

PROCESO ASISTENCIAL DIABETES MELLITUS TIPO 2

DEFINICION GLOBAL:

- **Definición funcional:** Proceso de asistencia a pacientes con DM2 que son atendidos en Planta de Hospitalización de la UGC Medicina Interna
- **Limite de entrada:** Paciente con DM2 que son derivados a nuestro Hospital, procedentes del Servicio de Urgencias ó Consultas Externas.
- **Limite final:** Paciente que tras diagnóstico etiológico y tratamiento específico es dado de alta hospitalaria, con derivación a su Médico de Atención Primaria y/o Especializada.
- **Limites marginales:** Diabetes con trastornos específicos (2ª a enfermedad pancreática, endocrina por aumento de hormonas contrarreguladoras). Trasplante renal y/ó pancreático. Insuficiencia renal crónica/dialisis. Sexualidad en al diabetes. Diabetes gestacional y diabetes en el embarazo. Obesidad mórbida y/ó pacientes que requieren tratamientos específicos (cirugía bariátrica, bomba de insulina). Alergia a insulina. Diabetes con complicaciones crónicas que requieren atención por otros Especialistas.

TIPO I- HOSPITALIZACION

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS PARA LA UGC MEDICINA INTERNA		
Profesionales	Actividades	Características de calidad
Médico de urgencias/ Atención Primaria	1. Atención Sanitaria.	<p>1.1. Médico de familia: derivará a urgencias si criterios de hospitalización urgente</p> <p>1.2. Médico de urgencias: realizará anamnesis y exploración y solicitará pruebas complementarias ajustadas al PAI (anexo I) y transmitirá la información al especialista y/o médico de guardia de la UGC Medicina Interna, sí cumple criterios de ingreso en la UGC según PAI (anexo I). Si discrepancia, el especialista decidirá tras valoración en urgencias</p> <p>1.2. Δ3 Se deberá tener especial precaución en la comunicación de información durante el traspaso del paciente (transferencia del paciente) a la UGC de Medicina Interna.</p>



Personal administrativo	<p>2. Recepción de la persona.</p> <p>3. Trámites</p>	<p>2.1 Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante la utilización de tres códigos identificativos diferentes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA. Δ2-OMS 12-ESP.</p> <p>2.2 I Se informará de forma clara y precisa a la persona y/o familiar, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas.</p> <p>3.1. Se facilitará justificante de ingreso hospitalario si así lo demandase el paciente y/o familiar.</p> <p>3.2. Realizará los trámites administrativos necesarios durante el ingreso del paciente</p> <p>3.3. Una vez dado de alta el paciente, ordenará la HC y la enviará al archivo</p>
-------------------------	---	---



Enfermería UGC Medicina Interna	4. Atención Inicial y seguimiento	<p>4. 1. Recepción:</p> <ul style="list-style-type: none">- Asignación de enfermera referente.- Plan de acogida: iInformación a la persona enferma y familiar: explicarles el funcionamiento de planta (hoja de información general de hospitalización o Guía del Usuario) y aclarar las posibles dudas. Comunicación del nombre de enfermera y auxiliar referente, mediante tarjeta informativa. <p>4. 2 Se verificara la identificación inequívoca del paciente Δ2-OMS 12-ESP.</p> <ul style="list-style-type: none">- Verificación de brazalete identificativo, que incluye Nombre y Apellidos, NUHSA, y NHC.- Se asegurará que antes de realizar pruebas diagnósticas o administrar medicamentos o componentes sanguíneos, se dispone del brazalete.- Comprobación de los datos y preparación de la historia clínica. <p>4.3. Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. 9 OMS 17ESP</p> <p>4.4. Δ2 Se aplicarán medidas de seguridad tras Valoración de riesgos del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none">- Valoración del estado cognitivo, riesgo de caídas- Valoración según PAI específico NIC <p>Se define objetivo de cuidados para esta fase: "El paciente antes del alta será capaz de gestionar sus cuidados": (cod NOC 1813): al alta el paciente comprenderá el régimen terapéutico específico.</p> <p>4.5. Valoración del paciente en el Módulo de Cuidados Azahar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Registro en la historia clínica de la valoración inicial, según las 14 necesidades de Virginia Henderson.- Valoración de los índices de Barthel y Braden, y de Escala de Esfuerzo del Cuidador si procede.- Definición del Plan de Cuidados individualizado del paciente: ejecución del Plan, registro de evolución en historia clínica y aplicación del plan terapéutico: Δ1 Se deberá tener precaución en la administración de medicamentos de aspecto o nombre parecido. Aplicación de intervenciones definidas en el Plan de Cuidados individualizados. Aplicación NIC específico del proceso. Δ7 Aplicación de "evitar errores en la conexión de catéteres y tubos".
------------------------------------	-----------------------------------	--

