Políticas

AOP

Evaluación de Pacientes.

Contenido

Contenido 2
1 Objetivo. 3
2 Alcance 3
3. EVALUACIÓN INICIAL, PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS AOP 1. 3
4. Elementos medibles AOP 1 y 1.1 4
1. Historia clínica AOP.2; AOP.2.1 4
5. Se realiza una historia Clínica a cada paciente en las primeras 24 horas de hospitalización. 5
6. Se realiza una historia clínica a cada paciente ambulatorio en el marco de tiempo definido por la organización. 7
7. Evaluaciones de Enfermería, Evaluación del dolor, Evaluación de Riesgo de Caídas. AOP.1.1; AOP.3; AOP.4 8
c) Se realiza una evaluación de dolor a cada paciente 10
8. Factores de Riesgo Social. Evaluaciones de trabajo social. AOP.5, AOP.6 18
9. Factores de Riesgo Psicológico. AOP.7 24
10. 5. Evaluacion Nutricional AOP.8 31
11. 6. Criterios para Identificar pacientes que requieren de una evaluación especializada adicional AOP.9 34
7.Criterios para Identificar a los pacientes que requieren planeación temprana del alta AOP.10 35
8. Proceso de Reevaluación de pacientes AOP.11 36
12. 9. Análisis e integración de la información derivada del proceso de evaluación inicial AOP.12; AOP.12.1 37
13. Necesidades específicas de educación Ver Políticas PFE) 38
14. Barreras de aprendizaje (Ver Políticas PFE) 39
Integrantes del Grupo de Evaluación de Pacientes. 41
Validación de las Políticas en cumplimiento al estándar Evaluación de Pacientes **¡Error! Marcador no definido.**

1 Objetivo.

- Contar con un proceso efectivo de evaluación de pacientes que dé como resultado oportunidad y asertividad en la toma de decisiones.
- Contar con una evaluación inicial del paciente que ingresa al servicio de hospitalización, la cual se integra de manera multidisciplinaria y coordinada a través de la evaluación inicial médica, de enfermería, nutricional, psicológica y trabajo social.
- Garantizar un plan de atención que cubra las necesidades específicas de cada paciente que ingresa al servicio de hospitalización.

2 Alcance

Personal médico, de enfermería, dietología y nutrición; trabajo social, psicología, que labora en áreas de hospitalización y ambulatorias del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosio Villegas.

3. EVALUACIÓN INICIAL, PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS AOP 1.

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosio Villegas todo paciente admitido deberá contar con una evaluación inicial que permita determinar las necesidades específicas de la atención. Estas evaluaciones serán realizadas por un equipo multidisciplinario compuesto por médicos, enfermeras, psicólogas, trabajadoras sociales y nutriólogas en las primeras 24 horas del internamiento de los pacientes.

La evaluación inicial es una herramienta de trabajo que contribuye de manera sencilla y concreta a identificar necesidades y factores de riesgo específico de cada paciente, incluye

aspectos de índole médica, sociocultural, psicológica y nutricional, entre otros. El propósito de ésta evaluación es obtener la información para proponer un diagnóstico de inicio que permita planear el proceso de atención.

El objetivo de estas evaluaciones iniciales es establecer los planes de tratamiento médico y de cuidados multidisciplinarios personalizados para cada paciente de acuerdo a cada factor de riesgo que presente.

La evaluación inicial se aplica al propio paciente o algún familiar responsable cuando el paciente pertence a alguno de los grupos vulnerables o de alto riesgo y/o se encuentre imposibilitado para comunicarse.

Toda la información recabada de la evaluacion inicial quedará registrada en el expediente clínico.

4. Elementos medibles AOP 1 y 1.1

Con la finalidad de identificar de manera coherente las necesidades y factores de riesgo de cada paciente a todos los pacientes que se internen se les deberán aplicar las siguientes evaluaciones:

1. Historia clínica AOP.2; AOP.2.1

La historia permanecerá vigente por un periódo máximo de tres meses, contando a partir del último egreso. Con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, la historia clínica deberá elaborarla el personal médico.

5. Se realiza una historia Clínica a cada paciente en las primeras 24 horas de hospitalización.

A todos los pacientes que se ingresan al Instituto se les realiza una historia clínica en las primeras 24 horas de su ingreso, en caso de que sea reingreso ésta historia clínica se actualizará, como parte del proceso de evaluación inicial.

Todas las historias clínicas contienen:

Antecedentes Hereditarios y familiares (causas y edades de morbi-mortalidad (padres, hermanos, conyuge,hijos); cáncer, diabetes mellitus, hipertension arterial sistémica, asma, fibrosis pulmonar, tuberculosis, entre otras)

Antecedentes Personales patológicos (Tabaquismo(paquetes/año), alcoholismo (tiempo/cantidad); exposición a humo de leña, toxicomanías, enfermedades congénitas ,antecedentes quirúrgicos, traumáticos, alérgicos, transfusionales, intoxicasiones, intolerancia a fármacos, enfermedades, hospitalizaciones (relato cronológico), terapeútica empleada.

Antecedentes gineco-obstétricos (cuando aplique)

Padecimiento actual.

Interrogatorio por aparatos y sistemas. (sintomas generales (variacion ponderal, apetito, sed fiebre escalofrios, diaforésis astenia, adinámia, fatiga, debilidad, malestar general, respiratorio, cardiovascular, digestivo, génito urinario, endócrino, reumatológico, hematológico, neurológico, organos de los sentidos, piel y anexos.)

Exploración física (signos vitales, presion arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación, inspeccion general, cabeza (craneo cabello, senos paranasales, articulación temporo-mandibular, pares craneales V y VII, asimetrias); Ojos (xantelasma, conjuntivas esclerótica, corneas, par craneal, campimetria, movimientos, pares craneales III, IV y VI, pupilas, reflejos, fotomotor, motomotor, consensual, fondo óptico)

Naríz (olfación, par craneal I aleteo nasal, rinoplastia.

Oídos (audicion, rinne/weber (par craneal VIII), otoscopía: conducto auditivo externo, tímpano.

Boca (mucosa, labios, dientes, encías, lengua (par XII) paladar duro y blando, reflejo nauseoso (par craneal (IX y X), orofaringe (úvula y amígdalas)fonación, deglución)

Torax. Cuello (piel, edema, crepitación, rigidez, movimientos, Traquea(movilidad, dolor); Yugulares (presión venosa, distensión); carótida, pulso soplos, frémito, tiroides (Crecimiento, nódulos adenomegalias); parótidas

Abdomen. Forma, volumen, simetrial. Piel: cicatrices, edema. Reflejos, hiperestesia, hiperbaragelsia, dolor, rebote, hernias, ascitis, peristalsis, visceromegalia, pulsos, soplos.

Recto. Tacto rectal, esfinter, paredes,masas. Próstata. Sangre oculta en heces.

Genitales. Pene, testículos, vulva, hernias.

Extremidades. Volumen, estado de la superficie: cianosis, edema, pulsos, circulacion distal. Hommans.

Neurológico. Pares craneales, sistema motor, reflejos osteotendinosos. Sensibilidad: Tacto. Vibración. Función cerebral.

Resultados Previos y actuales de resultados de laboratorio, gabinete y otros.

Impresión Diagnóstica.

Planes y Pronóstico

Indicación terapeútica

La historia clínica forma parte forma parte del expediente clínico de cada paciente.

La historia clínica es realizada por el médico tratante o por un residente el cual siempre es supervisado por un médico adscrito.

