

Antecedentes para denuncia y  
formulación de cargos D-214-2019.

Se anexan antecedentes de EPICRISIS para la carpeta de la denuncia de Eduardo Eugenio Quevedo Ricardi, rut 6.053.244-3, que tiene una denuncia contra Jardín Infantil Ameral en la comuna de El Monte.



  
EUGENIO QUEVEDO

\* El informe de EPICRISIS corresponde a la madre del denunciante, quien también vivía con él.

RUT: [REDACTED]  
Sexo: FEMENINO  
Fecha de Ingreso: 07/01/2020 20:54

Fecha de Alta:  
Paciente: SYLVIA JULIA RICCIARDI CIUFFARDI

Alta Médica:  
Servicio: GERIATRIA

## EPICRISIS

### Diagnóstico de Ingreso y Alta

#### DIAGNÓSTICOS DE EGRESO A UGA

- 1.- ACV isquémico.
  - Hemiparesia BC derecha + Afasia mixta + Disfagia neurogénica mod ASHA NOMS 5
- 2.- Delirium hiperactivo multifactorial en regresión
  - ACV reciente + deshidratación leve + DM2 NIR descompensada
- 3.- HTA
- 4.- DM2 NIR
- 5.- Enfermedad de Alzheimer avanzada (GDS 6)
- 6.- Sd. Geriátricos: Dismovilidad, Fragilidad, Síndrome de caídas, Desnutrición, Sarcopenia, Trastorno cognitivo mayor avanzado, constipación.

### Resumen de evolución

#### EPICRISIS EPICRISIS SALA GERIATRÍA

Nombre: Sylvia Ricciardi Ciuffardi  
Edad: 94 años  
RUT: [REDACTED]  
Ingreso HCUCH: 08/01/2020  
Egreso HCUCH: 20/01/2020  
Previsión: FONASA LEY URGENCIA

#### ANTECEDENTES:

#### BIOGRÁFICOS Y OCUPACIONALES:

Nace en Santiago. Vivió en el Monte (Talagante) hasta su matrimonio. Luego en Santiago y Ñuñoa. Marido se desempeñó en imprenta. Educación básica incompleta. Ocupación principal dueña de casa. Viuda desde el año 1992. Desde hace 4 años institucionalizada en hogar Amor de Dios de Ñuñoa, pieza individual con su baño, sin cuidador exclusivo actual, cuidados por personal de hogar compartido con otros 3 adultos mayores. Hogar cuenta con kinesiología, terapia ocupacional, además de jardines y otros elementos recreativos. Le gusta el canto y la música, aun toca piano en el hogar.

#### CONTEXTO FAMILIAR

3 hijos, Fernando 68 años, Eugenio 66 años y María Liliana 63 años. María Liliana la visita a diario y está más al tanto de su situación de salud. 63 años Institucionalizada, vive en Hogar Amor de Dios en Ñuñoa.

#### EVALUACIÓN FUNCIONAL:

Barthel: Basal 70/100 (Ducha y Aseo / Asistida para deambulacion, escaleras, WC).  
Lawton: Basal 1/8 (contesta teléfono, no marca).  
Ayudas Técnicas: Placa dental total y Lentes para leer.

#### MENTAL:

Cognitivo: Demencia Enf. Alzheimer. Mantiene cierto conocimiento de recuerdos remotos fragmentados, reconoce familiares.  
Alteraciones de conducta y agitación ocasional. (GDS-6)

Ánimo: Sin elementos evidentes de trastorno del ánimo.

