

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA: FORMULARIOS DE ENFERMERÍA

Grupo "Normalización de documentación de enfermería"

Febrero 2010

Coordinadora:

Rosario Fernández Flórez
Responsable Funcional del Área de Enfermería del Proyecto EDESIS
Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias

Autores:

Grupo "Normalización de la documentación de enfermería"
Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias

Se relacionan en Apéndice I.

Imprime:

Asturgraf, S.L.
ISBN: XXXXXXXXXXXX
D.L.: AS - 6199 / 2010

Índice

Introducción	5
Formulario Balance Hídrico	7
Introducción	9
Indicadores	11
Formulario Constantes Vitales	15
Introducción	17
Indicadores	19
Formulario Control Glucémico	21
Introducción	23
Indicadores	25
Formulario Catéteres y Seguimiento de flebitis	27
Introducción	29
Indicadores catéter venoso	31
Escala Maddox	32
Indicadores catéter arterial	33
Indicadores catéter subcutáneo	34
Indicadores catéter epidural	35
Formulario Ostomías	37
Introducción	39
Indicadores ostomías	41
Indicadores traqueostomías	42
Formulario Sondas	43
Introducción	45
Indicadores sonda vesical	47
Indicadores sonda enteral	48
Formulario Heridas Quirúrgicas	49
Introducción	51
Indicadores	53

Formulario Otras Lesiones	55
Introducción	57
Indicadores	59
Formulario Úlceras de Extremidades	61
Introducción	63
Escala de Wagner	63
Indicadores	65
Formulario Prevención de UPP	69
Introducción	71
Indicadores tratamiento general	73
Indicadores tratamiento ácidos grasos hiperoxigenados	74
Indicadores tratamiento apósitos adhesivos y no adhesivos	75
Indicadores tratamiento productos barrera	76
Formulario UPP	77
Introducción	79
Clasificación de los estadios de las UPP	79
Escala PUHS	80
Indicadores	81
Formulario Registro de Caídas	85
Introducción	87
Indicadores	89
Apéndice I: Componentes del Grupo "Normalización de la Historia de Enfermería"	91
Apéndice II: Componentes del Grupo Revisor	93

Introducción

La implantación de la Historia Clínica Electrónica en los Hospitales de la Red Pública de Asturias ha permitido la normalización de los registros de enfermería. Esto implica que en todos estos centros se disponga de los mismos documentos, lo que facilita la comparación de resultados entre distintos hospitales a la vez que simplifica la labor de recogida de datos a las enfermeras.

Además, el paso de la Historia Clínica en papel a la Historia Clínica Electrónica supone una oportunidad para mejorar la información que en ella se recoge.

En la historia clínica en papel toda la información que recogen las enfermeras se anota básicamente en las siguientes "Hojas":

"Hoja de gráfica", en la que consta información cuantitativa, como constantes vitales, aportes y pérdidas de líquidos, fechas de inserción y retirada de catéteres, etc. Su contenido varía según el centro.

"Hoja de observaciones de enfermería", en la que se registra información muy diversa a texto libre y sin estructura definida. Así se recoge la evolución de problemas físicos del paciente, como úlceras y heridas; también la respuesta a tratamientos tanto médicos como de enfermería y signos y síntomas de cambios en el estado del paciente, además de toda la información que el profesional entiende que es relevante para valorar o evaluar el estado de salud del paciente.

Diversos formularios en los que se recogen aspectos relacionados con la seguridad del paciente como Registro de Caídas o la evolución de Úlceras por Presión.

La informatización de la Historia Clínica obliga a estructurar de forma diferente toda esta información: Es necesario definir y agrupar toda la necesaria para documentar un determinado tema.

Para realizar este trabajo se creó un grupo de expertos -"Grupo para la Normalización de Documentación de Enfermería"- integrado por un enfermero de cada Hospital, que ha revisado todos los registros en papel que se venían utilizando en cada centro, reorganizando la información y mejorándola atendiendo al objetivo que se definió previamente para agruparla. Cada uno de los registros constituye un Formulario electrónico, mediante el cual se introduce información en la aplicación informática.

Así mismo, para definir los datos que en ellos se recogen se ha tenido en cuenta que constasen los indicadores necesarios en los distintos ámbitos del Hospital: Urgencias, Hospitalización, UVI, Reanimación, Consultas Externas y Quirófano, de modo que pueda registrarse en el mismo documento toda la información que se recoge durante el proceso del paciente, independientemente del sitio físico donde se encuentre éste.

Se han normalizado los registros (Formularios) de uso común en todos los hospitales, concretamente:

- Balance hídrico
- Constantes vitales
- Control glucémico

También se han normalizado los que recogen información relacionada con la seguridad del paciente (caídas, heridas, úlceras, infección nosocomial...). Para ello, además de revisar los documentos en los que se recogía este tipo de información, se ha estandarizado la que se venía registrando en relación a estos temas a texto libre en "Observaciones de Enfermería" o en otros documentos y que se ha considerado que era importante normalizar, mejorando así la calidad de los datos.

Estos Formularios son:

- Sondas
- Caídas
- Contención mecánica
- Úlceras EEII
- Heridas quirúrgicas
- Ostomías
- Otras lesiones
- Prevención de úlceras por presión.
- Catéteres y seguimiento de fleb

Se ha procurado que la información sea fácilmente accesible, por lo que los nombres de los Formularios son cortos e intuitivos; también que se puedan explotar los datos, por lo que la mayoría de los valores de los indicadores están estandarizados, aunque en cada uno de los Formularios hay un campo de observaciones para que el profesional deje constancia de situaciones poco frecuentes o de respuestas específicas de cada paciente.

Para que se adapten a las necesidades y expectativas de los profesionales, todos estos documentos han sido revisados por enfermeros clínicos y se han pilotado en los hospitales que disponen de la aplicación informática Selene.

El propósito de la publicación de esta Guía es dar a conocer a todos los profesionales estos Formularios, así como facilitar su uso. Para ello se justifica el objetivo que se persigue en cada uno de ellos y cómo han de registrarse datos que, por ser poco frecuentes, no han sido estandarizados.

Esperamos con este trabajo, haber contribuido a la mejora de la calidad de la documentación de la Historia Clínica.

No hubiese sido posible sin la colaboración del Servicio de Salud del Principado de Asturias, la implicación de los Directores Enfermería de los Hospitales y de los profesionales que han participado en la revisión de este trabajo y han aportando sus conocimientos, para adaptar el contenido de este documento a las necesidades de cuidados de sus pacientes.