En el INER existen dos tipos de Historias Clínicas las de adultos y la de pacientes pediátricos.

Las Historias clínicas de los pacientes pediátricos se contemplan los mismos apartados que en la de adultos pero en los antecedentes personales patológicos se les interroga ademas los antecedentes perinatales: prenatales, perinatales, postnatales, desarrollo psicomotor.

6. Se realiza una historia clínica a cada paciente ambulatorio en el marco de tiempo definido por la organización.

En el Instituto se manejan dos tipos de pacientes ambulatorios:

a) Pacientes ambulatorios del INER. Cuando un médico manda a realizar algún estudio de manera ambulatoria este paciente siempre debe de tener su historia clínica actualizada, asi que no es necesario que se realice nuevamente una historia clínica.

b) Pacientes ambulatorios de otras instituciones. Cuando refieren pacientes de otras instituciones a realizarse estudios de manera ambulatoria, en el INER no se les realiza historia clínica, son referidos de la Institución con un resumen clínico y aquí en el Iner se les realiza el Consentimiento Informado para el estudio que corresponda así como su evaluación inicial de enfermería.

Los elementos o criterios a evaluar	La historia clínica contiene: interrogatorio, exploracion física, resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros que se hayan realizado, diagnósticos o problemas clínicos, pronóstico, conciliación de la medicación e indicaciones terapeúticas. Existen 2 tipos de historias clínicas la de adultos y la pediátrica. (Anexo 1)
Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones	La historia clínica es elaborada por el médico residente del Instituto, el cual siempre es supervisado por el médico adscrito
Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación	Médico general, médico especialista en formación (Residente) o Médico adscrito
El lugar donde se documenta el proceso de evaluación inicial	La historia clínica es parte del expediente clinico del paciente.

El momento de la primera evaluación	La historia clínica se aplica en un tiempo máximo de **24 horas** tras haber ingresado el paciente a cualquier servicio clinico.
La periodicidad de las revaluaciones	La historia clínica se actualizará en cada 30 días con los datos relevantes del paciente
Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial	Se atiende a población pediátrica en el Servicio de Neumopediatría y Otorrinolaringología, así como población adulta.

7. Evaluaciones de Enfermería, Evaluación del dolor, Evaluación de Riesgo de Caídas. AOP.1.1; AOP.3; AOP.4.

Se realiza una evaluación de enfermería a cada paciente como parte de la evaluacion inicial.

Con el objetivo de identificar las necesidades de los pacientes, el personal de enfermería aplica el Proceso Enfermero. La aplicación de éste proceso permite la adecuada planeación de la atención por parte del equipo multidisciplinario a cargo de la atención del enfermo. Los planes para los cuidados de enfermería que debe recibir el paciente hospitalizado surgen a partir de que se ha realizado la evaluación inicial.

A fin de evaluar en forma coherente las necesidades de los pacientes se realiza una evaluación inicial de enfermería a cada paciente hospitalizado para identificar las necesidades del paciente y planear la atención.

La evaluación de enfermería se basada en el Proceso Enfermero (en sus cinco etapas de valoración, diagnóstico, planeación, implementación y evaluación) dentro de la etapa de valoración que se apoya en la metodología de Virginia Henderson la cual contempla las 14 necesidades básicas (Oxigenación, alimentación, eliminación, movimiento y postura, descanso y sueño, vestido, termorregulación, higiéne, seguridad, comunicación, espiritual, trabajo, entretenimiento, aprendizaje). La etapa de diagnóstico se basa con el apoyo de las etiquetas diagnósticas de la Taxonomía NANDA 2009 – 20011; las etapas de la planeación e implementación son señaladas con el palomeo de los cuidados de enfermería a realizar y la implementación es marcada con un círculo el cual señala en que horario se aplicó o la anotación del cuidado con registro físico; la etapa de evaluación se documenta por escrito para señalar la mejoría, mantenimiento o gravedad de las observaciones detectadas.

Para realizar la valoración de enfermería se ha dividido a la población en 5 grupos utilizando una hoja de evaluación de enfermería y registros clínicos para cada grupo según se especifica a continuación:

Evaluación de enfermería	
Población	Hoja de evaluación de enfermería y registros clínicos
Adulto hospitalizado	**INER-E-01 (09.2015)**
Adulto crítico	**INER-E-13 (08.2014)**
Pediátrico hospitalizado	**INER-E-01 (09.2015)**
Pediátrico crítico	**INER-E-01 (08.2015)**
Paciente ambulatorio	**INER-E-01 (00.0000)**

La evaluación de enfermería en el paciente hospitalizado deberá ser realizada por turno dentro de las primeras tres horas de haber iniciado éste o ante un cambio de la situación clínica del paciente.

El periódo de evaluación de enfermería en paciente ambulatorio con procedimiento invasivo se realiza dentro de la 1ª media hora posterior al procedimiento realizado, a la siguiente hora y posteriormente cada 2 horas hasta el egreso del paciente.

El personal de enfermería realiza la evaluación de enfermería de acuerdo al rol de distribución de pacientes establecido por la jefe o encargada de servicio de cada turno.

La hoja de valoración de enfermería deberá ser integrada al expediente clínico en el apartado correspondiente al proceso enfermero al término de su llenado o egreso del paciente.

c) Se realiza una evaluación de dolor a cada paciente

En el INER se evalúa intencionalmente la presencia de dolor a todos los pacientes

La evaluación del dolor es acorde a la población con el uso de herramientas que se describen a continuación:

Evaluación de enfermería		
Población	Hoja de enfermería	Herramienta para evaluar el dolor
Adulto hospitalizado	**INER-E-01 (09.2015)**	**Escala numérica, visual y factores asociados**
Adulto crítico	**INER-E-13 (08.2014)**	**Escala BPS**
Pediátrico hospitalizado	**INER-E-01 (09.2015)**	Escala numérica, visual y Regla de PQRST
Pediátrico crítico	**INER-E-01 (08.2014)**	Escala numérica, visual y Regla de PQRST
Paciente ambulatorio	**INER-E-01 (00.0000)**	**Escala numérica, visual,** indicadores fisiológicos o **escala BPS**

En pacientes hospitalizados el dolor se evalúa como parte de la evaluación inicial de enfermería en las primeras 12 horas posteriores a la llegada del paciente o antes del cambio de turno.

En pacientes hospitalizados el dolor se evalúa como parte de la evaluación de enfermería por turno dentro de las primeras tres horas de haber iniciado éste o ante un cambio de la situación del paciente o media hora posterior a la aplicación de un analgésico.

En paciente ambulatorio con procedimiento invasivo se evalúa el dolor dentro de la 1ª media hora posterior al procedimiento realizado, a la siguiente hora y posteriormente cada 2 horas hasta el egreso del paciente.

Para identificar la intensidad y características del dolor el personal de enfermería deberá valorar lo siguiente:

- Intensidad:
- Frecuencia:
- Localización:
- Duración:

El nivel del dolor se debe registrar en la escala gráfica considerada en el acápite 2, Sección 2 del Formato **INER-R-01 (09.2015)** para facilitar su identificación, seguimiento y revaloración. Las características del dolor se consideran en la sección 3 del citado formato, valoración del dolor para el seguimiento por los diferentes turnos.

La evaluación del dolor la realiza el personal de enfermería que cuenten con título y cédula profesional son responsables de realizar la evaluación inicial de cada paciente. Los pasantes, estudiantes y personal auxiliar de enfermería que no cuente con título y cédula de enfermería

podrán realizar la evaluación inicial de los pacientes con la supervisión de una enfermera titulada de acuerdo al rol de distribución de pacientes establecido por la jefe o encargada de servicio de cada turno.

