

TRABAJO FIN DE MÁSTER

2012-2013



Impacto Social y Económico: Unidad de Atención Integral a las Heridas del Servicio Cántabro de Salud

PAULA PARÁS BRAVO



Resumen

Las heridas crónicas suponen un problema de gran dimensión para los servicios sanitarios, no solo a nivel epidemiológico sino a nivel económico y de calidad de vida de los pacientes.

La bibliografía sustenta la posibilidad de mejorar en la prevención, tratamiento y optimización de los recursos orientados al abordaje del problema de las heridas crónicas, de lo que se derivan importantes beneficios para el sistema y por ende para sus usuarios.

El objetivo del presente proyecto es aproximar los potenciales beneficios que se obtendrían de la aplicación de la mejor práctica clínica, todo ello a través de la creación de una unidad altamente especializada en la atención de las heridas en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Si bien nos encontramos en la fase de definición, una aproximación a los resultados potenciales de la implantación de esta unidad apuntan, con las consiguientes limitaciones metodológicas, a una importante mejora en la epidemiología, calidad de los cuidados y reducción del coste, que revierten en una mejor calidad de vida de los usuarios con heridas crónicas, con una reducción de su morbilidad, con lo que se justifica la implantación y potenciación de dicha unidad por el Servicio Cántabro de la Salud.

Índice

1. Justificación ideológica y conceptual de la creación de la Unidad de Atención Integral a las Heridas del Servicio Cántabro de Salud (UAIH-CANT).
2. Justificación epidemiológica.
 - 2.1. Úlceras por presión (UPP).
 - 2.2. Úlceras de la extremidad inferior.
3. Justificación ética.
4. Ámbito de actuación de la unidad
5. Repercusiones económicas.
 - 5.1. Coste relativo al cuidado de las heridas.
 - 5.1.1. Coste de las UPP en Cantabria.
 - 5.1.2. Coste de las úlceras de la extremidad inferior en Cantabria.
 - 5.1.3. Coste del resto de las heridas.
 - 5.2. Carga asistencial de la UAIH-CANT.
 - 5.3. Costes relativos a los recursos personales limitando la unidad al ámbito hospitalario.
 - 5.4. Estimación del coste de la UAIH-CANT.
 - 5.5. Conclusiones.

6. Programa funcional.

6.1. Infraestructura.

6.2. Personal.

6.3. Funciones.

6.4. Selección de personal.

6.5. Plan de trabajo.

6.6. Puesta en marcha.

7. Una aproximación al impacto epidemiológico y económico e indicadores de calidad de la UAIH-CANT.

8. Bibliografía.

9. Anexos.

1. Justificación ideológica y conceptual de la creación de la Unidad de Atención Integral a las Heridas del Servicio Cántabro de Salud (UAIH-CANT).

No cabe duda que el campo de las heridas requiere una importante dedicación de los profesionales, especialmente de enfermería. Sus repercusiones en cuanto a morbilidad, impacto económico y calidad de vida de los pacientes, nos preocupa o debería preocuparnos.

La experiencia nos dice que probablemente resultamos ineficaces, tanto en el cuidado de las heridas crónicas, de ahí su importante prevalencia y la incapacidad de los servicios sanitarios por evitar su aparición, disminuir el tiempo de curación y la tasa de recidivas, como en el tratamiento de las agudas y en la prevención de complicaciones en las mismas.

La crisis económica y la imperiosa necesidad de mantener un sistema sanitario de calidad, eficaz y eficiente, empuja a los profesionales a desarrollar nuevas fórmulas de proveer cuidados.

Nuestros recursos no son ilimitados y las actuales circunstancias económicas requieren, más que nunca, un uso óptimo de los mismos. De manera que maximicemos los resultados minimizando los costes.

Según algunas estimaciones, la atención a las heridas supone aproximadamente el 5% del gasto sanitario total^[1]. Una cifra nada desdeñable y que nos debería invitar a la reflexión.

Estos datos tienen visos de incrementarse dado el progresivo envejecimiento de la población y el aumento en la incidencia de las enfermedades que agravan estas lesiones, como puede ser la diabetes, la obesidad y las enfermedades arteriales periféricas.

Si las predicciones apuntan que la incidencia va en aumento, esto va irremediablemente unido con un aumento del gasto sanitario y dada la situación actual de contención económica, la posibilidad de un empeoramiento en la calidad de los cuidados.

No debemos olvidar que en España la sanidad es pública y depende en su totalidad de la administración salvo puntuales excepciones que se están dando en los últimos años.

El manejo de las heridas crónicas requiere profesionales altamente cualificados y con conocimientos actualizados, que desde una perspectiva holística y científica sean capaces de proporcionar cuidados eficaces basados en la mejor evidencia disponible.

El cuidado de las heridas es un ámbito en el que el Sistema Nacional de Salud puede mejorar en su eficacia. Nuestra ineficacia se hace especialmente palpable en el campo de las úlceras por presión (UPP), que nos pueden servir como ejemplo. Han pasado muchos años desde que en 1982 Pam Hibbs demostrara que estas lesiones son evitables en un altísimo porcentaje. Sin embargo en la actualidad continúan siendo una epidemia silenciosa o como Pam Hibbs denominaba: “epidemia bajo las sábanas”.

Si disponemos de los medios y de profesionales cualificados ¿por qué no conseguimos evitar su aparición?, ¿por qué somos ineficaces en su tratamiento permitiendo su evolución a estadios más graves?

Me gustaría ir más allá. Definir el problema y plantear las soluciones. El margen para el ensayo error está ampliamente superado y es momento de erradicar el problema.

Siguiendo con el ejemplo de las UPP, el Servicio Cántabro de Salud posee los recursos, tanto humanos como materiales, para controlar el problema. Sin embargo no es capaz de conseguirlo. Los programas preventivos así como la utilización de registros no consiguen disminuir la incidencia. A pesar de que la

incidencia de las UPP resulta una realidad más llamativa por la evitabilidad que conlleva, las heridas crónicas de la extremidad inferior también suponen una importante merma en la calidad de vida de quien las padecen.

Estas lesiones, a menudo, las padecen personas completamente independientes y su aparición les afecta a nivel social, laboral, y por supuesto, en el ámbito personal.

No es difícil encontrar casos en los que los pacientes sufren durante meses e incluso años sin conseguir que la herida cicatrice.

Drew et al. en el artículo *The cost of the wound care for a local population in England* describe que en un 42% de los pacientes la lesión cicatriza en menos de tres meses, sin embargo un 14,4% y un 27,5% convive con la herida más de seis meses o más de un año respectivamente^[1].

No obstante, el sufrimiento puede ser todavía mayor si tenemos en cuenta un índice de recidivas del 40% en los doce meses tras la cicatrización de la herida^[2].

Por lo tanto, en el caso de las de las heridas de la extremidad inferior, al igual que en las UPP, no solo buscamos un tratamiento basado en la mejor evidencia disponible si no que necesitamos plantear programas de prevención primaria y secundaria eficaces.

Con frecuencia en el ámbito de la enfermería se tiende a simplificar el trabajo. No es lógico pensar que un profesional de enfermería está capacitado para trabajar en todos los niveles asistenciales y en todas las especialidades médicas con el mismo nivel de cualificación.

A pesar de ser algo obvio no se toman las medidas oportunas y nos encontramos con profesionales, sin conocimientos específicos y actualizados sobre heridas crónicas, al cuidado de las mismas. No pretendo buscar culpables ni abogar por la responsabilidad profesional que requiere nuestra

constante formación. De nada sirve elaborar un discurso en ese sentido cuando no buscamos soluciones.

Llevamos años siendo conscientes del problema que existe con las heridas crónicas, de los escasos conocimientos de los profesionales responsables, todo ello plasmado en los resultados. Por lo tanto es el momento de buscar soluciones.

Una buena solución podría ser el formar a todos los profesionales en contacto con las heridas crónicas con conocimientos altamente especializados, pero esto es una utopía; es como si pretendiéramos que todos los médicos dominaran varias especialidades.

La otra solución, y probablemente la más eficiente, sería agrupar a todas aquellas personas con elevados conocimientos en el campo de las heridas y crear un equipo multidisciplinar a cargo de la unidad de heridas crónicas y poder extender su experiencia y conocimientos a otros niveles del sistema. A esta unidad en adelante le llamaré “Unidad de Atención Integral a las Heridas del Servicio Cántabro de Salud (UAIH-CANT)”.

De ésta manera, estaríamos poniendo las bases para acabar con las pautas de tratamiento sin sentido, la utilización inadecuada de los recursos y sobre todo mejoraría la calidad de los cuidados. Esta calidad de los cuidados debería manifestarse en una disminución de la morbilidad, en una mejora clínica de los pacientes, en un uso racional de los recursos y principalmente en una mejora de la calidad de vida, con un menor sufrimiento de los pacientes y sus cuidadores.

Son muchas las implicaciones clínicas positivas que hipotéticamente se derivarían de la definición de esta unidad y al ahorro económico hay que sumarle las implicaciones ético legales al disminuir las amenazas de mala praxis, tanto para los profesionales como para el sistema de salud. En el caso concreto de las UPP al tratarse de lesiones evitables en un altísimo porcentaje

se abre la puerta a una serie de consideraciones éticas hasta ahora olvidadas. En los últimos años han empezado a surgir casos que nos han hecho replantearnos si estamos respetando los principios de la bioética.

Cuando se trata de personas frágiles, como pueden ser los ancianos, estamos vulnerando directamente normas internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948 y el Convenio Europeo para la Salvaguarda de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales de 4 de noviembre de 1950.

Como profesionales sanitarios debemos de ser conscientes de que nuestras acciones son transitivas, y por lo tanto, las repercusiones de nuestros actos recaen sobre una tercera persona que confía en nuestro buen hacer profesional.

Aunque las implicaciones legales están muy presentes en países como Reino Unido o Estados Unidos, en España tan solo comienzan a darse los primeros casos relacionados con reclamaciones judiciales.

De hecho este tipo de demandas en nuestro país aún no han superado lo extraordinario o anecdótico, con ausencia de jurisprudencia al respecto.

Estos son algunos de los argumentos que apoyan la creación de una unidad de estas características, sin embargo la mejora de calidad de vida y el ahorro de sufrimiento humano que supone la gestión eficaz de las heridas crónicas constituye un argumento más que suficiente para justificar su creación.

2. Justificación epidemiológica.

Hoy en día disponemos de información epidemiológica sobre algunos tipos de heridas crónicas que nos permiten dimensionar el alcance de este problema y nos ofrecen la posibilidad de extrapolar datos.

2.1. Úlceras por presión (UPP).

Utilizando los datos del 3^{er} Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España del año 2009 [3].

Podemos decir que la prevalencia es variable en Atención Especializada y oscila desde un 5% en unidades mixtas y de hospitalización a domicilio hasta superar el 20% cuidados intensivos (adultos y pediátricos) y unidades de paliativos/ convalecencia/geriatría de agudos.

En Atención Primaria los datos se sitúan entre el 7% y el 13%, en función del tipo de centro, dividiéndose estos en urbanos, mixtos o rurales.

También podemos encontrar datos sobre los Centros Sociosanitarios con una prevalencia del 7%. Sin embargo, los propios investigadores opinan que una constante de los tres estudios nacionales de prevalencia es el potencial sesgo que representa la información proveniente de Centros Sociosanitarios. Afirman que solo tenemos información de Centros Sociosanitarios que priorizan el problema de las UPP y que cuentan con personal motivado y posicionado sobre el tema, circunstancias ambas, que están presentes en pocos de los Centros Sociosanitarios de nuestro país y la mayoría de ellos son de gestión pública.

Este estudio es una fuente valiosa de datos ya que no solo arroja luz sobre datos de prevalencia sino que también nos aporta datos sobre el tipo de úlceras más prevalente, la edad de los pacientes o la presencia de incontinencia urinaria, por ejemplo.

Si comparamos los datos con los extraídos del 2º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP del año 2005, se ha producido una mejora, sin embargo los datos siguen siendo preocupantes^[4].

En el 2005 la prevalencia en Atención Especializada fue de 8,91%, en Atención Primaria de 9,11% y de 10,9% en Centros Sociosanitarios.

