

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN  
Y TECNOLOGÍA MÉDICA  
UNIDAD DE POST GRADO**



**“INTERCONSULTA OPORTUNA POR ESPECIALIDAD EN LA  
ATENCIÓN DE PACIENTE ADULTA MAYOR DIABÉTICA,  
LA PAZ 2013”**

**POSTULANTE: Dr. Yamil Edwing Nogales Fernández**

**TUTOR: Dr. Edgar Cáceres Vega**

**Propuesta de Intervención presentada para optar al título de  
Especialista en Gestión de Calidad y Auditoría Médica**

**La Paz – Bolivia  
2017**

**INFORME  
AUDITORIA MÉDICA  
N°01/2015**

**DOCUMENTO CONFIDENCIAL**

A: Dr. José Durán  
Director General Ejecutivo - S.E.S.A.N.I.

De: Dr. Yamil Edwing Nogales Fernández

Fecha: 4 de Noviembre de 2015

Objeto: Caso: Sra. D T V E  
Hospital Municipal de II Nivel La Paz  
La Paz – Bolivia.

.....

**1. ANTECEDENTES**

De acuerdo al decreto supremo N° 25798 el SESANI tiene atribuciones para fiscalizar las operaciones financieras, servicios médicos – técnico operativos y la práctica del ejercicio profesional médico en todos los niveles de los Entes Gestores y Seguros Delegados.

Asimismo debe elaborar informes técnicos sobre los casos de controversia que se presenten en los Entes Gestores de Salud.

Mediante nota CITE: GSL Stría. Gral. N° 569/2015 de fecha 02 de junio de 2015, dirigida al Dr. José Durán, Director General Ejecutivo - S.E.S.A.N.I. Para lo cual envían Expediente Clínico Original: Tomo I a 373 fojas, Tomo II a 208 fojas.

## 2. OBJETIVO

Auditoría Médica de Caso Especial de la paciente DTVE

## 3. OBJETO

Realizar Auditoria Médica del caso de la paciente Sra. DTVE.  
Atendida en el servicio de Medicina Interna, Endocrinología, Gastroenterología y Psiquiatría del Hospital Municipal de II Nivel La Paz.

**RESOLUCION MINISTERIAL 0090-26 DE FEBRERO DEL 2008  
MANUAL DE AUDITORIA Y NORMA TECNICA, REGLAMENTO DE LOS  
INSTRUMENTOS DE CONTROL MEDICO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.**

## 4. ALCANCE

Se realiza auditoria médica Integral de la paciente: Sra. DTVE, atendida en los servicios de Medicina Interna, Endocrinología, Gastroenterología y Psiquiatría del Hospital Municipal de II Nivel La Paz – Bolivia.

## 5. METODOLOGIA

**AUDITORIA MEDICA:** *“La Auditoria Medica es un procedimiento técnico, analítico, evaluativo de carácter preventivo y correctivo con el fin de emitir un dictamen, referente al acto médico y la gestión de calidad de los servicios de salud. Se aplica al acto médico y consiste en la verificación del cumplimiento de normas y protocolos vigente. Se realiza mediante el análisis del expediente clínico”.*

## 6. REFERENCIAS

Solicitud de Auditoria Médica Especial Integral por parte del Gerente de Salud del Hospital Municipal de II Nivel La Paz.

Oficio del 28 de junio de 2013 al Gerente General Hospital de III Nivel La Paz, presentado por la Sra. M R, por denuncia de malos tratos a su madre EDTR.

## 7. RESUMEN

Paciente femenina de 85 años casada, de ocupación labores de casa procedente de sucre, residente en la paz

Diagnosticada de Diabetes Mellitus T2 con tratamiento en base a metformina

Diagnosticada de Hipertensión arterial sistémica, insuficiencia vascular tricuspidea, recibe tratamiento de losartan 5 mg c/día.

Cardiopatía arterioesclerótica.

Hipotiroidismo con tratamiento de levotiroxina.  
Diagnosticada de Coxartrosis, gonartrosis con tratamiento en base a analgésicos.  
Insuficiencia cerebrovascular desde 2007 con tratamiento en base a nimodipino.  
Diagnosticada de demencia de tipo vascular, en tratamiento con risperidona.

## **CONSULTA EXTERNA**

Paciente Atendida en Hospital Municipal de II Nivel La Paz desde el 16/5/1990 por diferentes motivos en diferentes especialidades como Endocrinología (Se le realiza controles periódicos de diabetes por la especialidad, además de solicitud de exámenes de laboratorio de control), Oftalmología, Otorrinolaringología, Dermatología, Ginecología, Angiología, Medicina Interna, Cardiología, Cirugía Vascular, Geriátrica, Neurología, Neurocirugía, Reumatología y Medicina General; en donde se le solicitaron diferentes exámenes de laboratorio y de gabinete, haciéndose el correspondiente seguimiento en consulta externa hasta la fecha de su primera internación.

## **PRIMERA INTERNACIÓN DEL 10 AL 25 DE JUNIO DE 2013**

Hospitalizada en fecha 10 de junio de 2013 ingresada por emergencias por falta de apetito, debilidad, aumento de deposiciones. Ingresada por dolor abdominal, deposiciones líquidas, alteraciones de conducta hace 1 semana posterior a colocar enema evacuante por constipación; anorexia, astenia, adinamia, dificultad para movilizarse.

Al examen físico piel y mucosas deshidratadas, levemente pálidas, hipoacusia, cardíaco irregular, arrítmicos, extrasístoles, soplo tricuspideo II/IV, regular estado, desorientada, mucosas secas, no ingurgitación yugular, abdomen blando depresible borborigmos en flancos, RHA (+++), no visceromegalias, no edema, osteomuscular con pérdida de la fuerza en miembros inferiores, memoria alterada, Glasgow 14/15, no datos de irritación meníngea o focalización.

Llegando a los siguientes diagnósticos: Gastroenteritis aguda, diabetes mellitus tipo 2, HAS estadio I, hipotiroidismo con tratamiento, cardiopatía aterosclerosa, desequilibrio hidroelectrolítico a DC, insuficiencia renal aguda pre renal, insuficiencia valvular tricuspidea.

Valoración de Medicina Interna

Con laboratorios: Glicemia 313 mg/dl, creatinina 1,4, Urea 52, Na136, K2, Hb 14,1, Hto 43 GB 9800, SE 88% L 11%

Diagnósticos:           Diarrea Aguda,  
                          Desequilibrio Hidroelectrolítico  
                          Diabetes Mellitus 2 no controlada  
                          Acidosis Metabólica?  
                          Hipotiroidismo  
                          Infección Urinaria  
                          Trastornos de Conducta?  
                          Demencia Senil?

Tratamiento:

Dieta blanda astringente, Reposo relativo, Prevención de escaras c/2 hrs, CSV c/4 hrs, Control de IE, Sonda Foley, Ringer Normal 4000 ml p 24 hrs, cloruro de potasio 1 amp. en c/solución, Omeprazol 40 mg EV c/12 hrs, Propinoxato 1 amp EV PRN, Alprazolam 0,5 mg VO c/noche 21:00, Nimodipino 30mg VO c/día, Levotiroxina 0,1 mg VO c/día, Insulina cristalina 10 IU SC STAT, Glicemia de control hrs 18:00, 24:00, 6:00, Hemograma, Glicemia, Creatinina, NUS, Electrolitos STAT, EGO STAT, Moco fecal STAT, Rx PA tórax STAT, IC con endocrinología, IC con psiquiatría, ECG STAT, Gasometría arterial en piso, Ciprofloxacina 200 mg EV c/12 hrs.

Dr. J M – Medicina Interna

Reporte de glicemia hrs. 18:00 reporta 321mg/dl

Indica insulina cristalina 6 UI SC STAT.

Dr. JM – Medicina Interna

## **ENFERMERIA**

13:00 Ingres a emergencias en camilla con familiar  
SV: PA 90/60 FC 68 FR 20 T 36,6° hija refiere que estuvo con deposiciones liquidas desde hace varios días.

18:00 Paciente ingresa al servicio en silla de ruedas con familiares, con vía permeable, en regular estado general con leve deshidratación. Muy somnolienta.

19: 30 Aseo perineal y cambio de pañal.

## **1º DDI**

Paciente asintomática, no colabora con la anamnesis ni con el examen físico.

Reporte de glicemia: Ingreso 313 mg/dl 00:00 159 mg/dl, 6:00 116 mg/dl, hemograma compatible con anemia leve, GB 9800, neutrofilia, Urea 1,5 mg/dl, Potasio 2,5, déficit de K requerimiento basal 96 mEq/L, citología moco fecal positivo, flora bacteriana abundante, escasa cantidad de endolimax nana, EGO no patológico, albumina (+), glucosa (++) , GR 10-15 p/c, células renales 2-4 p/c, cilindros granulosos 1-2 p/c. Dra. L C – Medicina Interna.

## **14:20 Salud mental**

Paciente algo desorientada, deterioro cognitivo, según la familia presenta periodos de agitación y conducta delirante. Llegando a al diagnóstico de: Trastorno Mental Orgánico cognitivo afectivo y Demencia. Dra. WK – Psiquiatría.

Reporte Glicemia hrs. 12:00 317 mg/dl.

Plan: Insulina cristalina 6 UI SC STAT. No hay reporte de enfermería si dosificó metformina de horas 12:30. Dr. A A – Emergencias.

## **16:40 Endocrinología**

Paciente conocida, portadora de DM2, en uso de metformina, aun con mucosas deshidratadas. Dx: DM2 descompensada.

Conducta: metformina Ídem, Insulina Cristalina 4 UI SC hrs 12:00, resto igual. Dr. R C – Endocrinología.

Deposiciones liquidas persisten con una frecuencia de 3 deposiciones aproximadamente, aun con polidipsia; SV PA 90/60 FC 76 FR 20 rpm.

23:40 Guardia Medicina Interna

Glicemia de hrs 22:00 reporta 300 mg/dl se administró una dosis de metformina a hrs. 18:30. Plan Insulina Cristalina 4 UI SC STAT. Dr. A A – Emergencias, Firma Dra. U – Medicina Interna.

### ENFERMERIA

8:00 se sirve desayuno, sobrealimentación y almuerzo poco a poco con asistencia de enfermería. Paciente toma te con asistencia familiar  
22:00 Paciente rechaza cambio de pañal. No colabora solo quiere dormir.

### 2º DDI

Paciente con evolución estacionaria se registra la última glicemia del 11/6/13 de 300mg/dl.

Plan: Dieta blanda astringente, Vía A: Sol Fisiológica 1000 ml + 2 amp Cl K para 24 hrs. Vía B: Ringer Normal 500 ml para 24 hrs, ciprofloxacina 200 mg EV c/12 hrs, metformina 850 mg VO (1+1+1), Insulina cristalina 4 UI SC hrs 12:00, alprazolam 0,5 mg VO 1 comp hrs 22:00, reclamar laboratorios, Indicaciones psiquiatría, endocrinología, reeducación vesical, glicemia capilar hrs 12:00, 22:00, 6:00.

Dra. RL – Medicina Interna.

Reporte de glicemia de hrs. 12:00 reporta 350 mg/dl se administró 4 UI SC insulina cristalina 12:00 y metformina 850 mg a horas 12:30 pm. Próximo control 18:00, creatinina 1,1 mg/dl, urea 27 mg/dl, función hepática y lipídica normal, persiste hipokalemia 2,3 mE/L, hipoalbuminemia 2,1 g/dl SV 130/70 FC 72 FR 24.

Solo Firma Dra. U.

Reporte de glicemia 22:45 300 mg/dl.

Plan: 4 unidades de Insulina Cristalina STAT

Dra. L C – Medicina Interna.

### ENFERMERIA

6:00 Diuresis (+)

La paciente está con sonda Foley, 19:30 Deposición líquida en pañal

### 3º DDI

Refiere haber conciliado el sueño, valoración subjetiva, **ineficiente por la respuesta verbal de la paciente**, la paciente es poco colaboradora.

Reporte de laboratorio de fecha 12/6/13 indicios de IRA, hipoproteinemia 5,5 g/dl, hipoalbuminemia 2,1, DHE hipokalemia 2,31 mEq/L, déficit de potasio de 40,8, reporte de glicemia 6:00 255mg/dl, 12:00 350 mg/dl, 22:00 300 mg/dl, 6:00 230 mg/dl, se indica insulina cristalina 4 UI a hrs 12:00 y 22:00 **se adiciona hipoglicemiantes orales**. Glibenclamida 5 mg (1-1-0), Ciprofloxacina EV c/12, DC Sonda Vesical

**Escala Móvil de Insulina Cristalina** de acuerdo a glicemia

<150	0	250 – 300	4 UI	> 350	8 UI
150 – 250	2 UI	300 – 350	6 UI		

Dra. RL – Medicina Interna.