La valoración del dolor se considera en la Hoja de evaluación de enfermería y registros clínicos considerado anteriormente, la cual, deberá ser integrada al expediente clínico al término de su llenado o egreso del paciente para su documentación.

Hospitalización

Los elementos o criterios a evaluar	En el INER la evaluación inicial de enfermería se realiza a todo paciente hospitalizado para identificar las necesidades de atención específica y factores de riesgo. AOP.3 La evaluación inicial de enfermería se basa en las cinco etapas del Proceso Enfermero: 1. Valoración; 2. Diagnóstico; 3. Planeación; 4. Implementación; 5. Evaluación Dentro de la etapa de valoración que se apoya en la metodología de Virginia Henderson se contemplan las 14 necesidades básicas (Oxigenación, alimentación, eliminación, movimiento y postura, descanso y sueño, vestido, termorregulación, higiéne, seguridad, comunicación, espiritual, trabajo, entretenimiento, aprendizaje). Para la etapa de diagnóstico se recurre a las etiquetas diagnósticas de la Taxonomía NANDA 2009 – 2011. Las etapas de la planeación e implementación son señaladas con el palomeo de los cuidados de

	enfermería a realizar. La etapa de implementación es marcada con un circulo el cual señala en que horario se aplico o la anotación del cuidado con registro físico. Finalmente la etapa de evaluación se documenta por escrito para señalar la mejoría, mantenimiento o gravedad de las observaciones detectadas.
Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones	Los profesionales de enfermería que cuenten con título y cédula profesional son responsables de realizar la evaluación inicial de cada paciente. Los pasantes, estudiantes y personal auxiliar de enfermería que no cuente con título y cédula de enfermería podrán realizar la evaluación inicial de los pacientes con la supervisión de una enfermera titulada. El personal de enfermería que realice la evaluación inicial del paciente deberá ser competente en el llenado de los formatos establecidos para ello, en caso de ser necesario deberá consultar el manual de procedimientos administrativos de enfermería publicado en la página web del INER consultando el procedimiento.
Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación	Las evaluaciones iniciales seran realizadas por las enfermeras
El lugar donde se documenta el proceso de evaluación inicial	El formato de evaluacion inicial de enfermeria quedara integrado dentro del Expediente Clínico.
El momento de la primera evaluación	La evaluación inicial de enfermería deberá ser llenada en las **primeras 12 horas** posteriores a la llegada del paciente o antes del cambio de turno utilizando el formato formato **INER-E-01 (09.2015)**.
La periodicidad de las revaluaciones	El periódo de revaluación del personal de enfermería se realizará por lo menos 1 vez por turno, cuando cambie la condicion del paciente, o

	cuando cambie de servicio. Como parte de la evaluación inicial de enfermería se considera la evaluación del dolor (AOP.4) contemplada en el acápite 2 y 3 del formato formato **INER-E-01 (09.2015)**., la evaluación del dolor se realizará dentro de la **primera hora** de haber ingreso el paciente, media hora después de la aplicación de un analgésico o ante un cambio de la situación del paciente. La evaluación del dolor toma en cuenta la localización e intensidad del mismo. La evaluación de riesgo de caídas se contempla en el acápite 10,como parte de la evaluación inicial de enfermería, La cual se realizará dentro de la **primera hora** de haber ingresado el paciente o ante un cambio de la situación del paciente en apego a la MISP 6.
Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial	Para realizar la valoración inicial de enfermería se ha dividido a la población en 5 grupos utilizando una hoja de evaluación de enfermería y registros clínicos para cada grupo según se especifica a continuación:

Evaluación inicial de enfermería	
Población	Hoja de evaluación de enfermería y registros clínicos
Adulto hospitalizado	**INER-E-01 (09.2015)**
Adulto crítico	**INER-E-13 (08.2014)**
Pediátrico hospitalizado	**INER-E-01 (09.2015)**
Pediátrico crítico	**INER-E-13 (08.2014)**
Paciente ambulatorio	**INER-E-01 (00.0000)**

Ambulatorios

Los elementos o criterios a evaluar	En el INER la evaluación inicial de enfermería en paciente ambulatorio que acude para realización de procedimiento invasivo se aplica en los servicios de: Quimioterápia, Cirugía ambulatoria, Broncoscopía y endoscopía, Hemodinámia, Médicina Nuclear y radiología intervencionista. La evaluación inicial de enfermería para paciente **ambulatorio** con procedimiento invasivo se basa en el Proceso Enfermero (en sus cinco etapas de valoración, diagnóstico, planeación, implementación y evaluación) contemplado en el formato **INER-E-01 (09.2015)**.
Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones	Los profesionales de enfermería que cuenten con título y cédula profesional son responsables de realizar la evaluación inicial de enfermería en paciente ambulatorio con procedimiento invasivo. Los pasantes, estudiantes y personal auxiliar de enfermería que no cuenten con título y cédula de enfermería podrán realizar la evaluación con la supervisión de una enfermera titulada.
Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación	El personal de enfermería que realice la evaluación inicial de enfermería en paciente ambulatorio con procedimiento invasivo deberá ser competente en el llenado de los formatos establecidos para ello, en caso de ser necesario deberá consulta el manual de procedimientos administrativos de enfermería publicado en la página web del INER consultando el procedimiento.
El lugar donde se documenta el	El formato de evaluación inicial de enfermería en

proceso de evaluación inicial	paciente ambulatorio programado para procedimiento invasivo deberá complementarse en la central de enfermeras de la Consulta Externa, o directamente en la unidad que realizará el procedimiento, debiendo quedar integrado al expediente clínico temporal en el apartado de hojas de enfermería al egreso del paciente.
El momento de la primera evaluación	La evaluación inicial de enfermería en paciente ambulatorio con procedimiento invasivo deberá ser llenada en la primera 1 hora posterior a la llegada del paciente y previo a la realización del procedimiento o estudio.
La periodicidad de las revaluaciones	El periódo de revaluación de enfermería en paciente ambulatorio con procedimiento invasivo se realiza dentro de la 1ª media hora posterior al procedimiento realizado, a la siguiente hora y posteriormente cada 2 horas hasta el egreso del paciente. La evaluación del dolor se considera como parte de la evaluación inicial de enfermería en paciente ambulatorio con procedimiento invasivo en el acápite 2 y 3 del formato formato INER-E-01 (09.2015), la cual se realizará dentro de la **primera hora** de haber ingreso el paciente, **media hora** después de la aplicación de un analgésico o ante un cambio de la situación del paciente. La evaluación de riesgo de caída se considera en la evaluación inicial de enfermería en paciente ambulatorio con procedimiento invasivo en el acápite 10 del formato formato INER-E-01 (09.2015), la cual se realizará dentro de la **primera hora** de haber ingreso el paciente o ante un cambio de la situación del paciente en concordancia con la MISP 6
Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial	Pacientes que acuden a: Quimioterápia, Cirugía ambulatoria, Broncoscopía y endoscopía, intervencionismo, Hemodinámia, Medicina Nuclear e Imagenología.

Clínica de Dolor. En ocasiones, según la naturaleza de la enfermedad del paciente, así como la intensidad del dolor, se solicitará apoyo al Servicio de Anestesia y a la Clínica del Dolor para garantizar la mejor calidad de la atención del paciente, específicamente en cuanto al dolor.