#### BIOMÉDICOS:

1. Médicos: Enf. Alzheimer (Dg hace 12 años) en controles Dr. Fasce, Arteritis temporal, HTA, DM2 NIR
2. Quirúrgicos: Colectomía
3. Medicamentos: Januvia (sitagliptina) 100mg al día, Metformina 500mg al día, Melipass 1 comp c/día, Quetiapina 12.5 mg SOS
4. Alergias: (-)
5. Hábitos: Tabaco: (+) suspendido hace 5 años. IPA 30. OH: ocasional. Drogas: (-)
6. Antecedentes familiares: DM2 (padre y hermanos)

#### SÍNDROMES GERIÁTRICOS

TRASTORNO MARCHA SI, Actual en contexto de ACV

CAÍDAS SI, 2 Caídas de nivel por tropiezos durante 2019 - Manejo con cuidador exclusivo, manejo nutricional y kinesiología con mejoría

POLIFARMACIA SI, Actual en contexto de hospitalización, ninguno potencialmente inadecuado

INCONTINENCIA URINARIA NO

INCONTINENCIA FECAL NO

CONSTIPACIÓN NO

DETERIORO COGNITIVO SI, Demencia tipo alzheimer GDS 6

DELIRIUM SI, hiperactivo

TRASTORNO DEL ÁNIMO NO

TRASTORNO SUEÑO NO

MALNUTRICIÓN SI (Peso actual de 46 kg - IMC 19).

DÉFICIT SENSORIAL SI (visual)

INMOVILISMO SI, en contexto de ACV actual

ÚLCERAS POR PRESIÓN NO

FRAGILIDAD SI

TRAST DEGLUCIÓN SI

SARCOPENIA SI

#### ANAMNESIS PRÓXIMA:

Paciente con antecedentes descritos presenta el 07/01/20 a las 18:30 hrs de forma ictal compromiso de conciencia cuali-cuantitativo (sopor) que progresa con compromiso de conciencia cuantitativo (sopor), agregando impotencia funcional del hemicuerpo derecho y lenguaje incomprensible. Cuidadores relatan que previo a esto, presentó un episodio de vómitos, con dudosa dificultad respiratoria posterior. Niegan: tos, fiebre, pérdida de control de esfínteres, convulsiones. A su ingreso en HCUCH (21:10) PA 170/77 FC 63/min HGT 160 sat 97% amb, se objetiva paciente agitada, que moviliza 4 extremidades, de difícil contención verbal, afasia, leve paresia BQ de predominio derecho, RCP flexores, NIHSS 9.

- Exs ingreso: Hb 12.3, Leucocitos 10260, Plaquetas 191000, PCR 5, Crea 0.76, NA+ 135.2, K+ 4.4, Cl- 101.6, BiliT 0.33, GOT 27, FA 63, INR 1.03

- TAC cerebro ingreso: sin signos de sangrado, sin signos precoces de ACV isquémico

- Angio-TAC cuello + cerebro: Placa de ateroma blanda en el segmento VI de la arteria vertebral derecha que determina una estenosis crítica. Ausencia de representación de la arteria vertebral izquierda desde el segmento V2 hacia distal, que puede estar en contexto de una disección o de una oclusión total. Placas de ateromas calcificadas en ambos bulbos carotídeos que no determina una estenosis significativa.

Evaluada por neurología en contexto de demencia avanzada y múltiples placas arteriales, se define manejo proporcional debido a riesgo de complicaciones de trombolisis.

#### RESUMEN DE EVOLUCIÓN

Ingresa a Intermedio médico, donde presenta evolución estable, completa 24 horas de monitorización sin incident y se decide traslado a neurología UTAC. Donde evoluciona por sistemas:

- Hemodinamia: Paciente evoluciona con episodios de hipertensión sistólica aislada, sin taquicardia ni mala perfusión clínica. Se mantiene estable con indicación de hipertensión permisiva.
- Ventilatorio: con requerimientos de oxígeno inicial, se inició empíricamente Unasyn que se suspende posteriormente. RxTx sin foco condensación, parámetros inflamatorios a la baja. Sin conflicto al momento del alta.
- Neurológico: Se inicia manejo con atorvastatina 20 mg al día + aspirina 100 mg al día, con mejoría a M3 de paresia del hemicuerpo derecho (inicialmente descrita como M1), persiste con disartria. Sin nuevos episodios que sugieran comitialidad. Se solicita EEG, según lo cual se evaluaría eventual inicio de fármacos antiepilépticos. Evaluada por fonaudiología, se indica mantener nutrición enteral por SNG por trastorno de deglución. Se mantiene en seguimiento por fonaudiología.
- Geriátrico: cursa con delirium hiperactivo, se indica quetiapina 12.5 mg PM con parcial respuesta. Se decide traslado a UGA para continuar manejo de delirium y rehabilitación post ACV y trastorno de deglución.