**16:30 Psiquiatría – Salud Mental**

Con buen ánimo, mas organizada, activa durante el día, persiste insomnio de fase intermedia, se modifica ansiolítico.

Risperidona 3 mg VO 1/4 comp hrs 22, DC alprazolam, Clonazepam 2 mg ¼ comp hrs 22, Y ¼ comp adicional en caso de insomnio. Dra. N K – Psiquiatría

**16:50 Endocrinología**

Paciente con glicemias elevadas se reajusta la dosis esquema hipoglicemiante Insulina cristalina 8 UI SC a Horas 12:00. Resto Igual Dr. RC – Endocrinología

**ENFERMERIA**

6:00 Aseo perineal y cambio de pañal., 16:00 Catarsis y diuresis, 22:00 Cambio de pañal

**4º DDI**

Paciente somnolienta con respuesta a la estimulación verbal, lenguaje incoherente. No presenta deposiciones líquidas hace 48 hrs. Persiste con glicemias elevadas. Dra. R L – Medicina Interna

**11:05 Psiquiatría**

Paciente que continua con estados de sedación que probablemente se deba al clonazepam, se deja solo PRN. Dra. K G - Psiquiatría

**15:50 Endocrinología**

Paciente con sueño profundo, apertura de ojos al llamado, FC 80; glicemias estables, se mantiene manejo hrs 12 =172  
Mismo manejo Dr. R C – Endocrinología

Reporte de glicemia de horas 22:00 96mg/dl.

**ENFERMERIA**

10:00 Deposición Líquida, 19:30 Presenta diuresis, pañal mojado.

**5º DDI**

Paciente con sueño profundo, reactiva a estímulos verbales pero que no colabora con el examen. Paciente con evolución estacionaria, glicemia de ayer hrs 22 96 mg/dl. Glicemia horas 6:00 133 mg/dl, déficit de potasio 36,  
Dra. SS – MR Medicina Interna

14:00 Guardia medicina Interna

Reporte de glicemia 12:00 163 mg/dl  
Dra. S S – MR Medicina Interna

**ENFERMERIA**

2:00 Diuresis (+) catarsis (-), 10:30 Deposición líquida flemosa, 19:30 Deposición (+)  
19:30 Cambio de Pañal

**6º DDI**

00:45 Guardia de medicina Interna  
Reporte de glucemia de hrs. 22:00 175 mg/dl. Se mantiene Mismo manejo.  
Dra. L F- MR UTI

19:00 Medicina Interna Guardia  
Reporte de glucemia de horas 18:00 65 mg/dl  
**Se discontinuara tratamiento oral de hipoglicemiantes orales.**  
DC Glibenclamida  
DC Metformina  
Aporte Vía Oral, solución nocturna  
Dra. M AS – Medicina Interna

**ENFERMERIA**

14:00 Abdomen distendido. Presenta deposición líquida y diuresis.  
18:00 Cambio de pañal

**7º DDI**

**Según compañera de sala presento deposiciones líquidas en 3 oportunidades.**  
Se solicitan exámenes complementarios de control.  
**Está en Pre alta por Medicina Interna**  
Dra. R L – Medicina Interna

**15:40 Endocrinología**

En mejor estado general lucida conversa, se mantiene manejo y revaloración mañana.  
Mismo manejo.  
Dr. RC - Endocrinología

**17:30 Psiquiatría**

Paciente con dificultad en el sueño, la hija indica verla deprimida, lo atribuye al uso del pañal. No desea alimentos sólidos. Se incrementa dosis de risperidona.  
Dra. KG - Psiquiatra

**ENFERMERIA**

5:30 Presenta deposición líquida, 15:30 Deposición (+), 22:00 Catarsis (+)  
6:00 Cambio de pañal

**8º DDI**

Paciente se encuentra asintomática, diuresis (+) catarsis (+), piel y mucosas levemente pálidas y secas.



**Reporte Citología Moco fecal**, consistencia líquida con moco, leucocitos 0-5 p/c, flora bacteriana abundante y activa. Coproparasitológico No se observan formas parasitarias, se observan abundantes levaduras.

Según reporte de enfermería presento deposiciones líquidas en dos oportunidades de 200 cc aproximadamente cada una. Paciente en condiciones de Alta Hospitalaria, se valorará control por consulta externa.

**Indicaciones: Alta Hospitalaria**, Ciprofloxacina 500 mg VO c/12 hrs, Nimodipino 30 mg VO c/24 hrs, Levotiroxina 1 comp VO c/día, Metformina 850 VO (1-1-0), Glibenclamida (1/2 – 0 – 0), Omeprazol 20 mg VO c/día, Florestor 1 sobre diluido en medio vaso de agua, Cloruro de potasio 10 ml VO/día con el almuerzo, Hidroclorotiazida 50 mg ½ comp VO c/día, Control por consultorio de Medicina Interna, Endocrinología, Reclamar “ilgible” por Alta Hospitalaria.

Dra. L C – Medicina Interna

### 12:20 Psiquiatría

Paciente quien se irá con alta, hoy estuvo tranquila, realizo algunas actividades como peinarse, maquillarse, sentarse, ir al baño. Se mantiene tratamiento y se realizará seguimiento por consulta externa. Dra. K G – Psiquiatría

15:15 Medicina Interna Guardia

Familiares refieren que paciente persiste con deposiciones líquidas y en 4 oportunidades, sin sangre, ni moco, glicemia de hrs. 6:00 68 mg/dl. Dr. E C V – Jefe de Medicina Interna

19:45 Medicina Interna Guardia

Reporte de laboratorio de control Glicemia 83 mg/dl, DHE tipo hipokalemia, déficit K 12 mEq/L. En espera de citología moco fecal. Dra. P R – MR Medicina Interna

### ENFERMERIA

13:30 Deposición (+)

14:00 Familiar rechaza ser dada de alta hospitalaria por que persiste diarrea.

21:00 Cambio de pañal

22:00 Canalización de vía para administrar medicamentos

### 9º DDI

Paciente con evolución estacionaria, reporte de laboratorios moco fecal con abundante flora microbiana. Ambas negativo. Glicemia de hrs 18:00 de 83 mg/dl, desequilibrio hidroelectrolítico de tipo hipocalemia. Hb glicosilada de 7,4.

Reporte de guardia presento deposiciones líquidas en 4 oportunidades de 100 cc aproximadamente, sin contenido de moco fecal ni sangre.

Indicaciones:

### 16:35 Endocrinología

Paciente refiere sentirse mejor, oligoasintomática, niveles de glicemia normales. Se mantiene manejo.

Alta por endocrino, Control por CE en 1 mes.

Dr. R C – Endocrinología

## ENFERMERIA

6:00 Cambio de pañal

**NO HAY REPORTE DE ENFERMERIA DEL TURNO DE LA MAÑANA**

17:00 Catarsis (+)

19:30 Oxigeno por bigotera

23:10 Cambio de pañal diuresis (+)

### 10° DDI

Paciente con evolución estacionaria con disminución en la frecuencia de las deposiciones líquidas, diuresis (+), catarsis (+). Según reporte de enfermería presento una deposición líquida en horas de la mañana aproximadamente, sin contenido de sangre, ni moco fecal. Reporte de glicemia 22:00 80 mg/dl, reporte de coprocultivo y antibiograma sin desarrollo bacteriano. Reporte de glicemia de hrs. 6:00 80 mg/dl Probable deshidratación **DC antibióticos**, Se explica a familiares.

#### Indicaciones:

Dieta blanda hiposódica, Medidas generales, Solución SSF 0,9 500 cc + 2 amp de ClK, p/24, Ciprofloxacina 400mg c/12 pasar en 2 ½ hrs. Nimodipino 30mg VO/24 hrs, Metformina 850 mg, Glibenclamida 5 mg, ½ comp VO, Omeprazol 20 mg VO, Florestor 1 sobre diluido en ½ vaso de de agua, hidroclorotiazida 1 comp VO c/día, Laboratorio Na, K, Cl, Glicemia hrs 6:00, **IC gastroenterología**.

Dra. R L – Medicina Interna.

13:30 Medicina Interna

**Se habla con Dr. F. Gastroenterología** “ilegible dos líneas del párrafo” metformina temporalmente y con control de glicemia

Dx. Síndrome Diarreico

Indicaciones: “ilegible” Metformina, EGO

Dra. R L – Medicina Interna

21:00 Nota de Sala

Paciente aun con 3 deposiciones líquidas, clínicamente estable, bien hemodinamicamente y función ventilatoria adecuada, a nivel neurológico sin cambios, destaca edema de extremidades inferiores moderado fóvea (++), control de moco fecal compatible con proceso infeccioso, “la clínica” además del tratamiento antibiótico sugieren disbacteremia secundaria a fármacos.

Plan: ajuste antimicrobiano, cultivo de materia fecal, “ilegible” y ajuste nutricional.

#### Indicaciones:

Dieta para diabético astringente, **metronidazol 500mg 1 tab VO c/8 hrs**, Florestor 1 sobre en 100 ml de agua DID, Laboratorio hemograma, creatinina, Urea, NUS, cultivo de materia fecal, Examen de orina, Glicemia.

Dra.M – Terapia Intensiva

## ENFERMERIA

9:00 Deposición flemosa se envía a laboratorio.

21:30 Deposición moderada cantidad semipastoso con flemas

### 11º DDI

Paciente al momento termodinámicamente estable, no presenta deposiciones líquidas, según hijo refiere durante el día 1 catarsis de 400 cc.

#### **Indicaciones:**

Dieta y medidas generales igual, soluciones /24 hrs, Sol Salina Fisiológica 500 cc + 2 amp de ClK, Nimodipino 30 mg VOc/24 hrs, Metformina 850mg VO, Glibenclamida 5 mg VO, Omeprazol 20 mg VO c/24 hrs, Florestor 1 sobre diluido en ½ vaso de Agua TID, HCTZ 1 comp VO c/24 hrs, **Pendiente IC gastroenterológica**, reclamar laboratorios, Laboratorios: glicemia ionograma, comunicar cambios, Metronidazol 500 mg 1 tab VO c/8 hrs. Dra. M A S – Medicina Interna

15:30 Medicina Interna Guardia.

Reporte laboratorio de glicemia 208 mg/dl, Urea 28 mg/dl, Cl 100,7 mE/l, iCa 1,11 mEq/l, hemograma compatible con anemia leve.

#### **Indicación:**

Añadir a solución 1 amp de SO4Mg, Resto igual. Dra. S L – MR Terapia Intensiva

### **ENFERMERIA**

8:00 Cambio de pañal, 14:00 Cambio de pañal  
23:10 Cambio de pañal presenta diuresis y catarsis

### 12º DDI

Se evidencia disminución de volumen en ambos miembros inferiores, paciente consiente y orientada en tiempo y persona.

Reporte de laboratorio Hto 38% Hb 12,5 mg/dl, GB 5500, S 78%, L 22%, Plaquetas 220.000, Glicemia 208 mg/dl, Urea y creatinina dentro de parámetros normales, desequilibrio hidroelectrolítico tipo hipokalemia.

Glucemia 112 mg/dl Na 145,9, K 2,8, Cl 102, iCa 1,21, Def. K 33,6, Req Basal 70, iCa reponer 103,6.

#### **Indicaciones:**

Metronidazol 500mg 1 comp VO c/8 hrs, nimodipino 30 mg VO c/24 hrs, Glibenclamida 5 mg ½ comp VO, omeprazol 20 mg VO c/día, Florestor 1 sobre diluido en ½ vaso de agua, Pendiente Metformina, Loperamida 1 comp VO post a cada deposición, Hidroclorotiazida 1 comp VO c/día, Reclamar EGO, Glicemia capilar hrs 12:00 22:00 y 6:00; Electrolitos y glicemia de hrs 6:00.

Dr. JM – Medicina Interna

Sin Hora - Guardia de Medicina Interna

#### **Plan DC Jarabe de Potasio**

Dr. J M - Medicina Interna

Familiar Reclama acerca de sus deposiciones líquidas, se explica que ello se debe a su diabetes e infección bacteriana (al momento tratada con metronidazol), **la hija anota todo esto en un cuaderno.**

Dr. J M - Medicina Interna

## ENFERMERIA

14:00 Catarsis (+) Diuresis (+), 23:00 Diuresis (+) Catarsis (-)

### 13º DDI

Paciente con evolución estacionaria, reporte de laboratorio de horas 12:00 de 158 mg/dl, Ionograma DHE tipo hipokalemia. Glicemia de hrs. 6:00 de 87 mg/dl, K 2,7 hipocalemia, resto normal.

