

“EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA Y TISULAR EN GALICIA”

Autor: Luis Arantón Areosa

Tesis Doctoral. Universidad de A Coruña (UDC) / 2015

Director: Dr. Manuel Romero Martín

Co-director: Dr. Diego Bellido Guerrero

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

Programa de Doctorado en Ciencias Sociosanitarias regulado por el RD 1393/2007



UNIVERSIDADE DA CORUÑA



DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

D. Manuel Romero Martín, Profesor Titular de la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol, de la Universidad de A Coruña y Doctor en Ciencias de la Salud por la Universidad de A Coruña,

D. Diego Bellido Guerrero, Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Cádiz y Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Cádiz,

CERTIFICAN:

Que D. Luis Arantón Areosa ha realizado bajo nuestra dirección el trabajo titulado:

“EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA Y TISULAR EN GALICIA”.

Revisada la investigación realizada, queda plasmada en la siguiente Tesis Doctoral que estimamos reúne los requisitos precisos para ser presentada y defendida para optar al grado de Doctor.

Para que conste a los efectos oportunos, en Ferrol a 21 de Septiembre de 2015.

Fdo.: Dr. D. Manuel Romero Martín Fdo.: Dr. D. Diego Bellido Guerrero

Fdo.: D. Luis Arantón Areosa

***"Haga las cosas lo más simple que usted pueda,
pero no las más simples"***

Albert Einstein. **Premio nobel de Física** (1921).

Autor de la Teoría de la Relatividad

*A Lourdes y Javier, por darme a la vez, el estímulo, motor y
contrapunto imprescindibles para avanzar.*

A mi madre, por su fe ciega e inquebrantable.

A mi familia y amigos, por estar siempre ahí.

AGRADECIMIENTOS:

Enorme GRATITUD a las muchas personas que han contribuido, de una u otra forma, a que hoy pueda encontrarme (por fin), en situación de presentar mi Tesis Doctoral.

A Manuel Romero y Diego Bellido, por su confianza y dirección.

A Ángel Facio por sus enseñanzas, confianza y amistad, que me han permitido, un desarrollo personal y profesional nunca soñado.

A Nieves Domínguez por confiar en que las cosas se pueden hacer de otra manera y permitirnos demostrarlo.

A Mercedes Lanza por su impulso y contribución al proyecto, pero sobre todo por su complicidad y apoyo.

A Federico Palomar por su enorme generosidad al acogerme en todos esos maravillosos proyectos, pero principalmente, por su amistad.

A José María Rumbo, ejemplo de tesón y tenacidad, por inocularme el germen de la investigación y su inestimable compañía en el trayecto.

A Carmen Coronado por sus consejos y por promover la integración de los ámbitos académico y asistencial.

A todo el equipo de Supervisores y de Dirección de Enfermería, por su compromiso, dedicación y ánimos (Loli, Marta, Pili, Maki, Marga, pero sobre todo a Esther, por estar siempre ahí y por sus sabios consejos).

A todo el equipo de Dirección y Comisión de Dirección, por su profesionalidad e implicación y por hacer fácil, lo difícil.

A Ramón Delgado, por su amistad, por todo lo que me enseña y por su inestimable complicidad e implicación, en busca del cambio.

A Paco Pedro García, Javier Soldevilla y Pedro L Pancorbo, por "abrir y mostrar" el camino, por la ilusión que transmiten y por sus enormes enseñanzas y apoyo sin condiciones.

A Rodrigo Gómez y Rosa Hurtado, por creer en proyectos que parecen imposibles, pero sobre todo por derrochar y contagiar ilusión.

A Marisa Fraga por que es un lujo trabajar con profesionales así.

A Uxía Gutiérrez, por excelente documentalista y mejor persona.

A toda la unidad de Calidad, con José Pesado al frente, porque sigo sintiéndola una parte de mi.

A Elena Durán, J. A. Válcarcel, M^a Victoria Mosquera, Ángeles Pérez, F. Javier Rodríguez, Jacinta Álvarez, Carmen Lasheras e Isabel Campos, por su inestimable contribución al proyecto.

A Josefa Fernández, Ana Calvo y Blanca Cimadevila por su contribución, colaboración, generosidad y constancia en cada proyecto compartido.

A todos mis amigos de ANEDIDIC, del Grupo de Investigación ENFASISS, de GNEAUPP y de la Cátedra de Integridad y Cuidado de la Piel, por todos esos maravillosos proyectos compartidos.

Y a todos los profesionales y amigos con los que tengo la suerte de compartir una de las profesiones más bellas del mundo, por hacer que cada día me sienta más orgulloso de ser "enfermera".

“EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA Y TISULAR EN GALICIA”

RESUMEN:

Las úlceras por presión tienen una repercusión asistencial, social, económica y sobre la salud. El Programa Úlceras Fóra, alineado con la Estrategia SERGAS 2014, pretende adecuar el arsenal terapéutico, establecer un catálogo unificado de productos de cura en ambiente húmedo (CAH), crear una cultura de seguridad en los profesionales, sistematizar la práctica clínica, formar a los profesionales, generar los recursos económicos para poder autogestionarse y minimizar el problema de las úlceras. El objetivo fue evaluar la implementación del Programa “Úlceras Fóra”, para la mejora de la calidad en prevención y tratamiento del Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular (DICyT) en toda Galicia.

Se realizó un estudio cuasi-experimental y de observación sistemática de mejora de la calidad asistencial con diseño de intervención sin asignación aleatoria. A través de un equipo de mejora de la calidad tipo QIT (Quality Implement Team) y mediante la técnica de grupo nominal se participó en el establecimiento de un catálogo de CAH, se planificó la formación de los profesionales, (que se evaluó mediante un cuestionario validado) y se implementó en el ámbito asistencial.

Como resultados principales, se publicó un catálogo de productos de CAH con 31 tipos de apósitos y un panel de posibles combinaciones. Se formó un grupo multidisciplinar de 176 Referentes Expertos. Se impartió formación a más de 3.000 profesionales. Su implementación supuso un ahorro de unos 25 millones de € (periodo 2010-2014), reduciendo tasas de incidencia y mejorando aspectos como conocimientos clínicos, registros, identificación de riesgo, adecuación de tratamientos y seguridad del paciente.

La implementación del Programa Úlceras Fóra ha permitido mejorar la calidad en la atención a los pacientes con (DICyT), establecer un programa formativo específico, normalizar la práctica asistencial, establecer y mejorar los indicadores asistenciales y de seguridad de paciente y servir de modelo a otras autonomías.

AVALIACIÓN DUN PROGRAMA INTEGRAL DE MELLORA DA CALIDADE NA PREVENCIÓN E TRATAMENTO DO DETERIORO DA INTEGRIDADE CUTÁNEA E TISULAR EN GALICIA

RESUMO

As úlceras por presión teñen repercusión asistencial, social, económica e sobre a saúde. O Programa Úlceras Fóra, alineado coa Estratexia SERGAS 2014, pretende adecuar o arsenal terapéutico, establecer un catálogo unificado de produtos de cura en ambiente húmido (CAH), crear unha cultura de seguridade nos profesionais, sistematizar a práctica clínica, formar ós profesionais, xerar os recursos económicos para poder autoxestionarse e minimizar o problema das úlceras. O obxectivo foi avaliar a implementación do Programa “Úlceras Fóra”, para a mellora da calidade na prevención e tratamento do Deterioro da Integridade Cutánea e Tisular (DICyT) en Galicia.

Realizouse un estudio cuasi-experimental e de observación sistemática de mellora da calidade asistencial con deseño de intervención sen asignación aleatoria. A través dun equipo de mellora da calidade tipo QIT (Quality Implement Team) e mediante a técnica de grupo nominal, participouse no establecemento do catálogo de CAH, planificouse a formación dos profesionais, (que se avaliou mediante un cuestionario validado) e implementouse no ámbito asistencial.

Como resultados principais, publicouse un catálogo de produtos de CAH con 31 tipos de apósitos e un panel de posibles combinacións. Formouse un grupo multidisciplinar de 176 Referentes Expertos. Impartiuse formación a máis de 3.000 profesionais. A súa implementación supuxo un aforro duns 25 millóns de € (periodo 2010-2014), reducindo taxas de incidencia e mellorando aspectos como coñecementos clínicos, rexistros, identificación de risco, adecuación de tratamentos e seguridade do paciente.

A implementación do Programa Úlceras Fóra permitiu mellorar a calidade na atención ós pacientes con (DICyT), establecer un programa formativo específico, normalizar a práctica asistencial, establecer e mellorar os indicadores asistenciais e de seguridade de paciente e servir de modelo a outras autonomías.

EVALUATION OF A COMPREHENSIVE PROGRAM OF QUALITY IMPROVEMENT IN PREVENTION AND TREATMENT OF DETERIORATION OF THE SKIN AND TISSUE IN GALICIA

SUMMARY

Pressure ulcers have a care, social, economic and health impact. The Úlceras Fóra program, aligned with the 2014 SERGAS Strategy, aims to bring the therapeutic arsenal, establish a unified product moist wound healing (MWH) catalog, create a culture of safety in professional, systematic clinical practice, train professionals, generate financial resources to manage itself and minimize the problem of ulcers. The objective was to evaluate the implementation "Úlceras Fóra" program to improve quality prevention and treatment of Impaired Skin Integrity and Tissue (DICyT) in Galicia.

A quasi-experimental and systematic observation to improve healthcare quality design with non-randomized intervention study. Through an improved team (Team Quality Implement) TQI quality and type using the technique of nominal group participated in the establishment of a catalog of MWH, the training of professionals is planned, (using a validated questionnaire) and It was implemented in the health care setting.

The main results, a product catalog of MWH with 31 types of dressings and a panel of possible combinations were published. A multidisciplinary group of experts was formed with 176 referents. Was trained more than 3.000 professionals. Its implementation was a saving of € 25 million (2010-2014), reducing incidence and improving aspects such as clinical knowledge, records, identification of risk, adequacy of treatment and patient safety.

The Úlceras Fóra program has improved the quality of care to patients (DICyT) to establish a specific training program to standardize clinical practice, establish and improve care and patient safety indicators and serve as a model for other autonomies.

DIVULGACIÓN CIENTÍFICA:

Los numerosos estudios y proyectos realizados durante el desarrollo de esta Tesis Doctoral han posibilitado (tratando de generar evidencias y de promover mejoras en la práctica asistencial), que pudiéramos compartir algunos resultados, bien publicándolos en capítulos de libros o artículos de revistas científicas, bien en forma de comunicaciones orales o póster en congresos científicos nacionales e internacionales, así como también, a través de conferencias magistrales en diversos actos académicos o científicos; de todas ellas, las publicaciones más representativas, se detallan a continuación:

1. *[Comunicación Oral]. **Cura en Ambiente Húmedo. Optimización de Recursos.** En: XXVIII Congreso Nacional SECA (Sociedad Española de Calidad Asistencial). Santiago de Compostela, 19-22 de octubre de 2010.*
2. *[Comunicación Oral]. **Buenas Prácticas en la Prevención de Úlceras por Presión en Pacientes Hospitalizados: Estado Actual.** En: XXVIII Congreso Nacional SECA (Sociedad Española de Calidad Asistencial). Santiago de Compostela, 19-22 de octubre de 2010.*
3. *[Comunicación Póster]. **Implicación de la Úlceras por Presión en la Calidad Asistencial y la Seguridad del Paciente.** En: XXIX Congreso Nacional SECA (Sociedad Española de Calidad Asistencial). Murcia, 4-7 de octubre de 2011.*
4. *[Ponencia]. **Papel de los Profesionales en la Decisión Final: Elección, Responsabilidad, Conocimientos.** En: III Jornadas Multidisciplinares Andaluzas de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Málaga, 5-7 de mayo de 2011.*
5. *[Comunicación oral]: **Gestión del Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular en un Servicio de Salud.** En: VII Congreso Nacional FAECAP*

(Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria). Murcia, 11-13 de Mayo de 2011.

6. [Ponencia]. **Gestión de la Calidad en el Cuidado de las Heridas**. En: *Curso Universitario de Especialización en el Cuidado de las Heridas. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Santiago de Compostela (07.10.2011 a 05.05.2012). Santiago de Compostela, 6 de noviembre de 2012.*
7. [Comunicación oral]: **Unidad de Asesoramiento en Cura en Ambiente Húmedo como Garantía de Gestión Eficiente**. En: *IX Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Sevilla, 14-16 de Noviembre de 2012.*
8. [Ponencia]. **Úlceras, Heridas y Calidad Asistencial en la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol**. En: *IV Jornadas Multidisciplinares Andaluzas de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Cádiz, 20 de septiembre de 2013.*
9. [Comunicación publicada]: **Consulta de Asesoramiento en Cura en Ambiente Húmedo. Optimizar Recursos, mejorando la Calidad y la Seguridad**. *Enferm Dermatol.* 2014; 8 (21): 42-43.
10. [Oral Presentation]: **Comprehensive strategy for implementation and optimization concerning utilization of moist wound healing dressings at a health service**. In: *24th Conference of the European Wound Management Association (EWMA) - X Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas de GNEAUPP. Madrid, 14-16 de mayo de 2014.*

ÍNDICE:

Capítulos	Pág.
LISTADO DE ABREVIATURAS:	7
1.- INTRODUCCIÓN	10
1.1.- CALIDAD ASISTENCIAL, MEJORA Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	15
1.1.1.- LA CALIDAD	15
1.1.2.- LA CALIDAD ASISTENCIAL.....	16
1.1.3.- METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD.....	21
1.2.- PROGRAMAS INTEGRALES DE MEJORA DE LA CALIDAD	27
1.2.1.- PROGRAMAS INTEGRALES DE SALUD.....	27
1.2.2.- LOS PLANES INTEGRALES.....	30
1.2.3.- LOS PLANES INTEGRALES COMO ESTRATEGIA.....	31
1.2.4.- PLANIFICACIÓN INTEGRAL DE SALUD Y GESTIÓN INTEGRADA	33
1.2.4.1- PLANIFICACIÓN INTEGRAL DE SALUD	33
1.2.4.2- GESTIÓN INTEGRADA.....	34
1.2.5.- DIFICULTADES PARA LA INTEGRACIÓN.....	36
1.3.- DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA Y TISULAR. LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	43
1.3.1.- DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA Y TISULAR.....	43
1.3.2.- LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	46
1.3.3.- DEFINICIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN (UPP).....	48
1.3.4.- FISIOPATOLOGÍA DE LAS ÚLCERA POR PRESIÓN	50
1.3.5.- LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LAS UPP	54
1.3.6.- DIMENSIÓN DEL PROBLEMA DE LAS UPP	55
1.3.7.- EPIDEMIOLOGÍA DE LAS UPP	56
1.3.8.- CLASIFICACIÓN DE LAS UPP	61
1.4.- PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	69
1.4.1.- PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN	70
1.4.2.- ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGO.....	72
1.4.3.- PREVENCIÓN. MEDIDAS Y CUIDADOS	73
1.4.4.- TRATAMIENTO Y ABORDAJE TERAPÉUTICO.....	74

1.5.- PROGRAMA ÚLCERAS FORA.....	78
1.5.1.- ANTECEDENTES	79
1.5.2.- PUNTO DE PARTIDA DEL PROGRAMA ÚLCERAS FÓRA	85
1.5.3.- DISEÑO Y DESARROLLO DEL PROGRAMA ÚLCERAS FORA	87
2.- FUNDAMENTOS Y JUSTIFICACIÓN	91
3.- OBJETIVOS	97
4.- MATERIAL Y MÉTODOS	99
4.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO	99
4.2.- ÁMBITO DEL ESTUDIO	99
4.3.- DESARROLLO Y PROCEDIMIENTOS:	99
4.4.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO	107
5.- RESULTADOS:	109
5.1.- Equipo de Mejora QIT	109
5.2.- Resultados de la Búsqueda bibliográfica.....	109
5.3.- Resultados de la participación en el diseño, desarrollo y resolución del concurso. Expediente MI-SER1-10-019.	112
5.4.- Resultados de la definición, implantación, implementación y evaluación del Plan Formativo específico del Programa Úlceras Fóra en el SERGAS.....	123
5.4.1.- Objetivos Plan Formativo. Programa "Úlceras Fóra".....	128
5.4.2.- Diseño y desarrollo de los itinerarios formativos del programa Úlceras Fóra ..	129
5.4.3. Resultados del cuestionario de satisfacción:	133
5.4.4. Resultados de la encuesta de conocimientos y práctica clínica:	141
5.4.5. Evaluación del impacto	150
5.5.- Resultados de la implementación en Ferrol.	160
6.- DISCUSIÓN	182
6.1. DISCUSIÓN SOBRE SOBRE EL DISEÑO, DESARROLLO Y RESOLUCIÓN DEL CONCURSO	182
6.2. DISCUSIÓN SOBRE LA SATISFACCIÓN E IMPACTO DEL PLAN FORMATIVO EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y LA PRÁCTICA CLINICA SOBRE UPP	184
6.3. DISCUSIÓN SOBRE IMPACTO DEL PROGRAMA ÚLCERAS FORA.....	189
7.- CONCLUSIONES	195
8.- BIBLIOGRAFÍA:	201
9.- ANEXOS:.....	213

ANEXO 1.- ANUNCIO DE CONTRATACIÓN DE SUMINISTRO SUCESIVO DE APÓSITOS PARA EL TRATAMIENTO DE HERIDAS, BASADO EN LA CURA HÚMEDA. Expediente MI-SER1-10-019	213
ANEXO 2.- CUESTIONARIO CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.	216
ANEXO 3.- PRESCRIPCIONES TÉCNICAS PARA LA CONTRATACIÓN POR PROCEDIMIENTO ABIERTO, DEL SUMINISTRO SUCESIVO DE APÓSITOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS BASADO EN LA CURA HÚMEDA CON DESTINO A TODOS LOS CENTROS DEPENDIENTES DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD. Expediente MI-SER1-10-019	219
Lote 1.- APÓSITO DE ALGINATO CÁLCICO DE 10x10 CM (± 1 cm).	219
Lote 2.- HIDROGEL. ENVASE DE 15 GRS.	219
Lote 3.- APÓSITO DE HIDROGEL DE 10x10 CM (± 3 cm).	219
Lote 4.- APÓSITO DE CARBÓN DE 10x10 CM (± 2 cm).	220
Lote 5.- APÓSITO NO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO DE 10x10 CM (± 1cm). 220	220
Lote 6.- APÓSITO NO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO DE 15x15 CM. (TAMAÑO MÍNIMO).	220
Lote 7.- APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO CON ÁREA DE ABSORCIÓN DE 5x5 CM (± 2cm).	221
Lote 8.- APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO CON ÁREA DE ABSORCIÓN DE 10x10 CM (± 3 cm).	221
Lote 9.- APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO CON ÁREA DE ABSORCIÓN DE 18x18 CM(± 5 cm).	221
Lote 10.- APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO EN PRESENTACIÓN DE SACRO	221
Lote 11.- APÓSITO NO ADHESIVO O DE BAJA ADHERENCIA DE ESPUMA DE POLIURETANO EN PRESENTACIÓN DE TALÓN.	222
Lote 12.- APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO EN PRESENTACIÓN DE TALÓN.	222
Lote 13.- APÓSITO DE ESPUMA DE POLIURETANO DE BAJA ADHERENCIA de 15x15 CM (± 1 cm).	222
Lote 14.- APÓSITO DE ESPUMA DE POLIURETANO DE BAJA ADHERENCIA CON BORDE de 10x10 CM (± 1 cm).	222

Lote 15.- APÓSITO HIDROCOLOIDE DE PROTECCIÓN FINO 10x10 CM (± 1 cm).	
	223
Lote 16.- APÓSITO HIDROCOLOIDE DE PROTECCION FINO 15x15 CM (± 1 cm).	
	223
Lote 17.- APÓSITO HIDROCOLOIDE ADHESIVO DE 10x10 CM (± 1 cm).....	223
Lote 18.- APÓSITO HIDROCOLOIDE ADHESIVO DE 15x15 CM (± 1 cm).....	223
Lote 19.- APÓSITO HIDROCOLOIDE ADHESIVO: PRESENTACIÓN DE SACRO.	223
Lote 20.- APÓSITO HIDROCOLOIDE NO ADHESIVO DE 10x10 CM. (± 1 cm).	224
Lote 21.- APÓSITO HIDROCOLOIDE NO ADHESIVO EN CINTA DE 2x30 CM. MEDIDAS MÍNIMAS	224
Lote 22.- APOSITO HIDROCOLOIDE EN MALLA DE 10x10 CM (± 2 cm).	224
Lote 23.- APOSITO DE BAJA ADHERENCIA EN MALLA O LÁMINA 10x10 CM (± 1 cm).	224
Lote 24.- APÓSITO CON PLATA EN MALLA DE 10x10 CM (± 2 cm).	225
Lote 25.- APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO CON PLATA DE 16x16 CM (± 2 cm).	225
Lote 26.- APÓSITO DE HIDROFIBRA CON PLATA DE 15x15 CM (± 1 cm).	225
Lote 27.- APÓSITO DE HIDROFIBRA CON PLATA EN CINTA DE 2X40 CM. (MEDIDAS MÍNIMAS).....	225
Lote 28.- APÓSITO COMBINADO ADHESIVO DE 15 x15 CM (± 1 cm).	226
Lote 29.- APÓSITO BIOACTIVO CON CARGA IÓNICA DE 10x10 CM (± 1 cm)....	226
Lote 30.- APÓSITO INHIBIDOR DE METALOPROTEASAS DE MATRIZ.....	226
Lote 31.- APÓSITO NO ADHESIVO HIDROPOLIMERICO, HIDROCELULAR FORMADOR DE GEL DE 15x15 CM(± 1 cm).	226
ANEXO 4.- CRITERIOS DE VALORACIÓN TÉCNICA. CONCURSO SUCESIVO DE APÓSITOS. VALORACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO GENERAL PARA TODOS LOS LOTES. Expediente MI-SER1-10-019	228
1. APÓSITO DE ALGINATO CÁLCICO DE 10x10 CM (± 1 cm).	228
2. HIDROGEL. ENVASE DE 15 GRS.....	228
3. APÓSITO DE HIDROGEL DE 10x10 CM (± 3 cm).....	228
4. APÓSITO DE CARBÓN DE 10x10 CM (± 2 cm)......	229
5. APÓSITO NO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO DE 10x10 CM (± 1cm).....	229

