial (….) al pretender asentarlos sobre la veleidad del juez, se le despoja de su carácter técnico y acaba teniéndose como una merced ligada a criterios extrajurídicos como la compasión o la lástima. Por el contrario en la medida en que la indemnización del perjuicio moral sea examinada en su verdadera entidad y se advierta en ella la satisfacción de un daño real y cierto, podrá el sentenciador calcular adecuadamente su monto.

(…) los perjuicios morales subjetivos están sujetos a prueba, (…)”.

Los perjuicios morales pretendidos por el Demandante deberán estar debidamente probados, toda vez que no basta afirmar la existencia de estos para su reconocimiento.

Así mismo, en relación con los **PERJUICIOS PATRIMONIALES**, se debe partir del principio de la certeza del daño, y la culpa atribuible al Demandado. Aunado a lo anterior, se insiste en que la presente demanda carece de las pruebas idóneas para respaldar las pretensiones solicitadas en el escrito de demanda.

V. SOBRE LAS PRUEBAS

5.1. Documentales:

- 5.1.1. Habilitación por parte de la Secretaría de salud para la prestación de servicios de salud como IPS al Demandado. (Anexo No. 1).
- 5.1.2. Historia Clínica con notas de enfermería de la atención prestada al Paciente (Anexo No. 2).
- 5.1.3. Soportes de historia Clínica (Anexo No. 3)
- 5.1.4. Valoración TRIAGE Clínica Meta.
- 5.1.5. Literatura: *“Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares”*.
- 5.1.6. Literatura: *“Relación del tabaquismo como factor de riesgo para el tipo de evento coronario agudo (IAM vs. angina inestable) en 1.592 pacientes”*.

5.2. Testimoniales:

Solicito al Despacho, se llame a declarar a las siguientes personas las cuales hacen parte del personal médico y el equipo de enfermería, asesor y/o auditor del Demandante. Algunos de los llamados a declarar participaron de manera directa en la atención del Paciente; igualmente otros de los testigos, podrán brindar su conocimiento para esclarecer aspectos dentro de la atención medica prestada. Las personas que se solicitan sean llamadas a declarar, darán a conocer al Despacho las circunstancias de tiempo, modo y lugar como ocurrieron los hechos a partir de los cuales se instauró la acción o en su defecto nos ilustrarán sobre el origen de los eventos acaecidos, teniendo como soporte la HC.

Todos los testigos que se indican a continuación serán citados a través de este extremo procesal.

- DR. VÍCTOR GERARDINO SANGUINO – MEDICINA GENERAL
- DR. JORGE ANDRÉS ACUÑA BELTRÁN – MEDICINA INTERNA
- DR. OSCAR JULIÁN REYES CASTRO – MEDICINA GENERAL
- DR. NICANOR RODRÍGUEZ ALVARADO – MEDICINA GENERAL
- DR. JOSÉ WILSON DUQUE CRIOLLO – MEDICINA GENERAL

Así mismo solicito al Despacho se me permita participar en el interrogatorio de parte a los Demandados, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 220 y siguientes del Código General del Proceso.

VI. ANEXOS

Los Anexos relacionados en el acápite de pruebas.



**INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
CORRESPONDENCIA EXTERNA**

CÓDIGO	PPS
VERSIÓN	03
FR	85
FECHA	9/06/2023

VII. NOTIFICACIONES

Para efectos judiciales, en el presente proceso:

- Mi representada **INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.** recibirá notificaciones en la dirección calle 33 No. 36-50 Barrio El Barzal, Villavicencio, Meta y en el correo electrónico juridica@clinicameta.co.
- El suscrito **MELISSA JULIETH PINILLA OCAMPO**, recibiré notificaciones en la calle 33 No. 36-50 Barrio El Barzal, Villavicencio, Meta y en el correo electrónico jefe.juridica@clinicameta.co.

Del Honorable Señor Juez,

MELISSA JULIETH PINILLA OCAMPO

C.C. No. 1.026.266.231 de Bogotá
T.P. 252.678 del C.S. de la J.

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

SECRETARÍA DE SALUD DEL META .
GERENCIA DE CALIDAD INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS.
GERENTE DE CALIDAD INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS.

HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud INVERSIONES CLINICA DEL META S.A., en su sede de prestador CONSULTA EXTERNA CLINICA META del municipio de VILLAVICENCIO - departamento de META, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de SECRETARÍA DE SALUD DEL META y se considera inscrito como clase de prestador Instituciones - IPS y autorizado para prestar los siguientes servicios habilitados:

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:		5000100321 - INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.			
Ni:Nit / CC:Cédula	NI:892000401-7	Nombre o razón social:	INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.		
Fecha de inscripción:	2003/04/14	Fecha de vencimiento:	2022/08/31	Clase de prestador:	Instituciones - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Atención del Prestador:	
Empresa Social del Estado:	NO		Carácter Territorial de la Entidad:		
Representante Legal:	JORGE LUIS CRUZ VEGA		Dirección administrativa:	CALLE 33 NO. 36-50	
Telefono:	6614400 Ext 1199	Fax:		Email:	mbbustos@clinicameta.co
Municipio:	VILLAVICENCIO		Departamento:	META	

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

NOMBRE ACTO.	NÚMERO ACTO	FECHA ACTO	ENTIDAD QUE EXPIDE	CIUDAD QUE EXPIDE
MATRÍCULA MERCANTIL	0	0		VILLAVICENCIO

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMDD)

SEDE PRINCIPAL.

Código y Nombre Sede Principal:		500010032101 - INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.			
Dirección:	CALLE 33 NO. 36-50		Barrio:		
Telefono:	6614400 Ext 1199	Fax:		Email:	mbbustos@clinicameta.co
Gerente:	JORGE LUIS CRUZ VEGA		Fecha de Apertura:	2003/04/14	

Municipio:	VILLAVICENCIO	Departamento:	META
------------	---------------	---------------	------

SEDE CON SERVICIOS HABILITADOS.

Código y Nombre Sede:	500010032105 - CONSULTA EXTERNA CLINICA META		
Dirección:	CALLE 32 NO. 33-17 TERCER PISO	Barrio:	BARZAL
Telefono:	6614400	Fax:	6614400
		Email:	mbbustos@clanicameta.co
Gerente:	JORGE LUIS CRUZ VEGA	Fecha de Apertura:	2020/12/19
Municipio:	VILLAVICENCIO	Departamento:	META

ACREDITACIÓN EN SALUD PARA LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron registros de acreditación en salud para esta sede del prestador.

SERVICIOS DE SALUD HABILITADOS.

GRUPO SER	COD SER	NOMBRE SERVICIO	M-INT	M-EXT	M-UM	M-DM	M-JS	M-TEL	M-PR	M-PRTI	M-PRTNI	M-PRTE	M-PRTM	M-PRE	M-PRETE	M-PRETM	COMPL	FECHA APERTURA-(AAAAMDD)	DISTINTIVO
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263295
CONSULTA EXTERNA	302	CARDIOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263296
CONSULTA EXTERNA	303	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263297
CONSULTA EXTERNA	304	CIRUGÍA GENERAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263298
CONSULTA EXTERNA	306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263299
CONSULTA EXTERNA	308	DERMATOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263300
CONSULTA EXTERNA	316	GASTROENTEROLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263301
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOBSTERICIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263302
CONSULTA EXTERNA	326	MEDICINA FÍSICA Y DEL DEPORTE	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20210702	DHSS0158603
CONSULTA EXTERNA	327	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263303
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	B	20201219	DHSS0263304
CONSULTA EXTERNA	329	MEDICINA INTERNA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263305
CONSULTA EXTERNA	331	NEUMOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263306
CONSULTA EXTERNA	332	NEUROLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263307
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	B	20201219	DHSS0263308
CONSULTA EXTERNA	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263309
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	B	20201219	DHSS0263310
CONSULTA EXTERNA	355	UROLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263311
CONSULTA EXTERNA	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263312

CONSULTA EXTERNA	361	CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	SI	NO	M	20201219	DHSS026331												
CONSULTA EXTERNA	363	CIRUGÍA DE MANO	SI	NO	M	20201219	DHSS026331												
CONSULTA EXTERNA	366	CIRUGÍA DE TÓRAX	SI	NO	M	20201219	DHSS026331												
CONSULTA EXTERNA	367	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	SI	NO	M	20201219	DHSS026331												
CONSULTA EXTERNA	369	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	SI	NO	M	20201219	DHSS026331												
CONSULTA EXTERNA	387	NEUROCIRUGÍA	SI	NO	M	20201219	DHSS026331												
CONSULTA EXTERNA	411	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SI	NO	M	20201219	DHSS026331												
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	728	TERAPIA OCUPACIONAL	SI	NO	SC	20210702	DHSS015860												
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA	SI	NO	SC	20210702	DHSS015860												
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	742	DIAGNÓSTICO VASCULAR	SI	NO	M	20201219	DHSS026332												
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	SI	NO	M	20201219	DHSS026332												

CONVENCIONES:

M-INT: Modalidad Intramural	M-EXT: Modalidad Extraamural	M-UM : Modalidad Unidad Móvil	M-DOM: Modalidad Domiciliario	M-JS : Modalidad Jornada de Salud	M-TEL: Modalidad Telemedicina
M-PR : Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina	M-PRTI: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Interactiva	M-PRTNI: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina No Interactiva	M-PRTE: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telexperticia	M-PRTM: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telemonitoreo	M-PRE: Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina
M-PRETE: Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telexperticia	M-PRETE: Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telemonitoreo	COMPL : Complejidad. *SC: SIN COMPLEJIDAD			

SERVICIOS DE SALUD CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

HORARIOS DE LOS SERVICIOS (FORMATO HORA MILITAR) DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA		08:00A18:30	13:30A18:00	13:30A18:00			
CONSULTA EXTERNA	302	CARDIOLOGÍA				10:00A13:00	10:00A13:00		
CONSULTA EXTERNA	303	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR		14:00A18:00					
CONSULTA EXTERNA	304	CIRUGÍA GENERAL	07:00A18:00	14:00A18:00	07:00A11:00	08:00A11:00			
CONSULTA EXTERNA	306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA		14:00A17:00	14:00A17:00				
CONSULTA EXTERNA	308	DERMATOLOGÍA	07:00A08:00						
CONSULTA EXTERNA	316	GASTROENTEROLOGÍA					07:00A09:00		
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOBSTERICIA	07:00A12:00		14:00A19:00	07:00A18:00			
CONSULTA EXTERNA	326	MEDICINA FÍSICA Y DEL DEPORTE	07:00A17:00	07:00A17:00	07:00A17:00	07:00A17:00	07:00A17:00	08:00A13:00	
CONSULTA EXTERNA	327	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	14:00A18:00						
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	07:00A13:00	07:00A13:00	07:00A13:00	07:00A13:00	07:00A13:00		
CONSULTA EXTERNA	329	MEDICINA INTERNA	14:00A18:00		13:00A18:00	13:00A14:00	14:00A18:00		
CONSULTA EXTERNA	331	NEUMOLOGÍA		07:00A08:00					
CONSULTA EXTERNA	332	NEUROLOGÍA	10:00A12:00		15:00A18:30	15:00A18:30	15:00A18:30		
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	07:00A10:00						
CONSULTA EXTERNA	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	13:00A18:00	07:00A18:00	07:00A12:00	09:00A18:00			
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA			14:00A17:00				
CONSULTA EXTERNA	355	UROLOGÍA	07:00A09:00	12:00A18:00					
CONSULTA EXTERNA	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD			08:00A09:00				
CONSULTA EXTERNA	361	CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	08:00A10:00						
CONSULTA EXTERNA	363	CIRUGÍA DE MANO		07:00A11:00		07:00A11:00			
CONSULTA EXTERNA	366	CIRUGÍA DE TÓRAX	07:00A11:00						
CONSULTA EXTERNA	367	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL			07:00A11:00				
CONSULTA EXTERNA	369	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA					07:00A12:00		
CONSULTA EXTERNA	387	NEUROCIRUGÍA	08:00A11:00			11:00A14:00			

CONSULTA EXTERNA	411	CIRUGÍA MAXILOFACIAL			13:00A16:00				
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	728	TERAPIA OCUPACIONAL	07:00A17:00	07:00A17:00	07:00A17:00	07:00A17:00	07:00A17:00	08:00A13:00	
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA	07:00A17:00	07:00A17:00	07:00A17:00	07:00A17:00	07:00A17:00	08:00A13:00	
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	742	DIAGNÓSTICO VASCULAR	10:00A14:00	10:00A14:00	10:00A14:00	10:00A14:00	10:00A14:00		
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES				10:00A13:00	10:00A13:00		

ESPECIFICIDADES DE LOS SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron servicios con especificidades.

APOYO PRESTADORES REFERENCIA PARA TELEMEDICINA DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron registros de apoyo de prestadores referencia para telemedicina de la sede del prestador.

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
CONSULTORIOS	CONSULTA EXTERNA	14
SALAS	PROCEDIMIENTOS	3

DETALLE AMBULANCIAS.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

DETALLE UNIDADES MÓVILES.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de SECRETARÍA DE SALUD DEL META , de los formularios de inscripción, novedades y medidas de seguridad diligenciados por el prestador INVERSIONES CLINICA DEL META S.A., quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016, Resolución 3100 de 2019 y la norma que la modifique o sustituya, según corresponda.

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

SECRETARÍA DE SALUD DEL META,
GERENCIA DE CALIDAD INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS.
GERENTE DE CALIDAD INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS.

HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud INVERSIONES CLINICA DEL META S.A., en su sede de prestador INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. del municipio de VILLAVICENCIO - departamento de META, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de SECRETARÍA DE SALUD DEL META y se considera inscrito como clase de prestador Instituciones - IPS y autorizado para prestar los siguientes servicios habilitados:

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:		5000100321 - INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.			
Ni:Nit / CC:Cédula	Ni:892000401-7	Nombre o razón social:		INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.	
Fecha de inscripción:	2003/04/14	Fecha de vencimiento:	2022/08/31	Clase de prestador:	Instituciones - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Atención del Prestador:	
Empresa Social del Estado:	NO		Carácter Territorial de la Entidad:		
Representante Legal:	JORGE LUIS CRUZ VEGA		Dirección administrativa:	CALLE 33 NO. 36-50	
Telefono:	6614400 Ext 1199	Fax:		Email:	mbbustos@clinicameta.co
Municipio:	VILLAVICENCIO		Departamento:	META	

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

NOMBRE ACTO.	NÚMERO ACTO	FECHA ACTO	ENTIDAD QUE EXPIDE	CIUDAD QUE EXPIDE
MATRÍCULA MERCANTIL	0	0		VILLAVICENCIO

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMDD)

SEDE PRINCIPAL.

Código y Nombre Sede Principal:		500010032101 - INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.			
Dirección:	CALLE 33 NO. 36-50		Barrio:		
Telefono:	6614400 Ext 1199	Fax:		Email:	mbbustos@clinicameta.co
Gerente:	JORGE LUIS CRUZ VEGA		Fecha de Apertura:	2003/04/14	

Municipio:	VILLAVICENCIO	Departamento:	META
------------	---------------	---------------	------

SEDE CON SERVICIOS HABILITADOS.

Código y Nombre Sede:	500010032101 - INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.		
Dirección:	CALLE 33 NO. 36-50	Barrio:	
Telefono:	6614400 Ext 1199	Fax:	
		Email:	mbbustos@clinicameta.co
Gerente:	JORGE LUIS CRUZ VEGA	Fecha de Apertura:	2003/04/14
Municipio:	VILLAVICENCIO	Departamento:	META

ACREDITACIÓN EN SALUD PARA LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron registros de acreditación en salud para esta sede del prestador.

SERVICIOS DE SALUD HABILITADOS.

GRUPO SER	COD SER	NOMBRE SERVICIO	M-INT	M-EXT	M-UM	M-DOM	M-JS	M-TEL	M-PR	M-PRTI	M-PRTN	M-PRTE	M-PRTM	M-PRE	M-PRETE	M-PRETM	COMPL	FECHA APERTURA- (AAAAMDD)	DISTINTIVO
INTERNACION	105	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20161129	DHSS0263205
INTERNACION	107	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20151020	DHSS0263206
INTERNACION	108	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A	20061117	DHSS0263207
INTERNACION	110	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A	20061117	DHSS0263208
INTERNACION	120	CUIDADO BÁSICO NEONATAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20171023	DHSS0263209
INTERNACION	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A	20030414	DHSS0263210
INTERNACION	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A	20030414	DHSS0263211
QUIRÚRGICOS	202	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A	20201103	DHSS0263212
QUIRÚRGICOS	203	CIRUGÍA GENERAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS0263213
QUIRÚRGICOS	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS0263214
QUIRÚRGICOS	205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS0263215
QUIRÚRGICOS	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A	20030414	DHSS0263216
QUIRÚRGICOS	208	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS0263217
QUIRÚRGICOS	209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS0263218
QUIRÚRGICOS	210	CIRUGÍA ONCOLÓGICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A	20210524	DHSS0124195
QUIRÚRGICOS	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20061117	DHSS0263219
QUIRÚRGICOS	213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS0263220
QUIRÚRGICOS	214	CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20210209	DHSS0263221

QUIRÚRGICOS	215	CIRUGÍA UROLÓGICA	SI	NO	A	20030414	DHSS026322												
QUIRÚRGICOS	217	OTRAS CIRUGÍAS	SI	NO	M	20180402	DHSS026322												
QUIRÚRGICOS	227	CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA	SI	NO	A	20210524	DHSS012420												
QUIRÚRGICOS	231	CIRUGÍA DE LA MANO	SI	NO	M	20130510	DHSS026322												
QUIRÚRGICOS	232	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS	SI	NO	A	20210524	DHSS012420												
QUIRÚRGICOS	234	CIRUGÍA DE TÓRAX	SI	NO	A	20110317	DHSS026322												
QUIRÚRGICOS	235	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	SI	NO	M	20140903	DHSS026322												
QUIRÚRGICOS	237	CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA	SI	NO	A	20210524	DHSS012420												
QUIRÚRGICOS	245	NEUROCIRUGÍA	SI	NO	A	20161129	DHSS026322												
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA	SI	NO	M	20030414	DHSS026322												
CONSULTA EXTERNA	302	CARDIOLOGÍA	SI	NO	M	20030414	DHSS026322												
CONSULTA EXTERNA	304	CIRUGÍA GENERAL	SI	NO	M	20030414	DHSS026322												
CONSULTA EXTERNA	306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	SI	NO	M	20140903	DHSS026322												
CONSULTA EXTERNA	308	DERMATOLOGÍA	SI	NO	M	20070716	DHSS026322												
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA	SI	NO	B	20030414	DHSS023306												
CONSULTA EXTERNA	316	GASTROENTEROLOGÍA	SI	NO	M	20130510	DHSS026322												
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOBSTERICIA	SI	NO	M	20030414	DHSS026322												
CONSULTA EXTERNA	323	INFECTOLOGÍA	SI	NO	M	20171023	DHSS023306												
CONSULTA EXTERNA	327	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	SI	NO	M	20111020	DHSS026322												
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	SI	NO	B	20170920	DHSS026322												
CONSULTA EXTERNA	329	MEDICINA INTERNA	SI	NO	M	20030414	DHSS026322												
CONSULTA EXTERNA	331	NEUMOLOGÍA	SI	NO	M	20030414	DHSS026322												
CONSULTA EXTERNA	332	NEUROLOGÍA	SI	NO	M	20061117	DHSS026322												
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SI	NO	B	20030414	DHSS026324												
CONSULTA EXTERNA	337	OPTOMETRÍA	SI	NO	B	20180712	DHSS023306												
CONSULTA EXTERNA	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	SI	NO	M	20030414	DHSS026324												
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA	SI	NO	B	20030414	DHSS026324												
CONSULTA EXTERNA	355	UROLOGÍA	SI	NO	M	20030414	DHSS026324												
CONSULTA EXTERNA	361	CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	SI	NO	M	20140903	DHSS026324												
CONSULTA EXTERNA	363	CIRUGÍA DE MANO	SI	NO	M	20130510	DHSS026324												

CONSULTA EXTERNA	366	CIRUGÍA DE TÓRAX	SI	NO	M	20140903	DHSS0263246												
CONSULTA EXTERNA	367	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	SI	NO	M	20140903	DHSS0263247												
CONSULTA EXTERNA	369	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	SI	NO	M	20030414	DHSS0263248												
CONSULTA EXTERNA	372	CIRUGÍA VASCULAR	SI	NO	M	20210209	DHSS0263249												
CONSULTA EXTERNA	387	NEUROCIRUGÍA	SI	NO	M	20140903	DHSS0263250												
CONSULTA EXTERNA	407	MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	SI	NO	M	20090331	DHSS0263251												
CONSULTA EXTERNA	411	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SI	NO	M	20140903	DHSS0263252												
CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACIÓN	SI	NO	B	20161229	DHSS0263253												
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO	SI	NO	SC	20171116	DHSS0263254												
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI	NO	SC	20171116	DHSS0263255												
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	SI	NO	M	20030414	DHSS0263256												
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	717	LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	SI	NO	SC	20090331	DHSS0263257												
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	726	TERAPIA OCUPACIONAL	SI	NO	SC	20181003	DHSS0263258												
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	729	TERAPIA RESPIRATORIA	SI	NO	SC	20140903	DHSS0263259												
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	731	LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA	SI	NO	SC	20140903	DHSS0263260												

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA	SI	NO	SC	20140903	DHSS026326														
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	742	DIAGNÓSTICO VASCULAR	SI	NO	M	20210209	DHSS026326														
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	743	HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO	SI	NO	A	20110317	DHSS026326														
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	SI	NO	M	20130510	DHSS026326														
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	SI	NO	M	20140903	DHSS026326														
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL	SI	NO	M	20171116	DHSS026326														
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	747	PATOLOGIA	SI	NO	M	20030414	DHSS026326														
ATENCIÓN INMEDIATA	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	SI	NO	M	20030414	DHSS026326														
ATENCIÓN INMEDIATA	1102	URGENCIAS	SI	NO	M	20030414	DHSS026326														

CONVENCIONES:

M-INT: Modalidad Intramural

M-EXT: Modalidad Extraamural

M-UM : Modalidad Unidad Móvil

M-DOM: Modalidad Domiciliario

M-JS : Modalidad Jornada de Salud

M-TEL.: Modalidad Telemedicina

M-PR : Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina

M-PRTI: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Interactiva

M-PRTNI: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina No Interactiva

M-PRTE: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telexperticia

M-PRTM: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telemonitoreo

M-PRE: Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina

M-PRETE: Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telexperticia

M-PRETE: Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telemonitoreo

COMPL : Complejidad. *SC: SIN COMPLEJIDAD

SERVICIOS DE SALUD CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

HORARIOS DE LOS SERVICIOS (FORMATO HORA MILITAR) DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
INTERNACIÓN	105	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	00:00A23:59						
INTERNACIÓN	107	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	00:00A23:59						
INTERNACIÓN	108	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	00:00A23:59						
INTERNACIÓN	110	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	00:00A23:59						
INTERNACIÓN	120	CUIDADO BÁSICO NEONATAL	00:00A23:59						
INTERNACIÓN	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	00:00A23:59						
INTERNACIÓN	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	00:00A23:59						
QUIRÚRGICOS	202	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR						07:00A19:00	
QUIRÚRGICOS	203	CIRUGÍA GENERAL	00:00A23:59						
QUIRÚRGICOS	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	00:00A23:59						
QUIRÚRGICOS	205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	07:00A23:00						
QUIRÚRGICOS	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	00:00A23:59						
QUIRÚRGICOS	208	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA				07:00A11:00			
QUIRÚRGICOS	209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA					07:00A09:00		
QUIRÚRGICOS	210	CIRUGÍA ONCOLÓGICA	13:00A19:00					07:00A13:00	
QUIRÚRGICOS	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	00:00A23:59						
QUIRÚRGICOS	213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	07:00A23:00						
QUIRÚRGICOS	214	CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA					10:00A13:00		
QUIRÚRGICOS	215	CIRUGÍA UROLÓGICA	00:00A23:59						
QUIRÚRGICOS	217	OTRAS CIRUGÍAS						07:00A13:00	

QUIRÚRGICOS	227	CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA		13:00A19:00				07:00A13:00	
QUIRÚRGICOS	231	CIRUGÍA DE LA MANO		13:00A19:00			07:00A19:00		
QUIRÚRGICOS	232	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS		13:00A19:00				07:00A13:00	
QUIRÚRGICOS	234	CIRUGÍA DE TÓRAX					07:00A13:00		
QUIRÚRGICOS	235	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	00:00A23:59						
QUIRÚRGICOS	237	CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA						07:00A13:00	
QUIRÚRGICOS	245	NEUROCIRUGÍA	00:00A23:59						
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA	07:00A08:00						
CONSULTA EXTERNA	302	CARDIOLOGÍA	08:00A09:00						
CONSULTA EXTERNA	304	CIRUGÍA GENERAL		08:00A09:00					
CONSULTA EXTERNA	306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA			09:00A10:00				
CONSULTA EXTERNA	308	DERMATOLOGÍA			10:00A11:00				
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA				09:00A10:00			
CONSULTA EXTERNA	316	GASTROENTEROLOGÍA				10:00A11:00			
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOBSTERICIA					10:00A11:00		
CONSULTA EXTERNA	323	INFECTOLOGÍA						08:00A09:00	
CONSULTA EXTERNA	327	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN					11:00A12:00		
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	00:00A23:59						
CONSULTA EXTERNA	329	MEDICINA INTERNA	07:00A08:00						
CONSULTA EXTERNA	331	NEUMOLOGÍA	08:00A09:00						
CONSULTA EXTERNA	332	NEUROLOGÍA		07:00A08:00					
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA		08:00A09:00					
CONSULTA EXTERNA	337	OPTOMETRÍA		14:00A16:00					
CONSULTA EXTERNA	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA			10:00A11:00				
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA				09:00A10:00			
CONSULTA EXTERNA	355	UROLOGÍA				10:00A11:00			

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA	07:00A19:00						
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	742	DIAGNÓSTICO VASCULAR		07:00A17:00			07:00A19:00		
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	743	HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO	07:00A19:00		07:00A19:00		07:00A19:00		
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	00:00A23:59						
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	00:00A23:59						
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL	00:00A23:59						
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	747	PATOLOGÍA	07:30A17:00	07:30A17:00	07:30A17:00	07:30A17:00	07:30A17:00		
ATENCIÓN INMEDIATA	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	00:00A23:59						
ATENCIÓN INMEDIATA	1102	URGENCIAS	00:00A23:59						

ESPECIFICIDADES DE LOS SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	ESPECIFICIDAD
QUIRÚRGICOS	203	CIRUGÍA GENERAL	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	TRASPLANTE DE PIEL
QUIRÚRGICOS	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	TRASPLANTE OSTEOMÚSCULAR
QUIRÚRGICOS	208	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	210	CIRUGÍA ONCOLÓGICA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	210	CIRUGÍA ONCOLÓGICA	TRASPLANTE DE PIEL
QUIRÚRGICOS	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS

QUIRÚRGICOS	213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	TRASPLANTE DE PIEL
QUIRÚRGICOS	214	CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	215	CIRUGÍA UROLÓGICA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	217	OTRAS CIRUGÍAS	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	227	CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA	TRASPLANTE DE PIEL
QUIRÚRGICOS	227	CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA	TRASPLANTE OSTEOMÚSCULAR
QUIRÚRGICOS	231	CIRUGÍA DE LA MANO	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	232	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS	ATENCIÓN PACIENTE ONCOLÓGICO
QUIRÚRGICOS	232	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	234	CIRUGÍA DE TÓRAX	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	235	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	237	CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	237	CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA	TRASPLANTE DE PIEL
QUIRÚRGICOS	245	NEUROCIRUGÍA	TRASPLANTE DE PIEL

APOYO PRESTADORES REFERENCIA PARA TELEMEDICINA DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron registros de apoyo de prestadores referencia para telemedicina de la sede del prestador.

