

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: N/A
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		Rev. A
	Procedimiento para el Traslado Interinstitucional de Pacientes		Hoja: 1

PROCEDIMIENTO PARA EL TRASLADO INTER-INSTITUCIONAL DE PACIENTES

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: N/A
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		Rev. A
	Procedimiento para el Traslado Interinstitucional de Pacientes		Hoja: 2

1.0 Propósito

1.1 Establecer los lineamientos y mecanismos administrativos que sirvan de guía al personal involucrado (médico y paramédico) en el traslado interinstitucional (extra hospitalario) de los pacientes que lo requieran, con la finalidad de que se permita garantizar continuidad en la atención médica, cuando las condiciones de infraestructura institucionales no permitan otorgarla, además de ofrecerlo con calidad y calidez, cumpliendo así con los estándares internacionales de certificación.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a la Dirección General, a la Dirección General Adjunta Médica (Subdirecciones de área), a la Coordinación de Asistentes de la Dirección, a la Dirección de Administración y Finanzas, (Protección civil) y a la Subdirección de Enfermería.

2.2 A nivel externo este procedimiento tiene alcance con las distintas instituciones con las cuales se realice la aceptación de pacientes para continuidad de su atención (Institutos de Salud, Hospitales de tercer nivel de otras Instituciones de salud)

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1. El médico tratante o el jefe de Servicio serán responsables de establecer la necesidad de traslado del paciente, una vez que se establezca, en acuerdo con las autoridades correspondientes, que dentro de las instalaciones del Hospital Regional de Alta Especialidad de Cd. Victoria, no sea posible ofrecer el tratamiento adecuado de acuerdo a la patología o las necesidades del paciente.

3.2 El médico tratante será responsable de determinar las causas de traslado del paciente, que incluirán:

- La imposibilidad de ofrecer algún estudio de apoyo diagnóstico necesario para normar una conducta terapéutica, con el cual no se cuente en el Hospital Regional de Alta especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010", en cuyo caso el paciente se trasladará a la Institución que apoyará con el estudio y se regresará a su servicio.
- Por no contar con el área adecuada para pacientes que ameritan manejo especial. (Ejemplo: pacientes quemados) y que sean aceptados por otras Instituciones, a través de la gestión de traslado por parte de los directivos de guardia.

3.3 El jefe de Servicio o el médico tratante del paciente serán responsables de solicitar-gestionar el traslado al subdirector de la Dirección General Adjunta Médica de guardia en el turno matutino o a los Asistentes de la Dirección General en los demás turnos, enfatizando las condiciones del paciente, así como las necesidades específicas y justificación del traslado.

3.4 El subdirector de área o Asistente de la Dirección General se responsabilizará de establecer contacto vía telefónica con la Institución que considere la más apta para ofrecer las condiciones del manejo adecuado para el paciente, de acuerdo a las condiciones especificadas por el médico o el jefe de servicio tratantes.

3.5 El jefe de servicio es responsable, en coordinación con el directivo de guardia de verificar que se cubran en su totalidad, los requisitos que solicite la Institución receptora para garantizar la aceptación del paciente, además de asignar a un médico de su servicio para que acompañe.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: N/A
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		Rev. A
	Procedimiento para el Traslado Interinstitucional de Pacientes		Hoja: 3

3.6 El directivo de guardia es responsable de, una vez aceptado el traslado por otra Institución, de confirmar esta situación con el servicio tratante y de avisar al médico que acompañaría al paciente o verificar que la ambulancia particular tenga médicos o paramédicos certificados.

3.7 El Hospital Regional de Alta Especialidad Victoria “Bicentenario 2010” no cuenta con Ambulancia, por lo tanto, se realizarán las gestiones con ambulancias de la localidad que cumplan con la normatividad y estén certificados.

3.9 El médico asignado para el traslado del paciente, o el que disponga en el servicio de ambulancias de la localidad será responsable de verificar que las condiciones clínicas del paciente sean estables para proceder a su traslado, que se cuenta con el expediente completo, un resumen médico detallado realizado por el médico tratante, donde se justifica la causa de traslado, de solicitar el acompañamiento de un familiar responsable del paciente, los pacientes pediátricos invariablemente deberán ser acompañados por un familiar adulto (sus padres), a los cuales les solicitará la firma de consentimiento bajo información para traslado antes del mismo y de personal de enfermería que lo asista en la atención del paciente durante el traslado.

3.10 El médico asignado para el traslado del paciente será responsable de iniciar o continuar con tratamiento médico, además de supervisar que se observen las precauciones estándar, así como las precauciones de aislamiento específicas correspondientes a la patología del paciente, teniendo cuidado especial en el contacto con sangre, fluidos corporales, material punzocortante. Durante el traslado se responsabilizará de mantener comunicación continua con personal de enfermería y el operador para evaluar el status del traslado.