<p>Medico UGC Medicina Interna</p>	<p>5. Atención inicial y seguimiento</p>	<p>5.1 Se verificara la identificación inequívoca de la persona Δ2.</p> <ul style="list-style-type: none"> - se comprobarán los datos de la historia clínica - se identificará claramente en cada hoja de la historia clínica, los datos del paciente.  <p>5.2. Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. 9 OMS 17ESP</p> <p>5.3. Se aplicarán medidas que garanticen la administración segura de fármacos y la conciliación farmacoterapéutica. Δ16 ESP</p> <ul style="list-style-type: none"> - se realizará prescripción electrónica para evitar errores - en caso de no poder hacerse, se escribirá con letra legible, en lugar destinado para ello y con identificación plena del paciente. <p>5.4 El médico de guardia de la UGC recibirá al paciente y realizará anamnesis y exploración física, con registro en historia clínica. Además verificará pruebas complementarias realizadas, solicitará la precisas según PAI y ajustará el tratamiento (ANEXO II). Facilitará información concisa y clara al paciente y/o familiares.</p> <p>5.5. El médico responsable:</p> <p>A) Presentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación personal. Comunicación del nombre del personal facultativo responsable, I información de procedimientos a realizar. <p>B) Revisión de historia clínica completa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se verificará la información para evitar errores, especialmente en las hojas de procedimientos diagnósticos y de tratamiento, con la comprobación de los datos de identificación. - Δ6 En todos los casos se escribirá con letra legible. Se fechará y firmará cada uno de los documentos. <p>C) Visita médica diaria con horario reglado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realizará anamnesis y exploración física. - Valoración conjunta con la enfermera referente <p>D) Criterios de calidad específicos del PAI: ANEXO II</p> <p>E) I información a paciente y familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se informará puntualmente sobre la estrategia diagnóstico-terapéutica y sobre las posibles alternativas y se registrará en la historia clínica. - Con carácter diario, se informará sobre la situación clínica. - Se entregará Consentimiento Informado para los estudios que lo precisen, con explicación verbal de acuerdo a la capacidad de comprensión del paciente - La información será clara y comprensible
--	--	---



<p>Médico / Enfermera AH</p>	<p>6. Planificación del alta</p>	<p>6.1. El médico y enfermera referente planificarán el alta del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none">- Se elaborará un informe clínico que garantice la continuidad asistencial con información completa sobre los procedimientos efectuados, actitudes terapéuticas y situación clínica y de cuidados del paciente y recomendaciones de pautas de autocuidados para paciente y, en su caso familia, en el domicilio.- Fomento de la autonomía personal- Se dispensarán las primeras recetas y visado de las mismas en caso necesario- Se le entregará el Cuestionario de satisfacción al Alta Hospitalaria.- Se facilitará la cita de revisión para consultas externas cuando sea necesaria.- Se confirmará la comprensión por parte del paciente y familia, de la información del plan terapéutico a seguir en domicilio.- Se gestionará la intervención temprana con la Enfermera Gestora de Casos (ECG) , en caso necesario Δ30MS 24ESP <p>6.2. En el momento del alta del paciente se le entregará el Informe, dejando constancia del mismo en la historia clínica y enviando copia al EBAP para información y facilitar continuidad asistencial.</p>
----------------------------------	----------------------------------	---

**PROCESO ASISTENCIAL DIABETES MELLITUS TIPO 2
ANEXO I. CRITERIOS DE INGRESO Y DOCUMENTACION
ESPECIFICA**

En los Procesos Asistenciales Integrados se garantizará la transmisión de la información clínica entre los profesionales de diferentes ámbitos de actuación (Urgencias-Hospitalización), para asegurar la continuidad asistencial **Δ24-ESP**. Todo paciente debe ser ingresado con Criterios de Ingreso específicos y Documentación clínica específica

CRITERIOS DE INGRESO
Paciente DM2 con descompensación metabólica aguda: CAD, Coma Hiperosmolar, Hipoglucemia por ADO refractaria a tratamiento en area de Observación.
Pacientes con DM2 con proceso agudo intercurrente con descompensación diabética.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN I (se remiten a H. TORRECARDENAS):
• Trastornos específicos: enfermedad pancreática/endocrina
• DM2 en tratamiento con Hemodialisis o trasplantado renal.
• Trasplantado renal ó pancreático
• Criterios de exclusión por otras patologías asociadas, no incluidas en nuestra cartera de servicio.
• Diabetes gestacional ó DM descompensada en embarazo
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN II (ingreso en UCI)
• DM con inestabilidad hemodinámica y/ó alteración nivel de conciencia
• DM descompensada con CAD severa.

DOCUMENTACION CLINICA ESPECIFICA
Anamnesis. Hª diabetológica.
Exploración física.
Analítica general
ECG
Rx tórax

**PROCESO ASISTENCIAL DIABETES MELLITUS 2
ANEXO II. CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD EN PACIENTES
INGRESADOS**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD EVALUACION INICIAL	
PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
Anamnesis con H ^a diabetológica	Control domiciliario. Tratamiento previo y actualizado.
Exploración física	Identificación complicaciones crónicas
HbA1c	Permite planificar el tratamiento al alta.
Educación diabetológica	Especialmente en pacientes crónicamente mal controlados

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD DIAGNOSTICO	
PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
Analitica	Hemograma, Bioquímica completa...
HbA1c	Establecer objetivos de control y plan terapeutico individualizado Valorar situación basal y comorbilidades
ECG	
Rx tórax	
Otros	Según sospecha clínica: Ecografía abdominal, estudio microbiológico...

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD TRATAMIENTO	
PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
Dietas adaptadas	
ADO	Mantener solo en pacientes clínicamente estables
INSULINA	De elección en paciente Hospitalizado Pauta Bolo-Basal-Correctora
Educación diabetológica básica adaptada	



CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD AL ALTA	
PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
Informe de alta Médica	Tratamiento diabetológico completo actualizado
Informe de alta de Enfermería	Informe plan de cuidados individualizado
Programar revisiones	C.E M. Interna / Otras, según necesidades.
Educación Diabetológica	Kit de supervivencia para el paciente diabético hospitalizado (Editado SAS)