Si todavía hay dudas sobre si podemos solucionar el problema con las medidas habituales me gustaría señalar en que en el 87,4%, 57,6%, y 39,8% de los Hospitales, Centros de Atención Primaria y Centros Sociosanitarios respectivamente, existen comisiones de UPP.

En el 92,3%, 79,4% y 94,3% de los Hospitales, Centros de Atención Primaria y Centros Sociosanitarios respectivamente, se registra la prevención.

Además en el 93,6%, 81,9% y 88,7% de los Hospitales, Centros de Atención Primaria y Centros Sociosanitarios respectivamente, se valora el riesgo de los pacientes con una escala.

De estos datos deducimos que los servicios sanitarios son conscientes del problema pero aún no han encontrado la manera eficaz de solucionarlo.

Teniendo en cuenta que este tipo de lesiones se consideran iatrogénicas en un elevado porcentaje, es inaceptable desde el punto de vista ético, y obviamente legal, el desarrollo de las mismas y las repercusiones que tienen sobre el paciente y sobre los presupuestos del Sistema Nacional de Salud cuyo gasto podría ser empleado en otras cuestiones.

El ámbito de actuación de la UAIH-CANT no solo va dirigido a las UPP, pero al tratarse estas de un problema evitable cuyo control se nos escapa, he querido hacer mayor hincapié en este tipo de lesiones.

2.2. Úlceras de la extremidad inferior.

Utilizando como base el Documento de la Conferencia Nacional de Consenso sobre las Úlceras de la Extremidad Inferior (C.O.N.U.E.I.)^[2]. Podemos extraer los siguientes datos.

La incidencia es de entre 3 y 5 nuevos casos/mil personas/año, con una prevalencia de entre el 0,1 y el 0,3% de la población y un índice de recidivas del 40% en el año posterior a la cicatrización.

Todo ello multiplicado por dos en el segmento de edad superior a los 65 años.

Como se puede ver no se trata de un problema poco frecuente por lo que las medidas preventivas encaminadas a disminuir su incidencia suponen una mejora tanto en los ámbitos de morbilidad como en el de calidad de vida y de impacto económico.

Los autores de dicho documento de consenso recomiendan optimizar la situación actual en la que se desarrolla la asistencia de las úlceras de la extremidad inferior. Para ello proponen la implementación de equipos asistenciales transversales y funcionales que integren profesionales de los ámbitos de enfermería hospitalaria, Atención Primaria, podología, cirugía plástica y reconstructiva, dermatología, endocrinología, angiología y cirugía vascular y la asistencia social. Será competencia de estos equipos su organización funcional y la periodicidad de sesiones que determinen en función de cada ámbito.

Aplicar de forma organizada y coordinada las medidas preventivas supondrá una disminución en la incidencia por lo que es necesario invertir en este sentido.

A continuación vamos a describir los diferentes tipos de úlceras de la extremidad inferior así como su epidemiología y etiología para conocer con más detalle la magnitud del problema.

Se pueden clasificar las úlceras de la extremidad inferior en tres tipos que suponen el 95% del total: venosas, isquémicas y neuropáticas. En un cuarto tipo se incluyen aquellas úlceras que no cumplen los criterios diagnósticos de los otros tres grupos.

Las **Úlceras Venosas** constituyen entre un 75 y un 80% de las úlceras de la extremidad inferior. Con una prevalencia entre el 0,5 y el 0,8%. Su fisiopatología se debe a la hipertensión venosa ambulatoria (HTVA). Esta induce alteraciones hemorreológicas en los capilares y en las vénulas, cuya consecuencia final es el infarto tisular. Este infarto es la causa de las alteraciones preulcerosas (atrofia blanca, lipodermatoesclerosis) y de la úlcera.

Las **Úlceras Isquémicas** presentan una prevalencia entre el 0,2 y el 2%. En su fisiopatología interviene la presión parcial de oxígeno, la formación de radicales libres y el fenómeno de isquemia-reperfusión y el infarto tisular.

Los pacientes con isquemia crónica de la extremidad inferior tienen un peor pronóstico afectando no solo a la morbilidad si no a la mortalidad del paciente

Las **Úlceras Neuropáticas** cuya principal etiología es la diabetes mellitus que afecta entre el 7 y el 7,5% de la población en países occidentales especialmente la diabetes mellitus tipo 2. El Sistema Nacional de Salud estima que en España esta enfermedad afecta a un 14% de la población^[5]. Presentan una prevalencia de entre el 15 y el 25%. Se considera como factor predisponente la polineuropatía y como factores agravantes la infección y la isquemia.

A pesar de que las úlceras por presión y las úlceras de la extremidad inferior serán las principales subsidiarias de la unidad por su importante prevalencia y repercusión no nos olvidamos de otro tipo de lesiones como pueden ser las heridas quirúrgicas complicadas, las lesiones por humedad, las lesiones traumáticas...etc.

3. Justificación ética.

Estas repercusiones son especialmente llamativas en el ámbito de las UPP al tratarse de lesiones altamente evitables.

Sin embargo, no podemos obviar que el tratamiento ineficaz de las lesiones, sea cual sea su etiología, constituye una mala praxis dentro del ámbito de la enfermería y de la medicina.

El escaso conocimiento de la ciudadanía e incluso de los profesionales sanitarios sobre esta cuestión no hace más que retroalimentar esta deficiencia.

Aunque pueda resultar escandaloso la incidencia y el cuidado de estas lesiones han alcanzado los niveles de máxima calidad en aquellos países donde los procesos jurídicos en contra de los servicios sanitarios están a la orden del día.

De tal manera que en países como Estados Unidos, donde la sanidad es mayoritariamente privada, han conseguido proveer cuidados de calidad y evitar la aparición de UPP obligados por las elevadas indemnizaciones de las que han tenido que hacerse cargo.

A pesar de que no es una práctica habitual en el ámbito de las heridas, la UAIH-CANT dispondrá de consentimientos informados por escrito. De esta manera se garantiza que el paciente o su tutor legal conocen y entienden los beneficios y riesgos de los tratamientos que se le aplican.

Las personas afectadas de heridas crónicas caen a menudo en una espiral de cuidados que se prolonga durante meses e incluso años. Esta espiral lejos de ser anecdótica constituye la práctica habitual en demasiadas ocasiones.

Como resultado de esta lesión la persona experimenta una serie de repercusiones físicas, psicológicas, sociales y laborales que influyen en su calidad de vida e incluso pueden provocarle la muerte^[6].

Diversos estudios ponen de manifiesto que las úlceras de las extremidades inferiores provocan en el paciente una amenaza para el funcionamiento físico, con un impacto negativo en el funcionamiento psicológico y social, incluyendo

el dolor, trastornos del sueño, reducción de energía, limitación laboral y de ocio, así como, las preocupaciones, la frustración y la falta de autoestima^[7]. Todo ello conlleva un aumento del riesgo de depresión y del aislamiento social^[8].

Por otro lado una revisión sistemática arrojó luz sobre el sufrimiento que conllevan las UPP poniendo de manifiesto que todas o casi todas producen dolor incluso en aquellos pacientes que no responden^[9].

La alteración de la imagen corporal, el dolor o las limitaciones físicas que les produce la lesión se aceptan dentro de la normalidad, cuando son inaceptables, obviándose fundamentalmente dos aspectos.

En primer lugar en el caso de las UPP el paciente sufre un calvario como consecuencia de una mala praxis profesional en un altísimo porcentaje de los casos y en segundo lugar la ineficacia en el cuidado de las heridas crónicas no hace más que prolongar el sufrimiento.

En las heridas de la extremidad inferior un tratamiento inadecuado así como una prevención de las recaídas ineficaz prolongan el sufrimiento de quien las padece.

Las UPP son capaces de aumentar la estancia hospitalaria hasta 5 veces, sin olvidar el dolor, el riesgo de infección y el aumento de la probabilidad de morir^[10].

Las personas de edad avanzada y los pacientes de cuidados intensivos experimentan un riesgo entre 2 y 4 veces superior de muerte ^[6, 11].

Si aparecieran complicaciones en la cicatrización, la tasa se multiplica hasta 6 veces más^[12].

Por si esto no fuese suficiente aun tenemos las repercusiones legales.

A pesar de las responsabilidades legales, en España todavía son pocos aquellos que se deciden a formular demandas en torno a esta cuestión.

Sin embargo, la tendencia va en aumento llegando incluso a un 4% en los hospitales, 3,5% en los Centros de Atención Primaria y 0,9% en los Centros Sociosanitarios^[3].

Por lo tanto la creación de la UAIH-CANT supondría una importante mejora en la calidad de los servicios, un aumento en la calidad de vida de los usuarios y una optimización de los recursos, garantizando por tanto los principios de la bioética y protegiendo a los profesionales de las responsabilidades legales derivadas de una mala praxis.

4. Ámbito de actuación de la unidad.

El Servicio Cántabro de Salud consta de cuatro Áreas de Salud (Santander, Laredo, Reinosa y Torrelavega). Todas ellas constan de un centro hospitalario de referencia salvo en el caso del área de Santander que son dos^[13].

Estas Áreas de Salud se dividen a su vez en 41 Áreas Básicas de Salud^[14].

ATENCIÓN ESPECIALIZADA: se divide en tres hospitales:

Hospital Universitario Marques de Valdecilla: situado en Santander, de la memoria del año 2012^[15] extraemos los siguientes datos (Tabla 1).

Tabla 1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Memoria 2012.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	
Camas	840
Ingresos Hospitalarios	35.645 (3,4% de otras Comunidades Autónomas)
Estancia Media de los Ingresos Hospitalarios (días)	6,7
Ingresos Urgencias	179.686
Ingresos Domiciliarios	1439
Camas Domiciliaria	60
Estancia media Ingresos Domiciliarios (días)	13,70
Intervenciones Quirúrgicas	20.802

Hospital Sierrallana: situado en Torrelavega, de la última memoria publicada en el año 2010^[14] extraemos los siguientes datos (Tabla 2).

Tabla 2. Hospital Sierrallana. Memoria 2010.

Hospital Sierrallana	
Camas	301
Ingresos Hospitalarios	9.362
Estancia Media de los Ingresos Hospitalarios (días)	6,37
Ingresos Urgencias	67.680
Intervenciones Quirúrgicas	6.515

Hospital Tres Mares: situado en Reinosa, de la última memoria publicada en el año 2010^[14] obtenemos los siguientes datos (Tabla 3).

Tabla 3. Hospital Tres Mares. Memoria 2010.

Hospital Tres Mares	
Camas	40
Ingresos Hospitalarios	563
Estancia Media de los Ingresos Hospitalarios (días)	7,17
Ingresos Urgencias	17.999

ATENCIÓN PRIMARIA: se divide en cuatro Áreas de Salud:

Área 1: Santander, con 19 Zonas Básicas de Salud.

Área 2: Laredo, Hospital Comarcal de Laredo (No se ha podido obtener su memoria asistencial).

Área 3: Reinosa, con 1 Zona Básica de Salud.

Área 4: Torrelavega, con 12 Zonas Básicas de Salud.

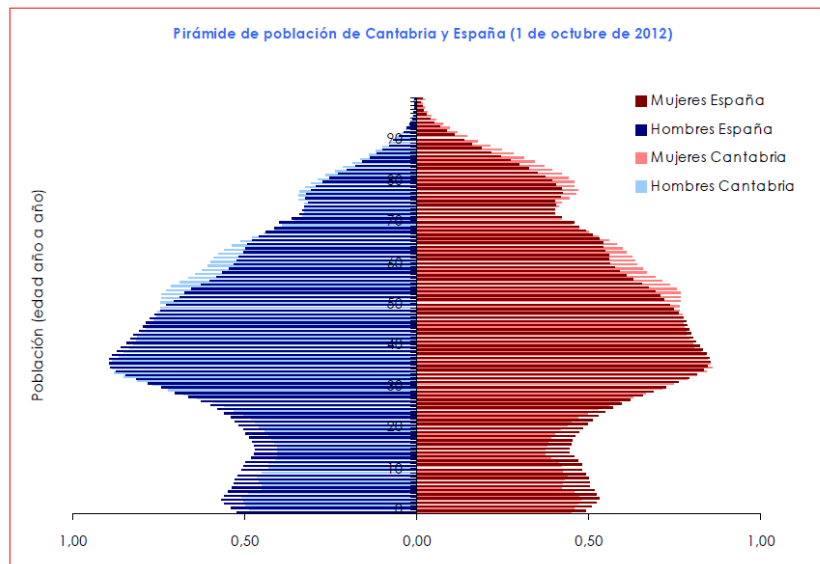
RECURSOS PERSONALES: el Servicio Cántabro de Salud constaba de 7.780 trabajadores a fecha del 31 de diciembre del 2012 (Anexo 1). (Web del Servicio Cántabro de Salud: www.scsalud.es).