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
CAMAS	PEDIÁTRICA	4
CAMAS	ADULTOS	55
CAMAS	TPR	9
CAMAS	INCUBADORA INTERMEDIA NEONATAL	5
CAMAS	INTERMEDIA ADULTOS	1
CAMAS	INCUBADORA INTENSIVA NEONATAL	8
CAMAS	INTENSIVA ADULTOS	15
CAMAS	INCUBADORA BÁSICO NEONATAL	3
CAMILLAS	OBSERVACIÓN ADULTOS HOMBRES	20
CAMILLAS	OBSERVACIÓN ADULTOS MUJERES	23
CAMILLAS	OBSERVACIÓN PEDIÁTRICA	6
CONSULTORIOS	URGENCIAS	6
CONSULTORIOS	CONSULTA EXTERNA	4
SALAS	SALA DE CIRUGÍA	6
SALAS	PARTOS	1
SALAS	PROCEDIMIENTOS	1

DETALLE AMBULANCIAS.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

DETALLE UNIDADES MÓVILES.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de SECRETARÍA DE SALUD DEL META , de los formularios de inscripción, novedades y medidas de seguridad diligenciados por el prestador INVERSIONES CLINICA DEL META S.A., quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016, Resolución 3100 de 2019 y la norma que la modifique o sustituya, según corresponda.

Dada el día miércoles 08 de septiembre de 2021 (4:15 p. m.).



ZANDRA YARLEY ROJAS BONILLA.

GERENTE DE CALIDAD INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario del ente territorial: 50000reps05

Impreso por el usuario del ente territorial: 50000reps05

Versión 3.0.

Fecha de impresión: miércoles 08 de septiembre de 2021 (4:15 p. m.).

HISTORIA CLINICA

Imprime:DEIC 26/01/2023 08:33

Nombre:RODRIGUEZ QUEVEDO HENRY CC 17,324,830 - 01-000046

Fecha Ingreso: Abr. 11/2019	Hora:02:25	Fecha de egreso: Abr. 12/2019	Hora:11:24	Grp Sang=O Rh=+
Edad: A055 F.Nac:21/05/1963	Sexo:Masc	E.Civil:CASADO	Dir:CRA 45 C N 19-21 SUR	VILLAVICENCIO
Teléfono: 3143550191	Tipo Afiliación: SIN DETERMINAR Acompañante:		Tel. Acompañante:	
Entidad:SALUD TOTAL EPS-S S.A..		OCUPAC:PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION		
Etnia: NO APLICA				
hab CA09 P234646 PROMOCION Y PREVENCIÓN			TRIAGE: 2 Sucursal:01 Folio:000046	

PROCEDENCIA :

VILLAVICENCIO

MOTIVO DE CONSULTA:

MUCHO DOLOR

ENFERMEDAD ACTUAL :

EN COMPAÑIA DE SU HIJO (HENRY RODRIGUEZ) PACIENTE QUIEN CONSULTA EN HRAS DE ELA MAÑANA POR DOLOR ABDOMINAL, ASOCIADO A DISNEA DAN EGRESO CON FORMULACION AMBULATORIO. EN EL MOMENTO CON CC DE 30 MIN DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DISNEA, DIAFORESIS, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, POSTERIOR A FUMAR CIGARRILLO. SE PASA A SALA DE REANIMACION CON SO2: 90% AMBIENTE, MUY ALGICO, NO SE LOGRA TOMAR EKG , SE ADMINISTRA TRAMADOL 50MG SC Y PUFF DE B. IPRATROPIO, O2 CANULA NASAL 2LT / MIN.

ANTECEDENTES

- FAMILIARES:
- MEDICO-QUIRURGICOS:DM2 NIR
- FARMACOLOGICOS:
- TOXICOLOGICOS:FUMADOR PESADO
- TRAUMATOLOGICOS:
- OCUPACIONALES:

ANTECEDENTES GENERALES

- FAMILIARES:
- FAMILIARES:
- MEDICO-QUIRURGICOS:DM2 NIR

ALERGICOS:

NIEGA

EXAMEN FISICO

T. Arter	T. Med	Fr. Card	Fr.Resp	Tempe	So2	Pvc	Peso	Talla	I.M.C	Sp.Corp	Per. Tor	Per. Abdo	Per.muñ	Glasgow
130/080	097	110 Imp	025 rpm	36.80°	098%	00	65.00 KI	160cm	25.39	1.65m2				15/15

OBESIDAD CENTRAL: NO

CLASIFICACION IMC: PACIENTE CON SOBREPESO

CABEZA Y CUELLO: NO MASAS , VIA AERA SUPERIOR PERMEABLE

TORAX: NORMOEXPANDIBLE

CARDIOPULMONAR: SIN AGREGADOS BASALES, RESPIRACION RUDA

ABDOMEN: NO SE PUEDE VALORAR POR INQUIETUD DEL PACIENTE

COLUMNA:

GENITO/URINARIO: NE

EXTREMIDADES: SIN EDEMAS

NEUROLOGICO: G: 15/15

HISTORIA CLINICA

Imprime:DEIC 26/01/2023 08:33

Nombre:RODRIGUEZ QUEVEDO HENRY CC 17,324,830 - 01-000046

PIEL: APLIDEZ GENERALIZADA - DIAFORESIS

DIAGNOSTICO :

R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

R060 DISNEA

ANALISIS

PACIENTE ALGICO, NO PERMITE VALORAICON ADECUADA SE MUEVE DE FORMA EXAGERADA, SE ORDENA MEDICAIC ON CON TRAMADOL, B. IPRATROPIO, O2 CANULA NAZAL. SE CONSIDERA TOMA DE PARACLINCIOS PARA CORRELA CIONAR SINTOMATOLOGIA.

HIJO DEL PTE REFIERE PREVIA VALORAICON POR MEDICO TRATANTE DONDE ADVIERTE SOBRE SU CONSUMO DE C IGARRILLO.

OBSERVACION URGENCIAS

NVO

O2 CANULA NASAL

SSNA 0.9% BOLO DE 500 CC CONTINUAR 70 CC HRA

TRAMADOL 50MG SC YA ADMINISTRADOS

SS/ HEMOGRAMA - UROANALISIS - GLICEMIA - EKG - TROPONINAS

REVALORAR

CSV AC

TIPO DE DIAGNOSTICO: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

CAUSA : ENFERMEDAD GENERAL

P & P : S

FINALIDAD : NO APLICA

SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO

SINTOMATICO PIEL : NO

VICTIMA DE MALTRATO : NO

VICTIMA DE VIOLENCIA : NO

ENFERMEDAD MENTAL : NO

ENFERMEDAD ITS : NO

RELACION ALBUMINA/CREATIN .00

ERC:



Fernando Zambrano M.
Médico General
R.M. 1121843607

ATENDIDO POR: ZAMBRANO MORALES LEONEL FERNAN Reg. 1121843607
MEDICINA FAMILIAR

Abr. 11/2019 03:59 evoluciono ZAMBRANO MORALES LEONEL FERNAN MEDICO GENERAL

NOTA : MEDICO GENERAL URGENCIAS

EKG: RS R-R REGULAR FC: 110LPM SE EVIDENCIA SUPRADESNIVEL DEL ST EN V3-V4-V5- SUGESTIVO DE INFARTO CARA ANTEROLATERAL.

SE CONSIDERA INICIAR MANEJO ANTIAGREGANTE. DOSIS CARGA: PENDIENTE TROPOININA

ASA 300MG VO MASTICADOS

CLOPIDROGUEL 300MG VO

AORVASTATINA 80MG VO

HISTORIA CLINICA

Imprime:DEIC 26/01/2023 08:33

Nombre:RODRIGUEZ QUEVEDO HENRY CC 17,324,830 - 01-000046

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :

R104 OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
R060 DISNEA

ESTADO DE GRAVIDEZ: NO APLICA
CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
ESTADO SALIDA: OBSERVACION PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO
SINTOMATICO DE PIEL: NO
VICTIMA DE MALTRATO: NO
VICTIMA DE VIOLENCIA: NO
ENFERMEDAD MENTAL: NO
ENFERMEDAD ITS: NO



Fernando Zambrano M.
Médico General
R.M. 1121843607

ZAMBRANO MORALES LEONEL FERNAN id: 1121,843,607 REG:1121843607 MED. GENERAL

Tipo Afil:SIN DETERMINAR

Abr. 11/2019 05:30 evoluciono GERARDINO SANGUINO VICTOR ALFO MEDICO GENERAL

NOTA : MEDICO GENERAL URGENCIAS
REVALORO A PACIENTE CON REPORTE DE LABORATORIOS.
HEMOGRAMA. LEU. 8500 NEU. 46.5 % LIN. 45.5% HB. 12.2 GR/DL HTO. 35.9 % PLT. 273.000 NORMAL.
TROPONINA I. 2.89 POSITIVO
GLICEMIA. 292 MG/DL
S// DISNEA Y TOS
O// TA. 102/66 FC. 78 FR. 24 T. 36.3 SatO2. 94 % FIO2 28 % GLU. 285 MG/DL
CCC. NORMOCEFALO, PINRAL, MOH, CUELLO MOVIL NO DOLOROSO, NO SIGNOS MENINGEOS.
CR. RSCRS NO SOPLOS, RSRS CON ESTERTORES EN BASES PULMONARES, TAQUIPNEICO.
ABD. BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO NO MASAS NI MEGALIAS, RSIS +, NO SIP.
GU. NORMOCONFIGURADO
EXT. EUTROFICAS NO EDEMA
NEURO. GLASGOW 15/15 NO FOCALIZADO, SIN DEFICIT APARENTE.
IDX.
- IAM CEST DE CARA ANTEROLATERAL KK III TIMI SCORE DE 5 GRACE 139
- EDEMA PULMONAR
- DM TIPO 2 NO CONTROLADA
- FUMADOR PESADO
ANALISIS. PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL QUIEN CURSA CON IAM CEST FUERA DE VENTANA PUES DESDE HACE 1 DIA PACIENTE HA PRESENTADO PRESENTACION ATIPICA DADO POR DOLOR EN EPIGASTRIO QUE IRRADIA A MANDIBULA Y ASOCIADO A DISNEA, EN EL MOMENTO

HISTORIA CLINICA

Nombre:RODRIGUEZ QUEVEDO HENRY CC 17,324,830 - 01-000046

CON TROPONINA ´POSITIVA Y EDEMA PULMONAR CLINICO SECUNDARIO POR LO CUAL SE INDICA MANEJO CON NTG ENDOVENOSA A DOSIS BAJAS, FUROSEMIDA POR HORARIO, MANEJO ANTIISQUEMICO Y ANTITROMBOTICO PLENO, SS TRASLADO A UCI PARA MONITORIZACION CONTINUA ANTE RIESGO DE ARRITMIA FATAL Y O MUERTE SUBITA Y SS URGENTE REALIZACION DE CATETERISMO CARDIACO, SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR ESTADO ACTUAL Y DICEN ACEPTAR Y ENTENDER, SE REALIZA ESCALA DE GRACE CONSIDERANDO VALOR DE CREATININA NORMAL.

PLAN.

- MONITORIZACION CONTINUA
 - O2 X CN PARA SaT02 MAYOR A 94 %
 - SSN 0.9 % 40 CC HORA
 - NTG 0.125 MCG/KG/MIN TITULABLE SEGUN TAM
 - ASA 300 MG VO YA ADMINISTRADO LUEGO 100 MG VO CADA DIA
 - CLOPIDOGREL 300 MG VO YA ADMINISTRADO LUEGO 75 MG VO CADA DIA
 - ATORVASTATINA 40 MG VO CADA DIA
 - ENOXAPARINA 75 MG SC CADA 12 HRS
 - MORFINA 3 MG IV CADA 4 HRS
 - FUROSEMIDA 40 MG IV AHORA LUEGO 20 MG IV CADA 6 HRS
 - INSULINA NPH 8 UI SC DIA
 - INSULINA CRISTALINA 4 UI SC AHORA
 - RANITIDINA 50 MG IV CADA 8 HRS
 - SS BUN, CREATININA, TPT, TP
 - SS RX DE TORAX
 - SS ECOCARDIOGRAMA TT
 - SS CATETERISMO CARDIACO URGENTE
 - SS REMISION A UCI POR NO DISPONIBILIDAD
- TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :

I219 INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION

ESTADO DE GRAVIDEZ: NO APLICA
CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
ESTADO SALIDA: OBSERVACION PERS. ATIENDE: MEDICO GENERAL
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO
SINTOMATICO DE PIEL: NO
VICTIMA DE MALTRATO: NO
VICTIMA DE VIOLENCIA: NO
ENFERMEDAD MENTAL: NO
ENFERMEDAD ITS: NO



Victor A. Gerardino
Medico General
UNIMAGDALENA
C.C. 85.155.395

HISTORIA CLINICA

Imprime:DEIC 26/01/2023 08:33

Nombre:RODRIGUEZ QUEVEDO HENRY CC 17,324,830 - 01-000046

Tipo Afil:SIN DETERMINAR

Abr. 11/2019 06:42 evoluciono GERARDINO SANGUINO VICTOR ALFO MEDICO GENERAL

NOTA : MEDICO GENERAL

URGENCIAS

PACIENTE CON DX ANOTADOS EN EL MOMENTO CON DISNEA MARCADA,

DESATURADO 75 % CON FIO2 AL 28 % POR LO CUAL SE INDICA VENTILACION MECANICA NO INVASIVA PARA MA
NEJO.

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :

I219 INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION

R060 DISNEA

ESTADO DE GRAVIDEZ: NO APLICA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL

ESTADO SALIDA: OBSERVACION PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO

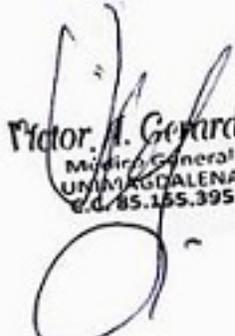
SINTOMATICO DE PIEL: NO

VICTIMA DE MALTRATO: NO

VICTIMA DE VIOLENCIA: NO

ENFERMEDAD MENTAL: NO

ENFERMEDAD ITS: NO



Victor A. Gerardino
Medico General
UNIMAGDALENA
C.C. 85.155.395

GERARDINO SANGUINO VICTOR ALFO id: 85,155,395 REG:649 MEDICINA DE URGENCIAS Y D

Tipo Afil:SIN DETERMINAR

Abr. 11/2019 08:34 evoluciono ACUÑA BELTRAN JORGE ANDRES MEDICINA INTERNA id: 80,773,473

NOTA : MEDICINA INTERNA

URGENCIAS

8:35 a. m. 11/04/2019

NOTA MEDICINA INTERNA

Paciente con antecedentes de diabetes mellitus

ingresa por dolor toracico

fumador cronico pesado

EKG con supradesnivel cara anterior

ingreso con edema pulmonar hipertensivo en manejo con NTG 0.25 mcg/kg/min, en manejo con VNI si

n embargo con tendencia a hipoxemia 88%-90% con PAFI 148, hipoxemico, con acidosis respiratoria

con ttno de O2.

cifras tensionales moduladas

FC 78

paciente monitorizado en sala de reanimacion

somnoliento, no mantienene la mirada, sin sedacion

HISTORIA CLINICA

Imprime:DEIC 26/01/2023 08:33

Nombre:RODRIGUEZ QUEVEDO HENRY CC 17,324,830 - 01-000046

Ausculta pulmonar con crepitos universales, sin tirajes

sin peritonismo aparente

duress +

sin edema perifeirco

paciente con IAM KK III hemodinamicaente inestable, en manejo con NTG, en manejo con VNI sin em bargo con tendencia a hipoxemia, hiperlactatemia, persistencia de acidosis respiratoria y somno lecia. Considero viabilidad de IOT.

explco a hermana posiles riesgos fatales y complicaicones, dice entender y desear hablar con hi ja de paciente.

solicitar UCI

rom igual

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :

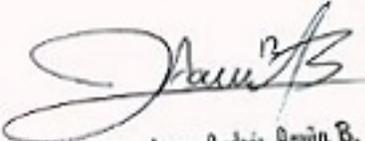
I219 INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION

R060 DISNEA

ESTADO DE GRAVIDEZ: NO APLICA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL

ESTADO SALIDA: VIVO (a) PERS.ATIENDE: MEDICINA INTERNA



Dr. Jorge Andrés Acuña B.
CC. 80773473
Medicina Interna - U. Bosque

ACUÑA BELTRAN JORGE ANDRES id: 80,773,473 REG:5010798 MEDICINA INTERNA

Tipo Afil:SIN DETERMINAR

Abr. 11/2019 10:50 evoluciono REYES CASTRO OSCAR JULIAN MEDICO GENERAL id: 86,067,617

NOTA : MEDICO GENERAL URGENCIAS

PACIENTE MASCULINO DE 55 AÑOS CON DX DE :

- .
- IAM CEST DE CARA ANTEROLATERAL KK III TIMI SCORE DE 5 GRACE 139
- EDEMA PULMONAR
- DM TIPO 2 NO CONTROLADA
- FUMADOR PESADO
- .
- .

REFIERE PERSISTIR CON DISNEA Y OPRESION

AL EF PACIENTE CON FC: 90 FR: 16 TA : 80/40 T: 36.5

C/C: MUCOSAS HUMEDAS NORMOCROMICAS , PINRAL

C/P: RSCRSRS SIN SOPLOS NI AGREGADOS

TRABAJO VENTILATORIO MARCADO , SIN MEJORIA CON LOS CICLOS DE NO INVASIVA , ESTERTORES EN BASES

ABD. B/D NO DOLOROSO RSIS +, NO SIP

HISTORIA CLINICA

Nombre:RODRIGUEZ QUEVEDO HENRY CC 17,324,830 - 01-000046

EXT: NORMAL, PULSOS +, , EDEMA GRADO I
NEURO SOMNOLIENTO , GCS 14/15

ANALISIS.

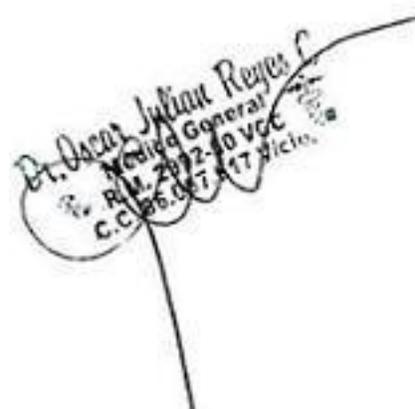
PACIENTE CON IAM CEST FUERA DE VENTANA CON TROPONINA ´POSITIVA Y EDEMA PULMONAR SECUNDARIO , QUIEN HA SIDO MANEJADO CON ANTISQUEMICO Y VENTILACION MECANICA NO INVASIVA SIN MEJORIA , AUN EN G ASIMETRIA CON TRASTORNO SEVERO DE LA OXIGENACION , PERSISTE HIPOTENSO EN CHOCK CARDIOGENICO , SE DECIDE POR AHORA SUSPENDER NITROGLICERINA , SE INICIA SOPORTE CON NOREPINEFRINA , SE DECIDE REALIZACION DE INTUBACION OROTRAQUEAL PREVIA SEDOANALGESIA Y RELAJACION CON MIDAZOLAM , FENTANYL Y PANCURONIO, E INICIO DE VENTILACION MECANICA INVASIVA , SE INICIA SEDOANALGESIA Y SE CONTINUA TRAMITE DE REMISION A UCI POR NO DISPONIBILIDAD DE CAMAS EN LA INSTITUCION . SE COMENTO MCON HEMODINAMIA Y REALIZARA CATETERISMO CARDIACO HOY A LA 1 PM

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :

I213 INFARTO TRANSMURAL AGUDO DEL MIOCARDIO, DE SITIO NO ESPECIFICADO

ESTADO DE GRAVIDEZ: NO APLICA
CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
ESTADO SALIDA: OBSERVACION PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO
SINTOMATICO DE PIEL: NO
VICTIMA DE MALTRATO: NO
VICTIMA DE VIOLENCIA: NO
ENFERMEDAD MENTAL: NO
ENFERMEDAD ITS: NO



REYES CASTRO OSCAR JULIAN id: 86,067,617 REG:86067617 MED. GENERAL

Tipo Afil:SIN DETERMINAR

Abr. 11/2019 12:14 evoluciono REYES CASTRO OSCAR JULIAN MEDICO GENERAL id: 86,067,617

NOTA : MEDICO GENERAL URGENCIAS
12:15 p. m. 11/04/2019

REVISTA MEDICINA INTERNA

PACIENTE MASCULINO DE 55 AÑOS CON DX DE :

- IAM CEST DE CARA ANTEROLATERAL KK III TIMI SCORE DE 5 GRACE 139, CON ELEVACION DEL ST FUERA DE VENTANA DE TROMBOLISIS

HISTORIA CLINICA

Imprime:DEIC 26/01/2023 08:33

Nombre:RODRIGUEZ QUEVEDO HENRY CC 17,324,830 - 01-000046

- EDEMA PULMONAR
- DM TIPO 2 NO CONTROLADA
- FUMADOR PESADO
- SHOCK CARDIOGENICO
- FALLA VENTILATORIA AGUDA

PACIENTE QUIEN PRESENTO FALLA VENTILATORIA Y REQUIRIO VENTILACION MECANICA INVASIVA , ADEMAS CON SHOCK CARDIOGENICO QUE EN EL MOMENTO REQUIERE SOPORTE VASOACTIVO CON NOREPINEFRINA .