3.11 El médico asignado para el traslado del paciente será responsable de llenar el formato específico de traslado, que incluya los datos del paciente, la información clínica, el manejo médico requerido durante el mismo, maniobras de reanimación o eventualidades que hayan ocurrido durante el traslado, el nombre de los responsables del paciente; el nombre y cargo de la persona que recibe y autoriza la recepción del paciente en la Institución receptora.

3.12 El médico asignado para el traslado del paciente será responsable de la entrega de pacientes en las instituciones receptoras la que se realizará, informando su estado de salud, las incidencias ocurridas durante el traslado y tratamiento médico administrado, a satisfacción de la Institución receptora, por lo cual deberá solicitar firma de conformidad de entrega.

3.13 El operador especializado de la ambulancia será responsable de realizar el reporte de la hora de salida de la base o su bitácora, y llegada a la unidad médica o domicilio, salida del hospital receptor, finalización del servicio y llegada a base o central; así como el kilometraje recorrido para registro en la bitácora correspondiente.

3.14 Una vez realizado el traslado, el médico encargado de las ambulancias en coordinación con el personal de enfermería es responsable de realizar la revisión de inventario de la misma y avisara a la unidad del término del traslado.

3.15 El Hospital Regional de Alta especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”. No cuenta con ambulancia aérea por lo que, en caso de ameritar traslado por esta vía, se hará contacto con una empresa certificada en estos menesteres.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: N/A
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		Rev. A
	Procedimiento para el Traslado Interinstitucional de Pacientes		Hoja: 4

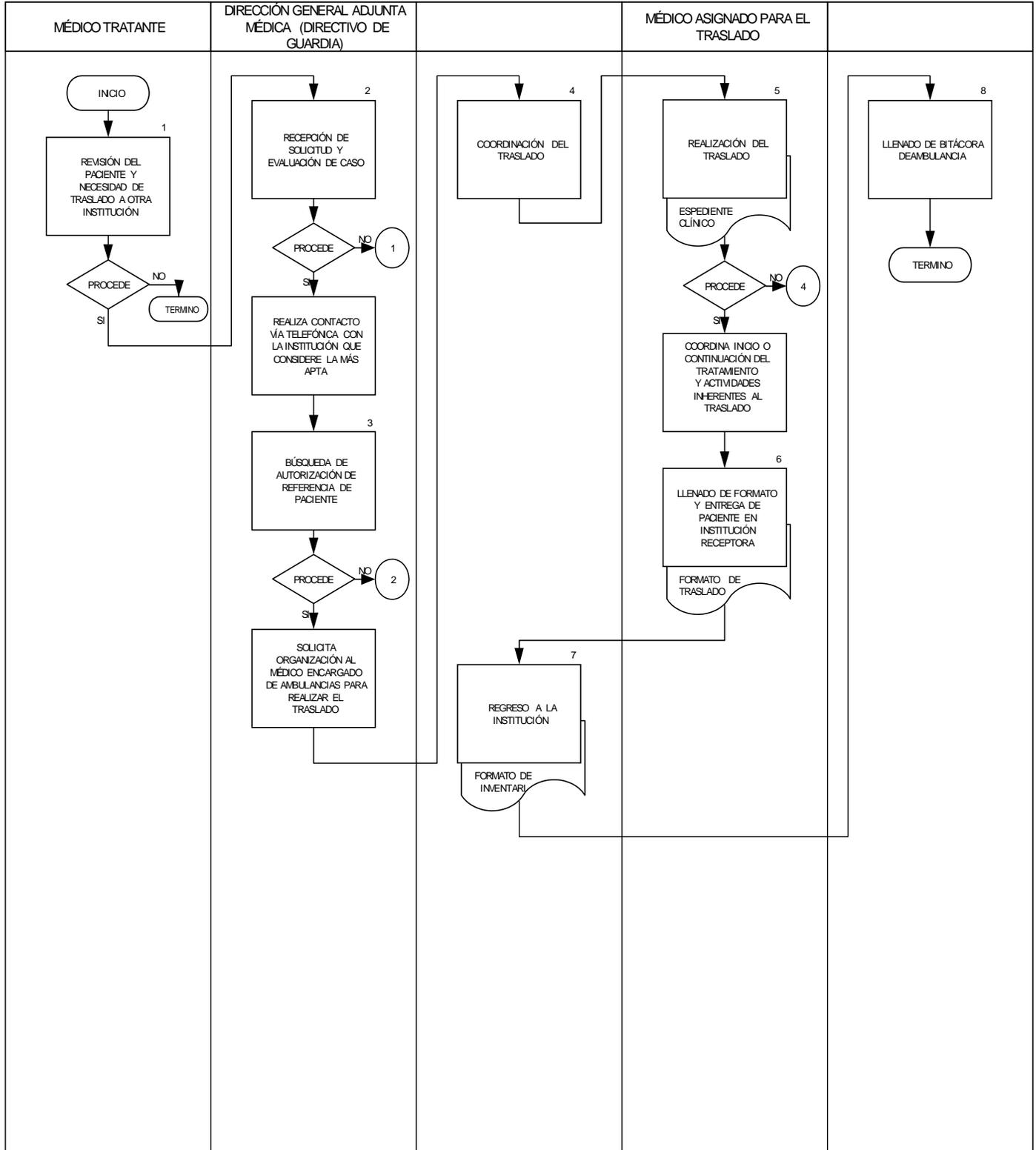
4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0. Revisión del paciente y necesidad de traslado a otra Institución.	<p>1.1 Revisa al paciente. Determina necesidad de traslado extra hospitalario. PROCEDE: No: Continúa tratamiento establecido en las instalaciones del hospital y termina el procedimiento Si: Solicita vía telefónico apoyo al directivo de guardia para traslado de paciente por considerar que no se cuenta con el área física adecuada o con los recursos necesarios para garantizar al paciente anotando en ECC.</p>	Médico Tratante
2.0 Recepción de solicitud y evaluación de caso.	<p>2.1. Recibe informa vía telefónica y evalúa el caso para autorizar el traslado Determina factibilidad del traslado PROCEDE: No: Explica la negativa y coordina la organización de los recursos con los que cuenta la Institución para proporcionar atención que requiere el paciente Si: Realiza contacto vía telefónica con la Institución que considere la más apta para la atención que requiere el paciente.</p>	Dirección Médica (Directivo de guardia)
3.0 Búsqueda de autorización de referencia de paciente.	<p>3.1 Considera, una vez evaluado el caso la búsqueda de respuesta satisfactoria para la referencia del paciente a otra Institución Determina autorización de recepción de paciente por otra institución PROCEDE: No: Se sigue intentando contacto hasta conseguir autorización de recepción de paciente y regresa a la actividad 2.1 Sí: Solicita organización al médico encargado de ambulancias para realizar el Traslado</p>	Dirección Médica (Directivo de guardia)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: N/A
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		Rev. A
	Procedimiento para el Traslado Interinstitucional de Pacientes		Hoja: 5