Rosario Fernández Flórez

FORMULARIO "BALANCE HÍDRICO"

Formulario de registro

FORMULARIO DE REGISTRO "BALANCE HÍDRICO"

En este registro constan los indicadores que recogen la información en cuanto a aportes y pérdidas de líquidos de un paciente en 24 horas, para procurar un balance hídrico acorde a sus necesidades.

De todos los indicadores aquí recogidos la aplicación informática solo tendrá en cuenta para calcular el balance hídrico aquéllos expresados en cc.

Pestaña "Balance hídrico"

Además de las "entradas y salidas" se registran otros indicadores de la función de eliminación que no contabilizan en el balance:

- Criterios de normalidad ("Diuresis no cuantificable", "Deposiciones nº"). Se cumplimentarán cuando **no sea necesario** el control de líquidos y diuresis, solo dejar constancia de que el paciente ha efectuado micción y dónde la ha efectuado (cama, pañal, WC) y/o deposición.

También se registrará en "Diuresis no cuantificable", aquellas micciones de los pacientes que teniendo control de diuresis efectúen alguna micción en cama o wc.

- Pérdidas de líquidos sin cuantificar por la dificultad en la medida ("Vómitos nº")
- Características de las excretas a fin de facilitar el acceso a esta información. En "Notas de enfermería" sería menos accesible. Han de anotarse las características de la orina y de las heces **siempre que no sean normales**. En el caso de los vómitos, el contenido gástrico y las características de los líquidos drenados, **han de anotarse siempre**.
- Otras pérdidas:

"Paracentesis (cc). A pesar de estar expresada en cc **no se considera "perdida"**, puesto que el líquido que se drena en un momento determinado se ha ido acumulando en varios días y no en las últimas 24 horas, valor que recoge este formulario.

"Pérdidas vaginales (nº de compresas)": No contabilizan como pérdida.

Si contabilizan los valores de "Sialorrea" y "Expectoración y sudoración" que se registrarán en caso necesario, como por ejemplo en las pacientes de UCI.

En el apartado "Observaciones", se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia que surja en la "Toma".

Notas:

- En aquellas medicaciones que vienen diluidas de farmacia **ha de anotarse** el volumen de la dilución como entrada.
Ej: Gentamicina 240 mgr. Se anotará en el indicador "Diluciones de medicación" 250 cc.
- En "Contenido gástrico" se registrarán los cc drenados **tanto si la sonda está con aspiración como sin ella**.
- Cuando el valor de un indicador es 0 **ha de anotarse este valor**. Cuando no aparece ninguno se interpretará como que el dato no ha sido cubierto, no que tiene valor 0.

Para elaborar este formulario se han consultado los que se vienen utilizando en los siguientes Hospitales: Fundación Hospital de Avilés, Jarrio, Monte Naranco, Cabueñes, Carmen y Severo Ochoa, Jove, Valle de Nalón, Universitario Central de Asturias (HUCA) y Cruz Roja.

INDICADORES DEL FORMULARIO DE "BALANCE HÍDRICO"

APORTES

Ingesta oral (cc)

Fluidoterapia (cc)

Diluciones de medicación (cc)

Nutrición enteral (cc)

Nutrición parenteral (cc)

Hemoderivados (cc)

Total entradas

PÉRDIDAS

Diuresis (cc)

Características de la orina

Desplegable: Colúrica
Hemátúrica
Piúrica
Sedimento
Otras

Otras (especificar)

Diuresis no cuantificable

Desplegable: Cama
Pañal
WC

Deposiciones (nº)

Características de las heces

Desplegable: Líquidas
Sanguinolentas
Melénicas
Acólicas
Mucosas
Otras

Otras (especificar)

Volumen de deposiciones líquidas (cc)

Vómitos (nº)

Volumen vómitos (cc)

Características de los vómitos

Desplegable: Alimenticios
Biliares
Hemáticos
Fecaloideos
Posos de café
Otras

Otras (especificar)

Contenido gástrico

Desplegable: Alimenticios
Biliares
Hemáticos
Fecaloideos
Posos de café
Otras

Otras (especificar)

Volumen contenido gástrico (cc)

Tipo drenaje 1	Desplegable: Redón Torácico Teja Penrose Kher Jackson-Pratt Pezzer Nelaton Drenaje percutáneo Rx Tubo silicona Sarotoga
Volumen drenaje 1 (cc)	
Características del líquido drenado	Desplegable: Seroso Serohemático Hemático Purulento Biliar Fecaloideo Otras
Otras (especificar)	
Tipo drenaje 2	Desplegable: Redón Torácico Teja Penrose Kher Jackson-Pratt Pezzer Nelaton Drenaje percutáneo Rx Tubo silicona Sarotoga
Volumen drenaje 2 (cc)	
Características del drenaje	Desplegable: Seroso Serohemático Hemático Purulento Biliar Fecaloideo Otras
Otras (especificar)	
Tipo drenaje 3	Desplegable: Redón Torácico Teja Penrose Kher Jackson-Pratt Pezzer Nelaton Drenaje percutáneo Rx Tubo silicona Sarotoga
Volumen drenaje 3 (cc)	
Características del drenaje	Desplegable: Seroso Hemático Serohemático Purulento Biliar Fecaloideo Otras
Otras (especificar)	

Volumen drenaje 4 (cc)

Características del drenaje

Desplegable: Seroso
Serohemático
Hemático
Purulento
Biliar
Fecaloideo
Otras

Otras (especificar)

Volumen drenaje 5 (cc)

Características del drenaje

Desplegable: Seroso
Serohemático
Hemático
Purulento
Biliar
Fecaloideo
Otras

Otras (especificar)

Volumen drenaje 6 (cc)

Características del drenaje

Desplegable: Seroso
Serohemático
Hemático
Purulento
Biliar
Fecaloideo
Otras

OTROS

Paracentesis (cc)
Pérdidas vaginales (nº compresas)
Expectoración (cc)
Sudoración (cc)
Sialorrea (cc)
Total salidas balance
Observaciones

FORMULARIO "CONSTANTES VITALES"

Formulario de registro

FORMULARIO DE REGISTRO DE "CONSTANTES VITALES"

En este registro constan los indicadores que recogen la información del estado hemodinámico del paciente a través de las constantes vitales: la temperatura (T^3), la presión arterial (Tensión arterial sistólica: TAS y Tensión arterial diastólica: TAD)¹ la frecuencia cardíaca (FC), la frecuencia respiratoria (FR) y la saturación de oxígeno (Sat O2)

Recoge además otra información:

- Datos antropométricos que constan en este tipo de registro en la mayoría de Hospitales ("Peso", "Talla" "IMC", "Perímetro abdominal").
- Otra información, relacionada con los indicadores descritos, que se puede recoger a texto libre.