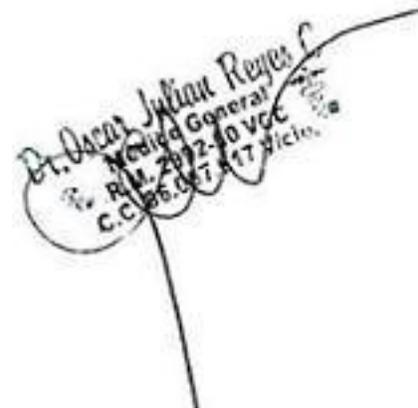
REQUIERE DE FORMA VITAL - URGENTE REALIZACION INMEDIATA DE CATETERISMO CARDIACO Y EN LO POSIBLE ANGIOPLASTIA

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :

I213 INFARTO TRANSMURAL AGUDO DEL MIOCARDIO, DE SITIO NO ESPECIFICADO

ESTADO DE GRAVIDEZ: NO APLICA
CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
ESTADO SALIDA: OBSERVACION PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO
SINTOMATICO DE PIEL: NO
VICTIMA DE MALTRATO: NO
VICTIMA DE VIOLENCIA: NO
ENFERMEDAD MENTAL: NO
ENFERMEDAD ITS: NO



REYES CASTRO OSCAR JULIAN id: 86,067,617 REG:86067617 MED. GENERAL

Tipo Afil:SIN DETERMINAR

Abr. 11/2019 13:30 evoluciono RODRIGUEZ ALVARADO NICANOR MEDICO GENERAL id: 7,787,585

NOTA : MEDICO GENERAL URGENCIAS

1:33 p. m. 11/04/2019

EVOLUCION MEDICINA GENERAL TARDE

PACIENTE MASCULINO DE 55 AÑOS CON DX DE :

IAM CEST DE CARA ANTEROLATERAL KK III TIMI SCORE DE 5 GRACE 139, CON ELEVACION DEL ST FUER

A DE VENTANA DE TROMBOLISIS

EDEMA PULMONAR

DM TIPO 2 NO CONTROLADA

FUMADOR PESADO

SHOCK CARDIOGENICO

HISTORIA CLINICA

Imprime:DEIC 26/01/2023 08:33

Nombre:RODRIGUEZ QUEVEDO HENRY CC 17,324,830 - 01-000046

FALLA VENTILATORIA

FC 74 TA 120/84 SAO2 94% TEM 36.4

BAJO EFECTS DE SEDOANALGESIA MIDAZOLAM FENTNAILO REACTIVO MOVILIZA LAS CUATRO EXTREMIDADES PU

PILAS 3 MM REACTIVAS NO RIGUIDES NUCAL

MUCOSAS HUMEDSA TUBO ORTRAQUEAL FUNSIONAL

TORAX SIMETRICO CON ESTERTORES BASALES CON DISMINUCION DE MURMULLO VESICULAR ACOPLADO A VENTILA
CION INVASIVA

RUIDOS CARDIACOS RITMICO REGULARES SOPLO MITRAL SOPORTADO CON NOREPINEFRINA CON TENSOIENS CON
TROLADAS EUPERFUNDIDO

ABDOMEN NO PERITONISMO NO MASAS NO MEGALIAS

DIURESIS POR SONDA VESICAL ORINA CLARA

MOVILIZA LAS CUATRO EXTREMIDADES

PACINETE CON IAMCEST FUERA DE VENTANA TROMBOLITICA CON CHOQUE CARDIOGENICO SECUNDARIO SOPOTADO

VENTILATORIA Y HEMODINAMICA MENTE EN MALAS CONDICIONES CLINICAS EN TERAPIA MULTISOPOTE EN ESPE

RA DE LLMAD DE SALAS DE HEMODINAMIA PARA CATETERISMO

PRONOSTICO RESERVADO DADA LA COMPLEJIDAD DE SUS PATOLOIGAS LATO REISGO DE MUERTE SUBITA Y ARRIT
MIA COLAPSANTE

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :

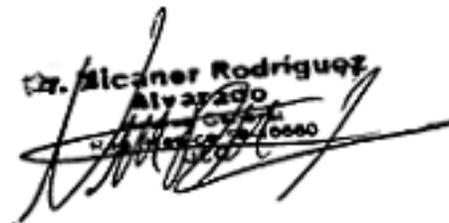
I219 INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION

R570 CHOQUE CARDIOGENICO

J960 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

ESTADO DE GRAVIDEZ: NO APLICA
CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
ESTADO SALIDA: VIVO (a) PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO
SINTOMATICO DE PIEL: NO
VICTIMA DE MALTRATO: NO
VICTIMA DE VIOLENCIA: NO
ENFERMEDAD MENTAL: NO
ENFERMEDAD ITS: NO



Dr. Nicanor Rodriguez
Alvarado
17324830-01000046

RODRIGUEZ ALVARADO NICANOR id: 7,787,585 REG:50-10660 MEDICINA DE URGENCIAS Y D

Tipo Afil:SIN DETERMINAR

Abr. 11/2019 15:11 evoluciono MOREAU ROQUETT NAILY DEL CLARE MEDICO GENERAL

NOTA : MEDICO GENERAL HEMODINAMIA

NOTA DURANTE PROCEDIMIENTO DE HEMODINAMICA:

HISTORIA CLINICA

Imprime:DEIC 26/01/2023 08:33

Nombre:RODRIGUEZ QUEVEDO HENRY CC 17,324,830 - 01-000046

PACIENTE QUIEN DURANTE DE PROCEDIMIENTO HEMODINAMISTA DEFINE INICIAR LEVOSIMENDAN PARA MANEJO D E FALLA CARDIACA AGUDA EN CONTEXTO DE INFARTO AL MIOCARDIO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST CON EN FERMDAD CORONARIA.
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :

I219 INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION
R570 CHOQUE CARDIOGENICO
J960 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO

SINTOMATICO DE PIEL: NO

VICTIMA DE MALTRATO: NO

VICTIMA DE VIOLENCIA: NO

ENFERMEDAD MENTAL: NO

ENFERMEDAD ITS: NO

Bra Naily Moreau

MOREAU ROQUETT NAILY DEL CLARE id: 723,495 REG: MEDICINA INTERNA

Tipo Afil:SIN DETERMINAR

Abr. 11/2019 18:24 evoluciono RODRIGUEZ ALVARADO NICANOR MEDICO GENERAL id: 7,787,585

NOTA : MEDICO GENERAL HEMODINAMIA

SE ABRE FOLIO PARA SOLICITUD DE INSUMOS UTILIZADOS EN URGENCIAS

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :

J960 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO

SINTOMATICO DE PIEL: NO

VICTIMA DE MALTRATO: NO

VICTIMA DE VIOLENCIA: NO

ENFERMEDAD MENTAL: NO

ENFERMEDAD ITS: NO

Dr. Nicanor Rodriguez Alvarado

HISTORIA CLINICA

Nombre:RODRIGUEZ QUEVEDO HENRY CC 17,324,830 - 01-000046

RODRIGUEZ ALVARADO NICANOR id: 7,787,585 REG:50-10660 MEDICINA DE URGENCIAS Y D

Tipo Afil:SIN DETERMINAR

Abr. 11/2019 18:35 evoluciono RODRIGUEZ BARRIOS KEVIN SCHNEI MEDICO GENERAL

NOTA : MEDICO GENERAL URGENCIAS

SSS

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :

J960 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

ESTADO DE GRAVIDEZ: NO APLICA

CAUSA EXTERNA : OTRO TIPO DE ACCIDENTE

ESTADO SALIDA: VIVO (a) PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO

SINTOMATICO DE PIEL: NO

VICTIMA DE MALTRATO: NO

VICTIMA DE VIOLENCIA: NO

ENFERMEDAD MENTAL: NO

ENFERMEDAD ITS: NO



Kevin Rodriguez
Medico General
RMI 1.121.883.786

RODRIGUEZ BARRIOS KEVIN SCHNEI id: 1121,883,786 REG:1121883786 MED. GENERAL

Tipo Afil:SIN DETERMINAR

Abr. 11/2019 19:54 evoluciono DUQUE CRIOLLO JOSE WILSON MEDICO GENERAL id: 11,383,406

NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO

NOTA DE EVOLUCION Y REVISTA DE LA NOCHE UCI -A

DRA A FRANCO MD ESPECIALISTA

DR DUQUE MD HOAPITALARIO

DIAGNOSTICOS DE TRABAJO

- SCA tipo Infarto de miocardio CEST cara anterior tipo I - KK IV - GRACE 155 puntos (24 %)

- Enfermedad coronaria severa de 2 vasos: descendente anterior y coronaria derecha

- Choque cardiogenico

- Edema pulmonar secundario

HISTORIA CLINICA

Nombre:RODRIGUEZ QUEVEDO HENRY CC 17,324,830 - 01-000046

- Insuficiencia Cardiaca congestiva aguda
- Diabetes Mellitus no insulino-requiriente
- Hipertensión arterial crónica sin tratamiento
- Dislipidemia
- Enfermedad coronaria severa de 2 vasos (DA Y CD)

- Pop angioplastia en arteria descendente anterior

PROBLEMA: Necesidad de implante de stent medicado en la CORONARIA DERECHA EN 72 HORAS

Multisoporte

en malas condiciones condiciones grls soporte VMI sedacion analgesia ademas infusion de elevosimendan + tirofiban

indicado por 24 horas

Ademas ordne de remision a unidad coronaria . en donde fue aceptado en angiografias de colombia , estamos en espera de ambulancia para su traslado

sv ta 133/69 mmHg freq card 111 lxm freq resp. 16 x/m saO2 98%

mucosas humedas pupilas isocofricas pobremente reactivas 2 mm

tubo OT normoinsero funcional fijo

cuello largo grueso movil

no adenopatias

cp/ mal patron ventilatorio soporte vmi con sedacion sin analgesia ademas infusion de tirofiban + levosimendan

las presiones de pulso adecuadas saO2 mas del 92% con mecanica ventilatoria adecuada fio2 35% A/C A PEEP 10 TOT 8.0

Las cifras tensionales adecuadas soportada con norepinefrina

abdomen es blando depresible no masas sin sip sin via oral

glucometrias 311 mg/dl sobre las 18 h.

renal gu 0.5 cc/kg/h

hemodinamico inestable soporte vasopresor norepinefrina

hematoinfeccioso sin evidencia de sirs no tto antibiotico

analisis psicote adulto en malas condiciones grles soporte VMI soporte vasoactivo

con enfermedad coronaria severa de dos vasos y pop angioplastia en el momento con

infusion levosimendan + tirofiban norepinefrina en infusion

con indicacion de remision a unidad coronaria ya aceptada en angiografias de colombia

a

en espera de ambulancia para su traslado

en muy malas condiciones grles multisoportado

edema pulmonar choque cardiogenico enfermedad coronaria severa de dos vasos

en tto ya con angioplastia e indicacion de un segundo tiempo en 72 horas en arteria

coronaria derecha

por ahora seguimos en vigilancia hemodinamica en uci adultos

Pend remision a UCI -A coronaria

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :

J960 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO

SINTOMATICO DE PIEL: NO

HISTORIA CLINICA

Imprime:DEIC 26/01/2023 08:33

Nombre:RODRIGUEZ QUEVEDO HENRY CC 17,324,830 - 01-000046

VICTIMA DE MALTRATO: NO
VICTIMA DE VIOLENCIA: NO
ENFERMEDAD MENTAL: NO
ENFERMEDAD ITS: NO



MEDICO CIRUJANO
E.M.J.N.C.
REG. 500299

DUQUE CRIOLLO JOSE WILSON id: 11,383,406 REG:50-0299 MED. GENERAL

Tipo Afil:SIN DETERMINAR

CIERRE HISTORIA CLINICA **NICA ANDREA SUAREZ GARZON ABR 12/2019

Diagnostico de egreso:

I219 R104

ESTADO SALIDA : VIVO (a)



Fernando Zambrano M
Médico General
R.M. 1121843607

ATENDIDO POR: ZAMBRANO MORALES LEONEL FERNAN Reg. 1121843607



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
NORMAS DE INGRESO AL SERVICIO DE
OBSERVACION-URGENCIAS

CODIGO: UR
VERSION: 01
FR: 05
FECHA: 01/12/12

NOMBRE DEL PACIENTE Henry Rodnyroz Quevedo
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 17324830
ACOMPAÑANTE O RESPONSABLE DEL PACIENTE HELENA LEONOR RODRIGUEZ CAICEDO
NÚMERO(S) TELEFÓNICO(S) 1 3204793393 - 3118537756
Yolma Rodriguez

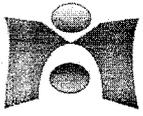
He sido informado en forma completa y clara, de las normas con las cuales se rige el servicio de urgencias DE INVERSIONES CLINICA DEL META S.A., que SE ACEPTAN CUMPLIR y que se relacionan a continuación:

1. No se pueden tener en el servicio objetos de valor como celulares, computadores portátiles, juegos, joyas etc. Salvo que el paciente o el acompañante ASUMA LA RESPONSABILIDAD ABSOLUTA DE SU CUSTODIA
2. Se debe proveer acompañamiento al paciente por parte del familiar de ser obligatorio como en el caso de los pacientes pediátricos, mayores de 60 años, discapacidad o si hay indicación de parte del médico
3. No se permite el ingreso de alimentos al servicio salvo que sean autorizados por el médico
4. La información con respecto a la enfermedad será proporcionada por el médico en forma exclusiva a la persona que aparezca como responsable del paciente
5. Si se requiere el uso de prótesis (como las dentales) debe informarse AL INGRESO e igualmente su custodia depende del usuario o el acompañante responsable del paciente
6. Debe cumplirse el horario asignado para visita del paciente entrando una persona por visita durante el tiempo autorizado y a la hora permitida por el servicio
7. Deben ser atendidas las indicaciones que el personal de salud explique, tales como el cuidado de los elementos que EL PACIENTE requiera para SU atención, tipo de alimentos que puede consumir, no consumir medicamentos diferentes a los indicados por el médico, mantener el reposo necesario o indicado por el médico y demás recomendaciones que el personal de salud le hagan para la adecuada evolución del paciente

Firma del paciente

Firma del acompañante o persona responsable del paciente

 INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
NIT: 892.000 401-7
COPIA CONTROLADA



**INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

CODIGO: UR
VERSION: 02
FR: 04
FECHA: 01/04/15

HISTORIA N°	SERVICIO	CAMA N°	FECHA
A 324 830	U		DD: 11 MM: 04 AA: 15
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	
Rodriguez	Quevedo	Henry	

El suscrito paciente o representante legal (en caso de paciente menor de edad, mayor de 60 años o aquellos pacientes que no tienen capacidad de discernimiento por sus condiciones clínicas):

↓ HENRY LEONARDO RODRIGUEZ CAICEDO identificado con CC, TI o RC

número: 1121880097

DECLARAN

Autorizo al personal médico y de enfermería del servicio de urgencias, se realicen los procedimientos que como parte del plan del servicio se requieren:

Enfermera: Pilar Garzon

Procedimiento: Canalización y

Enfermera:

Procedimiento: tubos.

Enfermera:

Procedimiento:

Entre los procedimientos que se pueden requerir están incluidos: paso de catéter en la vejiga, venas y arterias de brazos y piernas o aún del tórax o del cuello, intubación oro traqueal, ventilación mecánica, paso de sondas al tórax, recolección de orina por sonda, toma de muestras de sangre para laboratorios

puede haber otros procedimientos necesarios de urgencia que no estén incluidos en la lista, entre otros la transfusión de hemoderivados, desfibrilación, compresiones torácicas y otras:

Se ha explicado a satisfacción lo que significan estos términos, sus riesgos y complicaciones así como la necesidad de realizarlos.

HENRY LEONARDO RODRIGUEZ CAICEDO
Nombre del Paciente o del Representante Legal

CC N° 1121880097

FIRMA

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
NIT: 892.000.401-7
COPIA CONTROLADA



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
SOLICITUD DE AUTORIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD

CODIGO: GF
 VERSION: 01
 FR: 14
 FECHA: 01/04/13

P=234646

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE		Henry Rodriguez					
DOCUMENTO	C.C	X	R.C	OTRO	17-324-830		
EPS	X	EPS-S	ARP	SOAT	OTRO	SI	
COTIZANTE	X	BENEFICIARIO	NIVEL	A	SEMANAS COTIZADAS	82.	
NOMBRE DE QUIEN VALIDA DERECHOS							
OBSERVACIONES							
Activo							
NOMBRE DE FUNCIONARIO QUE DILIGENCIA							
Dionag							

AUTORIZADO
 NIT. 892.000.401-7
 INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

AUTORIZACION DE URGENCIAS

FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA	AM	PM
	11		4	2019	2:50	AM
CODIGO DE AUTORIZACION		5217-1912712707				
NOMBRE QUIEN AUTORIZA		Pg				
OBSERVACIONES						
NOMBRE DE FUNCIONARIO QUE DILIGENCIA						
DIONAG						

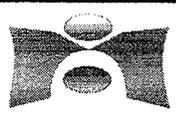
AUTORIZACION DE HOSPITALIZACION

FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA	AM	PM
CODIGO DE AUTORIZACION						
NOMBRE QUIEN AUTORIZA						
OBSERVACIONES						
NOMBRE DE FUNCIONARIO QUE DILIGENCIA						

OTRAS AUTORIZACIONES

FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA	AM	PM
CODIGO DE AUTORIZACION						
NOMBRE QUIEN AUTORIZA						
OBSERVACIONES						
NOMBRE DE FUNCIONARIO QUE DILIGENCIA						

172



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
SOLICITUD DE TRAMITES DE REFERENCIA Y/O CONTRARREFERENCIA

CODIGO: AD
VERSION: 02
FR: 01
FECHA: 07/07/16

FECHA: 11/04/2019 HORA: 22:10

IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Henry Rodriguez Ovando HISTORIA CLINICA N°: 17324830
ENTIDAD: S total EDAD: 55 años SEXO: M F
DIRECCIÓN: Ucayali DEPARTAMENTO: Meta TEL: 6614400
ACOMPAÑANTE O FAMILIAR RESPONSABLE: Familia

VERIFICACIÓN DE DERECHOS

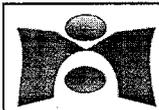
REGIMEN: CONTRIBUTIVO SUBSIDIADO PARTICULAR MED. PREP COTIZANTE BENEFICIARIO
NIVEL: I II III INFORMANTE Otro

DATOS DE LA REFERENCIA O CONTRARREFERENCIA

INSTITUCIÓN QUE REMITE Clinica Meta DEPARTAMENTO Meta
INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE Angiografía de C DEPARTAMENTO Meta
SERVICIO UCL DX TAM
NIVEL AL QUE SE REMITE .I II III IV
TRASLADO EN AMBULANCIA: SI: NO: MEDICALIZADA: BASICA:
AEREO
PRESENTADO Y ACEPTADO POR Dr. HES SERVICIO UCL
PERSONA INFORMANTE José H CARGO Dr

OBSERVACIONES

RESPONSABLE DE LA REFERENCIA O CONTRARREFERENCIA Alexander Cardenas Silva
CARGO REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A
AUTORIZACION DE ATENCION DEL PACIENTE
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CÓDIGO: UCI
 VERSIÓN: 02
 FR: 19
 FECHA: 12/03/2019

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		
Rodriguez	Quevedo	Henry		
HISTORIA N°	SERVICIO	HABITACION N°	FECHA	
	Ucl A -	9.	10 DD	04 MM 19 AA

El suscrito paciente, o su apoderado (en caso de pacientes menores de edad y aquellos que no tiene la capacidad de discernimiento por sus condiciones clínicas), autorizo al personal médico y paramédico del servicio de _____ para que al paciente _____ identificado con cedula de ciudadanía _____, se le realicen los procedimientos que como parte del plan de atención del servicio se requieren.

PROCEDIMIENTO / ACTIVIDAD	RIESGOS
CANALIZACION- INYECTOLOGIA	1-Dolor 2- infiltración por extravasación en la piel 3- flebitis 4- hematomas 5- infección 6- induración
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO	1- Dolor 2- hematomas con la punción
INSERCIÓN Y RETIRO DE SONDAS: VESICALES, OROGASTRICAS, NASOGASTRICAS	1-desgarros y/o ruptura de órganos implicados -2-hemorragias-3- edema o infiltración-4- dolor
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	1-reacciones adversas medicamentosas, flebitis
CURACIONES	1-dolor 2-hemorragia-3-perdida de tejidos-4 infección-5-apertura de herida-6- cicatrices-7-hipersensibilidad en el área
INTUBACION OROTRAQUEAL	1-desgarros y/o ruptura traqueal-2- aerofagia -3-hemorragia-4-broncoaspiracion-5- muerte
COLOCACION DE CATETERES VENOSOS CENTRALES (UCI ADULTOS) UMBILICALES Y EPICUTANEOS (UCI NEONATAL)	1-dolor-2-infiltracion por extravasan de la piel-3-hematoma-4-flebitis-5-infeccion-6-induracion-7-puncion intra arterial-8-arritmia cardiaca-9-proprios de anestesia local, dolor, adormecimiento u hormigueo-10-neumotorax-11-hemotorax
PUNCION LUMBAR	1-hemorragia-2-infeccion-3-fistula del líquido cefalorraquídeo-4- cefalea por puncion-5-lesion medular
TERAPIA RESPIRATORIA	1-neumotorax-2- estenosis faríngea-3-epistaxis-4-displasia broncopulmonar-5-neumonía nosocomial
FONOAUDIOLOGIA (Terapia miofuncional y Técnicas de alimentación)	1-desaturacion 2- bronco aspiración
NUTRICION ENTERAL	1-emesis-2-diarrea-3-distencion abdominal-4-estreñimiento-5-dolor abdominal-6-hiperglicemia-7-hipoglicemia-8-bronco aspiración
NUTRICION PARENTERAL	1-acidosis metabolica-2-hiperglicemia-3-hipoglicemia-4-complicaciones hepato-biliar-5- infecciones relacionadas a catéter central-6-complicaciones técnicas asociadas al acceso vascular

NOMBRE COMPLETO DE QUIEN DILIGENCIA EL FORMATO:

FIRMA:

Siendo explicado tanto los procedimientos como sus riesgos y comprendiendo la necesidad de realizarlos, doy mi consentimiento al plan de tratamiento en: cuidados intensivos adultos () cuidado intermedio adulto () cuidado intensivo neonatal ().
 Sus datos personales serán protegidos y serán utilizados solo para fines médicos o científicos, la información diaria o con la periodicidad que la clínica tiene definida o mi estado de salud así lo requiera.

NOMBRE DEL PACIENTE Henry Rodriguez Quevedo	NOMBRE DEL ACUDIENTE Jhoan Rodriguez Caicedo (Hija)	NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE
N° DE DOCUMENTO:	Parentesco o relación N° de documento 40219878 TEL 3118537756.	Registro medico:

Yo Johana Rodriguez-Cacedo identificado con documento de identificación número 40219878 declaro bajo la gravedad de juramento, que recibí atención en INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. desde el día _____ del mes de _____ de 20_____

En constancia firmo el día 10 del mes de 04 de 2019.

FIRMA DEL PACIENTE / REPRESENTANTE Johana Rodriguez C
cc. 40219878

Teléfono: 3118637756

Dirección: CRU 35A # 5A-80 CSD-11 Cond Portales de Gratomina

 INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
UNION DE CALEND
COSA CONTROLADA

MONITOREO DE SIGNOS VITALES

HORA	TEMP	SISTEMICA			FC	PVC	PULMONAR			MEDICIONES Y CALCULOS CATETER DE SWANG GANZ										PIA		
		TAS	TAD	TAM			TAS	TAD	TAM	PCP	GC	IC	VS	IS	RVS	IRVS	RVP	IRVP	ITVI		ITVD	
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16	36.5	152	98	113	106																	
17	36.7	132	76	83	113	↑																
18	36.5	131	69	89	112	↑																
19	36.5	133	69	86	111	12																
20	36.4	101	45	64	122	13																
21	36.	105	46	65	120	11																
22																						
23																						
24																						
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						

FÓRMULAS

SC= (PESO(KG)+TALLA(CMS)-60)/100

TAM=((TAS-TAD)/3)+TAD

IC=GC/SC (N=2,5-4,0 ml/min/m2)

VS=(GC/FC)*1000 (N=50-62 ml/min)

IS=(IC/FC)*1000 (N=40-60 ml/sist/m2)

IRVS=(((TAM-PVC)*80)/IC) (N=1800-2200)

IRVP=(((TAMAP-PCP)*80)/IC) (N=180-220)

ITVI=((TAM-PCP)*IS*0,0144) (N=40-60)

ITVD=((TAMAP-PVC)*IS*0,0144) (N=4-6)

PPCI=PD-PCP (Presion de perfusion Coronaria Izquierda)

IPV=ITVI/PCP (N=4-8)

TP=(TAS*FC*PCP), Triple producto

INDICE APORTE Y CONSUMO= Ia/c=PPCI/TP*1000 (N>0,4)

HOJA DE CONTROL DE LIQUIDOS

HORA	ADMINISTRADOS					TOTAL HORA	ACUM	ELIMINADOS				TOTAL HORA	ACUM	BALANCE	GU
	SALIDA SALINA	SUBSISTEMO	RENAL	TIPO	VALOR			DIA	DIA	DEPOSITO	OTRO				
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15	↑	↑	↑	↑	↑										
16	80	100	10	10	25		200	200	40	40			40	40	160
17	80	17	10	10	25		117	317	10	50			10	50	267
18	80	17	10	10	25		117	434	80	130			80	130	324
19	80	17	10	10	25		117	551	50	180			50	180	374
20	80	17	10	10	30		147	698	100	280			50	280	414
21	80	17	10	10	30		147	845	50	330			50	330	514
22	80	17	10	10	30		147	992	60	390			60	390	614
23			17												
24															
1															
2															
3															
4															
5															
6								2168							
TLT	1200	338	150	150	430			2168							

GU 0,5 cc/kg/h

BALANCES

ADM		PREVIO	—
ELIM		ACUM	
BAL DIA		GU	

AUXILIAR DE ENFERMERIA

MAÑANA	—
TARDE	<i>Delcy Capera</i>
NOCHE	

MONITOREO RESPIRATORIO																						
HORA	FR pct	Sat O2	OX			VMNI			VMI									#	DIST	PRES	TRAQ	
			CN	MASC	FIO2	EPAP	IPAP	MODO	FR Vent	PS	PEEP	VT prog/tot	PIM	Fpico	Ppl	PMVA	Dist					TOT
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16	16	93			60%				ALC 14/16			80	40	37	28	60	19	11	14/23	8.0	24 cm	
17	18	94																				
18	15	98																				
19	16	98			35%				ALC 14/A			10	450	41	27	60	19	13	23	8.0	24 cm	
20	18	97																				
21	19	98																				
22																						
23																						
24																						
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						

FÓRMULAS

PAFT=PaO2/FIO2

PAO2=((PB-47)*FIO2)-(PaCO2/0,8)

CaO2=(1,34*HB*SA IaO2)+(0,0031*PaO2)

CvO2=(1,34*HB*SA IaO2)+(0,0031*PvO2)

CcO2=(1,34*HB*0,99)+(0,0031*PAO2)

DavO2=CaO2-CvO2

EXIO2=(DavO2)/Cao2

SHUNI=Qs/Qt=(CcO2-CaO2)/(CcO2-CvO2)

DO2=GC*CaO2*10

IDO2=IC*CaO2*10

VO2=GC*DavO2*10

IVO2=IC*DavO2*10

H+=(10*****(9-PH))-(0,75*PaCO2+10)

GAP=Na-(Cl+Bto)

Δ GAP=12-GAP

Δ Bto=24-Bto

DIF=(Na+K)-Cl=40-42 meq/L

Tipo de gases: a=arteriales
v=venosos
y=yugulares

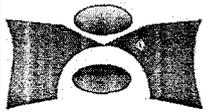
TERAPIA RESPIRATORIA			
MAÑANA			
TARDE	Jedy V. Alejandra		
NOCHE	Alejandra		
	M	T	N
Terapia respiratoria		/	/
Micronebulización			
Cambio TOT			
Intubación			
Extubación			
Transporte			
Aseo bucal			/



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
HOJA DE MEDICAMENTOS

CODIGO: HC
VERSION: 02
FR: 12
FECHA: 01/11/16

HISTORIA N°	SERVICIO	HAB N°	FECHA							
17324830	Crey		DD	11	MM	04	AA	2019		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES								
Rodriguez	Quevedo	Henry								
FECHA	11									
DROGA Y DOSIS	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M
Electrodos adulto (s)	10									
Resuadora manual Adulto	10									
lave 3 uas	10									
SSN 0.9% 100 ml mezcla	10									
Sonda nasogastrica #18.		15								
MAÑANA	Enjíd									
TARDE	Enjíd									
NOCHE										



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
HOJA DE MEDICAMENTOS

CODIGO: HC
VERSION: 02
FR: 12
FECHA: 01/11/16

HISTORIA N°	SERVICIO	HAB N°	FECHA							
17324830	Urg		DD	11	MM	01	AA	2016		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES								
Rodriguez	Quevedo	Henry								
FECHA	11									
DROGA Y DOSIS	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M
Paquete estéril de anestesia	10									
Cateter central Intumen	10									
SSN 0.9% 250 ml	10									
Aposito cateter central	10									
Tubo # 8.0	10									
Eua de Intubacion # 14	10									
MAÑANA	Enjirid									
TARDE										
NOCHE										