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
5.0 Realización del traslado.	5.1 Solicita autorización de traslado por parte del paciente o familiares. Determina verificación de expediente y resumen clínico detallado y completo PROCEDE: No: Solicita los documentos necesarios para su integración y regresa a la actividad 4.1 Si: Continúa con el procedimiento 5.2 Coordina inicio o continuación del tratamiento 5.3 Coordina actividades inherentes al traslado, incluyendo medidas de seguridad estándar y específicas de aislamiento para control de infecciones, respetando los derechos del paciente <input type="checkbox"/> Expediente clínico	Médico asignado para el traslado
6.0 Llenado de formato y entrega de paciente en institución receptora.	6.1 Llena el formato específico de traslado 6.2 Entrega al paciente en la institución receptora, al personal designado a satisfacción, anotando nombre del responsable, condiciones de entrega y solicitando firma de conocimiento 6.3 Avisa de necesidad de médico acompañante (si lo requiere), anotarlo en el ECC. <input type="checkbox"/> Formato específico de traslado	Médico asignado para el traslado
7.0 Regreso a la Institución.	7.1 Realiza, una vez de regreso al HRAEV, la evaluación del traslado 7.2 Realiza inventario de la Ambulancia 7.3 Solicita llenado de bitácora a personal operador de ambulancia <input type="checkbox"/> Formato de inventario	Médico encargado de ambulancias
8.0 Llenado de bitácora de ambulancia.	8.1 Realiza el llenado de la bitácora de ambulancia con los datos requeridos 8.2 Realiza limpieza profunda de cabina con líquido desinfectante	Operador de la Ambulancia
TERMINA PROCEDIMIENTO		

5.0 Diagrama de Flujo



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: N/A
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		Rev. A
	Procedimiento para el Traslado Interinstitucional de Pacientes		Hoja: 7

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Guía para la elaboración de manuales de organización y procedimientos de la Secretaría de Salud.	No aplica
Manual de organización de la Dirección Médica.	No aplica
PROY-NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los Servicios de Salud. Atención prehospitalaria de las Urgencias Médicas.	No aplica
Manual para la prevención y control de Infecciones.	No aplica

7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato Especifico de Traslado	x	x	x
Formato de inventario	x	x	x