DATOS POBLACIONALES: Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística, a fecha de 1 de octubre del 2012 (Web del Instituto Nacional de Estadística: www.ine.es), la población en Cantabria asciende a 577.573 personas (Figura 1), de las cuales 108.498 personas son mayores de 65 años.

El creciente envejecimiento de la población conllevará un aumento de población en este rango de edad. El Instituto Nacional de Estadística estima que a corto plazo (año 2022) la población en Cantabria mayor de 65 años será de 132.719 personas, 24.221 personas más que en el 2012.

Esto supone un 22% más y las previsiones apuntan a que la tendencia seguirá aumentando a largo plazo (año 2052).

Figura 1. Pirámide poblacional de Cantabria y España a fecha de 1 Octubre de 2012. Instituto Cántabro de Estadística (Icane).



Fuente: ICANE a partir de Estimación de la Población Actual. INE

5. Repercusiones económicas.

En el cuidado de las heridas son varios los inductores del gasto, pero hay que destacar fundamentalmente tres: la frecuencia en los cambios de apósito, el tiempo de enfermería y la eficacia clínica. A parte de ello tenemos complicaciones, alargamiento de estancias, tratamientos complementarios, intervenciones quirúrgicas, etc.

La gestión integral de las heridas a través de la UAIH-CANT conlleva la posibilidad de conseguir un mayor control de los inductores del gasto.

Las pautas de tratamiento individualizadas y basadas en las últimas evidencias científicas favorecen la elección correcta del apósito. Esto supone una disminución de los cambios innecesarios, ahorrando no solo en material si no en tiempo de enfermería.

Obviamente los inductores del gasto están íntimamente relacionados por lo que la elección adecuada de la pauta de tratamiento supone una mejora de la eficacia clínica consiguiendo los mejores resultados con el menor gasto.

A los tres principales inductores hay que añadirles las complicaciones derivadas de las heridas crónicas que pueden alargar las estancias hospitalarias e incluso provocar la muerte del paciente ^[6, 10-12].

La frecuencia en el cambio de apósito varía en función de las características propias de la herida y del apósito. La elección del apósito adecuado en función de la etiología y del objetivo que buscamos en cada fase de cicatrización es el primer paso en el uso racional de los recursos.

Esto conlleva un conocimiento adecuado no solo de las heridas, si no de los distintos materiales con los que contamos y la evidencia que sustenta su uso.

Los materiales suponen entre un 17 y un 22% del gasto total en el cuidado de las heridas^[1], muy probablemente este gasto podría disminuir con un uso adecuado de los mismos.

La falta de conocimiento al respecto conlleva que la frecuencia de los cambios de apósito no se lleve a cabo siguiendo los mismos criterios, de manera que puede variar incluso en función del nivel asistencial donde se encuentren.

Los cambios de apósito diarios alcanzan un 40% en la Atención Especializada y sin embargo un 13% en la Atención Primaria^[1]. Los cambios cada 2 o 3 días (la pauta más adecuada en la cura de ambiente húmedo) se sitúa en torno a un 25% en Atención Especializada y a un 63% en Atención Primaria^[1].

Esta disparidad pone de manifiesto la falta de conocimientos y de criterios unificados.

En el apartado 5.1.1. se explica de forma más detallada la reducción de la frecuencia de cambios de apósito que supone una correcta pauta.

El mayor gasto se produce en el tiempo de enfermería que se invierte en el cuidado. Supone entre un 33 y un 41% del gasto total^[1]. Siendo el tiempo empleado en el cambio de apósito variable entre 10 y 20 minutos en función de la complejidad de la lesión^[1].

El tiempo invertido es tal que se estima la necesidad de un enfermero a tiempo completo por cada 12 pacientes con heridas ^[16].

Por lo tanto la frecuencia del cambio de apósito, el tiempo de enfermería invertido y los materiales utilizados van irremediablemente unidos.

En cuanto a la eficacia clínica debemos de recordar que los apósitos son productos sanitarios por lo tanto solo deben demostrar seguridad, en ningún caso, es obligatorio demostrar la eficacia clínica por lo que la compra de estos materiales por personal con escaso conocimiento de las heridas conlleva que en ocasiones se compren materiales ineficaces o se repitan dentro de la misma familia de apósitos dos marcas comerciales.

A estos gastos hay que sumarles los derivados de las complicaciones como pueden ser las infecciones (un 13% de las heridas presentan signos de infección ^[1] y entre un 20 y un 30% de las heridas de la extremidad inferior

presentan infección o colonización por *Staphylococcus Aureus* Resistente a la Meticiclina (SARM)^[2] o de las amputaciones en el caso de las heridas neuropáticas cuyo porcentaje se sitúa entre un 14 y un 20% de los casos tratándose en un 27% de los mismos, de amputaciones mayores ^[16].

Las complicaciones derivan en un aumento de la estancia hospitalaria, del tiempo invertido de enfermería y de médicos especialistas, del gasto farmacéutico y de material, entre otros.

5.1. Costes relativos al cuidado de las heridas.

El cuidado de las heridas, como ya he comentado anteriormente, supone, de manera general, aproximadamente un 5% del gasto sanitario global^[1].

La Comunidad Autónoma de Cantabria contó con un presupuesto sanitario para el año 2012 de 729.857.421 € cuyo 5% asciende a 36.492.871,05€, por lo que mediante extrapolación podemos afirmar que esta impresionante cantidad se dedicaría, de una manera estimada, al cuidado de las heridas solamente en Cantabria.

La escasa bibliográfica sobre el gasto dificulta el cálculo exacto. No obstante, se dispone de información parcial suficiente para estimar una cantidad lo más realista posible en algunos tipos de lesiones.

5.1.1. Coste de las UPP en Cantabria.

La información relativa a los gastos por proceso se obtienen de un panel de expertos asistentes al 2º Encuentro Nacional de Comisiones de Úlceras por Presión organizado por la GNEAUPP (La Rioja, 2005). Partiendo de los datos del 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión realizado en el año 2005 por el GNEAUPP ^[4] se estimó el gasto del cuidado de las úlceras por presión por estadio, por paciente y por nivel asistencial (Tabla 5).

Tabla 5. Coste del tratamiento de una UPP, por paciente y nivel asistencial principal.

Estadio UPP	Atención Primaria	Atención Especializada	Centro Sociosanitario
I	108€	24€	43€
II	220€	136€	1.767€
III	655€	2.309€	3.282€
IV	2.868€	6.802€	4.935€

Este cálculo se realiza teniendo en cuenta las posibles complicaciones (infecciones y estancia hospitalaria extra) y asume la mejor práctica con apósitos de cura en ambiente húmedo. Por lo tanto este dato no es necesariamente representativo de la situación y en cualquier caso estima a la baja el gasto, ya que supone una práctica eficaz en el tratamiento de estas lesiones que no se está llevando a cabo en la situación actual.

La prevalencia en Atención Especializada varía entre 5-20%^[3]. En este estudio vamos a asumir el dato más bajo para no sobreestimar los resultados (Tabla 6).

Tabla 6. Pacientes con UPP en Atención Especializada. Cantabria.

Hospital	Ingresos (anuales)	Estancia media (días)	Pacientes con UPP (5%)	Ingresos diarios de pacientes con úlceras*
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV)	35.645	6,7	1.782	5
Hospitalización Domiciliaria (HUMV)	1.439	13,70	72	5
Hospital Sierrallana	9.362	6,37	468	74
Hospital Tres Mares	563	7,17	28	4

* Se estiman dividiendo el número de ingresos anuales entre 365 días.

La cura en ambiente húmedo (CAH) ha demostrado mayor efectividad clínica y rentabilidad que la cura tradicional o en ambiente seco. El tiempo de cicatrización es menor con la CAH frente a la cura tradicional, acortando el tiempo total de tratamiento y su coste en el tratamiento de las UPP es menor que el del tratamiento tradicional con gasa ^[17]. Este tipo de cura requiere unos cuidados específicos así como un mantenimiento de una humedad y de una

temperatura en el lecho de la herida determinados. A pesar de que cada tratamiento debe ser individualizado, la frecuencia en el cambio de los apósitos en CAH se establece entre 2 y 3 veces a la semana.

Sin embargo como ya se ha comentado anteriormente existe disparidad en función del nivel asistencial^[1].

El número de días de tratamiento de las UPP a lo largo de un año en la Atención Especializada así como el número de pacientes a los que se les aplica las diferentes pautas de cambio de apósito^[1] se describen en la Tabla 7.

Tabla 7. Días de tratamiento UPP y frecuencia de cambios de apósito en Atención Especializada. Cantabria.

	Frecuencia de cambio de apósito				
Hospital	Días Tto UPP	1 v/sem (13%)	2-3 v/sem (25%)	3-4 v/sem (22%)	7 v/sem (40%)
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV)	11939	232	445	392	713
Hospitalización Domiciliaria (HUMV)	986	9	18	16	29
Hospital Sierrallana	2981	61	117	103	187
Hospital Tres Mares	201	4	7	6	11
Total	16.107	306	587	517	940

Con estos datos se puede realizar un cálculo aproximado del número de cambios de apósito que se realizan.

Aproximadamente se llevan a cabo entre 9.611 y 10.715 cambios de apósito anuales.

De forma muy general, ya que siempre hay que individualizar las pautas, si hipotéticamente en todos los casos se realizase CAH con una frecuencia de cambio de apósito entre 2 y 3 veces a la semana el número de cambios se situaría entre 4700 y 7050, entre un 49% y un 65% menos.

También podemos calcular el porcentaje de UPP en función el estadio: 24,5% Estadio I, 42% Estadio II, 19,8% Estadio III y 13,7% Estadio IV^[3] (Tabla 8).

Tabla 8. Pacientes con UPP en función del estadio. Atención Especializada. Cantabria.

Hospital	Ingresos con UPP	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV)	1.782	437	749	360	244
Hospitalización Domiciliaria (HUMV)	72	18	30	14	10
Hospital Sierrallana	468	115	197	93	64
Hospital Tres Mares	28	7	12	6	4
Total	2.350	577	988	473	322

La UAIH-CANT se centrará fundamentalmente en las úlceras grado III y IV por revestir estas una mayor complejidad (Tabla 9). No obstante estos parámetros son flexibles. Los programas de formación continuada de los que es responsable favorecerán un trabajo autónomo eficaz no solo en la prevención si no en el tratamiento de estas lesiones, especialmente aquellas de grado II cuya complejidad puede ser asumida con los conocimientos adecuados sin necesidad de un nivel de especialización tan alto como el de la UAIH.

Tabla 9. Paciente con UPP III-IV. Atención Especializada. Cantabria.

Hospital	Total UPP	UPP III-IV
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV)	1.782	604
Hospitalización Domiciliaria (HUMV)	72	24
Hospital Sierrallana	468	157
Hospital Tres Mares	28	9
TOTAL	2.350	794

Con los datos de la Tabla 5 y la Tabla 7 podemos calcular el coste del tratamiento en la Atención Especializada en función del estadio (Tabla 10).

Tabla 10. Coste del tratamiento de las UPP. Atención Especializada. Cantabria.

Hospital	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	TOTAL
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV)	10.488€	101.864€	831.240€	1.659.688€	2.603.280€
Hospitalización Domiciliaria (HUMV)	432€	4.080€	32.326€	68.020€	104.858
Hospital Sierrallana	2.760€	26.792€	214.737€	435.328€	679.617
Hospital Tres Mares	168€	1.632€	13.854€	27.208€	4.1862
Total	13.848€	134.368€	1.091.157€	2.190.244€	3.429.617€

Por lo tanto según estas estimaciones el tratamiento de las UPP suponen al Servicio Cántabro de Salud en la Atención Especializada **3.429.617€ al año**.

