



**PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN
INICIAL AL PACIENTE, INCLUYENDO LA
EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA.
AOP.1 / AOP.2 / AOP.3 / AOP.5 / AOP.8 /
AOP.9 / AOP.14**

1. Propósito:

- 1.1. Definir lineamientos para la evaluación inicial, incluyendo la evaluación de enfermería a todo paciente de primera vez y definir acciones de atención, con el fin de comprender las necesidades del paciente.

2. Alcance:

- 2.1. Este procedimiento es de aplicación obligatoria para el personal de enfermería que brinda atención al usuario en CAISES Apaseo el Grande.

3. Aspectos a considerar:

- 3.1. La Evaluación inicial (AOP.1) se debe realizar a todo paciente de primera vez que acuda a la unidad
- 3.2. Las evaluaciones iniciales se deberán actualizar conforme acuda el paciente a la consulta.
- 3.3. La evaluación inicial consta de los siguientes elementos en colaboración con el equipo multidisciplinario:
 - Historia clínica.
 - Evaluación de enfermería
 - Evaluación de barreras para el aprendizaje (ver PFE)
 - Evaluación de necesidades de educación (ver PFE)
 - Evaluación social y económica.
 - Evaluación cultural (valores y creencias)
 - Evaluación psicológica de tamizaje.
- 3.4. El personal médico y de enfermería son los responsables de realizar la evaluación inicial, siendo el médico el responsable de la historia clínica y el personal de enfermería el responsable del resto de los elementos de la evaluación inicial.
- 3.5. Personal de enfermería deberá integrar la evaluación inicial al expediente del paciente, seguido de la hoja frontal y antes de la historia clínica.
- 3.6. La realización de la evaluación inicial debe estar documentada en el Formato de Evaluación Inicial del Paciente (Anexo 1)
- 3.7. La evaluación inicial deberá ser actualizada de manera anual o cuando el estado de salud del paciente tenga un cambio.
- 3.8. La historia clínica tiene una vigencia de 5 años, se realizará o actualizará por parte del médico tratante, en cualquiera de las siguientes condiciones:
 - Cuando acude el paciente a la unidad de salud y es la primera vez.
 - Cuando el paciente tenga un cambio en su diagnóstico.
 - Cuando hayan pasado 5 años de su realización.
- 3.9. De acuerdo con el Formato de Evaluación Inicial del Paciente se cuentan con los siguientes 6 elementos:
 - 3.9.1. **Datos de identificación:**
 - 3.9.1.1. En este rubro se deberán completar los siguientes datos: Nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, edad del paciente, género del paciente (masculino o femenino), fecha de la elaboración inicial, alergias del paciente.

Emisión: 12-2023.

Revisión: 01– 02-2024.

3.9.2. Historia clínica (AOP.2)

3.9.2.1. Como parte de la evaluación inicial, la enfermera clínica deberá corroborar si el paciente ya cuenta con una historia clínica previa y si ésta se encuentra vigente, en caso contrario deberá avisar al médico para que realice o actualice la Historia Clínica. Dicha evaluación se documenta en el formato de Evaluación Inicial (Anexo 1) y la Historia Clínica se documenta en el formato según corresponda al grupo de edad, General (Anexo 2), Perinatal (Anexo 3) a embarazadas y Pediátrica (Anexo 4) a menores de 10 años.

3.9.2.2. Se utilizan tres formatos estandarizados a nivel estatal: Historia Clínica General, Historia Pediátrica General, e Historia Clínica Gineco-Obstétrica y Nota de ingreso; las anteriores basadas en la NOM 004-SSA3-2012 Del expediente clínico, y los elementos necesarios que en ella se mencionan, además de que cuenta con una vigencia de 5 años a partir de la fecha de realización de la Historia.