Ex físico ingreso:

T 36°C FC 81 PA 139/71 Sat 92% ambiental HGT 358

Vigil, cooperadora, deshidratación moderada, bien perfundida a distal

Yugulares no ingurgitadas, lipoma cervical posterior

MP (+) SRA, RR2T sin soplos

Abd BDI RHA (+) sin masas ni visceromegalia

Neurológico: Vigilia espontánea, Habla disártrica y afásica, no nomina ni repite, impresiona lenguaje vacío, solo comprende órdenes simples dificulta resto de examen.

PC: AV (+) por confrontación, mirada cruza línea media, activación facial simétrica, pares bajos impresionan sin alteraciones

Motor: Moviliza 4 extremidades, pero se objetiva leve paresia de predominio Derecho BQ, RCP, flexores

Sensitivo: retira al dolor en 4 extremidades, sin embargo impresiona menos dolor en hemicuerpo derecho:

Durante estadía en UGA evoluciona por problemas:

Biomédico:

Hemodinamia estable, episodios hipertensión sistólica aislados con tendencia a normalización. Sin conflicto.

Metabólico: Llama la atención hiperglucemias hasta 400 mg/dL desde ingreso HCUCh. Se maneja con uso de NPH matinal 8 U. Sin foco infeccioso evidente que explique hiperglucemias sostenidas, descartado foco pulmonar y urinario. Fecaloma resuelto. Se interpreta en contexto de ACV. Se define meta de HbA1c de < 8,5 (prevenir crisis hiperglicémicas sintomáticas). Evoluciona últimos días con mejor control metabólico. Se suspende NPH, pendiente control glucémico seriado. Se reinicia sitagliptina ajustado por función renal (50 mg / día) Se mantiene sin metformina por deterioro renal.

Renal y Medio interno: Paciente ingresa con creatinina 0,7 / BUN > 20. VFG Cockcroft-Gault: 40 mL/min. Sin alteración ELP asociada. OC normal y UC (-). Necesidad de sondeos vesicales intermitentes en contexto post ACV, sin respuesta a retiro de quetiapina y que persisten hasta el momento de alta. Evoluciona con leve elevación de crea (hasta 0,9) y débitos urinarios < 1ml/kg/hra asociados a baja ingesta de líquido. Se indica aumentar ingesta de líquidos y control FR por equipo hosp. domiciliaria.

GI: Paciente cursa con constipación y fecaloma, buena respuesta a enema de lactulosa. Se mantiene con uso de laxante osmótico (PEG c/12 horas).

Geriatrico:

Dismovilidad y trastorno de marcha: Paciente ingresa con franca paresia de HC derecho, mal control de tronco. Barthel de ingreso de 10/100. Buena respuesta a terapia kinésica logrando mejor control de tronco. Logra bipedo asistido, trabajando marcha asistida.

Trastorno de deglución y nutrición: Al ingreso a unidad sin respuesta motora orofaríngea a la evaluación clínica de deglución por fonaudiología. Franca aspiración de papilla y líquidos claros. Se retira SNG el 15/01 dado buena respuesta a entrenamiento deglutorio. Tolerancia papilla espesa y líquidos espesados a miel con realce sensorial, sin signología aspirativa. Al momento del alta con régimen oral bien tolerado.

Proporcionalidad y directrices: Dada condición basal de paciente se decide manejo proporcional en sala. No RCP, No IOT.

El día 17/01 se solicita rescate de su centro (H. Salvador) por ley de urgencias a través de la modalidad de hospitalización domiciliaria.

Familiares aceptan traslado una vez coordinado la posibilidad de sondeo vesical intermitente en hogar. Se concreta traslado a hogar el día 20/01.

