

# *Evaluación del Paciente*

## AOP

*Assessment of Patients*

### Acciones Básicas de Seguridad del Paciente

1. Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)

### Sistemas Críticos para la Seguridad del Paciente

2. Manejo y Uso de los Medicamentos (MMU)
3. Prevención y Control de Infecciones (PCI)
4. Gestión y Seguridad de las Instalaciones (FMS)
5. Competencias y Capacitación del Personal (SQE)

### La base del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG

6. Mejora de la Calidad y la Seguridad del Paciente (QPS)

### Atención Centrada en el Paciente

7. Acceso y continuidad de la atención (ACC)
8. Derechos del paciente y de su familia (PFR)
9. Evaluación de pacientes (AOP)
10. Servicios Auxiliares de Diagnóstico (SAD)
11. Atención de pacientes (COP)
12. Anestesia y atención quirúrgica (ASC)
13. Educación del paciente y de su familia (PFE)

### Gestión de la Organización

14. Gestión de la Comunicación y la Información (MCI)
15. Gobierno, Liderazgo y Dirección (GLD)

# Evaluación de Pacientes AOP

## Objetivo

Garantizar la evaluación e identificación sistemática de las necesidades de atención y factores de riesgo específicos, así como la revaloración de los pacientes que ingresan a los servicios de hospitalización y ambulatorios, por el personal de salud que labora en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Ismael Cosío Villegas a través de un sistema de calidad.

# Evaluación de Pacientes AOP

## Elementos Medibles de AOP.1.1

1. El proceso de evaluación inicial se lleva a cabo en cada paciente hospitalizado.
2. El proceso de evaluación inicial del paciente hospitalizado incluye, al menos, los siguientes elementos:
  - Historia Clínica
  - Evaluación de enfermería
  - Evaluación del dolor
  - Evaluación del riesgo de caídas
  - Factores de riesgo social
  - Valores, costumbres y creencias
  - Factores de riesgo psicológicos
  - Evaluación nutricional
  - Criterios para identificar a los pacientes que requieren evaluaciones especializadas adicionales
  - Criterios para identificar a los pacientes que requieren una planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas)
  - Necesidades específicas de educación
  - Barreras para el aprendizaje
3. El proceso de evaluación inicial se lleva a cabo en cada paciente ambulatorio.
4. El proceso de evaluación inicial del paciente ambulatorio incluye, al menos, los siguientes elementos:
  - Historia Clínica
  - Evaluación de enfermería, si corresponde
  - Evaluación del dolor, si corresponde
  - Evaluación del riesgo de caídas, si corresponde

# (AOP) Evaluación de Pacientes

Definición e  
implementación de un  
Proceso de Evaluación  
Inicial para pacientes  
hospitalizados