#### Indicaciones:

Dieta para paciente diabético, venoclisis p/24 hrs Sol Fisiológica 1000 ml, + 2 amp de Cl K + 1 amp de SO<sub>4</sub>Mg, Metronidazol, 500 mg 1 comp VO c/8hrs, Glibenclamida 5 mg ½ - ½ - 0, Omeprazol 20 mg VO c/día en ayunas, DC florestor, loperamida 1 comp VO después de cada deposición líquida, hidroclorotiazida 50 mg 1 comp c/día, Glicemia capilar de control a hrs 20:00 y 6:00. Dr. J C L – Medicina Interna

20:20 Guardia, se recibe resultado de EGO de control el cual se encuentra patológico, con aumento de la cantidad de GB x campo en relación al último control, con anterior usos de quinolonas. Dr. J C L – Medicina Interna

Glicemia Normal 99 mg/dl, Orina con aspecto opalescente y sedimento abundante, GB 30-35 p/c, GR ocasionales, CE 20-24 p/c, **patológico**.

**Indicaciones:** Urocultivo y antibiograma mañana. Dr. J C L – Medicina Interna

## ENFERMERIA

9:00 Cambio de pañal Diuresis, 10:00 Cambio de pañal Diuresis  
13:30 Diuresis (+) Catarsis (-), 14:00 Diuresis (+) Catarsis (-)  
19:30 Cambio de pañal, 22:00 Cambio de pañal Catarsis (+)

### 14º DDI

Paciente en regular estado general, con evolución estacionaria, reporte del laboratorio del día de ayer, **EGO** sedimento abundante, FB moderada, GB 30-35 p/c, GR ocasionales, CE 20-24 p/c. Pendiente urocultivo y antibiograma.

Paciente con evolución estacionaria, Reporte de EGO patológico para INF, flora bacteriana moderada cantidad, leucocituria 30-35 p/c, células epiteliales 20-24 p/c, electrolitos persiste con DHE tipo hipokalemia, K 377, déficit de potasio.

Indicaciones:

Enoxiparina 40 mg SC c/día, ceftriaxona 1 g EV c/8 hrs

**Revalorar gastroenterología**

Coprocultivo y antibiograma y citología fecal.

12:00 Se explica a familiares que se “ilegible hasta el final de la hoja”  
Sin firma ni sello.

## ENFERMERIA

8:00 Mojada con Diuresis (+) Heces

Cambio de pañal Deposición Semilíquida Flemas +/- 200 cc.

FAMILIARES MOLESTOS, INDICAN AUSENCIA DE LA DRA. ENFERMERIA EXPLICA QUE ELLA VIENE TODOS LOS DIAS POR LA MAÑANA.

11:00 Hija se apersona a conversar con la Dra. L e indica que solicitara ALTA SOLICITADA.

16:00 Cambio de Pañal

22:30 Cambio de Pañal paciente no colabora a procedimientos de enfermería

### 25/6/13 12:00 ALTA SOLICITADA

Familiares solicitan ALTA a pesar de explicarles la situación de la paciente que cursa con cuadro de Gastroenteritis Aguda Infecciosa, DMT2 compensada, Hipokalemia en reposición, cardiopatía aterosclerótica, demencia senil, infección urinaria, hipotiroidismo secundario.

Recibe tratamiento con Hidratación, reposición de potasio, con ultimo moco fecal patológico por lo que se inicia el 20/6/13 metronidazol hoy se asocia a ceftriaxona y se solicita nuevo coprocultivo y **revaloración por Gastroenterología.**

Se explica a familiares quienes Solicitan ALTA, deslindando responsabilidad al personal médico y paramédico de la institución.

Firmas de familiares:

M R

Sr. A R

Se externa a petición de familiares, bajo la modalidad de alta solicitada.

#### **Indicaciones del Alta:**

Metronidazol 500 mg VO c/8hrs x 2 días luego DC

Cefixima 400 mg VO c/día x 7 días

Omeprazol 20 mg VO c/noche

Florestor 1 sobre VO c/hrs x 7 días

Levotiroxina 1 tab VO c/día

Glibenclamida 5 mg ½ Tableta VO en el Almuerzo

Risperidona ½ tab VO c/noche

Nimodipino 30 mg VO c/noche

Hidroclorotiazida 50 mg ½ tab VO c/día DC

Espironolactona 25 mg VO

Control por Gastroenterología, Endocrinología y Geriatria.

ASA 100 mg VO c/día

Cloruro de potasio 5 ml VO c/día

### 15º DDI

16:45 Guardia Medicina Interna

Paciente al momento se encuentra somnolienta, piel y mucosas pálidas secas, no presenta deposiciones líquidas nuevamente, en regular estado general con los siguientes signos vitales PA 110/60 FC 72 lpm, FR 20 rpm

Reporte de laboratorio EGO GR 98-100 pc, GB 12-14 pc, FB escasa

Indicaciones:

CN para diabético (aliment. complementaria). Dra. P R- MR Medicina Interna  
20:30 Sin deterioro general, afebril, estable hemodinamicamente, no signos de dificultad respiratoria.

Glicemia 100 mg/dl

Dra. L C – Medicina Interna

Se explica a familiares la situación de la paciente.

Se comunica a Dr. C - Jefe de Servicio.

Firma Alta solicitada "Ilegible"

Dra. R L – Medicina Interna

### **11:00 Gastroenterología**

Paciente Clínicamente estable se reporta heces fecales en pañal de aproximadamente 150 ml/día, se deja dieta rica en fibra y estudio laboratorial de heces en Seladis para control cruzado.

#### **Dieta:**

Evitar pan blanco, masitas del té, pastas, cerdo, cordero, embutidos, cebolla y tomates crudos, chorrellanas picantes y cítricos.

Se suspende antibiótico para control bacteriológico en Seladis

Se continuará manejo ambulatorio.

Dr. M F – Gastroenterología

### **ENFERMERIA**

11:40 Paciente deja su unidad, se va con Alta en compañía de su hija, se va deambulando con sus respectivas órdenes médicas.

### **REGISTRO DE INFORMACION DIARIA A PACIENTE Y/O FAMILIAR**

<b>FECHA</b>	<b>DIAGNOSTICOS</b>	<b>MÉDICO</b>	<b>FAMILIAR</b>
24/6/13	DMT2 ITU Sind Diarreico	Dra. R L	Sra. M R
25/6/13	DMT2 ITU Gastroenteritis aguda	Dra. R L	Sra. M R

## **SEGUNDA INTERNACIÓN DEL 15 AL 17 DE DICIEMBRE DE 2014**

**15/12/14** Sin Hora - Consultorio externo - Geriátría

Paciente que presenta desde hace dos días orinas hematóricas, no alzas térmicas, utiliza pañal, edema en MMII, diuréticos, espironolactona 25 mg.

Familiares so la dificultad en la toma de muestra insisten con la internación momentánea. Paciente que debe ser valorado por medicina interna.

DX Infección Urinaria, Pielonefritis a DC, hipoproteinemia, Hipoalbuminemia a DC, úlceras por presión.

## **Indicaciones**

Dieta licuada, CSV, Control IE, diazepam 10 mg a Hrs 19:00, omeprazol 20 mg en ayunas, nimodipino 30 mg VO c/24 hrs, glibemnclamida 5 mg VO c/24 hrs, ASA 100 mg VO c/24 hrs, Levofloxacin 1 tab VO c/24 hrs, Laboratorio: hemograma, glicemia, NUS, creatinina, colesterol, triglicéridos, fosfatasa alcalina, AST, AGT, bilirrubinas, PCR, ionograma, proteínas totales, albumina, examen de orina, urocultivo. Valoración por medicina interna, curación de zonas de presión, cambio de posición cada 2 horas de forma asistida, manejo por medicina interna.

Dra. X O - Geriatría

## **1º DDI**

Medicina Interna

En regular estado general, lucida, consiente, afebril, en decúbito dorsal pasivo, piel y mucosas, pulmones con estertores tipo velcro y sibilancias en ambos hemitórax, abdomen blando no doloroso RHA (+) normoactivos, genitourinario puñopercusión y puntos ureterales (-) aparentemente, extremidades, ulcera por presión en brazo izquierdo grado I y flictenas, en región sacra úlcera grado III cubierta con apósito limpio y seco, MMII con edema (++) , fóvea (+++), úlcera en talón izquierdo grado III cubierto con apósito limpio y seco, neurológico no valorable, paciente poco colaboradora. Laboratorio hipoalbuminemia 2,6, hipoproteinemia 5,7.

Estacionaria, laboratorio de control normal, hipopotasemia 2,2.

## **Indicaciones:**

Dieta líquida, CSV c/6 hrs, Reposo con cabecera a 45°, Vendaje elástico de MMII durante el día. DC noche, Aseo de cavidad oral con clorhexidina 0,12%, Control I/E Profilaxis de escaras, cambio de posición c/2 hrs, Curación de escaras x presión sacra, talón izq y brazo izq c/día, Diazepam 10 mg VO hrs 19:00, Omeprazol 20 mg VO c/noche, Nimodipino 30 mg VO c/día, Glibenclamida 5 mg VO c/día con el almuerzo, ASA 100 mg VO c/día con el almuerzo, Levotiroxina 100 ug VO c/día en ayunas, Reclamar EGO, Efectivizar RX AP de tórax, Espironolactona 50 mg VO c/día, Nebulización 10ml SF 0,9% + 1 ampolla de acetilcisteína TID, Aspirado de cavidad oral c/4 hrs PRN, IC con medicina física y rehabilitación, Sol. Endovenosas: S. Ringer normal 500 ml + 2 ampollas de Cloruro de K – 8hrs, Laboratorios: Plaquetas + “ilegible” + glicemia 6:00, Glicemia hrs 15:00 – 20:00

**IC con nefrología**

**IC con endocrinología**

Dr. E C – Medicina Interna

14:13 Evolución

Paciente con evolución estacionaria se recibe **EGO patológico**, con presencia de GR abundantes, GB 32-36 p/c y flora bacteriana abundante, sangre positivo.

**Plan:** Ceftriaxona 1 g EV c/12hrs, morfología de GR en orina, Urocultivo y antibiograma, Ecografía Uretero vesical y de vías urinarias.

Dr. AD – Medicina Interna

Sin Hora - **Medicina Física y rehabilitación**

Déficit ventilatorio obstructivo por bronco espasmo, síndrome de reposo prolongado, hipotiroidismo en tratamiento, UPP grado II en región sacra y talón izquierdo, UPP grado I en codo izquierdo.

**Indicaciones:**

Posición semifowler

Kinesioterapia respiratoria, ejercicios respiratorios costodiafragmáticos, ejercicios de compliance pulmonar con ayudas manuales, Cinesioterapia asistida a las 4 extremidades, Prevención de UPP según protocolo de servicio, Reeducar y estimular sedentación, bipedestación y marcha independiente.

Cambios de posición cada 2 hrs estricto, Masaje evacuante a MSI y MMII

Dactiloterapia a MSI y MMII.

Dra. G G M – MR Física y rehabilitación

**ENFERMERIA**

13:00 Paciente baja en cama a estudio de ecografía

**2º DDI**

Medicina Interna

En regular estado general, Piel y mucosas húmedas pálidas, orofaringe no valorable, pulmones no uso de músculos accesorios, a la auscultación estertores tipo velcro en pared torácica anterior, ruidos cardiacos rítmicos hipofonéticos, extremidades con MS izq con aumento de volumen edema (++), MMII con aumento de volumen bilateral, edema (+++) fóvea (++), en región sacra úlcera por presión grado III cubierta, Úlcera por presión en brazo izq, talón izq, y flictenas en brazo izq., fuerza muscular no valorable en extremidades, neurológico poco valorable, paciente no colaboradora.

Evolución estacionaria, EGO patológico se espera urocultivo y lab solicitados, hasta la fecha no cuenta con **RX de tórax solicitada el 15/12/14**. Pronóstico reservado, malo a corto plazo.

Dr. EC – Jefe de Medicina Interna

13:30 Evolución

Paciente al momento en mal estado general, en sopor profundo, no responde a órdenes verbales, responde a estímulos dolorosos, con presencia de abundantes secreciones orotraqueales, al momento con edema generalizado, con mucosas orales deshidratadas. Diuresis horaria: no se registra, PA 110/70 FC 71 Sat. O2 90%. Paciente con pronóstico reservado, familiares enterados, al momento no se encuentran familiares.

Laboratorios Solicitados con Hipokalemia moderada. Tendencia a hipoglicemia, al momento sin aporte por vía oral, con indicación de nutrición enteral x SNG.