8.0 Glosario

8.1 Ambulancia de traslado: Unidad móvil para traslado programado de pacientes

8.2 Operador de la Ambulancia: Persona capacitada para conducir una Ambulancia terrestre

8.3 Tripulación: Personal involucrado en el traslado terrestre de algún paciente.

9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10.0 Anexos

10.1 Formato de Evento de traslado de paciente

10.2 Formato de Inventario

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: N/A
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		Rev. A
	Procedimiento para el Traslado Interinstitucional de Pacientes		Hoja: 8

PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: N/A
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		Rev. A
	Procedimiento para el Traslado Interinstitucional de Pacientes		Hoja: 9

1.0 Propósito

1.1 Describir la secuencia de etapas para la evaluación inicial del paciente hospitalizado, lograr la oportunidad y asertividad en la toma de decisiones e identificar necesidades específicas de cada paciente, conforme al estándar para la Certificación de Hospitales: "Evaluación de Pacientes" (AOP)

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno este procedimiento aplica en áreas de Hospitalización.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Es responsabilidad del jefe de Servicio y Jefe de Enfermería.

- Conocer el estándar para la Certificación de Hospitales: "Evaluación de Pacientes" (AOP)
- Conocer y difundir el procedimiento para la evaluación inicial del paciente hospitalizado, entre el personal médico y de enfermería.
- Supervisar que el personal a su cargo realice la evaluación inicial del paciente, la registre en los formatos específicos y solicite las interconsultas correspondientes.

3.2 La evaluación inicial incluirá al menos 16 elementos, que se ubican en diferentes documentos, con los que el personal médico realizará la nota de ingreso. Las revaloraciones se registrarán en la nota médica.

ELEMENTO	RESPONSABLE	DOCUMENTO
1. Historia Clínica (Indispensable)	Personal médico	Historia Clínica
2. Exploración Física (Completa)	Personal médico	Historia Clínica
3. Evaluación de enfermería	Personal de enfermería	Registros Clínicos de Enfermería
4. Evaluación social	Trabajador Social (a)	Valoración socio-económica
5. Evaluación económica (Población abierta)	Trabajador Social (a)	Valoración socio-económica
6. Evaluación cultural (<i>valores y creencias, Ver PFR.1.1</i>) Idioma	Personal médico y de Enfermería	Historia Clínica y Registros Clínicos de Enfermería
7. Evaluación psicológica de tamizaje	Personal médico	Historia Clínica y nota médica.
8. Evaluación nutricional (<i>Ver AOP.1.6</i>) <i>Nota: Obtener Índice de Masa Corporal (IMC), en pacientes con riesgo nutricional se complementará esta evaluación con el formato "Diagnóstico de riesgo nutricional" elaborado por el Departamento de Nutrición.</i>	Personal médico y de Enfermería	Historia Clínica, nota médica y Registros Clínicos de Enfermería

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: N/A
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		Rev. A
	Procedimiento para el Traslado Interinstitucional de Pacientes		Hoja: 10

ELEMENTO	RESPONSABLE	DOCUMENTO
9. Evaluación funcional (<i>Ver AOP.1.6</i>) <i>Nota: En Registros Clínicos de Enfermería se ubica en “limitaciones de autocuidado” (Escala de Katz).</i>	Personal médico y de Enfermería	Historia Clínica, nota médica y Registros Clínicos de Enfermería
10. Evaluación de criterios para identificar a los pacientes que requieren evaluaciones especializadas adicionales (<i>Ver AOP.1.8</i>) <i>En Registros Clínicos de Enfermería se ubica en “Escala de riesgo de Úlceras por Presión (UPP)”.</i>	Personal médico. Enfermería.	Historia Clínica y nota médica. Registros Clínicos de Enfermería
11. Evaluación de criterios para identificar a los pacientes que requieren la planeación temprana del alta (<i>Ver AOP.1.8.1</i>)	Personal médico	Historia Clínica y nota médica.
12. Evaluación del Dolor (<i>Ver AOP.1.8.2</i>) <i>Nota: En Registros Clínicos de Enfermería se ubica en “Escala del dolor” (Escala Visual Análoga).</i>	Personal médico y de Enfermería	Historia Clínica, nota médica y Registros Clínicos de Enfermería
13. Identificación del riesgo de caídas (<i>Ver MISP.1.6</i>) <i>Nota: En Registros Clínicos de Enfermería se ubica en “Escala del riesgo de caídas” (Escala J.H. Downton).</i> <i>En Registros Clínicos de Enfermería de las áreas quirúrgicas se ubica en “Escala del riesgo de caídas” (Escala Humpty Dumpty).</i>	Personal médico y de Enfermería	Historia Clínica, nota médica y Registros Clínicos de Enfermería
14. Identificación de las necesidades de educación (<i>Ver PFE.2 y PFE.2.1</i>) <i>En Registros Clínicos de Enfermería se ubica en “Enseñanza para el autocuidado/Plan de alta”.</i>	Personal médico y de Enfermería	Historia Clínica, nota médica y Registros Clínicos de Enfermería
15. Evaluación de las barreras para el aprendizaje (<i>Ver PFE.2 y PFE.2.1</i>) <i>En Registros Clínicos de Enfermería se ubica en “Enseñanza para el autocuidado/Plan de alta”.</i>	Personal médico y de Enfermería	Historia Clínica, nota médica y Registros Clínicos de Enfermería
16. Evaluación de la disposición para aprender (<i>Ver PFE.2 y PFE.2.1</i>) <i>En Registros Clínicos de Enfermería se ubica en “Enseñanza para el autocuidado/Plan de alta”.</i>	Personal médico y de Enfermería	Historia Clínica, nota médica y Registros Clínicos de Enfermería