6.	APÓSITO NO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO DE 15x15 CM. (TAMAÑO MÍNIMO)	229
7.	APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO CON ÁREA DE ABSORCIÓN DE 5x5 CM (± 2cm)	230
8.	APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO CON ÁREA DE ABSORCIÓN DE 10x10 CM (± 3 cm)	230
9.	APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO CON ÁREA DE ABSORCIÓN DE 18x18 CM(± 5 cm)	230
10.	APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO EN PRESENTACIÓN DE SACRO	230
11.	APÓSITO NO ADHESIVO O DE BAJA ADHERENCIA DE ESPUMA DE POLIURETANO EN PRESENTACIÓN DE TALÓN	230
12.	APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO EN PRESENTACIÓN DE TALÓN	231
13.	APÓSITO DE ESPUMA DE POLIURETANO DE BAJA ADHERENCIA de 15x15 CM (± 1 cm)	231
14.	APÓSITO DE ESPUMA DE POLIURETANO DE BAJA ADHERENCIA CON BORDE de 10x10 CM (± 1 cm)	231
15.	APÓSITO HIDROCOLOIDE DE PROTECCIÓN FINO 10x10 CM (± 1 cm)	232
16.	APÓSITO HIDROCOLOIDE DE PROTECCION FINO 15x15 CM (± 1 cm)	232
17.	APÓSITO HIDROCOLOIDE ADHESIVO DE 10x10 CM (± 1 cm)	232
18.	APÓSITO HIDROCOLOIDE ADHESIVO DE 15x15 CM (± 1 cm)	232
19.	APÓSITO HIDROCOLOIDE ADHESIVO: PRESENTACIÓN DE SACRO	232
20.	APÓSITO HIDROCOLOIDE NO ADHESIVO DE 10x10 CM. (± 1 cm)	233
21.	APÓSITO HIDROCOLOIDE NO ADHESIVO EN CINTA DE 2x30 CM. MEDIDAS MÍNIMAS	233
22.	APOSITO HIDROCOLOIDE EN MALLA DE 10x10 CM (± 2 cm)	233
23.	APOSITO DE BAJA ADHERENCIA EN MALLA O LÁMINA 10x10 CM (± 1 cm) . 233	
24.	APÓSITO CON PLATA EN MALLA DE 10x10 CM (± 2 cm)	234
25.	APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO CON PLATA DE 16x16 CM (± 2 cm)	234
26.	APÓSITO DE HIDROFIBRA CON PLATA DE 15x15 CM (± 1cm)	234

27. APÓSITO DE HIDROFIBRA CON PLATA EN CINTA DE 2X40 CM. (MEDIDAS MÍNIMAS)	234
28. APÓSITO COMBINADO ADHESIVO DE 15 x15 CM (± 1 cm)	234
29. APÓSITO BIOACTIVO CON CARGA IÓNICA DE 10x10 CM (± 1 cm)	235
30. APÓSITO INHIBIDOR DE METALOPROTEASAS DE MATRIZ	235
31. APÓSITO NO ADHESIVO HIDROPOLIMÉRICO, HIDROCELULAR FORMADOR DE GEL DE 15x15 CM(± 1 cm)	235
ANEXO 5.- CRITERIOS DE ADJUDICACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO ABIERTO DE CONTRATACIÓN DE APÓSITOS PARA CURA HÚMEDA. Expediente MI-SER1-10-019	236
Anexo 6.- RESULTADOS ADJUDICACIÓN PROCEDIMIENTO ABIERTO DE CONTRATACIÓN DE APÓSITOS PARA CURA HÚMEDA. Expediente MI-SER1-10-019	240
Anexo 7.- CATÁLOGO DE PRODUCTOS DE CURA EN AMBIENTE HÚMEDO. Expediente MI-SER1-10-019	241
Anexo 8.- REUNIÓN DE IMPLANTACIÓN. "ÚLCERAS FÓRA".	242
Anexo 9.- CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN EL CUIDADO DE HERIDAS.	243
Anexo 10.- ITINERARIOS FORMATIVOS. PROGRAMA ÚLCERAS FÓRA.....	246
Anexo 11.- SISTEMÁTICA DEFINIDA EN LA UNIDAD DE CURA EN AMBIENTE HÚMEDO.	254
Anexo 12.- PANEL DE RECOMENDACIONES SOBRE LA COMBINACIÓN DE APÓSITOS DE CURA EN AMBIENTE HÚMEDO.	257

LISTADO DE ABREVIATURAS:

ANEDIDIC:	Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea.
APEAS:	Estudio Sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud.
ASF:	Área Sanitaria de Ferrol.
BOE:	Boletín Oficial del Estado
CAH:	Cura en Ambiente Húmedo.
CCVUQ:	Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire.
CHUF:	Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol
CINAHL:	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.
cm:	Centímetros.
CONUEI:	Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior.
DICyT.	Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular.
DOG:	Diario Oficial de Galicia
DUE:	Diplomado Universitario en Enfermería
EARCAS:	Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios.
EBE:	Enfermería Basada en la Evidencia.
EFQM:	European Foundation for Quality Management.
ENEAS:	Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización.
EOXI:	Estructura Organizativa de Gestión Integrada.
EPUAP:	European Pressure Advisory Panel.
EVRUPP:	Escala de Evaluación del Riesgo de desarrollar Úlceras por Presión.
FEGAS:	Fundación Pública Escola Gallega de Administración Sanitaria.
GACELA:	Gestión Asistencial Cuidados Enfermería Línea Abierta (Aplicación).
GBE:	Guías Basadas en la Mejor Evidencia.
GNEAUPP:	Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas.
GPC:	Guía de Práctica Clínica.
GRADE:	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.
Hg:	Mercurio.
IBEAS:	Estudio de Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica.
IANUS:	Historia Clínica Electrónica de Galicia.
ISO:	International Organization for Standardization.
IVA:	Impuesto sobre el valor añadido.
mm:	Milímetros.
Nº:	Número
NANDA:	North American Nursing Diagnosis Association.
NANDA-I:	North American Nursing Diagnosis Association-International.
NICE:	National Institute for Health and Care Excellence.
NIPE:	Normalización de Intervenciones de Práctica Enfermera
NOC:	Nursing Outcomes Classification.
NQF:	National Quality Forum.
NPUAP:	National Pressure Ulcer Advisory Panel.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
P.D.C.A:	Círculo de Deming: Plan, Do, Check, Act.
PAI:	Procesos Asistenciales Integrados.

PD:	Pie Diabético.
PUSH:	Pressure Ulcer Scale for Healing
QIT:	Quality Implement Team
PPPIA:	Pan Pacific Pressure Injury Alliance.
RRHH:	Recursos Humanos
SAS:	Servicio Andaluz de Salud.
SEMP:	Superficies especiales de manejo de la presión.
SERGAS :	Servicio Gallego de Salud
SENECA:	Estándares de Calidad de Cuidados para la Seguridad del Paciente en los Hospitales del SNS.
SNS:	Sistema Nacional de Salud.
TCAE:	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
TIC:	Tecnologías de la Información y la Comunicación.
UDC:	Universidad de A Coruña.
UEI:	Úlcera de extremidad inferior
UK:	United Kingdom.
UPP:	Úlcera por Presión.
USA:	United State of America.
UV:	Úlcera Venosa.
XXIF:	Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol
WOCN:	Wound, Ostomy and Continence Nurses Society.

Capítulo 1: Introducción

1.- INTRODUCCIÓN

La piel, el mayor órgano del cuerpo humano; es un órgano de percepción múltiple (tacto, frío, sensación de calor...), de expresión (refleja temor, ira, timidez...), inmunológico y que además, funciona como barrera protectora (mantiene la temperatura corporal, protege de la radiación ultravioleta, de las agresiones...); podría decirse que es la primera gran barrera natural protectora del organismo. Algunas agresiones externas, sobre todo si confluyen con otros factores clínicos, son repetitivas o se mantienen en el tiempo, pueden sobrepasar esa barrera y deteriorar la la piel¹.

Como profesionales sanitarios, debemos ser conscientes del problema, para tratar de prevenir el desarrollo y evolución de cualquier circunstancia que pudiera ocasionar deterioro de la integridad cutánea.

Las úlceras por presión (UPP) se definen como lesiones elementales con pérdida de continuidad de la piel, secundarias a diversos factores etiológicos (presión, humedad, fricción...), que suelen resolverse por segunda intención. Son por tanto, un signo de enfermedad, que en muchos casos, derivan de unos “cuidados ineficientes, deficientes o negligentes” (iatrogenia)^{2,3}.

La enorme repercusión social, económica que tienen sobre la salud de los pacientes, hace que las UPP sean consideradas uno de los principales problemas a los que se tienen que enfrentar los sistemas sanitarios⁴⁻⁷

Estas lesiones pueden dar lugar a un importante deterioro de la calidad de vida de los pacientes y de su entorno socio-familiar cercano (sufrimiento, pérdida de autonomía y desgaste personal), pueden también agravar el pronóstico y la situación clínica previa del paciente, e incluso limitar su esperanza de vida. En España, se estima que de cada 100.000 muertes, 165 están relacionadas de alguna manera o consecuencia directa con UPP⁸.

En las políticas estratégicas de seguridad del paciente, las UPP son consideradas como un efecto adverso^{4-7,9} (situación no deseable, ligada a la asistencia sanitaria recibida, que tiene o puede tener consecuencias negativas para el paciente, a través de lesiones, incapacidad, aumento de estancias o exitus).

Se considera que son uno de los efectos adversos (siempre están ligados al ámbito asistencial, no a la patología del paciente), que pueden tener mayor repercusión y trascendencia, por lo que se deben analizar y tratar de subsanar los posibles fallos del sistema y las condiciones asistenciales que pueden haber favorecido su aparición, para tratar de evitarlos.

Además de suponer un enorme problema asistencial (alto coste en recursos materiales, humanos y técnicos), transmiten una pésima imagen tanto de las instituciones, como de sus profesionales (entre un 95 y un 98% de las UPP se consideran prevenibles)¹⁰, por lo que cada vez es más frecuente, que se interpongan demandas judiciales que obligan a dirimir en los tribunales, si hubo mala praxis (por acción u omisión) en la gestión de la prevención y del tratamiento de las UPP¹¹.

Como existen numerosos sistemas de prevención y de tratamiento que han demostrado su efectividad, se recomienda establecer y difundir programas de prevención y tratamientos específicos, para minimizar su incidencia e impacto, mejorando así, la calidad asistencial.

Los cuidados específicos para la prevención de lesiones, así como la utilización adecuada de dispositivos y productos, son la mejor estrategia para mejorar las condiciones de salud de los pacientes, evitando que aparezcan y para la racionalización del uso de productos de tratamiento, en caso de no poder evitarlas. Establecer e implantar algoritmos de actuación basados en evidencia científica y difundirlos a los profesionales para su implementación, contribuye a sistematizar la actuación clínica de los profesionales disminuyendo la variabilidad clínica y a garantizar la continuidad de los cuidados^{12,13}.

La incidencia y prevalencia de UPP son generalmente utilizados como certeros indicadores de calidad asistencial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a las UPP como un indicador de la calidad de los cuidados que se prestan. El Ministerio de Sanidad y Política Social también las ha incluido en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) como un efecto no deseado de la asistencia sanitaria (estrategia nº 8, objetivo nº 8.3)¹⁴.

Por otra parte, está demostrado que si no hemos podido prevenir las lesiones, el tratamiento con cura en ambiente húmedo, ofrece mejores resultados y a un coste menor, que las técnicas de cura tradicionales. De la misma forma, la unificación de criterios y el establecimiento de líneas de actuación comunes, derivan en la consecución de mejores resultados, lo que redundará tanto en el paciente, como en la administración, ya que de esa manera, además de prevenir y tratar de manera más eficaz las úlceras, también se posibilita un consumo más racional y responsable de los recursos empleados en su prevención y tratamiento.

En el Servicio Gallego de Salud (SERGAS), se han definido y establecido, siguiendo esta línea (a través del Manual de Prevención y Tratamiento de UPP y del Catálogo de Productos de Cura en Ambiente Húmedo del SERGAS)², los aspectos principales a tener en cuenta por los profesionales sanitarios en cada situación, tratando de unificar los criterios generales de actuación y los específicos de selección de dispositivos y apósitos de cura en ambiente húmedo, en función de las características y valoración realizada al paciente y a las heridas que debamos tratar.

La “Estrategia SERGAS 2014. La Sanidad pública al servicio de los pacientes”, establece como reto fundamental el logro de una asistencia más segura, más eficiente y de mejor calidad, en el que los ciudadanos y pacientes sean el centro de todas las actuaciones¹⁵.

Alineada con esta estrategia, se está implementando desde el año 2010, el Programa “Úlceras Fora”, que implica un Plan Formativo sin precedentes, a través del desarrollo de itinerarios formativos (acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias), a varios niveles:

- Formación de un equipo de formadores en deterioro de la integridad cutánea del SERGAS (2º semestre de 2010)
- Formación de los mandos intermedios de hospitales y centros de salud (4º trimestre de 2010)
- Formación de profesionales asistenciales que tengan entre su actividad asistencial, la asistencia a pacientes con heridas: personal de enfermería (incluido personal auxiliar y de la red sociosanitaria y

geriátrica), farmacéuticos, personal médico y personal no sanitario (período 2010 – 2015)

Como no existen a nivel autonómico, ni a nivel nacional, experiencias similares, ni precedentes de programas formativos de tan amplio alcance en un tema tan específico y tan relevante para la seguridad y la calidad asistencial, trataremos de determinar el alcance y repercusión en la realidad asistencial.

Introducción

1.1.- CALIDAD ASISTENCIAL, MEJORA Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

1.1.- CALIDAD ASISTENCIAL, MEJORA Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

1.1.1.- LA CALIDAD

Antes de desarrollar en qué consiste y como se diseñó, implementó y evaluó el Programa Integral de Mejora de la Calidad "Úlceras Fora", debemos dejar claros algunos términos.

El término CALIDAD significa, según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua: "Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor".

Si profundizamos en la definición, descubrimos que en sí mismo, el término calidad, no tiene un valor absoluto, ya que para poder "determinar ese valor" (si es o no de calidad), necesitamos compararlo con "algo" que tenga propiedades o funciones similares.

Esto implica que de entrada vamos a tener una serie de condicionantes que pueden tener mucho peso en la determinación y valoración de la calidad y que no podemos dejar pasar inadvertidos. Así un mismo producto, puede ser considerado de gran calidad o de baja calidad, en función de los circunstancias y condicionantes de quién lo esté valorando, ya que influye el nivel cultural y las expectativas de quién esté haciendo esa valoración, porque implica un juicio de valor.

Calidad, es por tanto, un concepto relativo, que además depende de condicionamientos culturales y que puede tener significación diferente para cada persona o colectivo, en función de este tipo de condicionamientos.

Esta característica que permite apreciar "algo", como igual, mejor o peor que el resto, se ha venido utilizando en la industria, desde la revolución industrial; inicialmente como forma de evitar que los productos defectuosos llegasen al cliente (y generasen insatisfacción) y posteriormente para tratar de mejorar el sistema de producción industrial (detección y corrección de posibles errores). Esta manera de trabajar en la línea de tratar de conseguir mejores

productos y reducir los gastos, evolucionó hacia la Mejora Continua de la Calidad (Continuous Quality Improvement); Este nuevo concepto supone una estrategia de gestión de toda la empresa, que se basa en que se deben hacer todas las cosas bien y a la primera; con ello se busca conseguir la satisfacción de los clientes, de los propios empleados y de la sociedad, porque se estarían utilizando de manera eficiente los recursos.

1.1.2.- LA CALIDAD ASISTENCIAL

Si trasladamos estos conceptos al ámbito sanitario y teniendo en cuenta que aquí el objetivo sería proveer cuidados para la salud a la población, la calidad a este nivel asistencial, consistiría en disponer de todos los recursos necesarios y mantener organizados todos los elementos del sistema sanitario, de forma que puedan interactuar entre sí, para la consecución de los mejores resultados posibles, en términos de salud y calidad de vida de la población¹⁶.

Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria constituye siempre, uno de los principales objetivos de las organizaciones sanitarias, en tanto que prestan servicios relacionados con la salud. Para su consecución es imprescindible la participación y colaboración de todos los integrantes del equipo, en todos los niveles y departamentos, pero sin olvidar también, el apoyo activo y decidido del equipo directivo¹⁷.

Es necesario antes de continuar, dejar claros algunos conceptos terminológicos que vamos a utilizar y que frecuentemente se confunden¹⁶:

Efectividad: Capacidad, en condiciones habituales, de alcanzar un efecto esperado tras la realización de una acción concreta.

Eficacia: Se refiere al efecto de una acción realizada en las mejores condiciones posibles, o sea, la capacidad de que una determinada actuación sanitaria, administrada en condiciones ideales al paciente, mejore el nivel de salud de ese paciente.

Eficiencia: Se trata de conseguir los mejores resultados posibles, con el menor consumo posible, de recursos.

Factibilidad: Disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo las acciones, objetivos o metas que se plantean.

Desde esta perspectiva más amplia, la Calidad Asistencial consistiría en "Ofrecer de forma continuada, unos servicios eficaces, efectivos y eficientes, accesibles (factibles), que a su vez sean adecuados a las necesidades de los usuarios y aceptados por estos, y todo ello, en base al estado actual de avances clínicos y conocimiento científico"¹⁸.

La Calidad Asistencial requiere una adecuada planificación e implementación; es algo que no se puede improvisar, por lo que será imprescindible hacer partícipes a todos los profesionales, para que puedan participar en los equipos de mejora y estrategias¹⁶.

Podemos diferenciar varios tipos de calidad:

- **Calidad Programada:** La que pretendemos obtener desde la organización en función del diseño y estrategias establecidos al efecto.
- **Calidad Percibida o Demandada:** Es la que exige el cliente, o la que le gustaría recibir (expectativas).
- **Calidad Realizada:** Es la que realmente conseguimos tras implementar lo planificado.

Si representamos los tipos de calidad mencionados en unos círculos, la Gestión de la Calidad tendría como objetivo principal, que los círculos coincidieran entre sí (Figura 1); o sea, que todo lo que se haya planificado, se lleve a cabo en las circunstancias previstas (implementación) y que a su vez, produzca los efectos buscados en el paciente y que este perciba que es así. Todo lo que esté fuera del área de coincidencia, va a suponer insatisfacción y gasto superfluo.

De acuerdo con el diagrama propuesto, un servicio tendrá mayor grado de calidad en la medida en que los tres tipos de calidad (demandada, diseñada

y realizada) coincidan (se corresponden con la intersección de los tres círculos de calidad, sección 7 del gráfico).

Si la calidad demandada no se diseña o realiza, estaremos generando insatisfacción (sección 3 del gráfico).

Si la calidad diseñada o programada, no se realiza o no es demandada, el coste será mayor y la calidad innecesaria o insuficiente (sección 1 del gráfico). Si la calidad realizada no se corresponde con la diseñada, ni la demandada, aumentará el esfuerzo, pero esa calidad es innecesaria o insuficiente (sección 2 del gráfico).

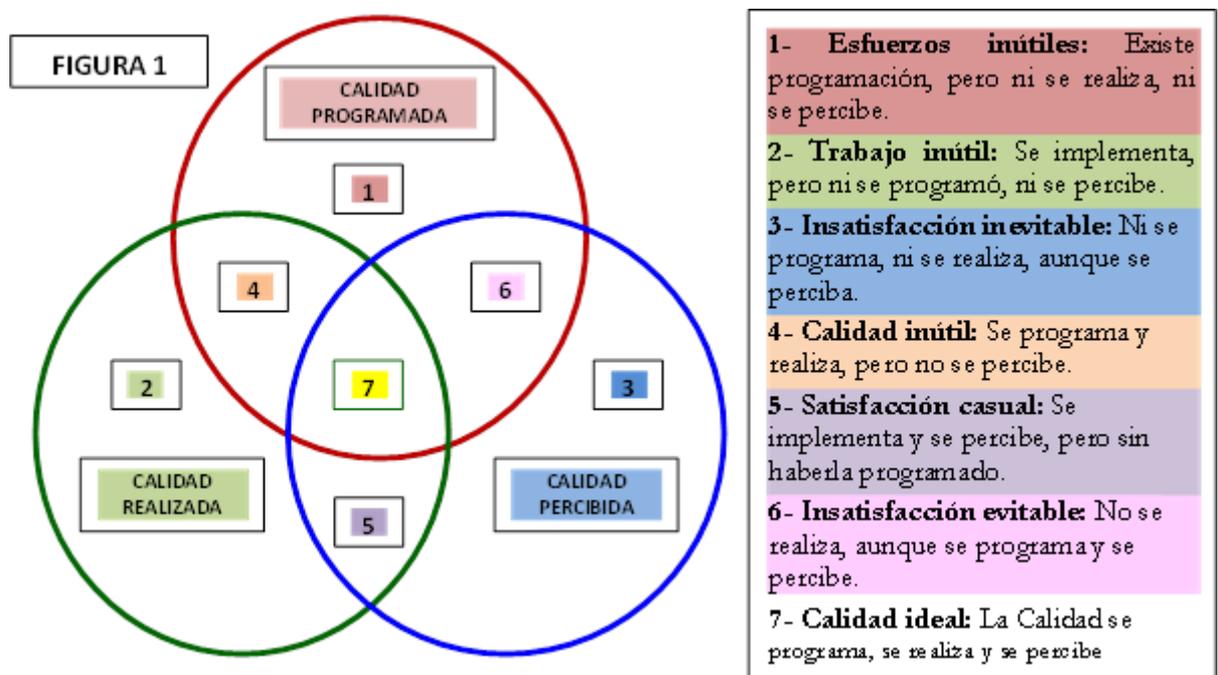


Figura 1: Diagrama de las 3 calidades de Ishikawa. Adaptado de: Bases para a mellora continua da calidade dos servizos de saúde. Xunta de Galicia (2000).

Si hacemos un adecuado diseño y planificación y a su vez, implementamos lo planificado, estaremos en disposición de conseguir resultados de calidad (y mantenerlos en el tiempo) y de que los usuarios, perciban esa asistencia como adecuada a sus expectativas y necesidades.

En cualquiera de los modelos comentados, las organizaciones deben de tener bien estructurados sus procesos, para evitar cuotas de ineficiencia.