**Indicaciones:**

Reposos con cabecera a 45°, control IE, Profilaxis de escaras, curación de úlceras por presión por día, Diazepam 10 mg VO c/día, Omeprazol 20 mg VO c/noche, Nimodipino 30 mg VO c/día, Glibencalmida 5mg VO c/día, ASA 100 mg VO c/día, Espironolactona 50 mg VO c/día, nebulización 10 ml SF + Acetilcisteina TID, Aspiración gentil de secreciones, Antibiotico + corticoide colirio 1 gota AO c 6/hrs, reclamar laboratorios solicitados y morfología de GR en orina, ceftriaxona 1 g EV c/12 hrs, reclamar



urocultivo, efectivizar ecografía renal, glicemia hrs 15:00, 20:00 y 6:00, Sol fisiológica al 0,9% 500 ml + 3 amp de ClK + 1 amp de SOMg p/24 hrs, electrolitos plaquetas, glicemia STAT, sonda vesical STAT, SNG a caída libre, Dieta polimera 1000 kcal por SNG procesada en 5 tomas a tolerancia.

PCR, mañana 6:00. **Pasa a UTIN.**

Dr. A D – Terapia Intensiva

**17/12/14 16:30 ALTA SOLICITADA**

Yo **“VACIO SIN LLENAR”** con CI **“VACIO”** mayor de edad hábil por derecho. Solicito el Alta Solicitada de la paciente internada en el Hospital Municipal de II Nivel La Paz, 610c hago constar que he sido informado sobre la situación actual de salud de mi madre, de las múltiples comorbilidades y riesgos que implica, así como la necesidad de la monitorización y pase a UTIN para un mejor cuidado y tratamiento adecuado, sobre la necesidad del uso de sonda vesical, SNG. Conozco y he sido advertido de los riesgos que implica, descargo de toda responsabilidad al equipo médico y para médico y administrativo del Hospital por las consecuencias que de ello pueda resultar.

Para tal constancia firmo al pie del presente.

Firma  
AR

**ENFERMERIA**

16:50 PACIENTE CON ALTA SOLICITADA se retira de la unidad de Medicina Interna en silla de ruedas con su familiar, acompañada de sus familiares.

Pasa a archivo Historia clínica anterior +

## 8. HALLAZGOS DE AUDITORIA

- Paciente que acude desde 1990 a consultas periódicas por consultorio externo por motivos y especialidades variadas.
- Paciente de 84 años Ingresa con descompensación diabética, gastroenteritis aguda, deposiciones líquidas con deshidratación e hipokalemia.
- Inicia tratamiento Medicina Interna para la diabetes mediante Insulina Cristalina, luego se adiciona hipoglicemiantes orales (glibenclamida y metformina) que se discontinúan al 6º DDI y se reponen al 8º DDI.
- Valoración por endocrinología en la tarde del día siguiente de su internación.
- Se indica escala móvil de Insulina Cristalina de acuerdo a resultados de Glicemia.
- No existe solicitud de cultivo de heces fecales a su ingreso.
- Gastroenteritis aguda tratada con:  
Ciprofloxacina 200 mg EV c/12 hrs y Florestor 1 sobre en ½ vaso de agua
- Paciente somnolienta en su estadía de Internación
- En Pre-alta el 7º DDI por Medicina Interna.
- La paciente continúa con deposiciones líquidas durante toda la internación. Con falta de su registro por enfermería.
- Alta por Endocrinología en 9º DDI
- No hay reporte de enfermería del turno de la mañana del 9º DDI.
- Al 10º DDI se pide Interconsulta a Gastroenterología. Y se efectiviza el ultimo día.
- Al 10º DDI Terapia Intensiva adiciona Metronidazol 500 mg VO c/8 hrs y solicita cultivo de materia fecal. El cual da resultado de Coprocultivo negativo.
- La hija anota en un cuaderno información recibida por médico especialista de medicina interna.
- 13º DDI Examen General de Orina: patológica y solicita urocultivo.
- ALTA SOLICITADA AL 15º DDI. En la primera internación.
- Valoración de Gastroenterología quien suspende antibióticos para control cruzado con Seladis. Deja indicada dieta para la paciente; seguimiento por consulta externa ambulatoria.
- Registro de información a los familiares en formulario específico en 2 oportunidades: día antes y el mismo día del alta solicitada.
- Segunda internación por pielonefritis a DC
- La paciente además ingresa con úlceras por presión grado III en región sacra y grado I en brazo izquierdo y talón izquierdo.
- 2º DDI Estado de sopor profundo, no responde a órdenes, abundantes secreciones orotraqueales.
- Valorada por Medicina Física y rehabilitación quien reporta déficit ventilatorio obstructivo por broncoespasmo, síndrome de reposos prolongado.
- 13:30 valoración por terapia intensiva, quien indica pasar a UTIN
- FAMILIARES PIDEN ALTA SOLICITADA AL 2º DDI.

## 9. CONFORMIDADES

Detección, encaminamiento e internación de la paciente a su ingreso al hospital.  
Controles laboratoriales periódicos durante su internación.

## 10. NO CONFORMIDADES

Paciente femenino de 84 años con cuadro de gastroenteritis aguda y desequilibrio hidroelectrolítico con patología de base diabética descompensada, su manejo no siguió las normas de diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus tipo 2.

Manejo no conforme a la norma en el uso de hipoglicemiantes orales

Gastroenteritis aguda tratada sin coprocultivo previo de ingreso.

No se evidencia interconsulta por especialidad de gastroenterología a su ingreso por el cuadro de gastroenteritis aguda.

Más de 48 horas que no se efectiviza la interconsulta con la especialidad de gastroenterología

No existe Historia clínica de emergencias en la primera internación de la paciente.

No existe reporte completo de enfermería de las interurrencias durante cada turno.

Información a los familiares según registro no se realizó todos los días.

Estado delicado de la paciente por déficit ventilatorio no detectado y tratado oportunamente.

## 11. CONCLUSIONES

No hay seguimiento a la norma de diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus tipo 2.

***En la persona que tenga una glucemia igual o superior a 270 mg/dl (15 mmol/l) y además presenta cetonuria, o se encuentra clínicamente inestable, se recomienda iniciar tratamiento con insulina. Debe considerarse que en algunos casos el requerimiento de insulina puede ser transitorio, manejo en III nivel.***

***El grupo de consenso considera que la insulino terapia debe iniciarse cuando las personas con DM2 no logran un control adecuado aún con dosis submáximas de Anti Diabéticos Orales, con el fin de alcanzar el control.***

Los hipoglicemiantes orales son administrados, discontinuados y repuestos nuevamente a la paciente.

***En un principio se recomienda agregar insulina basal al tratamiento con ADO sin suspenderlos.***

Se considera a la paciente una adulta mayor vulnerable, por la presencia de más de 2 síndromes geriátricos, como alteración cognoscitiva y múltiples patologías.

***El adulto mayor vulnerable es aquel con alto riesgo de perder su autonomía funcional y por ende su independencia (Lecomte, 2005). Se caracteriza por la presencia de 2 o más síndromes geriátricos así como alguna de las siguientes: alteración cognoscitiva, múltiples patologías, estrato socioeconómico bajo, residente de asilo y aquel con pobre apoyo social o aislamiento. (Sinclair 2011). Los adultos mayores diabéticos tienen mayor riesgo de desarrollar síndrome de fragilidad, incluso a una edad más temprana (Hubbard, 2010).***

Información insuficiente en el reporte de enfermería del número de deposiciones que tuvo la paciente en su internación.

***Notas de evolución de enfermería.- Son las notas que escribe enfermería con relación al estado del paciente, su evolución y las constataciones que haga respecto a las interurrencias o complicaciones que pudiesen presentarse. La frecuencia de estas notas dependerá de las condiciones del paciente y las indicaciones del médico, siendo imprescindible su registro en cada cambio de turno de enfermería. Consignan además, la admisión y egreso del paciente, tomando en cuenta fecha y hora, condición de ingreso o egreso y la persona o personas que lo acompañaron. Estas notas deben estar cuidadosamente elaboradas y llevar firma y sello de la enfermera responsable de su elaboración.***

Comunicación entre el médico tratante hacia los familiares no fue todos los días durante el periodo de internación.

***Notas de Informe Profesional,- Son los informes clínicos o de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, escritos por los profesionales que estuvieron a cargo del paciente, antes, durante o después de su internación, en relación a su estado de salud-enfermedad, actual o pasado. Pueden emitirse de manera individual o como efecto de una junta médica y necesariamente deben consignar nombre, sello y firma de los profesionales que lo realicen.***

***Es obligación del médico registrar en la historia clínica, la información brindada al paciente respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad; este registro debe ser suscrito por el paciente, familiar, pariente o representante legal.***

***Informar al paciente, o responsables legales, con anterioridad a su intervención, sobre los riesgos que pueda implicar el acto médico.***

***Derecho del paciente: Recibir información adecuada y oportuna para tomar decisiones libre y voluntariamente.***

No hubo interconsulta clara y oportuna con la especialidad de gastroenterología, hasta antes del alta solicitada de la paciente.

**Interconsultas.-** Son las valoraciones clínicas o procedimentales que hacen otros profesionales autorizados a solicitud del médico tratante, o de quienes coadyuvan con él en el tratamiento o atención de su paciente. Se registran como notas de evolución o en formularios expresamente diseñados para el efecto, especialmente para interconsultas interinstitucionales, siendo responsables de su ejecución y registro oportunos, el o los profesionales que atendieron la respectiva interconsulta, consignando su nombre, firma y sello.

## 12. RECOMENDACIONES

Al director médico de la institución, verificar el motivo por el que la especialidad de gastroenterología no valoró oportunamente a la paciente.

Implementar en el hospital, un mecanismo de realización de interconsultas.

Adecuación del personal de salud a las circunstancias cuando existe un paciente adulto mayor con múltiples patologías y es susceptible de ser considerado vulnerable.

Curso taller de Fortalecimiento la relación médico paciente en la institución.

Curso taller de Fortalecer la relación del personal de enfermería hacia los pacientes.

## 13. GLOSARIO

### **Gastroenteritis Aguda:**

La gastroenteritis aguda (GEA) es la inflamación del estómago e intestinos, es un cuadro clínico caracterizado por diarrea de comienzo brusco, con una mayor pérdida de agua por las heces y aumento del número de deposiciones.

### **Diabetes Mellitus tipo 2:**

Diabetes mellitus tipo 2 o diabetes del adulto es una enfermedad metabólica caracterizada por altos niveles de glucosa en la sangre, debido a una resistencia celular a las acciones de la insulina, combinada con una deficiente secreción de insulina por el páncreas.

### **Trastorno Hidroelectrolítico:**

Los trastornos hidroelectrolíticos son todas aquellas alteraciones del contenido corporal de agua o electrolitos en el cuerpo humano. Se clasifican según sean por defecto o por exceso. Sus etiologías son diversas, y se agrupan en función de la causa que las produce: aumento del aporte, alteración de la distribución ó disminución de la excreción. Los trastornos hidroelectrolíticos severos o prolongados puede conducir a problemas cardiacos, alteraciones neuronales y en última instancia, la muerte.

### **Hipokalemia:**

La hipokalemia es un desequilibrio electrolítico, con un nivel bajo de potasio en la sangre. El valor normal de potasio en los adultos es de 3,5 a 5,3 mEq/L.

**Adulto Mayor Vulnerable:**

Paciente adulta mayor vulnerable, por la presencia de más de 2 síndromes geriátricos así alteración cognoscitiva, múltiples patologías, apoyo social o aislamiento. Los adultos mayores diabéticos tienen mayor riesgo de desarrollar síndrome de fragilidad, incluso a una edad más temprana.

Los síntomas de la diabetes en los adultos mayores son **inespecíficos y de aparición tardía**.

**Úlceras por Presión:**

Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. Pueden constituir un problema para las personas en los centros de cuidados especializados.

**Risperidona:**

La risperidona es un fármaco activo por vía oral considerado como primera opción para el tratamiento de las psicosis. Tratamiento de desórdenes psicóticos (psicosis aguda, esquizofrenia, depresión psicótica).

Es un antagonista selectivo monoaminérgico con una elevada afinidad frente a los receptores serotoninérgicos (5-HT<sub>2</sub>) y dopaminérgicos (D<sub>2</sub>).

**14. BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Pardo V, Fuentes M, Espinoza R, Caballero R. Diabetes Mellitus Tipo 2. In: Normas de Diagnóstico y Tratamiento en Endocrinología. I.N.A.S.E.S.(ed). La Paz;:2012. P. 17-23.
- 2.- Yucra L, López I, Pacheco A, Zeballos M, Aliss A, Rodríguez S, et al. Enfermedades Endocrinas. In Normas Nacionales de Atención Clínica. Ministerio de Salud Y Deportes (ed). La Paz;:2012. P. 441-541.
- 3.- Duran L. Kuri P.. Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor Vulnerable. In: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (eds.) Guías de Práctica Clínica. 1st ed. México, D. F.: CENETEC; 2013. p 11-40
- 4.- Suárez C, Gutiérrez: Manejo actual de la Gastroenteritis Aguda (GEA) con Soluciones de Rehidratación Oral. Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria. 2009; 29(2):6-14
- 5.- Orosco J, Carrasco M. Norma Técnica de Manejo del Expediente Clínico. Ministerio de Salud Y Deportes (ed). La Paz;:2008. P. 1-19.