3.3 Es responsabilidad del personal médico y de enfermería, conocer y cumplir el estándar AOP 1.4.1 “Las evaluaciones médicas y de enfermería iniciales se completan dentro de las primeras 24 horas posteriores a la admisión del paciente para hospitalización o antes, según lo indique el estado del paciente o la política del hospital”

El personal médico es responsable de:

- Realizar la evaluación médica inicial del paciente durante las 24 horas posteriores al ingreso hospitalario.
- Documentar en el expediente clínico los cambios relevantes en el estado del paciente, con base en las evaluaciones efectuadas en la nota de ingreso.
- Actualizar la evaluación médica inicial, en pacientes que requieran hospitalización prolongada, de acuerdo a su estado clínico.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: N/A
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		Rev. A
	Procedimiento para el Traslado Interinstitucional de Pacientes		Hoja: 11

El personal de enfermería es responsable de:

- Realizar la evaluación inicial del paciente, de forma exhaustiva, al momento del ingreso hospitalario (Durante el turno que se reciba al paciente).
- Documentar en el Formato de registros clínicos de Enfermería la revaloración del estado del paciente por turno, o antes, según modifiquen las condiciones del paciente.

3.4 La solicitud de interconsulta deberá atenderse en un lapso no mayor de 3 horas posteriores a ser recibida por el área a la que se solicite (**Ver procedimiento 6, para solicitud y realización de interconsultas médicas**).

3.5 Es responsabilidad del personal médico y de enfermería, conocer y cumplir el estándar AOP.1.6

“A todos los pacientes se les realiza una valoración de tamizaje del estado nutricional y de su funcionalidad y, cuando se identifican riesgos, se les realiza para una evaluación exhaustiva”

El personal médico es responsable de:

- Realizar la evaluación nutricional del paciente.
- Identificar el riesgo nutricional en el paciente de acuerdo a la evaluación inicial y cada vez que modifique el estado del paciente.
- Realizar interconsulta al Departamento de Nutrición para la atención de pacientes con riesgo nutricional.
- Efectuar el plan nutricional, en coordinación con el Departamento de Nutrición, considerando el siguiente listado de pacientes con riesgo nutricional:
 - Pediátricos
 - Geriátricos
 - Con alteraciones neumológicas
 - Sobrepeso, obesidad, bajo peso y desnutrición
 - Con alteraciones endocrinológicas
 - Politraumatizados
 - Con alteraciones hemato-oncológicas
 - Con alteraciones nefrológicas
 - Con alteraciones neurológicas
 - Cirugía mayor
 - Embarazo de alto riesgo
- Identificar el riesgo funcional durante la evaluación inicial y revaloraciones del paciente.
- Documentar en el expediente clínico los hallazgos del riesgo funcional en el paciente.
- Realizar una evaluación exhaustiva en pacientes con riesgo funcional y planificar el plan terapéutico de acuerdo a los hallazgos.

El personal de enfermería es responsable de:

- Realizar la evaluación nutricional del paciente a través del índice de masa corporal (IMC).
- Documentar en los Registros Clínicos de Enfermería el estado nutricional del paciente de acuerdo al resultado obtenido al desarrollar la fórmula de IMC
- Notificar al médico tratante el hallazgo de la valoración nutricional cuando el resultado determine que se encuentra en la clasificación de bajo peso, sobrepeso u obesidad en grado I, II, III.
- Efectuar el plan de cuidados de acuerdo al estado nutricional.
- Identificar la limitación funcional del paciente durante la valoración y revaloración (Baño, Vestido, Uso del W.C., Movilidad, Continencia y Alimentación).

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: N/A
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		Rev. A
	Procedimiento para el Traslado Interinstitucional de Pacientes		Hoja: 12

- Documentar en los Formatos de Registros Clínicos de Enfermería los hallazgos de riesgo funcional.
- Informar al médico tratante para establecer el plan de cuidados en forma interdependiente (médico-enfermera).