Los elementos o criterios a evaluar	Manejo de pacientes con dolor crónico. Recurriendo a técnicas que engloban e intenten sistematizar aspectos verbales, conductuales y fisiológicos. Se aplican 2 tipos de escalas en función de si es o no es el propio paciente el que nos informa acerca de su dolor: 3 Escala subjetiva de dolor (Escalas unidimensionales y Escalas pluridimensionales); y 4 Escalas objetivas del dolor (Basada en la observación del comportamiento o actitudes que adopta éste, como pueden ser la expresión facial, el grado de movilidad, tensión muscular, postura corporal y la hemodinámia)
Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones	Médico algólogo, enfermera
Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación	Médico algólogo, enfermera
El lugar donde se documenta el proceso de evaluación inicial	Se documentará todo en el expediente clínico
El momento de la primera evaluación	Cuando el médico especialista considera que el dolor no se pueda controlar y solicite interconsulta a clínica de dolor.

	En caso de urgencias de dolor moderado o intenso en pacientes ambulatorios se atenderá en la Unidad de Urgencias Respiratorias.
La periodicidad de las revaluaciones	No existe una periodicidad definida, ya que cada paciente responde de manera independiente de acuerdo a variables biológicas o fisiológicas. Una vez que inicia tratamiento en clínica de dolor se le da seguimiento durante todo el internamiento. Si el paciente es dado de alta y sigue con dolor se le sigue tratando por la consulta externa.
Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial	El personal médico de la terapia intensiva o intermedia al prescribir opioides distintos a sulfato de morfina y a la codeína deberá hacer la petición del medicamento a clínica de Dolor para realizar receta de estupefacientes

8. Factores de Riesgo Social. Evaluaciones de trabajo social. AOP.5, AOP.6

Se evalua riesgo social a cada paciente como parte de la evaluacion inicial (valores, constumbres y creencias)

Como parte del proceso de aceptación de pacientes (ver Políticas ACC) se realiza una evaluación integral por parte del Departamento de Trabajo Social. El INER ha establecido como parte del proceso de admisión, que todos los pacientes cuenten con las evaluaciones correspondientes a Trabajo Social al momento de la asignación de cama de hospitalización. Parte importante de dichas evaluaciones es la identificación de factores de riesgo social que puedan impactar la toma de decisiones terapéuticas y la continuidad de la atención, así como la evaluación de valores, costumbres y creencias que se toman en cuenta para adecuar la atención de los pacientes. A continuación se describen los aspectos más importantes.

El Departamento de Trabajo Social define los criterios para realizar la evaluación de los factores de riesgo social que presentan los pacientes que acuden a la institución. Lo anterior se inicia al realizar la entrevista inicial y elaborar el Estudio Socioeconómico INER-TS-02 **(04.2016).**

Dentro de los aspectos a evaluar se cuenta con el apartado de Evaluación Inicial de factores de riesgo social,que incluye los siguientes indicadores:

- Vulnerabilidad socioeconómica
- Ausencia y/o debilidad de redes de apoyo
- Barreras de aprendizaje por idioma/lengua
- Valores, costumbres y creencias (Especificar) _____
- Condiciones particulares (Especificar) _____

La información que se obtiene en la primera entrevista, permite identificar de manera inicial los factores de riesgo social que presenta el paciente. Por lo tanto el Trabajador Social registra uno ó mas factores identificados en el Estudio Socioeconómico INER-TS-02(04.2016), e integra la información en el Diagnóstico Social. Cuando no se haya detectado algún factor de riesgo social, se indica en el apartado de condiciones particulares: Ninguno.

La evaluación de factores de riesgo social se considera para pacientes hospitalizados y ambulatorios. El identificar los factores de riesgo social, son determinantes para establecer el nivel asignado, que considera desde la asignación de exención de pago, así como la intervención social que amerite el seguimiento de la situación / problema del paciente identificado.

Como parte del proceso de evaluación inicial de factores de riesgo, el Trabajador Social realiza la entrevista inicial para elaborar Estudio Socioeconómico INER- TS-02 (04.2016), en donde se registra en el apartado de evaluación de factores de riesgo social aquellos que

sean identificados, a cada paciente se le realiza la evaluación ya mencionada, lo cual permite conocer de manera particular la situación que prevalece.

La evaluación de factores de riesgo social se realiza a cada paciente con los resultados obtenidos del Estudio Socioeconómico INER-TS-02 (04.2016), al realizar apertura de expediente y/o ingreso al servicio de hospitalización.

Durante el ingreso del paciente al área de hospitalización el personal de Trabajo Social del servicio, durante las primeras 24 horas, retoma información contenida en el Estudio Socioeconómico INER-TS-02 (04.2016), realiza entrevista profunda para elaborar Estudio Social, integrando en la Nota de Trabajo Social INER-EC-09, información relevante que confirma, complementa ó modifica los datos referentes a los factores de riesgo social que presenta cada paciente.

Toda información obtenida en las primeras 24 horas al ingreso hospitalario por fuentes de primera mano (paciente/familiar) referente a factores de riesgo social, se registra en expediente clínico, en los siguientes formatos:
INER-TS-02 Estudio Socioeconómico
INER-EC-09 Notas de Trabajo Social.

La información obtenida y analizada es la base y fundamento para que el Trabajador Social, establezca el plan de intervención social, ante todos aquellos factores que representen un obstáculo para la adecuda atención y adherencia al tramiento del paciente.

El equipo de salud realiza la evaluación de los factores de riesgo, durante la presentación de casos, visita a pacientes y coordinaciones intra-institucionales estableciendo las acciones a realizar de acuerdo a las funciones que cada profesional tiene asignadas. El personal de

Trabajo Social, establece el plan social de intervención para la atención y seguimiento del paciente.

Los elementos o criterios a evaluar	El Departamento de Trabajo Social define los criterios para realizar la evaluación de los factores de riesgo social que presentan los pacientes que acuden a la institución. Lo anterior se inicia al realizar la entrevista inicial y elaborar el Estudio Socioeconómico INER-TS-02 **(04.2016).** Dentro de los aspectos a evaluar se cuenta con el apartado de Evaluación Inicial de factores de riesgo social, que incluye los siguientes indicadores: 1. Vulnerabilidad socioeconómica 2. Ausencia y/o debilidad de redes de apoyo 3. Barreras de aprendizaje por idioma/lengua 4. Valores, costumbres y creencias (Especificar) 5. Condiciones particulares (Especificar) La información que se obtiene en la primera entrevista, permite identificar de manera inicial los factores de riesgo social que presenta el paciente. Por lo tanto el Trabajador Social registra uno ó mas factores identificados en el Estudio **Socioeconómico INER-TS-02(04.2016)**, e integra la información en el Diagnóstico Social. Cuando no se haya detectado algún factor de riesgo social, se indica en el apartado de condiciones particulares: Ninguno. Este formato queda asentado en el expediente clínico. La evaluación de factores de riesgo social se considera para pacientes hospitalizados y ambulatorios. El identificar los factores de riesgo social, son determinantes para establecer el nivel asignado, que considera desde la asignación de exención de pago, así como la intervención social que amerite el seguimiento de la situación / problema del paciente identificado. Se realiza al momento del ingreso del paciente.