**FORMULARIO Nº 3 (verificación documental)**Fecha: **15/12/2014**Institución: **Hospital Municipal de II Nivel La Paz**Nº de EC: **2613**Nombre del paciente: **D T V E**Servicio: **Medicina Interna**Nº de folios: **581**

<b>Nº ÍTEM</b>	<b>VERIFICACIÓN</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO APLICA</b>	<b>NO SE REGISTRA</b>
1	El EC está completo		X		
2	El EC está ordenado de acuerdo a Norma		X		
3	El EC está debidamente paginado		X		
4	En el EC se identifica con precisión al principal médico tratante o médico "de cabecera" del paciente.		X		
5	En el EC es posible identificar a todas las personas que intervinieron en la atención o tratamiento del paciente.		X		
6	Todas las notas de evolución están completas y concordantes con un ordenamiento cronológico que consigna fecha y hora.		X		
7	Todas las notas de evolución son claras y legibles.		X		
8	Todas las notas de evolución llevan nombre, firma y sello de quien las elaboró.		X		
9	Todas las notas de prescripción o indicaciones están completas y concordantes con un ordenamiento cronológico que consigna fecha y hora.		X		
10	Todas las notas de prescripción o indicación son claras y legibles.		X		
11	Todas las notas de prescripción o indicaciones llevan nombre, firma y sello de quien las elaboró.		X		
12	Todas las notas del reporte de enfermería están completas y concordantes con un orden cronológico que consigna fecha y hora.		X		
13	Todas las notas del reporte de enfermería son claras y legibles.		X		
14	Todas las notas del reporte de enfermería llevan nombre, firma y sello de quien las elaboró.		X		
15	Todas las notas de enfermería de cumplimiento de las prescripciones o indicaciones están completas y concordantes con un orden cronológico que consigna fecha y hora.	X			

<b>Nº ÍTEM</b>	<b>VERIFICACIÓN</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO APLICA</b>	<b>NO SE REGISTRA</b>
16	Todas las notas de enfermería de cumplimiento de las prescripciones o indicaciones son claras y legibles.	X			
17	Todas las notas de enfermería de cumplimiento de las prescripciones o indicaciones llevan nombre, firma y sello de quien las elaboró.		X		
18	Todas las prescripciones e indicaciones están escritas de acuerdo a la norma de manejo del EC		X		
19	El tratamiento farmacológico se cumplió regularmente.	X			
20	El tratamiento farmacológico fue bien tolerado por el paciente.	X			
21	En todos los casos se controló la fecha de vencimiento de los fármacos antes de su administración al paciente.				X
22	En todos los casos se supo el principio activo de los fármacos antes de su administración al paciente.	X			
23	Para el uso de fármacos o sustancias que provocan intolerancia u otro tipo de reacciones adversas se tomaron medidas de prevención.			X	
24	La administración de fármacos u otras sustancias (medios de contraste, radioisótopos, etc. en todas las circunstancias fue realizado por personal autorizado o debidamente supervisado.	X			
25	El paciente fue controlado regular y cotidianamente por su médico tratante (constancia en notas de evolución escritas y debidamente firmadas por médico tratante)		X		
26	El médico tratante dejó personalmente indicaciones y prescripciones regulares y cotidianas para el tratamiento de su paciente (constancia en prescripciones firmadas por el médico tratante)		X		
27	Todas las notas de interconsultas e informes consignan fecha y hora.			X	
28	Todas las notas de interconsulta e informes llevan nombre, firma y sello de quien las realizó.			X	
29	Todas las notas de interconsulta e informes son claras y legibles.			X	



Nº ÍTEM	VERIFICACIÓN	SI	NO	NO APLICA	NO SE REGISTRA
30	Todas las interconsultas fueron atendidas dentro de las 12 hrs. de su solicitud			X	
31	Las interconsultas de urgencia fueron atendidas en forma inmediata.			X	
32	Todas las interconsultas preoperatorios fueron cumplidas oportunamente.			X	
33	Todos los exámenes preoperatorios solicitados fueron cumplidos.			X	
34	Las indicaciones preoperatorios fueron cumplidas a cabalidad...			X	
35	La preparación preoperatoria fue satisfactoria.			X	
36	La cirugía se llevó a cabo en fecha y hora de programación			X	
37	La cirugía de emergencia se llevó a cabo oportunamente.	X			
38	El EC incluye todos los protocolos operatorios de la intervención o intervenciones quirúrgicas realizadas.		X		
39	El EC incluye todos los informes de los procedimientos especiales de diagnóstico o terapéuticos realizados.	X			
40	En los formularios del Protocolo Operatorio (PO) están debidamente llenados todos los datos que dichos formularios consignan.			X	
41	El formulario del PO consigna claramente los nombres y funciones específicas de todos quienes participaron directamente o indirectamente en la intervención quirúrgica.			X	
42	El PO menciona los hallazgos quirúrgicos esperados de acuerdo a diagnóstico preoperatorio.			X	
43	Según el PO la operación realizada transcurrió sin intercurrencias ni complicaciones.			X	
44	El PO está debidamente firmado por el cirujano principal que realizó la intervención quirúrgica.			X	
45	El PO está escrito sin correcciones ni observaciones.			X	
46	El personal de quirófano estuvo a plena disposición durante toda la intervención quirúrgica.			X	
47	Los equipos funcionaron adecuadamente durante toda la intervención quirúrgica.			X	

<b>Nº ÍTEM</b>	<b>VERIFICACIÓN</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO APLICA</b>	<b>NO SE REGISTRA</b>
48	La provisión de materiales, instrumental, equipo, fármacos u otro elemento solicitado por los cirujanos durante la intervención quirúrgica fue atendida en forma adecuada y oportuna.			X	
49	La recuperación post anestésica del paciente se produjo sin interurrencias.			X	
50	El paciente estuvo plenamente consciente cuando se lo trasladó de recuperación pos anestésico hasta la sala de internación.			X	
51	Los traslados del paciente se cumplieron de acuerdo a normas.	X			
52	El tratamiento farmacológico e indicaciones del post operatorio se cumplieron a cabalidad.			X	
53	El paciente evolucionó sin complicaciones preoperatorias ajenas a la patología de base que motivó la intervención quirúrgica.			X	
54	El paciente evolucionó sin complicaciones post operatorias ajenas a la patología de base que motivó su intervención quirúrgica.			X	
55	El paciente evolucionó sin complicaciones directamente relacionadas con la intervención quirúrgica practicada.			X	
56	El paciente evolucionó sin complicaciones pre, intra o post operatorias relacionadas con la preparación pre anestésica o anestesia que recibió durante su intervención o intervenciones quirúrgicas o procedimientos especiales que le fueron practicados.			X	
57	El paciente evolucionó sin complicaciones relacionadas con el tratamiento farmacológico realizado.	X			
58	Las notas de evolución y control de signos vitales mostraron variantes que permitan identificar el momento y las circunstancias en las cuales se produjo la complicación o complicaciones del paciente.			X	
59	La complicación o complicaciones que presentó el paciente tuvieron auxilio inmediato			X	
60	La complicación que se presentó en el paciente fue reconocida y tratada oportunamente por el médico o cirujano tratante.			X	
61	La previsión de solicitar sangre para el pre, intra o post operatorio fue tomada con la oportunidad debida.			X	

<b>Nº ÍTEM</b>	<b>VERIFICACIÓN</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO APLICA</b>	<b>NO SE REGISTRA</b>
62	La unidad o unidades de sangre o hemoderivados transfundidos al paciente tenían etiqueta de calidad y recaudos técnicos para su transfusión.			X	
63	La transfusión de sangre o hemoderivados fue bien tolerada por el paciente y no tuvo complicaciones.			X	
64	El EC deja constar que las sondas o catéteres fueron colocados por personal autorizado o debidamente supervisado.			X	
65	El EC deja constar que las sondas, catéteres y avenamientos colocados en la intervención quirúrgica fueron controlados y manejados por el médico principal o cirujano tratante del paciente.			X	
66	El EC deja constar que las curaciones de la herida operatoria fueron realizadas o supervisadas por el cirujano tratante del paciente.			X	
67	El EC consigna resultados diagnósticos de anatomía patológica relacionados con la intervención quirúrgica realizada.			X	
68	El EC contiene Consentimiento Informado para todos los procedimientos especiales y cirugías realizadas.		X		
69	La nota de resumen, nota de alta y epicrisis del EC están debidamente firmadas por el médico tratante principal (médico de cabecera).		X		
70	El EC contiene nota o notas de referencia según norma.	X			
71	El EC contiene nota o notas de contra referencia según norma.		X		
72	En el EC consta que el paciente y/o familiar o tutor responsable fue informado oportuna y debidamente de los resultados de la o las intervenciones quirúrgicas y los procedimientos especiales diagnóstico-terapéuticos realizados, así como los medicamentos utilizados.		X		
73	En el EC consta que el paciente y/o familiar o tutor responsable fue informado oportuna y debidamente de los resultados de anatomía patológica o laboratorio, subsecuentes a las intervenciones quirúrgicas, biopsias o toma de muestras que fueron practicadas.			X	

<b>Nº ÍTEM</b>	<b>VERIFICACIÓN</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NO APLICA</b>	<b>NO SE REGISTRA</b>
74	El EC deja constancia de la información precisa, debida y oportuna que recibió el paciente y/o su familiar o tutor responsable sobre el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad.		X		
75	El EC deja constancia de la información precisa, debida y oportuna que recibió el paciente y/o su familiar o tutor responsable sobre el tratamiento e indicaciones que el paciente debió seguir a partir del momento del alta hospitalaria.		X		
76	El Diagnóstico de ingreso es coherente con el cuadro clínico (anamnesis y examen físico)	X			
77	Los exámenes complementarios realizados están de acuerdo con el cuadro clínico.	X			
78	El tratamiento realizado tiene coherencia con el diagnóstico (ó diagnósticos) establecidos.	X			
79	El paciente respondió favorablemente al tratamiento instaurado.	X			
80	El paciente respondió favorablemente a la cirugía o cirugías practicadas.			X	
81	La intervención quirúrgica practicada estuvo en relación con el cuadro preoperatorio.			X	
82	Los hallazgos intraoperatorios se correspondieron con el diagnóstico preoperatorio.			X	
83	Las interconsultas estuvieron de acuerdo con el cuadro clínico.			X	
84	Los tratamientos, procedimientos o intervenciones quirúrgicas practicadas se cumplieron de acuerdo a normas establecidas			X	
85	Los resultados histopatológicos son congruentes con los diagnósticos establecidos.			X	
86	Es evidente que las complicaciones después del alta no están relacionadas con el diagnóstico ó diagnósticos de internación ni con el tratamiento, procedimientos y cirugía practicados.			X	

## FORMULARIO Nº 4 (resumen analítico)

Fecha: 15/12/2014

Institución: Hospital Municipal de II Nivel La Paz

Nº de EC: 2613

Nombre del paciente: D T V E

Servicio: Medicina Interna

Nº de folios: 581

Nº ITEM	ANÁLISIS
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,10, 11, 12, 13,14, 16, 17	<p>El expediente clínico no se encuentra completo, no está foliado ni paginado, se advierte que las casillas de algunos ítems se encuentran vacías. No se encuentra ordenado de acuerdo a la norma. <b>Inobservancia a la Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico en su Decreto Supremo 28562 que la reglamenta (Capítulo V. Documentos Médicos Oficiales. Artículo 12 (Expediente Clínico) parágrafo “j”</b></p> <p>Se identifica al médico tratante o de cabecera, se observa notas sin sello ni firmas. <b>Inobservancia a la norma técnica para el manejo del expediente clínico Capítulo I art 5.2</b></p> <p>No se identifica claramente a todas las personas que intervinieron en la atención. <b>Inobservancia a la norma técnica para el manejo del expediente clínico Capítulo IV art 18.</b></p> <p>Letra ilegible y corrección del expediente clínico. <b>Inobservancia a la norma técnica para el manejo del expediente clínico Capítulo IV Art 15.</b></p>
25, 26	<p>No se encuentra registrado con la firma y sello del médico el seguimiento a la paciente en las notas de evolución que se realizaron. <b>Inobservancia a la norma técnica para el manejo del expediente clínico Capítulo III Art. 12.7</b></p>
38	<p>No existe registro del procedimiento de revisión de cavidad con legra en el protocolo de parto. <b>Inobservancia a la norma técnica para el manejo del expediente clínico Capítulo III Art. 12.10.2</b></p>
68, 69, 71, 72, 74, 75	<p>No hay consentimiento informado para los procedimientos invasivos. <b>Inobservancia a la norma técnica para el manejo del expediente clínico Capítulo III Art. 12.5</b></p> <p>La epicrisis no lleva firma ni sello del médico especialista que la realizó.</p>