¹ En caso necesario se registrará el miembro del paciente en el se determina la presión arterial en el desplegable "Lugar/posición", así como la posición en la que se encuentra éste cuando se realiza la toma. Este indicador se **informará solo** cuando el lugar o la posición son información relevante.

En el apartado "Observaciones", se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia que surja en la "Toma".

Para elaborar este formulario se han consultado los que se vienen utilizando en los siguientes Hospitales: Fundación Hospital de Avilés, Jario, Monte Naranco, Cabueñes, Carmen y Severo Ochoa, Jove, Valle de Nalón, Universitario Central de Asturias (HUCA) y Cruz Roja.

Se han retirado los siguientes indicadores de los utilizados en algún Hospital:

- "Glucemia capilar": Consta en el formulario "Control glucémico".
- "Insulina según glucemia": Consta en el formulario "Control glucémico".
- "Tira analítica": Se debe anotar en "Notas de enfermería".

INDICADORES DEL FORMULARIO DE CONSTANTES VITALES

Tª

TAS

TAD

Lugar

Desplegable: MSD
MSI
MID
MII

Posición

Desplegable: Levantado
Sentado
Acostado

FC

FR

PVC

Sat. O₂ (%)

Especificar O₂

Desplegable: Sin O₂
Con O₂

Peso(Kg)

Talla (cm)

IMC

Perímetro abdominal (cm)

Observaciones

FORMULARIO "CONTROL GLUCÉMICO"

Formulario de registro

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DEL "CONTROL GLUCÉMICO"

El objetivo de este formulario es recoger el perfil glucémico del paciente y el tratamiento administrado como consecuencia de las cifras de glucemia. Para ello se recogen los valores de los siguientes indicadores:

- Relativos a la glucemia capilar (Valor, momento de la toma)
- Relativos al tratamiento (Tipo de antidiabético que se administra, dosis, vía de administración).

Se recoge también si el paciente tenía tratamiento antidiabético en el domicilio. Si no lo tenía este indicador servirá para alertar de que ha de recibir educación en cuanto al manejo de la medicación

En el apartado "Observaciones", se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia que surja en la "Toma".

Si el paciente hace una hipoglucemia y se le da un suplemento de carbohidratos, ha de anotarse en "Notas de enfermería".

INDICADORES DEL FORMULARIO "CONTROL GLUCÉMICO"

Tratamiento antidiabético en domicilio

Multiselección: No
Antidiabéticos orales (ADO)
Insulina

Glucemia capilar (mg/dl)

Momento de la toma

Desplegable: Pre desayuno
Postdesayuno
Precomida
Postcomida
Premerienda
Precena
Postcena
Nocturna
Presuero

Otras tomas (especificar hora)

Tratamiento actual: Tipo y dosis

Vía de administración

Desplegable: Oral
Subcutánea
Intravenosa (suero)

Observaciones

FORMULARIO
"CATÉTERES Y SEGUIMIENTO
DE FLEBITIS"

Formulario de registro y seguimiento

FORMULARIO DE REGISTRO DE "CATÉTERES" Y SEGUIMIENTO DE "FLEBITIS"

En este registro constan los indicadores que recogen la información relacionada con catéteres vasculares y epidurales y que puede ser de interés en relación con la aparición de flebitis u otras infecciones:

Este formulario permite registrar siete catéteres: cuatro catéteres venosos, uno arterial, uno epidural y uno subcutáneo.

Se registrarán como "catéter venoso 2" y "catéter venoso 3", aquellos que coexistan con el catéter venoso 1.

Si el paciente solo tiene un catéter (catéter venoso 1) y por el motivo que sea ha de ser sustituido por otro, se registrará como nueva toma de "catéter venoso 1". **No se registrará como catéter venoso 2.**

Si tuviese dos catéteres y el que ha de ser sustituido es el "catéter venoso 2", el nuevo catéter será registrado como nueva toma de este catéter y de igual manera si tuviese tres.

"Catéteres venosos"

Se recogen datos:

- Sobre el tipo de catéter.
- Características de la vía.
- Motivos de la retirada.
- Indicadores de la escala de Maddox para la valoración de la flebitis.

"Catéteres arterial y epidural"

Se recogen datos:

- Sobre el calibre del catéter.
- Localización.
- Motivos de la retirada.

Se han retirado los siguientes indicadores de los que constaban en la documentación consultada:

- "Cultivo de la punta del catéter" y "Resultado del cultivo" ya que esta información se recoge en los resultados de las pruebas de laboratorio.
- "Otras zonas (de inserción)": Se recogen en "localización" las más habituales. Si ocasionalmente está colocado un catéter en otra zona, se especificaría en "Observaciones".
- "Fecha de inserción" y "Fecha de retirada" ya que por defecto la ofrece la aplicación cuando se hace "Nueva toma" para registrar que se coloca o retira un catéter.

En el apartado "Observaciones", se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia en el procedimiento de inserción o retirada.

Para elaborar este formulario se han consultado los que se vienen utilizando en los siguientes Hospitales: Fundación de Avilés, Jarrío, Cabueñes y Monte Naranco.

INDICADORES DE LAS PESTAÑAS "CATÉTER VENOSO"

Tipo	Desplegable: Periférico Central Central de inserción periférica Central con reservorio subcutáneo Central tunelizado (Hickman) Palomilla Epicutáneo Shaldon Introducción SG (Swanz Ganz)
Localización	Desplegable: Mano Antebrazo Flexura Brazo Yugular Subclavía Femoral Tórax Epicraneal Umbilical Miembros inferiores
Lateralidad	Desplegable: Derecha Izquierda
Calibre	
Procedimiento	Desplegable: Inserción Retirada Inserción en otro centro Inserción en quirófano
Fecha inserción en otro centro	
Motivo de la retirada	Desplegable: Final de tratamiento Obstrucción Retirada accidental Extravasación Flebitis Infección del punto de inserción Protocolo
Observaciones	

ESCALA PARA LA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA FLEBITIS

Cateter Desplegable: Cateter venoso 1
Cateter venoso 2
Cateter venoso 3
Cateter venoso 4

-
- 0 Sin dolor, eritema, hinchazón, ni cordón palpable en la zona de punción
-
- 1 Zona de punción dolorosa sin eritema, hinchazón, ni cordón palpable en la zona de punción
-
- 2 Zona de punción dolorosa con eritema y/o hinchazón sin cordón palpable en la zona de punción
-
- 3 Zona de punción dolorosa con eritema, hinchazón, endurecimiento o cordón venoso palpable <de 6 cm por encima del sitio de inserción.
-
- 4 Zona de punción sensible con eritema, hinchazón, endurecimiento, cordón venoso palpable >de 6 cm por encima del sitio de inserción y/o purulencia
-
- 5 Trombosis venosa franca con todos los signos anteriores y dificultad o detención de la perfusión
-

El formulario contemplará la posibilidad de registrar cuatro catéteres venosos.