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
HOJA DE MEDICAMENTOS

CODIGO: HC
VERSION: 02
FR: 12
FECHA: 01/11/16

HISTORIA N°		SERVICIO		HAB N°		FECHA			
17324830				DD	11	MM	01	AA	2019
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES					
Rodríguez		Quevedo		Henry					
FECHA		11							
DROGA Y DOSIS		A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M
rodinalina 4 mg. merca		10							
DADI 5% 250 ml merca		10							
Equipo XL		10							
Fentanyl 0.05 mg. amp. merca		10							
midazolam amp 5 mg Infusis		10							
Pancuronio amp 4 mg		10							
MAÑANA	Bnijd								
TARDE									
NOCHE									



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
HOJA DE MEDICAMENTOS

FORMA Nº 1
VERSION Nº 1
FECHA 01/11/20

HISTORIA Nº	SERVICIO	HAB Nº	FECHA									
17-324-830	F4		DD	11	MM	4	AN	19				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES									
Rodriguez	Quevedo		Henry									
FECHA	10		11									
DROGA Y DOSIS	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M
Nitroglicerina 250 ml.			6:30									
lidocaina			6:30									
foley # 16.			6:30									
Sistorlo Adulto			6:30									
Feto somido 9 hrs 10 ahora			6:30									
Observo de ventilador no funciona			7									
MAÑANA												
TARDE												
NOCHE												

MAÑANA
TARDE
NOCHE

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
HOJA DE MEDICAMENTOS

CODIGO: HC
VERSION: 02
FR: 12
FECHA: 01/11/16

HISTORIA N°	SERVICIO	HAB N°	FECHA							
17.324830	Tx		DD	11	MM	4	AA	19		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES								
Rodriguez	Quevedo	Henry								
FECHA	10		11		12		13		14	
DROGA Y DOSIS	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M
Atorvastatina 40 mg ADM 80 mg ODI			4							
Extension .			5:30							
1bue 3 vias #2.			5:30							
Electrods #5			5:30							
EQUIPO XL #2			5:30							
MAÑANA										
TARDE										
NOCHE										

condura

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
HOJA DE MEDICAMENTOS

CODIGO: HC
VERSION: 02
FR: 12
FECHA: 01/11/16

HISTORIA N°	SERVICIO	HAB N°	FECHA			
17324830	<i>Sp</i>		DD	MM	AA	
			11	04	19	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
Rodriguez	Quarado	Henry

FECHA	10		11		12		13		14	
DROGA Y DOSIS	A.M	P.M								

Humifreedor			2/30							
-------------	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--

iguro de Nubulizer adulto.			2/30							
----------------------------	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--

Hydrocortisona 100mg Adm 300mg Adm			2/50							
------------------------------------	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--

MNB con 15 gotas de Berodual + 3cc SSN.			2/50 3							
---	--	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--

Acido Acetil Salicico 100mg Adm 300 oral.			4							
---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

clopidogrel 75mg Adm 300mg			4							
----------------------------	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

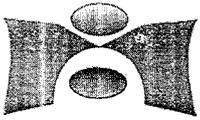
MAÑANA										
TARDE										
NOCHE			<i>Henry</i>							

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
HOJA DE MEDICAMENTOS

CODIGO: HC
VERSION: 02
FR: 12
FECHA: 01/11/16

HISTORIA N°	SERVICIO	HAB N°	FECHA							
17 324 830	Tx		DD	11	MM	04	AA	19		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES							
Rodriguez	Quevedo		Henry							
FECHA	10		11		12		13		14	
DROGA Y DOSIS	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M
Angiocath # 18			2/50							
Eguras Macrogotico			2/50							
Buethal			2/50							
SSW x 1000 pasar bolo de 500cc y continua a 70cc/h			2/50							
Tramadol 50mg Adm.			2/30							
50mg Ahum										
Cenuta Nasal Adulto			2/30							
MAÑANA										
TARDE										
NOCHE										

Henry



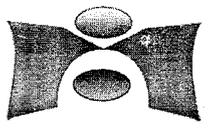
INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
CONTROL ALTO RIESGO

CODIGO: HC
VERSION: 01
FR: 06
FECHA: 01/12/12

HISTORIA N° 17329830	SERVICIO Tx	HAB N°	PESO	FECHA 11/09/19
PRIMER APELLIDO Rodríguez	SEGUNDO APELLIDO Quevedo	NOMBRES Henry		

FECHA	HORA	LIQUIDOS ADMINISTRADOS			LIQUIDOS ELIMINADOS					SIGNOS VITALES					GLUCOMETRIA	GASTO URINARIO	FIRMA
		PARENTERAL	SNG	V.O	DIURESIS	SNG	M.F	DRENAJE X TUBO	DRENAJE X SONDA	T.A	F.C	T°	F.R	SPO2			
	7--8	100								124	78	36	16	86			MARRA
	8--9	100															
	9--10	115															
	10--11	115															
	11--12	115															
	12--1	115			900					124	88	36	20	94			MARRA
SUBTOTAL		620			900												
	1--2																
	2--3																
	3--4																
	4--5																
	5--6																
	6--7																
SUBTOTAL																	
	7--8																
	8--9																
	9--10																
	10--11																
	11--12																
	12--1																
	1--2																
	2--3																
	3--4																
	4--5																
	5--6																
	6--7																
SUBTOTAL																	
TOTAL																	

RESPONSABLE _____



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
CONTROL ALTO RIESGO

CODIGO: HC
VERSION: 01
FR: 06
FECHA: 01/12/12

HISTORIA N°	SERVICIO	HAB N°	PESO	FECHA
17324830	<i>[Handwritten mark]</i>			11/04/19

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
Rodriguez	Quirvedo	Henry

FECHA	HORA	LIQUIDOS ADMINISTRADOS			LIQUIDOS ELIMINADOS					SIGNOS VITALES					GLUCOMETRIA	GASTO URINARIO	FIRMA
		PARENTERAL	SNG	V.O	DIURESIS	SNG	M.F	DRENAJE X TUBO	DRENAJE X SONDA	T.A	F.C	Tº	F.R	SPO2			
	7--8																
	8--9																
	9--10																
	10--11																
	11--12																
	12--1																
SUBTOTAL																	
	1--2																
	2--3																
	3--4																
	4--5																
	5--6																
	6--7																
SUBTOTAL																	
	7--8																
	8--9																
	9--10																
	10--11																
	11--12																
	12--1																
	1--2																
	2--3	500								10/02/11	36	80	91				<i>[Handwritten signature]</i>
	3--4	20															
	4--5	20															
	5--6	20															
	6--7	20								10/03	94	86	421	99			<i>[Handwritten signature]</i>
SUBTOTAL		1000															
TOTAL																	



INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
CONTROL GASTO TERAPIA RESPIRATORIA

CODIGO: UCI
VERSION: 02
FR: 05
FECHA: 08/08/16

HISTORIA N°	SERVICIO	CAMA N°	FECHA
17324830	UCI A.	9	11/04/19.
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	
Rodriguez	Quevedo	Henry	

FECHA	11/04/16																			
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T
1	DEXAMETASONA AMP 4mg																			
2	ADRENALINA AMPOLLA 1 MG																			
3	ATROVENT GOTAS NEBULIZAR																			
4	BROMURO DE IPR. TROPIO GOTAS																			
5	TERBUTALINA GOTAS																			
6	INHALADOR BROMURO IP. TROPIO																			
7	INHALADOR BECLOMETASONA																			
8	INHALADOR SALBUTAMOL																			
9	SALBUTAMOL GOTAS																			
10	ATROPINA AMPOLLA X 1mg																			
11	SURFACTANTE																			
12	CANULA NASAL																			
13	HUMIDIFICADOR																			
14	NEBULIZADOR JET																			
15	MANUERA CORRUGADA																			
16	EQUIPO VENTURY																			
17	CIRCUITO VENTILADOR																			
18	FILTRO BACTERIANO																			
19	NARIZ CAMELLO																			
20	LAINER DE SUCCION 1.000 cc																			
21	LAINER DE SUCCION 1.500 cc																			
22	SONDA DE SUCCION																			
23	SONDA NELATON																			
24	TUBO ENDOTRAQUEAL																			
25	INCENTIVO RESPIRATORIO																			
26	CANULA DE TRAQUEOSTOMIA																			
27	MASCARA TRAQUEOSTOMIA																			
28	MASCARA DEVENTILACION MECANICA NO INVASIVA																			
29	CANULA DE GEDEL																			
30	SOLUCION SALINA 250 cc																			
31	JERINGAS 10 CC																			
32	JERINGAS 5CC																			
33	MANGUERA SILICONADA																			
34	JERINGA DE LITIO																			
35	TUBO EN T																			
36	CONECTOR DEMICRONEBULIZACIONES EN VENTILACION MECANICA																			

Handwritten circled numbers in the grid:
17: 1
18: 2
19: 1
20: 1
21: 1
22: 1
23: 1
24: 1
25: 1
26: 1
27: 1
28: 1
29: 1
30: 1
31: 1
32: 1
33: 1
34: 1
35: 1
36: 1

Solucion salina 100cc

37	INHALOCAMARA																		
38	FILTRO DE VENTILADOR MÉCANICA																		
39	DISPOSITIVO BOLSA MASCARA RESERVORIO																		
40	GUIA DE INTUBACIÓN																		
41	AGUA ESTERIL																		
42	ADRENALINA RACÉMICA RASPULA AMP 0,75																		
43	TRAMPA DE LUCKEN																		
44	CLORURO DE SODIO AMP 20 meq																		
45	NACETIL CISTEINA GOTAS																		
46	SISTEMA DE SUCCION CERRADA PARA TUBO OROTRAQUEAL																		
47	SISTEMA DE SUCCION CERRADA PARA TUBO TRAQUEOSTOMIA																		
48	KIT MICRONRBUZADOR																		
49	GUANTES ESTERILES																		

1

FECHA: DIA 11 MES 04 AÑO 2019 HORA: 6:52

PACIENTE: Henry Rodriguez Quintero H.C 17324830

MEDICO QUE ORDENA LA REMISION: Dr. Gerardino

CRITERIOS DE REMISION: UCA

NO DISPONIBILIDAD DE ESPECIALIDAD		SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
VALORACION ESPECIALIZADA		SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS
INTERCONSULTA SUBESPECIALIZADA		NO COBERTURA POR EL ASEGURADOR
NIVEL DE COMPLEJIDAD		OTRO: <u>Activo Catitank rango 4</u>

INSTITUCIÓN SI Total **FECHA:** 11-04-19

TELEFONO Correa **HORA DE LLAMADA** 7:04 (A.M.) P.M.

RECIBE LA LLAMADA Yeimi Sierra **CARGO:**

RESPUESTA: Se envian soporte para iniciar tramite
5233064

NOMBRE RESPONSABLE: Lura Cantora

INSTITUCIÓN SI total C **FECHA:** 11/04/2019

TELEFONO _____ **HORA DE LLAMADA** 7:55 (A.M.) P.M.

RECIBE LA LLAMADA Diamela Anca **CARGO:** SIJ

RESPUESTA: TMA 20 EKG y reporte de laboratorio
de la SI a la jefe Brigitte Turme
11:00am jefe Brigitte Turme reporte EKG
de envian soporte x el conato (presente de nos)

NOMBRE RESPONSABLE:

INSTITUCIÓN SI Total **FECHA:** 11-4-19

TELEFONO _____ **HORA DE LLAMADA** 17:23 A.M - P.M.

RECIBE LA LLAMADA Carol **CARGO:** RF

RESPUESTA: Indica usuario aceptado. Angiogramas de
calombio Dr Anas. Se avisa a traves jefe
Jessica indica que usuario esta en una chequeo Meter.
Se habla con jefe Adriana indica que va a

NOMBRE RESPONSABLE: VALIDAR con familia. y sus respum

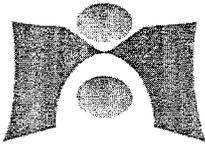
INSTITUCIÓN UCI **FECHA:** 11/04/19
TELEFONO _____ **HORA DE LLAMADA** 18:00 A.M - P.M.
RECIBE LA LLAMADA Jefe ADM/AM **CARGO:** Indic
RESPUESTA: que la pte y familia Acepta el traslado de llamo a sistema En repetidos ocasiones no contestan. 19:07 se llamo a ANGO a sistema S/S la Coordinación de la ambulancia
NOMBRE RESPONSABLE: (P) REGIAN de nra

INSTITUCIÓN Stotal **FECHA:** 11/04/2019.
TELEFONO 4853111 **HORA DE LLAMADA** 20:12 A.M - P.M.
RECIBE LA LLAMADA Sugeidy Avila. **CARGO:** REF.
RESPUESTA: Se solicita la Ambulancia para el traslado. puede confirmar prestador. y hora del traslado. OK Amb. del UCI. 22:00 lo
NOMBRE RESPONSABLE: Alexander Gardenas Silv. Ref. se informan

INSTITUCIÓN _____ **FECHA:** _____
TELEFONO 4 **HORA DE LLAMADA** _____ A.M - P.M.
RECIBE LA LLAMADA _____ **CARGO:** _____
RESPUESTA: _____
NOMBRE RESPONSABLE: _____

INSTITUCIÓN _____ **FECHA:** _____
TELEFONO _____ **HORA DE LLAMADA** _____ A.M - P.M.
RECIBE LA LLAMADA _____ **CARGO:** _____
RESPUESTA: _____
NOMBRE RESPONSABLE: _____

EGRESO DEL PACIENTE (MARQUE CON X)
PROPIOS MEDIOS **CAMILLA** **SILLA DE RUEDAS**
VEHICULO _____ **PLACAS** _____
NOMBRE DEL CONDUCTOR _____ **FIRMA** _____
TRASLADO EN COMPAÑIA DE _____
FIRMA DEL PACIENTE O DEL RESPONSABLE _____



**INVERSIONES CLINICA DEL META
S.A.
CONTROL DE GASES ARTERIALES Y
VENOSOS**

CÓDIGO:UCI
VERSIÓN:01
FR: 20
FECHA:01/08/2016

INSTRUCTIVO

Nombre: Digite el nombre y apellido del paciente
Cama: Escriba en número de cama en la cual se encuentra el paciente
HC: Historia clínica del paciente
Edad: Escriba la edad en años del paciente
Diagnóstico: Escriba el diagnostico principal del paciente

En la tabla se anotara en cada columna los datos por cada toma que se realice de gases arteriales y venosos

En las filas usted debe escribir

Fecha: Escriba la fecha de toma de los gases arteriales y venosos
Hora: Escriba la fecha de toma de los gases arteriales y venosos
FIO2: Fracción Inspirada de oxígeno a la cual se entrega el oxígeno a su paciente de 0,21 a 100% se describe en porcentaje
Ph: ph reportado se divide por un / primero anota el arterial y después el venoso
PaO2: Presión arterial de Oxígeno
PvO2: Presión de Oxígeno venoso
PaCO2: Presión arterial de dióxido de carbono
PvCO2: Presión venosa de dióxido de carbono
HCO3 : Bicarbonato se divide por un / primero anota el arterial y después el venoso
BE: Base exceso
Sat a O2: Saturación de Oxígeno arterial
Sat v O2: Saturación venosa de oxígeno
TexO2 : Escriba la extracción de oxígeno la cual se calcula a través de la siguiente fórmula
$$\text{TexO2} = \frac{\{[(1.39 \times \text{Hemoglobina} \times \text{SaO2}) + (0.03 \times \text{PaO2})] - [(1.39 \times \text{Hemoglobina} \times \text{SvO2}) + (0.03 \times \text{PvO2})]\}}{[(1.39 \times \text{Hemoglobina} \times \text{SaO2}) + (0.03 \times \text{PaO2})]}$$

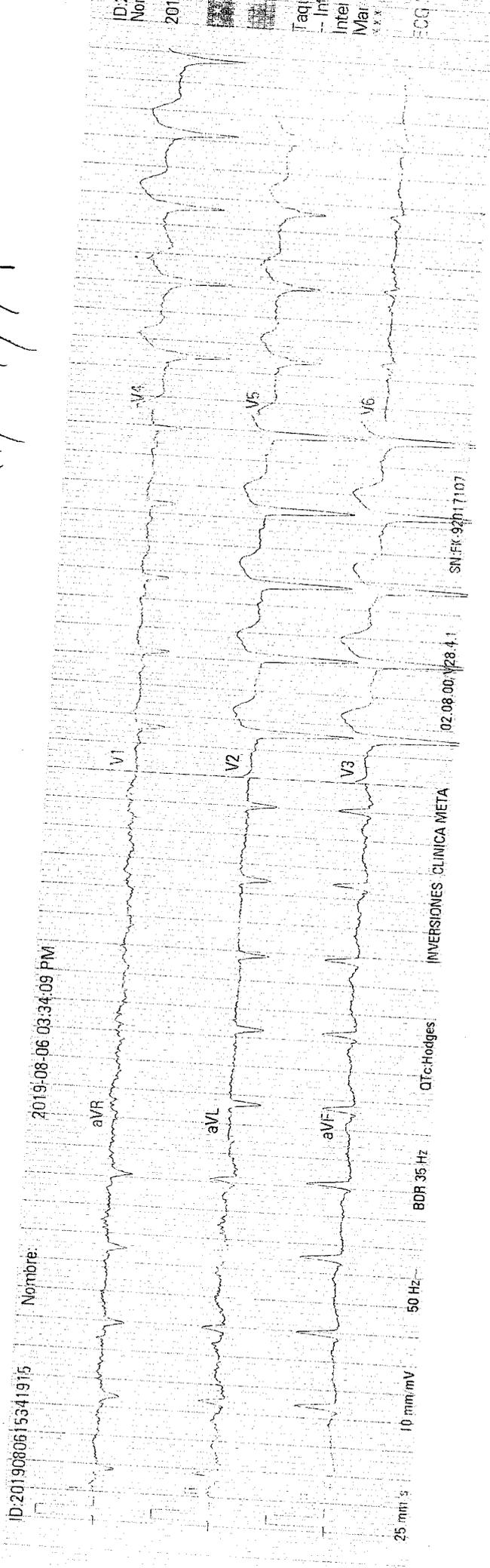
PAO2: Presión alveolar de oxígeno
D (A-a): O2 Diferencia alveolo arteria de oxígeno
I.Ox. = $\text{PVA} \times \text{FIO2} \times 100 / \text{PaO2}$ donde, PVA es la presión media de vía aérea, FIO2, la fracción inspirada de oxígeno, y PaO2, la presión de oxígeno en sangre arterial.
Qs/Ot : Cortocircuito intrapulmonar se calcula con las concentraciones arteriales, capilares y venosa de oxígeno con la siguiente formula $\text{Qs/Ot} = (\text{CcO2} - \text{CaO2}) / (\text{CcO2} - \text{CvO2})$ en donde CaO2 es el contenido arterial de O2 en mU100cc de sangre arterial y CvO2 es el contenido venoso de O2 en ml/100 cc de sangre venosa.
CaO2: Es el contenido arterial de O2 en mU100 cc de sangre arterial
CcO2: Es el contenido capilar de oxígeno
CvO2 : Es el contenido venoso de O2 en ml/100cc de sangre venosa
DavO2 = $\text{CaO2} - \text{CvO2}$, en donde CaO2 es el contenido arterial de O2 en mU100cc de sangre arterial y CvO2 es el contenido venoso de O2 en ml/100 cc de sangre venosa.
DvaCO2: Diferencia venosa central-arterial de pCO2
H+a: Escriba los Hidrogeniones en sangre reportados
H+v : Escriba los Hidrogeniones en venas reportados
Lactato: Registrar el valor del lactato arterial
DIF: Registrar Diferencia de iones fuertes
Anión GAP: Registrar datos de anión Gap calculados
Firma. Escriba el nombre de la terapeuta que realizo el reporte de los gases arteriales y venosos y los cálculos de los mismos

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
NIT: 892.000.401-7
COPIA CONTROLADA

ELABORO:	REVISO:	APROBO:
ENF: OSCAR TORRES CARGO: COORDINADOR DE ENF DE UCIS FIRMA:	Dra. ADRIANA FRANCO CARGO: COORDINADOR MEDICO UCIA FIRMA	Dr. MIGUEL PARRADO GUTIERREZ CARGO: REPRESENTANTE S.G.C. FIRMA:

SSA 2005
D/doctor
11/04/19

Henry Rodriguez
A 324830



21

INV. CLINICA DEL META S.A.
892,000,401

FORMULACION URGENCIAS

ORIGINAL

PAG. 1

Imprime:LFZM 20190411 02:43 TRIAGE 2

FOLIO 01000046

Fecha: Abr. 11/2019 Hora: 02:25 Regimen:CONTRIBUTIVO Fact: 000000 HAB
 Nombre: RODRIGUEZ QUEVEDO HENRY CC 17,324,830 Grp sang=0 Rh=+
 Edad: A055 F.Nac:1963/05/21 Sexo:Masc E.Civil:CASADO Dir:CRA 45 C N 19-21 SUR VILLAVICENCIO
 Entidad: SALUD TOTAL EPS-S S.A. OCUPAC:PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION TEL:3143550191
 Tipo Afiliacion: SIN DETERMINAR Acompañante:

FORMULACION :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO. CANT.
Ordenes MedicasZZ0029	ELECTROCARDIOGRAMA	1.0

Dx/ R104 R060



NRO FORMULA 1904110225124830
ZAMBRANO MORALES LEONEL FERNAN Id:1121,843,607 REG:1121843607 MED. GENERAL

José Zambano JM
 Médico General
 R.M. 1121843607

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS

Tipo Afil:SIN DETERMINAR

341602

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS
FORMULA VALIDA POR 30 DIAS
FORMULA VALIDA POR 30 DIAS

117
108
90
312/412
52/120/13

Frecuencia ventricular (bpm)
Intervalo PR (ms)
Duración QRS (ms)
Intervalo QT/QTc (ms)
Ejes P/QRS/T (deg)

306 06:34:09 PM

diagonal
 etación hecha sin saber la edad/ el sexo del paciente --
 PR corto
 desviación del eje a la izquierda
 RTO ANTEROLATERAL - POSIBLEMENTE AGUDO ***
 Diagnóstico sin confirmar.

