

ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE

**AOP**

(ASSESSMENT OF PATIENT)

EVALUACIÓN DEL PACIENTE

# AOP

- OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LAS NECESIDADES DE CADA PACIENTE.
- ANALIZAR LA INFORMACIÓN OBTENIDA PARA IDENTIFICAR LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN DEL PACIENTE.
- ELABORAR UN PLAN DE ATENCIÓN ESPECÍFICO.

# AOP

- SE REALIZARÁ EN LAS PRIMERAS 24 HRS.
- EN CASO DE URGENCIA SE REALIZARÁ UNA NOTA QUE ESPECIFIQUE ESTA SITUACIÓN Y SE DIFERIRÁ.
- LOS RESPONSABLES SON EL MÉDICO Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA, UTILIZANDO LA INFORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD.

# 1.- HISTORIA CLÍNICA

- REGULARMENTE BIEN REALIZADA.
- STANDARD DE ORO: MEDICINA INTERNA Y CIRUGÍA PLÁSTICA.
- FUE EVALUADA COMO ÓPTIMA.

## 2.- EXPLORACIÓN FÍSICA.

- REGULARMENTE BIEN REALIZADA.
- STANDARD DE ORO: MEDICINA INTERNA Y CIRUGÍA PLÁSTICA.
- FUE EVALUADA COMO ÓPTIMA.

# 3.- EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA

- REGULARMENTE BIEN REALIZADA.
- FUE EVALUADA COMO ÓPTIMA.

## 4.- CULTURAL

IDENTIFICAR:

- VALORES.
- CREENCIAS.
- COSTUMBRES.
- RELIGIÓN.
- PREFERENCIAS.
- INMIGRACIÓN, RESIDENCIA.
- RELACIÓN GENERACIONAL

PLASMARLO EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO.

## 5.- SOCIAL

- PUEDE ESTAR BASADO EN LA EVALUACIÓN DE TRABAJO SOCIAL, CON **IDENTIFICACIÓN** DE LOS FACTORES QUE REPERCUTEN DIRECTAMENTE EN EL MANEJO.
- ESTRÉS SOCIAL (DUELO, AUTONOMIA, COMPROMISOS, DINERO, ETC), APOYO (ESTADO CIVIL, CONTACTOS POSITIVOS), EDAD, SEXO
- PLASMARLO EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO.

## 6.- ECONÓMICA

- TOMAR EN CUENTA LA VALORACIÓN POR TRABAJO SOCIAL.
- EFICIENCIA Y COSTO DE ALTERNATIVAS, PROGRAMAS DE APOYO, CREACIÓN DE PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS.
- PLASMAR EN EL EXPEDIENTE LO **IDENTIFICADO** Y DE QUÉ FORMA REPERCUTE EN EL MANEJO DEL PADECIMIENTO.

## 7.- PSICOLÓGICA

- **IDENTIFICAR** ALGÚN ASPECTO QUE REPERCUTA EN EL MANEJO.
- SI EXISTE, SOLICITAR UNA EVALUACIÓN EXHAUSTIVA POR EL SERVICIO ENCARGADO Y PLASMARLO EN EL EXPEDIENTE.

# 8.- DOLOR

## ESCALA VISUAL ANALOGA (EVA) PARA VALORACION DEL DOLOR

										
No duele	Duele un poco	Duele un poco más	Duele aún más	Duele mucho	Duele muchísimo					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

TIPO	M V N			CAUSA	M V N			DURACIÓN	M V N		
Somático				Herida				Continuo			
Visceral				Trauma				Intermitente			
Neurovascular				Proceso infeccioso							
Fantasma				Inflamación				LOCALIZACIÓN:			
Otros: _____				Otros: _____							

Considerando el estado de salud, edad, capacidad intelectual y características socioculturales del paciente, se valorará la presencia y características del dolor y se registrará con palomeo, por turno, la valoración referida por el paciente en el cuadro correspondiente: matutino(M) vespertino(V) o nocturno (N)

Este espacio **NO** permanecerá en blanco.

Registrar con (✓) el tipo, causa, duración y localización del dolor.

**TIPO:** estos pueden ser:

- Somático: Es agudo y punzante.
- Visceral: Dolor tipo cólico, profundo, sordo, de estiramiento.
- Neurovascular: Se origina en los nervios periféricos, especialmente evidente en migrañas (pulsátil), es quemante, y con sensaciones de choque eléctrico, adormecimiento, calambres o dolor quemante.
- En otros registrar aquellos que no se encuentren contemplados.