	<p><b>Inobservancia a la norma técnica para el manejo del expediente clínico Capítulo III Art. 12.14</b></p> <p>No hay registro de información a familiares de los procedimientos especiales realizados.</p> <p><b>Inobservancia a la norma técnica para el manejo del expediente clínico Capítulo III Art. 12.9</b></p>
--	--

## 15. PLAN DE ACCIÓN RÁPIDA

CRITERIO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE
Nota de Recordatorio de seguimiento a las normas de atención clínica al personal médico	Nota de recordatorio enviada por dirección médica	Director médico
Nota de Recordatorio sobre las funciones de enfermería durante la atención de los pacientes internados.	Nota de recordatorio enviada por jefatura de enfermería	Jefa de Enfermeras
Uso del formulario de información a paciente y/o familiar	Formulario de información debidamente llenado en cada información al paciente o familiar	Médico tratante
<p>Procedimiento para realizar Interconsultas hospitalarias.</p> <p>Formulario de Interconsulta donde se especifique horas de entrega y de valoración, además de tipo.</p>	<p>Manual de Procedimientos para la realización de Interconsultas hospitalarias.</p> <p>Formulario de interconsulta debidamente llenado (al solicitar la interconsulta y al recibir la interconsulta.)</p>	<p><b>De su estructurado y emisión:</b> Gestor de calidad de la Institución.</p> <p><b>De su llenado:</b> Médico interconsultante y médico interconsultado.</p>
Uso de formulario de interconsulta	<p>Formulario de Interconsulta debidamente llenado.</p> <p>Registro de la entrega en el cuaderno de interconsultas</p>	<p>Médico tratante</p> <p>Personal de enfermería</p>



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
PARA SOLICITUD  
Y  
REALIZACIÓN  
DE  
INTERCONSULTAS  
MÉDICAS HOSPITALARIAS**



	<b>UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>		COD
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y REALIZACIÓN DE INTERCONSULTAS MÉDICAS HOSPITALARIAS</b>		Hoja 1 de 9

## INDICE

1. OBJETIVOS	.....	2
2. ALCANCE	.....	2
3. LINEAMIENTOS GENERALES Y RESPONSABLES	.....	2
4. DEFINICIONES	.....	3
5. TIPOS DE INTERCONSULTA	.....	3
6. PASOS Y PROCEDIMIENTOS	.....	4
7. DIAGRAMA DE FLUJO	.....	6
8. RESPONSABLES DE SU ELABORACIÓN	.....	7
9. MODELO DEL FORMULARIO	.....	8
10. BIBLIOGRAFIA	.....	9

Elaboró	Revisó	Autorizó



	<b>UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>		Rev 0
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y REALIZACIÓN DE INTERCONSULTAS MÉDICAS HOSPITALARIAS</b>		Hoja 2 de 9

## GUÍA TÉCNICA PARA REALIZAR INTERCONSULTA HOSPITALARIA

### 1.- OBJETIVO:

Proporcionar criterios uniformes y los elementos que permitan al personal, la identificación del proceso de interconsulta y sus procedimientos en las unidades hospitalarias, que contribuyan a la atención de los pacientes.

Establecer los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico para la solicitud y realización de las interconsultas médicas como mecanismo para brindar la atención médica adecuada e integral a los pacientes hospitalizados y ambulatorios.

### 2.- ALCANCE:

A nivel interno: Desde la Dirección Médica, que coordina la correcta realización de las interconsultas, las jefaturas y los diferentes servicios médicos que solicitan interconsulta y segundas opiniones para integrar un diagnóstico integral y multidisciplinario, necesarios para el diagnóstico y tratamiento del paciente hospitalizado y al que acude a la Consulta Externa del mismo.

A nivel externo: No tiene ningún alcance.

### 3.- LINEAMIENTOS GENERALES Y RESPONSABLES:

La Dirección Médica establece la supervisión y lineamientos generales.



El Jefe de Servicio es responsable de realizar la distribución y el rol de médicos encargados de atender las interconsultas que se soliciten por otros servicios, con periodicidad mensual.

La toma de decisiones, el seguimiento y el manejo de los pacientes será facultad y responsabilidad de los médicos tratantes.

En días que no cuenten con un médico de piso responsable, la interconsulta será atendida por el médico residente de mayor jerarquía, y deberá notificar el caso interconsultado con el Médico de Planta del Servicio a la brevedad, para su supervisión y evaluación.

Todas las actividades serán realizadas en apego al Código de Ética, respetando los Derechos Humanos individuales, del paciente, de su familiar y del prestador de Servicios.

Elaboró	Revisó	Autorizó
Dr. Yamil Nogales Fernández		

	<b>UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>		Rev 0
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y REALIZACIÓN DE INTERCONSULTAS MÉDICAS HOSPITALARIAS</b>		Hoja 3 de 9

En caso de que el paciente sea identificado como parte de un grupo vulnerable, se le deberá dar prioridad a su atención, dentro de lo posible, con apego al procedimiento.

Asignación de responsables en la interconsulta antes, durante y después del procedimiento.

Atención de calidad de los usuarios.

#### **4.- DEFINICIONES: INTERCONSULTA**

Son las valoraciones clínicas o procedimentales que hacen otros profesionales autorizados a solicitud del médico tratante, o de quienes coadyuvan con él, en el tratamiento o atención de su paciente. Se registran como notas de evolución o en formularios expresamente diseñados para el efecto, especialmente para interconsultas interinstitucionales, siendo responsables de su ejecución y registro oportunos, el o los profesionales que atendieron la respectiva interconsulta, consignando su nombre, firma y sello.

#### **MÉDICO TRATANTE**

Es aquel profesional médico, claramente identificado y aceptado por el paciente, o en caso de menores de edad e impedimento mental por el familiar más inmediato o tutor jurídicamente responsable; que se encuentre directamente a cargo de la atención de dicho paciente, ejecutando actos y/o procedimientos individuales o mancomunados con otros miembros del equipo humano de salud, ya sea del propio establecimiento o de otro de menor o mayor complejidad, cuyos servicios pudiesen ser requeridos.

#### **ACTO MÉDICO**

Es toda atención profesional del médico, respaldada por protocolos y normativa vigente con calidad y calidez humana.



#### **ATENCIÓN EN SALUD**

Es toda acción, que respaldada por normas y protocolos, realiza el personal que se desempeña en los establecimientos de salud.

#### **DOCUMENTO ESCRITO**

Es todo aquel documento escrito del EC, ya sea manualmente o mediante cualquier recurso técnico.

Elaboró	Revisó	Autorizó
Dr. Yamil Nogales Fernández		

	<b>UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>		COD
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y REALIZACIÓN DE INTERCONSULTAS MÉDICAS HOSPITALARIAS</b>		Hoja 4 de 9

## 5.- TIPOS DE INTERCONSULTA DE RUTINA:

Aquella que se realiza habitualmente y que es costumbre que determinada especialidad evalúe al paciente por la patología que le aqueje.

### EN EL DÍA:

Interconsulta que se debe realizar sin pasar las 24 hrs. desde su recepción.

### URGENTE:

Situación de interconsulta donde no existe riesgo de vida y que puede atenderse dentro de las 2 a 3 horas siguientes.

### MUY URGENTE:

Situación de interconsulta que requiere una valoración inmediata y que lleva implícito una alta probabilidad de riesgo de vida.

## 6.- PASOS Y DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

### PASO 1:

Identificación del motivo o causa para la solicitud de interconsulta.

### PASO 2:



Llenado de las indicaciones médicas respectivas donde consigne la interconsulta respectiva.

### PASO 3:

Emite la solicitud de Interconsulta Médica, de acuerdo a la evolución clínica del paciente hospitalizado en el Servicio a su cargo.

Llenado del formulario correspondiente de Interconsulta, donde se especifican los datos del paciente, el servicio que solicita la interconsulta, firma y sello del médico que solicita la interconsulta, el servicio interconsultado, fechas y horas respectivas, motivo de la interconsulta, diagnósticos del paciente, tipo de interconsulta (de rutina, en el día, urgente, muy urgente). A través del formato de interconsulta firmado en original (el original se quedará luego de realizada la interconsulta en el expediente clínico del paciente).

Elaboró	Revisó	Autorizó
Dr. Yamil Nogales Fernández		

	<b>UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>		COD
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y REALIZACIÓN DE INTERCONSULTAS MÉDICAS HOSPITALARIAS</b>		Hoja 5 de 9

**PASO 4:**

Entrega del formulario llenado al servicio que atenderá la interconsulta o al médico responsable de dicho servicio o especialidad; debiendo registrarse su entrega en un cuaderno (Cuaderno de Interconsultas) propio de cada servicio.

**Paso 5:**

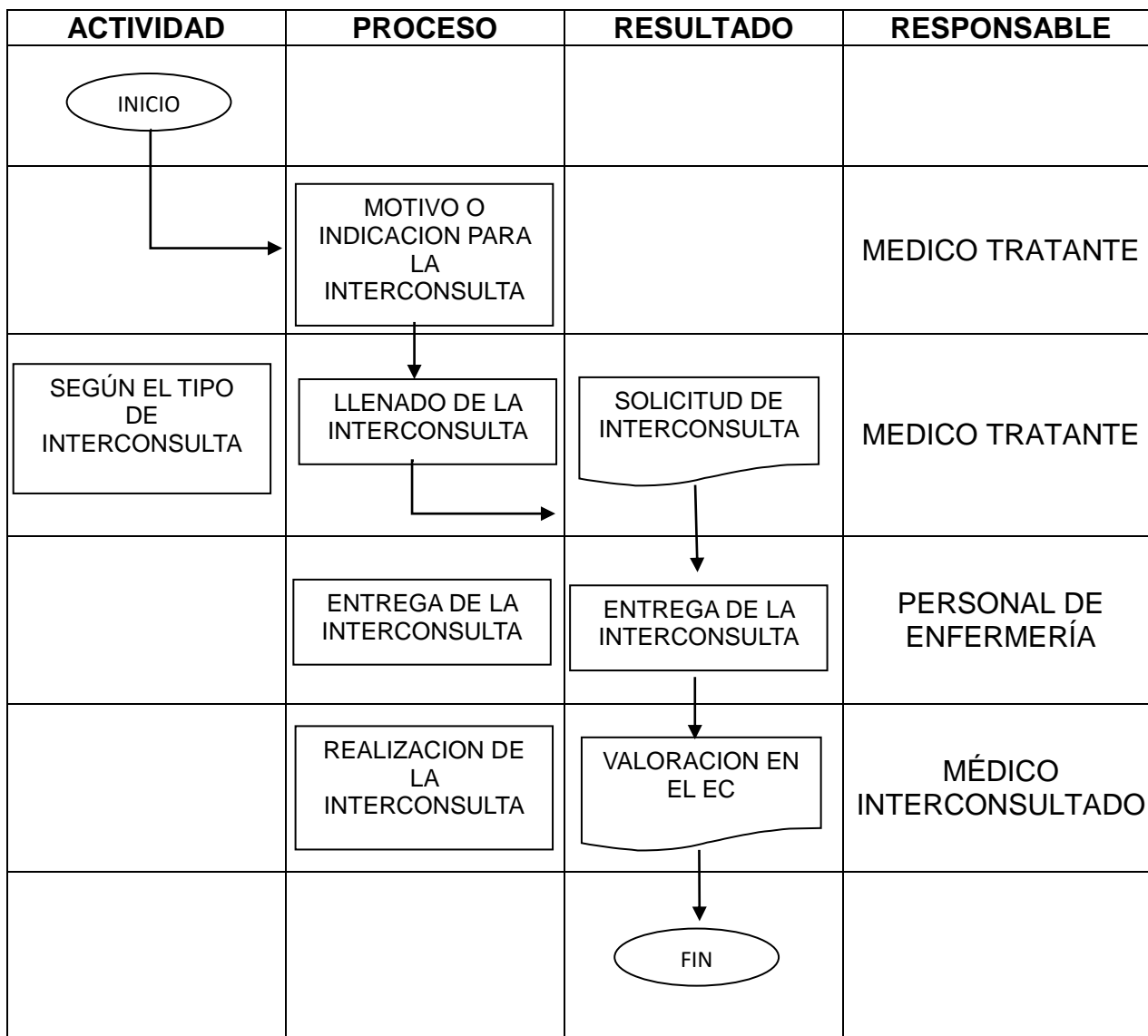
El médico acude al Servicio interconsultante, revisa al paciente, realiza nota de hallazgos clínicos e indicaciones médicas en el expediente del paciente. Es importante la realización de la Interconsulta en el tiempo oportuno, de acuerdo al tipo de interconsulta solicitada (de rutina, en el día, urgente, muy urgente).