Para evitar la reticencia natural que las personas solemos tener hacia cualquier cambio, los procesos deben diseñarse de forma que estén centrados en el paciente, como eje sobre el que pivoten todos los recursos asistenciales, de esta forma, será más sencillo y rápido resolver los problemas de salud y gestionar toda la secuencia de actividades, promoviendo un entorno de continuidad asistencial.

La importancia de formar e implicar a los profesionales en el conocimiento y manejo de estas herramientas es básica e importantísima para el adecuado desarrollo de la actividad asistencial con criterios de calidad y de eficiencia.

Desde hace ya un tiempo el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) está tratando de gestionar y administrar la asistencia sanitaria sin diferenciar entre niveles asistenciales, como forma de conseguir la atención integral a los problemas de salud, centrándose en las necesidades del paciente; ello requiere la actuación interdisciplinar y coordinada de todos los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales.

Los sistemas sanitarios necesitan tener bien definidos y controlados sus procesos asistenciales, estructurados dentro de Planes de Calidad Asistencial, a los que poder aplicar sistemas de mejora de la gestión, como pueden ser^{19,20}:

- Los Ciclos P.D.C.A; también llamados Círculos de Mejora Continua de la Calidad (Figura 2).
- Los Sistemas Kaizen.

El Círculo de Mejora Continua consta de cuatro fases que se deben secuenciar de manera sistemática:

1. Planificar (Plan): Se diseñan los planes de acción; requiere cuatro pasos:
 - Definir los objetivos a lograr.

- Analizar la situación de partida (definir problemas a resolver y áreas de mejora que deben ser priorizadas según su importancia y repercusión en el proceso asistencial).
 - Definir las acciones de mejora concretas para pasar de la situación inicial a la situación deseada.
 - Establecer un plan de trabajo con los pasos a seguir para la implementación de las acciones de mejora.
2. Hacer (Do): Se implementan las medidas establecidas tal y como se diseñaron. Es importante establecer algún mecanismo de control para evaluar la evolución y corregir si fuera preciso.
 3. Verificar (Check): Se miden y comparan los resultados finales obtenidos, sobre los esperados (si lo que se planificó e implementó, da los resultados esperados).
 4. Actuar (Act): En función de los resultados se van diseñando los ajustes y replanteando e implementando las acciones para mejorar los resultados (se estandarizan y sistematizan los procedimientos para garantizar que se seguirán consiguiendo los resultados).



Figura 2.- Círculo de Mejora Continua P.D.C.A. (Círculo de Deming)

El Sistema Kaizen o “mejora continua que implica a todos”, es un sistema integral y sistemático que de manera proactiva y armónica, busca mejorar continuamente la empresa, sus componentes, mejorar sus procesos, actividades y personas; se trata de mejorar para ofrecer al usuario, una mejora continuada y sistemática de variedad, calidad, costes, tiempos de respuesta y mayores niveles de satisfacción. Esta mejora continua requiere tiempo, concienciación y esfuerzo constante, así como disciplina y ética de trabajo, para conseguir la mejora sistemática de resultados.

En los procesos de mejora continua, se establecen metas, que una vez logradas, conducen a la propuesta de nuevas mejoras de calidad.

Existen numerosos programas de mejora de la calidad, de certificación y de acreditación, tanto de centros, como de servicios sanitarios, con arreglo a estándares previamente definidos en prestigiosos modelos de calidad (Normas ISO, Modelo Joint Comisión Internacional, Modelo Europeo de Calidad EFQM...), que se validan, primero a través de una serie de auditorías internas y luego a través de auditorías externas.

Un aspecto imprescindible para poder gestionar la calidad asistencial es poder medir en cada actividad y proceso, si se están cumpliendo los objetivos previstos (nivel de cumplimiento), ya que de lo contrario, las posibilidades de plantear mejoras, desaparecen.

1.1.3.- METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

Establecer programas de mejora de la calidad, solo va a ser operativo, si establecemos sistemas para medir los resultados del programa. Aunque pudiera parecer que, al ser un servicio, la calidad es algo intangible, si podemos establecer formas para medirla a través de indicadores¹⁹.

Los indicadores son el instrumento para determinar la medida cuantitativa, que nos va a permitir evaluar la calidad de aspectos importantes de la asistencia, de la gestión o de cualquier proceso que estemos implementando.

Un indicador es un aspecto concreto del procedimiento, del proceso o de la asistencia prestada, que podemos observar y medir, permitiendo determinar el grado de calidad de las acciones llevadas a cabo. Es una señal que identifica o llama la atención sobre los puntos de actuación específicos que determinemos dentro de la organización.

El indicador es generalmente, un valor numérico que mide el comportamiento y la evolución de un proceso, área o actividad y que sirven de referencia para el seguimiento, control y evaluación de su cumplimiento, permitiendo y facilitando que podamos acometer su mejora continua. Permiten visualizar el nivel de cumplimiento de los objetivos y la identificación de los problemas y situaciones susceptibles de mejora, así como controlar el efecto de las intervenciones que estemos implementando y tomar decisiones en base a esa información.

Se suelen expresar en tasas de porcentaje: número de pacientes a los que ocurre un suceso, por el número de pacientes que tienen determinada condición. Para cada indicador hay que definir y elaborar los criterios correspondiente/es.

El número y tipo de indicadores junto con sus correspondientes criterios, debe estar perfectamente planificados y calculados. Para que los indicadores sean útiles, han de ser aceptados por los profesionales a los que va a medir, deben estar basados en evidencias, ser realistas y sobre todo, fáciles de formular y medir. Si el indicador requiere más esfuerzo para su medición, que la importancia que tiene la información que va a proporcionar, debe ser descartada.

Un buen programa de calidad no es aquel que dispone de más indicadores, sino aquel que tiene los indicadores oportunos para poder controlar que el proceso se desarrolla de una manera adecuada y coherente.

Los indicadores:

- Miden aspectos específicos de la atención o de los procesos.
- Proporcionan resultados cuantitativos.
- Proporcionan información válida, fiable y objetiva.

- Constituyen una señal de vigilancia y alarma, para detectar precozmente necesidades de mejora.

Los indicadores deben de cumplir las siguientes características:

- **VALIDEZ:** Que realmente alcance a medir aquello que pretende evaluar.
- **FIABILIDAD:** Que consiga resultados fiables (que no proporcione información errónea).
- **PERTINENCIA:** Que se adecúe a lo que se pretende medir, centrándose en los aspectos importantes.
- **ESPECIFICIDAD:** Que mida aquello para lo que se ha construido (sin interferencias).
- **OBJETIVIDAD:** Que la sistemática de medición y valoración se realice a través de datos objetivos y objetivables.
- **SENSIBILIDAD:** Que identifique rápidamente las tendencias de resultados.
- **PRACTICIDAD:** Que sea práctico, cómodo, fácil y rápido de medir.
- **ECONOMÍA:** Que sea costoso (en recursos) para su medición.

Podemos diferenciar varios tipos de indicadores:

- **Indicadores Centinela:** Miden un hecho específico, no deseable y a menudo evitable, con nivel de gravedad suficiente como para tener que tomar medidas correctoras de forma inmediata (para con el paciente y para con la organización): “Caídas de pacientes”, “fuga de radiación”...
- **Indicadores basados en indicios:** Miden un suceso de la asistencia dentro de un universo definido, por lo que suele ser aceptable un cierto índice de incidencia (N° de intervenciones realizadas / N° total de intervenciones solicitadas X 100)

Para conocer los niveles de aplicación de procedimientos y proponer medidas de mejora, debemos definir aquellos indicadores más relevantes en función de la estructura, proceso o resultado que vayamos a evaluar.

- **Indicadores de Estructura:** Valoran aspectos relacionados con las normas, protocolos, registros de enfermería, recursos humanos y materiales, etc.(analizan la calidad de los medios disponibles para prestar la asistencia).
- **Indicadores de Proceso:** Valoran la realización del proceso, técnica o procedimiento (analizan la calidad de los métodos que utilizamos).
- **Indicadores de Resultados:** Valoran el beneficio obtenido por la intervención; mide lo que ocurre (o no) al paciente después de haber realizado o administrado (o no) algo y su satisfacción (analiza la calidad de los resultados). Son los más usados.

A la hora de desarrollar los indicadores clínicos debemos tener en cuenta que hay que definir el aspecto de la atención a monitorizar; no utilizar términos ambiguos; indicar que tipo de indicador es; describir la patología o proceso diana; describir factores responsables de la variación (condiciones del paciente, de los profesionales o de la organización); definir el soporte lógico, citas bibliográficas, es decir el fundamento del indicador y fijar un umbral (entre que márgenes debe situarse el resultado para que sea considerado adecuado).

Otro aspecto a tener muy en cuenta son los estándares de calidad, o nivel que se desea alcanzar para dar por logrado el índice de calidad establecido. Se determinan en función de informes de otros sistemas de salud que presenten condiciones similares o por resultados publicados en la bibliografía científica; en ausencia de ello, se basan en la opinión de expertos. En todo caso, hay que partir de la situación concreta del centro sanitario o servicio en el que se implanta.

El programa de calidad es necesario para valorar y contribuir a mejorar la atención y cuidados que se dispensan al paciente; debe ser utilizado como herramienta de mejora, nunca con afán fiscalizador.

No podemos finalizar sin mencionar que en todo el proceso, cobran vital importancia los registros, ya que son el soporte gráfico del trabajo realizado y a la vez suponen un medio por el que valorar la calidad y eficacia de los

cuidados dispensados; en el ámbito legal, además, constituyen la información profesional aportada por el personal sanitario a la historia clínica del paciente y como tal, representan la mejor prueba de que disponemos, para aclarar cualquier situación susceptible de investigación jurídica (defensa legal). En este sentido el desarrollo de planes de cuidados individualizados a cada paciente nos permitirá, por una parte, documentar toda la actividad programada y realizada con el paciente y por otra, servirá de guía para garantizar la continuidad de cuidados en todo el proceso asistencial.

En el aspecto asistencial es responsabilidad de cada profesional registrar la información y observaciones relativas a cada paciente y a la vez tener en cuenta las registradas por otras compañeras; todo ello al final ahorra tiempo y garantiza una mayor seguridad en la asistencia dispensada; permitiendo además, otro aspecto especialmente relevante en términos de calidad, posibilitar la trazabilidad del proceso asistencial (queda reflejada la actividad planificada, desarrollada y las circunstancias inherentes a toda la actividad dispensada).

Los registros deben incluir datos objetivos, claros y precisos que informen sobre el estado, evolución o cualquier otro dato relativo al enfermo, que consideremos importante reseñar (signos, síntomas, presencia de heridas, drenajes, problemas detectados, riesgos, etc.).

Introducción

1.2.- PROGRAMAS INTEGRALES DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.2.- PROGRAMAS INTEGRALES DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.2.1.- PROGRAMAS INTEGRALES DE SALUD

Un Plan Integral de Salud define un conjunto de estrategias que establecen las intervenciones más adecuadas para la prevención y manejo de un determinado problema de salud y sus factores determinantes; siempre han de ir referidos a un ámbito geográfico concreto y a un período de tiempo determinado. Un Plan Integral tiene como fin conseguir una reducción en la carga de enfermedad (o sus consecuencias) en la población y una mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por el problema para el que se diseña. Cada Plan Integral de Salud puede estar formado por uno o varios procesos, interrelacionados.

Aunque existe amplio consenso en que la atención a los pacientes debe ser llevada a cabo de una manera integrada, no siempre resulta fácil de conseguir, al tener que abordarlo desde sistemáticas asistenciales tradicionales, en muchos casos bastante rígidas. Cambiar la forma de trabajar y enfocar la asistencia de las organizaciones y de los propios profesionales, supone promover un cambio de modelo, un cambio cultural demasiado profundo, que no se consigue sino de una forma estructurada y planificada.

En las últimas décadas, casi todos los servicios sanitarios han estado trabajando en planes específicos de calidad, diseñando e implementando programas basados en la búsqueda de la satisfacción de los usuarios, la implicación activa de los profesionales y la mejora continua en las actividades asistenciales (Modelo de la Calidad Total); sin embargo no siempre se ha tenido en cuenta que las exigencias de los usuarios y sus necesidades están en permanente cambio y ello requiere un análisis continuo, que implica reorganización constante y sobre todo flexibilidad, lo que en la práctica suele brillar por su ausencia; esto ha derivado en que las organizaciones asistenciales finalmente, no estén realmente centradas en el paciente (necesidades cambiantes, avances tecnológicos y aportaciones

científicas constantes...), dando lugar a una práctica clínica excesivamente variable y frecuentemente poco eficiente.

El SERGAS, al igual que la mayoría de los servicios de salud españoles, tradicionalmente venía prestando asistencia sanitaria a través de dos niveles con estructuras de gestión diferenciadas y prácticamente estancas, lo que dificultaba la gestión integrada:

- Los servicios de Atención Primaria, que al menos en teoría, estarían orientados hacia la asistencia y atención a la persona y no hacia la enfermedad, promocionando la salud a lo largo de su vida (evolucionando a lo largo del ciclo vital), garantizando el acceso rápido y fácil (cercanía al domicilio del usuario) y aplicando un enfoque integral en coordinación con otros servicios y ámbitos (cuando la intervención necesaria, supere su capacidad de respuesta, se redirige al ámbito más oportuno, pero el paciente regresa al sistema tras dicha intervención).
- Los servicios Hospitalarios, (claramente más orientados a la enfermedad que al paciente), que deben intervenir cuando la complejidad de la intervención requiere un ámbito concreto y especializado, que por sus circunstancias, especificidad o alto coste, no es posible ofrecer en los niveles más cercanos al paciente. En muchas ocasiones, estas intervenciones precisan de un entorno altamente tecnificado y/o requieren de un nivel de vigilancia o cuidados tan específico, minucioso y altamente cualificado, que obliga a retirar al paciente de su ámbito de vida habitual, para ingresarlo en el propio centro hospitalario. Esta intervención debería finalizar con el paciente de vuelta a la atención primaria, en el menor tiempo posible, pero no siempre ocurre así, sino que en ocasiones acaban convirtiéndose en pacientes "cautivos" en el propio sistema de seguimiento hospitalario de las patologías que trata, de forma paralela al seguimiento que se le esté realizando en Atención Primaria (pero sin verdadera coordinación entre ambas).

Para tratar de evitar este problema, desde hace unos años, la apuesta del SERGAS está siendo clara hacia la integración; actualmente la actividad asistencial está organizada en torno a siete Estructuras Organizativas de Gestión Integrada (EOXI)²¹, con la perspectiva de que la atención integral de los problemas de salud de los ciudadanos requiere de la actuación interdisciplinar y coordinada de los profesionales de los diferentes ámbitos, para garantizar los derechos de la sociedad y la continuidad asistencial, mediante una organización centrada en el paciente y basada en la calidad asistencial, que integra todas las modalidades asistenciales de manera que se acercan las prestaciones del servicio al paciente, para así evitar también, desplazamientos innecesarios.

La desaparición de las barreras entre los dos niveles asistenciales tradicionales (primaria y hospitalaria), permite considerar la atención de cada paciente como un proceso longitudinal sin rupturas, en el que los mayores beneficiados, son los propios pacientes²².

A partir de este punto, la planificación de la atención integral al paciente, se basa en la gestión adecuada de los Procesos Asistenciales Integrados (PAI), que surgen, entre otras cosas, de la necesidad de disminuir la variabilidad en una práctica clínica cada vez más compleja, de garantizar la continuidad asistencial y, sobre todo para que nuestros pacientes dispongan de un servicio personalizado y de calidad, en función de sus necesidades y expectativas²³.

Este nuevo enfoque, se centra en las personas; por un lado los profesionales de la organización sanitaria, de manera que se promueva la incorporación sistemática de herramientas y dinámicas de mejora continua y por otro lado en los pacientes, como sujeto activo de su proceso de atención y recuperación, con necesidades específicas e individuales, con derechos y deberes legalmente establecidos, que debemos tener en cuenta y respetar.

Esta personalización supone integrar en el abordaje, cualquier característica y situación relevante de cada paciente, pero en su entorno más cercano, respetando sus valores, rol social, condiciones de vida, etc., como determinantes esenciales de la salud de las personas.

Uno de los aspectos clave, es la continuidad asistencial, en cuanto garantizarla, refuerza la forma de trabajo y da el feed-back a los profesionales, imprescindible para una adecuada atención, coordinación y administración de cuidados de calidad.

1.2.2.- LOS PLANES INTEGRALES

Un Plan Integral de Salud se diseña para un ámbito geográfico, para un problema de salud concreto y para un período de tiempo determinado y se compone de una serie de estrategias que organizan la secuencia de intervenciones a realizar, que se consideran más adecuadas para la prevención y el abordaje de dicho problema. El objetivo a conseguir, será la reducción en la carga de enfermedad en la población y la mejora de la calidad de vida de los pacientes afectados por esa patología.

Abarca todas las etapas de intervención: identificación y priorización del problema, promoción de la prevención, control de factores de riesgo, diagnóstico precoz, atención de calidad y rehabilitación del individuo. Involucra en ello, a todos los actores (sanitarios y no sanitarios), para una actuación coordinada.

A su vez, deben mantener una estructura similar a otros documentos de planificación estratégica de la salud; introducción (planteamiento general del problema), análisis de situación del problema de salud (incluye análisis epidemiológico, social, de repercusiones, de recursos disponibles, de necesidades y de expectativas ciudadanas y profesionales); establece y formula objetivos, plantea las líneas de actuación necesarias para alcanzarlos y formula indicadores que permitan su evaluación.

Por otra parte, los Planes Integrales de Salud (en su diseño, desarrollo y evaluación), deben respetar los siguientes principios²⁴:

- **Equidad:** Garantizar el acceso a todas las personas, sin que puedan afectar posibles desigualdades geográficas, económicas, sociales, culturales o de género (deben incorporar perspectivas de género, diversidad, interculturalidad y discapacidad).

- **Calidad:** Fomentar activamente que el trato, la competencia de los profesionales y los recursos disponibles, sean los adecuados a nuestro entorno socioeconómico.
- **Eficiencia:** Promover la racionalización en la asignación y consumo de recursos, de forma que se consigan los mejores resultados posibles, con el menor consumo posible de recursos.
- **Descentralización:** Acercar la toma de decisiones, al entorno donde se aplica, pero clarificando funciones y responsabilidades en cada nivel de decisión.
- **Acción intersectorial:** Involucrar o generar alianzas con otras instituciones o entidades implicadas.
- **Participación:** Favorecer la participación de los profesionales y afectados.
- **Complementariedad y sinergia:** Evitar duplicidades en las actuaciones (algunos aspectos afectan a varios planes, por lo que si ya realizamos intervenciones desde un plan, debemos coordinarnos para no repetir acciones desde los demás).

1.2.3.- LOS PLANES INTEGRALES COMO ESTRATEGIA

La aplicación de Planes Integrales como estrategia, permite diseñar y coordinar un conjunto de medidas que sitúan a los pacientes en el centro del sistema, abogando por la seguridad, la gestión del conocimiento, la innovación y la continuidad asistencial, al mismo tiempo que apuesta por la promoción de la salud y la participación ciudadana:

- Habilitando vías de participación real y efectiva de la ciudadanía, que permitan la inclusión de personas afectadas en los grupos de trabajo (expectativas, diseño, evaluación)
- Velando por la efectividad y seguridad de las prácticas profesionales (promoción de la salud, prevención y atención sanitaria amparadas por evidencias científicas).

- Informando sobre todos los aspectos relacionados con el Plan y su desarrollo.
- Tratando de incorporar las innovaciones pertinentes.
- Impulsar la mejora de competencias de los profesionales implicados (planes de formación).
- Fomentando la participación profesional (grupos de trabajo).
- Promoviendo el desarrollo y utilización de nuevas tecnologías sanitarias y/o de la información y comunicación (servicios interactivos, portales de salud, páginas web, e-salud, telemedicina etc).
- Promoviendo la investigación relacionada.
- Orientando el abordaje de los problemas de salud hacia una dimensión poblacional, además de la asistencial (primando la promoción de la salud y la prevención).

Los pasos metodológicos a seguir para el diseño de un Plan Integral de Salud, son:

1. Análisis de situación.
2. Definición de objetivos.
3. Definición de estrategias (para lograr los objetivos).
4. Diseño de actividades para cada objetivo.
5. Definición de indicadores para seguimiento de actividades y objetivos

Es importante que, previo a su implantación e implementación (pero también a lo largo del desarrollo del plan), se establezca una estrategia de comunicación (qué comunicar, para qué, cómo, dónde y cuándo), que facilite la transición y genere adhesión en el resto de profesionales:

- Comunicación externa: Trasladar un mensaje que permita ir creando un estado de opinión y mejorando los conocimientos de la población sobre el problema de salud.

- **Comunicación interna:** El mensaje debe tratar de mejorar la implicación de profesionales, mejorar su información, dar a conocer logros y actividades, así como redundar en una mayor satisfacción.

También suele ser útil, elaborar un cronograma por períodos trimestrales o semestrales, ya que al mismo tiempo, luego sirve de ayuda para chequear el cumplimiento de las acciones y su difusión.

Los profesionales implicados en la implementación del Plan, deben tener información periódica, desde la dirección, de los resultados y estado de consecución de los objetivos y actividades planificadas, así como de las posibles acciones correctivas o preventivas que pudieran derivarse del análisis de resultados. Esta información contribuye a incrementar la implicación de todos los profesionales en el proyecto.

1.2.4.- PLANIFICACIÓN INTEGRAL DE SALUD Y GESTIÓN INTEGRADA

1.2.4.1- PLANIFICACIÓN INTEGRAL DE SALUD

A nivel normativo, en la Ley 16/2003, Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, se prevé la elaboración de Planes Integrales (PPII) para abordar los problemas de salud “más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar”, de forma que se garantice una atención sanitaria integral “que comprenda la prevención, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”.

La Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, establece 3 funciones para los Planes Integrales:

- a. Establecer criterios sobre la forma de organizar los servicios para atender las patologías de manera integral y semejante en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- b. Determinar los estándares mínimos y los modelos básicos de atención para la prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los grupos de enfermedades.

- c. Especificar actuaciones de efectividad reconocida, identificar modelos de atención de estas intervenciones, desarrollar herramientas de evaluación e indicadores de actividad, indicar objetivos para evaluar el progreso e identificar insuficiencias en el conocimiento para orientar las prioridades de investigación. Los sistemas de evaluación han de ser protocolizados y eficaces, para facilitar el seguimiento.