Limitaciones de este cálculo.

Para poder realizar un cálculo más exacto lo ideal sería por un lado contar con datos de prevalencia actuales y fiables. Estos datos se pueden extraer con un estudio de prevalencia, previo al desarrollo de la unidad, que se llevará a cabo por los integrantes de la misma con criterios comunes y pilotaje para minimizar los sesgos.

Por otra parte solo es posible realizar el cálculo a nivel de Atención Especializada ya que no he podido acceder a las memorias asistenciales de Atención Primaria.

Por último este cálculo se realiza basándose en el mejor cuidado posible según la evidencia disponible. Por lo tanto estaríamos hablando de un coste mayor en la práctica asistencial actual.

Este coste podría atribuirse al cuidado de esas lesiones por la UAIH-CANT.

5.1.2. Coste de las úlceras de la extremidad inferior en Cantabria.

De la Conferencia Nacional de Consenso sobre las Úlceras de la Extremidad Inferior del 2009^[2] extraemos que la prevalencia de estas heridas se sitúa entre el 0,1 y el 0,3% de la población, datos que deben multiplicarse por dos en personas mayores de 65 años. Por lo tanto en Cantabria y con los datos del censo de octubre del 2012 tenemos aproximadamente entre 469 y 1407 personas con este tipo de lesión con edades inferiores a los 65 años y entre 217 y 651 personas mayores de 65 años.

En la comunidad de Cantabria la población que padece este tipo de lesión se sitúa entre 686 y 2.058 personas.

Resulta muy complicado calcular de forma rigurosa el coste del cuidado de estas heridas. Esto se debe fundamentalmente a las diferentes etiologías y a las diferencias en los tratamientos, en las complicaciones y en las secuelas.

Por todo ello, la C.O.N.U.E.I. recomienda utilizar las siguientes estimaciones económicas^[2]

Una úlcera de etiología venosa con un periodo de cicatrización inferior a 12 semanas supone entre 400 y 500€. Con un periodo de cicatrización superior a 12 semanas e inferior a 6 meses entre 900 y 1.000€.

Una úlcera de etiología neuropática se estima que el coste del tratamiento es de 4.595 dólares por episodio no complicado, que se incrementa hasta 28.000 dólares si se incluyen los 2 años siguientes a la aparición de la úlcera (seguimiento, recidivas, etc.). El gasto total es 3 veces superior al del tratamiento del paciente diabético sin lesiones en el pie.

Los costes de una amputación mayor se han estimado entre 20.000 y 40.000 dólares por episodio, con un gasto total en Estados Unidos en el año 2002 de 1.600 millones de dólares, que alcanzaban los 6.000 millones si se contabilizaban los gastos en el tratamiento de la úlcera que precedió la amputación.

Sin embargo otros estudios estiman que el coste de las úlceras vasculares se sitúa entre 9.900 y 10.800 € y el de las neuropáticas entre 7.700 y 25.200€^[16].

Estos datos son insuficientes para realizar un cálculo riguroso ya que desconocemos el gasto de aquellas úlceras venosas cuya curación supera los 6 meses (14,4% más de 6 meses y menos de un año y 27,5% más de un año para cicatrizar ^[1]) y el coste del cuidado de las úlceras isquémicas así como las diferencias en función del nivel asistencial

Disponemos de datos de incidencia y prevalencia de las úlceras isquémicas muy poco concluyentes debido fundamentalmente a tres sesgos: en primer lugar el concepto de úlcera mixta, la falta de datos hemodinámicos en el diagnóstico y el hecho de considerar neuropáticas las úlceras isquémicas del paciente diabético^[18].

Según distintos estudios epidemiológicos la prevalencia en Europa oscila entre 0,8 y 9,2% en función del país estudiado y la edad^[18].

En cuanto a las úlceras venosas se considera que entre el 75 y el 80% de todas las úlceras de la extremidad inferior tienen esta etiología ^[2].

Y por último en cuanto a las úlceras neuropáticas. Se estima que en España la población diabética asciende al 14%^[5], de los cuales entre el 15 y el 25 % sufrirá una úlcera a lo largo de su vida siendo necesaria la amputación entre un 14 y un 20% de las veces^[2].

Otros estudios en Europa consideran que el 57% de los pacientes con úlceras neuropáticas requieren amputación siendo en el 27% de los casos necesaria la amputación mayor^[19].

En la Comunidad Autónoma de Cantabria la población diabética, a partir de los datos censales, asciende aproximadamente a 80.860 personas de las cuales entre 12.129 y 20.215 personas probablemente padezcan una úlcera.

Por lo tanto a pesar de que no es posible calcular con estos datos los costes, si es posible estimar el número de paciente de Atención Especializada con heridas de la extremidad inferior^[20] (Tabla 11).

Tabla 11. Pacientes con úlceras de la extremidad inferior. Atención Especializada. Cantabria

Hospital	Ingresos (anuales)	Venosas (1,46%)	Arteriales (0,76%)	Mixtas (0,47%)	Neuropáticas (1,42%)
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV)	35.645	520	271	168	506
Hospitalización Domiciliaria (HUMV)	1.439	21	11	7	20
Hospital Sierrallana	9.362	137	71	44	133
Hospital Tres Mares	563	8	4	3	8
Total	47.009	686	357	222	667

El 4,07% de los pacientes hospitalizados sufren una herida de extremidad inferior ^[20].

El Servicio Cántabro de Salud cuenta con 1.241 camas teniendo en cuenta una ocupación del 100% podríamos llegar a tener de forma simultánea 50 pacientes con heridas de la extremidad inferior.

Limitaciones de este cálculo.

Para poder realizar un cálculo más exacto lo ideal sería por un lado contar con datos de prevalencia actuales y fiables. Estos datos se pueden extraer con un estudio de prevalencia, previo al desarrollo de la unidad, que se llevará a cabo por los integrantes de la misma con criterios comunes y pilotaje para minimizar los sesgos.

Por otra parte solo es posible realizar el cálculo a nivel de Atención Especializada ya que no he podido acceder a las memorias asistenciales de Atención Primaria.

Por último no se dispone de información suficiente para estimar el gasto de forma rigurosa.

5.1.3 Coste del resto de heridas.

En cuanto a las lesiones por humedad, en Atención Especializada se estima que el 17,8% de los pacientes presenta incontinencia urinaria, 12,2% fecal y el 40% mixta^[3] por lo tanto no debemos subestimar las lesiones asociadas a esta disfunción que no solo suponen un factor de riesgo para el desarrollo de UPP si no que constituyen una entidad por sí misma: las lesiones por humedad o dermatitis asociada a la incontinencia.

Las heridas traumáticas y las heridas quirúrgicas complicadas también son subsidiarias de la UAIH-CANT.

Entre el 14 y el 29% de estas heridas presentan signos de infección^[1].

Estas infecciones están asociados con un aumento del riesgo de mortalidad así como de la estancia hospitalaria y las re-intervenciones quirúrgicas lo cual supone un incremento del gasto ^[16].

Esta estancia hospitalaria se puede incrementar hasta 11 días situando el gasto por proceso en torno a los 5.800€ ^[16].

La prevalencia de estas infecciones varía en función del tipo de cirugía por lo que es muy complicado establecer unas cifras generales.

En el servicio Cántabro de Salud se realizan anualmente aproximadamente 27.317 intervenciones quirúrgicas ^[14, 15] por lo tanto este tipo de lesiones puede afectar a un importante número de pacientes.

5.2. Carga asistencial de la UAIH-CANT.

Con los datos mencionados anteriormente podemos estimar que la UAIH-CANT atendería, considerando las previsiones más bajas y sin incluir las úlceras de atención primaria, a un total de 2.350 pacientes con UPP y 1.932 personas con úlceras de la extremidad inferior en el ámbito hospitalario al año. A estos datos hay que sumarle las lesiones por humedad, las heridas quirúrgicas complicadas y las heridas traumáticas.

5.3. Costes relativos a los recursos personales limitando la unidad al ámbito hospitalario.

Una de las principales limitaciones de este estudio es la imposibilidad de extenderlo a Atención Primaria al no disponer de sus memorias asistenciales.

Por lo tanto, para que los cálculos sean lo más realistas posibles, los recursos personales se han calculado limitados únicamente al ámbito hospitalario.

En el ámbito hospitalario la prevalencia de pacientes con úlceras por presión es del 5%^[1], entre estos 3 hospitales tenemos un total de 1.241^[14, 15] camas por lo tanto simultáneamente tendremos 62 pacientes con UPP.

Si extrapolamos la prevalencia de úlceras de la extremidad inferior^[20] podemos llegar a tener de forma simultánea 50 pacientes con heridas de la extremidad inferior.

En total y partiendo del dato más bajo tendremos aproximadamente 112 pacientes ingresados simultáneamente con heridas crónicas (estimación a la baja).

El ratio enfermero: paciente se establece en 1:25 (5 enfermeros) y el ratio auxiliar de enfermería: enfermero en 2:5 (2 auxiliares de enfermería).

En la Tabla 12 se describen las retribuciones en función de la categoría para el año 2012 según la Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Cantabria^[21].

Tabla 12. Retribuciones del personal del Servicio Cántabro de Salud.

Categoría	Retribución anual	Plazas UAIH	Total
Médico	43.056,10€	1	43.056,10€
Enfermero	24.431,18€	5	122.155,9€
Supervisor Unidad	29.001,80€	1	29.001,80€
Administrativo	18.611,92€	1	18.611,92€
Auxiliar de enfermería	16.396,40€	2	32.792,8€
TOTAL			245.618,52

El gasto en personal asciende a 245.618,52€

5.4. Estimación del coste de la UAIH-CANT.

Debemos tener en cuenta que esta estimación se puede cuadruplicar si partimos de la máxima prevalencia de úlceras por presión en los hospitales (20%)^[3].

Puesto que la estimación se va a realizar únicamente teniendo en cuenta la Atención Especializada vamos a extraer del Presupuesto Comunidad de Cantabria^[22] para la Sanidad únicamente el gasto a este nivel.

El presupuesto total asciende 729.857.421 €.

Este presupuesto se divide principalmente en tres partidas: Atención Especializada, Atención Primaria, Dirección y Servicios Generales y Formación del Personal Sanitario (Anexo 2).

El presupuesto para la Atención Especializada asciende a 431.918.916 € más 13.041.700 € en formación, en total 444.960.616€.

El presupuesto de Atención Especializada asciende a 444.960.616€ de los cuales 22.248.030,8€ se invierten en el tratamiento de las heridas crónicas.

5.5. Conclusiones.

El Servicio Cántabro de Salud solo en Atención Especializada y heridas crónicas gasta aproximadamente 22.258.031 €.

Asumiendo una prevalencia del 5%^[3] de UPP en los hospitales el gasto en su cuidado, basado en la mejor evidencia disponible, asciende a 3.429.018 € incluso con una prevalencia del 20%^[3] (que de darse se limita a determinadas unidades) el coste del tratamiento seguiría siendo inferior (13.716.072€).

Tabla 13. Diferencias gasto.

	Tratamiento o UPP	Gasto en personal	Total	Gasto actual	Diferencia (ahorro)
Prevalencia Mínima	3.429.018 €	245.618,52€	3.674.636,52€	22.258.031€	18.583.394,48€

Con la diferencia debemos asumir el gasto del cuidado de las heridas de la extremidad inferior y la infraestructura.

A pesar de no disponer de todos los datos podemos concluir, a la vista de los resultados, que la UAIH-CANT tiene potencial para reducir de forma importante el gasto, proporcionando cuidados eficientes y fomentando la prevención tanto en la aparición de las UPP como en las recidivas de las úlceras de la extremidad inferior.

6. Programa funcional.

6.1. Infraestructura.

Se determinará dentro de las cinco unidades de referencia de Cantabria una unidad formada por profesionales de enfermería, tanto enfermeros como auxiliares, secretario, supervisor y médico. La unidad constará de una consulta para cada enfermero así como una sala común para la exposición de casos y reuniones.

En cuanto al material serán necesarios camillas, todos los productos necesarios para el cuidado de úlceras, al menos 2 eco-doppler, cámara fotográfica con impresora a color y al menos un ordenador.