RADIOMETER ABL800 BASIC

ABL800 BASIC INVERSIONES CLINICA META 07:42 AM 11 Apr-19
INFORME PACIENTE Perfil Completo - J 195 Muestra # 52316
uL

Identificaciones

ID paciente 17324330
Nombre HEMRY
Apellido RODRIGUEZ
Tipo muestra Arterial
FO₂(I) 40.0 %
T 37.0 °C

Valores de Gases en Sangre

pH 7.302
pCO₂ 43.4 mmHg
pO₂ 59.3 mmHg

Valores Corregidos por Temperatura

pH(T) 7.302
pCO₂(T) 43.4 mmHg
pO₂(T) 59.3 mmHg

Valores de Electrolitos

cNa⁺ 138 mmol/L
cK⁺ 3.7 mmol/L
cCa²⁺ 1.19 mmol/L
cCl⁻ 107 mmol/L

Valores de Metabolitos

cLac 3.9 mmol/L

Valores de Oximetría

ctHb 11.4 g/L
sO₂ 87.5 %

Estado Ácido-Base

Hct_c 35.3 %
cHCO₃⁻(P)_c 20.8 mmol/L
ABE_c -4.9 mmol/L
SBE_c -4.5 mmol/L
pO₂(a)/FO₂(I)_c 148 mmHg

Valores Calculados

Anion Gap_c 10.3 mmol/L
FShunt_e 31.4 %
FShunt(T)_e 31.4 %

Notas

c Valores) calculados
e Valores) estimados

Cephu

RADIOMETER ABL800 BASIC

ABL800 BASIC INVERSIONES CLINICA META 07:42 AM 11-Apr-19
 INFORME PACIENTE Perfil Completo - J.195 Muestra # 02316

Identificaciones

ID paciente 17324330
 Nombre HENRY
 Apellido RODRIGUEZ
 Tipo muestra Arterial
 FO₂(I) 40.0 %
 T 37.0 °C

Valores de Gases en Sangre

pH 7.32
 pCO₂ 43.4 mmHg
 pO₂ 59.3 mmHg

Valores Corregidos por Temperatura

pH(T) 7.302
 pCO₂(T) 43.4 mmHg
 pO₂(T) 59.3 mmHg

Valores de Electrolitos

cNa⁺ 138 mmol/L
 cK⁺ 3.7 mmol/L
 cCa²⁺ 1.19 mmol/L
 cCl⁻ 107 mmol/L

Valores de Metabolitos

cLac 1.9 mmol/L

Valores de Oximetría

ctHb 11.4 g/dL
 cO₂ 87.0 %

Estado Ácido-Base

Hct_c 35.3 %
 cHCO₃⁻(P)_c 20.6 mmol/L
 ABE_c -4.9 mmol/L
 SBE_c -4.6 mmol/L
 pO₂(a)/FO₂(I)_c 148 mmHg

Valores Calculados

Anion Gap_c 10.3 mmol/L
 FShunt_e 31.4 %
 FShunt(T)_e 31.4 %

Notas

c Valor(es) calculados
 e Valor(es) estimados

Impreso 07:43 AM 11-Apr-19

Henry Rodriguez
 17324330
 11-04-19
 07:30

RADIOMETER ABL800 BASIC

ABL800 BASIC: INVERSIONES CLINICA META 04:17 PM 11-Apr-19
INFORME PACIENTE Perfil Completo - J 195 Muestra # 52325
ul

Identificaciones

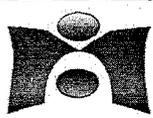
ID paciente 17324830
Nombre HENRY RODRIGUEZ
Apellido LICIA G
Tipo muestra Arterial
FO₂(I) 60.0 %
T 37.0 °C

Valores de Electrolitos

cNa⁺ 136 mmol/L
cK⁺ 4.4 mmol/L
cCa²⁺ 1.17 mmol/L
cCl⁻ 107 mmol/L

Valores de Metabolitos

cLac 1.2 mmol/L



**INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
CONTROL DE LIQUIDO EN VEINTICUATRO (24) HORAS**

CODIGO: HC
VERSION: 01
FR: 10
FECHA: 01/12/12

HISTORIA N°	SERVICIO	HAB N°	FECHA DE INICIACIÓN		
			DD	MM	AA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES

HORA	LIQUIDOS ADMINISTRADOS				LIQUIDOS ELIMINADOS			FIRMA RECIBE	FIRMA ENTREGA
	PARENTERAL		ORAL		ORINA	M.F DIARREA	OTROS G. U.		
	CLASE	CANT	CLASE	CANT					
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
BCE									
	ORD:	ADM:	PEN						
14									
15									
16									
17									
18									
19									
BCE									
	ORD:	ADM:	PEN						
20									
21									
22									
23									
24									
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
BCE									
	ORD:	ADM:	PEN						

BALANCE EN 24 HORAS				CUADRO RESUMEN (CONTROL POR CADA TURNO)				
ORDENAD	ADMINIS	PENDIEN		LIQUIDO ADMINISTRADOS		LIQUIDO ELIMINADOS		
				PARENTERALES	ORAL	ORINA	DIARREA	OTROS
M								
T								
N								
TOTAL								

TOTAL ADMINISTRADOS: TOTAL ELIMINADOS: BALANCE:

PACIENTE:	17,324,830	RODRIGUEZ QUEVEDO HENRY
ENTIDAD :	800,130,907	SALUD TOTAL EPS-S S.A.
FECHA INGRESO:	ABRIL 11/2019	HABITACION: SIN
FECHA SALIDA :		

Autorizo :	_____
OBSERVACIONES:	COTIZANTE ACTIVO NIVEL A
ELABORO: DPGU 190411 06:29 MODIF: 000000 BLOQ: IMPR: DPGU	

UCI ADUTO CRITICO DA IZ19.
 SCIA-1912070207. - 11ABEN.
 SUBSIDY FRANCE

CLIENTE : SALUD TOTAL EPS-S S.A.
 PACIENTE: RODRIGUEZ QUEVEDO HENRY

FACTURA NRO: P234646
 FECHA: imp:190412 14:18

Codigo	Descripcion	Vlr Unitario	Cantidad	Valor venta
UNID. SERVICIO: 01	URGENCIAS		fi	
MQ119720	APOS CAT CENTRAL AD 8.5X11.5CM8.5X11.5CM	9,050	1.0	9,050
MQ141262	BOLSA DRENAJE URINARIA ADULTO	8,500	1.0	8,500
PO32219	DEXTROSA 5% SOL INY BOL 250ML ATC B05BA030301	3,000	1.0	3,000
MQ144371	ELECTRODO MONITOREO ADULTO	700	10.0	7,000
MQ123343	EQUIPO BOMBA PRIMARI 5000/XL	29,600	2.0	59,200
PO96925	FENTANILO 0.5MG/10ML SOL INY ATC N01AH010101	10,000	3.0	30,000
PO142988	FUROSEMIDA 20MG/2ML SOL INY ATC C03CA010101	720	2.0	1,440
MQ51657	GUIA ENTUBACION 14FR	8,000	1.0	8,000
MQ113820	HOJA BISTURI NO. 15	350	2.0	700
MQ113834	JERINGA C/A 10ML 21G*1/2 10ML	500	20.0	10,000
MQ113835	JERINGA C/A 20ML 21G*1/2 20ML	750	1.0	750
MQ22754	KIT CAT BILUMEN 7FR X 20CM 7FR X 20CM	188,250	1.0	188,250
MQCLINICA09	KIT MASCARA FACIAL NO INVAS M	288,000	1.0	288,000
PO55475	LIDOCAINA 2% JALEA TUB 30ML ATC N01BB020201	10,200	1.0	10,200
MQ45859	LLAVE DE TRES VIAS	2,500	1.0	2,500
PO63091	MIDAZOLAM 5MG/5ML SOL INY 5ML ATC N05CD080101	5,400	7.0	37,800
PO30164	MORFINA 10MG/ML SOL INY ATC N02AA010101	2,100	2.0	4,200
PO82854	NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL INY ATC C01CA030101	12,000	3.0	36,000
PO50872	PANCURONIO BROMURO 4MG/2ML ATC M03AC010101	8,075	1.0	8,075
MQ108410	PAQUETE ANESTESIA ESTERIL	35,150	1.0	35,150
MQCLINICA14	RESUCITADOR MANUAL ADULTO UND	92,100	1.0	92,100
PO103516	SODIO CLORURO 0.9% SOL 250 MLATC B05BB010101	3,835	1.0	3,835
MQ133910	SONDA FOLEY 2VIAS C/B 16FR/5ML16FR 5ML	4,200	1.0	4,200
MQ27086	SONDA NASOGASTRICA 18FR 18FR	1,500	1.0	1,500
MQ107207	TUBO ENDOTRAQUEAL C/B 8.0FR 8.0	8,500	1.0	8,500
UNID. SERVICIO: 31	UCI ADULTO CRITICO		fi	
MQ119720	APOS CAT CENTRAL AD 8.5X11.5CM8.5X11.5CM	9,050	2.0	18,100
MQ78626	CAT PERIFERICO 18G X 1.16SEGUR18G X 1.16 PULG	4,650	2.0	9,300
MQ120864	CAT PERIFERICO 20G X 1.16PULG 20G X 1.16PULG	4,050	4.0	16,200
MQ51652	CIRCUITO ANESTESIA ADULTO TYCO	72,000	1.0	72,000
PO32219	DEXTROSA 5% SOL INY BOL 250ML ATC B05BA030301	3,000	1.0	3,000
MQ144371	ELECTRODO MONITOREO ADULTO	700	6.0	4,200
MQ116680	FILTRO BACTERIANO-VIRICO ADULT	6,300	2.0	12,600
MQ51655	FILTRO NARIZ CAMELLO ADULTO 352/5877	10,000	1.0	10,000
MQ113834	JERINGA C/A 10ML 21G*1/2 10ML	500	5.0	2,500
MQCLINICA11	JERINGA GASES ARTERIALES 1ML L/S	5,400	3.0	16,200
MQCLINICA13	KIT TRANSDUCTOR SENCILLO	107,000	2.0	214,000
MQ72904	LINER SEMI-RIGIDO 1500ML +SOLI	17,600	1.0	17,600
MQ45859	LLAVE DE TRES VIAS	2,500	2.0	5,000
MQ107758	PUERTO LIBRE DE AGUJAS	5,300	1.0	5,300
MQCLINICA08	SISTEMA CERRADO DE ASPIRA 14FR	80,000	1.0	80,000

Farmacias
 9892 D

CLIENTE : SALUD TOTAL EPS-S S.A.
 PACIENTE: RODRIGUEZ QUEVEDO HENRY

FACTURA NRO: P234646
 FECHA: imp:190412 14:18

Codigo	Descripcion	Vir Unitario	Cantidad	Valor venta
PO48865	SODIO CLORURO 0.9% SOL 100 MLATC B05BR010101	4,236	2.0	8,472
PO103516	SODIO CLORURO 0.9% SOL 250 MLATC B05BE010101	3,835	2.0	7,670
MQ27093	SONDA DE SUCCION 14FR 14FR	3,000	4.0	12,000
MQ108202	TUBO SUCCION 3MT X 6.4MM	5,800	1.0	5,800
TOTAL FACTURADO POR CLASE			112.0	1,383,892

	INVERSIONES CLINICA DEL META S.A VALORACION DE TRIAGE	CÓDIGO	URG.P.006
		VERSIÓN	03
		FECHA	30/01/2020
		PAGINA	1 DE 18

CONTENIDO

1. OBJETIVO	2
2. ALCANCE	2
3. RESPONSABLES.....	2
4. DEFINICIONES	2
5. MARCO NORMATIVO	2
6. RECURSOS.....	2
7. GENERALIDADES	3
8. RIESGOS Y PUNTOS DE CONTROL PARA EL PROCESO.....	3
9. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO:	4
10. REGISTROS DE CALIDAD.....	7
11. CONTROL DE CAMBIOS	7
12. BIBLIOGRAFIA	7
13. ANEXOS	7

ELABORO: Dr. JOSE DELIO HERNANDEZ, MD CARGO: COORDINADOR MEDICO DE URGENCIAS	REVISO: Dra. JOHANNA GARAY BACCA, MD CARGO: DIRECTORA MEDICA	APROBO: Dr. JORGE LUIS CRUZ VEGA, MD CARGO: GERENTE
FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:

El contenido de este documento y/o sus anexos son propiedad y para uso exclusivo de INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. Está prohibida su retención, grabación, utilización o divulgación con cualquier propósito sin la autorización de ésta.

	INVERSIONES CLINICA DEL META S.A VALORACION DE TRIAGE	CÓDIGO	URG.P.006
		VERSIÓN	03
		FECHA	30/01/2020
		PAGINA	2 DE 18

1. OBJETIVO

Determinar la metodología para la clasificación del triage con base en la condición clínica de cada paciente que consulta el servicio de urgencias en Inversiones Clínica del Meta S.A.

2. ALCANCE

Inicia con el ingreso del paciente al servicio de urgencias y termina con la atención asistencial del paciente o la redirección a la red primaria de su EAPB.

3. RESPONSABLES

- La Gerencia es responsable de asignar los recursos para la ejecución del presente documento.
- La Dirección Médica es responsable de gestionar los recursos para la ejecución del presente documento.
- La Coordinación de Urgencias responsable de cumplir y hacer cumplir los requisitos del presente documento.
- El Departamento de Calidad es responsable de documentar, almacenar, distribuir y gestionar la actualización del presente documento.
- Los Médicos, Profesionales de Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Auxiliares de Admisiones y Autorizaciones son responsables de cumplir con oportunidad, pertinencia y calidez las actividades determinadas para cada uno y de dar oportuno aviso a la Coordinación de Urgencias cuando se advierta algún riesgo para el paciente o la Institución.

4. DEFINICIONES

Urgencias: Una urgencia es una situación en la cual no existe riesgo inminente de muerte, pero se requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo según la condición para evitar complicaciones mayores.

Urgencia Vital: Es una condición clínica que implica riesgo de muerte o secuela funcional grave para el paciente en caso de no recibir atención médica inmediata.

Remisión: Procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado de este.

5. MARCO NORMATIVO

- Resolución 13431 / 1991: Declaración de los derechos de los pacientes.
- Resolución 5596 / 2015: Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage".

Para ver el detalle de otra normatividad se puede consultar la matriz legal de la Institución.

6. RECURSOS

6.1 TALENTO HUMANO.

El contenido de este documento y/o sus anexos son propiedad y para uso exclusivo de INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. Está prohibida su retención, grabación, utilización o divulgación con cualquier propósito sin la autorización de ésta.

	INVERSIONES CLINICA DEL META S.A VALORACION DE TRIAGE	CÓDIGO	URG.P.006
		VERSIÓN	03
		FECHA	30/01/2020
		PAGINA	3 DE 18

- Médico
- Profesional de Enfermería
- Auxiliar de Enfermería

6.2 MAQUINARIA Y TECNOLOGÍA.

- Definir los equipos y tecnología necesarios para la realización del procedimiento, los equipos de cualquier tipo, en especial los informáticos, de telecomunicaciones o software requeridos.

6.3 MATERIALES O LOGÍSTICOS.

- Saturador de Oxígeno.
- Glucómetro
- Pesa
- Termómetro
- Fonendoscopio
- Electrocardiograma
- Tallímetro
- Equipo de órganos

7. GENERALIDADES

El método del triage define la prioridad para la atención de un paciente en el servicio de urgencias según la gravedad de su estado, es un proceso dinámico que cambia tan rápidamente como lo puede hacer el estado clínico del paciente en el servicio de urgencias, por tal motivo La Institución ha determinado las actividades y los responsables para responder a las cambiantes necesidades de la atención del paciente.

De igual manera la Institución asegura que los pacientes inicialmente valorados en el consultorio del Triage son reevaluados periódicamente por la Auxiliar de Enfermería destinada a esa actividad en el servicio de urgencias y por el médico en la valoración en el consultorio.

8. RIESGOS Y PUNTOS DE CONTROL PARA EL PROCESO.

ACTIVIDADES	RIESGOS	METODOS DE CONTROL	RESPONSABLE
Valoración del Triage	Riesgo de complicaciones y seguridad de los pacientes	Ejecución de las actividades y estrategias del programa de seguridad del paciente	Coordinación de Urgencias Equipo asistencial

	INVERSIONES CLINICA DEL META S.A VALORACION DE TRIAGE	CÓDIGO	URG.P.006
		VERSIÓN	03
		FECHA	30/01/2020
		PAGINA	4 DE 18

	Largas demoras para la atención	<p>Vigilancia y control del cumplimiento de los horarios y los cuadros de turno del personal responsable de la valoración del triage</p> <p>En atención a una superior demandada esperada se asignará un personal profesional de enfermería o médico para agilizar la valoración del triage</p>	Coordinador de urgencias
	Falta de espacio para la valoración del triage en caso de contingencia	La Institución cuenta con zonas de expansión para la atención de una posible contingencia las cuales son, la rampa y la sala de espera para la valoración del triage	Coordinador de urgencias
	Violencia y agresividad de pacientes y familiares	Comunicar en el área de urgencias los tiempos establecidos por la normatividad y la institución para la valoración del triage a través de avisos, orientadores y un auxiliar de enfermería que realiza búsqueda activa de pacientes.	Coordinador de urgencias
Brindar información y orientación al paciente y su familia	Deficiente relación médico-paciente	<p>Capacitación y entrenamiento al personal asistencial con relación a las estrategias de trato humanizado establecido por la institución y brindar información pertinente, oportuna y cálida al paciente y su familia con base en la Guía de información al paciente sobre recomendaciones de egreso UR. GURG.028u.</p>	<p>Coordinador de urgencias</p> <p>Equipo asistencial</p> <p>Orientadores</p>

9. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO:

Tabla 1. Atención del servicio asistencial del paciente cuando ingresa en evidente urgencia vital (Triage 1).

ITEM	FLUJOGRAMA ACTIVIDAD	DESCRIPCION/ DETALLE	RESPONSABLE
------	----------------------	----------------------	-------------

El contenido de este documento y/o sus anexos son propiedad y para uso exclusivo de INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. Está prohibida su retención, grabación, utilización o divulgación con cualquier propósito sin la autorización de ésta.

	INVERSIONES CLINICA DEL META S.A VALORACION DE TRIAGE	CÓDIGO	URG.P.006
		VERSIÓN	03
		FECHA	30/01/2020
		PAGINA	5 DE 18

INICIO			
1	Ingresar al paciente directamente a trauma	Puede ser en Ambulancia o en evidente urgencia vital. Ver Anexo 1.	Auxiliar de Enfermería / Profesional de Enfermería / Médico / Acompañante del paciente
2	Ejecución del plan de cuidado individualizado	Monitoreo, cuidado y tratamiento integral del paciente de acuerdo con su condición clínica	Auxiliar de Enfermería / Profesional de Enfermería / Médico
3	Brindar información y orientación al paciente y su familia	Entre tanto se le brinda la atención se le indica al acompañante del paciente que se dirija al punto de admisiones ubicado en el área del triage para iniciar con el ingreso administrativo del paciente a La Institución. De acuerdo con el Procedimiento de Admisiones AD.P.008	Auxiliar de Enfermería / Profesional de Enfermería / Médico
4	Egreso del servicio de urgencias	Retiro del paciente del servicio de urgencias de la Institución ya sea por alta de parte del personal médico, muerte o traslado a otro servicio o remisión. Procedimiento egreso hospitalario HOS.PE.022u. Guía de información al paciente sobre recomendaciones de egreso UR.GURG.028u.	Auxiliar de Enfermería / Profesional de Enfermería / Médico
Fin escalable en la atención terapéutica y diagnóstica del paciente			

Tabla 2. Valoración del Triage.

ITEM	FLUJOGRAMA ACTIVIDAD	DESCRIPCION/ DETALLE	RESPONSABLE
INICIO			
1	Admisión del paciente	Ingresa el paciente al servicio de urgencias, y se dirige a la ventanilla de admisiones ubicada en la sala de triage, él o su acompañante presenta el documento de identificación y solicita atención por el servicio de urgencias, el Auxiliar de Admisiones digita número de documento del paciente en el software, y le informa al paciente que siga a sala de espera.	Auxiliar de Admisiones

	INVERSIONES CLINICA DEL META S.A VALORACION DE TRIAGE	CÓDIGO	URG.P.006
		VERSIÓN	03
		FECHA	30/01/2020
		PAGINA	6 DE 18

		De acuerdo con el Procedimiento de Admisiones AD.P.008	
2	Valoración del Triage	<p>El Profesional de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hace el llamado del paciente de acuerdo con el orden en el software Saluda amablemente al paciente Le pregunta al paciente el motivo de consulta y lo registra Toma y registra en la historia clínica los signos vitales. Clasifica el triage de acuerdo con los Anexos 1 - 2 - 3 - 4 - 5. Le explica al paciente que clasificación tiene y el tiempo de espera aproximado para la atención médica. 	Profesional de Enfermería
Paciente con clasificación de Triage 1			
3	Continúa con las actividades de la tabla 1.		
Paciente con clasificación de Triage 2			
4	Brindar información y orientación al paciente y su familia	<ul style="list-style-type: none"> Entregar el formato de triage e informar al paciente y su familia el tiempo estimado de espera para la atención inicial de urgencias (30 min) Direccionar al paciente y su familia a sala de urgencias para la respectiva atención por el médico de urgencias. 	Profesional de Enfermería
5	Valoración médica en el consultorio de urgencias	Determinar la condición clínica del paciente y el plan de manejo.	Médico
6	Autorización de la consulta en urgencias	<p>En el front de urgencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Verificar derechos Imprimir y entregar el ingreso 	Auxiliar de Admisiones
Paciente con clasificación de Triage 3			
7	Brindar información y orientación al paciente y su familia	<p>Entregar al paciente el formato de triage y es direccionado al front de urgencias. Informarle al paciente y su familia el tiempo estimado de espera para la atención inicial de urgencias (120 min)</p>	Profesional de Enfermería
8	Autorización de la consulta en urgencias	<p>En el front de urgencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Verificar derechos Imprimir y entregar el ingreso Direccionar al paciente a la sala de espera para ser llamado por el médico. 	Auxiliar de Admisiones
9	Valoración médica	Determinar la condición clínica del paciente y el plan de manejo.	Médico
Paciente con clasificación de Triage 4			
10	Brindar información y orientación al paciente y su familia	Entregar al paciente el formato de triage y se direcciona a la consulta prioritaria de la EPS a la cual pertenece.	Profesional de Enfermería
Paciente con clasificación de Triage 5			

El contenido de este documento y/o sus anexos son propiedad y para uso exclusivo de INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. Está prohibida su retención, grabación, utilización o divulgación con cualquier propósito sin la autorización de ésta.

	INVERSIONES CLINICA DEL META S.A VALORACION DE TRIAGE	CÓDIGO	URG.P.006
		VERSIÓN	03
		FECHA	30/01/2020
		PAGINA	7 DE 18

11	Brindar información y orientación al paciente y su familia	Entregar al paciente el formato de triage y se direcciona a la consulta externa de la EPS a la cual pertenece.	Profesional de Enfermería
Egreso del paciente del servicio de urgencias			
12	Egreso del servicio de urgencias	Retiro del paciente del servicio de urgencias de la Institución ya sea por alta de parte del personal médico, muerte o traslado a otro servicio o remisión. Procedimiento egreso hospitalario HOS.PE.022u. Guía de información al paciente sobre recomendaciones de egreso UR. GURG.028u.	Médico Profesional de Enfermería
FIN			

10.REGISTROS DE CALIDAD

CODIGO	REGISTROS DE CALIDAD	RESPONSABLE ALMACENAMIENTO	TIEMPO DE RETENCION
	Historia Clínica	Líder de proceso	Según TRD

11.CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN	CAMBIOS REALIZADOS	RESPONSABLES
30/01/2020	3	Se cambia código y nombre del documento de Guía medica UR.PMU.001u METODOLOGIA Y CLASIFICACION DE TRIAGE versión 2 a URG.P.005 VALORACION DE TRIAGE V3.	Coordinador de urgencias

12.BIBLIOGRAFIA

Registrar la bibliografía consultada o requerida como soporte de lo planteado en el procedimiento.

Este apartado es muy importante en la construcción de guías o procedimientos clínicos

13.ANEXOS

Anexo 1. Criterios de Inclusión para Triage 1.

	INVERSIONES CLINICA DEL META S.A VALORACION DE TRIAGE	CÓDIGO	URG.P.006
		VERSIÓN	03
		FECHA	30/01/2020
		PAGINA	8 DE 18

Triage 1	
<p>Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro, órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.</p>	
Sistema neurológico	<p>Estado convulsivo Pérdida o deterioro súbito de la conciencia. Trauma Craneoencefálico con alteración neurológica Trauma en columna con déficit neurológico. Alteración neurológica motora. Cefalea intensa. Persona sin respuesta o respuesta solo al dolor. Glasgow < 13 Fiebre con signos de alteración neurológica. TCE en paciente hemofílico</p>
Ojos	<p>Trauma ocular. Visión borrosa o disminución súbita de agudeza visual Pérdida súbita de la visión. Dolor ocular intenso Accidente con ácidos o base</p>
Oídos	<p>Trauma del pabellón auricular con Otorragia u otoliquia postraumática Hipoacusia súbita</p>
Nariz, boca, garganta	<p>Epistaxis masiva Trauma facial con fractura ósea. Avulsión dental. Rinorrea cristalina o con sangre luego de trauma de cráneo.</p>
Sistema cardiovascular	<p>Dolor torácico súbito intenso Dolor torácico irradiado, con diaforesis, disnea y angustia. Paro cardiovascular. Palpitaciones con descompensación hemodinámica Shock hemodinámico. Hipertensión arterial sistólica > 80 mmHg Disnea, tos y fiebre. Deshidratación GII o GIII. Arritmias cardíacas con descompensación. Quemadura eléctrica.</p>
Sistema respiratorio	<p>Disnea súbita luego de inhalación de químicos. Trauma en tórax con disnea Obstrucción de vía aérea Lesión de vía respiratoria. Paro respiratorio. Hemoptisis masiva. Frecuencia respiratoria < 10</p>

	INVERSIONES CLINICA DEL META S.A VALORACION DE TRIAGE	CÓDIGO	URG.P.006
		VERSIÓN	03
		FECHA	30/01/2020
		PAGINA	9 DE 18

Abdominales y gastrointestinales	Dolor abdominal severo Trauma abdominal penetrante Vómito con deshidratación. Enterorragia con shock.
Sistema musculoesquelético	Amputación traumática. Trauma aplastamiento Dolor severo extremidad compromiso vascular. Trauma extremidad compromiso neurológico. Luxación de cadera.
Sistema tegumentario y anexos	Quemadura de grado segundo grado profundo y tercer grado
Sistema reproductor y genital	Dolor testicular severo + edema Trauma en pene o escroto Priapismo Abuso sexual Sangrado vaginal post trauma. Shock en embarazo.
Sistema urinario	Sangrado uretral post trauma.
Psicológicos	Intento de suicidio Agitación psicomotora Trastorno de ansiedad y pánico Desorden del comportamiento Paciente violento o agresivo.

Anexo 2. Criterios de Inclusión para Triage 2.

Triage 2	
La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los (30) minutos.	
Sistema neurológico	Lipotimia o síncope con recuperación total de conciencia y sin déficit neurológico. TCE sin alteración. Cefalea en paciente con migraña Vértigo sin vómito. Hipostesia en extremidades de inicio progresivo. Cefalea asociada a fiebre Episodio agudo de vomito. Confusión con recuperación actual. Disminución de fuerza en extremidades.
Ojos	Hifema por trauma Diplopía Inflamación. Cuerpo extraño con visión conservada

El contenido de este documento y/o sus anexos son propiedad y para uso exclusivo de INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. Está prohibida su retención, grabación, utilización o divulgación con cualquier propósito sin la autorización de ésta.

	INVERSIONES CLINICA DEL META S.A VALORACION DE TRIAGE	CÓDIGO	URG.P.006
		VERSIÓN	03
		FECHA	30/01/2020
		PAGINA	10 DE 18

	Celulitis peri orbitaría
Oídos	Cuerpo extraño en el oído con otorragia. Hipoacusia aguda pos-trauma. Vértigo. otalgia
Nariz, boca, garganta	Cuerpo extraño en nariz, o dolor al respirar. Sensación de cuerpo extraño Epistaxis. Cuerpo extraño en orofaringe sin dificultad Respiratoria Odontalgia Herida en mejilla. Absceso periapical Trauma dental
Sistema cardiovascular	Dolor torácico que aumenta con la inspiración Dolor torácico asociado a fiebre. Dolor torácico secundario a trauma agudo Dolor torácico no irradiado. Sangrado leve. Lipotimia con miosis.
Sistema respiratorio	Tos con expectoración y fiebre Dolor torácico relacionado con inspiración profunda Aspiración cuerpo extraño sin dificultad respiratoria Disnea más sibilancias. Crisis asmática.
Abdominales y gastrointestinales	HVD altas o bajas de varios días de evolución. Sangrado rectal sin compromiso hemodinámica Enfermedad Diarreica aguda + dolor abdominal + DHT Vómito sin tolerancia a vía oral. Epigastralgia Emésis como cuncho de café moderado. Lesión abdominal reciente sin sangrado y dolor moderado. Dolor abdominal en mujer sexualmente activa. Cólico menstrual Dolor abdominal severo, vómito y diarrea
Sistema musculoesquelético	Trauma en extremidad sin déficit circulatorio o neurológico Trauma menor (Desgarro Muscular agudo) Esguince GI, GII o GIII Lumbalgia súbita Dolor articular. Dolor en extremidad con compromiso articular. Lesión en punta de dedo. Trauma cerrado de mano o pie. Fracturas abiertas o cerradas. Luxación de hombro

	INVERSIONES CLINICA DEL META S.A VALORACION DE TRIAGE	CÓDIGO	URG.P.006
		VERSIÓN	03
		FECHA	30/01/2020
		PAGINA	11 DE 18

Sistema tegumentario y anexos	Exposición rábica Quemadura de 2º grado superficial Herida infectada localizada Síndrome icterico Celulitis o erisipela. Accidente rábico Picadura por animal ponzoñoso Mordedura de serpiente. Urticaria Herida en piel que requiera curación o sutura. Absceso con celulitis
Sistema reproductor y genital	Edema del pene Secreción uretral purulenta Trauma en genitales externos con hematoma o laceración. Proctalgia HUA de varios días de evolución sin descompensación hemodinámica. Embarazada con síntomas urinarios. Cuerpo extraño en genitales o rectal. HUA con retraso menstrual Aborto en curso. Mastalgia con fiebre Sangrado en embarazo. Parto en curso. Fiebre en el postparto inmediato o mediato (7º día)
Sistema urinario	Disuria sin polaquiuria, fiebre o vómito. Cuerpo extraño en vejiga Litiasis Renal Cuerpo extraño en uretra Dolor lumbar + disuria o polaquiuria. Hematuria
Psicológicos	Trastornos de la alimentación Abuso de sustancias psicoactivas. Alucinaciones. Crisis situacional. Paciente potencialmente agresivo. Depresión. Ansiedad.