**CAUSA:** Estos pueden ser por:

Herida Trauma Proceso infeccioso Inflamación

**DURACIÓN:** Indicar la frecuencia y permanencia con que se presenta el dolor.

Ejemplo: Agudo Crónico Continuo Intermitente Otros

**LOCALIZACIÓN:** Anotar la localización anatómica del dolor en la línea correspondiente, en el caso de presentarse dolor nuevamente en otra zona colocar diagonal posterior a la primera localización.

Registrar en otros **NO REFIERE** cuando el paciente no manifieste dolor, con el color de tinta correspondiente

Deberá **re-valorar** la presencia de dolor en el paciente, durante y al final del turno, conforme a la política institucional. Registrar la planeación y ejecución de las intervenciones para controlar el dolor de acuerdo al Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE).

Este espacio **No** debe quedar en blanco

## 9.- RIESGO DE CAÍDAS.

- **IDENTIFICAR CON ESCALA SISTEMATIZADA Y ESTANDARIZADA.**
- **EN EL EXPEDIENTE SE PLASMA LA CALIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN Y LAS ACCIONES TOMADAS.**
- **DEBE EXISTIR EN EL EXPEDIENTE CONTINUIDAD DE LAS ACCIONES TOMADAS.**

# POSTQUIRÚRGICA

**VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN ÁREAS DE TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA**  
ESCALA DE CAÍDAS HUMPTY DUMPTY

		PNE	TRANS	POS
EDAD	Mayor de 60 años	2	2	2
	De 18 a 60 años	1	1	1
GÉNERO	Hombre	2	2	2
	Mujer	1	1	1
DIAGNÓSTICO	Problemas neurológicos	4	4	4
	Alteraciones de oxigenación	3	3	3
	Trastornos psíquicos o de conducta	2	2	2
	Otros diagnósticos	1	1	1
NECESIDAD COGNITIVA	No conoce sus limitaciones	3	3	3
	Se le olvida sus limitaciones	2	2	2
	Orientado en sus propias capacidades	1	1	1
FACTORES AMBIENTALES	Historia de caídas previas	4	4	4
	Utiliza dispositivos de ayuda a la movilización	3	3	3
	Paciente en la cama	2	2	2
	Paciente ambulatorio	1	1	1
TIEMPO DE SEDACIÓN	Dentro de las 24 hrs	3	3	3
	Dentro de las 48 hrs	2	2	2
	Más de 48 hrs / ninguna	1	1	1
MEDICAMENTOS	Uso de múltiples medicamentos Sedantes, Hipnóticos, Barbitúricos, Diuréticos, Narcóticos.	3	3	3
	Uso de los medicamentos antes mencionados	2	2	2
	Ninguno	1	1	1
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		Riesgo bajo: 1 a 6 pts		
		Riesgo moderado: de 7 a 11 pts		
		Riesgo alto: igual o mayor a 12 pts		

La escala de caídas evalúa los factores de riesgo intrínsecos (paciente) y extrínsecos (entorno), lo que permite a la valoración de Enfermería determinar el riesgo (de 1 ó 4) que corresponde a cada uno de los 7 parámetros de la escala (edad, género, diagnóstico, deterioro cognitivo, factores ambientales, cirugía, sedación, anestesia y medicamentos).

Registrar la valoración con palomeo en el cuadro correspondiente al factor de riesgo identificado, de acuerdo a los parámetros de referencia (1,2,3 ó 4).

Anotar la sumatoria TOTAL de los valores, en el cuadro correspondiente, de acuerdo al nivel de riesgo que se haya identificado.

Si el resultado es igual o mayor a 12 puntos presenta **ALTO RIESGO**, llevar a cabo las acciones que establece el Programa Institucional para la Prevención de Caídas.

Independientemente del riesgo que presente deberá re-valorarse al paciente en cada cambio de estado de salud, (durante y al final del turno o tantas veces considere necesario). Registrar la planeación y ejecución de las intervenciones para controlar los riesgos de acuerdo al Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE).

Registrar con tinta correspondiente al turno.