Aunque lo ideal sería la informatización de la información de manera que esta pueda ser consultada por otros profesionales que atienden al paciente, en un principio se puede empezar con registro en papel.

En la actualidad no se ha conseguido compartir de forma total la información electrónica entre hospitales y centros de salud del Servicio Cántabro a pesar de que hace varios años de su instauración. Por lo tanto aunque es un objetivo a conseguir no es prioritario en la creación de la unidad.

Al ampliar la UAIH-CANT a la Atención Primaria debe aumentar no solo el personal si no las sedes. Se establecerá una unidad central (UAIH-CANT Central=UAIH-CANT_C) en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y dos UAIH-CANT periféricas (UAIH-CANT_P) situadas en el Hospital de Sierrallana (UAIH_{P1}) y en el Hospital de Laredo (UAIH-CANT_{P2}).

6.2. Personal

Enfermero: el ratio enfermero paciente será de 1 enfermero por cada 25 pacientes con heridas crónicas. El número de profesionales asignados dependerá de los últimos datos de prevalencia de cada Área de Salud.

Auxiliar de enfermería: un auxiliar por cada 2 enfermeros.

Médico: un médico de referencia. No obstante el servicio estará íntimamente relacionado con las unidades de cirugía plástica, cirugía traumatológica, cirugía cardiovascular y endocrinología, entre otras. En principio se dispondrá únicamente de un médico en el Hospital Universitario Marques de Valdecilla (UAIH-CANT_C) si fuera necesario se programarán visitas a los otros centros. No obstante se designará un colaborador médico en los otros centros hospitalarios con quien se estará en constante comunicación. Puesto que se trata de una unidad eminentemente enfermera aunque en coordinación con facultativos no considero necesario un médico en cada una de las unidades aunque si se debería designar un colaborador dentro de cada hospital.

Secretario

6.3. Funciones.

Enfermero

- Valoración pauta de tratamiento y seguimiento.
- Registro de la evolución.
- Elaboración de informes y pauta de tratamiento para los servicios de atención primaria.
- Atención telefónica de dudas de otros profesionales.
- Puesta en marcha de protocolos de prevención actualizados.
- Revisión de protocolos del Servicio Cántabro de Salud.
- Docencia dirigida otros profesionales.
- Investigación en el campo de las heridas crónicas.
- Elaboración de informes para la compra de productos en colaboración con la Gerencia.

Auxiliar de enfermería.

- Recibimiento y acomodamiento de los pacientes que acudan a la unidad.
- Labores de asistencia a los profesionales de enfermería.
- Puesta en marcha de campañas de prevención.
- Docencia dirigida a otros profesionales

Medico

- Trabajo coordinado con el profesional de enfermería para la pauta de tratamiento farmacológicos (analgésicos, antibióticos...etc.) así como la indicación de pruebas de imagen e interconsultas medicas.
- Seguimiento de paciente.
- Revisión de protocolos del Servicio Cántabro de Salud.
- Puesta en marcha de campañas de prevención.
- Docencia dirigida a otros profesionales
- Investigación.
- Elaboración de informes para la compra de productos en colaboración con la Gerencia.

Personal administrativo.

- Control de citas.
- Petición de historias clínicas y demás actividades administrativas propias de una unidad.
- Gestión de información informatizada.

Coordinación con otros profesionales: relación directa con servicios de rehabilitación (podólogos y fisioterapeutas), servicios sociales, nutrición, medicina plástica y reparadora, medicina vascular y endocrinología, entre otros.

6.4. Selección de personal.

El personal será elegido a través de una entrevista personal y solo podrán formar parte del equipo aquellos profesionales que demuestren un elevado nivel de conocimientos y experiencia en el campo. Para ello se recurrirá a la opinión de expertos a la hora de aceptar las solicitudes.

6.5. Plan de Trabajo.

Todos los profesionales trabajarán fundamentalmente de dos formas.

En primer lugar la atención “circulante” es decir, el profesional acudirá a la unidad donde se encuentra ingresado el paciente con una lesión de difícil resolución. Tras la valoración el paciente pasará a formar parte de la UAIH-CANT y cualquier cambio en el tratamiento deberá ser comunicado. La pauta de cura establecida por la UAIH-CANT podrá ser discutida pero nunca modificada por parte de los profesionales que le atienden.

Cuando el paciente sea dado de alta y el seguimiento de su lesión se lleva a cabo a través del Servicio de Atención Primaria, la UAIH-CANT elaborará un informe con dicha pauta y revisiones.

Los pacientes serán seguidos por esta unidad hasta que se decida su alta por parte de la misma.

La otra forma asistencial será la de “consulta” los pacientes acuden a la unidad para ser tratados y seguidos.

Los pacientes de Atención Primaria con lesiones de difícil resolución serán derivados a dicha unidad que tras la valoración establecerá una pauta de tratamiento, que será seguida por los profesionales de Atención Primaria, y una serie de revisiones por parte de la UAIH-CANT.

El ingreso del paciente en la Unidad se hará a través de dos vías:

- Desde la Unidad de Hospitalización (incluido hospitalización domiciliaria).
- Desde los Servicios de Atención Primaria.

En los dos casos su médico o enfermero de referencia solicitarán una consulta.

El registro de los datos se hará de la siguiente forma:

-Úlceras por presión: Hoja de ingreso, evolución, seguimiento fotográfico y Conjunto Mínimo Básico de Datos en Registros de Úlceras por Presión elaborado por el GENAUPP (Anexo 3, Anexo 4, Anexo 5 y Anexo 6). También se pueden utilizar las hojas de registro del Manual de Prevención y Cuidados de Heridas Crónicas editado por Servicio Cántabro de Salud en el 2011(Anexo 7 y Anexo 8).

-Resto de lesiones: Hoja de ingreso, evolución y seguimiento fotográfico (Anexo 3, Anexo 4 y Anexo 5). También se pueden utilizar las hojas de registro del Manual de Prevención y Cuidados de Heridas Crónicas editado por Servicio Cántabro de Salud en el 2011 (Anexo 7 y Anexo 8).

Los pacientes tendrán una hoja de indicaciones de tratamiento y observaciones de las curas que los profesionales responsables del paciente nos quieran indicar.

Aunque esto es flexible de las 37,5 h que deben trabajar los profesionales del Servicio Cántabro de Salud 32h semanales se dedicarán a las actividades asistenciales propias de la UAIH-CANT, 2,5h semanales a formación de otros profesionales y 3h semanales a proyectos de investigación.

Uno de los objetivos de esta unidad es que se convierta en una unidad de referencia en el ámbito de las heridas. Para ello es fundamental desarrollar líneas de investigación pioneras y de rigor científico.

Para ello contaremos con un equipo cualificado que trabajará de forma coordinada con instituciones científicas.

Para garantizar el desarrollo de líneas de investigación la unidad incluye esta actividad dentro de la carga de trabajo de los profesionales. De esta manera dispondrán de tiempo y de recursos, en lugar de hacerlo en su tiempo libre como ocurre en muchos casos.

En cuanto a la docencia, el equipo trabajará conjuntamente con la Unidad de Docencia del Servicio Cántabro de Salud. Anualmente se establecerán programas formativos así como objetivos y resultados ligados a los mismos.

Un ejemplo de ellos será el objetivo de “Prevalencia 0” que se describe en el apartado 7, donde la formación irá ligada a unos objetivos y resultados concretos de ahorro y mejora de la calidad asistencial.

6.6. Puesta en marcha.

Para el desarrollo de la unidad el primer paso fundamental es la correcta selección del equipo. Se trata de un equipo altamente cualificado con formación acreditada en el campo de las heridas crónicas.

El equipo de la UAIH-CANT realizará y presentará un informe en un plazo de un mes con la situación actual del Servicio Cántabro de Salud en materia de heridas crónicas, ya sea a nivel de prevalencia como de recursos.

Esta valoración servirá para dotar de materiales o servicios a aquellos centros que no dispongan de los mismos para poder llevar a cabo las indicaciones de la unidad.

Al tratarse de un estudio que se lleva a cabo en una única comunidad autónoma es factible que se realice por los profesionales que forman parte de la unidad.

El objetivo de esta *prevalencia* es obtener datos actualizados que nos sirvan de base para valorar los resultados obtenidos por la unidad.

Anualmente se realizarán nuevas prevalencias para reevaluar la actuación de la unidad y los puntos a mejorar.

En los hospitales y centros de salud estos datos se obtendrán a través de los registros informáticos.

A partir de este informe comenzará el desarrollo de la unidad así como la incorporación de más profesionales si la situación lo precisa.

Durante el desarrollo de la infraestructura se solventarán las deficiencias que se deriven de dicho informe.

En equipo comenzará a presentar la unidad a los diferentes niveles asistenciales explicando características, documentación y funcionamiento.

Desde la presentación del informe hasta la puesta en marcha de la unidad el plazo no debe superar los 3 meses.

De tal manera que desde que se acepta la propuesta del desarrollo de la UAIH-CANT y se establece el presupuesto no debe excederse el plazo en más de 6 meses.

Todas las recomendaciones de la unidad estarán sustentadas por las últimas publicaciones científicas, no como ocurre ahora, lo cual disminuye el riesgo de error ya que no se van a llevar a cabo actuaciones que no estén basadas en la evidencia.

Para la puesta en marcha de esta iniciativa es necesaria la implicación directa de los servicios de gestión ya que esta unidad supone en primera instancia un gasto, pero dicho gasto, a corto medio plazo se verá recompensado.

Simplemente en la compra de materiales (aunque esto no supone el mayor gasto en las heridas) asistiremos a una compra racional, de manera que las unidades tendrán únicamente el material que necesiten por paciente y este será indicado por la UAIH-CANT.

Esta reorganización de los cuidados y los recursos es la forma más eficiente de gestionar las heridas crónicas y planificarlo de manera exhaustiva será la primera labor del equipo.

7. Una aproximación al impacto epidemiológico y económico e indicadores de calidad de la UAIH-CANT.

Son muchos los potenciales beneficios que se derivan del desarrollo de esta unidad, pero son especialmente importantes aquellos que se derivan de las repercusiones económicas y epidemiológicas.

A través de ellos no solo conseguimos un ahorro puramente económico si no que se traducen en una mejora de los cuidados, que repercute en el prestigio y calidad del centro y en una mejora de la calidad de vida, que disminuye de forma importante el sufrimiento de los que padecen heridas crónicas.

A nivel económico la bibliografía sustenta por una parte la escasa eficacia clínica en el tratamiento de las heridas en parte como consecuencia de un mal uso de los recursos.

Independientemente de los cálculos económicos el simple hecho de utilizar de forma óptima los recursos previniendo la aparición o recidiva de las lesiones, aumentando las tasas de cicatrización y disminuyendo las complicaciones como la prolongación de los ingresos, las infecciones o las re intervenciones quirúrgicas es a priori más económico.

No obstante, esta argumentación se sostiene con datos económicos extrapolando los últimos datos publicados sobre prevalencia^[3, 20, 23] y coste^[1, 6, 10, 16, 19] para estimar de una forma aproximada lo que nos gastamos y lo que nos deberíamos gastar.

Como ya he comentado anteriormente los cálculos presentan limitaciones puesto que no disponemos de los suficientes datos epidemiológicos y de coste.

Pero sin embargo la bibliografía nos permite obtener un cálculo aproximado sobre el coste del tratamiento de las UPP.

Cabe decir que este coste está basado en la mejor práctica clínica en el cuidado de las mismas, con lo cual, esto sería lo que nos deberíamos de gastar con una prevalencia del 5%^[3].

Según los presupuestos de la comunidad de Cantabria en materia de salud^[21, 22] y tomando como referencia la estimación del coste extraído del estudio de Drew^[1] he calculado de forma aproximada lo que se estima que le cuesta el cuidado de las heridas crónicas al Servicio Cántabro de Salud.

Si bien invertimos 22.248.030,8€ en su cuidado de las heridas crónicas se calcula que con la mejor práctica clínica el coste del tratamiento de las UPP supondría 3.429.018 €.

A pesar de que la diferencia es abismal debemos de tener en cuenta que este gasto solo se es aplicable al tratamiento de las UPP y que con la diferencia (18.819.012,8€) hay que tratar el resto de heridas crónicas.