3.6 Es responsabilidad del personal médico conocer y cumplir el estándar AOP.1.8 “La evaluación inicial permite identificar a los pacientes en quienes es necesario realizar evaluaciones especializadas adicionales” a pacientes que se ubican en alguno de los siguientes grupos:

- Pacientes pediátricos,
- adultos mayores,
- enfermos terminales,
- mujeres embarazadas,
- pacientes con sobrepeso u obesidad,
- pacientes con trastornos emocionales o psiquiátricos,
- pacientes de quienes se sospecha una dependencia de las drogas y/o el alcohol,
- víctimas de abuso y negligencia, y
- víctimas de violencia familiar y,

- Documentar en el expediente clínico los hallazgos de la evaluación especializada a pacientes de los grupos de riesgo antes descritos.

3.7 Es responsabilidad del personal médico y del personal de enfermería, conocer y cumplir el estándar AOP 1.8.2 “En todos los pacientes se busca intencionadamente la presencia de dolor como parte de la valoración inicial (de tamizaje), y cuando hay dolor presente son evaluados.”

El personal médico es responsable de:

- Conocer y aplicar la escala de valoración del dolor establecida institucionalmente en los Formatos de registros Clínicos de Enfermería.
- Valorar la presencia de dolor en todos los pacientes.
- Valorar en forma exhaustiva (cuando exista dolor) las características e intensidad.
- Revalorar el dolor (características e intensidad) 30 o 60 minutos después de haber ministrado analgésico y cuantas veces sea necesario.
- Establecer el plan terapéutico de acuerdo al grado de dolor identificado y ajustarlo con base en los resultados obtenidos en las revaloraciones subsecuentes.
- Documentar en el expediente clínico hora y grado de dolor referido por el paciente (verbal y no verbal) de acuerdo a la escala del dolor institucional.

El personal de enfermería es responsable de:

- Conocer y aplicar la escala de valoración del dolor establecida institucionalmente en los Formatos de registros Clínicos de Enfermería
- Valorar la presencia de dolor en todos los pacientes por turno.
- Revalorar el dolor (características e intensidad) 30 o 60 minutos después de haber ministrado analgésico y cuantas veces sea necesario.
- Establecer el plan de intervención de enfermería de acuerdo al grado de dolor identificado y ajustarlo con base en los resultados obtenidos en las revaloraciones subsecuentes.
- Notificar al médico tratante la presencia de dolor en el paciente
- Ministrar el tratamiento farmacológico prescrito.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: N/A
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		Rev. A
	Procedimiento para el Traslado Interinstitucional de Pacientes		Hoja: 13

- Documentar en el Formato de Registros Clínicos de Enfermería el grado de dolor referido por el paciente (verbal y no verbal), hora, plan de intervención de enfermería, tratamiento farmacológico ministrado y respuesta al plan terapéutico.

3.8 Es responsabilidad del personal médico conocer y cumplir el estándar AOP 2 “Se revalora a todos los pacientes a intervalos adecuados para determinar su respuesta al tratamiento y para planear el tratamiento o el alta”.

El personal médico es responsable de planificar el alta de pacientes que se ubican en uno de los siguientes grupos:

- a) Pacientes pediátricos,
- b) Adultos mayores,
- c) Mujeres embarazadas,
- d) Poli traumatizados
- e) Indígenas en situación de calle
- f) Pacientes de quienes se sospecha una dependencia de las drogas y/o el alcohol,
- g) Víctimas de abuso y negligencia, y
- h) Víctimas de violencia familiar.
- i) caso médico legal