1.2.4.2- GESTIÓN INTEGRADA

La Gestión Integrada, parte de la unificación del enfoque de la gestión de los diferentes niveles asistenciales, quedando integradas la gestión económica, asistencial, administrativa y directiva.

La gestión integrada aplicada a los procesos, implica garantizar que la asistencia y circulación de los pacientes en el sistema sanitario se centre, desde el principio, en sus necesidades y expectativas, pero sin diferenciar el punto o el nivel de atención (primaria u hospital), sino que deberá ser atendido indistintamente en aquel, en el que por las circunstancias y características del paciente y del problema a tratar, estemos en situación de dar la mejor respuesta, en el menor tiempo posible y en base a la mejor y más reciente evidencia científica disponible (generalmente la asistencia más adecuada combina ambos niveles de atención en función de las necesidades del paciente); pero todo lo anterior ha de hacerse además midiendo el grado de satisfacción del paciente y como no, los resultados globales obtenidos, de forma que ello permita reorganizarlos sobre la marcha, si fuera preciso, en función de cómo estén evolucionando, lo que en la práctica implica la aplicación de la metodología de mejora continua.

Es en este punto, cuando empiezan a verse los resultados de gestionar los procesos desde una perspectiva integrada y con la perspectiva de mejora continua, herramienta clave para evitar situaciones de ineficiencia.

Con una buena gestión de los procesos asistenciales, podremos asegurar de manera ágil, el abordaje de los problemas de salud desde la perspectiva del paciente, los profesionales y la propia organización asistencial, actividad que

pivota sobre el paciente en base a la mejor práctica clínica posible y sustentándose en la mejor evidencia científica disponible.

Las empresas y organizaciones serán tan eficientes como lo sean sus procesos. La mayoría de ellas (también en el ámbito sanitario), están tomando conciencia de esto, y viendo la necesidad de reaccionar ante la ineficiencia que suponen los nichos de poder dentro de las organizaciones y su inercia de cara a plantear y ejecutar cambios (rigidez y resistencias).

La solución pasa por la potenciación del concepto de proceso, estableciendo la organización del trabajo centrado en el paciente como objetivo. Los procesos tienen que contribuir a alinear todos los recursos asistenciales en la procura de resolver las alteraciones de salud de nuestros pacientes, gestionando toda la secuencia de actividades de manera que se garantice la continuidad asistencial.

La importancia pues de formar a nuestros profesionales en el conocimiento y manejo de estas herramientas, es básica e importantísima para el adecuado desarrollo de la actividad asistencial con criterios modernos de calidad y de eficiencia.

Los procesos tienen además un papel fundamental como base de la organización y como guía sobre la que desarrollar los sistemas de indicadores ya que existe la necesidad de incorporar nuevas maneras de gestión asistencial, que posibiliten la innovación en la asistencia a los pacientes, y que favorezcan el trabajo en equipo, con una mejor utilización de los recursos, que permita aumentar, además, la implicación de los profesionales en la gestión.

Las ventajas de la Gestión Integrada radican en:

- Uso de recursos de forma más eficiente.
- Mayor capacidad resolutoria de atención primaria.
- Mejora la continuidad asistencial.
- Mejora la asistencia integral del paciente.
- Mejora la participación e implicación de los profesionales.
- Mejora la gestión de los procesos asistenciales.

- Mejora la comunicación entre profesionales y niveles asistenciales.
- Mejora la gestión económica del material (suministros), receta y consumo de fármacos (farmacia) y recursos humanos.
- Mejora la satisfacción de los pacientes.

Algunos inconvenientes que puede plantear el modelo:

- Resistencia al cambio.
- Complejidad en la implantación, sobre todo al inicio.
- Dificultad de integración entre estructuras, que requiere seguimiento y medidas correctoras frecuentes.

1.2.5.- DIFICULTADES PARA LA INTEGRACIÓN

En España (y Galicia no es ajena), la asistencia sanitaria ha avanzado de manera importante hacia la universalidad y accesibilidad para los pacientes, aunque aún conserva algunas dificultades importantes, tanto desde el punto de vista de la promoción de la salud (promoción de hábitos y estilos de vida saludable), como del de la promoción de los autocuidados, por las dificultades en conseguir recursos necesarios, o por la propia dificultad de coordinación entre los profesionales y servicios.

Un aspecto muy importante a tener en cuenta, desde el punto de vista de las dificultades, es el aumento espectacular que están teniendo las enfermedades crónicas, paralelo al envejecimiento de la población y posiblemente a hábitos y estilos de vida poco saludables.

Las enfermedades crónicas implican una enorme carga asistencial, pero en frentes diversos e interrelacionados, por lo que vienen a romper el paradigma de la atención hospitalaria y de la atención primaria (un 60 % de los ingresos hospitalarios y un 80 % de las consultas de atención primaria están relacionadas con enfermedades crónicas). Se trata pues, de entidades complejas que suelen aglutinar múltiples enfoques causales (multicausalidad) y que por tanto van a requerir también, un enfoque de abordaje multidisciplinar y multisectorial, poniendo a prueba como nadie, el nivel de organización y coordinación entre los distintos profesionales y centros, que en ocasiones se ven auténticamente saturados, tanto desde el

punto de vista asistencial, como a nivel de gestión (representan ya un 70 % del gasto sanitario).

Para mejorar su abordaje se han estado planteando diferentes mecanismos de intervención (la Pirámide de Riesgo de Kaiser o el Modelo de Gestión de Enfermedades Crónicas), que buscan estructurar y agrupar a los pacientes crónicos en función de sus problemas de salud y necesidades asistenciales, para así poder estructurar y administrar las intervenciones necesarias, para que así, al actuar de una manera proactiva sobre las causas, se puedan retrasar o evitar las reagudizaciones de esos procesos crónicos u otras complicaciones frecuentes.

La presencia de determinadas enfermedades crónicas, junto con el envejecimiento (y muchas veces asociadas a todo ello), son alguno de los condicionantes más importantes para poner al paciente en riesgo de desarrollo de úlceras por presión, lo que justifica la necesidad e importancia de identificar adecuada y precozmente esas situaciones de riesgo.

Otra aspecto que puede resultar una dificultad insalvable, es el de la comunicación entre profesionales, sobre todo en lo relativo a la información clínica. Un paciente que tenga la necesidad de ser atendido en diferentes centros o servicios, debe tener su historia clínica a disposición de cada uno de los profesionales asistenciales que le vayan a atender (ello evita riesgos y mejora la continuidad asistencial).

Tradicionalmente, esta información se recogía en su historia clínica (en papel) que se custodiaba en su centro de atención primaria o en los hospitales de su área de salud (dependiendo de dónde había recibido la asistencia), lo que dificultaba el acceso, integración y consulta de esa información por parte de los profesionales.

La aplicación de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) ha hecho posible la Historia Clínica Electrónica única. Entre sus ventajas podemos encontrar:

- Disponibilidad y acceso inmediato en cada centro, en tiempo real, con la información estructurada, legible y conteniendo un conjunto mínimo de datos.
- Permite incorporar y consultar guías, protocolos, alertas, fotos, resultados de pruebas, etc., y consultar en tiempo real.
- Evita duplicidad de datos.
- Disminuye riesgo de errores.
- Facilita la elaboración de informes.
- Evita los problemas de almacenamiento y costes relacionados.

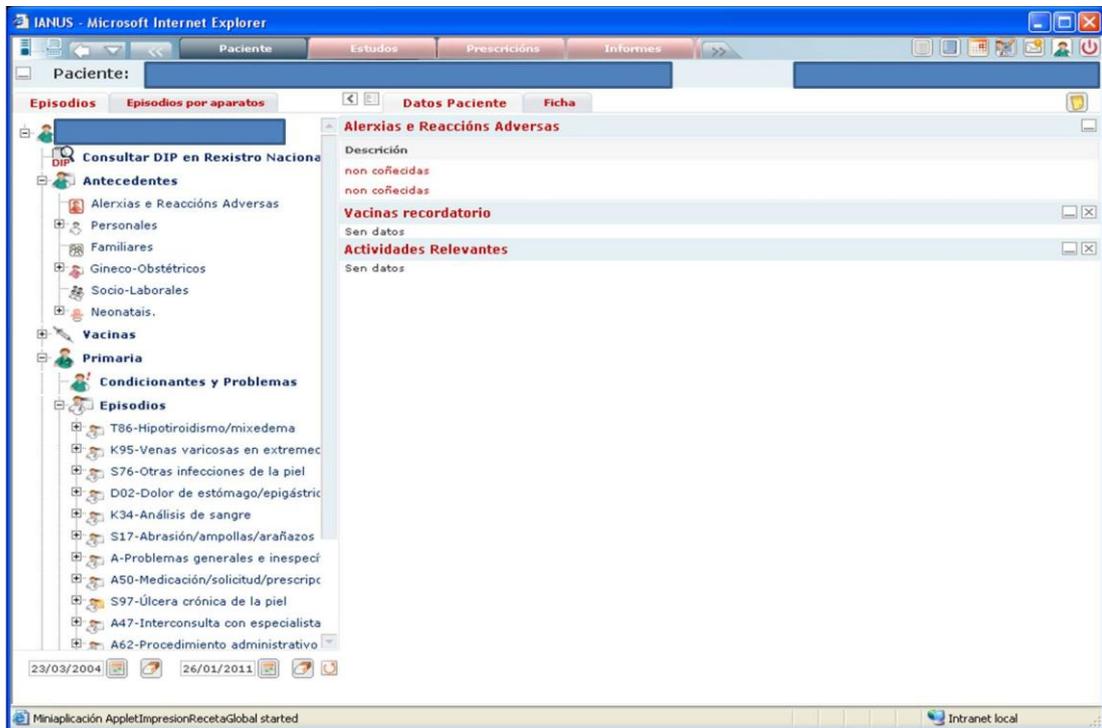
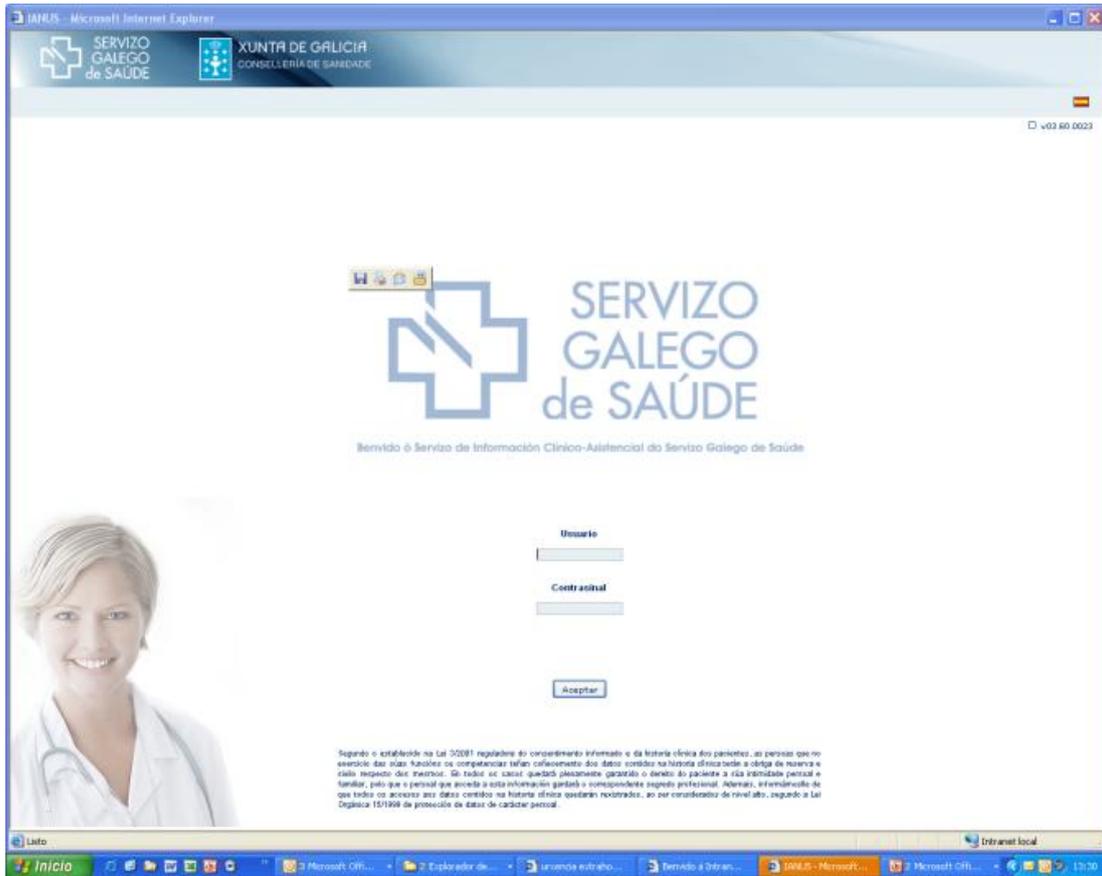
La historia clínica electrónica se convierte así en el soporte más adecuado para la asistencia sanitaria integrada, facilitando el manejo y accesibilidad a la documentación clínica (debemos asegurar la confidencialidad).

En este contexto, cada autonomía ha desarrollado (o adquirido) un sistema de historia clínica electrónica para integrar toda la documentación clínica generada en los diferentes niveles de atención, a lo largo del proceso asistencial, en un único sistema de información. Suelen configurar un modelo de historia clínica única, que garantiza de manera segura, la accesibilidad a toda la información clínica. En Galicia recibe el nombre de IANUS (Figuras 3 y 4).

El sistema identifica inequívocamente y de forma personalizada a cada profesional que intente acceder a la aplicación, verificando su autorización. Este acceso se realiza a través de una tarjeta identificativa con la firma electrónica del profesional, reconocida.

En Galicia se está avanzando a la digitalización completa, coexistiendo el soporte papel, con la historia clínica electrónica, en algunos documentos concretos, hasta completar el proceso.

Entre los beneficios más relevantes de este sistema, destaca que la historia es accesible desde distintos puntos y simultáneamente, posibilitando además su actualización continuada y permanente.



Figuras 3 y 4.- Historia Clínica IANUS

Por otra parte en Galicia y a nivel hospitalario, toda la documentación de los cuidados de enfermería (elaboración y administración de Planes de Cuidados, registro de actividad de enfermería, informe de Continuación de Cuidados al Alta...) se registra a través del programa informático GACELA (Gestión Asistencial de Cuidados de Enfermería Línea Abierta). Toda esta información registrada en GACELA, también se integra automáticamente en la historia clínica electrónica IANUS.

En la Figuras 5, se puede observar la pantalla de registro de UPP en GACELA, a través de la cual se puede hacer todo el seguimiento asistencial

Mantenimiento de Úlceras

Registro de Úlceras

Personal Clínico [Redacted]

Fecha de Aparición [Redacted] Procedencia de registro: Domicilio

Fecha de Registro [Redacted]

Fecha Modificación [Redacted]

Localización de la úlcera: Troncánter Mayor izdo. Tipo: Por presión

Grado de la úlcera: Estadio I Estadio II Estadio III Estadio IV

Diam (cm) 2,00

Long (cm) 2,00

Índice Severidad 4,00

Forma: Circular Dolor: 1 Leve

Volumen: Plano

Borde: [Redacted]

Piel perilesional: Íntegra

Tejido: Epitelización

Secreción: Nula

Signos infección: [Redacted]

Curas: Limpieza con suero

Cada: C/ 4 días

Productos: Poliméricos

Evolución Úlcera: [Redacted]

Comentario: [Redacted]

MCE007

IP Histori

Sex

Alergi

Diagnóstic

Pacientes: [Redacted]

Aceptar Úlcera Nueva úlcera Cancelar cambios

Elimina Úlcera Terminar Cerrar

Figura 5.- Registro de UPP en GACELA

Por su parte, otra de las ventajas de este tipo de aplicaciones, es que permiten sistematizar cuidados a través de protocolos y planes de cuidados estandarizados, así como también, incorporar y configurar sistemas de ayuda, para orientarnos en caso de cualquier duda (Figura 6).

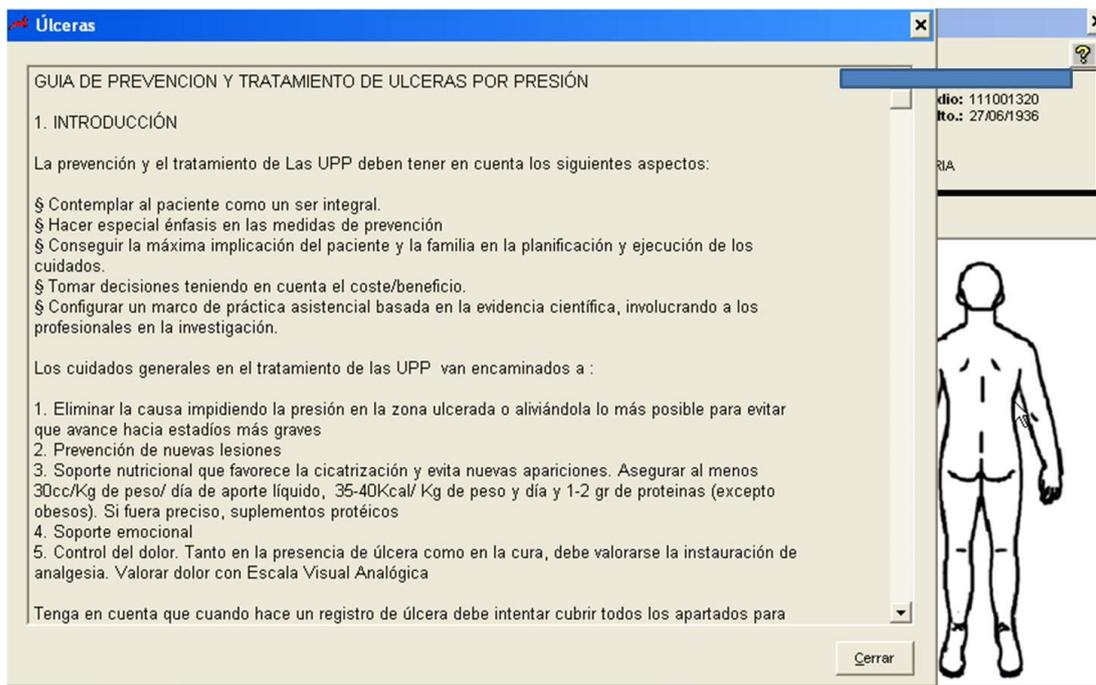


Figura 6.- Pantalla de la AYUDA que ofrece GACELA sobre UPP (basada en el Manual de Prevención y Tratamiento de UPP vigente en el SERGAS).

A modo de conclusión, recomendar la aplicación de estrategias de integración y la dotación de los dispositivos y herramientas adecuadas para facilitar el proceso asistencial, ya que facilitan que los profesionales sanitarios, puedan hacer su trabajo de una manera más cómoda y sencilla, al tiempo que sentirse más implicados y en consecuencia, los pacientes estarán mejor atendidos y satisfechos.

Introducción

1.3.- DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA Y TISULAR. LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

1.3.- DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA Y TISULAR. LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

1.3.1.- DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA Y TISULAR

Para concretar la mejor definición, veremos desglosada cada palabra del concepto "Deterioro de la Integridad Cutánea":

El término "Deterioro", proviene del latín "deteriorare", que podríamos definir como la acción y efecto de estropear, menoscabar, desgastar o empeorar, por lo que generalmente se suele relacionar con el paso del tiempo o con alguna situación clínica adversa que implique pérdida de salud o de otras capacidades. El vocablo "Integridad", implica: "que está completo" (que no le falta ninguna de sus partes). La palabra "Cutánea" hace referencia a la piel y por último, la expresión "Tisular", se correlaciona con los tejidos de los organismos vivos.

Así pues, nos encontramos con una expresión que se utiliza para describir un daño que se produce en las capas externas de la piel y/o en los tejidos subyacentes, como consecuencia de determinados factores o problemas clínicos que derivan en una solución de continuidad de la piel.

La piel es el mayor órgano de nuestro cuerpo y a su vez, la mejor barrera protectora natural frente a diversas posibles agresiones (resistencia a los traumatismos, elasticidad, impermeabilidad, barrera antimicrobiana...). Con el envejecimiento cutáneo (evolución natural), la piel se vuelve más fina, más seca y con más arrugas, perdiendo funcionalidad, al mismo ritmo que disminuye su espesor dérmico - epidérmico, lo que incrementa su fragilidad. Este proceso, que evoluciona como una insuficiencia crónica de la piel, ha sido denominado por Kaya y Saurat (2007), como " Dermatoporosis"^{1,25}.

Si a este aumento de fragilidad, le añadimos la posibilidad de algún tipo de agresiones, traumatismos o situaciones de ausencia de cuidados mínimos, se estarían creando las el entorno idóneo para el desarrollo o aparición de lesiones que implican deterioro de la integridad cutánea y tisular.

El Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular, no puede considerarse una enfermedad o una patología en sí misma, sino un signo clínico derivado de una serie de factores concretos que superan la barrera natural que conforma nuestra piel; sí puede ser consecuencia una agresión externa, de contacto, o incluso tener origen endógeno.

La Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería o North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), incluye este término (y algunas variantes) como diagnósticos de enfermería (respuestas que las enfermeras identifican y tratan como profesionales autónomas). Estos diagnósticos NANDA, están en constante evolución; son revisados y/o modificados en función de los informes de sociedades científicas y expertos.

NANDA, define "**Deterioro de la integridad cutánea**", como "la alteración de la epidermis y/o de la dermis, que presenta las siguientes características definitorias"²⁶:

- Destrucción de las capas de la piel.
- Alteración de la superficie de la piel.
- Invasión de las estructuras corporales.

Directamente relacionados con el diagnóstico anterior, describe otros dos diagnósticos de enfermería:

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: "Riesgo de alteración en la epidermis y /o en la dermis".

Deterioro de la integridad tisular: "Lesión de la membrana mucosa, corneal, integumentaria o del tejido subcutáneo, que implica las siguientes características definitorias":

- Lesión tisular
- Destrucción tisular

En la práctica asistencial, el diagnóstico de enfermería **Riesgo de Deterioro de la Integridad cutánea**, se utiliza para describir un estado de "riesgo potencial", que sería aquel en el que el individuo, está en una situación de

riesgo de alteración en la epidermis y/o de la dermis (que debe objetivarse con escalas de valoración específicas y fiables).