A) Historia clínica General

- **Encabezado de historia clínica:** Nombre de la unidad médica, fecha y hora de la realización, servicio del cual se realiza la historia clínica, tipo de interrogatorio (directo al paciente o indirecto el cual se obtiene a partir de un familiar o acompañante)
- **Ficha de identificación:** en el cual se coloca el nombre completo del paciente, Número de expediente, fecha de nacimiento, edad, género, grupo étnico, religión, domicilio completo, municipio, entidad federativa, código postal, colonia. Estado civil (soltero, casado, unión libre), Ocupación (empleado, profesionista), así como en caso de requerir nombre del responsable del paciente.
- **Antecedentes heredo-familiares:** en este rubro se anexan patologías de importancia de familiares de primera línea que puedan influir en padecimientos del paciente. (Diabetes mellitus, hipertensión arterial, neoplasias, cardiopatías, alergias).
- **Antecedentes personales no patológicos:** en donde se describen estilos de vida del paciente, tipo de vivienda, frecuencia de lavado de dientes, actividad física o sedentarismo, inmunizaciones, tabaquismo, así como la cantidad y frecuencia, alcoholismo frecuencia, alimentación, variedad de la alimentación, cantidad y calidad, además de la frecuencia de baño y aseo personal.
- **Antecedentes personales patológicos:** en el cual se desglosan patologías o antecedentes de salud que el paciente padece o padeció, independientemente de la enfermedad actual (Quirúrgicos, transfusiones, tabaquismo, alcoholismo, drogas, alergias, asma, enfermedades crónicas.)
- **Antecedentes gineco-obstétricos/androgénicos:** en donde se describirán antecedentes relacionados con Menarca, ritmo menstrual, dismenorrea, fecha de última regla, inicio de vida sexual activa, parejas sexuales, número de embarazos, complicaciones durante las gestas, fecha de último parto, fecha probable de parto, utilización de métodos de planificación familiar, realización de citología vaginal, menopausia, exploración mamaria realizada.

- **Padecimiento actual:** en el cual se describe el motivo de consulta actual, por el que acude a valoración.
- **Interrogatorio por aparatos y sistemas:** En el cual se puntualizan los síntomas relacionados con sistema digestivo, respiratorio, nervioso, cardiovascular.
- **Exploración física:** se plantearán los signos vitales, orientación, hidratación, características exploratorias en cabeza, faringe, nariz, cuello, tórax, abdomen, extremidades superiores e inferiores, así como exploración ginecológica.
- **Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.**
- **Terapéutica anterior:** en donde se describirán padecimientos o patologías anteriores que influyan en el diagnóstico actual.
- **Diagnóstico:** de acuerdo con la anamnesis realizada.
- **Pronóstico:** (para la vida y función)
- **Nombre y firma de la persona que realiza la historia clínica** (nombre completo, cédula profesional, firma del médico, odontólogo, nutriólogo o psicólogo).

B) Historia Clínica Perinatal.

Mismos elementos que la anterior, pero se hace mayor énfasis en los siguientes elementos:

- **Antecedentes gineco-obstétricos:** Se anotará la menarca, ritmo, inicio de vida sexual activa de la paciente, número de parejas sexuales, cantidad de gestas, partos, abortos, cesáreas, si existió producto obitado en embarazos previos, embarazos ectópicos, gemelaridad.
- Fecha de último evento obstétrico, producto (masculino o femenino), peso al nacer, lugar de nacimiento, complicaciones al nacer o comentarios adicionales. Fecha de última regla, fecha de Citología, utiliza método de planificación familiar, si en algún momento previo ha llevado o llevó control prenatal, enfermedades adicionales de la paciente que no tienen relación con el embarazo, utilización de algún medicamento previo, así como realización de ultrasonidos anteriores.
- **Exploración obstétrica,** en el que se mencionará el fondo uterino, presentación, situación obstétrica, posición fetal, contracciones uterinas y duración de las mismas, se anotará si existe sangrado transvaginal. En caso de pacientes en trabajo de parto se evaluará: salida de líquido transvaginal, posición, borramiento y dilatación del cérvix.

C) c) Historia clínica Pediátrica.

Mismos elementos que la Historia Clínica General, más los siguientes:

Emisión: 12-2023.

Revisión: 01– 02-2024.

- Desarrollo psicosomático: en este rubro se anotarán los datos generales de desarrollo psicomotor del menor de edad, desde su nacimiento, hasta la edad actual (presentación, desprendimiento de cordón umbilical, sostuvo cabeza, fija la mirada, se gira sobre sí, se paró, se sentó sola, gateó, deambular, crecimiento de primer diente, edad en que comenzó a controlar esfínteres).
- Alimentación: se anotará el periodo en que se le otorgó seno materno, cuánto tiempo, así como edad de destete, periodo de ablactación y una mención general de la dieta actual del menor.
- Inmunización: en esta sección se anotará el esquema de vacunación actual y se mencionará si el esquema está incompleto.