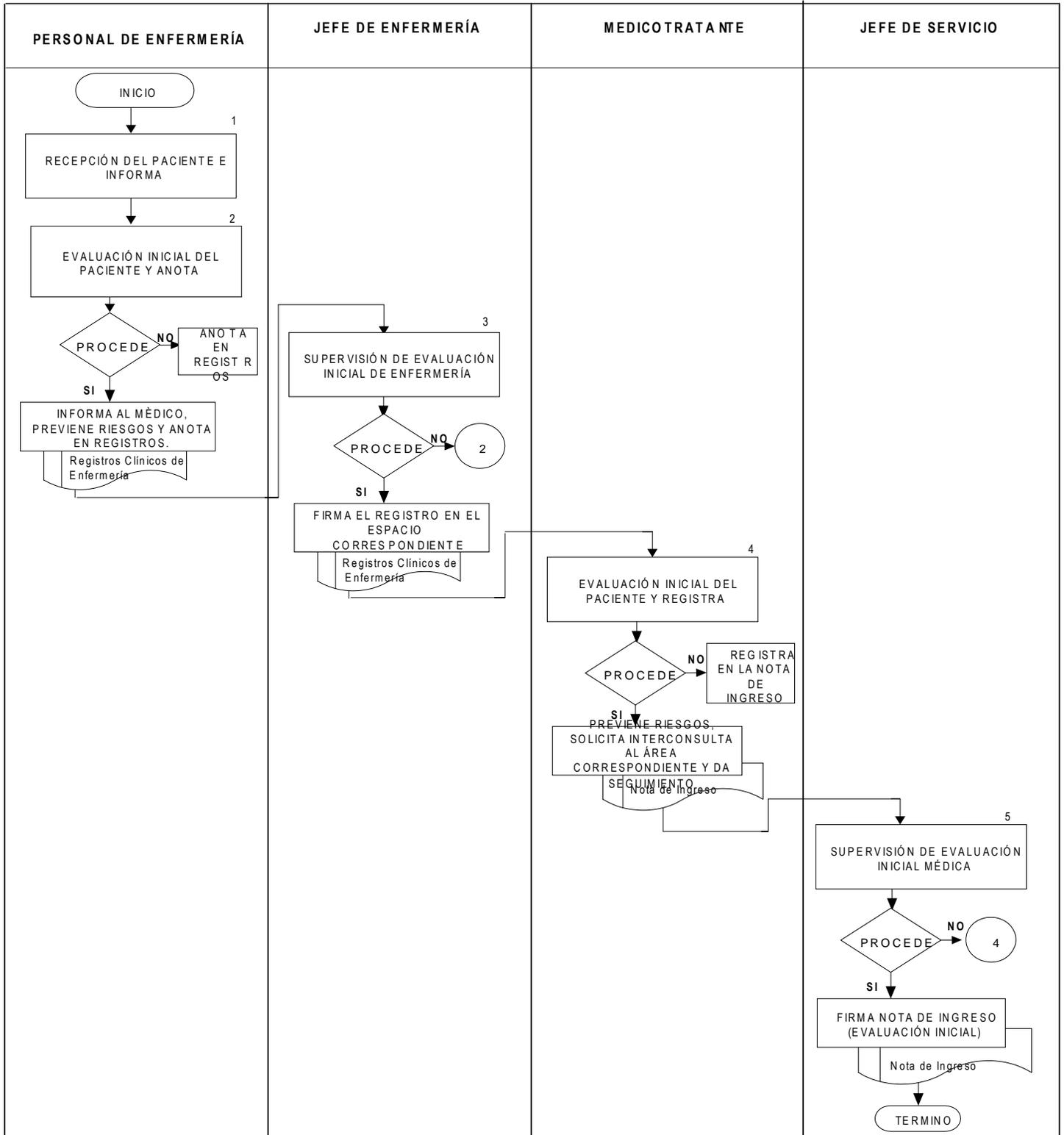
3.9 Es responsabilidad del personal de Trabajo Social elaborar la valoración socioeconómica del paciente en las primeras 6 horas posteriores al ingreso y notificar al personal médico las necesidades específicas o riesgos detectados durante el estudio.

4.0 Descripción del procedimiento

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD CIUDAD VICTORIA</small>	Código: N/A
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		Rev. A
	Procedimiento para el Traslado Interinstitucional de Pacientes		Hoja: 14

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1.0 Recepción del paciente e informa.	1.1 Recibe al paciente para su ingreso a hospitalización e informa al médico tratante. Enlaza con procedimientos 10 y 11, de este Manual.	Personal de enfermería
2.0 Evaluación inicial del paciente y anota	2.1 Realiza evaluación inicial del paciente, identifica dolor, riesgos (caídas, úlceras por presión, lesión) u otras necesidades específicas de atención. PROCEDE: No: Anota en el formato de Registros Clínicos de Enfermería de hospitalización. Si: Informa al médico tratante, previene riesgos y anota en Registros Clínicos. <input type="checkbox"/> Registros Clínicos de Enfermería.	Personal de enfermería
3.0 Supervisión de evaluación inicial de enfermería.	3.1 Supervisa que el personal de enfermería anote en Registros Clínicos de Enfermería los datos obtenidos en la evaluación inicial. PROCEDE: No: Regresa a actividad 2. Si: Firma el Registro en el espacio correspondiente. <input type="checkbox"/> Registros Clínicos de Enfermería.	Jefe de Enfermería
4.0 Evaluación inicial del paciente y registra	4.1 Elabora evaluación inicial del paciente, identifica dolor, riesgos (caídas, úlceras por presión, lesión) u otras necesidades específicas de atención. PROCEDE: No: Registra en la nota de ingreso. Si: Anota indicaciones médicas, previene riesgos, solicita interconsulta (en caso necesario) al área correspondiente y da seguimiento. <input type="checkbox"/> Nota de ingreso	Médico tratante
5.0 Supervisión de evaluación inicial médica	5.1 Supervisa que el médico tratante realice la evaluación inicial y registre en nota de ingreso. PROCEDE: NO: Regresa a la actividad 4 SI: Firma nota de ingreso <input type="checkbox"/> Nota de ingreso	Jefe de Servicio
TERMINA PROCEDIMIENTO		