Debe registrarse la firma y sello del médico que atiende la interconsulta en el formulario y en el expediente clínico la valoración respectiva.



Como actividad consecuente a la propia interconsulta se deberá llenar las recetas correspondientes, y/o formularios que correspondan en el caso de consentimientos, autorizaciones, etc.

Elaboró	Revisó	Autorizó
Dr. Yamil Nogales Fernández		

### 7.- DIAGRAMA DE FLUJO DE LA INTERCONSULTA:



Elaboró	Revisó	Autorizó
Dr. Yamil Nogales Fernández		

	<b>UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>		COD
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y REALIZACIÓN DE INTERCONSULTAS MÉDICAS HOSPITALARIAS</b>		Hoja 7 de 9

## 8.- RESPONSABLES DE SU ELABORACIÓN:

### **Solicitud de interconsulta:**

Personal Médico que atiende al paciente, que de acuerdo a normas y protocolos evalúa la necesidad de solicitar interconsulta a una determinada especialidad o servicio.

### **Llenado del Formulario correspondiente:**

Médico solicitante, Médico tratante.

### **Entrega de la Solicitud de Interconsulta llenada:**

Personal de Enfermería, acompañada del cuaderno de interconsultas del servicio.



En el cuaderno se deberá registrar de recibido con fecha y hora la interconsulta correspondiente.

### **Realización de la Interconsulta:**

Personal Médico del Servicio interconsultado, personal médico de guardia del servicio ó personal asignado para atender las interconsultas del servicio.

En el expediente clínico se deberá registrar la valoración respectiva, con firma y sello del responsable de esta valoración.



Elaboró	Revisó	Autorizó
Dr. Yamil Nogales Fernández		

	<b>UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>		COD
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y REALIZACIÓN DE INTERCONSULTAS MÉDICAS HOSPITALARIAS</b>		Hoja 8 de 9

## 9.- MODELO DEL FORMULARIO

LOGOTIPO DE LA INSTITUCIÓN	Nº <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>	Nº de HC: _____																		
<b>Formulario Nº</b> <b><u>SOLICITUD DE INTERCONSULTA</u></b>		Autorización: _____																		
<table style="width: 100%; border: 1px solid black;"> <tr> <td style="width: 50%;">Paciente: _____</td> <td style="width: 10%;">Edad: _____</td> <td style="width: 10%;">Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Servicio: _____</td> <td>Sala: _____</td> <td>Cama: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Servicio Interconsultante _____</td> <td>Firma y Sello del Médico solicitante</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Especialidad Solicitada: _____</td> </tr> <tr> <td>Fecha y hora de la <b>SOLICITUD</b>:            /            /           </td> <td><b>Hora:</b>            :</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fecha y hora de la <b>RECEPCIÓN</b>:            /            /           </td> <td><b>Hora:</b>            :</td> <td></td> </tr> </table>			Paciente: _____	Edad: _____	Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Servicio: _____	Sala: _____	Cama: _____	Servicio Interconsultante _____		Firma y Sello del Médico solicitante	Especialidad Solicitada: _____			Fecha y hora de la <b>SOLICITUD</b> :            /            /	<b>Hora:</b> :		Fecha y hora de la <b>RECEPCIÓN</b> :            /            /	<b>Hora:</b> :	
Paciente: _____	Edad: _____	Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>																		
Servicio: _____	Sala: _____	Cama: _____																		
Servicio Interconsultante _____		Firma y Sello del Médico solicitante																		
Especialidad Solicitada: _____																				
Fecha y hora de la <b>SOLICITUD</b> :            /            /	<b>Hora:</b> :																			
Fecha y hora de la <b>RECEPCIÓN</b> :            /            /	<b>Hora:</b> :																			
MOTIVO DE INTERCONSULTA: _____ _____ _____ _____																				
DIAGNÓSTICO DE INTERCONSULTA: _____ _____ _____																				
Tipo de Interconsulta    De rutina <input type="checkbox"/> En el día <input type="checkbox"/> Urgente <input type="checkbox"/> Muy Urgente <input type="checkbox"/>																				
Firma y sello de Médico que efectuó la Interconsulta: _____ <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <b>Fecha :</b>    /    /    <b>Hora:</b>    :         </div>																				
Evaluación clínica o quirúrgica, análisis de exámenes o tratamiento en Informe de Interconsulta (reverso).																				

Elaboró	Revisó	Autorizó
Dr. Yamil Nogales Fernández		

	<b>UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>		COD
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev 0
	<b>PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y REALIZACIÓN DE INTERCONSULTAS MÉDICAS HOSPITALARIAS</b>		Hoja 9 de 10

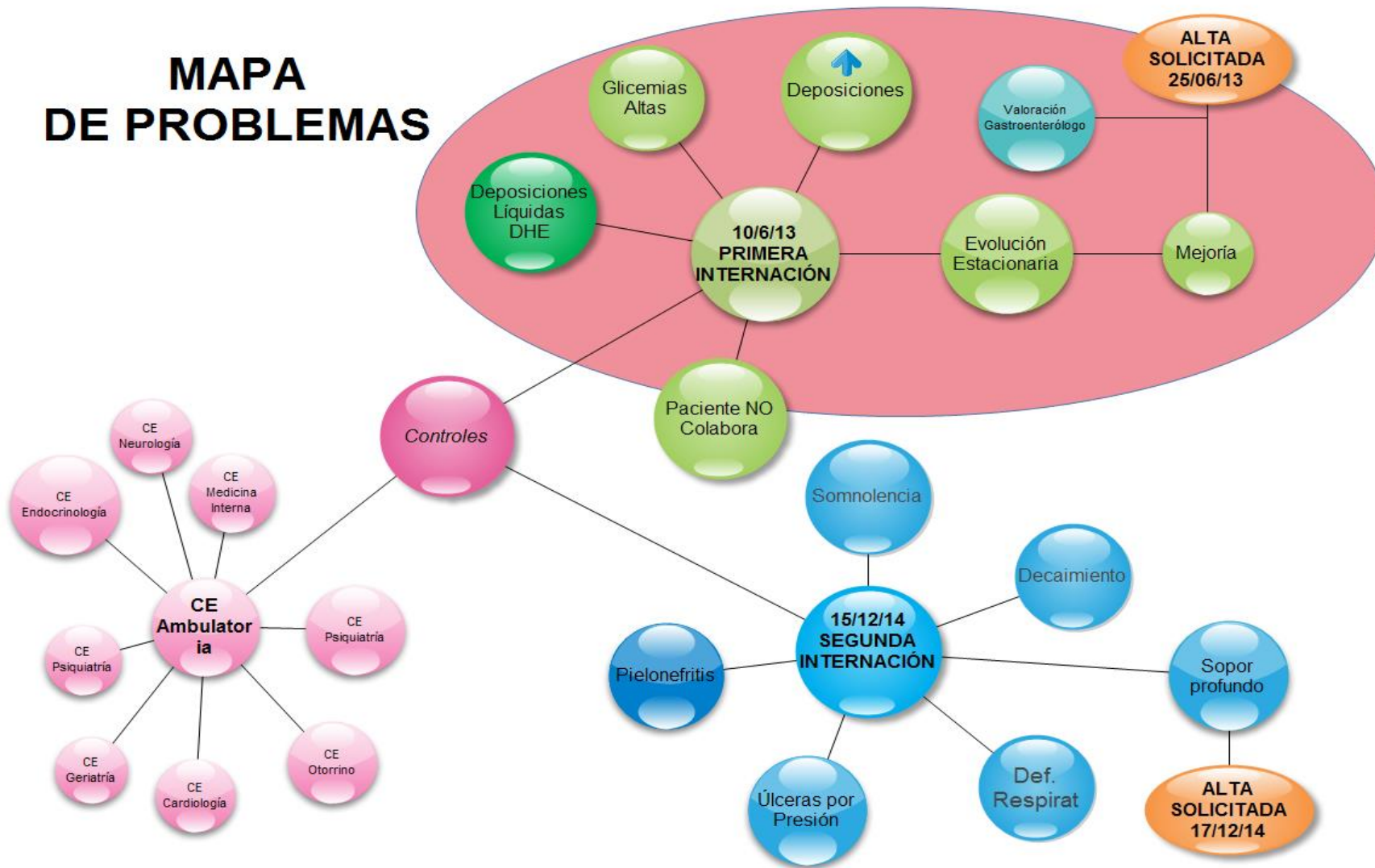
## 10.- BIBLIOGRAFIA

- Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico, Ministerio de Salud y Deportes; 2008.
- Manual general de Procedimientos del Centro médico Nacional "20 de Noviembre; pag 65 – 71, 2000.
- Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico, NOM-168-SSA1-1998.

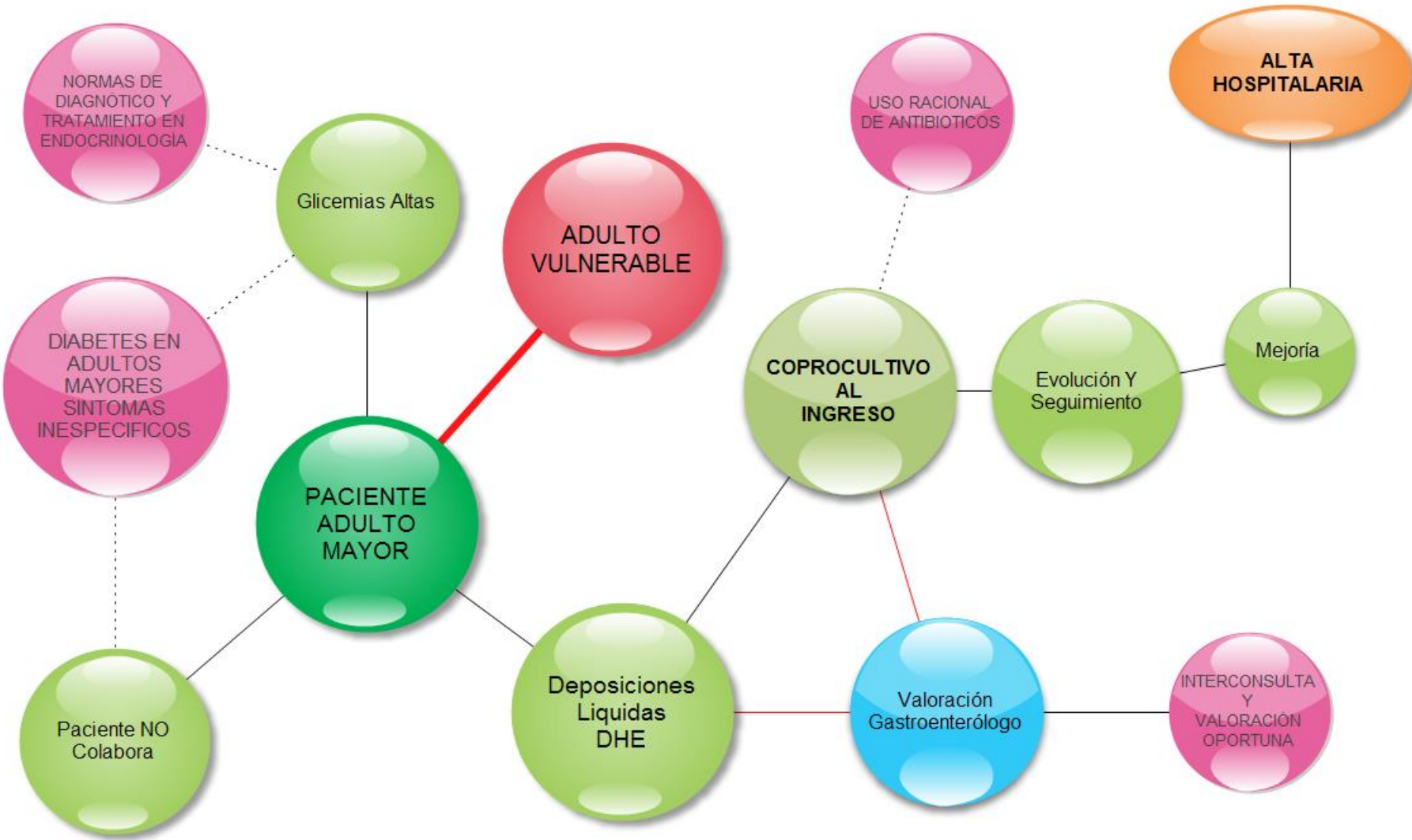
Elaboró	Revisó	Autorizó
Dr. Yamil Nogales Fernández		