Se define como la posibilidad de que confluyan una serie de circunstancias, que a su vez pueden interactuar entre sí, tales como la presión, la cizalla, la humedad, la inmovilidad, la hipertermia, déficits sensoriales o la actividad de determinados fármacos), que van a posibilitar que se pueda producir una invasión de las estructuras corporales, con alteración o destrucción de las capas de la piel (epidermis, dermis o ambas).

Recientemente y relacionado directamente con lo anterior, NANDA ha incorporado dos nuevos diagnósticos de enfermería, que tienen las mismas características definitorias que el diagnóstico de Deterioro de la Integridad Tisular²⁷; se trata de:

- **Riesgo de Deterioro de la Integridad Tisular**, o Riesgo de lesión de los tejidos o de la membrana mucosa.
- **Riesgo de Úlceras por Presión**, o Riesgo de lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea como resultado de la presión, o la presión en combinación con cizallamiento.

La formulación de diagnósticos de enfermería, consiste en transformar los hallazgos clínicos que hemos hecho durante la valoración del paciente, en un enunciado de problemas concretos (reales o potenciales), que afectan a ese paciente y que requieren de la intervención de la enfermera para su resolución o minimización.

Un diagnóstico enfermero se denomina REAL, cuando identifica respuestas humanas a un problema de salud concreto (puede afectar al individuo, a la familia o a la comunidad) y POTENCIAL cuando ese problema de salud es posible que ponga en peligro al paciente.

Si tras la valoración inicial del paciente, se establece alguno de estos diagnósticos (áreas de intervención clínica de la enfermera reales o potenciales), la enfermera debe desarrollar un plan de cuidados con

objetivos y resultados objetivables a conseguir (NOC, Nursing Outcomes Classification)²⁸, que integre además la planificación de las intervenciones de cuidados específicas (NIC, Nursing Interventions Classification)²⁹, que sirvan para prevenir o tratar, la situación identificada.

A continuación se exponen los diagnósticos NANDA, intervenciones NIC y Criterios de resultados NOC, más frecuentemente utilizados (Tabla 1).

NANDA, NOC y NIC MÁS FRECUENTES		
DIAGNÓSTICOS NANDA	CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
RIESGO DEL DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	0203- Posición corporal autoiniciada	3500- Manejo de presiones 3590- Vigilancia de la piel 0840- Cambio de posición
DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	0204- Consecuencias de inmovilidad: fisiológicas	0740- Cuidados del paciente encamado
DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR	1004- Estado nutricional	3540- Prevención de úlceras por presión
	0208- Movilidad	3584- Cuidados de la piel: tratamiento tópico
	0602- Hidratación	3660- Cuidados de las heridas
	1101- Integridad tisular: piel y membranas mucosas	3520- Cuidados de las úlceras por presión
RIESGO DE LESIÓN	1103- Curación de la herida: por segunda intención	7040- Apoyo al cuidador principal

Tabla 1.- Diagnósticos NANDA, Intervenciones NIC y Criterios de resultados NOC

1.3.2.- LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Las úlceras por presión, no son entidades de nueva aparición o descubrimiento, sino que son lesiones que han convivido con el ser humano desde sus orígenes. En los últimos años y debido a numerosos investigadores y profesionales clínicos que han investigado para tratar de

poner luz y evidenciar este gran problema, las UPP están siendo consideradas ya un problema de salud y también un problema social y económico muy importante, que implican sufrimiento, pérdida de autonomía y desgaste personal y familiar. Cualquier úlcera, si se dan las condiciones negativas adecuadas, puede derivar en complicaciones que agraven el pronóstico del paciente, aumentando tanto la morbilidad, como la mortalidad, por lo que compromete la esperanza de vida de quienes las padecen.

No hemos de menospreciar, que las UPP incrementan notablemente el consumo de recursos asistenciales. Un paciente que desarrolle una UPP durante un ingreso hospitalario, verá incrementado su consumo de recursos (cuidados profesionales y material de curas) y su estancia hospitalaria, alrededor de cinco veces más.

Las personas de edad avanzada y los pacientes ingresados en cuidados intensivos, ven incrementado, entre dos y cuatro veces, su riesgo de fallecimiento. Se estima que en España, de cada 100.000 defunciones producidas, 165 están relacionadas o producidas por las UPP (Verdú 2003)³⁰.

El alto coste sanitario en recursos humanos y técnicos supone un problema para los sistemas sanitarios, al mismo tiempo que transmite una imagen pésima de las instituciones y de sus profesionales, siendo cada vez más frecuentes las demandas judiciales que llevan a los profesionales e instituciones a tener que dirimir en los tribunales, si hubo una mala gestión en la prevención y tratamiento de las UPP. La Justicia tiene en cuenta si se han puesto todos los medios al alcance para prevenir la aparición de las UPP, no los resultados obtenidos en el empeño, (se considera que un 95% de los casos de UPP, podrían ser inevitables)⁸.

La OMS considera la incidencia y la prevalencia de UPP, como unos de los indicadores de calidad asistencial de enfermería más representativos ya que muestra directamente la calidad de los cuidados que se prestan. Es a la enfermería a quien corresponde tomar la iniciativa, como máxima

responsable de los cuidados, en el abordaje integral del paciente con riesgo de padecer UPP o que ya las ha desarrollado.

Este papel de enfermería abarca tanto la prevención, como el tratamiento de las mismas, desde los puntos de vista asistencial, docente, gestor y generador de conocimiento (investigador); sobre todo porque la prescripción enfermera en el ámbito del cuidado de las UPP y otras heridas crónicas es en España, desde hace años, una práctica “arraigada, consentida, aplaudida y practicada”.

El Ministerio de Sanidad y Política Social también ha incluido las UPP en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) como un efecto no deseado de la asistencia sanitaria (estrategia nº 8, objetivo nº 8.3).

1.3.3.- DEFINICIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN (UPP)

El concepto de úlcera por presión y por tanto la definición de las lesiones cutáneas crónicas identificadas como UPP, han ido variando en el tiempo y evolucionando en función del conocimiento que aporta la investigación sobre sus características epidemiológicas y fisiopatológicas; lo que a su vez, también ha condicionado la evolución de sus pautas de prevención y tratamiento.

Desde una definición muy amplia y genérica, podemos entender por úlcera:

“Toda superficie cutánea con inflamación o rotura de la piel, que puede afectar por planos a tejidos blandos e incluso llegar a comprometer tejidos profundos y hueso, y que en función de su etiología, van a tender a cronificarse”^{31, 26}

Pero si echamos un vistazo a la bibliografía nos encontramos con que tradicionalmente, las UPP se definían como:

- *“Lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión*

prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a él” (Armendáriz JM , 1999)³²

- *"Área de daño localizado en la piel y en los tejidos subyacentes causado por la presión, la fricción, la cizalla o la combinación de las mismas, que además van a estar condicionadas por una serie de factores extrínsecos e intrínsecos, que pueden afectar de forma variable según las características de cada paciente" (Documentos técnicos GNEAUPP)³³,*
- *"Cualquier lesión de origen isquémico provocada por la presión, la fricción, la cizalla o la combinación de las mismas sobre un plano o prominencia ósea, que da lugar a un bloqueo sanguíneo en el tejido subyacente y como consecuencia de la isquemia se produce una degeneración rápida de los tejidos". (Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y tratamiento de UPP y otras heridas crónicas. Valencia, 2008)³².*
- *“Cualquier lesión de la piel y los tejidos subyacentes originada por un proceso isquémico producido por la presión, fricción, cizalla o una combinación de las mismas. Se localizan habitualmente sobre protuberancias óseas al estar el tejido blando comprimido entre estas y la superficie externa. Como resultado de la hipoxia tisular en la zona aparece una degeneración rápida de los tejidos, cuya gravedad puede ir desde un ligero enrojecimiento de la piel hasta úlceras profundas que afecta a músculo e incluso a hueso”. Guía de Práctica Clínica sobre Prevención y Tratamiento de Úlceras por presión. Sevilla 2008)³⁴.*
- *"Lesiones localizadas en piel o tejido, subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión" (incluye presión en combinación con cizalla). National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) y la European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)³⁵.*

Como se puede comprobar, prácticamente en todos los casos aparecen e incluso se repiten conceptos como: presión, cizalla, fricción, afectación

cutánea y de tejidos, degeneración de tejidos, isquemia, hipoxia tisular o colapso circulatorio; todas estos aspectos definen e identifican numerosos mecanismos que condicionan o posibilitan el desarrollo y aparición de UPP.

1.3.4.- FISIOPATOLOGÍA DE LAS ÚLCERA POR PRESIÓN

Son varias las líneas de investigación que han ido planteando la necesidad de diferenciar los factores desencadenantes, porque en el ámbito clínico se observa que no evolucionan igual las úlceras cuya causa identificada es la presión mantenida en el tiempo, en comparación con otras donde el hecho causal que las origina, son fuerzas de fricción, fuerzas de cizalla, o presencia mantenida de humedad; y sobre todo se observan diferencias en casos en los que la etiología se debe a la combinación de varios de estos factores en un mismo paciente.

Las Guías de Práctica Clínica españolas recientes (2012 y 2014)^{36,37}, hablan ya de: *"Lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o la presión en combinación con fuerzas de cizalla. En ocasiones también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos"*.

La presión normal en los capilares cutáneos de 16 a 33 mm Hg (esta es la presión necesaria para contrarrestar el peso del cuerpo, así que cuando éste excede la presión, se produce una isquemia local transitoria con vaciamiento del lecho vascular (vaciamiento capilar) y trastornos metabólicos locales derivados de la hipoxia (acidosis tisular), liberación de histamina, que derivan en trastornos vasculares y celulares a nivel local (eritema, edema, flictena, erosión o des-epidermización).

Si evitásemos la presión, solo aparecería una hiperemia reactiva (mayor aporte sanguíneo a esa zona); Si la presión continúa, aparece una lesión irreversible que conduce a la necrosis local, (zona indurada y edematosa bajo la que se establece un foco de necrosis tisular); Primero se produce una extravasación que da lugar a edema (que suele pasar desapercibido;

solo se nota por la mayor profundidad de las marcas de las sábanas en la piel), y a veces al exudado que configura la flictena; posteriormente aparece la des-epidermización de la piel y si progresa aparece una escara, bajo la cual, al desprenderse aparece una lesión tisular en la que pueden estar implicados piel, tejido celular subcutáneo, músculo, hueso e incluso órganos, dependiendo de la localización. Su diámetro será mayor en su parte interna que en la externa, porque la presión es mayor alrededor del hueso. El paciente puede sentir molestias o dolor y avisar de que algo no va bien, mientras no se produzca la necrosis, pero una vez instaurada, se habrán destruido los receptores nerviosos del dolor, por lo que no notará ese dolor. El tejido necrótico constituye un medio ideal de proliferación de bacterias, y ha de ser eliminado, para que pueda avanzar la cicatrización.

Por otra parte, se considera que la aparición de las UPP, puede estar condicionada también por otros factores intrínsecos y extrínsecos. Los factores intrínsecos son condicionantes físicos, clínicos e individuales de cada persona, que suelen aparecer combinados:

- Inmovilidad: Si el paciente tiene alterada la capacidad de moverse y movilizarse, favorece que se prolonguen los tiempos de presión mantenida, con mayor riesgo de aparición de fuerzas de fricción y/o de tracción (pacientes en coma o en sedación profunda, lesiones medulares, enfermedades neurológicas, etc.).
- Determinadas alteraciones metabólicas (diabetes), respiratorias (insuficiencia respiratoria) y circulatorias (insuficiencia vascular periférica) que pueden comprometer el transporte del oxígeno y la perfusión tisular y capilar.
- Uso de determinados fármacos (vasoactivos, citotóxicos, esteroides, inmunosupresores, etc.).
- Envejecimiento (con la edad la piel pierde sus facultades).
- Estados nutricionales carenciales y situaciones de deshidratación (menor elasticidad y mayor riesgo de lesión).

Los Factores extrínsecos se corresponden con situaciones externas que suelen condicionar e incrementar el riesgo de úlceras; entre ellos destacan:

- Presencia permanente de humedad: Limita la resistencia de los tejidos, porque reblandece la piel, pudiendo agravar otras lesiones ya existentes o incluso provocar nuevas lesiones.

Actualmente la humedad es considerada como un factor causal en sí mismo, conformando una categoría específica, denominada: "Lesiones asociadas a humedad".

- Utilización de cremas excesivamente oleosas (maceración), perfumes (alcohol), determinados jabones (alteran el pH de la piel), etc.
- Temperatura ambiente elevada (mayor sudoración).
- Superficies de apoyo inadecuadas, masajes, etc.

Los factores intrínsecos y extrínsecos mencionados, pueden actuar como predisponentes o como agravantes, por lo que siempre han de ser tenidos en cuenta.

Con todo, la causa principal de las úlceras por presión, está relacionada con la exposición del paciente a una presión prolongada (combinada con fuerzas de cizalla) y no aliviada (el factor tiempo es determinante), superior a los 16mm Hg, produciendo así un colapso de la red capilar, que por lo general, se localiza en las prominencias óseas en personas encamadas o que utilizan silla de ruedas, pero en función de que otras causas estén presentes, podrían diferenciarse cuatro tipos de lesiones derivadas de factores etiológicos específicos (Figura 7)³⁸:

- **Úlcera por Presión**: Por el efecto de la presión sobre un punto anatómico concreto, que comprime piel y tejidos contra un plano duro. Se corresponde con lesiones de planos profundos.

- **Lesión por Fricción:** Resultantes de la fricción entre la piel y otro plano (en movimiento). Se corresponde con lesiones de planos superficiales.
- **Lesión por cizalla:** Originadas por fuerzas de cizallamiento opuestas (intratisular). Se corresponde con lesiones de planos profundos.
- **Lesión por humedad:** Por exposición mantenida a humedad en contacto directo con la piel o mucosas. Se corresponde con lesiones de planos superficiales



Figura 7.- Tomada de Revista Enfermería Dermatológica: Diferenciación etiológica de las lesiones categorizadas como úlcera³⁸

Pero en muchos casos, las úlceras van a ser consecuencia de una combinación de varios de estos factores en la misma lesión. Actualmente el GNEAUPP propone un nuevo modelo teórico en su "Clasificación-Categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia", en el que recomienda clasificar las lesiones combinadas, especificando el tipo de lesión y su correspondiente categoría (de esta forma una lesión por presión-fricción II-III, se correspondería con una lesión combinada por presión de categoría II y fricción de categoría III). Desde este planteamiento, podríamos hablar de varios tipos más **de lesiones mixtas o combinadas**³¹:

- Lesiones combinadas de humedad - presión
- Lesiones combinadas de presión - fricción

- Lesiones combinadas de humedad - fricción
- Lesiones multicausales (todos los factores pueden interactuar).

1.3.5.- LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LAS UPP

Dado que la causa principal de las UPP es la presión, estas úlceras tienden a formarse con mayor frecuencia en zonas de apoyo, sometidas a una presión continuada, sobre todo si coincide con prominencias óseas (concentran e incrementan la presión a nivel local).

Aproximadamente un 65% de estas lesiones se concentran en el área pélvica, otro 30% en las extremidades y el 5% restante, en otras localizaciones diversas. Dependiendo de la posición en que esté situado el paciente, las zonas corporales principalmente afectadas por úlceras por presión, se especifican en la tabla 2:

PRINCIPALES LOCALIZACIONES DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	
<u>Decúbito Supino</u> Occipital Escápulas Codos Sacro Talones	<u>Decúbito Lateral</u> Orejas Acromion Costillas Trocánter Maléolos
<u>Decúbito Prono</u> Orejas y ojos Mejilla Acromion Mamas Pelvis Genitales Masculinos Rodillas Dedos pies	<u>iatrogénicas</u> Nariz (máscara O2) Labios, Lengua, Encía (Tubo) Meato Urinario (Sonda Vesical) Alas Nariz (Sonda Naso gástrica) Mucosa Gástrica y Rectal Cintura y zonas blandas (sábanas) Muñecas y Codos (Correas)
<u>Sentado:</u> Isquion Omóplatos	

Tabla 2.- Localizaciones más frecuentes de UPP

1.3.6.- DIMENSIÓN DEL PROBLEMA DE LAS UPP

Como se apuntaba anteriormente, la problemática que supone que un paciente desarrolle alguna UPP, no solo afecta a la zona anatómica concreta, ni siquiera al propio paciente, sino que va a abarcar otras dimensiones en su impacto:

- Dimensión Personal: Se deteriora la calidad de vida, pudiendo implicar una reducción de la esperanza de vida, dolor, disconfort, restricciones físicas y de movilidad, deterioro del entorno de relación, posibilidad de hospitalización, incremento de la frecuencia de visitas a centros sanitarios para consultas y curas; así como posibilidad de deterioro de la imagen corporal, depresión, ansiedad, aumento de la morbilidad asociada, prolongación de estancias hospitalarias y de tratamientos, aparición de problemas de salud concomitantes, etc.
- Dimensión Familiar y Social: Supone un esfuerzo enorme, tanto en el plano psicosocial y económico, tener que asumir y organizar todo el entorno del paciente para conseguir apoyo y atención adecuados. A mayor complicación clínica, mayor potencial afectación y deterioro de las relaciones, el estrés, tensión y preocupación que se van acumulando tanto en el propio paciente como en su entorno familiar.
- Dimensión Económica: La severidad de la úlcera aumenta el coste global de la asistencia, porque el tiempo de curación es más largo y la posibilidad de aparición de complicaciones mayor. A una UPP de Categoría I, se le estima un coste de 24 €, mientras que pasa a valorarse en 6.802 €, si esa UPP es de Categoría IV (ambas tratadas en ambiente hospitalario). El coste global anual estimado en España en el tratamiento de UPP, es de 461 millones de euros, cerca del 5% del gasto sanitario anual. El 15% representaría el coste en apósitos y otros materiales, el 19% el coste del tiempo de atención del personal de enfermería, mientras que el 45% del total, representaría el coste de los días extra de estancia hospitalaria, por haber desarrollado una UPP³⁹.

- Dimensión Asistencial-profesional: No solo por el impacto económico en relación al coste económico en tiempo de personal, material y medios, sino por el deterioro de la imagen de las instituciones y de los profesionales, así como las consecuencias legales derivadas de la aparición y evolución de las UPP y el deterioro de los indicadores de calidad asistencial. En relación a las consecuencias legales debemos de añadir que aunque vayan en aumento el número de sentencias judiciales que hacen mención a las UPP, son escasas las que, con rotundidad pronuncian como causa de éstas, una deficiencia en los cuidados, negligencia o mala praxis y llama la atención la escasa cuantía de las condenas e indemnizaciones.

1.3.7.- EPIDEMIOLOGÍA DE LAS UPP

Como comentaba anteriormente, la OMS está considerando los resultados en incidencia y prevalencia de UPP, como indicadores de calidad asistencial específicos de los cuidados de enfermería.

En España, el Ministerio de Sanidad y Política Social también ha incorporado la medición de indicadores de UPP (como efectos adversos), en su Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), dentro de la estrategia nº 8. “Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud”, donde explica que mejorar la seguridad de los pacientes viene siendo una estrategia prioritaria en las políticas de Calidad de los sistemas sanitarios, habiéndose establecido estrategias por diversos organismos internacionales para abordar la ocurrencia de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. En el objetivo 8.3: “Implantar prácticas seguras en el Sistema Nacional de Salud” (punto 8.3.1.3), plantea expresamente: “Prevenir úlceras por presión en pacientes en riesgo”⁴⁰.

En Galicia, el SERGAS a su vez, trata de abordar este problema desde la **“Estrategia SERGAS 2014. La sanidad Pública al servicio del paciente”**¹⁵, cuyo reto fundamental, es lograr una asistencia más segura, más eficiente y de mejor calidad, con los ciudadanos y pacientes, como

centro de las actuaciones. Para ello, establece entre otras, la *"Línea de actuación 1.6. Impulso a los programas de prevención y promoción de la salud"*, integrada a su vez en el *"Objetivo Estratégico Nº 1: Promover la salud y responder a las necesidades del ciudadano a través de dispositivos asistenciales específicos"*⁴⁰.

Desde un punto de vista de gestión sanitaria, es imprescindible conocer los resultados de la actividad asistencial y sus consecuencias (positivas y negativas), para poder establecer planes de mejora de esos resultados, así como para planificar, implantar e implementar planes estratégicos, con fuerte base para la toma de decisiones. Para ello es necesario objetivar y cuantificar los resultados a través del desarrollo de estudios de monitorización de indicadores.

Los estudios de prevalencia, son de los más utilizados, porque resultan sencillos de diseñar e implementar; en contra está, que solo aportan una imagen estática del problema de las UPP en el momento de su medición; miden la proporción de personas en una población determinada que presentan UPP en un periodo o momento concreto determinado, por lo que puede tener sesgos importantes achacables a factores temporales o inespecíficos; para minimizar esto se suelen utilizar realizando cortes periódicos, de manera que nos permitan tener cierto control sobre la tendencia de los resultados.

Los estudios de incidencia aportan información más directa, pero son más difíciles de implementar porque requieren y consumen bastantes recursos para su consecución. Miden la proporción de personas en una población determinada que estando inicialmente bien, han desarrollado UPP en un período de tiempo determinado (límite temporal de inicio y de final).

A la hora de realizar mediciones relacionadas con úlceras por presión, para que la información sea útil en la posterior toma de decisiones, se recomiendan una serie de aspectos a tener en cuenta:

- Debe calcularse el indicador sobre "pacientes" que presentan UPP (no sobre número de úlceras por presión).

- Deben incluirse a los pacientes que teniendo úlceras por presión previamente, desarrollen nuevas lesiones (solo será incidente una sola vez durante el periodo del estudio).
- Deben incluirse todas las lesiones de todas las categorías (I, II, III ó IV).
- Deben medirse en todos los pacientes, no solo en los de riesgo y debe especificarse que escalas concretas se han utilizado.

En España, ha sido el GNEAUPP la organización que ha tratado de poner luz sobre el problema planteando una serie de estudios de prevalencia (el primero en 1999 en la Comunidad Autónoma de La Rioja) En aquel estudio, nos encontramos aspectos tan ilustrativos, como que solo el 19,75% de los pacientes ingresados en Centros sociosanitarios disponían de superficies especiales para el alivio y control de la presión (SEMP), contra un 28,6 % del medio Hospitalario.