3.9.3. Evaluación de enfermería (AOP.3)

3.9.3.1. Es realizada por personal de enfermería al primer contacto con el paciente, y consiste en los siguientes elementos:

- Signos vitales y somatometría
- Evaluación del dolor
- Evaluación del riesgo de caídas
- Evaluación de úlceras por presión
- Habitus exterior
- Signos y síntomas
- Diagnósticos e intervenciones de enfermería

3.9.3.2. El resultado de la evaluación de los elementos previamente descritos deberá registrarse en el Formato de Notas y Registros de Enfermería para el Primer Nivel de Atención (Anexo 5) que será integrada al Expediente Clínico.

3.9.3.3. La evaluación de enfermería se revalorará en cada consulta médica.

3.9.3.4. Signos Vitales y Somatometría

3.9.3.4.1. Tensión Arterial. En esta sección se anotará el valor obtenido para determinar si es un valor normal, si presenta hipertensión o hipotensión.

3.9.3.4.2. Frecuencia Cardíaca. En esta sección se anotará el valor obtenido para determinar si es un valor normal, si hay taquicardia o bradicardia.

3.9.3.4.3. Frecuencia Respiratoria. En esta sección se anotará el valor obtenido para determinar si es un valor normal, si hay taquicardia o bradipnea.

3.9.3.4.4. Temperatura. En esta sección se anotará el valor obtenido para determinar si es un valor normal, febrícula, fiebre (Hipertermia) o Hipotermia.

3.9.3.4.5. Peso actual. En esta sección se anotará el valor obtenido en kilogramos al pesar al paciente.

3.9.3.4.6. Talla. En esta sección se anotará el valor obtenido al medir al paciente en metros desde los pies hasta la coronilla.

3.9.3.4.7. Índice de masa corporal. En esta sección se evaluará la asociación entre el peso y la talla de la persona para determinar si su estado nutricional se encuentra normal, en algún grado de obesidad o desnutrición.

Emisión: 12-2023.

Revisión: 01- 02-2024.

3.9.3.4.8. Perímetro de cintura o Abdominal. En esta sección se evaluará si el perímetro del abdomen es mayor a 90 centímetros en hombres y 80 centímetros en mujeres y verificar la predisposición a padecer diabetes, hipertensión arterial y otras enfermedades cardiovasculares.

3.9.3.4.9. Glucosa. En esta sección se evalúa el nivel de glucosa capilar, ya sea en ayuno o casual y verificar si el valor se encuentra normal o si el paciente presenta hiperglucemia o hipoglucemia.

3.9.3.4.10. En caso de pacientes pediátricos menores de 5 años se medirá el perímetro cefálico.

3.9.3.5. Evaluación del dolor.

3.9.3.5.1. Para el CAISES Apaseo El Grande los pacientes que se les realiza atención integral de salud se les evalúa intencionalmente la presencia del dolor, considerando intensidad, frecuencia y localización y duración.

3.9.3.5.2. En CAISES Apaseo El Grande se utilizan las siguientes herramientas para la evaluación del dolor:

3.9.3.5.3. Escala analógica visual de EVA para usuario adulto (Anexo 6)

3.9.3.5.4. Escala de Expresión Facial o Escala de Caras de Wong-Baker para usuario pediátrico (Anexo 6)

3.9.3.5.5. La evaluación del dolor se realiza en el primer contacto del paciente con la unidad, este proceso es realizado por el equipo de enfermería, donde se considera la intensidad y características del dolor como la localización, irradiación, duración o tiempo de evolución, factores asociados y frecuencia.

3.9.3.5.6. Dicha evaluación es documentada en el formato de evaluación para la atención inmediata / sensorial (Evaluación inicial. Anexo 1), en la nota y registros de enfermería para el primer nivel de atención (Anexo 5) y en la nota médica (Anexo 7) dentro del expediente clínico del paciente.

3.9.3.5.7. La reevaluación del dolor será en los siguientes momentos:

- Posterior a un procedimiento que pudiera generar dolor (por ejemplo: colocación de implante).
- 1 hora posterior a brindar tratamiento oral para el dolor.

3.9.3.5.8. Para el diagnóstico, abordaje y terapéutica del dolor se deberá consultar el COP.4 Procedimiento para el manejo del dolor.