INDICADORES DE LA PESTAÑA "CATÉTER ARTERIAL"

Localización	Desplegable: Radial Cubital Femoral
Lateralidad	Desplegable: Derecha Izquierda
Calibre	Campo numérico
Procedimiento	Desplegable: Inserción Retirada Inserción en otro centro Inserción en quirófano
Fecha inserción en otro centro	
Motivo de la retirada	Desplegable: Final de tratamiento Obstrucción Retirada accidental Extravasación Arteritis Infección del punto de inserción Protocolo
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA "CATÉTER SUBCUTÁNEO"

Localización	Desplegable: Deltoides Infra clavicular Infrapectoral Abdomen Muslo
Lateralidad	Desplegable: Derecha Izquierda
Calibre	
Procedimiento	Desplegable: Inserción Retirada Inserción en otro centro
Motivo de la retirada	Desplegable: Final de tratamiento Retirada accidental Induración Infección del punto de inserción Protocolo
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA "CATÉTER EPIDURAL"

Localización

Desplegable: Dorsal
Lumbar

Procedimiento

Desplegable: Inserción
Retirada
Inserción en otro centro

Fecha inserción en otro centro

Motivo de la retirada

Desplegable: Final de tratamiento
Obstrucción
Retirada accidental
Infección del punto de inserción
Protocolo

Observaciones

FORMULARIO "OSTOMÍAS"

Formulario de registro y seguimiento

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE "OSTOMÍAS"

En este registro constan:

- Indicadores que recogen información en relación con las ostomías: colostomías, ileostomías, urostomías y traqueostomías. Los indicadores de esta última figuran en una segunda pestaña, puesto que las características de la traqueostomía son muy diferentes a las del resto de ostomías.
- Indicadores de la evolución del paciente relacionada con la ostomía.

Pestaña "Ostomías" (Colostomías, ileostomías, urostomías)

Se recogen datos:

- Sobre las características de la ostomía (Tipo, localización).
- Relativas al estoma (Tipo, diámetro).
- De respuestas del paciente (Estado del estoma, de la piel periestomal).
- De los dispositivos que se utilizan para recoger el drenaje de la ostomía.
- Del tratamiento que se ha de seguir para el cuidado del estoma.

En el apartado "Observaciones", se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia que surja en la evolución del paciente relacionada con la ostomía.

Las características y volumen de las heces o la orina se anotarán en el "Formulario de Balance Hídrico".

Pestaña "Traqueostomía"

Se recogen datos:

- Sobre las características de la cánula (Tipo, número, material...).
- De respuestas del paciente (Estado del estoma).
- Del tratamiento que se ha de seguir para el cuidado del estoma.

En el apartado "Observaciones", se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia que surja en la evolución del paciente relacionada con la traqueostomía.

Para elaborar este formulario se han consultado los que se vienen utilizando en los siguientes Hospitales: Fundación Hospital de Avilés, Jarrio, Monte Naranco y San Agustín.

INDICADORES DE LA PESTAÑA "OSTOMÍAS"

OSTOMÍAS

Tipo	Desplegable:	Colostomía Ileostomía Urostomía Ureterostomía
Localización	Desplegable:	Derecha Izquierda
Tipo de estoma	Desplegable:	Temporal Definitivo
Diámetro del estoma (cm)		
Estado del estoma	Multiselección:	Normal Edematoso Ulcerado Necrosado Prolapsado Estenosado Hundido Desprendido
Piel periestomal	Desplegable:	Normal Enrojecida Macerada Ulcerada
Tipo de dispositivo	Desplegable:	Dos piezas cerrada Dos piezas abierta Cerrada Abierta
Oclusión	Desplegable:	No Obturador Apósito
Tratamiento del estoma		
Observaciones		

Este formulario permitirá registrar dos ostomías: Ostomía 1 y 2

INDICADORES DE LA PESTAÑA "TRAQUEOSTOMÍAS"

TRAQUEOSTOMÍAS

Tipo de cánula

Multiselección: Una pieza
Dos piezas
Con balón
Sin balón
No fenestrada
Fenestrada
Fenestrada con tapón no fonatorio
Fenestrada con tapón fonatorio

Número de la cánula

Volumen del balón (cc)

Material

Desplegable: Plata
Silicona
PVC

Estado del estoma

Multiselección: Normal
Macerado
Con fibrina
Ulcerado
Sangrante

Tratamiento del estoma

Observaciones

FORMULARIO "SONDAS"

Formulario de registro

FORMULARIO DE REGISTRO DE "SONDAS"

En este registro constan los indicadores que recogen la siguiente información en relación con las sondas vesicales permanentes y las enterales:

- Relativa a las características de las sondas (Tipo, material, luces...)
- Motivo por el que el paciente deja de necesitarlas o necesita que sean sustituidas por otras nuevas.

En el apartado "Observaciones", se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia que surja en la "Toma".

Por ejemplo: Si al realizar un sondaje vesical el paciente sangra, se dejará constancia de esta circunstancia en el campo "Observaciones" del formulario y el seguimiento de este hecho se recogerá en "Notas de enfermería"

Nota:

En este formulario se recogerá la información en relación con sondajes permanentes. En caso de que el sondaje sea evacuador, se dejará constancia en "Notas de enfermería".

Para elaborar este formulario se han consultado los que se vienen utilizando en los siguientes Hospitales: Fundación Hospital de Avilés, Jarrio, Monte Naranco y Carmen y Severo Ochoa.

INDICADORES DEL FORMULARIO DE SONDAS

SONDA VESICAL

Tipo	Desplegable: Foley Tiemann Nelaton Dufour Suprapúbica
Material	Desplegable: Silicona Látex Látex siliconado
Luces	Desplegable: 1 2 3
Calibre	
Volumen balón (cc)	
Procedimiento	Desplegable: Inserción Retirada Inserción en otro centro Inserción en quirófano
Fecha inserción en otro centro	
Motivo de retirada	Desplegable: Fin de tratamiento Obstrucción Retirada accidental Protocolo Infección
Observaciones	

SONDA ENTERAL

Tipo	Desplegable: Nasogástrica Orogástrica Nasoduodenal Nasoyeyunal Gastrostomía Yeyunostomía
Material	Desplegable: Poliuretano Silicona Polietileno
Luces	Desplegable: 1 2 3
Calibre	
Procedimiento	Desplegable: Inserción Retirada Inserción en otro centro Inserción en quirófano
Fecha inserción en otro centro	
Motivo de retirada	Desplegable: Fin de tratamiento Protocolo Obstrucción Retirada accidental Deterioro de la sonda Infección
Observaciones	

FORMULARIO "HERIDAS QUIRÚRGICAS"

Formulario de registro y seguimiento

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE "HERIDAS QUIRÚRGICAS"

En este registro constan los indicadores que recogen la información sobre las heridas quirúrgicas.