Anexo 1. Criterios de Inclusión para Triage 3.

Triage 3

	INVERSIONES CLINICA DEL META S.A VALORACION DE TRIAGE	CÓDIGO	URG.P.006
		VERSIÓN	03
		FECHA	30/01/2020
		PAGINA	12 DE 18

<p>La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan examen complementario o un tratamiento tapido, dado que se encuentran estables desde el punto fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa.</p>	
Sistema neurológico	<ul style="list-style-type: none"> Cefalea crónica, sin síntomas neurológicos o de alarma. Parestesias en extremidades asociadas a ansiedad. Sensación de mareo o inestabilidad sin alteración hemodinámica o ansiedad. <p>Tembler</p>
Ojos	<ul style="list-style-type: none"> Hemorragia subconjuntival. Cambios de la AV no súbitos. Secreción ocular y/o edema palpebral Fosfenos, fotopsias, miodesopsias Cambio de lentes Edema palpebral <p>Ardor ocular</p>
Oídos	<ul style="list-style-type: none"> Hipoacusia progresiva Tinnitus. Otorrea crónica. Cuerpo extraño en el oído sin dolor, molestia o sangrado <p>Sensación de oído tapado</p>
Nariz, boca, garganta	<ul style="list-style-type: none"> Herida en paladar blando. Rinitis, congestión nasal y fiebre. Rinorrea de varios días. Odinofagia y adenopatías <p>Sensación de cuerpo en faringe</p> <p>Trauma nasal sin dificultad respiratoria.</p>
Sistema cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> Palpitaciones sin descompensación <p>Dolor torácico localizado a la presión</p>
Sistema respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> Tos seca o productiva. Disfonía Tos crónica sin dificultad respiratoria <p>Tos de varios días de evolución sin dificultad respiratoria</p>
Abdominales y gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> Vómito sin sangre y sin deshidratación con tolerancia a vía oral. Náuseas, regurgitación Eructos. Pirosis. Tenesmo rectal Flatulencias Hemorroides. Estreñimiento <p>Cólico abdominal sin vómito o diarrea y sin otro síntoma</p>

	INVERSIONES CLINICA DEL META S.A VALORACION DE TRIAGE	CÓDIGO	URG.P.006
		VERSIÓN	03
		FECHA	30/01/2020
		PAGINA	13 DE 18

Sistema musculoesquelético	<ul style="list-style-type: none"> Lumbalgia sin síntomas neurológicos o de varios días Espasmo muscular Edemas sin trauma Artralgia acompañada de fiebre. Trauma de varios días de evolución
Sistema tegumentario y anexos	<ul style="list-style-type: none"> Quemadura de 1er grado Picaduras menores localizadas Herida menor por punción Uña encarnada. Masa en tejidos blandos Dermatitis por contacto Adenopatías Descamación o prurito en piel. Forunculosis
Sistema reproductor y genital	<ul style="list-style-type: none"> Dolor testicular de varios días Masa en testículo Eyaculación precoz Úlcera en genitales. Rash o prurito genital o perineal o anal Dismenorrea Dispareunia Menorragia HUA no descompensada Mastalgia sin fiebre
Sistema urinario	<ul style="list-style-type: none"> Incontinencia urinaria Dolor lumbar de varios días de evolución.
Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> Insomnio Confusión Duelo Paciente que se siente decaído Crisis social. Paciente

Anexo 4. Definición para Triage 4.

Triage 4
El paciente presenta condición médica que no comprometen su estado general, ni representa un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación, secuelas de la enfermedad o lesiones si no recibe atención correspondiente.

Anexo 5. Criterios de Inclusión para Triage 5.

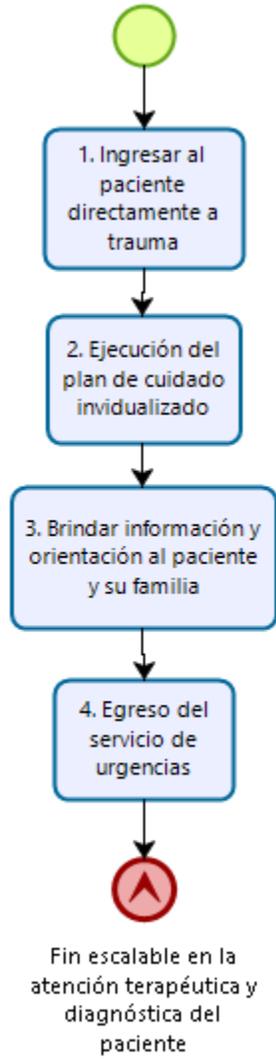
Triage 5

	INVERSIONES CLINICA DEL META S.A VALORACION DE TRIAGE	CÓDIGO	URG.P.006
		VERSIÓN	03
		FECHA	30/01/2020
		PAGINA	14 DE 18

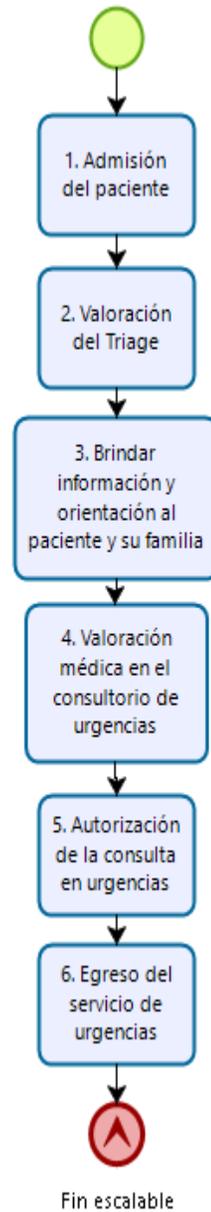
El paciente presenta una condición relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general del paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.

Anexo 6. Diagrama de flujo Triage 1.

	INVERSIONES CLINICA DEL META S.A VALORACION DE TRIAGE	CÓDIGO	URG.P.006
		VERSIÓN	03
		FECHA	30/01/2020
		PAGINA	15 DE 18



Anexo 7. Diagrama de flujo Triage 2.

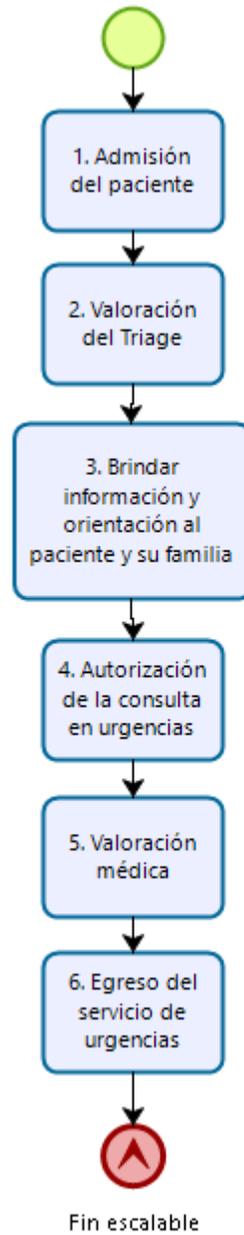


Anexo 8. Diagrama de flujo Triage 3.



CÓDIGO	URG.P.006
VERSIÓN	03
FECHA	30/01/2020
PAGINA	17 DE 18

VALORACION DE TRIAGE





[Revista Habanera de Ciencias Médicas](#)

versión On-line ISSN 1729-519X

Rev haban cienc méd vol.17 no.2 La Habana mar.-abr. 2018

CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS ARTÍCULO DE REVISIÓN

Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares

Smoking and its relation to cardiovascular diseases

Elmo Manuel Fernández González, Dariel Adrián Figueroa Oliva

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

nagahypaneque@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El tabaquismo es un grave problema de salud mundial debido a los daños asociados a su consumo. Es la causa que más influye en la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles. Se encuentra relacionado con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Objetivo: Describir las afectaciones provocadas por el tabaquismo en el sistema cardiovascular.

Material y Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica empleando literatura nacional e internacional, en formato electrónico e impreso. Se expresaron criterios de autores y resultados de investigaciones disponibles en las bases de datos SciELO, Medline, PubMed y Google. Se emplearon un total de 26 referencias bibliográficas. Los criterios de selección establecieron un período de 5 años hasta la actualidad, utilizando además literaturas anteriores de valor para esta investigación.

Desarrollo: La nicotina es el principal componente del tabaco que ejerce un poder adictivo. Fumar tiene un efecto sinérgico con la presencia de otros factores de riesgo aumentando el riesgo cardiovascular total. La probabilidad de desarrollar afectaciones cardiovasculares en fumadores se relaciona directamente con el número de cigarrillos consumidos diariamente y el tiempo de evolución.

Mi SciELO

Servicios personalizados

Servicios Personalizados

Revista

SciELO Analytics

Artículo

Español (pdf)

Artículo en XML

Referencias del artículo

Como citar este artículo

SciELO Analytics

Enviar artículo por email

Indicadores

Links relacionados

Compartir

Otros

Otros

Permalink

Conclusiones: El tabaquismo constituye una mala conducta social y un peligroso factor de riesgo, representando la principal causa de mortalidad y morbilidad cardiovascular posible de prevenir en el mundo.

Palabras claves: Tabaquismo, nicotina, factor de riesgo, enfermedades cardiovasculares, aterosclerosis, consumo.

ABSTRACT

Introduction: Smoking is a serious global health problem due to the damages associated with its consumption. It is the cause that most influences morbidity and mortality due to chronic non-communicable diseases. It is related to the development of cardiovascular diseases.

Objective: To describe the affectations of the cardiovascular system caused by smoking.

Material and Methods: A bibliographic review was made using national and international literature, in both electronic and printed formats. Authors' criteria and research results available from SciELO, Medline, PubMed and Google databases were expressed. A total of 26 bibliographical references were used. Selection criteria established a period of 5 years to date, also using previous literature of great value for this research.

Development: Nicotine is the main component of tobacco that exerts an addictive power. Smoking has a synergistic effect on other health related risk factors, thus increasing the total cardiovascular risk. The probability of developing cardiovascular affectations in smokers is directly related to the number of cigarettes consumed daily and the time of evolution.

Conclusions: Smoking constitutes a bad social behavior and a dangerous risk factor, representing the main cause of mortality and cardiovascular morbidity that can be prevented in the world.

Keywords: smoking, nicotine, risk factor, cardiovascular diseases, atherosclerosis, consumption.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es reconocido desde hace varios años como un grave problema de sanidad a nivel mundial debido a los daños que produce en la salud su consumo, y causa millones de pérdidas humanas a escala global;¹ se encuentra dentro de las epidemias del siglo XX y XXI; es la causa más frecuente de muertes que pueden evitarse, aunque simule ser un hábito elegante.^{2,3} A partir de la década de 1950, en que aparecieron los primeros estudios epidemiológicos que asociaron diferentes enfermedades con el hábito de fumar, la comunidad médica ha sido testigo de un hecho trascendental: el tabaquismo pasó de ser un hábito de *glamour* a considerarse una plaga social de dimensiones incalculables.⁴

Desde los años 50 el cigarro ha cobrado más de 60 millones de vidas; es evidente que las grandes empresas tabacaleras han ganado grandes sumas de dinero **al** matar a millones de personas.¹

Al iniciarse el siglo XXI en el mundo se consumen diariamente más de 15 billones de cigarrillos. En 1999 moría 1 persona cada 8 segundos por causas atribuibles al tabaquismo, varios estudios realizados a principios del siglo XXI muestran que cada 6,5 segundos muere una persona a consecuencia del consumo directo o indirecto del tabaco y cada año la cifra se aproxima a los 5 millones de personas y se estima que para 2025 y 2030, morirá 1 persona cada 3 segundos por esta causa.^{2,3,5}

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen en el mundo más de 1 300 millones de fumadores, lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años.^{5,6} Hay cerca de 45 millones de fumadores y en los Estados Unidos mueren 430 000 personas al año a causa del tabaco. En América Latina y el Caribe el tabaquismo ocasiona 150 000 fallecidos cada año y aumenta en un ritmo constante.¹

La situación actual de Cuba en relación con la prevalencia del tabaquismo y el consumo de cigarrillos no es favorable; se ha encontrado una amplia gama de paradojas y controversias en la población como la imagen del

fumador elegante creado por la publicidad y trasladada de país a país y de generación a generación y el efecto no inmediato sobre la salud, además es uno de principales productores de tabaco en el mundo y su consumo se encuentra arraigado a la vida cultural.⁷

En Cuba, la prevalencia del tabaquismo ha sido considerada alta desde que se dispone de información al respecto. Cuba ocupa el quinto lugar en América Latina y el Caribe en cuanto a la prevalencia del tabaquismo, mayor la proporción de hombres que fuman que de mujeres. El 24% de la población de 15 años y que más fuma activamente, es decir, una de cada cuatro personas, y más de 50% está expuesta al humo del tabaco en su hogar, en el trabajo o en lugares públicos. Es el único producto de consumo legal que mata entre un tercio y la mitad de sus consumidores, está relacionado con más de 25 enfermedades. El 15% de la mortalidad en el país se produce por el tabaquismo, lo que equivale a 13 300 personas. Mientras, cerca de 1 500 mueren cada año por exposición al humo de tabaco ajeno.^{8,9}

El tabaquismo está considerado como el factor de riesgo (FR) que más influye en la aparición de las principales causas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles como las enfermedades respiratorias, cardiovasculares, diversos tipos de cáncer, entre otras, y su daño no solo es para el fumador sino también para cualquier persona que se exponga a la aspiración de su humo.²⁻⁴

Actualmente las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte e incapacidad física a escala global, estas producen aproximadamente una cuarta parte de todas las defunciones en el mundo.^{10,11}

En Cuba enfermedades del corazón también se establecen desde hace más de 4 décadas como la primera causa de fallecimiento en ambos sexos, lo que se corresponde con 11,5 los años de vida potencialmente perdidos como consecuencia de estas enfermedades, con una tasa de mortalidad que se ha incrementado desde valores de 148,2 x 100.000 habitantes en 1970, hasta 211,8 x 100.000 habitantes en 2010.¹²

El tabaquismo es un reconocido FR para la generación y progresión de enfermedades cardiovasculares de origen ateroesclerótico, consecuencia del efecto que tiene el humo del tabaco sobre el sistema cardiovascular. Se establece que 30% de las muertes por enfermedades de las arterias y el corazón son debidas a este hábito nocivo.¹³

La modificación hacia un buen estilo de vida en la conducta de este factor de riesgo puede reducir las afectaciones cardiovasculares y aumentar la calidad y esperanza de vida en pacientes fumadores y no fumadores propensos a convivir en ambientes donde se fuma.¹⁴

Por el alto grado de peligrosidad que se le atribuye al tabaquismo en los últimos años y su comportamiento como factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, el colectivo de autores de este trabajo estableció el siguiente problema científico: ¿Qué daños ocasiona el tabaquismo en el sistema cardiovascular?

OBJETIVO

Describir las afectaciones provocadas por el tabaquismo en el sistema cardiovascular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica empleando literatura nacional e internacional, en formato electrónico e impreso, sobre el tema correspondiente.

Se expresaron criterios de autores y resultados de investigaciones disponibles en las bases de datos SciELO, Medline, PubMed y Google.

Se empleó un total de 26 referencias bibliográficas. Los criterios de selección de las bibliografías establecieron fundamentalmente un período de 5 años hasta la actualidad; se utilizaron además literaturas anteriores de valor para esta investigación.

DESARROLLO

El tabaquismo es la adicción al tabaco provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina, también llamada "Asesina con cara de ángel", la acción de dicha sustancia condiciona el abuso de su consumo debido a que actúa sobre el sistema nervioso central haciendo que la persona sufra una dependencia física y psicológica al humo del tabaco.¹³

Fumar constituye un mal estilo de vida en las personas que lo consumen y en las que conviven o trabajan en lugares donde se inhale su nocivo humo, dado a que su daño en la salud no se limita solamente al fumador sino que también perjudica a todo el que le rodea.¹⁵⁻¹⁷ Es una práctica tóxica socialmente adquirida que interviene en un grupo numeroso de entidades patológicas como la cardiopatía coronaria, el cáncer del pulmón, la enfermedad arterial periférica, la úlcera gastroduodenal y las enfermedades crónicas pulmonares obstructivas, entre otras.^{10,18} Constituye un problema social de gran magnitud en todo el mundo, por cada cigarrillo fumado representa una reducción de 9 minutos de vida,⁷ además es responsable de más de 5 millones de fallecimientos anuales a causa de sus múltiples daños ocasionados a la salud y esta cifra se comporta con un acenso en la sociedad.¹⁵

El tabaquismo es uno de los más importantes factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular y la principal causa de enfermedad y muerte evitable a nivel mundial.⁶ Se clasifica teniendo en cuenta su origen como un FR relacionado con estilos de vida no saludables y debido a que su consumo es factible a cambio a través de medidas de salud también se clasifica en modificable;¹⁶ de esta forma al abandonar el tabaquismo disminuye el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular, sin embargo, se necesita un período de varios años para que el riesgo desaparezca por completo.^{12,14} El impacto del tabaquismo sobre la salud cardiovascular y su asociación con otros FR como Hipertensión Arterial (HTA), *Diabetes Mellitus*, estrés, alcoholismo, obesidad, dislipidemia, sedentarismo, edad, sexo y antecedentes familiares tienen un efecto sinérgico, de modo que aumenta significativamente aún más el riesgo cardiovascular total.^{11,13,16}

La probabilidad de desarrollar afectaciones cardiovasculares en fumadores se relaciona directamente con el número de cigarrillos consumido diariamente,⁶ estudios epidemiológicos afirman que los fumadores presentan 70% más de probabilidad de padecer enfermedad coronaria, las personas que fuman una cajetilla de cigarro al día tienen un riesgo de 3 a 5 veces mayor de desarrollar cardiopatía isquémica.^{10,11,15}

Otro factor para la ocurrencia de estas enfermedades es el tiempo de evolución del hábito de fumar desde que inició la adicción a su consumo. Después de 10 años de fumar se incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares desde 15 hasta 30%.¹² En los hombres fumadores el infarto agudo de miocardio puede aparecer en promedio una década antes en relación con los no fumadores y si el consumo es mayor de 20 cigarrillos por día, puede anticiparse aproximadamente 20 años, las mujeres no fumadoras desarrollan un primer evento coronario casi 10 años después que los hombres; en cambio, las fumadoras pueden desarrollar un Infarto Agudo del Miocardio (IAM) a edades similares que los varones. Incrementa también el riesgo de recurrencia de ataques cardíacos entre los supervivientes de un infarto del miocardio.^{10,11,19}

Los diversos componentes tóxicos del humo del cigarro son la causa directa e indirectamente de los daños en las paredes de los vasos, efecto importante en el desarrollo de la aterosclerosis, y en la producción de eventos tromboembólicos, de esta manera el consumo de cigarrillos duplica el riesgo de enfermedades del corazón.^{18,19}

Componentes del humo del cigarro

El humo del tabaco es un aerosol heterogéneo que se produce por la combustión completa de la hoja del tabaco junto con varios aditivos y papel, a una temperatura elevada, que alcanza casi 1 000 °C en el carbón que se quema del cigarro. Tanto los fumadores activos como los pasivos absorben componentes del humo del tabaco a través de las vías respiratorias y los alvéolos, y sus componentes entran después en la circulación y se distribuyen en general.¹⁷

El humo que se origina es una mezcla que contiene aproximadamente 5 000 sustancias químicas activas, antigénicas, citotóxicas, mutágenas y carcinogénicas que constituyen la fuente más importante de exposición tóxica y enfermedad mediada por agentes químicos en humanos.²⁰

Entre las sustancias nocivas que contiene el cigarro se encuentran: la nicotina, el dióxido de carbono (CO₂), el monóxido de carbono (CO) gases irritantes como el formaldehído, NO₂, acroleína, ácido cianhídrico, cetaldehído; sustancias cancerígenas en la que se destacan hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP), las nitrosaminas, derivados fenólicos como, 2-etil-6-metil-1,4-necenodiol, 2-metoxi-1,4-bencenodiol, y 4-etilmetoxi-6-metilfenol; y radicales libres y oxidantes radicales libres superóxido (O₂⁻), hidroxilo (OH⁻), peróxido (ROO[·]) y el óxido nítrico (NO[·]), entre otros componentes.^{20,21}

Las dos moléculas del humo del tabaco más directamente relacionadas con la aparición de las complicaciones circulatorias son la nicotina y el monóxido de carbono (CO):⁶

Nicotina

La nicotina, es una amina terciaria;⁶ se trata de una droga psicoactiva estimulante que induce a tolerancia y dependencia química. Es el compuesto químico gaseoso más conocido del cigarrillo y el que provoca mayor número de efectos hemodinámicos y vasculares. Posee un efecto mediado por la liberación de catecolaminas, aumento de la trombina y fibrinógeno, los que acrecientan el riesgo de fenómenos trombóticos, fenómenos que son reversibles al dejar de fumar.²²

La mayoría de los cigarrillos del mercado contienen 10 mg o más de nicotina, de la cual se inhala entre 1 y 2 mg/cigarrillo. En la inhalación del humo del cigarro esta sustancia se trasporta del pulmón a la circulación pulmonar, pasa a circulación arterial donde tiene una vida media de 1 a 4 horas y alcanza concentraciones elevadas, que acceden al cerebro y estimulan sus receptores nicotínicos muy rápidamente, en un plazo de 9-10 segundos. Posteriormente se distribuye vía sanguínea por otros tejidos, como pulmón, hígado, riñón.²²

Monóxido de Carbono (CO)

El CO es un gas incoloro, inodoro, insípido y no irritante que proviene de la combustión incompleta de materias carbonosas. En los cigarrillos representa entre 1,9 y 6,3% del humo, y en el humo de los puros está entre 9,7 y 12,7%. Su efecto es altamente tóxico en la salud: disminuye la capacidad de transporte de oxígeno, daña los sistemas enzimáticos de respiración celular, produce lesiones en la pared de los vasos, aumenta la viscosidad de la sangre lo cual dificulta la circulación y favorece el desarrollo de placas ateroscleróticas precoces por lesión y disfunción endotelial.²⁰

Repercusión del tabaquismo en el sistema cardiovascular

La nicotina ejerce sus efectos directamente sobre el sistema nervioso central. El hipotálamo manda señales a la hipófisis para que libere la hormona adrenocorticotropina (ACTH), la que provoca una estimulación de médula suprarrenal al liberar catecolaminas adrenérgicas que activan el sistema nerviososimpático y producen en el sistema cardiovascular aumentos en la frecuencia cardíaca, el gasto cardíaco, la contractilidad cardíaca y presión sanguínea, lo que en un período de tiempo prolongado genera un aumento del volumen del corazón y deterioro en

la función de bombeo y produce insuficiencia cardíaca.^{23,24} Además provoca espasmos de las arterias coronarias, reduce la capacidad de la sangre para disolver sus propios coágulos, vasoconstricción a nivel de pequeños vasos periféricos, lo que implica un menor aporte sanguíneo a la parte irrigada, y disminución de la temperatura, sobre todo, de manos y pies.¹⁰

La nicotina del humo del cigarro aumenta la presión arterial, debido a que esta estimula la producción de diversos neurotransmisores, como la epinefrina, la norepinefrina, la dopamina, la acetilcolina y la vasopresina, que actúan simultáneamente en los receptores centrales y periféricos (ganglios periféricos, glándulas suprarrenales y uniones neuromusculares), disminuye sensibilidad de los barorreceptores, aumenta la producción de la angiotensina II, y incrementa la producción de tromboxano A2 (TXA2) que es un potente vasoconstrictor, lo cual aumenta los niveles de presión y las alteraciones en el sistema de conducción ventricular.²³⁻²⁵

El tabaquismo genera un aumento en la actividad plaquetaria con una facilitación del fenómeno trombótico.²⁴ La nicotina estimula una mayor concentración de trombina y fibrinógenos, se convierte este en fibrina por acción de la trombina y esta constituye la red que forma el coágulo, lo que favorece la formación de trombos plaquetarios intravasculares y ayuda la incidencia de infarto del miocardio o formas severas de anginas de pecho.^{11,12}

Fumar ocasiona una disminución de la capacidad de transporte de oxígeno en la sangre induce un aumento de la demanda del consumo de oxígeno miocárdico. Esto se debe a la mayor afinidad del CO por la hemoglobina que es hasta 270 veces superior a la del oxígeno, forma la carboxihemoglobina (COHb), que al desplazarlo de su sitio de unión reduce el oxígeno transportado por la hemoglobina, lo cual provoca hipoxia.²²

El tabaquismo se encuentra asociado a niveles elevados de ácidos grasos libres, triglicéridos, colesterol total, lipoproteína de baja densidad (LDL) y lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL), con reducción de lipoproteínas de alta densidad (HDL), reduce el efecto protector de este y aumenta por ello el riesgo de sufrir una enfermedad coronaria; constituye un perfil lipídico que favorece la formación de placas de aterosclerosis.^{5,13,25}

Los componentes tóxicos del humo del cigarro ocasionan disfunción endotelial de las paredes de las arterias, originadas por el estrés hiperoxidativo y, por tanto, el aumento de la permeabilidad endotelial a las lipoproteínas y otros constituyentes plasmáticos, así como adhesión y migración de leucocitos y monocitos-macrófagos mediados por LDL-oxidada al espacio subendotelial, lo que forma así una placa aterosclerótica y eleva el riesgo de ataques al corazón.^{5,10,13}

Beneficios del abandono del hábito de fumar sobre la salud cardiovascular

El abandono del hábito de fumar constituye un proceso en el que la persona fumadora tiene que tener conciencia de su responsabilidad personal y social en relación con su salud, con el objetivo de superar su conducta adictiva.^{14,26}

Son múltiples los efectos del cese del tabaco para la salud, entre ellos, corregir las alteraciones luego de suspenderlo.