El primer estudio de ámbito nacional se realizó en 2001, con 2000 cuestionarios validados, encontrándonos que en atención primaria estaban los pacientes con las lesiones más antiguas, más severas y extensas en superficie; además de identificar que solo un 38,5% de los pacientes con UPP utilizaban SEMP. Una de las conclusiones que se evidenciaron fue que la prevención, no siempre se consideraba una prioridad⁴¹.

En el 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España realizado en el 2005 se estimó que en el año 2005 el coste anual que producían las UPP en España era de 435 millones de euros ⁴².

Como conclusiones fundamentales, destacar que en todos los niveles asistenciales la población más afectada fueron los pacientes mayores de 65 años (84,7%) y que las localizaciones más frecuentes fueron sacro y talones

En el tercer estudio de prevalencia de UPP realizado durante 2009, se observa que un 68,6% de los pacientes con UPP utiliza SEMP (superficie especial para el manejo de la presión) y un 81,3% presenta incontinencia ⁴³.

El cuarto estudio, realizado en 2013 y publicado en 2014, muestra incrementos de prevalencia en todos los ámbitos asistenciales; si bien comparando todos los estudios observamos cómo han aumentado las UPP diagnosticadas y tratadas en estadio I y II, disminuyendo al mismo tiempo las de estadio III y IV, lo cual indica un diagnóstico más precoz y mayor efectividad del esfuerzo dedicado a prevención⁴⁴.

Otro aspecto a destacar es que en todos los niveles (Atención primaria, atención hospitalaria y atención socio-sanitaria) se producen úlceras (en contra de la percepción de que los pacientes ulcerados, ingresan desde otros ámbitos).

La evolución de los indicadores de los 4 estudios nacionales (Figura 8) se muestran en el gráfico siguiente:

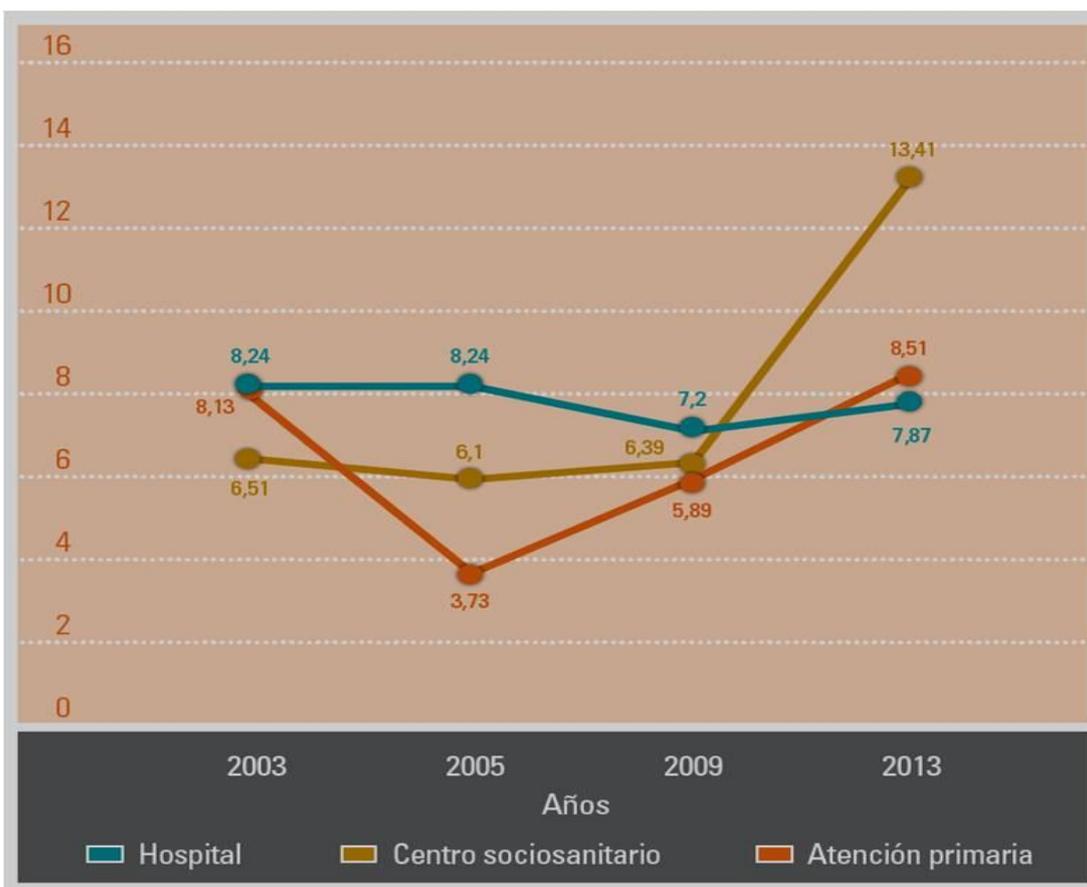


Figura 8.- Evolución de la prevalencia de UPP según los estudios nacionales de prevalencia de GNEAUPP. Tomada de Gerokomos. 4º Estudio Nacional de UPP

Por otra parte, se han publicado los resultados de cuatro importantes

estudios multicéntricos promovidos desde el Ministerio de Sanidad, que posicionan a las UPP como efectos adversos relacionados con los cuidados:

- El Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS 2005)⁷, que determina una incidencia de UPP en los 24 hospitales estudiados, de 3,66% y un 55% de tasa de evitabilidad.
- El Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria (APEAS 2008)⁴⁵, nos da un 3,4 % de prevalencia en los 48 centros de salud de atención primaria estudiados, con una tasa de evitabilidad del 71,1 %.
- El Estudio de Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica (IBEAS 2009)⁶, muestra una prevalencia de 7,20 % en los 58 hospitales latinoamericanos estudiados, con una tasa de evitabilidad del 65 %.
- El Estudio Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios (EARCAS 2011)⁵, las UPP definidas como Efecto Adverso dentro del grupo de “incidentes relacionados con los cuidados” ocupan el 7º puesto (55,7%).

Para mejorar en estructura de seguridad, el SERGAS se ha sumado a la iniciativa del Ministerio de Sanidad y de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, para el pilotaje del programa SENECA 2000 (modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente, en los Hospitales, basado en los criterios del modelo EFQM)⁴⁶.

El Proyecto Séneca define como estándar de procesos, la implantación de un protocolo de prevención y tratamiento para UPP y como estándar de resultados clave, los pacientes que desarrollan UPP según los indicadores de buenas prácticas de la National Quality Forum (NQF).

Este pilotaje, realizado inicialmente en el Hospital Universitario de Santiago de Compostela, posibilita que el SERGAS decida auditar posteriormente todos los hospitales gallegos con la metodología del Programa SÉNECA 100, de manera que en ese momento dispone de la información real de la situación hospitalaria.

El análisis del estudio multicéntrico nacional determinó que el grado de cumplimiento de las recomendaciones descritas fue aceptable (68%) para la existencia de protocolos, inaceptable (28,8%) para la valoración del riesgo en 48h, y moderado (51,7%) para los registros de cambios posturales.

Se decide consolidar el modelo, para potenciar la seguridad de los pacientes, de forma que se extiende la implementación del Programa SÉNECA 100 a todo el SERGAS, monitorizando los indicadores y resultados en todos sus centros hospitalarios. Disponer de esta información, es vital para disponer de información fiable y poder acometer estrategias de mejora.

Desde el punto de vista asistencial, para un adecuado abordaje del problema de las úlceras (suponen un incremento en la carga de trabajo del personal de enfermería y un importante gasto económico a los servicios de salud y sociosanitarios), es imprescindible realizar una adecuada valoración inicial del riesgo de desarrollar úlceras en todos los pacientes y establecer estrategias efectivas de prevención para prevenirla, en base a las necesidades detectadas en esa valoración.

1.3.8.- CLASIFICACIÓN DE LAS UPP

Durante mucho tiempo, las UPP se clasificaban en grados y/o estadios, atendiendo a su severidad (según profundidad y afectación de las estructuras anatómicas lesionadas). Actualmente, la tendencia más utilizada es la de clasificarlas en torno a cuatro categorías (Tabla 3), basándose en la profundidad anatómica del daño ocasionado al tejido, tal y como recomiendan desde la EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) y la NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel)⁴⁷.

Básicamente, las úlceras que suelen encontrarse en pacientes encamados y con enfermedades crónicas, son de cuatro tipos (tradicionalmente aglutinadas como UPP), estando cada una de las cuatro (Tabla 3), condicionada por su propio factor etiológico específico.

1. **Úlcera por Presión:** Por efecto de la presión sobre un punto anatómico concreto, que comprime piel y tejidos contra un plano duro.
2. **Lesión por Fricción:** Resultantes de la fricción entre la piel y otro plano.
3. **Lesión por cizalla:** Originadas por cizallamiento intra tisular
4. **Lesión por humedad:** Por exposición a humedad en contacto directo con la piel o mucosas.

Cualquier valoración de la categoría, sólo podrá hacerse, tras eliminar el tejido desvitalizado (requiere visión directa del lecho de la úlcera).

CATEGORIA I	<p>Eritema no blanqueable en piel intacta. La piel está enrojecida, eritematosa e incluso violácea, en zonas que habitualmente recubre una prominencia ósea, pero que no desaparece tras aliviar la presión (ni al hacer la prueba de vitropresión). En personas de piel oscura, se pueden utilizar como indicadores, la decoloración de la piel, calor, edema, induración o firmeza.</p> <p>La zona afectada puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes.</p>
CATEGORIA II	<p>Epidermis y dermis con solución de continuidad, a veces incluso con piel negra y ligeramente indurada, o flictenas. Es una ulceración superficial que se presenta, clínicamente, como una abrasión o una flictena.</p> <p>La presencia de hematoma, puede ser constitutivo de lesión en tejidos más profundos.</p>
CATEGORIA III	<p>Pérdida total del espesor de la piel que implica necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia la fascia subyacente (hasta tejido muscular, pero sin llegar a hueso). Generalmente dan lugar a una úlcera cavitada. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones</p>

CATEGORIA IV	Destrucción extensa, necrosis de tejidos, o lesión en músculo, incluso llegando a hueso y/o estructuras de apoyo, con o sin pérdida total del espesor de la piel (son extensas, pueden afectar a articulaciones, tendones y cavidades del organismo).
-------------------------	---

Tabla 3.- Clasificación de UPP en Categorías.

[Adaptado de: European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009]

No hemos de perder de vista, como explicaba anteriormente, la interesante propuesta del GNEAUPP, basada en los estudios de investigación del profesor García FP et al. (2014)⁴⁸, de un nuevo modelo teórico para la **"Clasificación-Categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia"** (Figuras 9-11), sobre el que la comunidad internacional y futuros estudios de investigación, tendrán que ir posicionándose.

La clasificación se concreta en la siguiente propuesta:

- Úlceras por Presión y Cizalla
- Lesiones cutáneas asociadas a la Humedad
- Lesiones por Roce - Fricción
- Lesiones Mixtas y Combinadas
 - Lesiones combinadas de humedad - presión
 - Lesiones combinadas de presión - fricción
 - Lesiones combinadas de humedad -fricción
 - Lesiones multicausales (todos los factores pueden interactuar).

Desde el GNEAUPP se recomienda clasificar las lesiones combinadas, especificando el tipo de lesión y su correspondiente categoría (de esta forma una lesión por presión-fricción II-III, se correspondería con una lesión combinada por presión de categoría II y fricción de categoría III).



Figura 9.- Portada del Documento nº II. Clasificación-Categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. [Tomada de: Clasificación-Categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. GNEAUPP 2014].

Las características específicas para la diferenciación de cada una de las lesiones en función del mecanismo de producción, se exponen a continuación, en la Figura 9:

	Úlceras por presión y/o cizalla	Lesiones cutáneas asociadas a la humedad	Lesiones por fricción o roce	Lesiones mixtas o combinadas
Mecanismo de producción	Lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con fuerzas de cizalla.	Lesión localizada en la piel (no suele afectar a tejidos subyacentes) que se presenta como una inflamación (eritema) y/o erosión de la misma, causada por la exposición prolongada (continua o casi continua) a diversas fuentes de humedad con potencial irritativo para la piel	La lesión localizada en la piel (no suele afectar a tejidos subyacentes) provocada por las fuerzas derivadas del roce-fricción entre la piel del paciente y otra superficie paralela estando al menos, una de ellas en movimiento	Las lesiones no se producen sólo por un único factor causal, dando lugar a lesiones combinadas y/o multi-causales, que tienen un abordaje mucho más difícil y capacidad de resolución mucho más compleja".
Categoría I	Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable, que no desaparece al aliviar la presión. Puede aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por materiales o dispositivos clínicos.	Eritema sin pérdida de la integridad cutánea. Piel integra con enrojecimiento, que puede ser no blanqueable de un área localizada, generalmente sometida a humedad. Puede clasificarse como: <ul style="list-style-type: none"> • 1A. Leve-Moderado (rosada) • 1B. Intenso (rosa oscuro-rojo) 	Eritema sin flictena. Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable en un área localizada, generalmente sometida a fricción (eritema con formas lineales, siguiendo planos de deslizamiento). Puede ser dolorosa y presentar edema.	Se recomienda clasificar las lesiones combinadas utilizando el tipo de lesión y su categoría. A modo de ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Lesión combinada presión-fricción de categorías I-II, que indicaría que es de categoría I la de presión y de categoría II la de fricción. • Lesión combinada presión-humedad de categorías III-I, que indicaría que es de categoría III la de presión y de categoría I la de humedad
Categoría II	Pérdida de espesor parcial de la epidermis y la dermis que se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida generalmente rojo-rosado y normalmente sin esfacelos.	Eritema con pérdida de la integridad cutánea. Lesión abierta poco profunda con lecho rojo-rosado y bordes de la piel perilesional generalmente macerados (blanco-amarillentos). Puede clasificarse como: <ul style="list-style-type: none"> • 2A. Leve-Moderado (erosión < 50% del total del eritema) • 2B. Intenso (erosión = > 50% del eritema) 	Presencia de flictena. Flictena (vesícula o ampolla) que se mantiene intacta, sin solución de continuidad, rellena de suero o líquido claro, (lesión a nivel de epidermis o dermis superficial)	
Categoría III	Pérdida completa del tejido. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están expuestos. Puede presentar esfacelos, tejido necrótico (no oculta la profundidad), cavitaciones y/o tunelizaciones		Lesión con pérdida de la integridad cutánea. Pérdida parcial del espesor de la dermis. Úlcera abierta, poco profunda, con lecho rojo-rosado (aunque pueden existir restos de hematoma o sangre coagulada)	
Categoría IV	Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuesto. Pueden presentar esfacelos, tejido necrótico, cavitaciones y/o tunelizaciones. Incluye áreas de lesión profunda con doble eritema.			

Figura 10.- Diferenciación de lesiones según mecanismo de producción y clasificación de las mismas. [Tomada de: Clasificación-Categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. GNEAUPP 2014].

Las claves para la identificación clínica de las lesiones relacionadas con la dependencia, según el nuevo modelo teórico que propone el GNEAUPP, se exponen a continuación en la Figura 10:

Características	Úlceras por presión		Lesiones cutáneas asociadas a la humedad	Lesiones por fricción
Exposición o causa	Presión.	Presión y/o cizalla.	Humedad prolongada e irritantes asociados.	Fricción o roce.
Evolución del daño	De fuera a dentro.	De dentro a fuera.	De fuera a dentro.	De fuera a dentro.
Localización de la lesión	 Habitualmente perpendicular a prominencias óseas, o sobre tejidos blandos sometidos a presión externa de dispositivos clínicos	 Prominencias óseas (generalmente con 30-45° de desplazamiento).	 Cualquier zona expuesta a humedad (pliegues cutáneos glúteos, zona perineal y perigenital), ya sea prominencia ósea o no (habitualmente no).	 Cualquier zona sometida a fricción o rozamiento, ya sea prominencia ósea o no (espalda, glúteos, sacro, maléolos, talones,...).
Color piel íntegra	 Rojo (eritema no blanqueable). Piel perilesional normal.	 De rojo, rojo intenso, a marrón y/o púrpura azulado (LTP). Frecuente doble eritema (segundo más oscuro y dentro del primero)	 Enrojecimiento no uniforme, de color rojo o rojo brillante. Distintas intensidades. También color rosado o blanco amarillento. Enrojecimiento perianal.	 Rojo a rojo oscuro (eritema no blanqueable, de formas lineales) Puede haber flictenas, generalmente con líquido seroso.
Afectación y Profundidad	 <i>Piel y/o tejidos subyacentes (también mucosas).</i> Desde piel intacta (ENB), lesiones superficiales (categoría II) a profundas (categorías III-IV).	 <i>Piel y/o tejidos subyacentes.</i> Lesiones profundas (categorías III-IV) a veces con piel intacta (LTP).	 <i>Piel (no tejidos subyacentes).</i> Lesiones superficiales (epidermis y/o dermis).	 <i>Piel (no tejidos subyacentes).</i> Lesiones superficiales (epidermis y/o dermis).
Forma y distribución	 Regular. Redondeada, ovalada. Forma del dispositivo clínico. Lesión limitada a una sola zona. Aisladas.	 Ovalada, elongada. A veces irregular. Aisladas. Ocasionalmente, lesión en espejo.	 Irregular. Varias zonas o áreas difusas, que pueden ser extensas, en parches. Lesiones en espejo o beso. En pliegues cutáneos, con la forma de la base.	 Lineal, siguiendo los planos de deslizamiento.
Necrosis	 Tejido desvitalizado: blanco-amarillento u oscuro (esfacelos o necrosis) en categorías III-IV; puede aparecer necrosis seca (escara).	 Tejido desvitalizado: blanco-amarillento u oscuro (esfacelos o necrosis) en categorías III-IV; puede aparecer necrosis seca (escara).	 No está presente. Puede haber exudado congelado, pero no esfacelos.	 No está presente.

Exudado	Según categoría y estado de la lesión.	Según categoría y estado de la lesión.	Ninguno, o exudado claro, seroso.	Ninguno, o exudado claro, seroso o sero-sanguinolento.
<p>Otros síntomas: dolor, edema, olor,...</p>	<p>Dolor agudo, prurito; el dolor puede intensificarse al liberar las zonas lesionadas (categorías I y II). En ENB, cambios de temperatura, consistencia, edema (>15 mm de diámetro). En categoría I no presentan olor, y en el resto según presencia de infección o tejido no viable. Puede haber tunelizaciones y cavitaciones (categorías III-IV).</p>	<p>Dolor, prurito. En LTP, cambios de temperatura, consistencia, edema (>15 mm de diámetro). Olor según presencia de infección o tejido no viable. Puede haber tunelizaciones y cavitaciones (categorías III-IV).</p>	<p>Quemazón, prurito, picazón, hormigueo, ardor, dolor –según excoiación-. Eritema e inflamación, con o sin erosión. Olor a orina y/o heces, y otros fluidos corporales. No tunelizaciones ni cavitaciones. Piel perilesional habitualmente macerada. Infecciones cutáneas secundarias.</p>	<p>Dolor, aumento de temperatura, cambios de coloración, edema,... No tunelizaciones ni cavitaciones.</p>
<p>Pronóstico</p>	<p>Generalmente y con los cuidados adecuados, suele tener una evolución favorable.</p>	<p>Generalmente y a pesar de los cuidados adecuados, suelen tener una rápida progresión y una evolución desfavorable.</p>	<p>Generalmente y con los cuidados adecuados, suele tener una evolución favorable.</p>	<p>Generalmente y con los cuidados adecuados, suele tener una evolución favorable.</p>

Figura 11.- Claves para la identificación clínica de las lesiones relacionadas con la dependencia. [Tomada de: Clasificación-Categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia.GNEAUPP 2014].

Introducción

1.4.- PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

1.4.- PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

La Prevención, en lo referente a úlceras por presión, es sin lugar a dudas, el tratamiento más cómodo, más barato y el que asegura la mejor asistencia al paciente.

Para poder aplicar unas medidas preventivas eficaces, es de vital importancia conocer bien todos los agentes causales (o circunstancias que puedan resultar favorecedores), que puedan condicionar su aparición. Una valoración minuciosa del paciente, nos permitirá identificarlas, para sobre ellas, establecer un plan de cuidados individualizado.

Los objetivos de la prevención deben plantearse desde la perspectiva de:

- Disminuir el riesgo de que aparezcan úlceras.
- Abordar de forma precoz, cualquier lesión o indicio de lesión, para administrar cuidados que limiten su progresión.

La Valoración del paciente desde un abordaje holístico, permitirá detectar todos los factores de riesgo reales y potenciales, para, en consecuencia planificar y establecer cuidados encaminados a evitar el deterioro de la integridad cutánea.

Si con los mecanismos de prevención no consiguen contrarrestar los factores de riesgo, el paciente acabará desarrollando úlceras en una o varias localizaciones.

Es de vital importancia, revisar y explorar las zonas de riesgo de todos los pacientes con riesgo elevado, de cara a poder identificar lo antes posible las lesiones y en consecuencia, administrar los cuidados específicos necesarios, para evitar su progresión. La detección y establecimiento de cuidados de manera precoz, evita por una parte, limitar la progresión de la necrosis (las lesiones serán más superficiales y de menor entidad), y por otra parte establecer los tratamientos, medidas y cuidados necesarios para realizar un tratamiento más oportuno para conseguir la epitelización.

1.4.1.- PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

La Prevención de cualquier patología o problema de salud, tiene que comprender medidas de reducción de los factores de riesgo (dirigidas a prevenir su aparición), y medidas dirigidas a limitar los efectos, detener el avance y minimizar las consecuencias de las lesiones, en caso de que no hayamos sido capaces de evitar su aparición.

Siguiendo el modelo clínico tradicional, la prevención se clasificaría en:

1. **Prevención primaria:** Orientada hacia personas sanas; las medidas se implantan para evitar una patología minimizando los factores de riesgo (busca reducir la incidencia). El objetivo consiste en evitar que se produzca el daño (promoción de la salud). La prevención primaria suele ser programada y evaluable.
2. **Prevención secundaria:** Implica la detección y abordaje precoz del problema de salud, para tratar de que produzca el menor impacto posible en el paciente y los servicios sanitarios.
3. **Prevención terciaria:** Supone tratar el problema de salud de la manera más adecuada posible, para evitar que se agrave y aparezcan posibles secuelas (incluye técnicas de rehabilitación).
4. **Prevención cuaternaria:** Sería la dirigida a evitar las consecuencias de un excesivo e innecesario intervencionismo clínico.