Entendemos por "herida quirúrgica", aquella lesión, suturada o no, producida o tratada en quirófano.

Se recoge información relativa a:

- El lugar en el que se realizó el tratamiento quirúrgico: En el propio hospital o fuera de él.
- Descripción y evolución: Localización anatómica, aspecto...
- El tratamiento enfermero: Cura, retirada de sutura...

En el apartado "Observaciones", se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia que surja en la evolución de la herida.

Nota: El indicador "Fecha retirada de sutura/agafes", se refiere al día en el que se le retiran, no a la fecha prevista para su retirada puesto que esto ha de planificarse como cuidado.

INDICADORES DEL REGISTRO DE HERIDAS QUIRÚRGICAS

Lugar de inicio	Desplegable:	En este hospital En otro hospital
Fecha de intervención		
Localización ¹	Desplegable:	Cabeza Cuello Torax Abdomen Extremidades superiores Extremidades inferiores
Especificar		
Lateralidad	Desplegable:	Derecha Izquierda
Aspecto de la herida	Multiselección:	Normal Eritema Inflamada Secreción serosa Secreción hemática Secreción purulenta Dehiscencia de bordes Otro
Otro (especificar)		
Tratamiento (especificar)	Desplegable:	Povidona yodada Clorhexidina Otro
Otro (especificar)		
Fecha retirada de sutura/agrafes		
Periodicidad de la cura	Desplegable:	8 h 12h 24 h 48 h 72 h Otra
Otra (especificar)		
Observaciones		

Este formulario permite registrar cuatro heridas

FORMULARIO "OTRAS LESIONES"

Formulario de registro y seguimiento

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE "OTRAS LESIONES"

En este registro constan los indicadores que recogen la información sobre aquellas lesiones que no son UPP, heridas de miembro inferior o heridas quirúrgicas (aquella lesión, suturada o no, producida o tratada en quirófano), que se recoge en formularios específicos.

Se recoge información relativa a:

- El lugar en el que se produjo la lesión: En el propio hospital o fuera de él.
- Tipo de lesión: Dermatitis, quemadura...
- Descripción y evolución: Localización anatómica, aspecto...
- El tratamiento enfermero.

En el apartado "Observaciones", se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia que surja en la evolución de la lesión.

Nota: No se registrarán en este formulario las flictenas que se producen en relación con las heridas quirúrgicas. Estas se registrarán en el formulario "Heridas quirúrgicas" en el espacio para observaciones.

INDICADORES DEL REGISTRO DE OTRAS LESIONES

Presenta lesión al ingreso	Desplegable:	Si No
Lugar de inicio	Desplegable:	En este hospital En otro hospital En la comunidad
Fecha de aparición		
Tipo de lesión/herida	Desplegable:	Dermatitis Dermatitis de pañal Erosión Desgarro/laceración Flictenas Hematoma Quemaduras Úlcera neoplásica Otra lesión
Otra lesión (especificar)		
Localización		
Aspecto de la lesión	Multiselección:	Eritema Inflamación Erupción Secreción serosa Secreción hemática Secreción purulenta Otro
Otro aspecto (especificar)		
Tratamiento		
Periodicidad de la cura	Desplegable:	8 h 12h 24 h 48 h 72 h Otra
Otra (especificar)		
Observaciones		

Este formulario permitirá registrar **cuatro** lesiones.

FORMULARIO "ÚLCERAS DE EXTREMIDADES"

Formulario de registro y seguimiento

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE "ÚLCERAS DE EXTREMIDAD INFERIOR"

En este registro constan los indicadores que recogen la información sobre las úlceras de extremidad inferior. El concepto de úlcera debe utilizarse para definir a "una lesión en la extremidad inferior, espontánea o accidental, cuya etiología pueda referirse a un proceso patológico sistémico o de la extremidad y que no cicatriza en el intervalo temporal esperado" (Conferencia nacional de consenso sobre úlceras de la extremidad inferior. Documento de consenso).

Se registrarán también las úlceras vasculares de extremidad superior.

Se recogen indicadores que documentan:

- El lugar en el que se inició la úlcera: En el propio hospital o fuera de él.
- El tipo de lesión: Venosa, isquémica, mixta, pie diabético y otras (hipertensiva arterial, metabólica, etc.).
- Descripción y evolución: Localización anatómica, estadio, dimensiones, estado de los bordes, de la piel perilesional, signos de infección...
- El tratamiento enfermero: Limpieza, desbridamiento, tipo de apósito...

En el apartado "Observaciones", se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia que surja en la evolución de la úlcera.

Notas:

Los indicadores de este formulario siguen recomendaciones de CONEUI (Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculat, GNEAUPP y Asociación Española de Enfermería Vasculat), en cuanto a la descripción de la afectación tisular, que en el formulario se recogen en el indicador "Grado":

- Grado I. Úlcera que afecta a la epidermis y a la dermis.
- Grado II. Úlcera que afecta al tejido celular subcutáneo o epidermis.
- Grado III. Úlcera que afecta a la fascia y al músculo.
- Grado IV. Úlcera que afecta al hueso.

También se ha incluido, por ser la más utilizada, la escala de Wagner para evaluar la profundidad de la úlcera en el pie diabético, que en el formulario se recogen en el indicador "Pie diabético...":

ESCALA DE WAGNER

GRADO	LESIÓN	CARACTERÍSTICAS
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, cabezas metatarsianas prominentes, dedos en garra, deformidades óseas
1	Úlceras superficiales	Destrucción total del espesor de la piel
2	Úlceras profundas	Penetra en la piel, grasa, ligamento pero sin afectar hueso, infectada
3	Úlceras profundas más absceso	Extensa, profunda, secreción y mal olor
4	Gangrena limitada	Necrosis de parte del pie
5	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos

INDICADORES DEL FORMULARIO DE ÚLCERAS DE EXTREMIDAD INFERIOR

Presenta úlceras al ingreso	Desplegable:	Si No
Lugar de inicio	Desplegable:	En este hospital En otro hospital En la comunidad
Fecha de aparición		
Tipo de lesión	Desplegable:	Venosa Isquémica Mixta Pié diabético Otras
Otras (especificar)		
Lateralidad	Desplegable:	Derecho Izquierdo
Localización	Desplegable:	Pierna: región lateral interna Pierna: región lateral externa Maléolo interno Maléolo externo Área pretibial Pie: borde externo Pie: borde interno Dorso pie Planta del pié Metatarso Talón Dedos Pulpejo dedos Interdigital Mano Otras
Otras (especificar)		
Pulso pedio pie derecho	Desplegable:	Presente Ausente Disminuido
Pulso pedio pie izquierdo	Desplegable:	Presente Ausente Disminuido
Grado de la úlcera	Desplegable:	1: afectación de epidermis y dermis 2: afectación de tejido celular subcutáneo 3: afectación de fascia y músculo 4: afectación de hueso
Escala de Wagner (Pié diabético)	Desplegable:	Grado 0: piel intacta Grado 1: úlcera superficial Grado 2: úlcera profunda Grado 3: úlcera profunda con absceso Grado 4: gangrena limitada Grado 5: gangrena extensa
Dimensiones de la úlcera (largo x ancho en cm)		
Presenta fistulización/ tunelización	Desplegable:	Si No
Dimensiones tunelización (cm)		
Características del lecho ulceral	Multiselección:	Epitelización Granulación Esfacelo Necrosis seca Necrosis húmeda Otras

Otros (especificar)	
Cantidad de exudado	Desplegable: Ninguno Ligero Moderado Abundante
Aspecto del exudado	Multiselección: Hemático Seroso Purulento Otros
Otros (especificar)	
Consistencia del exudado	Desplegable: Alta viscosidad Baja viscosidad
Estado de los bordes de la úlcera	Multiselección: Regulares Irregulares Edematosos Macerados Sangrantes Necróticos Hiperqueratosis (Pié diabético) En forma de cráter (Pié diabético)
Estado de la piel perilesional	Multiselección: Sin alteración Seca Escamosa Edematosa Eritematosa Escoriación Hiperpigmentada Macerada Pálida Prurito Vesículas Otros
Otros (especificar)	
Signos de infección	Multiselección: No Dolor Calor Rubor Tumor Pus
Signos sutiles de infección	Multiselección: No Aumento del tamaño de la lesión Cambio de color en el lecho de la úlcera Crepitación Fluctuación Incremento del dolor Incremento del exudado Olor anómalo o en aumento Presencia de biofilm Retraso en la cicatrización Tejido de granulación anómalo Otros
Otros (especificar)	
Recogida de cultivo	Desplegable: Torunda Punción/aspiración Biopsia
Fecha de recogida	
Dolor (EVA)	
Limpieza de la lesión	Desplegable: Suero fisiológico Otros

Otros (especificar)	
Desbridamiento	Desplegable: Si No indicado
Tipo de desbridamiento	Desplegable: Cortante Enzimático Autolítico Otros
Otros (detalle)	
Tratamiento	Multiselección: Ácidos grasos hiperoxigenados Colagenasa Hidrogel Gasa parafinada Povidona yodada Productos barrera Sulfadiacina argéntica Apósito convencional Apósito hidrocoloide Apósito hidrofibra de hidrocoloide Apósito de plata Espuma polimérica o hidrocélular Film de poliuretano Apósito de alginato Apósito de carbón activado Apósito de silicona Otro
Otro (especificar)	
Vendaje	Multiselección: Protección algodonosa Vendaje elástico Media de compresión Medias elásticas terapéuticas Vendaje multicapa No vendaje compresivo Otros
Otros (especificar)	
Posición de la cama	Desplegable: Posición Trendelemburg Posición Anti Trendelemburg
Periodicidad de la cura	Desplegable: 8 H 12 H 24 H 48 H 72 H Otros
Otros (especificar)	
Observaciones	

FORMULARIO
"PREVENCIÓN DE ÚLCERAS
POR PRESIÓN"

Formulario de registro y seguimiento

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE "PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN"

En este registro constan los indicadores que recogen información sobre el tratamiento de prevención de úlceras por presión, en los pacientes de riesgo.

La información está organizada en base a los tratamientos que se están llevando a cabo en las distintas localizaciones del paciente.

"Tratamiento general"

Esta pestaña recoge información sobre las medidas generales de prevención que se están realizando en base al valor de la escala de Braden, por lo que recoge la siguiente información:

- Último valor de la escala de Braden.
- Medidas adoptadas en cuanto a SEMP (Superficies Especiales de Manejo de Presiones).
- Cambios posturales.

"Tratamiento local"

Se recoge esta información en tres pestañas:

- Tratamiento Ácidos grasos hiperoxigenados.
- Tratamiento Productos barrera (cremas, películas, etc.).
- Tratamiento Apósitos adhesivos y no adhesivos (hidrocelular, poliuretanos, hidrocoloides, etc.).

Según sea el tratamiento del paciente, se registrarán en la pestaña correspondiente las distintas localizaciones en las que se está realizando así como su periodicidad.

INDICADORES DE LA PESTAÑA "TRATAMIENTO GENERAL"

Último valor escala de Braden	Texto del nivel de riesgo
Cama (SEMP)	Desplegable: No Estática Dinámica
Silla (SEMP)	Desplegable: No Estática Dinámica
Cambios posturales	Desplegable: No 2 H. 2- 4 H. 4 H.
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA "TRATAMIENTO ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS"

Localización	Multiselección: Sacro Glúteo Talón Trocánter Cresta iliaca Pie: maléolo interno Pie: maléolo externo Pie: borde externo Pie: borde interno Rodilla: cara interna Rodilla: cara externa Codo Escápula Tuberosidad isquiática Occipital Otras localizaciones
Otras localizaciones (especificar)	Texto libre
Lateralidad	Desplegable: Derecha Izquierda Bilateral
Periodicidad del tratamiento	Desplegable: 8 H 12 H 24 H 48 H 72 H Otra
Otra (especificar)	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA "TRATAMIENTO APÓSITOS ADHESIVOS Y NO ADHESIVOS"

Localización

Multiselección: Sacro
 Glúteo
 Talón
 Trocánter
 Cresta iliaca
 Pie: maléolo interno
 Pie: maléolo externo
 Pie: borde externo
 Pie: borde interno
 Rodilla: cara interna
 Rodilla: cara externa
 Codo
 Escápula
 Tuberosidad isquiática
 Occipital
 Otras localizaciones

Otras localizaciones (especificar)

Texto libre

Lateralidad

Desplegable: Derecha
 Izquierda
 Bilateral

Periodicidad del tratamiento

Desplegable: 8 H
 12 H
 24 H
 48 H
 72 H
 Otra

Otra (especificar)

Observaciones

INDICADORES DE LA PESTAÑA "PRODUCTOS BARRERA"

TRATAMIENTO ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS

Localización

Multiselección: Sacro
Glúteo
Talón
Trocánter
Cresta iliaca
Pie: maléolo interno
Pie: maléolo externo
Pie: borde externo
Pie: borde interno
Rodilla: cara interna
Rodilla: cara externa
Codo
Escápula
Tuberosidad isquiática
Occipital
Otras localizaciones

Otras localizaciones (especificar)

Lateralidad

Desplegable: Derecha
Izquierda
Bilateral

Periodicidad del tratamiento

Desplegable: 8 H
12 H
24 H
48 H
72 H
Otra

Otra (especificar)

Observaciones

FORMULARIO "ÚLCERAS POR PRESIÓN"

Formulario de registro y seguimiento

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE "UPP"

En este registro constan los indicadores que recogen la información sobre las úlceras por presión:

- La formación: Donde se formó la úlcera, localización anatómica...
- Descripción y evolución: Estadio, dimensiones, estado de los bordes y la piel perilesional, signo de infección...
- El tratamiento enfermero: Limpieza, desbridamiento, tipo de apósito, cambios posturales...