En exfumadores la presión arterial desciende al igual que la frecuencia cardíaca, hay aumento del HDL y descenso de los niveles de tromboxano. En conjunto todos estos cambios reducen el riesgo de eventos cardiovasculares.^{2,14}

El inminente riesgo cardiovascular de muerte en los fumadores cae rápidamente luego de dejar de fumar, llega a la mitad luego de 1 año y continúa disminuyendo por los siguientes 10 a 15 años. El beneficio logrado es mayor cuando el tiempo de consumo y la cantidad de cigarrillos al día es menor.¹⁰

La cardiopatía isquémica en un año disminuye a la mitad el riesgo y en 5 años el riesgo de ataque es igual a los no fumadores. La enfermedad cerebrovascular en un año tiene un riesgo igual al no fumador.¹⁸ La enfermedad

vascular periférica desaparece.⁴ El riesgo de cáncer disminuye en 10 años a la mitad y este riesgo se iguala al no fumador entre 15 y 20 años.¹ El daño funcional de la enfermedad pulmonar desaparece y el riesgo disminuye a 50% en 10 años. La mortalidad total entre los fumadores desciende hasta casi igualar la de los no fumadores 15 años después de haber dejado de fumar.^{10,11}

A pesar de que el Ministerio de Salud Pública en Cuba, a través de los medios publicitarios y de difusión masiva, desarrolla campañas para la disminución del consumo de tabaco en la población, y la implementación de medidas jurídicas que prohíben fumar en lugares abiertos a toda la población, centros educacionales, trabajos y locales de recreación cerrados; la población conoce sus daños perjudiciales a la salud, incluyendo la población fumadora, pero esta se proyecta poco hacia el desarrollo de una conciencia social libre de humo. Por otra parte la venta de productos del tabaco es un renglón de la economía y se encuentra accesible en la mayoría de centros gastronómicos a mayores de 18 años, aunque se ve la violación de esta resolución por la venta de este producto a menores de edad por el personal que trabaja en el servicio, debido a que no se aplica una fuerte estrategia para sancionar dicha negligencia por parte de las autoridades. También es necesario resaltar la vulnerabilidad de los adolescentes y jóvenes ante este fenómeno, pues los iconos musicales, actores y de la moda, ejercen gran influencia en el comienzo de este perjudicial hábito, pues no es de sorprender la propaganda de manera directa e indirecta del consumo del tabaco que realizan y que además es transmitida en nuestros medios de difusión.

La lucha contra el tabaquismo es una tarea difícil de ganar, es poco el esfuerzo que realiza los servicios de salud de Cuba comparado con el esfuerzo que pudiera realizarse en conjunto con todos los ministerios, servicios, organizaciones del país y población, ya que la tarea le corresponde a todos, ya que todos forman parte de la población afectada, por lo que se deben duplicar los esfuerzos, realizar estrategias orientadas a cumplimentar las resoluciones vigentes, educar a la población, ejecutar acciones de promoción y prevención de salud, llegar los conocimientos a la población más vulnerable, y no conformarse con la labor realizada; solo así se logrará disminuir el consumo de tabaco y con él la morbimortalidad que este produce.

CONCLUSIONES

El tabaquismo constituye una mala conducta social y un peligroso factor de riesgo, representa la principal causa de mortalidad y morbilidad cardiovascular posible de prevenir en el mundo. Los efectos nocivos de sus componentes, en especial de la nicotina, provocan de forma inmediata en el sistema cardiovascular alteraciones hemodinámica por la liberación de hormonas adrenérgicas. Su inhalación crónica conlleva a su efecto aterogénico en el sistema circulatorio causa un remodelamiento de la estructura del corazón y los vasos sanguíneos y conduce a un deterioro progresivo de la función cardiovascular.

Es posible reducir los daños que provoca el tabaquismo sobre la salud al ser un factor de riesgo factible de modificación, de modo que se logre un aumento de la calidad de vida de las personas con esta afectación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Suárez Lugo N. Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba. Rev Cubana Salud Pú [Internet]. 2011 Mar [citado 20 de marzo de 2018]; 37(1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol37_01_11/spu10111.htm

2-López Santana Y. Modificación de conocimientos sobre tabaquismo en un consultorio médico de la familia. Rev Inf Cient [Internet]. 2014[citado 6 de marzo de 2018]; 87(5):865-873. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6146789.pdf>

3-Vilches Izquierdo E, Ochoa Montes LA, Pernas Sánchez Y, González Lugo M, Ramos Marrero L, Tamayo Vicente ND, et al. Tabaquismo, consumo de alcohol y de café en el espectro de los factores de riesgo para la muerte

cardíaca súbita. Rev cubana med [Internet]. 2014 Sep [citado 6 de marzo de 2018]; 53(3): 325-336. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232014000300009&lng=es

4-Achiong-Alemañy M, Achiong-Estupiñán F, Achiong-Alemañy F, Alfonso-de-León J, Álvarez-Escobar M, Suárez-Merino M. Riesgo cardiovascular global y edad vascular: herramientas claves en la prevención de enfermedades cardiovasculares. Rev Méd Electr [Internet]. 2016 [citado 6 de marzo de 2018]; 38(2):15. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1641>

5-Fadragas Fernández A, Cabrera Cao Y, Sanz Delgado L. Hábito de fumar: Repercusión sobre el aparato cardiovascular. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2005 Ago [citado 6 de marzo de 2018]; 21(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300018&lng=es

6-Lanas Fernando Z. Rol del tabaquismo en el riesgo cardiovascular global. Rev Méd Clíni Las Condes [Internet]. Nov 2012 [citado 6 de marzo de 2018]; 23(2):699-705. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70371-1](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70371-1)

7-Cardentey García J. El tabaquismo: un flagelo nocivo para la humanidad. AMC [Internet]. 2016 Abr [citado 6 de marzo de 2018]; 20:114-117. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000200002&lng=es

8-Fariñas Acosta L. No al tabaquismo. Granma, Cuba: 2014, mayo 26.p.1

9-De Armas Padrino I. En Cuba casi la cuarta parte de la población fuma. Granma, Cuba: 2014, agosto 15.p.1

10-Páez N. Tabaquismo: el enemigo del corazón. Rev Colom Cardiol [Internet]. 2014 [citado 6 de marzo de 2018]; 21(3):3. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/265337794_Tabaquismo_el_enemigo_del_corazon

11-Acosta Batista C. Epidemiología de los factores de riesgo cardiovascular global en personas de 40 a 70 años en atención primaria. Rev Cor salud [Internet]. 2015 [citado 6 de marzo de 2018]; 7(1). Disponible en: www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/viewFile/12/33

12-González Pompa J. Factores de riesgo para la ocurrencia de infarto agudo del miocardio en pacientes fumadores. Rev Cubana de Salud Pública [Internet] Sep 2013 [citado 6 de marzo de 2018]; 39(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400006

13-Díaz Martínez Y, Domínguez Lezcay L, Torres Companioni M, Batista Fernández A, Lois Díaz Y. Tabaquismo y aterosclerosis. MEDICIEGO [Internet]. 2012 [citado 9 de febrero de 2018]; 18. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol_18noespc_2012/rev/t-39.html

14-Fernández Montequín JI. Combatir el hábito de fumar, es también prevenir. Rev Cubana Angiol Cir Vasc [Internet]. 2016 Dic [citado 6 de marzo de 2018]; 17(2): 120-120. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372016000200001&lng=es

15-Cheesman Mazariegos SS, Suárez Lugo N. Tabaquismo en estudiantes de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 Mar [citado 6 de marzo de 2018]; 41(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100003&lng=es

16-Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD, Louro Bernal I, Céspedes Lantigua LA, et al. Medicina General Integral. 2ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008; 2.

17-Rodríguez Perón JM, Mora Salvador R, Acosta Cabrera Erick, Menéndez López J. Repercusión negativa del tabaquismo en la evolución clínica de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2004 Jun [citado 6 de marzo de 2018]; 33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000200004&lng=es

18-Gorrita Pérez RR, Ruiz King Y, Hernández Martínez Y, Sánchez Lastre M. Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en adolescentes. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2015 Jun [citado 6 de marzo de 2018]; 87(2): 140-155. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000200002&lng=es

19-Álvarez Cortés J, Bello Hernández V, Pérez Hechavarría G, Antomarchi Duany O, Bolívar Carrión ME. Factores de riesgo coronarios asociados al infarto agudo del miocardio en el adulto mayor. MEDISAN [Internet]. 2013 Ene [citado 6 de marzo de 2018]; 17(1): 54-60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100008&lng=es

20-Martín Ruiz A, Rodríguez Gómez I, Rubio, C, Revert C, Hardisson A, Efectos tóxicos del tabaco. Revista de Toxicología [Internet] 2004 [citado 6 de marzo de 2018]; 21(2-3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91921302>

21-Gutiérrez Maydata A. Oxidantes en el humo del cigarro y enfermedades cardiopulmonares. Rev cubana med [Internet]. 2003 Oct [citado 6 de marzo de 2018];42(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232003000500009&lng=es

22-Tanja Aguilera K, Quintero Lores C. Efectos neurobioquímicos de la nicotina en el cerebro humano. Revista 16 de abril. 2015 [citado 6 de marzo de 2018]; 54(260):31-41. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/309

23-Damiani Cavero J, Olivera García H, Núñez López N, Dovale Borjas A, Ferrero Rodríguez L, Cruz García M. Morfofisiología: Sistema Nervioso y Endocrinología Básica. 2^{da} ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015, t.II.

24-Castillo Guerrero L, González Aguilar V, Espinosa Quirós D, González Jardines M, Núñez López N, Milán Companioni D. Morfofisiología: Sistemas Sangre y Cardiovascular. 2^{da} ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015, t. III.

25-Rodríguez Domínguez L, Díaz Sánchez ME, Ruiz Álvarez V, Hernández Hernández H, Herrera Gómez V, Montero Díaz M. Factores de riesgo cardiovascular y su relación con la hipertensión arterial en adolescentes. Rev cubana med [Internet]. 2014 Mar [citado 6 de marzo de 2018]; 53(1):25-36. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232014000100004&lng=es

26-Medina Martín AR, Márquez Socarrás CJ, Torres Guevara NC, Ramos Ramos Lariza, Hernández Márquez Yine. Presencia de consumo de tabaco en un grupo de adolescentes. Gac Méd Espirit [Internet]. 2015 Abr [citado 6 de marzo de 2018]; 17(1):35-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000100004&lng=es

Recibido: 24 de mayo de 2017.

Aprobado: 22 de septiembre de 2017.

Elmo Manuel Fernández González. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: nagahypanegue@infomed.sld.cu



Calle 146 No. 2511 esq Ave 31 Playa, La Habana, CP 11600



cmrrhaban@infomed.sld.cu



CARDIOLOGIA DEL ADULTO - TRABAJOS LIBRES

Relación del tabaquismo como factor de riesgo para el tipo de evento coronario agudo (IAM vs. angina inestable) en 1.592 pacientes

Fernando Marín A., MD.; Martina Prada, MD.

Bogotá DC., Colombia

A la Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología ingresan aproximadamente 1.100 pacientes por año con diagnóstico de síndrome coronario agudo.

Entre julio de 1995 y julio de 2000, fueron admitidos en el programa de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca 1.592 pacientes, de los cuales 78% eran fumadores activos o habían fumado antes de tres años del evento.

Se consideró entonces si el tabaquismo era un factor independiente que marcara una diferencia significativa en el tipo de síndrome coronario (infarto agudo vs. angina inestable).

Para tal efecto se plantearon cinco problemas:

1. ¿Existe relación entre el tabaquismo y el tipo de síndrome coronario agudo?
2. ¿Tiene el tabaquismo un lugar más importante que los demás dentro de los factores de riesgo mayores para síndrome coronario agudo ?
3. ¿Cuál es el rango de edad de impacto del tabaquismo para el tipo de síndrome coronario agudo?
4. ¿Tienen relación la edad, el género, la hiperlipidemia, la hipertensión arterial, la diabetes asociadas al tabaquismo en el tipo de síndrome coronario agudo?
5. Influye el número de cigarrillos consumidos para presentar un tipo determinado de evento coronario agudo?

Los objetivos del trabajo buscaron respuestas a estos interrogantes.

El tipo de estudio se consideró sobre los factores potencialmente causales, retrospectivo, de casos y controles. Se incluyeron todos los pacientes remitidos al programa de Prevención y Rehabilitación cardíaca de la Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología, que presentaron infarto agudo de miocardio o angina inestable, entre julio de 1995 y julio de 2000.

El tamaño de la muestra fue de 1.592 pacientes, la definición de variables se efectuó de acuerdo a estándares nacionales e internacionales, aprobados en consenso por sociedades científicas ampliamente reconocidas en la literatura mundial, las cuales son referenciadas. El departamento de epidemiología de la Universidad del Rosario analizó los siguientes datos:

1. Probabilidad estadística
2. Odds ratio
3. Intervalo de confianza

Palabras clave: tipo de evento coronario (IAM: infarto agudo de miocardio, AI: angina inestable); tabaquismo: fumador activo y exfumador; HTA: hipertensión arterial sistémica; DM: diabetes mellitus; dislipidemia.

Approximately 1100 patients a year are admitted to the *Cardioinfantil-Instituto de Cardiología* with a diagnosis of Acute Coronary Syndrome.

Between July of 1995 and July of 2000, 1592 patients were admitted into the secondary prevention and cardiac rehabilitation program, of whom 78% were presently smokers or had been more than three years prior to the event.

The question was posed as to whether smoking constituted an independent factor that gave rise to a significant difference as to the type of Coronary Syndrome (acute infarction vs. unstable angina).

To this effect, five problems were set out:

1. Is there a relation between smoking and the type of Acute Coronary Syndrome?
2. Is smoking more important than other risk factors for Acute Coronary Syndrome?
3. What is the age range at which smoking has an impact with respect to the type of Acute Coronary Syndrome?
4. Is there a relationship between the particular type of acute coronary syndrome and age, sex, lipemia, arterial hypertension and diabetes associated with smoking?
5. Does the number of cigarettes smoked have a bearing on a specific type of acute coronary event?

The goals of this research were to seek answers to these questions.

The study was conceived as retrospective and case and control groups, being based on potential causal factors. All patients remitted to the Cardiac Rehabilitation and Prevention Program of the *Cardioinfantil_Instituto de Cardiología* between July of 1995 and July of 2000 who had experienced Acute Myocardial Infarction or unstable angina were included in this research.

The sample size was 1,592 patients. The variables were defined in accordance with national and international standards approved by a consensus of scientific societies which are widely recognized in world medical literature and which are referenced here. The following data were analyzed by the Department of Epidemiology of the *Universidad del Rosario*:

1. Statistics considering the p value
2. Odds ratio
3. Confidence interval

(Rev. Col. Cardiol. 2003; 10: 391-399)

Introducción

El tabaquismo es bien conocido en Estados Unidos como causa prevenible de cardiopatía coronaria y muerte (1-4). El Centro de Control y Prevención de Enfermedades en EUA en 1993, demostró que el cigarrillo originó 418.690 de las más de 2 millones de muertes en ese país en 1990. Una de cada cinco muertes y casi el 25%, son atribuidas al tabaquismo en cardiopatía de origen isquémico (5).

La cardiopatía coronaria en su modo de presentación de síndrome coronario agudo genera más fallecimientos relacionados con el tabaquismo que el cáncer pulmonar (aproximadamente) 29% (6).

En 1993, el costo generado por el tabaquismo en el cuidado médico de las enfermedades relacionadas con éste fue de 21.900 millones (7).

En los países occidentales el tabaquismo es un factor de riesgo mayor para mortalidad y morbilidad independiente de otros factores de riesgo como HTA, dislipidemia o diabetes (8).

En ambos sexos, el tabaquismo es una causa importante de síndrome coronario agudo (3, 6, 9).

El estudio de Framingham demuestra que el 50% de la población que se abstuvo de fumar redujo el riesgo para enfermedad coronaria (8).

En Colombia son pocas las estadísticas que documentan estos datos. Según la OPS (Organización Panamericana de la Salud) (54), Colombia cuenta con aproximadamente 6'600.000 fumadores. Siendo el síndrome coronario agudo (SCA) una de las primeras causas de alto costo de cuidado médico y muerte.

La Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología es considerada como punto de referencia para remisión de pacientes con enfermedad coronaria, especialmente para el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo (IAM-angina), teniendo aproximadamente 1.100 admisiones al año, con este diagnóstico.

El servicio de Prevención y Rehabilitación Cardíaca de la Institución, obtuvo desde 1995 una población de 2.662 pacientes, con síndrome coronario agudo (IAM o angina inestable). Dentro de este total, se consideró de vital importancia analizar cuáles han sido los factores de riesgo más importantes en este evento y si es el tabaquismo un factor independiente que marque diferencia significativa en la población que presenta síndrome coronario agudo.

Planteamiento del problema

- ¿Existe relación entre el tabaquismo y el tipo de evento coronario agudo (IAM - angina inestable) en nuestra población con respecto a la población internacional?

- Tiene el tabaquismo un lugar importante dentro de los factores de riesgo para el tipo de evento coronario agudo (IAM-angina inestable)?

- ¿Cuál es el rango de edad de impacto del tabaquismo para el tipo de evento coronario agudo (IAM-angina inestable)?

- ¿Tienen relación los siguientes factores: edad, género, dislipidemia, hipertensión, diabetes, asociadas al tabaquismo en el tipo de evento coronario agudo (IAM-angina-inestable), en la población de estudio?

- ¿Influye el número de cigarrillos consumidos para presentar alguno de los tipos de evento coronario agudo?

Justificación

A la Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología ingresan aproximadamente 1.100 pacientes nuevos cada año, con diagnóstico de SCA, de los cuales se tiene evidencia de que alrededor de 600 ingresan al programa de prevención y rehabilitación cardíaca; dentro de esta población más que de las que tienen factores de riesgo mayores (HTA, dislipidemia, diabetes, tabaquismo), el tabaquismo es uno de los más importantes (78%).

Propósito

Establecer la asociación entre tabaquismo y otros factores de riesgo y el tipo de evento coronario agudo

(IAM vs. angina inestable) en la población analizada que integró el programa de prevención y rehabilitación cardíaca.

Objetivos

Objetivo general

Establecer la relación entre tabaquismo y el tipo de evento coronario agudo (IAM-angina inestable) en 1.592 pacientes analizados desde julio de 1995 hasta julio de 2000.

Objetivos específicos

- Establecer la relación del tabaquismo y otros factores de riesgo (HTA, dislipidemia, diabetes) y el tipo de evento coronario agudo (IAM-angina inestable).

- Establecer la relación entre tabaquismo y género y el tipo de evento coronario.

- Establecer si la condición de exfumador disminuye el riesgo de síndrome coronario agudo.

Hipótesis

Hipótesis nula

1. No existe asociación entre el hábito de fumar y el tipo de evento coronario.

2. No hay diferencia de riesgo de desarrollar algún tipo de evento coronario agudo entre fumadores y no fumadores.

Hipótesis alternativa

1. Existe asociación entre el hábito de fumar y la presencia del tipo de evento coronario agudo.

2. Hay diferencia de riesgo de desarrollar algún tipo de evento coronario agudo entre fumadores y no fumadores.

Marco teórico

La asociación entre tabaquismo y factor de riesgo para enfermedad coronaria fue conocida por primera vez en 1950, desde entonces esta afirmación se ha venido confirmando en diversos estudios (1).

El daño ocasionado por el tabaquismo en múltiples enfermedades como en el síndrome coronario agudo, hace que sea una prioridad alta para los médicos (10).

Un reporte del control de enfermedades de Estados Unidos (10) analiza que no existe un adecuado interro-

gatorio acerca de tabaquismo por parte del médico, únicamente el 50% de los pacientes recuerda haber sido interrogado una sola vez acerca de este hábito teniendo en cuenta que 75% de los fumadores estadounidenses acude al médico cada año (2).

En comparación, el fumador activo y el no fumador tienen un incremento del 70% de riesgo para síndrome coronario agudo letal, y riesgo de cuatro veces mayor de presentar síndrome coronario agudo no letal (6).

En diez estudios de cohorte incluían más de 20 millones de personas por año de observación, y en cada uno se encontró alta incidencia de SCA por encima del 70% en fumadores que los no fumadores (12). Golman y Cook (10), en Estados Unidos, estiman una disminución de SCA del 24%, cuando se disminuye el tabaquismo.

El tabaquismo actúa de manera sinérgica con los otros factores de riesgo (HTA, dislipidemia, diabetes)

para enfermedad coronaria (12, 15-17), al igual que mujeres que usan anticonceptivos orales (6, 14, 17).

Se considera que tan solo un cigarrillo desencadena múltiples cambios en el sistema circulatorio. El humo de éste contiene más 4.000 componentes individuales; entre éstos se consideran de gran importancia la nicotina y el monóxido de carbono que han sido los más estudiados (18, 19).

La nicotina causa un efecto tóxico directo en las células endoteliales vasculares (16, 24, 41). Un cigarrillo aumenta la presión arterial en 6%, la frecuencia cardíaca en 14% y el índice cardíaco en 16%; la resistencia vascular inicialmente no se ve afectada (20, 21).

El tabaquismo incrementa la viscosidad sanguínea y provoca alteraciones en la función y hemostasis de la agregación plaquetaria (20, 25-28).

Fumar un (1) cigarrillo aumenta la activación plaquetaria más de cien veces. Crónicamente, el cigarrillo

Tabla 1
DISTRIBUCIÓN DE 1.592 PACIENTES DE REHABILITACIÓN CARDÍACA Y SU RELACIÓN CON EL TABAQUISMO PARA EL TIPO DE EVENTO CORONARIO AGUDO CON OTROS FACTORES DE RIESGO (HIPERTENSIÓN, DISLIPIDEMIA, DIABETES)

	Fumador activo		No fumador		Odds ratio	Intervalo de confianza 95%	p
	IAM	Angina	IAM	Angina			
Población total	572 (70.62%)	238 (29.83%)	499 (63.81%)	283 (36.19%)	1,36	1.10 - 1.69	0,0045
Hipertensión	473 (58.40%)	195 (24.07%)	405 (51.79%)	215 (27.49%)	1,29	1.01 - 1.64	0,0401
Dislipidemia	410 (50.72%)	155 (19.14%)	322 (41.18)	167 (21.36%)	1,37	1.05 - 1.80	0,0217
Diabetes	148 (18.27%)	50 (6.17%)	145 (18.54%)	55 (7.03%)	1,12	0.7 - 1.80	0,0692

Tabla 2
DISTRIBUCIÓN DE 810 PACIENTES DE REHABILITACIÓN CARDÍACA Y SU RELACIÓN CON EL TABAQUISMO Y EL TIPO DE EVENTO CORONARIO AGUDO CON OTROS FACTORES DE RIESGO (HIPERTENSIÓN, DISLIPIDEMIA, DIABETES)

	Fumador activo		Exfumador		Odds ratio	Intervalo de confianza 95%	p
	IAM	Angina	IAM	Angina			
Población total	305 (75.87%)	97 (24.13%)	282 (69.12%)	126 (30.88%)	1,4	1.02 - 1.94	0,0382
Hipertensión	247 (61.44)	79 (19.65%)	229 (56.13%)	113 (27.70%)	1,54	1.08 - 2.20	0,01514
Dislipidemia	215 (53.48%)	66 (16.42%)	197 (48.28%)	87 (21.32%)	1,44	0.97 - 2.13	0,062
Diabetes	78 (19.40%)	24 (5.97%)	72 (17.65%)	24 (5.88%)	1,08	0.54 - 2.18	0,9398

Tabla 3
DISTRIBUCIÓN DE 1.592 PACIENTES DE REHABILITACIÓN CARDÍACA POR SEXOS CON EL TIPO DE EVENTO CORONARIO AGUDO Y SU RELACIÓN CON TABAQUISMO

	Fumador		No fumador		Odds ratio	Intervalo de confianza 95%	p
	IAM	Angina	IAM	Angina			
Hombre	504	205	337	165	1,2	0.93-1.55	0,1589
Mujer	67	34	162	118	1,44	0.87-2.38	0,1696

Tabla 4
DISTRIBUCIÓN DE 810 PACIENTES CON TABAQUISMO DE REHABILITACIÓN CARDÍACA, POR GÉNERO CON EL TIPO DE EVENTO CORONARIO AGUDO

	Fumador activo		Exfumador		Odds ratio	Intervalo de confianza 95%	p
	IAM	Angina	IAM	Angina			
Hombre	265	82	251	111	1,43	1.01 - 2.02	0,0435
Mujer	40	15	31	15	1,56	0.76 - 3.18	0,2521

incrementa la producción de factor del crecimiento derivado de las plaquetas; es un favorecedor aterógeno del crecimiento de células del músculo liso (43), incrementa marcadores de activación y de hiperreactividad plaquetaria, como prostanoídes proagregantes, tromboxano B2, tromboxano A2, prostanglandina F1 alfa, factor plaquetario (4) betatromboglobulina (44, 45), y aumenta el fibrinógeno y el factor VII (18, 48).

El tabaquismo acelera la aterosclerosis sobre las arterias coronarias epicárdicas, la aorta, las carótidas, las arterias cerebrales y las arterias en la circulación periférica (35, 36).