Si tenemos en cuenta una prevalencia en la población de entre 0,1% y el 0,3%^[23] de las heridas de la extremidad inferior y que en el hospital asciende al 4,07%^[20], por debajo del 5% de prevalencia con el que hemos hecho el cálculo del coste de las UPP.

Y además que su cuidados en cuanto a tipo de cura (CAH) y materiales son similares, es fácil estimar que su gasto no va a suponer la totalidad de la diferencia por lo tanto esta unidad tiene potencial para suponer un ahorro al Servicio Cántabro de Salud.

Para ser justos y realistas he de decir que el gasto de las úlceras de la extremidad inferior, principalmente isquémicas y neuropáticas, pueden tener un coste bastante superior al de las UPP por la posibilidad de amputaciones^[19, 23]. Pero también es cierto que el diagnóstico correcto, la revascularización y las pautas adecuadas pueden evitarlas o disminuirlas.

Este ahorro es el que conseguimos comparando la situación actual con respecto a la UAIH-CANT sin embargo este proyecto es más ambicioso y pretende ir más allá.

Si bien la optimización de los recursos supone un ahorro obvio, la disminución de la epidemiología es un ahorro todavía más importante.

No solo por las repercusiones económicas si no por las implicaciones en la calidad de los cuidados y en el sufrimiento de los pacientes.

En los últimos años hemos asistido a la era de la prevención. Las autoridades sanitarias se dieron cuenta de lo rentable que podría ser a medio o largo plazo la prevención de las enfermedades a través de hábitos de vida saludables, programas de screening y programas educativos, entre otros.

En este caso los resultados son a corto y medio plazo ya que la UAIH-CANT presenta como objetivo principal la *Prevalencia 0*.

Este objetivo pretende conseguir disminuir la prevalencia de las UPP a través de la implementación de programas eficaces educando a los sanitarios y proporcionando los recursos necesarios, muchos con los cuales ya contamos.

Sin embargo este programa puede no parecer muy novedoso puesto que son habituales campañas de sensibilización y formación para los profesionales que no consiguen grandes resultados.

Hay antecedentes de esta circunstancia en el Hospital General Universitario de Elche en el que se han conseguido, a través de una unidad de similares características, disminuir la incidencia de UPP en un 98%.

De tal manera que se considera un objetivo real y alcanzable considerando aceptable una prevalencia inferior al 2%.

La consecución de este objetivo supondría un importante ahorro económico así como un indicador de calidad de los servicios ofrecidos por Servicio Cántabro de Salud.

Se establecerán tres fases para conseguirlo. En un primer año una reducción del 25% de la prevalencia, un 50 % en segundo año y un 65% en el tercero.

A partir del tercer año el objetivo será conseguir y mantener una prevalencia como máximo del 2%, porcentaje que se considera inevitable.

Si bien no es un objetivo fácil dada la actual organización del hospital sí que se trata de un objetivo factible y alcanzable. Para lograrlo necesitamos un personal formado y sobretodo motivado.

Esta última circunstancia cada vez cuesta más encontrarla debido a los *reajustes* en los derechos de los trabajadores sanitarios que se han venido produciendo en los últimos años.

Para ello es fundamental plantear a los servicios de gestión que parte del ahorro que se consigue en la prevención revierta directamente sobre los profesionales que consiguen el objetivo.

Pero: ¿cómo puede revertir en los profesionales? Creo que una buena forma de hacerlo sería a través de la consecución de días libres.

Hasta hace unos años el aumento de días libres se reservaba a aquellos profesionales con una mayor antigüedad sin embargo en la actualidad esos derechos se han visto mermados.

Por lo tanto la consecución de días libres irá ligada a aquellas unidades que consigan disminuir su prevalencia con respecto unos estándares que les proporcione la UAIH-CANT.

Si se consiguen las reducciones fijadas obtendremos un ahorro de 857.255 € el primer año, 1.714.509 € el segundo año y 2.228.861 € el tercer año, únicamente en el tratamiento sin tener en cuenta los gastos derivados de las complicaciones, estancias hospitalarias, etc.

Además la prevalencia de UPP se considera un indicador de calidad en un 27,2%, 86,2% y 75,2% de los servicios de atención primaria, hospitales y centros sociosanitarios españoles^[3] respectivamente por lo que su desaparición enriquece la calidad del servicio.

Sobre las heridas de la extremidad inferior también se puede incidir no solo en su adecuado tratamiento si no en la reducción de la tasa de recidivas que se sitúa en torno al 40% en el primer año tras su cicatrización^[23].

Reducir esa tasa incidencia sobre la fisiopatología que produce la lesión será el otro objetivo epidemiológico de la unidad.

Aunque es muy difícil determinar indicadores de evaluación, la bibliografía sustenta irrefutablemente, la ineficacia de la gestión de estas lesiones y la experiencia de estas unidades es positiva.

Podríamos establecer una serie de datos u objetivos a conseguir pero para ello deberíamos manejar datos de tiempo medio de curación, material utilizado, horas de enfermería, recidivas, etc. de los que no disponemos.

Lo que sí podemos decir, y la bibliografía nos avala, es que la creación de esta unidad supondrá una mejora en la calidad de vida, un mayor control sobre las repercusiones éticas y legales, una mayor calidad de los cuidados que se administrarán por parte de profesionales altamente cualificados en el sector, una mayor formación del resto de profesionales que intervienen en el proceso, así como una disminución importante del gasto sanitario.

A través de la UAIH-CANT no solo conseguimos beneficios económicos y epidemiológicos si no que también sitúa al Servicio Cántabro de Salud como

referencia a nivel de las heridas crónicas con un equipo altamente cualificado que asegura la excelencia en los cuidados.

Esta unidad invierte en I+D proporcionando a sus profesionales recursos y tiempo para la docencia y la investigación. Esta situación es pionera puesto que no es habitual que los profesionales que se dedican a la asistencia dispongan de tiempo en su jornada para estas cuestiones.

De los programas formativos así como de la investigación se obtienen diversos beneficios. El aumento de los conocimientos de los profesionales se traduce en una mayor eficacia clínica y los proyectos de investigación repercuten en el prestigio y en la economía del sistema.

Por lo tanto a través de la UAIH-CANT conseguimos reducir el coste del tratamiento y la epidemiología de las heridas, mejorar la calidad de vida de los pacientes reduciendo su sufrimiento y morbilidad, situar al Servicio Cántabro de Salud en la excelencia de los cuidados, proteger a los pacientes y a los profesionales de las repercusiones éticas y legales, favorecer su prestigio a través del desarrollo de los profesionales y de proyectos rigurosos de investigación científica todo ello gracias a la UAIH-CANT cuyo desarrollo requiere una inversión muy pequeña con respecto a los beneficios potenciales que se derivan de ella.

9. Bibliografía

1. Drew P, P.J., Rusling P, *The cost of the wound care for a local population in England*. International Wound Journal, 2007. 4: p. 149-155.
2. C.O.N.U.E.I., *Documento de consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior*. Barcelona:EdikaMed, SL, 2008.
3. Soldevilla JJ, T.I.B.J., Verdú J, López P, *3º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España 2009*. Gerokomos, 2011. 22 (2): p. 77-90.
4. Soldevilla JJ, T.I.B.J., Verdú J, Martínez F, López P, Rueda J, Mayán JM, *2º Estudio Nacional de Prevalencia de Ulceras por Presión en España 2005*. Gerokomos. , 2006. 17 (3): p. 154-172.
5. *Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Actualización*. 2012.
6. Clough NP, *The cost of pressure area management in an intensive care unit*. Journal Wound Care 1994. 3: p. 33-35.
7. Persoon A, H.M., van der Vleuten C, et al *Leg ulcers: a review of their impact on daily life*. Journal Clinical Nursing, 2004. 13: p. 341–354.
8. Moffatt C, F.P., Doherty D, Smithdale R, Steptoe A. *Psychological factors in leg ulceration: a case-control study*. . British Journal of Dermatology, 2009. 161: p. 750–756.
9. Pieper B, L.D., Cuddigan J., *Pressure ulcer pain: a systematic literature review and national pressure ulcer advisory panel white paper*. Ostomy Wound Manage, 2009. 55(2): p. 16-31.
10. Allman RM, *Ulcer prevalence, incidence, risk factors and impact*. Clinics in Geriatric Medicine, 1997. 13 (3): p. 421-3615.
11. Thomas DR, G.P., Tarquine PH, Allman RM, *Hospital-acquired pressure ulcers and risk of death*. JAmGeriatrSoc , 1996. 44(12): p. 1435-1440.
12. Suntken G, S.R., Ermer-Seltun JA, Hopkins L, Preftakes D, *Implementation of a comprehensive skincare program across care setting using the AHCPR pressure ulcers prevention and treatment guidelines*. Ostomy Wound Management, 1996. 42(2): p. 20-32.
13. Decreto 27/2011 por el que se establece el mapa sanitario autonómico de Cantabria.BOC NÚM. 68.
14. *Memoria 2010 Hospital Sierrallana-Tres Mares*. (www.hospitalsierrallana.com).

15. *Memoria 2012 Hospital Universitario Marques de Valdecilla.(www.humv.es).*
16. Posnett J, G.F., Lundgren H, Saal G, *The resource impact of wounds on health-care providers in Europe.* Journal of wound care, 2009. 18 (4): p. 154-161.
17. García Fernández FP, P.H.P., Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda JJ, and G.F.M. Rodríguez Palma M, Martínez Cuervo F, Rueda López J, *Eficacia de los productos para el tratamiento de las úlceras por presión: una revisión sistemática con metaanálisis.* Gerokomos, 2007. 18 (1): p. 36-51.
18. Marinello Roura J, *Úlceras de la Extremidad inferior.* Glosa Ediciones. 2005, Barcelona.
19. Martínez DA, A., JL, Morales G et al, *Impact of a clinical pathway for the diabetic foot in a general hospital* Anales de Medicina Interna , 2004. 21(9): p. 420-424.
20. Torra i Bou JE, S.A.J., Rueda López J, Verdú Soriano J, Roche Rebollo E, Arboix i Perejamo M, Martínez Cuervo F, *Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras de Pierna en España.* Gerokomos, 2004. 15 (4): p. 230-247.
21. *Ley de Cantabria 9/2012, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Cantabria para el año 2012. Real Decreto-Ley 3/1987.*
22. *Comunidad Autonoma de Cantabria 2012.Anexo de desarrollo económico de gasto por centros gestores.*
23. Verdu J, M.-I.J., Armans E, Carreño P, March JR, Martin V, Soldevilla J, *Documento de Consenso CONUEI. Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior,* 2009. ISBN 978-84-7877-555-2.

9. Anexos

Anexo 1: Tabla de recursos personales del Servicio Cántabro de Salud.

Anexo 2: Presupuesto de la comunidad de Cantabria en materia de Sanidad.

Anexo 3: Hoja de ingreso UAIH-CANT.

Anexo 4: Hoja de evolución UAIH-CANT.

Anexo 5: Hoja de seguimiento fotográfico UAIH-CANT.

Anexo 6: Conjunto mínimo de datos. GNEAUPP.

Anexo 7: Hora registro obtenida del Manual para la Prevención y Cuidados Locales de las Heridas Crónicas editado por el Servicio Cántabro de Salud en el 2011.