# MAPA DE PROBLEMAS



# GUIA CLÍNICA



## GUÍA TÉCNICA

EVENTOS EN LA PACIENTE	GUIAS Y NORMAS DE MANEJO CLINICO
<p>EMERGENCIAS: Ingresa por dolor abdominal, deposiciones líquidas, alteraciones de conducta hace 1 semana posterior a colocar enema evacuante por constipación; anorexia, astenia, adinamia, dificultad para movilizarse.</p> <p>DX: Gastroenteritis aguda, diabetes mellitus tipo 2, HAS estadio I, hipotiroidismo con tratamiento, cardiopatía aterosclerosa, desequilibrio hidroelectrolítico a DC, insuficiencia renal aguda pre renal, insuficiencia valvular tricuspídea.</p>	<p style="text-align: center;"><b>CETOACIDOSIS DIABÉTICA</b></p> <p>Coma. Sed. Turgor de la piel disminuido. Globos oculares blandos. Temperatura normal o baja. Respiración de Kussmaul. Dolor abdominal. Vómitos. Cetoacidosis diabética - Coma hiperosmolar Hiperglucemia. Cetosis. Acidosis metabólica. Deshidratación leve a moderada. Desorientación, estupor o coma. Hiperglucemia. Hiperosmolaridad. Deshidratación severa. Puede haber cetonuria y/o cetonemia.</p> <p><b>Laboratorio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Glucemia <math>\geq</math> 300 mg/dl.</li> <li>■ Acidosis metabólica con pH en sangre venosa <math>&lt;</math> o igual 7,3 bicarbonato <math>&lt;</math> o = 15 mmol/l.</li> <li>■ Cetonuria y cetonemia.</li> <li>■ Electrolitos séricos: hiponatremia e hipokalemia.</li> <li>■ Gasometría.</li> <li>■ Pruebas de función renal.</li> <li>■ Examen general de orina.</li> </ul> <p><b>Gabinete:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Electrocardiograma.</li> <li>■ Radiografía de tórax.</li> </ul>

<p>MED INT: Diarrea Aguda, Desequilibrio Hidroelectrolítico, Diabetes Mellitus 2 no controlada, Acidosis Metabólica?, Hipotiroidismo, Infección Urinaria, Trastornos de Conducta?, Demencia Senil?</p>	<p>Oxigenoterapia.  Control de signos vitales, débito urinario y glucemia.  Investigar factor desencadenante  Hidratación parenteral, iniciar con soluciones cristaloides.  Administración de insulina según controles de glucemia.  Reposición de potasio y bicarbonato de sodio si es necesario.  Profilaxis con heparina  Administración de antibióticos en caso necesario, previa toma de muestras para cultivo  <b>Tratamiento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Internación.</li> <li>■ Venoclisis con solución salina al 0.9%, 0,5-1 litro la primera hora y luego individualizar.</li> <li>■ Insulina de acción rápida IV a 0,1 U/Kg./hora en infusión continua (no disminuir la glucemia más de 50-100 mg/dl por hora) hasta la estabilización metabólica del paciente, generalmente de 24 a 48 horas.</li> <li>■ Soluciones de mantenimiento cuando mejore el estado de perfusión: suero fisiológico al 0.9% a 2.000-4.000 ml/24 horas, previa evaluación de la volemia y la diuresis, y agregar potasio una vez que se haya demostrado diuresis y cuando la acidosis este parcialmente corregida, se recomienda no administrar más de 40 mEq/hora.</li> </ul> <p>Cuando los niveles de glucemia se encuentren entre 200 a 300 mg/dl, se deberá administrar una solución de glucosa al 5%, por vía EV 500 ml para ocho horas. Cuando el paciente inicie la alimentación por vía oral se suspenderá la insulina cristalina y se iniciará la insulina NPH.</p>
<p>Dieta blanda astringente, Reposo relativo, Prevención de escaras c/2 hrs, CSV c/4 hrs, Control de IE, Sonda Foley, Ringer Normal 4000 ml p 24 hrs, cloruro de potasio 1 amp en c/solución, Omeprazol 40 mg EV c/12 hrs, Propinoxato</p>	

<p>1 amp EV PRN, Alprazolam 0,5 mg VO c/noche 21:00, Nimodipino 30mg VO c/día, Levotiroxina 0,1 mg VO c/día, Insulina cristalina 10 IU SC STAT, Glicemia de control hrs 18:00, 24:00, 6:00, Hemograma, Glicemia, Creatinina, NUS, Electrolitos STAT, EGO STAT, Moco fecal STAT, Rx PA tórax STAT, IC con endocrinología, IC con psiquiatría, ECG STAT, Gasometría arterial en piso, Ciprofloxacina 200 mg EV c/12 hrs.</p>	
<p><b>1º DDI</b>  Paciente asintomática, no colabora con la anamnesis ni con el examen físico.  Reporte de glicemia: Ingreso 313 mg/dl 00:00 159 mg/dl, 6:00 116 mg/dl, hemograma compatible con anemia leve, GB 9800, neutrofilia, Urea 1,5 mg/dl, Potasio 2,5, déficit de K requerimiento basal 96 mEq/L, citología moco fecal positivo, flora bacteriana abundante, escasa cantidad de endolimax nana, EGO no patológico, albumina (+), glucosa (++) , GR 10-15 p/c, células renales 2-4 p/c, cilindros granulosos 1-2 p/c. Dra. L C – Medicina Interna.</p> <p><b>2º DDI</b>  Paciente con evolución estacionaria se registra la última glicemia del 11/6/13 de 300mg/dl.</p> <p>Plan: Dieta blanda astringente, Vía A: Sol Fisiológica 1000 ml + 2 amp Cl K para 24 hrs. Vía B: Ringer Normal 500 ml para 24 hrs, <b>ciprofloxacina 200 mg EV c/12 hrs</b>, metformina 850 mg VO (1+1+1), Insulina cristalina 4 UI SC hrs 12:00, alprazolam 0,5 mg VO 1 comp hrs 22:00, reclamar laboratorios, Indicaciones psiquiatría, endocrinología, reeducación vesical, glicemia capilar hrs 12:00, 22:00, 6:00.  Dra. R L – Medicina Interna.</p>	<p>Utilizar antidiabéticos orales con control mensual, para establecer o no modificaciones en la administración de los medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Metformina: dosis inicial 500 a 850 mg hasta un máximo de 2.550 mg VO por día, durante o después de las comidas, hasta lograr un control glucémico adecuado,</li> <li>■ En caso de no alcanzar el objetivo terapéutico asociar glibenclamida: dosis 2,5 mg a 15 mg VO por día, 30 minutos antes de las comidas; o glimepiride en dosis de 1 a 4 mg día por VO una vez por día antes de los alimentos, hasta conseguir la meta establecida.</li> <li>■ Otras opciones para el nivel III son: inhibidores de alfa, glucosidasa, meglitinidas, agonistas de GLP-1 y bloqueadores de DPP-4.</li> <li>■ Si no existe respuesta a tratamiento con antidiabéticos orales, iniciar insulina NPH con o sin insulina cristalina.</li> <li>■ Otras opciones en pacientes que requieran insulina, en cualquier tipo de diabetes, son: insulina glargina (acción prolongada), insulina lispro, aspart o glulisina (acción ultrarápida) o insulina detemir.</li> <li>■ Insulina cristalina o regular, inicia efecto a los 15 a 60 minutos y tiene una vida media de 6 a 8 horas.</li> <li>■ Insulina NPH o intermedia, inicia efecto a los 30 a 120 minutos y tiene una vida media de 12 a 18 horas.</li> </ul>

Reporte de glicemia de hrs. 12:00 reporta 350 mg/dl se administró 4 UI SC insulina cristalina 12:00 y metformina 850 mg a horas 12:30 pm. Próximo control 18:00, creatinina 1,1 mg/dl, urea 27 mg/dl, función hepática y lipídica normal, persiste hipokalemia 2,3 mE/L, hipoalbuminemia 2,1 g/dl SV 130/70 FC 72 FR 24. Solo Firma Dra. U.

Reporte de glicemia 22:45 300 mg/dl.  
Plan: 4 unidades de Insulina Cristalina STAT  
Dra. L C – Medicina Interna.

### 3º DDI

Refiere haber conciliado el sueño, valoración subjetiva, **ineficiente por la respuesta verbal de la paciente**, la paciente es poco colaboradora.

Reporte de laboratorio de fecha 12/6/13 indicios de IRA, hipoproteinemia 5,5 g/dl, hipoalbuminemia 2,1, DHE hipokalemia 2,31 mEq/L, déficit de potasio de 40,8, reporte de glicemia 6:00 255mg/dl, 12:00 350 mg/dl, 22:00 300 mg/dl, 6:00 230 mg/dl, se indica insulina cristalina 4 UI a hrs 12:00 y 22:00 **se adiciona hipoglicemiantes orales**. Glibenclamida 5 mg (1-1-0), Ciprofloxacina EV c/12, DC Sonda Vesical

**Escala Móvil de Insulina Cristalina** de acuerdo a glicemia

<150	0
150 – 250	2 UI
250 – 300	4 UI
300 – 350	6 UI
> 350	8 UI

<p><b>6° DDI</b>  00:45 Guardia de medicina Interna  Reporte de glucemia de hrs. 22:00 175 mg/dl. Se mantiene Mismo manejo.  Dra. L F - MR UTI</p> <p>19:00 Medicina Interna Guardia  Reporte de glucemia de horas 18:00 65 mg/dl  <b>Se descontinua tratamiento oral de hipoglicemiantes orales.</b>  DC Glibenclamida  DC Metformina</p>	
<p><b>8° DDI</b>  Paciente se encuentra asintomática, diuresis (+) catarsis (+), piel y mucosas levemente pálidas y secas.  <b>Reporte Citología Moco fecal</b>, consistencia líquida con moco, leucocitos 0-5 p/c, flora bacteriana abundante y activa. Coproparasitológico No se observan formas parasitarias, se observan abundantes levaduras.</p>	<p>La observación microscópica del moco fecal en fresco con azul de metileno tiene utilidad para evaluar la celularidad de la muestra y la posible presencia de parásitos. Aunque la positividad de la citología de moco fecal es relativamente baja en la mayoría de las diarreas agudas que son de etiología viral, al igual que el bajo porcentaje del aislamiento en coprocultivos</p> <p>Citología de Moco Fecal: Dentro de las pruebas de laboratorio recomendadas para abordar la enfermedad diarreica, se encuentra en primer lugar la citología del moco fecal, la cual nos permite diferenciar la etiología de una infección en viral o bacteriana; esto es, el reporte de más de 10 leucocitos por campo orienta a una etiología infecciosa; si estos son predominantemente mononucleares debe pensarse en etiología viral, pero si el predominio es de polimorfonucleares, su etiología será probablemente bacteriana. En caso de que la citología se reportara positiva con probable etiología bacteriana, es recomendable realizar un coprocultivo para conocer el agente causal de la diarrea.</p>

**10° DDI**

Paciente con evolución estacionaria con disminución en la frecuencia de las deposiciones líquidas, diuresis (+), catarsis (+). Según reporte de enfermería presento una deposición líquida en horas de la mañana aproximadamente, sin contenido de sangre, ni moco fecal. Reporte de glicemia 22:00 80 mg/dl, reporte de coprocultivo y antibiograma sin desarrollo bacteriano. Reporte de glicemia de hrs. 6:00 80 mg/dl  
Probable deshidratación **DC antibióticos**, Se explica a familiares.

**Indicaciones:****IC gastroenterología.**

Dra. R L – Medicina Interna.

13:30 Medicina Interna

**Se habla con Dr. F. Gastroenterología** “ilegible dos líneas del párrafo” metformina temporalmente y con control de glicemia

Dx. Síndrome Diarreico

Indicaciones: “ilegible” Metformina, EGO

Dra. R L – Medicina Interna

21:00 Nota de Sala

Paciente aun con 3 deposiciones líquidas, clínicamente estable, bien hemodinamicamente y función ventilatoria adecuada, a nivel neurológico sin cambios, destaca edema de extremidades inferiores moderado fóvea (++), control de moco fecal compatible con proceso infeccioso, “la clínica” además del tratamiento antibiótico sugieren disbacteremia secundaria a fármacos.

Plan: ajuste antimicrobiano, cultivo de materia fecal, “ilegible” y ajuste nutricional.

**Capitulo III, Artículo 12.8. Interconsultas.-** Son las valoraciones clínicas o procedimentales que hacen otros profesionales autorizados a solicitud del médico tratante, o de quienes coadyuvan con él en el tratamiento o atención de su paciente. Se registran como notas de evolución o en formularios expresamente diseñados para el efecto, especialmente para interconsultas interinstitucionales, siendo responsables de su ejecución y registro oportunos, el o los profesionales que atendieron la respectiva interconsulta, consignando su nombre, firma y sello.





# PLANIFICACION