AOP.1

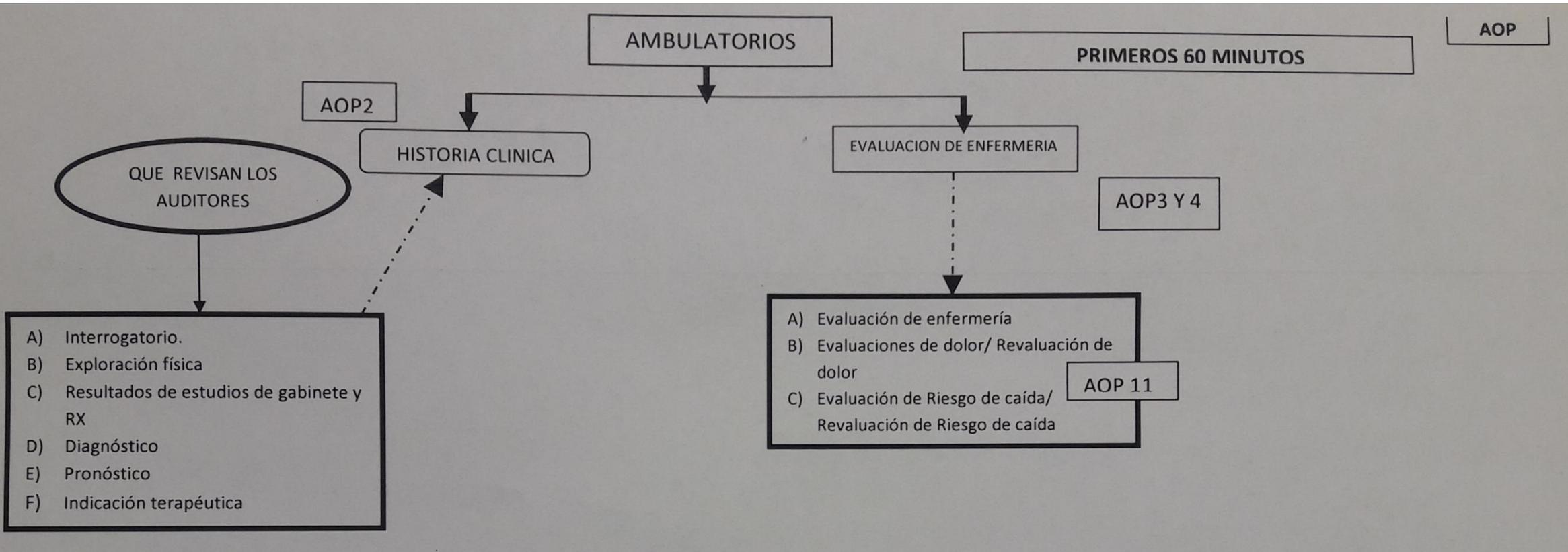


POLÍTICAS  
AOP

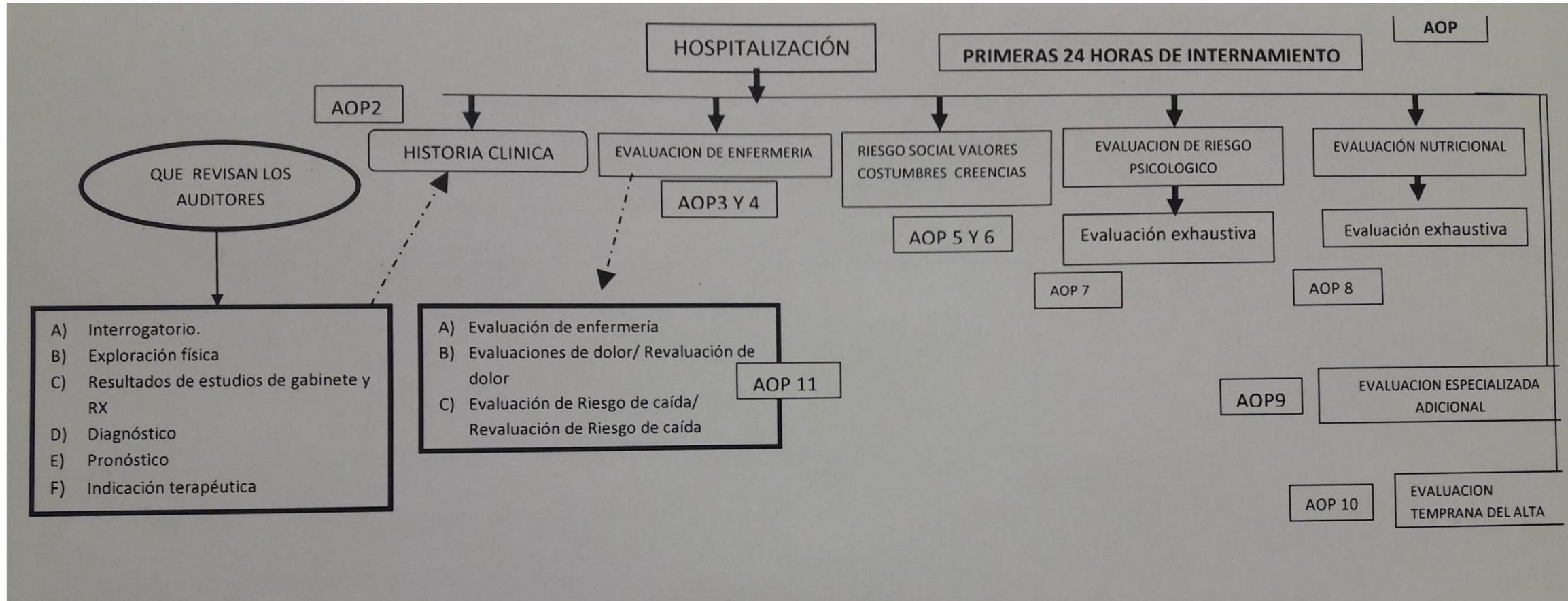
Para el paciente hospitalizado se incluyen, al menos, los siguientes **doce elementos** como parte del proceso de evaluación inicial:

- Historia Clínica
- Evaluación de enfermería
- Evaluación del dolor
- Evaluación del riesgo de caídas (MISP.6)
- Factores de riesgo social
- Valores, costumbres y creencias
- Factores de riesgo psicológicos
- Evaluación nutricional
- Criterios para identificar a los pacientes que requieren evaluaciones especializadas adicionales
- Criterios para identificar a los pacientes que requieren una planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas)
- Necesidades específicas de educación (PFE)
- Barreras para el aprendizaje (PFE)

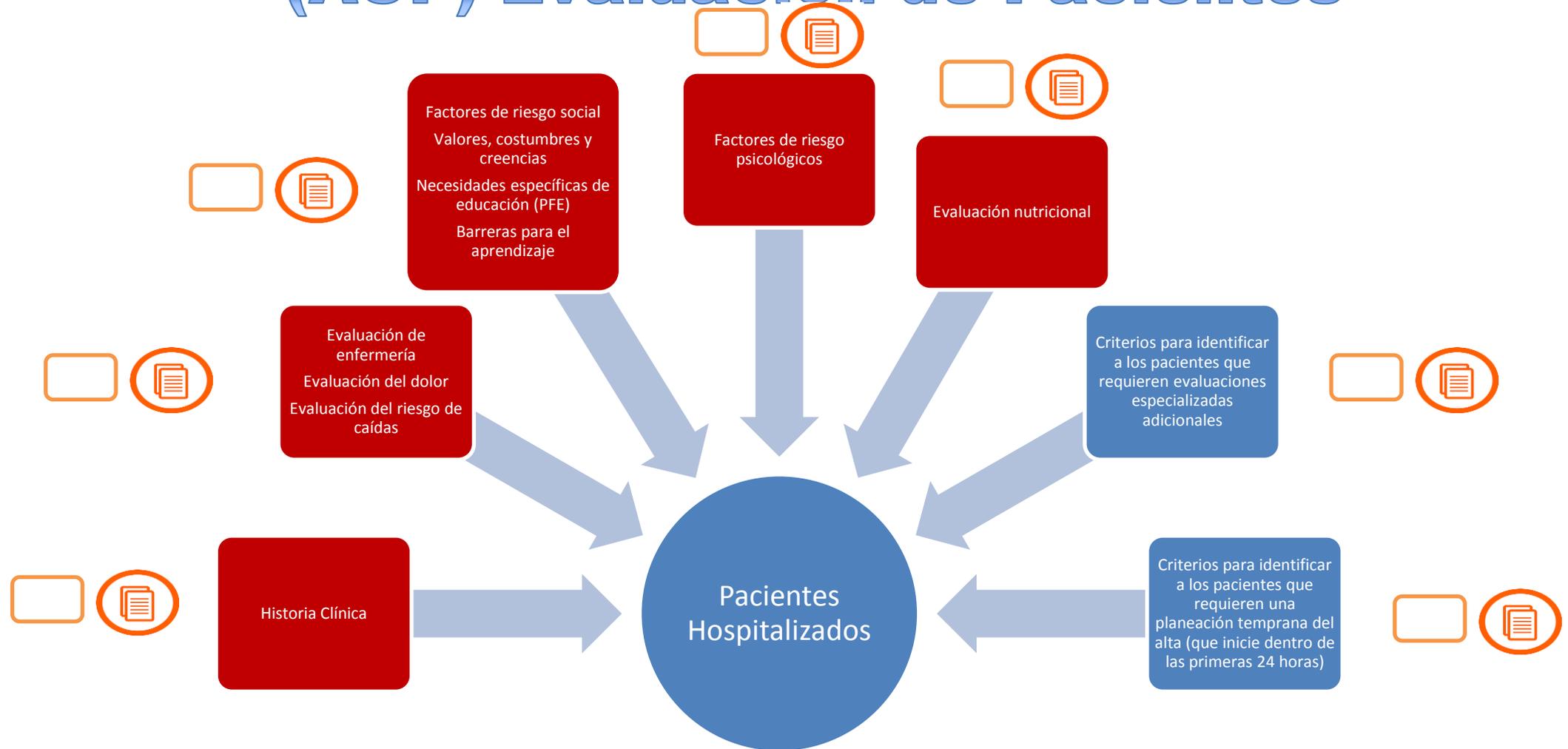
# (AOP) Evaluación de Pacientes



# (AOP) Evaluación de Pacientes



# (AOP) Evaluación de Pacientes



# AOP) Evaluación de Pacientes Hospitalizados Historia Clínica

**ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:** Causas y edades de morbi-mortalidad (Padres, Hermanos, Cónyuge, Hijos): Cáncer, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Obesidad, Asma, Fibrosis Pulmonar, Tuberculosis, otras.