Categoría	Atención Primaria	Atención Especializada	Total
Directivo	10	22	32
Facultativo de Especializada	-	877	877
Facultativo de Atención Primaria (AP)	517	-	517
Facultativo de Pediatría (A P)	79	-	79
Odontólogos (A P)	1	-	1
Odontoestomatólogos (AP)	13	-	13
Farmacéuticos	4	-	4
Técnicos de Salud Pública	1	-	1
Farmacólogo Clínico de Área	2	-	2
Psicólogo Clínico	16	-	16
Psicólogo	1	-	1
Medicina del Trabajo	1	-	1
Enfermería	523	1.627	2.150
Matronas	33	40	73
Fisioterapeutas	58	54	112
Otro personal no facultativo Grupo B	7	7	14
Técnicos Especialistas	-	268	268
Higienistas dentales	5	-	5
Auxiliares de Enfermería	47	1.316	1.363
Función Administrativa Grupo A	-	13	13
Función Administrativa Grupo B	2	27	29
Función Administrativa Grupo C	12	70	82
Función Administrativa Grupo D	220	500	720
Otro Personal Grupo A	5	8	13
Otro Personal Grupo B	36	21	57
Otro Personal Grupo C	10	18	28
Otro Personal Grupo D	2	109	111
Otro Personal Grupo E	84	660	744
Personal Formación	128	441	569
TOTAL	1.817	5.963	7.780

SECCIÓN: SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

COSTE DEL PROGRAMA POR CAPÍTULOS												
SERVICIO	PROGRAMA	DENOMINACIÓN	C.1. GASTOS DE PERSONAL	C.2. GASTOS CORRIENTES EN BIENES Y SERVICIOS	C.3. GASTOS FINANCIEROS	C.4. TRANSFERENCIAS CORRIENTES	C.5. FONDO DE CONTINGENCIA Y OTROS IMPUESTOS	C.6. INVERSIONES REALES	C.7. TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	C.8. ACTIVOS FINANCIEROS	C.9. PASIVOS FINANCIEROS	TOTAL
00	312B	ATENCIÓN PRIMARIA	119.300	4.551.307		141.275.804		5.350.000				149.295.911
00	312C	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	8.367.000	10.148.000		2.130.000		44.405.700				65.250.700
00	312M	DIRECCIÓN Y SERVICIOS GENERALES DEL SERVICIO CANTABRO DE SALUD	4.583.827	2.441.800	5.800.000			300.000	200.000			13.345.627
10	3110	FORMACIÓN DE PERSONAL SANITARIO	5.080.185									5.080.185
10	312B	ATENCIÓN PRIMARIA	70.872.597	20.152.112		1.045.600						92.070.309
20	3110	FORMACIÓN DE PERSONAL SANITARIO	12.722.367									12.722.367
20	312C	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	175.194.303	100.248.973								275.443.276
21	3110	FORMACIÓN DE PERSONAL SANITARIO	319.313									319.313
21	312C	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	42.991.599	22.215.030								65.206.629
22	312B	ATENCIÓN PRIMARIA	13.481.554	1.540.939		554.400						15.596.873
22	312C	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	24.035.253	9.892.989								33.928.242
		TOTAL	358.167.047	171.211.150	5.800.000	145.603.504		43.075.700	200.000			729.657.421



HOJA INGRESO

Pegatina del Paciente

FECHA:

DATOS PERSONALES			
Nombre:	Apellidos:	Contacto:	
Fecha Nacimiento:	Unidad de Procedencia:		
DATOS MÉDICOS			
Dx Principal:			
Dx Secundario:			
Tratamiento:			
Alergias:			
DATOS DE LA HERIDA			
Etiología:			
Localización:			
Tamaño:			
Signos y Síntomas:			



HOJA EVOLUCIÓN

Pegatina del Paciente

VALORACIÓN Y TRATAMIENTO
Fecha:
Evolución:
Pauta de cura:
Medidas preventivas:
Observaciones:
Material necesario:
Próxima Revisión UAIH:
Observaciones enfermero responsable del paciente:



HOJA SEGUIMIENTO FOTOGRÁFICO

Pegatina del Paciente

FECHA		FECHA	
FECHA		FECHA	



Conjunto Mínimo Básico de Datos en Registros de Úlceras por Presión:

Etiqueta del paciente

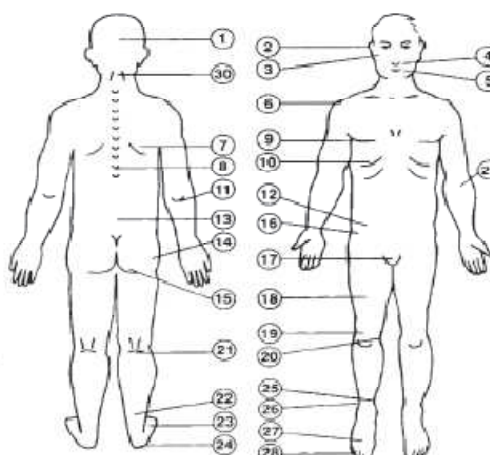
VALORACIÓN

Valoración de riesgo		Incontinencia	
Escala:		Urinaria:	Sí ☐ No ☐
Nivel de riesgo:		Fecal:	Sí ☐ No ☐
Puntuación:		Mixta:	Sí ☐ No ☐
		Portador de sonda vesical:	Sí ☐ No ☐

Categoría		Test EPA (Elevated Protease Activity)	
	Número de UPP	Sí ☐	No ☐
I:		Localización:	
II:		Categoría:	
III:			
IV:			

	Localización	Categoría	Antigüedad de la lesión	Evolución de la cicatrización (RESVECH 2.0) (anexo 1) Puntuación máx. = 35, mín. = 0
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Procedencia	
Extracentro:	Sí ☐ No ☐
Nombre	
Domicilio:	
Sociosanitario:	
Hospital:	
Intracentro:	Sí ☐ No ☐
Nombre	
Propio servicio:	
Otro servicio:	



Grupo Nacional para el
Estudio y Asesoramiento
en Úlceras por Presión
y Heridas Crónicas

Plaza Tomás y Valiente, 4 bajo • 26004 Logroño • España
Tel.: +34-941-239240 • Fax: +34-941-239347 • gneaup@arrakis.es

INTERVENCIONES SOBRE PREVENCIÓN

Cambios posturales en cama						
			Tiempo			
Contraindicado:	Sí ☐	No ☐		DP: Decúbito Prono:	Sí ☐	No ☐
No los tolera:	Sí ☐	No ☐		Cama 30°:	Sí ☐	No ☐
DLD: Decúbito Lateral D.:	Sí ☐	No ☐		Capacidad para repositionarse por sí mismo:	Sí ☐	No ☐
DL: Decúbito Lateral I.:	Sí ☐	No ☐				
DS: Decúbito Supino:	Sí ☐	No ☐				

Reposicionamiento en silla			SEMP (anexo 2)*				
Sí ☐	No ☐	Tiempo:	I	II	III	IV	V

* I Tipo de dispositivo; II Método de actuación; III Sistema de ventilación; IV Integración cama/silla; V Sistema: especial.

Protección local			
	Tipo	Localización	Frecuencia
Espuma polimérica:			
Apósito de protección:			
Almohadas:			
Otros:			

Cuidados de la piel		
	Zona	Frecuencia
Crema hidratante: Sí ☐ No ☐		
AGHO: Sí ☐ No ☐		
Película barrera: Sí ☐ No ☐		
Crema barrera: Sí ☐ No ☐		

Suplemento nutricional	
Tipo:	Frecuencia:

INTERVENCIONES SOBRE TRATAMIENTO

Desbridamiento					
	Zona	Producto		Zona	Producto
Quirúrgico/cortante total:			Autolítico:		
Quirúrgico/cortante parcial:			Osmótico:		
Enzimático:			Mecánico:		

Tratamiento: apósitos, cremas (anexo 3)			
	Producto	Localización	Frecuencia cambio
UPP 1:			
UPP 2:			
UPP 3:			
UPP 4:			
UPP 5:			

Terapias asociadas al tratamiento					
	Localización	Frecuencia cambio		Localización	Frecuencia cambio
Factores de crecimiento:			Normotermia:		
Estimulación eléctrica:			Ultrasonidos:		
Cámara hiperbárica:			Radiación ultravioleta:		
Terapia Presión Negativa:			Terapia láser:		

Antibióticoterapia asociada		
Producto		Producto
Sistémica: Sí ☐ No ☐		Tópica: Sí ☐ No ☐

Anexo 1: Escala RESVECH 2.0

Ítems	Medida 0	Medida 1	Medida 2	Medida 3	Ítems	Medida 0	Medida 1	Medida 2	Medida 3
1. Dimensión de la lesión					5. Exudado				
0. Superficie = 0 cm²					3. Seco				
1. Superficie < 4 cm²					0. Húmedo				
2. Superficie = 4 ≤ 16cm²					1. Mojado				
3. Superficie = 16 ≤ 36cm²					2. Saturado				
4. Superficie = 36 ≤ 64cm²					3. Con fuga de exudado				
5. Superficie = 64 ≤ 100cm²					6. Infección/Inflamación (signos-Biofilm)				
6. Superficie ≥ 100 cm²					6.1. Dolor que va en aumento (Si = 1, No = 0)				
2. Profundidad / Tejidos afectados					6.2. Eritema en la perilesión (Si = 1, No = 0)				
0. Piel Intacta cicatrizada					6.3. Edema en la perilesión (Si = 1, No = 0)				
1. Afectación de la dermis-epidermis					6.4. Aumento de la temperatura (Si = 1, No = 0)				
2. Afectación del tejido subcutáneo (tejido adiposo sin llegar a la fascia del músculo)					6.5. Exudado que va en aumento (Si = 1, No = 0)				
3. Afectación del músculo					6.6. Exudado purulento (Si = 1, No = 0)				
4. Afectación de hueso y/o tejidos anexos (tendones, ligamentos, cápsula articular o escara negra que no permite ver los tejidos debajo de ella)					6.7. Tejido friable o que sangra con facilidad (Si = 1, No = 0)				
3. Bordes					6.8. Herida estancada, que no progresa (Si = 1, No = 0)				
0. No distinguibles (no hay bordes de herida)					6.9. Tejido compatible con Biofilm (Si = 1, No = 0)				
1. Difusos					6.10. Olor (Si = 1, No = 0)				
2. Delimitados					6.11. Hipergranulación (Si = 1, No = 0)				
3. Dañados					6.12. Aumento del tamaño de la herida (Si = 1, No = 0)				
4. Engrosados ("envejecidos", "eventidos")					6.13. Lesiones satélite (Si = 1, No = 0)				
4. Tipo de tejido en el lecho de la herida					6.14. Palidez del tejido (Si = 1, No = 0)				
4. Necrótico (escara negra seca o húmeda)					PUNTUACIÓN TOTAL DE CADA SUB-ÍTEM				
3. Tejido necrótico y/o estacados en el lecho					PUNTUACIÓN TOTAL (máx. = 35, mín. = 0)				
2. Tejido de granulación									
1. Tejido epitelial									
0. Cerrada/cicatrización									

Anexo 2: documento técnico GNEAUPP n° 13. SEMP.

Clasificación según tipo de dispositivo, modo de actuación, sistema de ventilación y manejo térmico, Integración cama/silla, sistemas especiales.

CLASIFICACIÓN DE LAS SEM P		
I. Tipo de dispositivo	A. Colchoneta	
	B. Sobrecolchón	
	C. Colchón de reemplazo	
	D. Cojín	
	E. Camas especiales	
II. Modo de actuación o funcionamiento	A. Estáticas	1. Aire (alveolos-burbujas o celda-tubo)
		2. Espumas de alta densidad
		3. Espumas viscoelásticas
		4. Fibras siliconizadas
		5. Otras (agua, silicona, gel...)
	B. Dinámicas	1. Alternante
		1.1. Burbuja o celdas pequeñas (5-10cm)
		1.2. Celdas medianas (11-16cm)
		1.3. Celdas grandes (>17cm)
		2. Baja presión continua
		2.1. Celda mediana
		2.2. Celda grande
	3. Terapia combinada	
	C. Fluidificadas	
	D. Rotatorias	
III. Sistema de ventilación y manejo térmico	A. Sin ventilación	
	B. Con ventilación por flujo de aire (low air loss)	
	C. Con manejo térmico	
	D. Sin manejo térmico	
IV. Integración cama/silla	A. Sistema uso simultáneo	
	B. Sistema uso específico	
V. Sistemas especiales	A. Neonatos y pediátricos	
	B. Quirofano	
	C. Camillas	
	D. Lesiones medulares	
	E. Grandes quemados, pacientes oncológicos...	