En el apartado "Observaciones", se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia que surja en la evolución de la úlcera.

Este formulario fue aportado por la Fundación Hospital de Avilés y revisado por expertos de los distintos hospitales. No se han introducido modificaciones puesto que está revisado por miembros del GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas).

Citas de los indicadores del formulario

1. **Clasificación-estadiaje de las úlceras por presión:** Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Clasificación-Estadiaje de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003.



ESTADIO I

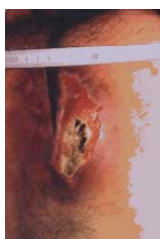
Eritema cutáneo que no palidece al presionar. En pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados. Puede incluir cambios de temperatura de la piel (caliente o fría), consistencia del tejido (edema, induración) y/ o sensaciones (dolor, escozor).



ESTADIO II

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas.

Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.



ESTADIO III

Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.

Pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.



ESTADIO IV

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc).

Pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

Importante: En todos los casos que proceda, deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera.

2. Tunelización

Tanto en el estadio IV como en el estadio III pueden presentarse las lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

Para medir la tunelización se empleará la pinza de curas y se considerará que la medida son los cm que se puede introducir la pinza.

3. Medida de la piel perilesional

Medida mediante regla: consiste en medir con una regla graduada la distancia que hay entre el borde de la úlcera y el final de la piel perilesional lesionada.

Longitud x anchura	0 0 cm ²	1 <0,3 cm ²	2 0,3-0,6 cm ²	3 0,7-1 cm ²	4 1,1-2,0 cm ²	5 2,1-3,0 cm ²
	6 3,1-4,0 cm ²	7 4,1-8,0 cm ²	8 8,1-12,0 cm ²	9 12,1-24 cm ²	10 > 24 cm ²	Subtotal
Cantidad de exudado	0 Ninguno	1 Ligero	2 Moderado	3 Abundante	4	Subtotal
Tipo de tejido	0 Cerrado	1 Tejido epitelial	2 Tejido de granulación	3 Esfacelos	4 Tejido necrótico	Subtotal

4. PUHS (Pressure Ulcer Scale for Healing)

Se incluye este instrumento validado para medir el grado de cicatrización de las UPP. Su valor se calcula automáticamente al rellenar el formulario y aparece como indicador al final del mismo.

Longitud x anchura: Medir la longitud mayor y la anchura mayor utilizando una regla en centímetros.

Heridas cavitadas: Utilizar una regla en centímetros y utilizar siempre el mismo sistema para medir la superficie (largo x ancho).

Cantidad de exudado: Estimar al cantidad de exudado (drenaje) presente después de retirar el apósito y antes de aplicar cualquier agente tópico a la úlcera. Estimar el exudado con ninguno, ligero, moderado o abundante.

Tipo de tejido: Se refiere a los tipos de tejidos que están presentes en el lecho de la úlcera. Valorar como 4 si hay algún tipo de tejido necrótico presente. Valorar como 3 si hay algún tipo de esfacelo presente y no hay tejido necrótico. Valorar como 2 si la herida es limpia y contienen tejido de granulación. Una herida superficial que se está reepitelizando se valorará como 1. Cuando la herida esté cerrada valorarla como 0.

- 4 **Tejido necrótico (Escala seca/húmeda):** Tejido oscuro, negro o marrón que se adhiere firmemente al lecho o los bordes de la herida que puede ser más fuerte o débil que la piel perilesional.
- 3 **Esfacelos:** Tejido amarillo o blanco que se adhiere al lecho de la úlcera en bandas de aspecto fibroso, bloques o en forma de tejido blando muciforme adherido.
- 2 **Tejido de granulación:** Tejido rojo o rosáceo con una apariencia granular húmedo y brillante.
- 1 **Tejido epitelial:** En úlceras superficiales nuevo tejido (o piel) rosado o brillante que crece de los bordes de la herida o en islotes en la superficie de la misma.
- 0 **Cicatrizado/reepitelizado:** La herida está completamente cubierta de epitelio (nueva piel).

INDICADORES DEL REGISTRO DE UPP

Lugar de inicio	Desplegable: En este hospital En otro hospital En la comunidad
Fecha de aparición	
Localización	Desplegable: Sacro Glúteo Talón Trocánter Cresta iliaca Pié: maléolo interno Pié: maléolo externo Pié: borde externo Pié borde interno Rodilla: cara interna Rodilla: cara externa Codo Escápula Tuberosidad isquiática Otras localizaciones
Otras localizaciones (especificar)	
Lateralidad	Desplegable: Derecha Izquierda
Estadio ¹	Desplegable: I Eritema. No palidece a la presión II Pérdida grosor epidermis, dermis o ambas III Pérdida total grosor de piel. Lesión o necrosis tejido subcutáneo IV: Pérdida total grosor de piel. Lesión o necrosis músculo, hueso, estructuras sostén
Dimensiones úlcera: largo (cm)	
Dimensiones úlcera: ancho (cm)	
Superficie en cm ²	
Presenta fistulización/ tunelización ²	Desplegable: Si No
Dimensiones tunelización 1 ² (cm)	
Dimensiones tunelización 2 (cm)	
Características del lecho ulceral	Multiselección: Cerrado Tejido epitelial Tejido de granulación Esfacelos Tejido necrótico seco Tejido necrótico húmedo
Cantidad de exudado	Desplegable: Ninguno Ligero Moderado Abundante
Color del exudado	Desplegable: Claro Turbio, lechoso Rosado o rojizo Verdoso Amarillento o amarronado Gris o azulado
Consistencia del exudado	Desplegable: Alta viscosidad Baja viscosidad