# HOSPITALIZACIÓN

**VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN ÁREAS DE TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA**  
ESCALA DE CAÍDAS HUMPTY DUMPTY

		PNE	TRANS	POS
EDAD	Mayor de 60 años	2	2	2
	De 18 a 60 años	1	1	1
GÉNERO	Hombre	2	2	2
	Mujer	1	1	1
DIAGNÓSTICO	Problemas neurológicos	4	4	4
	Alteraciones de oxigenación	3	3	3
	Traumatismos psíquicos o de conducta	2	2	2
	Otros diagnósticos	1	1	1
NECESIDAD COGNITIVA	No conoce sus limitaciones	3	3	3
	Se le olvida sus limitaciones	2	2	2
	Orientado en sus propias capacidades	1	1	1
FACTORES AMBIENTALES	Historia de caídas previas	4	4	4
	Utiliza dispositivos de ayuda a la movilización	3	3	3
	Paciente en la cama	2	2	2
	Paciente ambulatorio	1	1	1
TIEMPO DE SEDACIÓN	Dentro de las 24 hrs	3	3	3
	Dentro de las 48 hrs	2	2	2
	Más de 48 hrs / ninguna	1	1	1
MEDICAMENTOS	Uso de múltiples medicamentos Sedantes, Hipnóticos, Barbitúricos, Diuréticos, Narcóticos.	3	3	3
	Uso de los medicamentos antes mencionados	2	2	2
	Ninguno	1	1	1
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				

Riesgo bajo: 1 a 6 pts.  
Riesgo moderado: de 7 a 11 pts.  
Riesgo alto: igual o mayor a 12 pts.

La escala de caídas evalúa los factores de riesgo intrínsecos (paciente) y extrínsecos (entorno), lo que permite a la valoración de Enfermería determinar el riesgo (de 1 ó 4) que corresponde a cada uno de los 7 parámetros de la escala (edad, género, diagnóstico, deterioro cognitivo, factores ambientales, cirugía, sedación, anestesia y medicamentos).

Registrar la valoración con palomeo en el cuadro correspondiente al factor de riesgo identificado, de acuerdo a los parámetros de referencia (1,2,3 ó 4).

Anotar la sumatoria TOTAL de los valores, en el cuadro correspondiente, de acuerdo al nivel de riesgo que se haya identificado.

Si el resultado es igual o mayor a 12 puntos presenta **ALTO RIESGO**, llevar a cabo las acciones que establece el Programa Institucional para la Prevención de Caídas.

Independientemente del riesgo que presente deberá re-valorarse al paciente en cada cambio de estado de salud, (durante y al final del turno o tantas veces considere necesario). Registrar la planeación y ejecución de las intervenciones para controlar los riesgos de acuerdo al Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE).

Registrar con tinta correspondiente al turno.

# 10.- FUNCIONAL.

- IDENTIFICAR RIESGOS.
- **ESTANDARIZAR MÉTODO DE EVALUACIÓN.**
- REVALORACIONES PERIÓDICAS Y DOCUMENTARLAS EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO.
- DE SER NECESARIO, SE REALIZARÁ UNA EVALUACIÓN EXHAUSTIVA POR EL SERVICIO CORRESPONDIENTE.

# KATZ

**ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (KATZ)**

**1. Baño (Esponja, regadera o tina)**      Sí       No

1 No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño).  
1 Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (ej. espalda o pierna).  
0 Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.

**2. Vestido**      Sí       No

1 Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia.  
1 Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos.  
0 Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.

**3. Uso del Sanitario**      Sí       No

1 Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo).  
1 Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por sí mismo el pañal o cómodo vaciándolo.  
0 Que no vaya al baño por sí mismo.

**4. Transferencias**      Sí       No

1 Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte).  
1 Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia.  
0 Que no pueda salir de la cama.

**5. Continencia**      Sí       No

1 Control total de esfínteres.  
1 Que tenga accidentes ocasionales.  
0 Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente.

(a) Urinaria (Tipo): \_\_\_\_\_  
(b) Fecal (Tipo): \_\_\_\_\_

¿Utiliza pañal o protector?  
Sí  No  Tiempo: \_\_\_\_\_

**6. Alimentación**      Sí       No

1 Que se alimente por sí solo sin asistencia alguna.  
1 Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla.  
0 Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.

FUNCIONALIDAD

# 11.- NUTRICIONAL.

- EN BASE A UNA **EVALUACIÓN ESTANDARIZADA** SE IDENTIFICARÁN RIESGOS.
- SE PLASMARÁ EN EL EXPEDIENTE.
- SE TOMARÁN ACCIONES.
- DE SER NECESARIO, SE REALIZARÁ UNA **EVALUACIÓN EXHAUSTIVA** Y SE DOCUMENTARÁ.
- **DARLE SEGUIMIENTO** EN EL EXPEDIENTE CLINICO.