	Como parte del proceso de evaluación inicial de factores de riesgo, el Trabajador Social realiza la entrevista inicial para elaborar Estudio Socioeconómico INER- TS-02 (04.2016), en donde se registra en el apartado de evaluación de factores de riesgo social aquellos que sean identificados, a cada paciente se le realiza la evaluación ya mencionada, lo cual permite conocer de manera particular la situación que prevalece. La evaluación de factores de riesgo social se realiza a cada paciente con los resultados obtenidos del Estudio Socioeconómico INER-TS-02 (04.2016), al realizar apertura de expediente y/o ingreso al servicio de hospitalización. Durante el ingreso del paciente al área de hospitalización el personal de Trabajo Social del servicio, durante las primeras 24 horas, retoma información contenida en el Estudio Socioeconómico INER-TS-02 (04.2016), realiza entrevista profunda para elaborar Estudio Social, integrando en la Nota de Trabajo Social INER-EC-09, información relevante que confirma, complementa ó modifica los datos referentes a los factores de riesgo social que presenta cada paciente. El equipo de salud realiza la evaluación de los factores de riesgo, durante la presentación de casos, visita a pacientes, y coordinaciones intra-institucionales estableciendo las acciones a realizar de acuerdo a las funciones que tiene asignadas cada profesional. El personal de Trabajo Social, establece el plan social de intervención para la atención y seguimiento del paciente.
Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones	El personal de Trabajo Social es el encargado de realizar las evaluaciones de riesgo social, así como de los valores costumbres y creencias que prevalecen en cada paciente.
Las competencias específicas del	Personal a nivel Técnico y Licenciatura en Trabajo

personal que realiza la evaluación	Social.
El lugar donde se documenta el proceso de evaluación inicial	Toda la informacion se documenta en el estudio socioeconómico y en las notas de trabajo social que forma parte del expediente clínico del paciente.
El momento de la primera evaluación	Toda información obtenida en las primeras 24 horas al ingreso hospitalario por fuentes de primera mano (paciente/familiar) referente a factores de riesgo social, se registra en expediente clínico, en los siguientes formatos: INER-TS-02 Estudio Socioeconómico INER-EC-09 Notas de Trabajo Social. La información obtenida y analizada es la base y fundamento para que el Trabajador Social, establezca el plan de intervención social, ante todos aquellos factores que representen un obstáculo para la adecuada atención y adherencia al tramiento del paciente.
La periodicidad de las revaluaciones	En el momento de la hospitalizacion del paciente no se realizan revaluaciones, unicamente se realiza una revaluación si el paciente reingresa, se confirma la información referente a factores de riesgo social y valores costumbres y creencias en caso de que sigan prevaleciendo o hayan presentado modificaciones, todo quedará escrito en las notas de trabajo social y es parte del expediente clínico.
Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial	Existen casos, cuya evolución orienta hacia necesidades de cuidados especiales al alta del enfermo. En ocasiones dichas necesidades no pueden ser cubiertas por el paciente o su familia, constituyéndose en un riesgo social en sí. Para los casos anteriores, el Departamento de Trabajo Social, asiste al paciente y su familia, en la búsqueda de apoyos para resolver las necesidades impuestas por las condiciones médicas prevalescientes.

9. Factores de Riesgo Psicológico. AOP.7

Se evalúan los factores de riesgos psicológico cada paciente como parte del proceso de evaluación inicial.

El tamizaje psicológico tiene el objetivo de detectar oportunamente sintomas de ansiedad y depresión que pudieran representar un riesgo para la vida del paciente, para su seguridad o para su mejor evolución. Por ello, el tamizaje deberá ser aplicado dentro de las primeras 24 horas del ingreso hospitalario en cama censable reportados desde el lunes a las 00:00 hrs hasta el viernes a las 20:00 hrs. Para los ingresos reportados viernes posterior a las 20:01, sábado y domingo el tamizaje será realizado el lunes siguiente antes de las 14:00 hrs.

El Instrumento para detectar si existe algun riesgo psicológico que se utiliza en el INER es la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), para pacientes hospitalizados adultos, esta diseñado para ser aplicado por un profesional en psicología y aunque puede ser autoaplicable, esta opción solo funcionará en aquellos casos estrictamente indispensables, como:

Pacientes con traqueostomía que sepan leer y escribir, que el resto de su condición física lo permita y que desee realizarla. En caso de que el paciente con traqueostomía no desee contestarlo, se le leerá pregunta por pregunta con las opciones y se le pedirá que mediante señas ofrezca la respuesta más acorde con su estado anímico.

Pacientes intubados. En éste caso, se reportará en la sección de Observaciones del instrumento, la condición física que guarda el paciente y una leyenda específica respecto a la vigilancia que se tendrá del paciente para que en caso de ser extubado sea abordado para su tamizaje correspodiente.

Pacientes con lengua indígena. Se procederá de acuerdo al protocolo institucional para este tipo de casos. (Ver Manual de Procedimientos de Trabajo Social código NCDPR 047, pN1 apartado 3.41)

Pacientes con alteraciones y/o trastornos mentales o de aprendizaje que limiten o impidan la aplicación del tamizaje. Se confirmará la presencia de dichas alteraciones y se reportará en el apartado de observaciones. En caso de observar alguna conducta o pensamiento que clínicamente represente un riesgo para la vida, seguridad o complicación de su evolución, se solicitará mediante el apartado de Seguimiento la participación de especialistas en psiquiatría para hacer el abordaje correspondiente.

Todas las evaluaciones realizadas forman parte del expediente clínico del paciente.

Los encargados de realizar las evaluaciones son los psicólogos clínicos.

En caso de que los psicólogos detecten algun riesgo psicológico (adultos o en niños) se les aplicará una evaluacion exahustiva.

a) **Para pacientes adultos**: Se evaluará mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión Adaptada para pacientes del INER (Zigmond, 1983). El cual consta de 14 reactivos, siete para ansiedad y siete para depresión. Su validez de constructo ha sido probada (Cronbach's α de 0.884). (Anexo XZY).

Los puntos de corte para síntomas de ansiedad y depresión son:

0-7 Mínima o leve

8-14 Moderada

15-21 Severa

Se considerará a partir del Diagnóstico moderado la necesidad de intervenir mediante técnicas cognitivo conductuales a fin de disminuir la sintomatología y se reportará en el expediente clínico mediante una nota de evolución. En caso de que en la tercera intervención subsecuente no se aprecie clínicamente una disminución de dichos síntomas, se procederá al empleo de un instrumento diagnóstico (criterios del DSM-V) para establecer un Dx. presuncional y solicitar interconsulta a Psiquiatría.

b) **Para pacientes pediátricos**. En el caso de los pacientes pediátricos entre 3 y 12 años de edad se empleara una entrevista clínica infantil y una escala análoga visual como instrumento de tamizaje. En caso de que el profesional en psicología identifique síntomas que permitan sospechar de un cuadro patológico se procederá a la nota correspondiente en el apartado destinado para ello y al seguimiento que amerite, dejando notas de evolución en el expediente clínico.

Estas evaluaciones se aplicaran 24 horas después de la evaluacion de tamizaje.