5.0 Diagrama de flujo



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: N/A
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		Rev. A
	Procedimiento para la Evaluación del Paciente Hospitalizado		Hoja: 16

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No aplica
Manual de Organización de la Subdirección de Enfermería	No aplica
Estándares para la certificación de hospitales 2012, Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Págs. 82 - 86	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 Del expediente clínico.	No aplica

7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico Único.	5 años	Archivo Clínico	No aplica
Nota de ingreso	5 años	Archivo Clínico	No aplica
Registros Clínicos de Enfermería.	5 años	Archivo Clínico	No aplica

8. 0 Glosario

8.1 Alta: autorización que da el médico para la reincorporación de un paciente a la vida ordinaria; es el punto en el cual termina la vinculación activa de una persona con una organización o programa, y estos ya no tienen responsabilidad activa sobre la atención de la persona.

8.2 Atención médica: conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

8.3 Atención nutricional: intervenciones y orientación para promover una nutrición adecuada. Esta actividad se basa en una evaluación del estado nutricional y en información sobre alimentos, otras fuentes de nutrientes y preparación de alimentos. Tiene en cuenta los orígenes culturales y el nivel socioeconómico del paciente.

8.4 Evaluación inicial: incluye una evaluación del estado de salud a través de una exploración física y un interrogatorio sobre la salud del paciente. Una evaluación psicológica de tamizaje determina el estado emocional del paciente (por ejemplo, si está deprimido, temeroso o agresivo y pudiera hacerse daño o hacerle daño a los demás). La información social no está destinada a “clasificar” al paciente, por el contrario, tiene el propósito de conocer el contexto social, cultural (como valores y creencias, ver *PFR.1.1, PFE.2.1, COP.7*), ~~ent~~ y económico de un paciente ya que son factores importantes que pueden influir en su respuesta a la enfermedad y al tratamiento.

8.5 Estado funcional: capacidad de las personas de cuidar de sí mismos física y emocionalmente, según corresponda conforme a su grupo etario. El estado funcional puede dividirse en funciones “sociales”, “físicas” y “psicológicas”. El estado funcional puede evaluarse haciendo preguntas durante los exámenes médicos

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: N/A
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		Rev. A
	Procedimiento para la Evaluación del Paciente Hospitalizado		Hoja: 17

periódicos o a través de instrumentos formales de evaluación.

8.6 Expediente clínico: Conjunto de documentos escritos, gráficos e Imagenología o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

8.7 Evaluación nutricional: es un proceso sistemático, que incluye la verificación e interpretación de datos para tomar decisiones acerca de la naturaleza y causa de los problemas relacionados con la nutrición. Es un proceso continuo, dinámico que implica no solo la recopilación de datos iniciales, sino también una evaluación continua y el análisis de las necesidades del paciente. Proporciona las bases para el diagnóstico nutricional.

8.8 Formato de Registros Clínicos de Enfermería: es un documento legal que forma parte esencial del expediente clínico, tiene como finalidad integrar el mayor número de datos del paciente para realizar una valoración completa por enfermería, y de esta manera establecer el plan de cuidados específico.

8.9 Índice de Masa Corporal (IMC): es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo. Proporciona valores lo suficientemente fiables, es una técnica adoptada por la OMS para calcular el estado nutricional de los seres humanos a nivel mundial.

8.10 Paciente: persona que recibe atención, tratamiento y servicios. Para los estándares, el paciente y la familia son considerados una sola unidad de atención.

8.11 Plan de atención: un plan que identifica las necesidades de atención del paciente, enumera la estrategia para atender dichas necesidades, documenta las metas y objetivos del tratamiento, describe los criterios para finalizar las intervenciones y documenta la evolución de la persona en pos de alcanzar las metas y objetivos especificados. Se basa en los datos recolectados durante la evaluación del paciente. En algunas organizaciones, el formato del plan puede estar guiado por políticas y procedimientos, guías clínicas o protocolos de atención, o una combinación de los mismos. El plan de atención puede incluir prevención, atención, tratamiento, habilitación y rehabilitación.

8.12 Valoración socioeconómica: proceso de agrupar datos con ciertas similitudes, características o propiedades en común y que permite en forma sintetizada analizar una determinada situación socioeconómica para determinar con equidad y objetividad una cuota de recuperación.

9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: N/A
	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN HOSPITALARIA		Rev. A
	Procedimiento para la Evaluación del Paciente Hospitalizado		Hoja: 18

10.0 Anexos

10.1 Nota de ingreso**

10.2 Registros Clínicos de Enfermería**

****Ver procedimiento 25**