Anexo 3: documento de consenso

Clasificación de base de apósitos para heridas

A. Clase apósito de alginato	A.1. Grupo Apósitos de alginato cálcico
	A.2. Grupo Apósitos de alginato cálcico-sódico
	A.3. Grupo Apósitos de alginato cálcico con propiedades antimicrobianas.
	A.3A. Subgrupo Apósitos de alginato cálcico con carboximetilcelulosa A.3B. Subgrupo Apósitos de alginato cálcico-sódico con carboximetilcelulosa
B. Clase apósito bioactivo	B.1. Grupo Apósitos de colágeno
	B.1A. Subgrupo Apósitos de colágeno en polvo
	B.1B. Subgrupo Apósitos de colágeno en lámina
	B.2. Grupo Apósitos reguladores de proteasa
	B.2A. Subgrupo Apósitos de ionógenos polihidratados (PHI)
	B.2B. Subgrupo Apósitos de colágeno y celulosa oxidada regenerada B.2B.1. Familia de colágeno y celulosa oxidada con plata (proporción 55/44%+1%) B.2C. Subgrupo Apósitos impregnados con factor Nano-Oligosacárido (NOSF)
C. Clase apósito de carbón	B.3. Grupo Apósitos de amelogenina
	B.4. Grupo Apósitos con carga iónica
	B.5. Grupo Apósitos de Ácido Hialurónico
	C.1. Grupo Apósitos de carbón con matriz de alginato o hidrofibra
	C.2. Grupo Apósitos de carbón con matriz de rayón viscosa
	C.3A. Subgrupo Apósitos de carbón con matriz de rayón viscosa con propiedades antimicrobianas C.3B. Subgrupo Apósitos de carbón con matriz de rayón viscosa sin propiedades antimicrobianas C.3. Grupo Apósitos de carbón con matriz de poliamida C.4. Grupo Apósitos de carbón con matriz de poliéster C.5. Grupo Apósitos de carbón con matriz de otros componentes
D. Clase apósito de espuma de poliuretano	D.1. Grupo Apósitos de espuma de poliuretano
	D.1A. Subgrupo Apósitos de espuma de poliuretano no adhesivo
	D.1A.1. Familia Apósitos de espuma de poliuretano no adhesivo sin propiedades antimicrobianas
	D.1A.2. Familia Apósitos de espuma de poliuretano no adhesivo con propiedades antimicrobianas (PHMB)
	D.1B. Subgrupo Apósitos de espuma de poliuretano con adhesivo
	D.1B.1. Familia Apósitos de espuma de poliuretano con adhesivo de silicona
	D.1B.1.1. Subfamilia Apósitos de espuma de poliuretano con adhesivo de silicona con borde, con plata
	D.1B.1.2. Subfamilia Apósitos de espuma de poliuretano con adhesivo de silicona con borde, sin plata
	D.1B.1.3. Subfamilia Apósitos de espuma de poliuretano con adhesivo de silicona sin borde, con plata
	D.1B.1.4. Subfamilia Apósitos de espuma de poliuretano con adhesivo de silicona sin borde, sin plata
	D.1B.2. Familia Apósitos de poliuretano con adhesivo de formulación suave
	D.1B.2.1. Subfamilia Apósitos de espuma de poliuretano con adhesivo de formulación suave con borde, con plata
	D.1B.2.2. Subfamilia Apósitos de espuma de poliuretano con adhesivo de formulación suave con borde, sin plata
	D.1B.2.3. Subfamilia Apósitos de espuma de poliuretano con adhesivo de formulación suave sin borde, con plata
	D.1B.2.4. Subfamilia Apósitos de espuma de poliuretano con adhesivo de formulación suave sin borde, sin plata
	D.1B.3. Familia Apósitos de poliuretano con adhesivo de acrilato o poliacrilato
	D.1B.3.1. Subfamilia Apósitos de espuma de poliuretano con adhesivo de acrilato o poliacrilato con borde
	D.1B.3.2. Subfamilia Apósitos de espuma de poliuretano con adhesivo de acrilato o poliacrilato sin borde
	D.1C. Subgrupo Apósitos de espuma de poliuretano con borde adhesivo de formulación suave
	D.1C.1. Familia Apósitos de espuma de poliuretano con borde adhesivo de formulación suave, con plata
	D.1C.2. Familia Apósitos de espuma de poliuretano con borde adhesivo de formulación suave, sin plata
	D.1D. Subgrupo Apósitos de espuma de poliuretano con borde adhesivo de silicona
	D.1D.1. Familia Apósitos de poliuretano con borde adhesivo de silicona, con plata
	D.1D.2. Familia Apósitos de poliuretano con borde adhesivo de silicona, sin plata
E. Clase apósito de film	D.2. Grupo Apósitos de fibras de polímeros absorbentes/compuesto extra-absorbente
	D.2A. Subgrupo Apósitos de espuma de poliuretano con fibras de polímeros absorbentes/compuesto extra-absorbente no adhesivo
	D.2B. Subgrupo Apósitos de espuma de poliuretano con fibras de polímeros absorbentes/compuesto extra-absorbente y con borde adhesivo
	D.2B.1. Familia Apósitos de espuma de poliuretano con fibras de polímeros absorbentes/compuesto extra-absorbente y con borde adhesivo de acrilato o poliacrilato
	D.2B.2. Familia Apósitos de espuma de poliuretano con fibras de polímeros absorbentes/compuesto extra-absorbente y con borde adhesivo de formulación suave
	D.2B.3. Familia Apósitos de espuma de poliuretano con fibras de polímeros absorbentes/compuesto extra-absorbente y con borde adhesivo de silicona
F. Clase apósito hidrocolóide	E.1. Grupo Apósitos de film transparente de poliuretano laminar
	E.1A. Subgrupo Apósitos de film transparente combinado con capa absorbente
	F.1. Grupo Apósitos hidrocoloides laminares
	F.1A. Subgrupo Apósitos hidrocoloides laminares con rebordo
	F.2. Grupo Apósitos hidrocoloides no laminares
	F.2A. Subgrupo Apósitos hidrocoloides no laminares en pasta F.2B. Subgrupo Apósitos hidrocoloides no laminares en gránulos
G. Clase apósito hidrofibra de hidrocolóide	F.3. Grupo Apósitos hidrocoloides en malta
	F.4. Grupo Apósitos con propiedades antimicrobianas
	F.4A. Subgrupo Apósitos hidrocoloides laminares, con plata
	F.4B. Subgrupo Apósitos hidrocoloides laminares con rebordo, con plata
H. Clase apósito de hidrogel	G.1. Grupo Apósitos de hidrofibra laminar
	G.2. Grupo Apósitos de hidrofibra en cinta
	G.3. Grupo Apósitos con propiedades antimicrobianas
	G.3A. Subgrupo Apósitos de hidrofibra laminar, con plata G.3B. Subgrupo Apósitos de hidrofibra en cinta, con plata
I. Clase apósito impregnado	H.1. Grupo Apósitos de hidrogel de estructura amorfa en tubo o aplicador
	H.1A. Subgrupo Apósitos de hidrogel de estructura amorfa en tubo o aplicador con propiedades antimicrobianas
	H.2. Grupo Apósitos de hidrogel con soporte de tejido no tejido
	H.3. Grupo Apósitos de hidrogel con soporte de lámina de poliuretano H.4. Grupo Apósitos de hidrogel en placa
J. Clase apósito salino	I.1. Grupo Apósitos en malta con impregnación de vaselina estéril o petrolato
	I.2. Grupo Apósitos en malta con impregnación de vaselina de hidrocolóide
	I.3. Grupo Apósitos en malta con impregnación de lípido neutro
	I.4. Grupo Apósitos en malta con impregnación de otros componentes
K. Clase apósito de silicona	I.5. Grupo Apósitos en malta impregnado con antimicrobianos
	I.5A. Subgrupo Apósitos en malta con impregnación de hidrocoloides, polímeros no adhesivos y vaselina con plata
	I.5B. Subgrupo Apósitos en malta con impregnación de povidona yodada
	I.5C. Subgrupo Apósitos en malta con antibióticos (bacitracina, polimixina y/o neomicina)
L. Clase otros apósitos	J.1. Grupo Apósitos salinos en lámina
	J.2. Grupo Apósitos salinos en gel
	K.1. Grupo Apósitos de lámina de silicona
	L.1. Grupo Otros Apósitos sin propiedades antimicrobianas
	L.2. Grupo Otros Apósitos con propiedades antimicrobianas
	L.2A. Subgrupo Otros Apósitos con PHMB (Polihexametileno biguanida)
	L.2A.1. Familia Otros Apósitos con PHMB en gasa de algodón
	L.2A.2. Familia Otros Apósitos con PHMB en gel
	L.2B. Subgrupo Otros Apósitos con DACC (Cloruro de Diacetilcarbamil)
	L.2B.1. Familia Otros Apósitos con DACC en malta
	L.2B.2. Familia Otros Apósitos con DACC en capa absorbente

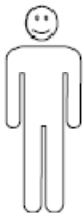
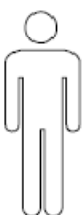
PREVENCIÓN Y CUIDADOS LOCALES DE HERIDAS CRÓNICAS	NOMBRE Y APELLIDOS _____
	EDAD _____
	HISTORIA CLÍNICA:

FECHA DE INGRESO: ____/____/____ VALORACIÓN INICIAL E. BRADEN:
R. BAJO >15-16 si es menor de 75 años, ó 15-18 si es mayor o igual a 75 años R. MEDIO 13-14 R. ALTO <12

DIAGNOSTICO: _____ I. QUIRÚRGICA: _____

OTROS MOTIVOS DE INGRESO: _____ FECHA DE ALTA: ____/____/____

CUIDADOS DE PREVENCIÓN														
Reevaluar semanalmente y siempre que se produzcan cambios significativos.														
Fecha														
PUNTUACIÓN ESCALA DE BRADEN:	_____		_____		_____		_____		_____		_____		_____	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
FACTORES DE RIESGO:														
SNG	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonda vesical	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pañal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gafas / Mascarilla O ₂	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Drenajes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ostomías	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Yesos / ortesis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Otros	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
HIGIENE Y CUIDADOS DE LA PIEL:														
Hidratación	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
AGHO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Otros	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
MOVILIZACIÓN:														
Independiente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ayuda parcial	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ayuda total	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
CAMBIOS POSTURALES:														
Cama/Sillón	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rotatorio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
SISTEMAS DE APOYO:														
SEMP:														
Estáticas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dinámicas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Apósitos / Taloneras	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Otros	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
SUPLEMENTO NUTRICIONAL:														
Tipo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Pauta	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Gelatinas / Espesantes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
EDUCACIÓN PARA LA SALUD:														
Higiene	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cambios posturales	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nutrición e hidratación	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Manejo de la presión	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
OBSERVACIONES:														
FIRMA														

CUIDADOS LOCALES																	
Reevaluar semanalmente y siempre que se produzcan cambios significativos.																	
Fecha																	
Herida _____	TAMANO Diámetro X longitud cm	___		___		___		___		___		___		___			
	VOLUMEN	___		___		___		___		___		___		___			
TIPO	LECHO:	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
☐ UPP	Granulación	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
☐ Vascular Arterial	Epitelización	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
☐ Vascular Venosa	Necrótico.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
☐ Pie Diabético	Esfacelos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
☐ Neoplásica	Cavitado.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
☐ Otras: _____	BORDE HERIDA:																
	Hipertrófico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Esfácelo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Necrosado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
LOCALIZACIÓN	PIEL PERILESIONAL:																
	Integra	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Macerada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Eczema / Eritema	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	EXUDADO:																
	Escaso	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Moderado/Profuso	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Tipo	_____		_____		_____		_____		_____		_____		_____			
	SIGNOS INFECCIÓN:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	CULTIVO:																
	Ab. Sistémico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Ab. Tópico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	DOLOR (del 0 al 10)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
		___		___		___		___		___		___		___			
	ANALGESIA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
FECHA DE APARICIÓN: ___/___/___	CURA																
ORIGEN	Desbridamiento:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Quirúrgico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
☐ Extrahospitalario	Químico (Enzimático)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Autolítico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
☐ Intrahospitalario	Elección de Producto:																
	AGHO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
☐	Hidrocoloide	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Hidrogeles	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Alginato	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Carbón activado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Espumas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Plata	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Hidrof. de	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Hidrocoloide	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
	Otros:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
	ESTADIO (EN UPP)	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
	FRECUENCIA	___/___		___/___		___/___		___/___		___/___		___/___		___/___			
	OBSERVACIONES:																
	FIRMA																