Los elementos o criterios a evaluar	El tamizaje psicológico evalua síntomas de ansiedad y depresión en el paciente con enfermedad respiratoria hasta dos semanas previas a su ingreso hospitalario y que, a consecuencia de ésto último, pudieran presentarse o exacerbarse y que pudieran representar un riesgo para la vida del paciente, para su seguridad o para su mejor evolución. Detectar estos síntomas en las **primeras 24 horas** de su ingreso permitirá tomar acciones encaminadas a prevenir la evolución a cuadros patológicos que pudieran complicar las acciones médicas para el tratamiento de su condición médica.
Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones	Es responsabilidad del profesional en psicología (licenciada en Psicología), el manejo de los instrumentos clínicos de tamizaje y diagnóstico que se requirieran en el abordaje de todo paciente recien ingresado. Para ello, el profesional contratado con

	categoría de Psicólogo clínico que se encuentre adscrito al servicio clínico con cama censable (urgencias, servicios clnicos del 1 al 7 A y B, Neumopediatría) o bien que aunque no sea su servicio de adscripción se encuentre asignado para esta función, deberá cumplir a cabalidad la evaluación pertinente. (ANEXO ZZZ, plantilla de psicólogos y rol alterno)
Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación	El proyecto Tuning para America Latina (2007)describe para el psicólogo clínico las siguientes competencias, que deberán considerarse como fundamentales en la realización del Tamizaje psicológico. 1. Capacidad de comprender las demandas psicológicas. 2. Capacidad de comprender y abordar al ser humano desde su contexto social, histórico y ecológico. 3. Capacidad para reflexionar de manera crítica sobre problemas Psicológicos. 4. Capacidad para asumir posiciones epistemológicas referenciales de las acciones profesionales. 5. Capacidad para entender la relación dialéctica entre el saber científico y el saber cotidiano. 6. Capacidad para realizar diagnósticos y evaluaciones psicológicos. 7. Capacidad para respetar la diversidad. 8. Capacidad para asumir la responsabilidad de los efectos de la práctica psicológica. 9. Capacidad para mediar y/o negociar en distintos ámbitos de intervención psicológica. 10.Capacidad para comprender y explicar los procesos psicológicos desde una perspectiva bio-psico-social. 11.Capacidad para asesorar y orientar psicológicamente. 12. Capacidad para la promoción del bienestar psicológico en personas, grupos y comunidades. 13. Capacidad para intervenir en contextos diversos procurando el bienestar psicológico de pacientes pediátricos y adultos

	14.Capacidad para trabajar de manera interdisciplinaria. 15. Capacidad de comprender las transiciones del ser humano a través del ciclo vital. 16.Capacidad para integrar saberes de otras disciplinas. 17. Capacidad para desarrollar nuevas aplicaciones de la Psicología. 18. Capacidad para afrontar los dilemas personales provocados por la práctica profesional.
El lugar donde se documenta el proceso de evaluación inicial	Una vez requisitado el documento deberá incorporarse al expediente clínico institucional y deberá estar posterior a la historia clínica y a las hojas de enfermería
El momento de la primera evaluación	El tamizaje psicológico tiene el objetivo de detectar oportunamente sintomas de ansiedad y depresión que pudieran representar un riesgo para la vida del paciente, para su seguridad o para su mejor evolución. Por ello, el tamizaje deberá ser aplicado dentro de las primeras 24 horas del ingreso hospitalario en cama censable reportados desde el lunes a las 00:00 hrs hasta el viernes a las 20:00 hrs. Para los ingresos reportados viernes posterior a las 20:01, sábado y domingo el tamizaje será realizado el lunes siguiente antes de las 14:00 hrs.
La periodicidad de las revaluaciones	El tamizaje psicológico deberá ser aplicado una vez y en cada ingreso hospitalario de acuerdo con la metodología que se señala en el punto anterior. Sí y solo si, el seguimiento requiriera la aplicación de un instrumetno diagnóstico, se elegirá en función de los sintomas y del cuadro clínico que cada paciente presente.
Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial	Situaciones probables de acuerdo a la población atendida en el INER: El Instrumento Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), para pacientes hospitalizados adultos, esta diseñado para ser aplicado por un profesional en psicología y aunque puede ser autoaplicable, esta opción solo funcionará en aquellos

	casos estrictamente indispensables, como: 1. **Pacientes con traqueostomía** que sepan leer y escribir, que el resto de su condición física lo permita y que desee realizarla. En caso de que el paciente con traqueostomía no desee contestarlo, se le leerá pregunta por pregunta con las opciones y se le pedirá que mediante señas ofrezca la respuesta más acorde con su estado anímico. 2. **Pacientes intubados**. En éste caso, se reportará en la sección de Observaciones del instrumento, la condición física que guarda el paciente y una leyenda específica respecto a la vigilancia que se tendra del paciente para que en caso de ser extubado sea abordado para su tamizaje correspodiente. 3. **Pacientes con lengua indígena**. Se procederá de acuerdo al protocolo institucional para éste tipo de casos. 4. **Pacientes con alteraciones y/o trastornos mentales o de aprendizaje que limiten o impidan la aplicación del tamizaje**. Se confirmará la presencia de dichas alteraciones y se reportará en el apartado de observaciones. En caso de observar alguna conducta o pensamiento que clínicamente represente un riesgo para la vida, seguridad o complicación de su evolución, se solicitará mediante el apartado de Seguimiento la participación de especialistas en psiquiatría para hacer el abordaje correspondiente. Para el paciente hospitalizado se incluyen al menos, los siguientes elementos como parte del proceso de evaluación inicial. 7 Factores de riesgo psicológico. a) **Para pacientes adultos**: Se evaluará mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión Adaptada para pacientes del INER (Zigmond, 1983).

	El cual consta de 14 reactivos, siete para ansiedad y siete para depresión. Su validez de constructo ha sido probada (Cronbach's α de 0.884). (Anexo XZY). Los puntos de corte para síntomas de ansiedad y depresión son: 0-7 Mínima o leve 8-14 Moderada 15-21 Severa Se considerará a partir del Diagnóstico moderado la necesidad de intervenir mediante técnicas cognitivo conductuales a fin de disminuir la sintomatología y se reportará en el expediente clínico mediante una nota de evolución. En caso de que en la tercera intervención subsecuente no se aprecie clínicamente una disminución de dichos síntomas, se procederá al empleo de un instrumento diagnóstico (criterios del DSM-V) para establecer un Dx. presuncional y solicitar interconsulta a Psiquiatría. b) **Para pacientes pediátricos**. En el caso de los pacientes pediátricos entre 3 y 12 años de edad se empleara una entrevista clínica infantil y una escala análoga visual como instrumento de tamizaje. En caso de que el profesional en psicología identifique síntomas que **permitan sospechar de un cuadro patológico se procederá a la nota correspondiente en el expediente clínico usando un espacio de nota de evolución con el resumen de las observaciones clínicas, plan terapéutico, diagnóstico presuncional, fecha, hora, nombre, cédula y firma del psicólogo que realizó la evaluación**.

10.5. Evaluacion Nutricional AOP.8

Se realiza una evaluacion nutricional a cada paciente como parte del proceso de evaluacion inicial, y cuando se identifica riesgo, se realiza una evaluación exhastiva.
Con el tamizaje nutricional se busca identificar las características que están asociadas con problemas alimentarios o nutricionales en nuestros pacientes. El propósito es diferenciar los individuos que se encuentran en alto riesgo de problemas nutricionales o que presentan estado nutricional deficiente de los que se encuentran en buen estado nutricional. En los pacientes que presentan estado nutricional deficiente, el tamizaje revela la necesidad de continuar con el paso siguiente: una evaluación nutricional detallada que puede requerir diagnóstico e intervención nutricional. En nuestro tamizaje los elementos o criterios a evaluar son los siguientes:
Indicadores antropométricos: Para medir y evaluar las dimensiones físicas y la composición corporal del individuo, para determinar alteraciones protéicas y energéticas permitiendo detectar estados moderados y severos de mala nutrición, así como problemas crónicos o inferir sobre la historia nutricia del sujeto (peso corporal, masa grasa, masa muscular, agua corporal).