# 11

- DEBAJO DE 18.5 IMC
- POR ARRIBA DE 25 IMC
- SE DEBERA REALIZAR INTERCONSULTA

# DIAGNÓSTICO DE RIESGO NUTRICIONAL

## Ficha de Identificación

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_  
 Médico: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_ Etapa Clínica: \_\_\_\_\_  
 Segunda Etapa: \_\_\_\_\_

### Primera Etapa: TAMIZAJE INICIAL

- 1.- ¿IMC < 20.5? SI  NO
- 2.- ¿Ha perdido peso en los últimos 3 meses? SI  NO
- 3.- ¿Ha reducido su ingesta en la última semana? SI  NO
- 4.- ¿Es un paciente grave? SI  NO

Una pregunta igual a "SI" pase a la segunda etapa  
 Todo igual a "NO" Retamizaje semanal

B= Severidad de la enfermedad

De acuerdo a su evaluación seleccione el marcador más alto.

Grado 1	LEVE	Grado 2	MODERADO	Grado 3	SEVERO
Fractura de cadera - Cirrosis - Oncología	Pacientes crónicos: - Diabetes - Hemodialisis	Cirugía abdominal mayor Neumonía severa hematológicas	Accidente vascular cerebral Neoplasias	Traumatismo craneo encefálico Trauma en general Transplante Medula Terapia intensiva (Apache + 10)	Quemaduras graves

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: \_\_\_\_\_

### VALORACIÓN RIESGO NUTRICIONAL

A= Daño estado nutricional

De acuerdo a su evaluación seleccione el marcador más alto considerando la variable más afectada de paciente.

	Grado 1 LEVE	Grado 2 MODERADO	Grado 3 SEVERO
Pérdida de peso	5% en 3 meses	5% en 2 meses	5% en 1 mes o 15% en 3 meses
IMC		entre 18.5 y 20.5	menor a 18.5
Ingesta de alimentos	50 al 70% semana previa	25 al 50% semana previa	0 al 25% semana previa

C= Edad

Menor a 70 años = 0

70 años o más = 1

**A + B + C = MARCADOR TOTAL**

MARCADOR	INTERPRETACIÓN	ACCIONES	DIAGNÓSTICO
3 puntos o más	Riesgo nutricional	Plan nutricional	
Menor a 3 puntos	No riesgo nutricional	Re- evaluar semanalmente	

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

NUTRILOGA: \_\_\_\_\_

## 12.-NECESIDADES DE EDUCACIÓN.

- QUÉ NECESITA APRENDER EL PACIENTE SEGÚN EL MÉDICO?
- PREGUNTAR AL PACIENTE: QUÉ NECESITA APRENDER?
- EN BASE A LA EXPERIENCIA DEL MÉDICO, QUÉ DEBEN APRENDER EL PACIENTE Y SUS FAMILIARES PARA UNA MEJOR EVOLUCIÓN.

# 13.- BARRERAS DE APRENDIZAJE.

- IMPEDIMENTOS (CULTURALES, PSICOLÓGICOS, FÍSICOS, PSIQUIÁTRICOS,..).
- DISCAPACIDADES (AUDITIVAS, VISUALES, TÁCTILES, ETC..).
- IDIOMA, LENGUA, DIALECTO.

# 14.- DISPOSICIÓN PARA APRENDER

- MOMENTO DEL ESTADO CLÍNICO.
- MOMENTO PSICOLÓGICO.
- MEDICAMENTOS.

# 15.- IDENTIFICAR PACIENTES QUE REQUIEREN EVALUACIONES ESPECIALIZADAS.

- **CRITERIOS INSTITUCIONALES SOBRE DETERMINADOS GRUPOS DE PACIENTES EN LOS QUE SE DEBEN TRATAR PADECIMIENTOS EN PARALELO AL PADECIMIENTO ACTUAL.**
- **DE SER NECESARIO SE DEBE REALIZAR UNA EVALUACIÓN EXHAUSTIVA.**
- **PLASMARLO EN EL EXPEDIENTE.**
- **DAR SEGUIMIENTO.**

# 15

- PEDIATRICOS, CIEGOS, SORDOS.
- ADULTOS MAYORES
- ENFERMOS TERMINALES
- MUJERES EMBARAZADAS
- OBESOS O CON SOBREPESO
- PSIQUIATRICOS
- DROGADICCIÓN
- VIOLENCIA FAMILIAR, VICTIMAS DE ABUSO O NEGLIGENCIA.

# 16.- IDENTIFICAR PACIENTES QUE REQUIEREN PLANIFICACIÓN TEMPRANA DEL ALTA.

- **CRITERIOS INSTITUCIONALES.**
- EJEMPLO: INDIGENTES, TRAUMATIZADOS, MEDICO-LEGALES, EXTRANJEROS, QUEMADOS.