La prevención del deterioro de la integridad cutánea, debe ser uno de los objetivos prioritarios de cualquier plan de cuidados de enfermería. Para que esta prevención sea efectiva, ha de pasar necesariamente por la identificación y neutralización de los factores de riesgo que tenga el paciente. La clave está en nuestra capacidad para identificar precozmente todas las circunstancias que implican riesgo en el paciente, de manera que podamos en consecuencia, administrar los cuidados de enfermería específicos que puedan controlar esos riesgos identificados⁴⁹⁻⁵¹.

Para esto es imprescindible integrar en nuestra sistemática de trabajo (proceso de atención de enfermería), la valoración sistemática, minuciosa y estructurada del paciente y las circunstancias que pueden estar afectándole, incorporando la utilización de escalas específicas validadas, que nos permitan la identificación fiable de los factores riesgo.

La valoración integral y holística del paciente, para permitir acometer con garantías este reto y establecer un plan de cuidados adecuado, debe incluir:

- Entrevista y recogida de datos de forma ordenada y estructurada.
 - Para la valoración general se recomienda utilizar algún modelo enfermero validado, como el de las 14 necesidades básicas de Salud de Virginia Henderson o el de Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon).
- Para la valoración específica de riesgo de deterioro de la integridad cutánea, se recomienda la utilización de escalas de valoración de riesgo de desarrollar úlceras por presión (EVRUPP) validadas^{36,37}.
- Detección, interpretación y organización de los datos obtenidos (usar escalas validadas y evitar interpretaciones subjetivas). Análisis de la situación del paciente y de sus circunstancias específicas, para a partir de ella, concretar los problemas detectados como diagnósticos de enfermería; este proceso de pensamiento crítico, nos capacita para establecer los resultados que deseamos obtener y las intervenciones necesarias para lograrlos.

Con la información obtenida en la valoración, proceder a establecer un plan de cuidados, que integre las medidas necesarias para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados, de una forma estructurada, en la que será importante también:

- Priorizar: Ante la imposibilidad de tratar todos los problemas detectados al mismo tiempo, tendremos que establecer un orden de prioridad que nos permita acometer de forma racional y estructurada

los problemas de mayor relevancia, o que supongan un mayor impacto en las condiciones de salud del paciente.

- Plantear los objetivos a conseguir. Establecer las metas que pretendemos conseguir, a través de parámetros de resultados validados (Nursing Outcomes Classification - NOC), que nos permitirán , a su vez, hacer un seguimiento y evaluación del plan.
- Planificación de actuaciones de enfermería basadas en la mejor evidencia científica disponible, para conseguir los objetivos planteados, a través de intervenciones enfermeras validadas (Nursing Interventions Clasification - NIC).
- Documentación y registro de lo acontecido; este es un aspecto fundamental para el seguimiento del proceso y para la realización de informes de continuidad de cuidados, que posibiliten la transmisión de información entre los diferentes niveles asistenciales, al tiempo que garanticen la continuidad y la calidad de los cuidados establecidos.
- Implementación de todos los cuidados programados y planificados.
- Evaluación y reorganización: Permite conocer si hemos alcanzado los objetivos planteados, si persisten o si por el contrario, precisan planificar nuevas intervenciones para su consecución.

1.4.2.- ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGO⁵²

La valoración es la parte más importante de todo el proceso, es en ella donde hacemos la recogida y organización de toda la información relevante sobre la persona, familia y entorno, que será la base para las posteriores decisiones y actuaciones.

Dentro del proceso de valoración inicial, las escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión (EVRUPP), son instrumentos que nos permiten identificar objetivamente la probabilidad de riesgo de desarrollar úlceras por presión a partir de parámetros de riesgo y así establecer la confirmación del juicio clínico de manera fiable. El objetivo de la valoración del riesgo es la

identificación de los individuos que necesitan medidas de prevención y de los factores específicos que les sitúan en situación de riesgo.

Una EVRUPP debe tener una "Alta sensibilidad" (identificar correctamente a los pacientes de riesgo), una "Alta especificidad" (identificar correctamente a los pacientes que no tienen riesgo) y un "Buen valor predictivo", tanto positivo (cuantos de los pacientes con úlcera han sido catalogados de riesgo), como negativo (cuantos de los pacientes sin úlcera han sido catalogados sin riesgo entre el total de los que no la han desarrollado).

Entre las EVRUPP más utilizadas en España están la escala de Norton, la escala EMINA o la escala de Braden.

1.4.3.- PREVENCIÓN. MEDIDAS Y CUIDADOS

La prevención de UPP, se basa en la administración de una serie de cuidados específicos en función de los riesgos identificados:

- Debemos valorar el riesgo de UPP (al inicio y periódicamente).
- Vigilancia de la piel (cualquier área con hiperemia, especialmente si se localiza sobre una prominencia ósea, debe considerarse como una úlcera inminente y actuar en consecuencia (eliminar cualquier presión ejercida en ese punto, cuidados higiénicos de la piel adecuados, administración tópica de ácidos grasos hiperoxigenados ...).
- Administrar cuidados de la piel según los riesgo identificados y aplicar solución de ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo.
- Control de diabetes, anemias y posible enfermedad de base (espasticidad mediante rehabilitación).
- Valoración y adecuación de la nutrición (dieta hiperproteica, aportar vitamina C, aumentar ingesta líquida...)
- Es importante tener en cuenta el alineamiento corporal. Evitar elevar la cabecera por encima de los 30º (durante el mínimo tiempo posible).

- Nunca arrastrar al paciente sobre la cama (usar dispositivos de desplazamiento o elevación).
- Cuidados y corrección de la presión, humedad, o fuerzas de cizalla y fricción (cambios posturales, uso de SEMP y dispositivos específicos).
- Proteger tubos, sondas, etc., que apoyen en la piel o la friccionen de forma continuada, movilizándolo continuamente sus puntos de apoyo.

1.4.4.- TRATAMIENTO Y ABORDAJE TERAPÉUTICO

Si a pesar de las medidas de prevención, se produce la úlcera, el tratamiento necesariamente ha de incluir la administración de los cuidados preventivos y terapéuticos en función de los riesgos identificados:

Lo primero sería clasificar adecuadamente la UPP (el tipo de abordaje depende de los tejidos y planos afectados).

Para el abordaje terapéutico, se recomienda el uso de la cura en ambiente húmedo (CAH), en contraposición a la cura tradicional realizada con gasas y antisépticos (cura seca).

La Cura en Ambiente húmedo se basa en la utilización de apósitos semioclusivos con los que se cubre totalmente la lesión, proporcionando protección local (evita traumatismos) y protegiendo la entrada de gérmenes; además estos apósitos, a su vez, facilitan el aporte de oxígeno y de nutrientes al lecho de la lesión, favorecen la acción de los fibroblastos en la producción de colágeno, la acción bacteriostática acidificando el pH de la zona y facilitan la migración celular, creando un microclima donde existen unas buenas condiciones de humedad y de temperatura para estimular la cicatrización de la lesión.

Para el abordaje específico de cualquier úlcera, es importante valorar:

- La zona anatómica y extensión (superficie) de la lesión a tratar.
- Presencia de tejido necrótico en la lesión: El tejido desvitalizado no permite la evolución de la herida a la epitelización, por lo que

debemos tratar de eliminar todo el tejido desvitalizado del lecho de la lesión (desbridamiento cortante, autolítico o enzimático, o combinaciones entre sí).

- Nivel de carga bacteriana de la lesión: Hay que valorar si la carga bacteriana puede estar interfiriendo en la evolución de la herida (colonización crítica que estaría estancando su progresión), si presenta signos clínicos de infección o si sus condiciones nos deben hacer sospechar que presenta biofilm; en cualquiera de las tres situaciones (colonización crítica, infección y biofilm), habría que aplicar medidas terapéuticas específicas.
- Nivel de exudado (posibilidad de macerar piel perilesional que podría aumentar el tamaño de la lesión, producir disconfort, fugas, mal olor).
- Estado de los bordes de la herida y de la piel perilesional.
- Presencia o no de dolor en la lesión y/o en las curas.
- Conocer las características, indicaciones y comportamiento del arsenal terapéutico disponible, para que poder utilizarlo en función de las características del paciente y la lesión o lesiones que éste haya desarrollado.
- Registro de toda la actividad planificada e implementada.

La cura en ambiente húmedo ofrece mejores resultados en el tratamiento de heridas y a un coste menor, que la cura tradicional. La unificación de criterios y establecimiento de líneas de actuación comunes, derivan en mejores resultados clínicos. Para ello, además de las características de la heridas (exposición a presión, cizalla, fricción, o humedad, el nivel de exudado, olor, cavitación, estado de la piel perilesional, presencia o no, de tejido necrótico y sus características...), que sabemos que van a ser determinantes a la hora de indicar los materiales idóneos para el tratamiento de una lesión, es indispensable también:

- Conocer las características, propiedades e indicaciones de cada uno de los apósitos o productos destinados tanto a la prevención, como al

tratamiento y cura de las heridas, así como se comportan en las distintas situaciones asistenciales.

- Saber interrelacionar los signos e información que nos dan las heridas, con las características y propiedades de los apósitos, para optimizar su utilización e indicación.
- Tener conciencia de que debemos individualizar el tratamiento de cada lesión, en función de las características y circunstancias propias de cada paciente.
- Valorar la herida en cada cura para detectar los cambios producidos y establecer con rigor, tanto la frecuencia de las curas, como los productos que debemos utilizar en función de como sea la evolución de la misma.

Con el nuevo catálogo se dispone de apósitos con diversas formas, materiales y propiedades: Mallas, apósitos con carbón, hidrofibras, alginatos, hidrocoloides, espumas hidropoliméricas e hidrocelulares, o apósitos que combinan en uno solo, algunas de las tecnologías anteriores.

Es frecuente que los profesionales recurran a la utilización conjunta de varios productos para tratar una misma herida, aunque no siempre los estén combinando adecuadamente, por lo que se nos plantea la necesidad de establecer cuáles serían susceptibles de poder ser utilizados conjuntamente y cuáles no pueden combinarse entre sí (algunas combinaciones usadas no son lógicas, ni adecuadas).

Introducción

1.5.- PROGRAMA ÚLCERAS FORA.

1.5.- PROGRAMA ÚLCERAS FORA.

En el Servicio Gallego de Salud (SERGAS), conscientes de la importancia e impacto asistencial de una adecuada gestión de la prevención y tratamiento del deterioro de la integridad cutánea y tisular, se viene apostando desde hace años por mejorar la estructura, recursos y condiciones necesarias, para tratar de normalizar y sistematizar la actividad asistencial derivada.

A destacar entre estas medidas, la puesta en marcha de primer concurso centralizado de compra de apósitos de cura en ambiente húmedo para Atención Primaria (2003), la elaboración y difusión del "Manual de Prevención y Tratamiento de UPP" (Delgado et al. 2005)², la organización del primer concurso centralizado de compra de apósitos de cura en ambiente húmedo para todo el SERGAS (2006), la creación de un grupo de formadores (58 profesionales expertos), la publicación de las instrucciones 5/07, de 20 de febrero de 2007 y 7/07, de 27 de marzo de 2007, sobre "Criterios de dispensación de apósitos de cura húmeda en el SERGAS", los centenares de cursos de formación continuada impartidos (más de 1500 profesionales formados), así como la elaboración y difusión de los correspondientes "Catálogos de Productos de Cura en Ambiente Húmedo" (2003, 2006).

En conjunto, todas estas medidas no hacían sino establecer conjuntamente la línea a seguir y los aspectos principales a tener en cuenta por los profesionales sanitarios en cada situación asistencial, tratando de unificar los criterios generales de actuación y los específicos de selección de dispositivos y apósitos de cura en ambiente húmedo, en función de las características de los productos y de la valoración que se realizase al paciente en riesgo de desarrollar úlceras por presión, o a los pacientes que ya las hubiesen desarrollado.

En el año 2010, el SERGAS publica e implanta su "**Estrategia SERGAS 2014. La Sanidad pública al servicio de los pacientes**"¹⁵, que establece como reto fundamental el logro de una asistencia más segura, más eficiente y de mejor calidad, en el que los ciudadanos y pacientes sean el centro de todas las actuaciones".

Totalmente alineada con esta estrategia, se diseña e implementa desde el año 2010, el **Programa "Úlceras Fora"**, que implica en el marco del desarrollo del segundo concurso centralizado de compra de apósitos de cura en ambiente húmedo para todo el SERGAS, el establecimiento de fórmulas de gestión de dicho concurso (grupo asesor de expertos, diseño de lotes de productos para licitación en el concurso, establecimiento de criterios de valoración de cada lote y familias de apósitos, establecimiento de fórmulas para garantizar la calidad y objetividad de la formación derivada del concurso, la creación de un grupo de "referentes" expertos, partiendo del grupo inicial de formadores del SERGAS ya mencionado (que pasa de 58 formadores a 108 "referentes expertos") y el diseño de los itinerarios formativos necesarios.

El Programa "Úlceras Fóra", enlaza también con el Proyecto Séneca de Seguridad de cuidados del paciente hospitalizado (que el SERGAS se propone implementar en los próximos años), que ha demostrado que "se hace necesario adquirir un mayor conocimiento y sensibilización de todos los profesionales sanitarios que permita abordar con efectividad y eficiencia la prevención de UPP y mejorar la seguridad de los pacientes hospitalizados".

No existen antecedentes de proyectos o programas que se hayan planteado alguna intervención a tan amplio nivel, y mucho menos en un área tan concreta como la del deterioro de la integridad cutánea y tisular, tratando de acometer la formación de la mayor parte del personal asistencial del SERGAS, tanto en el ámbito hospitalario, como en el de atención primaria.

1.5.1.- ANTECEDENTES

El SERGAS constituye un "Grupo de Apoyo Técnico a la Contratación centralizada para Apósitos de Cura Húmeda", para asesoramiento experto sobre cura en ambiente húmedo y productos relacionados, que trabaja directamente en el Comité Técnico, con el servicio de Integración de Cuidados, con el de Aprovisionamientos y con el de Seguridad y Control de Medicamentos y Productos Sanitarios .

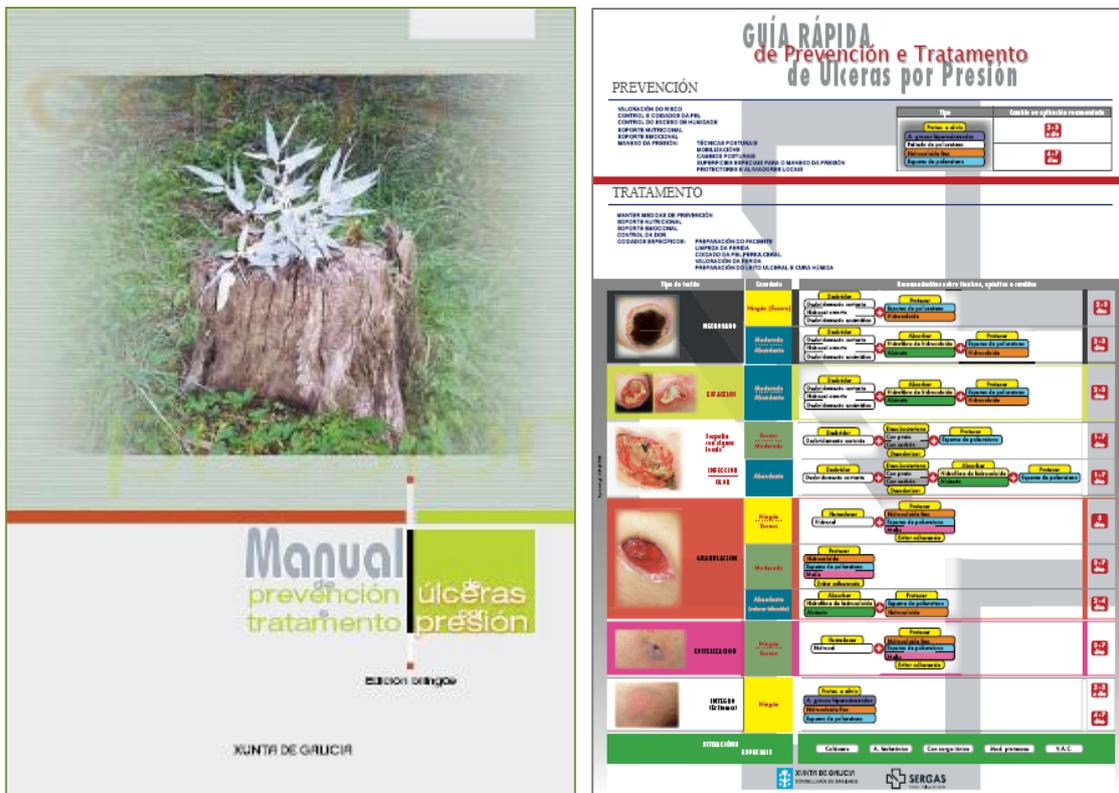
El primer concurso centralizado de productos de cura en ambiente húmedo del SERGAS se publicó en el año 2003 (resuelto en 2004) y afectaba exclusivamente a las gerencias de Atención Primaria. Esta primera licitación correspondió a 16 lotes de productos, que conformaban el catálogo (Figura 12) y que se distribuían desde los servicios de suministros, si bien paralelamente, los profesionales podían dispensar otros apósitos diferentes a los del concurso a través de receta (siempre que dicho apósito estuviese financiado por el Sistema Nacional de Salud). En este periodo, convivían la distribución por petitorio de catálogo desde el servicio de almacén, con la posibilidad de prescripción con receta oficial (muchos productos que estaban adjudicados por concurso, podían seguir siendo recetas, lo que además implicaba un coste económico añadido importante).

APÓSITOS <small>encomendados</small>	Espuma (hidropoliméricos, hidrocelulares)				Carbón prata	Hidrojel		Hidrocoloide					
	Alxinato	Espuma		Calcifer (non adhesivo)		Amorfo	Placa	Fino (adhesivo)	Absorbente (adhesivo)	Sacro (adhesivo)	Hidrofibra placa	Hidrofibra cinta	
Presentación	Non adhesivo	Con borde adhesivo	Sen borde adhesivo	Sacro (adhesivo)	Non adhesivo	Amorfo	Placa	Fino (adhesivo)	Absorbente (adhesivo)	Sacro (adhesivo)	Hidrofibra placa	Hidrofibra cinta	
Medidas e código	Placa 10x10 (025653) Placa 15x15 (025654)	Placa 11x11 (025658) Placa 15x15 (025660)	Placa 11x11 (025659) Placa 15x15 (025661)	17x17 (025662) 10x10 (025663) 22,5x22,1 (Petición con informe)	15 gr (025657)	10x10 (025655)	Placa 10x10 (025656) Placa 15x15 (025667)	Placa 10x10 (025664) Placa 15x15 (025666)	Placa 15x18 (025668)	Placa 15x15 (025670)	Placa 15x15 (025668)	Cinta 2x45 (025669)	
Unidades/caixa	3	10	10	10	5	10	10	5	10	10	10	5	5
Nome comercial	Seasorb Soft	Tielle	Tielle Bardales	Allevyn Sacrum	Allevyn Heel	Actisorb Plus 25	VarPavise Hidrogel	Hydrosoak	VarPavise Extraline	VarPavise Gel- control	Apasorl	Apasorl Cinta	
Propiedades	- Absorbe e retén exudado - Desbrindante autolítico - Hemostático - Bacteriostático	- Absorbe, retén e soporta o exudado	- Absorbe e retén exudado - Alivio da presión	- Absorbe e retén exudado - Alivio da presión	- Elimina o mal olor - Acción antibacteriana de punto	- Desbrindante autolítico - Diminúe a dor - Absorbe e retén exudado - Aporta humectación	- Bacteriostático - Desbrindante autolítico - Absorbe e retén exudado - Acción base presión - Diminúe a dor - Hemostático	- Bacteriostático - Desbrindante autolítico - Absorbe e retén exudado - Acción base presión - Diminúe a dor - Hemostático	- Bacteriostático - Desbrindante autolítico - Absorbe e retén exudado - Acción base presión - Diminúe a dor - Hemostático	- Bacteriostático - Desbrindante autolítico - Absorbe e retén exudado - Acción base presión - Diminúe a dor - Hemostático	- Bacteriostático - Desbrindante autolítico - Absorbe e retén exudado - Acción base presión - Diminúe a dor - Hemostático	- Bacteriostático - Desbrindante autolítico - Absorbe e retén exudado - Acción base presión - Diminúe a dor - Hemostático	
Contraindicacións		- Vasculite activa - Quemaduras 3º	- Vasculite activa - Quemaduras 3º				- Feridas infectedas - Quemaduras 3º	- Feridas infectedas - Quemaduras 3º - Vasculite, trombose, ou dono afectadas.					
Utilización													
Para xestiónar:													
CARGA NECROTICA	**												
CARGA BACTERIANA	*												
EXUDADO	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+	+	+	+	+	+	
N/a fase:													
PREVENCIÓN	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
ROSA (epitelización)	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	
BERBELLA (translocación)	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	
AMARELLA (inhibición de fibrina)	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	
NEGRA (necrotiza senza)	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	
Manter	2-7 días	2-7 días	2-7 días	2-7 días	2-7 días	3-7 días	1-3 días	2-7 días					
Cambiar cando o exudado:	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
- supere a área da ferida	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
- supere tamaño/	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
capacidade do apósito	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
- supere o máximo	7 días	7 días	7 días	7 días	7 días	7 días	3 días	7 días					
de permanencia													
Ou dependa do apósito	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
secundario													
Recomendacións	Axustar á ferida	Non en necrosas, se así agás uso con hidroxel	En base negra usar con hidrojel senza	Non usar con solucións de hipoclorito ou peróxido de hidróxeno	Non usar	Recheo solo 50% da ferida	Necesario secundario	Recheo 75% da ferida					
Necesario apósito secundario	Recheo 75%	Pode utilizarse base + compresión	Non usar con solucións de hipoclorito ou peróxido de hidróxeno	Non usar con solucións de hipoclorito ou peróxido de hidróxeno	Non usar	Recheo solo 50% da ferida	Necesario secundario	Recheo 75% da ferida					
Necesario apósito secundario	Recheo 75%	Humectación para degradar hidroxel	Non usar con solucións de hipoclorito ou peróxido de hidróxeno	Non usar con solucións de hipoclorito ou peróxido de hidróxeno	Non usar	Recheo solo 50% da ferida	Necesario secundario	Recheo 75% da ferida					
Non en lesións crónicas													

Figura 12.- Catálogo de Productos de Cura en Ambiente Húmedo. Concurso público 2003.