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:** ejercicio, deporte, sexualidad, higiene, habitación, dieta / estado nutricional, inmunizaciones, antecedentes ocupacionales, viajes. Para casos pediátricos: nacimiento y desarrollo psicomotriz.

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:** tabaquismo (paquetes año), alcoholismo (tiempo cantidad), exposición al humo de leña, toxicomanías, enfermedades congénitas, antecedentes quirúrgicos, traumáticos, alérgicos, transfusionales, intoxicaciones, intolerancia a fármacos, enfermedades, hospitalizaciones (relato cronológico), terapéutica empleada.

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:** menarca, ritmo catamenial/características, inicio de vida sexual, gestaciones, partos, cesáreas, abortos lactancia, contracepción, menopausia.

**PLANES Y PRONÓSTICO**

**ELABORÓ LA HISTORIA CLÍNICA:**

Nombre completo del médico

\_\_\_\_\_  
Firma

Cedula profesional

**REVISÓ LA HISTORIA CLÍNICA**

Nombre completo del médico

\_\_\_\_\_  
Firma

Cedula profesional

**FECHA DE ELABORACIÓN**

\_\_\_\_\_  
Día

\_\_\_\_\_  
Mes

\_\_\_\_\_  
Año

# CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN



# PRESCRIPCIÓN



**IIa. Prescripción de medicamentos (Incluye inhaladores en dosis medida).** \*Leyenda para el apartado de alerta de seguridad AR. Alto riesgo, LASA. Nombre o aspecto parecido, Muestra. Muestra médica, Paciente. Resguardo por paciente, Suspendido. Cuando se suspenda el medicamento, Cambio.

**III. Transcripción-  
verificación.**

Hora	Medicamento (nombre genérico)	*Alerta de seguridad	Dosis	Solución y tiempo de infusión	Vía	Frecuencia	Fecha inicio	Modificado,Drj	Transcripción.			Solicitado	
									M	T	N		
	////////////////////////////////////// Nombre del personal que transcribió y solicitó la medicación							//////////////////////////////////					

**III. Prescripciones especiales**

Hora	Descripción del medicamento (nombre genérico), forma farmacéutica y régimen posológico (dosis, vía, solución, tiempo de infusión, frecuencia y consideraciones especiales)	Modificado Dr	Transcrip/Verificac.			Solicitado
			M	T	N	
		{   }	{   }	{   }	{   }	{   }
		Nombre del personal que transcribió y solicitó la medicación				

**IV. Estudios de laboratorio, gabinete e interconsultas**

Hora	1.	2.	3.	4.	5.	6.

Médico que elaboró: Nombre y apellidos [ Cédula Prof.	Firma	Médico responsable: Nombre y apellidos [ Cédula Prof.]	Firma
--	-------	---	-------

**Sección para ser complementada por personal de Enfermería y revisada por el médico tratante**

**V. Verificación de la prescripción con la medicación crónica, actual o traída por el paciente.**

Hora	Medicamentos con discrepancias (nombre genérico y posología)	Observaciones. Capturar el número de la discrepancia: 1)omisión, 2)duplicidad, 3)dosis diferente, 4)vía o presentación diferente, 5) contraindicado por alergias, 6)contraindicado para la indicación, 6) otro, especificar:	Verificación (Conciliación)		
			M	T	N
{   }	{   }	{   }			
{   }	{   }	{   }	{   }	{   }	{   }
{   }	{   }	{   }			

**VI. Registro de indicaciones verbales y telefónicas durante la atención médica (exclusivo para casos de urgencia en la que exista un peligro inminente para la vida del paciente o situaciones excepcionales en las que el médico no está presente. El receptor deberá confirmar la información que recibe. Marque con una X en los paréntesis de acuerdo a lo realizado.**

Tipo de información:		<input type="checkbox"/> Indicación médica		<input type="checkbox"/> Resultado de laboratorio		<input type="checkbox"/> Resultado transoperatorio	
<input type="checkbox"/> Escucho	<input type="checkbox"/> Escribo Indicación o resultado del estudio:						
Fecha							
	Lectura de la indicación <input type="checkbox"/>			Confirmación de la indicación <input type="checkbox"/>			
Hora	Nombre del Receptor*			Nombre del Emisor**			
	No. Trab./Céd. Prof.***	Firma	No. Trab./Céd. Prof.***	Firma	No. Trab./Céd. Prof.***	Firma	No. Trab./Céd. Prof.***

**VII. Revisión de la idoneidad de la prescripción.**

**Entrevista Psicológica exhaustiva**

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Cama: Dx Médico de Ingreso \_\_\_\_\_