El cigarrillo está asociado con incremento en el riesgo del SCA (37, 38) y con cambios en la distribución de las lipoproteínas y otros factores metabólicos que prueben la aterosclerosis. La nicotina estimula la actividad del sistema nervioso central incrementando los niveles circulantes de ácidos grasos libres y las proteínas de baja densidad (30). Además, el tabaquismo tiene un efecto indirecto sobre el metabolismo de las lipoproteínas afectando la lipoproteína lipasa, que es un importante factor en el metabolismo del colesterol y los triglicéridos (31). El tabaquismo también reduce las HDL y disminuye su efecto antiaterogénico al alterar su composición (32-34).

La oxidación de LDL es preferida por los macrófagos para formar las células espumosas que son parte integral de la placa aterosclerótica (42). Dejar de fumar se relaciona con aumento de HDL, donde ésta se considera un buen predictor de los eventos ateroscleróticos (33).

El cigarrillo también aumenta los niveles de glicerol, lactato y piruvato (16, 29). Está asociado con incremento del riesgo de vasoespasmos y aumento en la rigidez de las pequeñas y largas arterias epicárdicas. Disminuye la velocidad del flujo coronario, a pesar de un incremento de oxígeno en la demanda miocárdica, incluso en individuos sin aterosclerosis previa (39). Las cifras tanto de un marcador relativamente específico de lesión endotelial (antígeno de factor de Von Willebrand), como de una sustancia dilatadora con el endotelio (óxido nítrico) son anormales en fumadores en comparación con no fumadores (40).

La presión arterial puede no tener diferencias con los no fumadores aunque en algunos estudios la presión arterial en fumadores fue más baja o igual a la de los no fumadores (22-24). Los efectos de los medicamentos están disminuidos por el tabaquismo (44). Deanfield et al. (45) encontraron una disminución marcada en la farmacocinética de la nifedipina y el propranolol (45).

Los beneficios a largo plazo de la terapia trombolítica para los SCA, son disminuidos por continuar con el hábito del tabaquismo, incrementando el riesgo de reinfarcto de 6.3% en no fumadores y de 12.5% en fumadores (46).

Aun después del modo de presentación del SCA, el cese del tabaquismo disminuye la morbilidad y la mortalidad (47) independiente de la edad y del género (47). En prevención secundaria, dejar de fumar disminuye la mortalidad general de 25% a 50%, en comparación con los que continúan fumando (47-51).

En el estudio CASS (Estudio de Cirugía de Revascularización Arterial Coronaria), a todos los pacientes con síndrome coronario agudo se les practicó injerto(s) de derivación coronaria (CABG), en el 50% de los casos. Se informó que en el grupo que suspendió el cigarrillo tuvieron una supervivencia más prolongada, así como menos hospitalizaciones, angina y limitación de la actividad física y menor riesgo de reestenosis (52, 53) (Figuras 1 a 4).

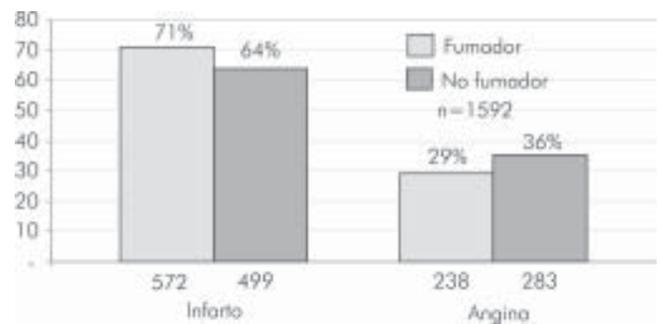


Figura 1. Relación porcentual de la población general con el tipo de evento coronario agudo y tabaquismo.

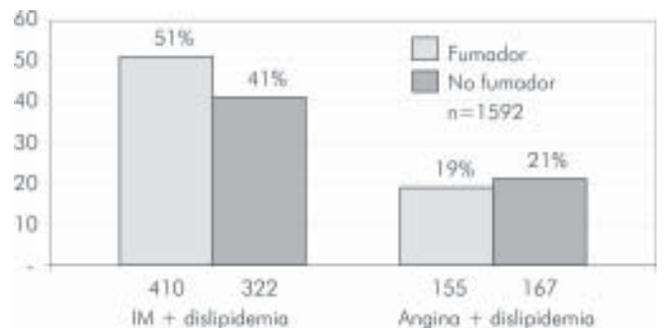


Figura 2. Relación porcentual de la población con dislipidemia y el tipo de evento coronario agudo y tabaquismo.

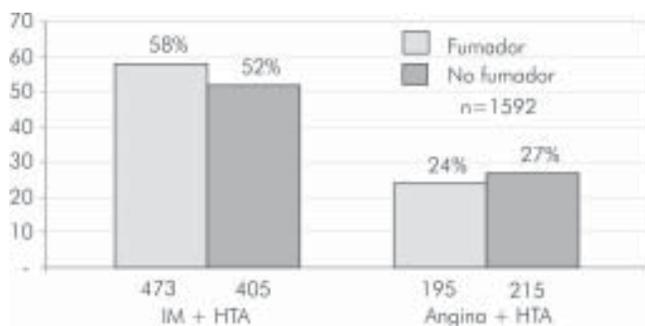


Figura 3. Relación porcentual de la población hipertensa y el tipo de evento coronario agudo y tabaquismo.

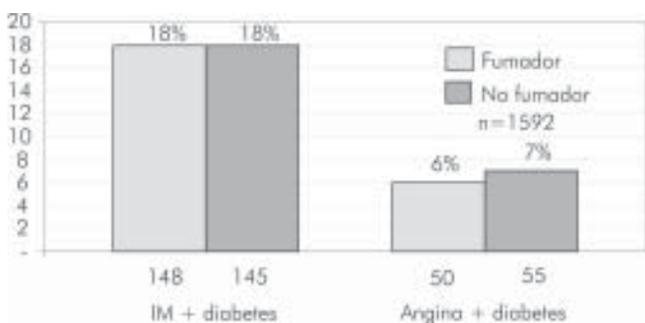


Figura 4. Relación porcentual de la población con diabetes y el tipo de evento coronario agudo y tabaquismo.

Metodología

Tipo de estudio

Estudio sobre factores potencialmente causales, retrospectivo, de casos y controles (IAM - angina inestable respectivamente) que se inicia en julio de 1995 y culmina en julio de 2000.

La importancia de que sea un estudio retrospectivo, radica en poder definir y conocer cuál ha sido nuestra población de prevención y rehabilitación cardíaca, que se manifestó como síndrome coronario agudo y su relación e impacto al tabaquismo.

Criterios de inclusión

Todo paciente de rehabilitación cardíaca que presentó síndrome coronario agudo (IAM - angina inestable) en el período de julio de 1995 a julio de 2000.

Criterios de exclusión

Todo paciente de rehabilitación cardíaca que no presentó ningún tipo de síndrome coronario agudo en el ingreso al programa.

Tamaño de la muestra

1.592 pacientes (mil quinientos noventa y dos).

Definición de variables

a. Tabaquismo: fumador activo de más de un cigarrillo al día.

b. Ex-fumador: haber dejado de fumar en menos de cinco años.

c. Hipertensión arterial: presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg y presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg.

Quien toma medicación antihipertensiva de manera continua según la definición propuesta por el Sexto Comité Nacional Conjunto.

d. Diabetes

*Glicemia: mayor a 126 mg/dL en ayunas, al menos en dos ocasiones acompañada de síntomas.

- Glicemia mayor a 200 mg/dL a cualquier hora del día o después de dos horas de la prueba de tolerancia oral a la glucosa.

- Según la definición del comité asesor de la OMS y por la ADA (Asociación Americana de Diabetes) en 1997.

Dislipidemia: una o más de las siguientes variables:

Colesterol total		> 200 mg/dL
LDL		> 130 mg/dL
Colesterol HDL	hombre	< 35 mg/dL
HDL	mujer	< 45 mg/dL
Triglicéridos		> 200 mg/dL

Según la definición del I Consenso Nacional Colombiano de dislipoproteinemia de mayo de 1998.

e. Sedentarismo

f. Actividad física menos de una vez a la semana.

Obtención de la información

Se revisó cada una de las historias clínicas del servicio de rehabilitación cardíaca desde julio de 1995 hasta julio de 2000.

Análisis de datos

1. Probabilidad estadística.
2. Odds ratio
3. Intervalo de confianza (Figuras 5 a 8)

Resultados

Se encontró mayor cantidad de personas que tenían hábito de fumar entre quienes sufrieron IAM comparado con los que presentaron angina inestable OR: 1.6; IC: 95%: 1.1-1.69; $p=0.0045$.

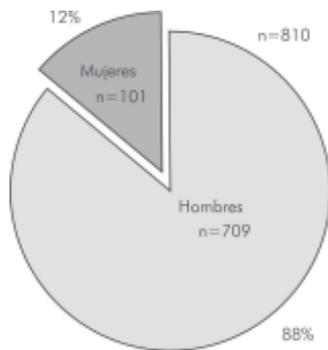


Figura 5. Distribución porcentual por género en la población de fumadores.

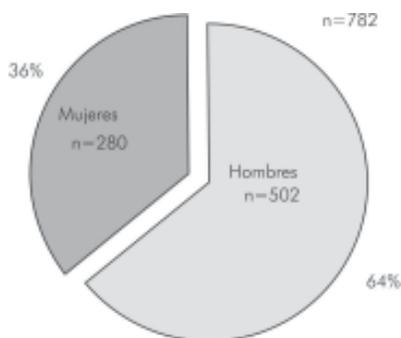


Figura 6. Distribución porcentual por género en la población de no fumadores.

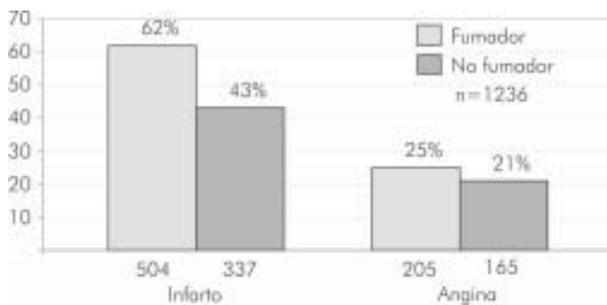


Figura 7. Relación porcentual de la población de hombres con el tipo de evento coronario agudo y tabaquismo.

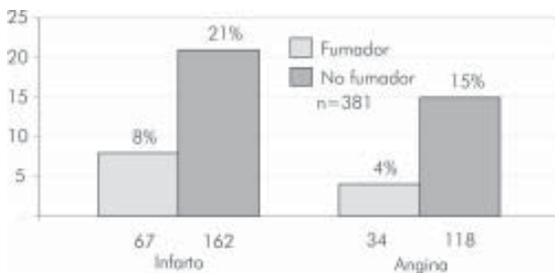


Figura 8. Relación porcentual de la población de mujeres con el tipo de evento coronario agudo y tabaquismo.

Se demostró que cuando se asocia tabaquismo con HTA o dislipidemia existe mayor cantidad de fumadores entre los que sufrieron IAM, comparado con los que sufrieron angina inestable. Al estratificar para los otros factores de riesgo como HTA y dislipidemia (OR: 1.29; IC:95%:1.01-1.64; $p=0.00401$ y OR:1.37; IC:95%:1.05; $p=0.0217$), respectivamente.

Esta asociación no se encontró al estratificar la diabetes mellitus, OR: 1.12, IC:95%:0.70-1.80; $p=0.0692$.

Tampoco se encontró asociación al estratificar el género, pero llama la atención el subgrupo de exfumador y el fumador activo; se halló mayor proporción en el grupo de hombres fumadores activos con OR: 1.43; IC:1.01-2.02; $p=0.0435$.

Se evidenció mayor cantidad de personas que son fumadoras activas y que sufrieron infarto en mayor proporción al comparar con los exfumadores (OR: 1.4. IC 1.02-1.94. $p=0.0382$).

Se demostró que cuando persiste el tabaquismo activo con hipertensión, hay mayor cantidad de infartos comparado con los exfumadores (OR: 1.54 . IC.: 1.08-2.20. $p=0.01514$).

Discusión

Se ha reconocido claramente al tabaquismo como un factor de riesgo mayor y modificable para enfermedad coronaria arterioesclerótica. Sin embargo, considerando al infarto agudo de miocardio como entidad en la que ocurre muerte celular con la subsecuente alteración en la contractilidad regional y probable alteración en la función sistólica global evolucionando con proceso de remodelación ventricular y posterior insuficiencia cardíaca, circunstancias que empeoran el pronóstico del síndrome coronario agudo en fumadores, dado el hallazgo que concluye que los pacientes fumadores manifiestan su síndrome coronario agudo en mayor medida como infarto agudo de miocardio que como angina inestable.

La muestra de 1.592 pacientes del presente estudio es significativa y los hallazgos y conclusiones preocupantes, aún más, si analizamos el entorno de salud en Colombia, donde aproximadamente existen 7 millones de fumadores activos, cuando la edad promedio de inicio en el hábito del cigarrillo son los 14 años, asociado a los casi 5 millones de hipertensos, 2 millones de diabéticos y 18 millones de personas sedentarias, hechos que hacen el mediano plazo de pronóstico oscuro, máxime si se tiene en cuenta que el síndrome coronario agudo es una manifestación

tardía del proceso de ateromatosis, que bien puede y debe ser intervenida precozmente, pues no es lógico en un sistema de salud, tan frágil como el nuestro, seguir pensando que la solución al síndrome coronario agudo, se limita únicamente al tratamiento de reperfusión, al uso de los procedimientos intervencionistas medianamente efectivos o a la implantación de nuevos dispositivos de asistencia ventricular o cardiodesfibriladores implantables, o a terapias de resincronización, todas ellas buscando respuestas y soluciones al final del ciclo fisiopatológico de la enfermedad, ya que el costo no sólo económico sino social producirá un colapso sanitario, del cual todos seremos responsables en alguna medida, al no disponer de programas continuos y a largo plazo de prevención primaria.

Conclusiones

Si bien no existe duda en cuanto a la asociación entre tabaquismo y morbimortalidad por cardiopatía isquémica, no se conoce realmente cuál es la forma de presentación más frecuente del síndrome coronario agudo en sujetos fumadores. De acuerdo con las variables analizadas, este trabajo permitió concluir lo siguiente:

1. Los sujetos fumadores debutaron en mayor medida su síndrome coronario agudo como infarto agudo de miocardio que como angina inestable ($p: 0.045$).

2. El infarto agudo de miocardio se detectó en forma aún mayor si el sujeto fumador se asociaba a hipertensión arterial o hiperlipidemia ($p: 0.040$).

3. El infarto agudo de miocardio como manifestación de síndrome coronario agudo se presentó de manera más frecuente en sujetos con tabaquismo activo, frente a quienes habían dejado de fumar antes de cinco años ($p 0.038$).

Bibliografía

- Bartecchi CE, MacKenzie TK, Schrier RW. The human cost of tobacco use. *N Engl J Med* 1994; 330: 907-912, 975-980.
- McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *JAMA* 1993 270:2207. Centers for Disease Control: State-specific estimates of smoking-attributable mortality and years of potential life lost-United States, 1985. *MMWR* 1988; 37: 689-694.
- Carstensen JM, Pershagen G, Eklund G. Mortality in relation to cigarette and pipe smoking: 16 years observation of 25.000 swedish men. *J Epidemiol Commun Health* 1987; 41:16-72.
- Centers for Disease Control and Prevention: Cigarette-attributable mortality and years of potential life lost-United States, 1990. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1993; 42:645-649.
- Jonas MA, Oates JA, Ockene JK, et al.: Statement on smoking and cardiovascular disease for health care professionals: AHA-Medical/Scientific Statement. *Circulation* 86:1664-1669, 1992.
- Center for Disease Control and Prevention: Medical-care expenditures attributable to cigarette smoking-United States, 1993. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1994; 43: 469-472.
- Kannel WB, Higgins M. Smoking and hypertension as predictors of cardiovascular risk in population studies. *J Hypertens* 1990; 8 supl 5:S3-8.
- Doll R, Peto R, Wheatley K, et al. Mortality in relation to smoking: 40 years on male british doctors. *BMJ* 1994; 309:901-911.

- Nancy A. Rigotti y Richard C. Pasternak. Tabaquismo de cigarrillo y cardiopatía coronaria. *Med Clin Nort Am* 1995. p. 53-72.
- Goldman L, Cook F. The decline in ischemic heart disease mortality rates. An analysis of the comparative effects of medical interventions and changes in lifestyle. *Ann Intern Med* 1984; 101: 825-836.
- Sytkowski PA, Kannel WB, D'agostino RB. Changes in risk factors and the decline in mortality from cardiovascular disease. The Framingham Heart Study. *N Engl J Med* 1990; 322: 1635-1641.
- Doll R, Peto R, Wheatley K, et al. Mortality in relation to smoking: 40 years observation on male British doctors- *BMJ* 1994; 309: 901-911.
- Wilhelmssen L, Svardsudd K, Korsan-Bengsten K, et al. Fibrinogen as a risk factor for stroke and myocardial infarction. *N Engl J Med* 1983; 311: 501-505.
- Layde PM, Beral V. Further analyses of mortality in oral contraceptive users: Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Lancet* 1981; i:541-546.
- Rosenberg L, et al. Myocardial infarction and cigarette smoking in women younger than 50 years of age. *JAMA* 1985; 253:2965-2969.
- Report of Surgeon General. Cardiovascular Disease. Rockville, MD, US. Department of Health and Human Services, Public Health Service Office of Smoking and Health. DHHS Publication No (PHS 84-50204), 1983.
- Willett WC, Green A, Stampfer MJ, et al. Relative and absolute excess risks of coronary heart disease among women who smoke cigarettes. *N Engl J Med* 1987; 317:1303-1309.
- McBride PE. The health consequences of smoking. *Med Clin North Am* 1992; 76:333-353.
- Vliestra RE, Kronmal RA, Oberman A, et al. Effect of cigarette smoking on survival of patient with angiographically documented coronary artery disease. Report from the CASS Registry. *JAMA* 1986; 255: 1023-1027.
- Winniford MD. Smoking and cardiovascular function. *J Hypertens* 1990; 8 (supl 5):S17-27.
- Jacobs MC, Lenders J, Kapma JA, Smits P, Thiens. The effects of smoking on vascular relaxation. *Pharm Weekbl Sci* 1991; (supl 13) L:14.
- Short and Long-Term Effects of Smoking on Arterial Wall Properties in Habitual Smokers. *JACC* 1993; 22(7):1881-6.
- Green MS, Jucha E, Luz Y. Blood pressure in smokers and nonsmokers: epidemiologic findings. *Am Heart J* 1986; 111:932-40.
- Fuster V, Badimon L, Badimon JJ, Chesebro JH. The pathogenesis of coronary artery disease and the acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 1992; 326:242-50.
- Norwak J, Murray J, Oates JA, FitzGerald GA. Biochemical evidence of a chronic abnormality in platelet and vascular function in healthy individuals who smoke cigarettes. *Circulation* 1987; 76:6-14.
- Kannel WB, D'agostino RB, Belanger AJ. Fibrinogen, cigarette smoking, and risk of cardiovascular disease: insights from the Framingham Study. *Am Heart J* 1987; 113:1006-10.
- Davis JW, Hartman CR, Lewis HD, et al. Cigarette smoking-induced enhancement of platelet function: lack of prevention by aspirin in men with coronary artery disease. *J Lab Clin Med* 1985; 105:479-83.
- Schmidt KG, Rasmussen JW. Acute platelet activation induced by smoking. In vivo and ex vivo studies in humans. *Thromb Haemost* 1984; 51:279-82.
- Benowitz NL. Drug therapy: pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. *N Engl J Med* 1988; 319:1318-30.
- Bizzi A, Tacconi MT, Medea A, et al. Some aspects of the effect of nicotine on plasma FFA and tissue triglycerides. *Pharmacology* 1972; 7:216-224.
- Carney RM, Goldberg AP. Weight gain after cessation of cigarette smoking: a possible role for adipose-tissue lipoprotein lipase. *N Engl J Med* 1984; 310:614-616.
- Hegarty KM, Turgiss LE, Mulligan JJ, et al. Effect of cigarette smoking on high density lipoprotein phospholipids. *Biochem Biophys Res Commun* 1982; 104:212-219.
- US Department of Health, Education, and Welfare: The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No (CDC) 1990; 90-8416.
- Castelli WP, Garrison RJ, Wilson PWF, et al. Incidence of coronary heart disease and lipoprotein cholesterol levels: The Framingham Study. *JAMA* 1986; 256:2835-2838.
- McBride PE. The health consequences of smoking: cardiovascular disease. *Med Clin North Am* 1992; 76:333-53.
- Wilhelmsen L. Coronary heart disease: epidemiology of smoking and intervention studies of smoking. *Am Heart J* 1988; 115:242-9.
- Lepantala M, Lassila R. Smoking and occlusive peripheral arterial disease. *Eur J Surg* 1991; 157:83-7.

38. Galan KM, Deligonut U, Kern MJ, Chaitman BR, Vandormael MG. Increased frequency of restenosis in patients continuing to smoke cigarettes after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Am J Cardiol* 1988; 61:210-3.
39. Quillen JE, Rossen JD, Oskarsson HJ, et al. Acute effect of cigarette smoking on the coronary circulation: Constriction of epicardial and resistance vessels. *J Am Coll Cardiol* 1993; 22:642-647.
40. Mc Veigh GE, LeMay L, Morgan DJ, et al. Cigarette smoking inhibits basal but not stimulated release of nitric oxide from the forearm vasculature. *J Am Coll Cardiol* 1995; 25:337^o.
41. Blann AD. The acute influence of smoking on the endothelium. *Atherosclerosis* 1992; 96:249-250.
42. Pittilo RM, Clarke JM, Harris D, et al. Cigarette smoking and platelet adhesion. *Br J Haematol* 1984; 58:627-632.
43. Eliasson M, Asplund K, Evrin P-E, et al. Relationship of cigarette smoking and snuff dipping to plasma fibrinogen, fibrinolytic variables and serum insulin: The Northern Sweden MONICA study. *Atherosclerosis* 1995; 113:41-53.
44. Fox K, Jonathan A, Williams H, et al. Interaction between cigarettes and propranolol in treatment of angina pectoris. *Br Med J* 1980; 3:191-193.
45. Deanfield JE, Wright C, Krikler S, et al. Cigarette smoking and the treatment of angina with propranolol, atenolol, and nifedipine. *N Engl J Med* 1984; 310:951-954.
46. White HD, Rivers JT, Cross DB, et al. Reinfarction after thrombolytic therapy for acute myocardial infarction followed by conservative management: Incidence and effect of smoking. *J Am Coll Cardiol* 1990; 16:340.
47. Hermanson B, Omenn GS, Kronmal RA, et al. Beneficial six-year outcome of smoking cessation in older men and women with coronary artery disease: Results from the CASS registry. *N Engl J Med* 1988; 319:1365-1369.
48. Aberg A, Bergstrand R, Johansson S, et al. Cessation of smoking after myocardial infarction: Effects on mortality after 10 years. *Br Heart J* 1983; 49:416-422.
49. Daly LE, Mulcahy R, Graham IM, et al. Long term effect on mortality of stopping smoking after unstable angina and myocardial infarction. *BMJ* 1983; 287:324-326.
50. Sparrow D, Dawber TR, Colton T. The influence of cigarette smoking on prognosis after a first myocardial infarction: A report from the Framingham Study. *Journal of Chronic Diseases* 1978; 31:425-432.
51. Hallstrom AP, Cobb LAQ, Ray R. Smoking as a risk factor for recurrence of sudden cardiac arrest. *N Engl J Med* 1986; 271-275.
52. Cavender JB, Rogers WJ, Fisher LD, et al. Effects of smoking on survival and morbidity in patients randomized to medical or surgical therapy in the coronary artery surgery study (CASS): 10-year follow-up. *J Am Coll Cardiol* 1992; 20:287-294.
53. Franks P, Harb J, Bell B. Randomized, controlled trial of clonidine for smoking cessation in a primary care setting. *JAMA* 1989; 262:3011-3013.
54. The tobacco epidemic progress in respiratory research 1997; 28.

CONTESTACIÓN DE DEMANDA 500013153002 2021 00 294 00

Melissa Pinilla <jefe.juridica@clinicameta.co>

Vie 07/07/2023 15:32

Para: Juzgado 02 Civil Circuito - Meta - Villavicencio <ccto02vcio@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: claudiomanuel7@gmail.com <claudiomanuel7@gmail.com>; mgarcia@equipojuridico.com.co <mgarcia@equipojuridico.com.co>; nubioasm@saludtotal.com.co <nubioasm@saludtotal.com.co>; william angel <william.abogado2015@hotmail.com>

 [230706 - CONTESTACIÓN DE DEMANDA HENRY RODRIGUEZ.pdf](#)

DOCTOR:

Andrés Villamarín Díaz

JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO

Correo electrónico: ccto02vcio@cendoj.ramajudicial.gov.co

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE DEMANDA

CLASE DE PROCESO: DECLARATIVO-RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL.

DEMANDANTE: HENRY RODRÍGUEZ QUEVEDO

DEMANDADO: INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A. Y OTROS.

RADICADO: 500013153002 2021 00 294 00

MELISSA JULIETH PINILLA OCAMPO, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Villavicencio., identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.026.266.231 de Bogotá, abogada en ejercicio, portadora de la tarjeta profesional No. 252.678 del C. S. de la J., en mi calidad de apoderada de **INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.**, demandada y llamada en garantía en el proceso de la referencia, por medio del presente me permito allegar contestación de demanda en 122 folios, para que sean tenido en cuenta en el presente proceso.

De igual manera me permito ratificar el llamado en garantía a la compañía de seguros CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A. presentado el pasado nueve (09) de mayo del año en curso.

Para efectos de notificación y comunicación con la suscrita solicito tener en cuenta los siguientes

Correo: jefe.juridica@clinicameta.co

Teléfono: 320 8317354

Agradezco confirmar el recibido del presente mensaje y sus anexos.

Con copia a los correos que se registran de las demás partes del proceso.

Cordialmente,

MELISSA PINILLA OCAMPO

APODERADA

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

Melissa Pinilla Ocampo

Jefe Departamento Jurídico

Departamento Jurídico
PBX(8) 6614400 Ext. 6614400
Movil:
Jefe.juridica@clinicameta.co
Calle 33 # 36 -114 Barzal Bajo
www.clinicameta.co