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO A UGA

1.- ACV isquémico.

- Hemiparesia BC derecha + Afasia + Disfagia neurogénica mod ASHA NOMS 5

2.- Delirium hiperactivo multifactorial en regresión

- ACV reciente + deshidratación leve + DM2 NIR descompensada

3.- HTA

4.- DM2 NIR

5.- Enfermedad de Alzheimer avanzada (GDS 6)

6.- Sd. Geriátricos: Dismovilidad, Fragilidad, Síndrome de caídas, Desnutrición, Sarcopenia, Trastorno cognitivo mayor avanzado, constipación.

Funcionalidad al egreso: Barthel 10/100 (Dependencia severa).

Dr. Andrés Sáez – Becado Medicina interna

Dra. Camila Vera – Becada Geriatria

Dr. Víctor Cares – Geriatria

## Procedimientos

no se realizaron

## Tratamientos Realizados (incluye medicamentos)

Ácido Acetilsalicílico 100 mg 1 comprimido al día vía oral

Atorvastatina 40 mg 1 comprimido al día vía oral

Risperidona gotas (1 mg/ml) 0,25 mg (5 gotas) cada noche vía oral.

Sitagliptina 50 mg /día vía oral (Reajustar dosis en control según función renal)

Paracetamol 500 mg 2 comprimidos vía oral si dolor c/ 8 horas.

## Detalle Interconsultas

Servicio solicitante: UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS, Fecha Solicitud: 10/01/2020 10:32

Servicio destinatario: GERIATRIA, Fecha Realización: 10/01/2020 12:40

Realizado por: HIDALGO ANFOSSI, JAIME

-----

## Indicaciones (incluye medicamentos prescritos)

Generales:

1) Sin reposo. Sentar en sillón. Debe mantener rehabilitación con kinesiología y terapia ocupacional. (Indicaciones sugeridas más adelante)

2) Régimen Papilla diabética y líquidos con espesante a miel asistido. Asegurar adecuada hidratación.

3) Mantener control HGT de ayuna y postprandial con hospitalización domiciliaria

4) Mantener sondeo vesical intermitente (c/12 horas) si no orina en forma espontánea.

Fármacos:

- Ácido Acetilsalicílico 100 mg 1 comprimido al día vía oral

- Atorvastatina 40 mg 1 comprimido al día vía oral

- Risperidona gotas (1 mg/ml) 0,25 mg (5 gotas) cada noche vía oral.

- Sitagliptina 50 mg /día vía oral (Reajustar dosis en control según función renal)

- Paracetamol 500 mg 2 comprimidos vía oral si dolor c/ 8 horas.

- Polietilenglicol sobres 17gr. 1 sobre diluido en 200 cc de líquido con espesante c/ 24 horas para mantener deposiciones blandas diarias.

Terapia Ocupacional y Kinesiología: Se enviarán indicaciones a correo electrónico de familiar para plan de rehabilitación. (Familiar en contacto con equipo)

## Condiciones al Egreso

Estable

## Fecha y Hora 1er Control

Controles:

1) Mantener cuidados con hospitalización domiciliaria:

- Control glicemias posterior a reinicio de hipoglucemiante oral y suspensión NPH (17/01) meta hbA1c < 8,5.
- Control de Función renal, asegurar adecuada hidratación.
- Educación sondeo intermitente.
- Control trastorno de deglución para progresar régimen oral.

2) Control en consultorio, llevar epicrisis y llevar documentos GES ACV y ayudas técnicas para activar prestaciones.

3) Control Geriátría Dr. Fasce. Se adjunta comprobante de citación.

## Datos del Parto y la Madre

No aplica

## Datos de Recién Nacido

No aplica

## Recomendaciones

Para el control pediátrico a los 10 días debe solicitar hora para el Hospital Clínico Universidad de Chile, vía web, callcenter o presencial previamente.

Médico Tratante : CARES LAY, VICTOR

Firmado:

  
**HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE**  
HCUCH ☎ 2 978 8000 [www.redclinica.cl](http://www.redclinica.cl)