Puntaje en Tamiz para Sintomatología depresiva Dx

Puntaje en Tamiz para Sintomatología de ansiedad Dx

**1. Historia médica general**

A) Consultas médicas en los últimos seis meses

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

B) Hospitalizaciones en el último año

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C) Medicamentos en el último mes

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D) Antecedentes personales y familiares patológicos

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E) Antecedentes de tratamiento psicológico o psiquiátrico (DX, duración, Tx, Internamientos)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

F) Consumo de alcohol u otras drogas (tipo de droga, edad de inicio, tiempo y frecuencia)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

G) Se encuentra actualmente en abstinencia \_\_\_\_\_

H) Desde cuando y que método utilizó

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Anormalidades manifiestas**

2.1 Lentitud y carencia de espontaneidad	( )
2.2 Defensivo y suspicaz	( )
2.3. Histriónico	( )
2.4 Deprimido	( )
2.5 Ansioso, tenso y agitado	( )
2.6 Eufórico	( )
2.7 Aplanamiento afectivo	( )
2.8 Contenido depresivo del pensamiento	( )
2.9 Pensamiento irracional e incongruente	( )
2.10 Interpretaciones <u>erróneas</u> y <u>trastornos</u> del pensamiento	( )
2.11 Alucinaciones manifiestas	( )
2.12 alteraciones en intelecto y daño orgánico	( )
2.13 Excesiva preocupación por las funciones corporales	( )
2.14 Discurso tangencial e incongruente	( )
2.15 Discurso atropellado y desestructurado	( )

**3. Conducta alimentaria**

3.1 Pica	( )
3.2 Alteraciones en la conducta alimentaria Privativa de ingesta	( )
3.3 Alteraciones en la conducta <u>alimentaria</u> del tipo atracones y vómito	( )

**OP) Evaluación de Pacientes Pacientes  
Evaluaciones Nutricionales Tamizaje / Exhaustiva**

DIRECCION MEDICA  
SUBDIRECCION DE ATENCION MEDICA DE  
NEUMOLOGIA

Es un proceso de identificación de las características o situaciones asociadas a problemas nutricionales.  
**Objetivo:** Identificar individuos con desnutrición o en riesgo de estarlo y/o obesidad, ayudar a evaluar el nivel de riesgo con el propósito de priorizar la intervención nutricional oportuna por la Nutrióloga (o)

IDENTIFICADORES DEL PACIENTE	
NOMBRE:	CAMA:
FECHA DE NACIMIENTO:	EXPEDIENTE:
FECHA DE INGRESO:	EDAD:
FECHA DE EVALUACIÓN	PESO:
NOMBRE DEL EVALUADOR	TALLA:
TURNO:	IMC:
	HORA:

**Tamizaje:**

A.- ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?

- 0 = Anorexia grave  
1 = Anorexia moderada  
2 = Sin anorexia

B.- Pérdida reciente de peso < 3 meses

- 0 = Pérdida de peso > 3 kg  
1 = No lo sabe  
2 = Pérdida de peso entre 1 y 3 kg  
3 = No ha habido pérdida de peso

C.- Movilidad

- 0 = De la cama al sillón  
1 = Autonomía en el interior  
2 = Sale del domicilio

D.- ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?

- 0 = Sí 2 = No

E.- Problemas neuropsicológicos

- 0 = Demencia o depresión grave  
1 = Demencia moderada  
2 = Sin problema psicológico

F.- Índice de masa corporal ( IMC= peso/ (talla)<sup>2</sup> en kg/m<sup>2</sup>

- 0 = IMC < 16.00 - 16.99  
1 = IMC > 17.00 - 18.49  
2 = IMC 18.50 - 24.99  
3 = IMC 25.00 - 29.99  
4 = IMC > 30.00  
5 = IMC > 35.00 - 39.99  
6 = IMC > 40.00

Clasificación	IMC (kg/m <sup>2</sup> )
Bajo peso	< 16.50
Delgado normal	= 16.50
Delgado moderada	16.00 - 16.99
Delgado leve	17.00 - 18.49
Normal	18.5 - 24.99
Sobrepeso	25.00 - 29.99
Obesidad leve	30.00 - 34.99
Obesidad media	35.00 - 39.99
Obesidad severa	> 40

**EVALUACION**

- 12-14 puntos: Estado nutricional normal  
8-11 puntos: Riesgo de malnutrición  
0 - 7 puntos: Mal nutrición

# **(AOP) Evaluación de Pacientes**