3.9.3.5.9. Riesgo de caídas

3.9.3.5.10. se evalúa el riesgo de caídas como parte de la Escala de Crichton, ver procedimiento de AESP 6

3.9.3.6. Úlceras por presión

3.9.3.7. Se evalúa el riesgo mediante el uso de la escala e Braden en la que se evalúan 6 aspectos:

- percepción sensorial (sin limitación=4, ligera limitación=3, limitado=2, muy limitado=1)
- exposición a la humedad (raramente húmedo=4, ocasionalmente=3, a menudo=2, siempre=1)
- actividad física (ambulante=4, disminuido=3, muy limitada/silla de ruedas=2, inmóvil/encamado=1)
- movilidad (sin limitación=4, camina con ayuda=3, muy limitada=2, Inmóvil=1)
- roce y fricción (no hay=3, ocasional=2, constante=1).

Emisión: 12-2023.

Revisión: 01– 02-2024.

Página 6 de 10

Se categoriza de la siguiente manera: riesgo alto (<12), riesgo moderado (12 a 14), riesgo bajo (>15)

3.9.3.7.1. En el caso de pacientes con diagnóstico de pie diabético, clasificación de Meggitt - Wagner.

Grado 0: Ninguna, pie de riesgo.

Grado I: Úlceras superficiales.

Grado II: Úlceras profundas.

Grado III: Úlceras profundas más absceso.

Grado IV: Gangrena limitada

Grado V: Gangrena extensa.

3.9.3.8. Signos y síntomas, acorde a su padecimiento actual.

3.9.3.9. Diagnósticos de Enfermería, de acuerdo a NIC, NOC y NANDA

3.9.4. Evaluación social y económica (contexto familiar y social) (AOP.7)

3.9.4.1. En esta sección el médico evalúa los siguientes 7 elementos:

3.9.4.2. Autosuficiencia del paciente: Se describe si el paciente es autosuficiente o no, refiriéndose a pacientes menores de edad, con alguna limitación física, además de pacientes de la tercera edad y/o con alguna discapacidad motriz y/o intelectual; y de ser así si existe una persona responsable del cuidado del paciente, anotar el nombre completo del mismo.

3.9.4.3. Dificultades del responsable en cumplir con su rol: De identificar algunas, describir cuáles serían

3.9.4.4. Pertenencia a alguna etnia: En caso afirmativo, especificar a cuál, y garantizar que esta situación no interfiera con el proceso de atención y solicitar apoyo con algún familiar.

3.9.4.5. Habla alguna lengua o dialecto diferente al español: En caso afirmativo, especificar cuál, y garantizar que esta situación no interfiera con el proceso de atención y solicitar apoyo con algún familiar.

3.9.4.6. La evaluación social se reevaluará cada año.

3.9.5. Evaluación cultural (valores, costumbres y creencias) (AOP.8)

3.9.5.1. En este apartado se evalúan los siguientes 4 elementos:

3.9.5.2. Religión del paciente: católica, cristiana y testigo de Jehová.

3.9.5.3. Su religión le impide algún tipo de tratamiento: En caso afirmativo, especificar cuál y garantizar que esta situación no ponga en peligro la vida del paciente.

3.9.5.4. Consume medicamentos herbolarios: En caso afirmativo, especificar cuál y explicar al paciente si se requiere la suspensión del mismo, por la terapéutica a emplear.

3.9.5.5. Costumbre o creencia que se deba considerar y que pudiera interferir con el proceso de atención: En caso afirmativo, especificar cuál y ver la manera de respetarlo, siempre y cuando no ponga en peligro la vida del paciente y no ponga en riesgo a la Unidad.

3.9.5.6. Interferencia en tratamiento: En el caso de negativa a la terapéutica implementada, se explicarán los posibles riesgos de no aceptarlo, siempre respetando la decisión del usuario, todo lo anterior descrito y documentado en el expediente clínico (nota médica) acompañado del nombre y firma del involucrado como evidencia de que se encuentra enterado.

3.9.5.7. La evaluación de costumbres y creencias se reevaluará cada año.

Emisión: 12-2023.

Revisión: 01- 02-2024.

Página 7 de 10

3.9.6. Evaluación psicológica de tamizaje (AOP.9)

3.9.6.1. Se cuenta con el apoyo y promoción del servicio de psicología en CAISES Apaseo el Grande.

3.9.6.2. Este rubro se evalúa dentro de la Evaluación inicial dependiendo del grupo de edad al que pertenece el paciente, y se colocará la respuesta afirmativa o negativa, según corresponda:

3.9.6.3. Recién nacido, lactante y preescolar (<5 años): Presencia de signos de violencia / omisión de cuidados. En caso positivo, se realiza la herramienta de detección de psicología (trastorno por déficit de atención e hiperactividad). Si el resultado se encuentra positivo se agendará una cita a Psicología para ser valorado en la próxima fecha disponible. En caso positivo de omisión de cuidados, se realiza exploración física en busca de signos de violencia, si es positiva se realiza referencia al área de Psicología.