Estado de la piel perilesional	Multiselección: Sin alteración Descamación Edema Eritema Escoriación Hiperpigmentada Maceración Pálida Prurito Vesículas
Estado de los bordes de la úlcera	Multiselección: Regulares Irregulares Callosos En forma de cráter Edematosos Macerados Sangrantes Necróticos
Signos de infección local	Multiselección: No Dolor Calor Rubor Tumor Pus
Signos sutiles de infección	Multiselección: No Aumento del tamaño de la lesión Cambio de color en el lecho de la úlcera Crepitación Deterioro de la herida o dehiscencia Fluctuación Incremento del dolor Incremento del exudado Olor anómalo o en aumento Presencia de biofilm Retraso en la cicatrización Tejido de granulación anómalo
Recogida de cultivo	Desplegable: Torunda Punción/ aspiración Biopsia
Fecha de recogida	
Dolor	Desplegable con valores EVA
Analgesia antes de cura	
Limpieza de la lesión	Desplegable: Suero fisiológico Otros
Otros especificar	
Desbridamiento	Desplegable: No Si No indicado
Tipo de desbridamiento	Desplegable: Cortante Enzimático Autolítico Otros
Otros especificar	
Tratamiento	Multiselección: Ácidos grasos hiperoxigenados Colagenasa Hidrogel Povidona yodada Productos barrera Sulfadiazina argéntica Apósito convencional

Apósito hidrocoloide
Apósito hidrofibra de hidrocoloide
Apósito de plata
Espuma polimérica o hidrocélular
Film de poliuretano
Apósito de alginato
Apósito de carbón activado
Apósito de silicona
Otros

Otros especificar

Periodicidad de la cura

Desplegable: 8 H
12 H
24 H
48 H
72 H
Otros

Otros (especificar)

Cama (SEMP)

Desplegable: No
Estática
Dinámica

Silla (SEMP)

Desplegable: No
Estática
Dinámica

Cambios posturales

Desplegable: No
4 H.
2- 4 H.
2 H.

Valor PUSH³

Observaciones

Este formulario permitirá registrar seis úlceras.

FORMULARIO "REGISTRO DE CAÍDAS"

Formulario de registro

FORMULARIO DE REGISTRO DE "CAÍDAS"

Los indicadores de este registro recogen las circunstancias que concurren en el momento de la caída de un paciente y las consecuencias de ésta.

- Con relación a las circunstancias del paciente: Estado, medidas de protección que se habían tomado, medicación administrada que puede influir en que se produzca la caída, lugar en el que se produjo la caída y actividad que estaba realizando el paciente.

Nota: Ha de tenerse en cuenta que el "estado de conciencia", "estado físico" y "déficit" sensorial hacen referencia al estado del paciente en el momento de la caída.

Si el "estado físico" no ha variado desde la última valoración de la autonomía mediante la escala de Barthel ha de anotarse el resultado en éste indicador.

- Consecuencias derivadas de la caída: Lesión que produce, pruebas diagnósticas, cuidados necesarios.

En el apartado "Observaciones", se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario.

El seguimiento de las posibles secuelas de la caída se hará en "Notas de enfermería".

Para elaborar este formulario se han consultado los que se vienen utilizando en los siguientes Hospitales: Fundación de Avilés, Jarrio, San Agustín, Cabueñes, Monte Naranco, Carmen y Severo Ochoa y Cruz Roja.

Nota: Las siglas CM que constan en el indicador "medidas de protección previas a la caída", hacen referencia a Contención Mecánica.

INDICADORES DEL FORMULARIO DE REGISTRO DE CAÍDAS

Hora de la caída

Datos previos a la caída

Estado de conciencia

Multiselección: Orientado
Confuso
Desorientado
Agitado

Estado físico

Desplegable: Independiente
Dependencia leve
Dependencia moderada
Dependencia severa
Totalmente dependiente

Déficit sensorial

Multiselección: No
Auditivo
Visual

Caídas en el último año

Desplegable: Si
No

Medidas de protección previas a la caída

Multiselección: No
Barandillas
Presencia acompañante
C M Miembros superiores
C M Contralateral
C M Miembros inferiores
C M Torax
C M Abdomen

Medicación relacionada

Desplegable: Ninguno
Tranquilizante/sedantes
Diuréticos
Hipotensores (no diuréticos)
Antiparkinsonianos
Antidepresivos

Datos de la caída

Ubicación del paciente en el momento de la caída

Desplegable: Cama
Sillón
Baño
Otros

Otros especificar

Actividad que realizaba en el momento de la caída

Desplegable: Deambulando
Al levantarse
Al acostarse
Al ir al servicio
Transferencia
Otros

Otros (especificar)

Datos después de la caída

Lesión

Multiselección: Sin lesión aparente
Contusión
Erosión
Herida
Fractura
Alteración de la consciencia

Localización

Cuidados

Multiselección: Vigilancia
Cura
Sutura
Sutura

Avisado facultativo

Desplegable: Si
No

Estudios complementarios

Desplegable: Si
No

Especificar

Observaciones

APÉNDICE I

COMPONENTES GRUPO DE TRABAJO "NORMALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE ENFERMERÍA"

Álvarez Oviedo, Ruth
Bazán Herrero, Antonio
Fernández Flórez, Rosario
Fernández Rodríguez, Isabel
García León, Begoña
García Álvarez, Ana Gema
Lago González, M Luz
López González, Carmen
Manterola Conlledo, Ana
Martínez de Vega Llorente, Eugenia
Rancaño Rodríguez, Isabel
Rodríguez Rego, Roberto
de la Riva Cortina, Laura
Vidal Molina, Victoria
Villamil Díaz, Mar

APÉNDICE II

COMPONENTES GRUPO REVISOR

Fernández Laviana, María Ángeles
Canto Rodríguez, M.^a Ángeles
García Álvarez, Beatriz
García del Valle, Carmen
Fernández Pérez, Gema
González Bande, Ana Isabel
Álvarez Pérez, Primitivo
Arduengo Priede, Antonia
Bazús González, M.^a José
Ablanado Suárez, José Manuel
González Prieto, Virginia
González Rancaño, Marta
Hevia Montes, Carmen
Jonte Lastra, Juan Carlos
Laviana Fernández, María Ángeles
López Arias, Ángela

Maestre García, Ángeles
Martínez Gutiérrez, Aurora
Martínez Vidal, Rita
Menéndez Cuervo, Paloma
Prada Roces, María Teresa
Rivas Michelon, Adolfo
Rodríguez Muñiz, Yolanda
Rodríguez Orviz, Argentina
Rozado Gutiérrez, Elena
Soler Jambrina, Belén
Soria Delgado, Raquel
Soto Balbuena, Carmen
Suárez Álvarez, Ana Victoria
Urruchi Campo, Aránzazu
Valle García, Margarita del
Vázquez Moro, Patricia