Indicadores bioquímicos: Representan mediciones objetivas y cualitativas del estado nutricio del individuo permitiendo estimar riesgo de morbilidad y mortalidad. Detectan estados de malnutrición subclínicos previos a que se presenten las antropométricas y clínicas.

Indicadores Dietéticos: Se realiza una valoración cuantitativa y cualitativa del consumo de alimentos (dieta) del individuo y por ende de nutrimentos y energía. Identifican de manera temprana el riesgo de desarrollar mala nutrición ya que detectan cambios en el consumo de nutrimentos que al compararse contra las recomendaciones que determinan el inadecuado equilibrio de ellos.

Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial:

- Pacientes con enfermedades crónico degenerativas (DM-HTA)
- Pacientes embarazadas (Código Mater)
- Pacientes con enfermedad oncológicas que limite su estado funcional
- Pacientes con secuelas físicas que impiden su autonomía

A todos los pacientes se les aplicará una evaluación inicial en las 24 horas a partir de que se decide el internamiento.

Todas las evaluaciones iniciales y exhaustivas cuando corresponda quedan registradas en el expediente clínico del paciente.

Como la condición clínica de una persona en que se ve afectada la integridad de su estado nutricional y de salud por factores como: disminución en la ingesta alimentaria, aumento en el gasto energético diferente por la enfermedad de base , ayunos parciales o prolongados.

Valorando pérdida de peso, cambios en la ingesta de alimentos, presencia de enfermedad crónica, incremento en los requerimientos energéticos y de nutrimentos. Entendiéndose por riesgo nutricional al stress metabólico secundario a la enfermedad y/o intervención quirúrgica selectiva al paciente hospitalizado, donde la taza metabólica basal se ve reflejada en la utilización de los ácidos grasos como medio de combustible incorporándose la producción de glucosa a partir de proteínas y cetosis incrementada.
Se emplea la terápia nutricional oportuna con el objetivo primordial de evitar que el paciente caiga en un riesgo nutricional en tiempo y forma.

Los elementos o criterios a evaluar	**Indicadores antropométricos**: Para medir y evaluar las dimensiones físicas y la composición corporal del individuo, para determinar alteraciones protéicas y energéticas permitiendo detectar estados moderados y severos de mala nutrición, así como problemas crónicos o inferir sobre la historia nutricia del sujeto (peso corporal, masa grasa, masa muscular, agua corporal). **Indicadores bioquímicos:** Representan mediciones objetivas y cualitativas del estado nutricio del individuo permitiendo estimar riesgo de morbilidad y mortalidad. Detectan estados de malnutrición subclínicos previos a que se presenten las antropométricas y clínicas. **Indicadores Dietéticos:** Se realiza una valoración cuantitativa y cualitativa del consumo de alimentos (dieta) del individuo y por ende de nutrimentos y energía. Identifican de manera temprana el riesgo de desarrollar mala nutrición ya que detectan cambios en el consumo de nutrimentos que al compararse contra las recomendaciones que determinan el inadecuado equilibrio de ellos.
Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones	Las (os) Licenciadas (os) en Nutrición y Dietistas.
Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación	Las (os) Licenciadas (os) en Nutrición y Dietistas son las que realizan la evaluación a través las siguientes competencias: Evaluar y diagnosticar el estado nutricional del individuo enfermo hospitalizado y ambulatorio mediantes la selección, aplicación e interpretación critica de los indicadores pertinentes para definir el tipo de atención alimentaria y nutricional a implementarse. Planear, monitorear y evaluar el tratamiento nutricional del individuo enfermo teniendo en cuenta el diagnóstico nutricional, las alteraciones bioquímicas y fisiológicas, sus requerimientos nutricionales y las características de los alimentos.

El lugar donde se documenta el proceso de evaluación inicial	Una vez realizado el Tamizaje Nutricional FERGUSON formato INER-ALIM-25 (09.2015) se anexa al expediente clínico, en el caso de salir con riesgo nutricional se le realiza una evaluación nutricional exhaustiva para adulto y pediatría.
El momento de la primera evaluación	Se le realiza el tamizaje nutricional ferguson al paciente que es hospitalizado en las primeras 24 horas a su ingreso.
La periodicidad de las revaluaciones	Se les realizara en un lapso de 14 días
Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial	Pacientes con enfermedades crónico degenerativas (DM-HTA). Pacientes embarazadas (Código Mater). Pacientes con enfermedad oncológicas que limite su estado funcional. Pacientes con secuelas físicas que impiden su autonomía

11.6. Criterios para Identificar pacientes que requieren de una evaluación especializada adicional AOP.9

El proceso de Evaluacion Inicial incluye criterios para identificar a aquellos pacientes que requieren de una evaluacion especializada adicional

A partir de un análisis multidisciplinario a los pacientes se les buscará de manera intencionada una o varias evaluaciones especializadas adicionales ésta será aplicada en las primeras 24 horas de hospitalizacion del paciente, y serán realizadas por el personal de acuerdo a las necesidades del paciente, por ejemplo si necesita informacion médica, el médico adscrito será el encargado de dar la informacion, si es algo relacionado a trabajo social, la trabajadora social encargada del paciente sera la encargada de dar la información y ésta se documentará en el expediente clínico.

7.Criterios para Identificar a los pacientes que requieren planeación temprana del alta AOP.10

El proceso de evaluacion inicial incluye criterios para identificar a los pacientes que requieren una planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas).

La evaluación inicial identifíca a aquellos pacientes en quienes es crítico **planificar el** alta de manera temprana. Desde el proceso de evaluación inicial, el personal del Instituto analiza de manera multidisciplinaria, las necesidades especiales que el paciente requerirá una vez concluido el proceso de atención. En el INER, por tratarse de una institución del tercer nivel de atención que atiende pacientes con patología compleja del aparato respiratorio, es frecuente encontrar pacientes que al alta pueden requerir de lo siguientes apoyos:

1. Oxígeno suplementario
2. Ventilación Mecánica Invasiva o No Invasiva
3. Rehabilitación Física y Pulmonar
4. Cuidados de enfermería en domicilio
5. Transporte a su domicilio

El formato de la planificación del alta, contiene criterios para poder identificar a aquellos pacientes para quienes la planificación del alta es crítica ya sea por motivos de edad, falta de movilidad, necesidades contínuas, tanto médicas como de enfermería, asistencia en las actividades de la vida diaria, etc. Dichas necesidades se identifican desde el momento del ingreso y se solicita a las instancias correspondientes los apoyos requeridos para garantizar que las condiciones solicitadas se cumplan al momento del alta del paciente.

Los procesos de evaluación y planificación se inician en las primeras 24 horas tras la admisión del paciente y durante el proceso de atención con el propósito de garantizar la continuidad de la atención en el momento del egreso.

La planificación del alta se realiza por primera vez por el médico que realiza la evaluación inicial dentro de las primeras 24 horas. Sin embargo por la propia evolución del paciente y su padecimiento podrá realizarla también el médico tratante en el servicio de hospitalización fuera de las 24 horas establecidas.

La planifican del alta debe de realizarse en todos los pacientes en donde se identifíquen requerimientos especiales para su egreso como en los siguientes pacientes:

- Senil o comatosos/ dependientes para actividades de la vida diaria.
- Dependientes de oxígeno.
- Paciente con traqueostomía
- Dependiente de Ventilación mecánica

En estos pacientes se planea para su egreso:

- Requerimientos.
- Acciones a realizar
- Y la determinación de valoraciones especializadas.