3.9.6.4. Escolares (5 a 10 años): Inquieto (reportes escolares), agresivo / distraído, pérdida de control de esfínteres, ideación suicida. En caso de que el paciente presente signos o síntomas de agresividad o déficit de atención, el médico realiza la herramienta de detección de psicología (trastorno por déficit de atención e hiperactividad). Si el resultado es positivo, se agendará una cita a Psicología para ser valorado en la próxima fecha disponible. Para la pérdida de control de esfínteres, se realiza interrogatorio enfocado a enuresis-encopresis el cual, si es positivo, se agendará una cita a Psicología para ser valorado en la próxima fecha disponible. Si se detectan pacientes con ideación suicida, se comunica al área de psicología.

3.9.6.5. De 10 a 59 años: Consumo de sustancias nocivas, ideación suicida, trastorno de la alimentación y alteraciones de sueño, víctima de violencia. En caso positivo para consumo de sustancias nocivas se realiza prueba de tamizaje (Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias) el cual si resulta positivo se realiza referencia a CAPA previo consentimiento del paciente. En los pacientes positivos en trastorno de alimentación y alteraciones del sueño, el médico realiza herramienta (cuestionario de conductas alimentarias de riesgo y/o escala de Hamilton según corresponda) se agendará una cita a Psicología para ser valorado en próxima fecha disponible. Si se detectan pacientes con ideación suicida y/o pacientes violentados, se comunica de forma inmediata al área de psicología. Si el paciente presenta Intoxicación por adicciones, violencia extrema y/o intento suicida se refiere directamente al Hospital Comunitario Apaseo el Grande.

3.9.6.6. La evaluación psicológica se reevaluará cada año, acorde al grupo de edad.

4. Referencia normativa

NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria.

Emisión: 12-2023.

Revisión: 01– 02-2024.

Página 8 de 10

5. Descripción del procedimiento:

No. Paso	Actividad	Responsable	Documento/ Herramienta
1	Inicia procedimiento Dar la bienvenida al paciente y se le invita a tomar asiento	Personal de enfermería	NA
2	¿Paciente de primera vez?		
3	SI. Realizar la evaluación inicial.		Formato de evaluación inicial (Anexo 1)
4	NO. Verificar si ya cuenta con la valoración inicial, en caso de no tenerla, hay que realizarla, debe de tener menos de un año.		
5	Atender todos los criterios que solicita el formato de evaluación inicial.		
6	¿Identificar factores de riesgo?		
7	SI. Solicitar interconsulta.		
8	NO. Dar orientación general de lo que se encontró en la evaluación inicial.		
9	Colocar formato de evaluación inicial en el expediente del paciente. Termina procedimiento		

6. Indicador:

No Aplica

7. Glosario:


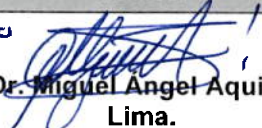

No Aplica

8. Cambios de Versión:

NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
01	Febrero 2024	Se modifica portada, encabezado, clave, pie de página, cuadro de cambios del documento y ruta de firmas.

9. Anexos:

- 9.1. Anexo 1: Formato de evaluación inicial.
- 9.2. Anexo 2: Historia clínica general.
- 9.3. Anexo 3: Historia clínica – obstétrica.
- 9.4. Anexo 4: Historia clínica pediátrica.
- 9.5. Anexo 5: Formato de Notas y Registros de Enfermería para el Primer Nivel de Atención
- 9.6. Anexo 6: Escalas del dolor EVA
- 9.7. Anexo 7: Nota médica

Elaboró:	Revisó:	Validó:	Autorizó:
 LEO. Margarita Bautista Vázquez Supervisora de Enfermería CAISES Apaseo el Grande.	 Dr. Miguel Ángel Aquino Lima. Gestor de Calidad CAISES Apaseo el Grande	 Dr. Miguel Ángel López García Director CAISES Apaseo el Grande	

Emisión: 12-2023.

Revisión: 01– 02-2024.