8. Proceso de Reevaluación de pacientes AOP.11

El proceso de Evaluacion inicial considera revaluar al paciente

El proceso de revaluación es parte de todo el equipo multidisciplinario que participan en el proceso de evaluación inicial.

Las nutriólogas serán las encargadas de revaluar a los pacientes con riesgo nutricional después de 20 días de haberle realizado una evaluación exhaustiva, dejando una nota en el expediente clínico de seguimiento.

Las evaluaciones psicológicas después de una exhaustiva se revaluaran cada tercer dia dejando una nota en el expediente clínico, dando el seguimiento que corresponda.

12.9. Análisis e integración de la información derivada del proceso de evaluación inicial AOP.12; AOP.12.1

El equipo multidisciplinario de atención analiza e integra la información derivada del proceso de evaluación inicial y los elementos que revaluan.

En la evaluación inicial del paciente participan un grupo multidisciplinario (Médico, Enfermera, psicólogos, nutriólogos y Trabajadores Sociales), se lleva a cabo con la nota inicial del médico que decide su ingreso al servicio de hospitalización, además de los formatos de Evolución inicial Médica, Evaluación inicial de Enfermería y Evaluación inicial de Trabajo Social. Dichos formatos serán elaborados antes del ingreso al servicio de Hospitalización. En la historia clínica del médico, el formato de Evaluación inicial de enfermería será elaborado por él/la enfermera del servicio de hospitalización. El formato de Evaluación inicial de Trabajo Social será elaborado por personal de Trabajo Social del Servicio de Hospitalización.

Una vez que se evaluan todos los aspectos de la “evaluación inicial” el equipo multidisciplinario integra la información y se toman desiciones de los resultados ya sea para la planeación de la alta, para atención psicológica ó nutricional.

Los familiares o resposables de los pacientes siempre van a estar informados sobre el proceso de atención.

Todo formará parte del expediente clínico del paciente.

13. Necesidades específicas de educación Ver Políticas PFE)

Todos los pacientes a su ingreso, como parte de la evaluación inicial son evaluados de manera multidisciplinaria con el objetivo de identificar necesidades específicas de educación. Mediante el **Formato INER-CALIDAD-02**, los profesionales de la salud involucrados en el cuidado y atención del paciente señalan el tipo de educación y/o capacitación requerido por el paciente, así como el responsable de cumplir con dicha tarea. Los pacientes que acuden al INER, pueden requerir educación y capacitación, entre otras:

1. Lavado de manos
2. Orientaciòn al ambiente hospitalario
3. Manejo y uso de Oxígeno suplementario
4. Técnicas de rehabilitación física y pulmonar
5. Manejo y uso de dispositivos para administración de medicamentos inhalados
6. Manejo y prevención de úlceras por presión
7. Manejo de secreciones y aspiración de la vía aérea en pacientes con traqueostomía.
8. Manejo de estómas y tubos de drenaje

De manera adicional , el personal del Departamento de Trabajo Social, durante la entrevista de evaluación, preguntará directamente al paciente y/o familiar si tiene alguna necesidad diferente al motivo del ingreso, con el objeto de realizar una búsqueda intencionada de la necesidad educación del paciente diferente al motivo de su ingreso o dudas acerca del motivo de su ingreso. Dicha información queda asentada en el expediente clínico y notas de Trabajo Social.

14. Barreras de aprendizaje (Ver Políticas PFE)

Se valoran las barreras de aprendizaje que potencialmente interfieren y pueden alterar el proceso de atención. Se valoran barreras de lengua/idioma, así como barreras cognitivas de orden perceptual en el caso que los pacientes presenten limitaciones para ver, escuchar o hablar. Como ocurre con los factores de riesgo social, la participación de la familia o red de apoyo del paciente resulta muy importante para coadyuvar a garantizar la calidad del proceso de atención.

Barreras (cognitivo perceptual). En el formato de evaluación inicial de trabajo social se encuentra el rubro de Patrón Cognitivo Perceptual ó Barreras. La cual consta de 3 preguntas con la finalidad de identificar alguna barrera que interfiera en la comunicación del paciente, y si el paciente necesita algún tipo de apoyo para comunicarse.

La evaluación consta de 3 preguntas:

- ¿Tiene dificultad para ver?
- ¿Tiene dificultad para escuchar?
- ¿Tiene alguna dificultad para hablar?
- ¿Habla algún dialecto?

Cuando el paciente tenga solo una discapacidad visual pero puede hablar y escuchar y el proceso de comunicación no se ve afectado.

Cuando el paciente presente sordera total, y no puede hablar se utiliza el Lenguaje de Señas Mexicano. Como apoyo para el personal de Trabajo Social que se encarga de evaluar las barreras para el aprendizaje, se cuenta con una herramienta de apoyo gráfico e imágenes en trabajo social de urgencias y hospitalización. En éstos casos, se solicitará la presencia y el apoyo de la familia que maneje el lenguaje de señas o cualquier otro método de comunicación efectiva con el paciente.

Cuando el paciente tiene alguna dificultad para hablar, pero puede ver y escuchar se utiliza pizarrón portable o libreta que se encuentra en el servicio de Trabajo Social de urgencias y hospitalización y éste es proporcionado al paciente durante su estancia hospitalaria.

Integrantes del Grupo de Evaluación de Pacientes.

Nombre	Cargo y Adscripción
Dr. Justino Regalado Pineda	Líder del Grupo de Atención de Pacientes y Subdirector de Atención Médica
Dr. Miguel Ángel Salazar Lezama	Adscrito a la Subdirección de Atención Médica de Neumología
Mtra. Loredmy Herrera Kiengerher	Adscrita a la Subdirección de Atención Médica de Neumología
Lic. Martha Castillo González	Jefe del Departamento de Enfermería
Lic. Viridiana Adriana López Rodríguez	Jefe del Área de Calidad del Cuidado de Enfermería
Dra. Alejandra Gamiño Pérez	Jefe del Departamento de Alimentación y Nutrición
Dr. Eusebio Lauro Pérez Flores	Jefe de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos
Dr. José Luis Sandoval Gutiérrez	Jefe del Servicio de Urgencias Respiratorias
Dra. Maribel Mateo Alonso	Jefe del Servicio de Consulta Externa
Dra. Mayra Edith Mejía Ávila	Jefe del Servicio Clínico de Enfermedades Intersticiales
Dra. Marcela Muños Torrico	Jefe del Servicio Clínico de Tuberculosis
Dra. Renata Báez Saldaña	Jefe del Servicio Clínico de Neumología Oncológica
Dr. Ricardo Stanley Vega Barrientos	Jefe del Servicio de Neumología Clínica
Dr. Rafael Hernández Zenteno	Jefe del Servicio Clínico de Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas
Dr. Armando Castorena Maldonado	Jefe del Servicio Clínico de Otorrinolaringología
Dr. Alejandro Alejandre García	Jefe del Servicio Clínico de Neumología Pediátrica
Dra. Carmen Margarita Hernández Cárdenas	Jefe del Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos
Lic. Beatriz Patricia García Corona	Jefe del Departamento de trabajo social
Psic. Janella Mora Gallegos	Adscrita a la Dirección Médica
Ing. Karlos Ayala López	Jefe del Departamento de Calidad
Mtra. Azucena Vinniza López Rodríguez	Adscrita al Departamento de Calidad
E. E. Emma Zazueta Carpinteyro	Adscrita al Departamento de Calidad