En el año 2005, con la publicación del Manual de Prevención e Tratamiento de Úlceras por Presión (Figura 13), de la Guía Rápida de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión (Figura 14), el SERGAS sienta

definitivamente las bases teóricas de cómo se ha de desarrollar la actividad de prevención y tratamiento de las úlceras, al mismo tiempo que describe las necesidades y características de los productos para cura en ambiente húmedo.



Figuras 13 y 14: Manual y Guía Rápida de Prevención y Tratamiento de UPP

Este planteamiento, se complementa con la publicación de la Guía para el Cuidador de Úlceras por Presión (Figura 15), que pretende servir para complementar la información que los profesionales ofrecen e imparten a los cuidadores (formales e informales), de los pacientes que no son autónomos para sus autocuidados.

Esta guía, formada por un pequeño manual (escrito en lenguaje sin tecnicismos) y una guía visual, que en modo póster (a modo de resumen), permitieron que los cuidadores dispusieran de un material formativo fiable, bien documentado y a la vez, de un excelente material de consulta, en caso de que le pudieran surgir dudas.

Ambos documentos se editaron en papel, para facilitar su entrega a los cuidadores

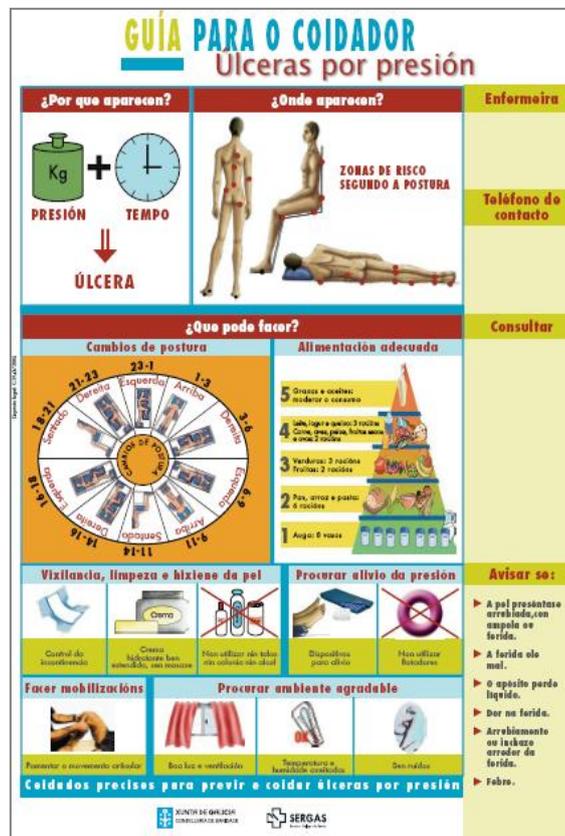


Figura 15: Guía para el cuidador de Úlceras por Presión

Para la gestión del nuevo concurso (en esos momentos había en el mercado alrededor de 300 referencias y seguían incorporándose cambios y novedades), se sigue contando con el grupo técnico de enfermeras para asesoramiento experto, que trabaja directamente con el servicio de Integración de Cuidados, con el de Aprovisionamientos y con el de Seguridad y Control de Medicamentos y Productos Sanitarios.

En el nuevo concurso se establecieron 9 familias de productos que conformaron 23 lotes, abarcando productos para prevención y tratamiento. Los productos que salieron a concurso surtirían a 6 complejos hospitalarios, a 3 hospitales, a 4 fundaciones públicas de Galicia, a las 6 Gerencias de Atención Primaria y al Área Sanitaria de Ferrol.

Su resolución, requirió el análisis de 169 productos (valoración y prueba de productos por grupos de expertos asistenciales).

Una vez resuelto el concurso, se configuró el Catálogo de Productos de Cura en Ambiente Húmedo (Figura 16), que se publicó en formato póster y tamaño A2 y en el que se incluían las características principales de todos los productos adjudicados, las condiciones de utilización, el nombre comercial y el precio.

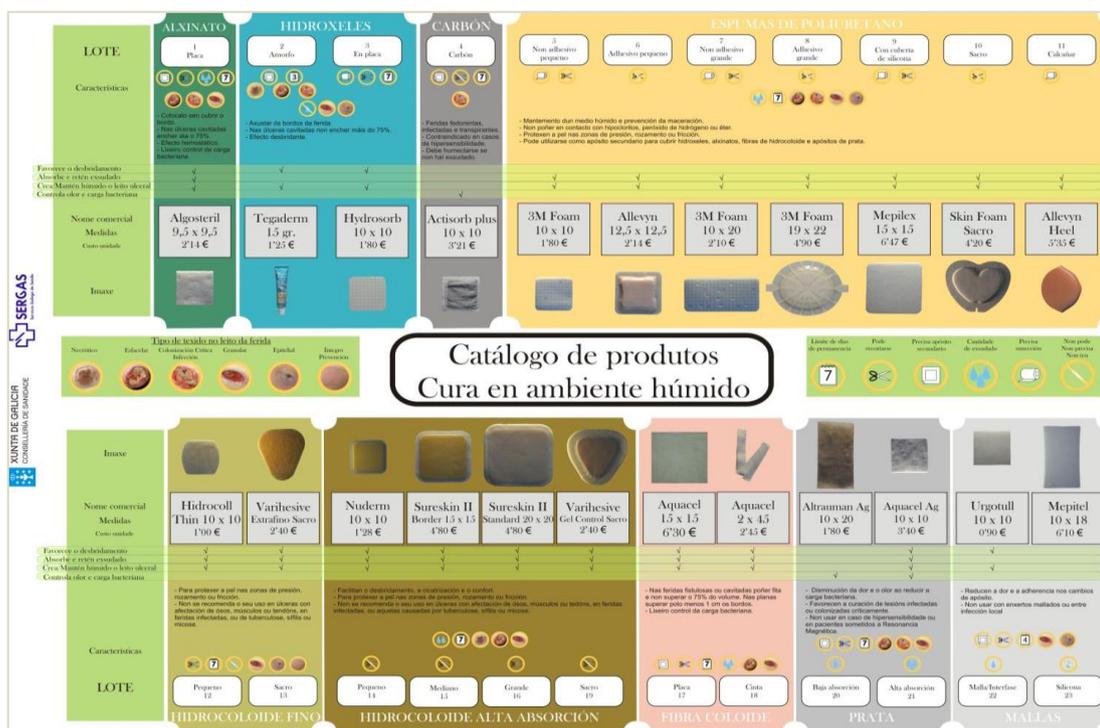


Figura 16.- Catálogo de Productos de Cura en Ambiente Húmedo

Paralelamente se publicaron la Instrucción 5/07 (Figura 17) y la posterior modificación con la Instrucción 7/07 (Figura 18), sobre "Criterios de Dispensación de Apósitos de Cura Húmeda en el Servizo Galego de Saúde", por el que, en la práctica, se anulaba la posibilidad de prescribir cualquier producto relacionado con cura en ambiente húmedo con receta oficial, por lo que la administración asumía hacerse cargo de suministrar todo ese material directamente desde los servicios de suministros, tal y como se hacía ya con otros productos sanitarios (con la idea de optimizar el consumo de recursos).

Así, desde los servicios de suministros, el SERGAS aseguraba la distribución, accesibilidad y equidad en el acceso a los productos de cura en ambiente húmedo (destacar que con este concurso, se obtuvo un ahorro medio de un 30% sobre el precio de licitación previo).

<p>XUNTA DE GALICIA CONSELLERÍA DE SANIDADE</p> <p>Edificio Administrativo de San Lázaro 15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA Teléfono: 981542728 - 981542727 - Fax: 981542728 www.sergas.es</p> <table border="1"> <tr> <td>Instrución: 5 /07</td> <td>Data: 26/02/2007</td> </tr> </table> <p>Asunto: Criterios de dispensación de apósitos de cura húmida no Servizo Galego de Saúde.</p> <p>Orixe: Secretaría Xeral do Servizo Galego de Saúde.</p> <p>Ámbito: Centros e estruturas de Atención Primaria e Atención Especializada; Direccións Provinciais do Sergas.</p> <p>O Real decreto 9/1996, de 15 de xaneiro, que regula a selección dos efectos e accesorios, o seu financiamento con fondos da Seguridade Social ou fondos estatais afectos á sanidade e o seu réxime de subministro e dispensación a pacientes non hospitalizados, sinala que os apósitos son produtos sanitarios que forman parte da prestación farmacéutica do Sistema Nacional de Saúde clasificados coma efectos e accesorios, e establece que para o seu financiamento con cargo á Seguridade Social é necesario que o seu subministro, entrega ou dispensación se efectúe a través das oficinas de farmacia, para o que esixírase a presentación da correspondente receita oficial debidamente cumprimentada polo facultativo prescriptor ou mediante entrega directa polos centros ou servizos, propios ou concertados, da rede asistencial sanitaria ou sociosanitaria, previa orden facultativa de prescripción.</p> <p>Co fin de garantir a igualdade no acceso á prestación, a equidade e a calidade da mesma, así como o uso racional destes produtos sanitarios, é necesario definir os criterios clínicos de prescripción e dispensación dos mesmos.</p> <p>Polo exposto anteriormente, esta Secretaría Xeral procede á ditar as seguintes</p> <p style="text-align: center;">INSTRUCCIÓNS</p> <p>PRIMEIRA.- OBXECTO As presentes instrucións teñen como obxecto definir os criterios de dispensación dos apósitos de cura húmida no Servizo Galego de Saúde.</p> <p>SEGUNDA.- PRESCRIPCIÓN A prescripción dos apósitos de cura húmida debe ser feita por un facultativo do Servizo Galego de Saúde para os enfermos nos que a situación clínica das úlceras ou lesións xustifique a necesidade de apósitos de cura húmida, constando dita prescripción na historia clínica do paciente. Os apósitos prescritos deberán estar entre os apósitos adquiridos polo Sergas no concurso centralizado de adquisición para o período 2007-2008 (ANEXO I)</p>	Instrución: 5 /07	Data: 26/02/2007	<p>XUNTA DE GALICIA CONSELLERÍA DE SANIDADE</p> <p>Edificio Administrativo de San Lázaro 15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA Teléfono: 981542728 - 981542727 - Fax: 981542728 www.sergas.es</p> <table border="1"> <tr> <td>Instrución: 7/07</td> <td>Data: 27/03/2007</td> </tr> </table> <p>Asunto: Criterios de dispensación de apósitos de cura húmida no Servizo Galego de Saúde.</p> <p>Orixe: Secretaría Xeral do Servizo Galego de Saúde.</p> <p>Ámbito: Centros e estruturas de Atención Primaria e Atención Especializada; Direccións Provinciais do Sergas.</p> <p>O Real decreto 9/1996, de 15 de xaneiro, que regula a selección dos efectos e accesorios, o seu financiamento con fondos da Seguridade Social ou fondos estatais afectos á sanidade e o seu réxime de subministro e dispensación a pacientes non hospitalizados, sinala que os apósitos son produtos sanitarios que forman parte da prestación farmacéutica do Sistema Nacional de Saúde clasificados coma efectos e accesorios, e establece que para o seu financiamento con cargo á Seguridade Social é necesario que o seu subministro, entrega ou dispensación se efectúe a través das oficinas de farmacia, para o que esixírase a presentación da correspondente receita oficial debidamente cumprimentada polo facultativo prescriptor ou mediante entrega directa polos centros ou servizos, propios ou concertados, da rede asistencial sanitaria ou sociosanitaria, previa orden facultativa de prescripción.</p> <p>Co fin de garantir a igualdade no acceso á prestación, a equidade e a calidade da mesma, así como o uso racional destes produtos sanitarios, é necesario definir os criterios clínicos de prescripción e dispensación dos mesmos.</p> <p>Polo exposto anteriormente, esta Secretaría Xeral procede á ditar as seguintes:</p> <p style="text-align: center;">INSTRUCCIÓNS</p> <p>PRIMEIRA.- OBXECTO As presentes instrucións teñen como obxecto definir os criterios de entrega ou dispensación dos apósitos de cura húmida no Servizo Galego de Saúde.</p> <p>SEGUNDA.- CATÁLOGO DE PRODUTOS No ámbito asistencial do Servizo Galego de Saúde os apósitos a utilizar deberán estar entre os apósitos adquiridos polo Sergas no concurso centralizado de adquisición para o período 2007-2008 (ANEXO I)</p>	Instrución: 7/07	Data: 27/03/2007
Instrución: 5 /07	Data: 26/02/2007				
Instrución: 7/07	Data: 27/03/2007				

Figuras 17 y 18: Criterios de dispensación de apósitos de cura húmeda en el servicio Galego de Saúde

Una gran mayoría de los profesionales que trataban habitualmente a pacientes con úlceras, desconocía las características e indicaciones de muchos de los productos del catálogo, por lo que se estableció la necesidad de brindar formación específica al respecto a través de las empresas adjudicatarias y de la FEGAS (Fundación Pública Escola Galega de Administración Sanitaria), a través de sus programas de formación continuada para profesioanles sanitarios del SERGAS.

Es en este momento, cuando se produce un hito importante en la orientación estratégica de la formación en deterioro de la integridad cutánea, con la creación del grupo de formadores (58 enfermeros/as repartidos/as por toda la comunidad gallega), a los que se les imparte el curso especializado de

"Formador de Formadores en Úlceras por Presión", que una vez finalizado, les habilita para impartir esta formación al resto de profesionales sanitarios.

Dicha formación se imparte con los mismos criterios y con materiales didácticos comunes (para tratar de disminuir la variabilidad).

En este grupo de formadores, se integraron la gran mayoría de los profesionales de enfermería que ya eran considerados expertos o referentes en el ámbito de las heridas crónicas, en nuestra comunidad.

Con las actividades formativas posteriores, (diversos cursos y talleres, tanto presenciales como por vía telemática, en las que participaron los miembros del grupo de formadores), se alcanzó un resultado global de más de 1500 profesionales formados.

1.5.2.- PUNTO DE PARTIDA DEL PROGRAMA ÚLCERAS FÓRA

Con el concurso anterior renovado hasta julio de 2010, se siguió trabajando en preparar la siguiente edición, para lo que se convoca de nuevo al Grupo de Apoyo Técnico, actualizando el equipo de expertos y profesionales de los servicios del SERGAS correspondientes a la Subdirección General de Compras y Servicios (Servicio de Aprovisionamientos), a la Subdirección General de Farmacia (Servicio de Seguridad y Control de Medicamentos) y a la Subdirección General de Planificación y Ordenación Asistencial (Servicio de Integración Asistencial).

En ese momento, todavía quedaban por definir algunos aspectos considerados importantes, como:

1. La necesidad de establecer los canales adecuados para la ejecución de las partidas comprometidas por los laboratorios, para formación en cura en ambiente húmedo garantizando su integración en las líneas estratégicas del Servizo Galego de Saúde.
2. La necesidad de unificar criterios de valoración de los productos, por los equipos de profesionales.

3. La necesidad de establecer criterios asistenciales comunes (en valoración de riesgo, valoración de lesiones, establecimiento de medidas preventivas, utilización de productos, seguimiento, registro, etc.) que posibilitasen avanzar hacia la uniformización de criterios y la correspondiente reducción de la variabilidad clínica.
4. La necesidad de establecer las condiciones adecuadas para que los compromisos formativos que pudiesen derivar del nuevo concurso de productos de cura en ambiente húmedo se integrasen, de la misma manera, en las líneas estratégicas del SERGAS.

Tras un minucioso análisis de la situación, nos encontramos con que entre plazas de formación propias y plazas de formación derivadas de los compromisos de las empresas con el SERGAS, se habían realizado un esfuerzo formativo importantísimo, pero no se disponía de ningún indicador o resultado que nos permitiese saber si esa formación había tenido impacto o no, en la organización, quedando en el aire, dudas tan importantes sobre la formación y otros aspectos asistenciales, como:

- ¿La formación impartida sobre apósitos y cura en ambiente húmedo ha respondido a las necesidades de la organización?
- ¿Ha respondido a las necesidades de los profesionales?
- ¿Estuvo bien dirigida?
- ¿Los profesionales tienen las bases de Prevención y Tratamiento claras?, ¿son conocidas?, ¿se aplican?
- ¿Ha mejorado de alguna manera, la formación, el buen uso y manejo de los productos de cura en ambiente húmedo?
- ¿Ha impactado de alguna forma en una mejor atención a los pacientes con deterioro de la integridad cutánea?
- ¿Hemos avanzado en la uniformización de los criterios a la hora de prevenir o tratar a un paciente con riesgo, o con úlceras por presión?
- ¿Se están utilizando los apósitos de forma adecuada y para las indicaciones adecuadas ?

- ¿Disponemos de registros mínimos que nos permitan evaluar la situación, o por el contrario, seguimos en situación de infrarregistro?
- Todos los pacientes del SERGAS tienen la misma accesibilidad a los productos de cura en ambiente húmedo, según le indique su profesional sanitario de referencia?

Ante las necesidades detectadas y tantas dudas planteadas, a las que no era posible dar una respuesta clara, solo quedaba replantear la actividad y los objetivos, estableciendo sistemas de información que permitan a la organización sanitaria, disponer de feed-back de resultados con los que tomar decisiones en una perspectiva de mejora continua. Se estaba incubando el Programa "Úlceras Fóra".

1.5.3.- DISEÑO Y DESARROLLO DEL PROGRAMA ÚLCERAS FORA

Para que los esfuerzos formativos y asistenciales estuviesen alineados, se hizo preciso establecer un itinerario formativo específico y "estratégico" (libre de posibles intereses comerciales de la industria), que aglutinase todos estos esfuerzos y garantizar la adecuada formación de los profesionales en el uso de productos de cura en ambiente húmedo, integrando la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión, y del resto de heridas agudas y crónicas que se tratan en los centros asistenciales de la comunidad gallega. Entendemos que solo de esta manera, se puede conseguir una formación efectiva, organizada y estructurada que garantice la mejora de las competencias de los profesionales del SERGAS, al tiempo que ayude a complementar la estrategia de optimización de recursos a desarrollar en los años siguientes.

La decisión de que el programa se desarrollase principalmente en torno a las úlceras por presión, viene condicionada, entre otras cosas, por dos motivos.

1. La factibilidad de establecer y poder medir indicadores que nos proporcionen la información necesaria de la evolución del programa (en los hospitales del SERGAS, ya disponemos en ese momento de

indicadores de prevalencia e incidencia de UPP monitorizados permanentemente a través del aplicativo GACELA, lo que simplifica y facilita su seguimiento y control).

2. Porque la UPP son lesiones frecuentemente asociadas o condicionadas por un déficit de cuidados, por lo que un importante número de ellas se consideran prevenibles. También porque al margen de las bases fisiopatológicas de cada tipo de heridas crónicas, el manejo del lecho de la lesión y de los productos de cura en ambiente húmedo, no dista demasiado entre unas y otras, de forma que lo aprendido con las úlceras por presión, puede ser de aplicación en otros tipos de lesiones.

El programa Úlceras Fóra, se desarrolla paralelamente al nuevo concurso público, que esta vez incluye el suministro de productos de cura en ambiente húmedo, a todos los centros asistenciales del servicio Galego de Saúde, con el objetivos de:

- Mejorar la asistencia a los pacientes con heridas
- Reducir la incidencia y prevalencia de UPP y demás heridas crónicas.
- Optimizar la utilización de productos de cura en ambiente húmedo.
- Mejorar los registros que los profesionales deben incorporar a la historia clínica.

El Programa "Úlceras Fora", implica el establecimiento y mejora de las fórmulas de gestión del concurso, como la actualización del grupo asesor de expertos, el diseño de los lotes de productos para licitación en el concurso, que se integrarán en el nuevo catálogo de productos de cura en ambiente húmedo, el establecimiento de los criterios de valoración para cada lote y cada familia y tipo de apósito, el establecimiento de fórmulas para garantizar la calidad y objetividad de la formación derivada del concurso, la creación de un grupo de "referentes" expertos, partiendo del grupo inicial de formadores del SERGAS ya mencionado (que pasará de 58 formadores a 108

"referentes expertos"), así como el diseño de los itinerarios formativos necesarios (para los referentes y para el resto de profesionales).

Para ello se diseña, desarrolla un Plan Formativo sin precedentes, que establece y desarrolla itinerarios formativos específicos (acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las profesiones sanitarias), para cada categoría profesional implicada:

- Formación de Formadores en Deterioro de la Integridad Cutánea del SERGAS
- Formación de todos los mandos intermedios (sanitarios) de todos los hospitales y centros de salud de Galicia.
- Formación de los profesionales asistenciales que tengan entre su actividad asistencial, la asistencia a pacientes con heridas: Personal de enfermería (incluido personal auxiliar y de la red sociosanitaria y geriátrica), farmacéuticos, personal médico y personal no sanitario.

En general, se trata de un ambicioso proyecto formativo sin precedentes, cuyo lema ^(Figura 19), fue elegido por tormenta de ideas entre los profesionales del grupo de formadores.

“Todos xuntos, agora... úlceras fora”

"Todos juntos, ahora... Fuera úlceras"



Figura 19.- Lema y logotipo del Programa Úlcera Fóra.

Fundamentos y Justificación

2.- FUNDAMENTOS Y JUSTIFICACIÓN

Las úlceras por presión suponen un gran problema clínico y asistencial, con enorme repercusión social, económica y sobre la salud de los pacientes, familiares y entorno socio-familiar cercano.

Suponen una fuente de sufrimiento muy importante y un gasto sanitario desproporcionado (el coste del tratamiento de las UPP en España supera los 600 millones de euros / año, lo que aproximadamente se corresponde con un 6% del presupuesto de Sanidad - GNEAUPP 2005); pero es que además, limitan la esperanza de vida de los pacientes, incrementando su morbilidad y mortalidad (Soldevilla, 2006)⁴².

Si a ello añadimos que un porcentaje muy alto se producen como consecuencia de la ausencia, insuficiencia o ineficiencia de los cuidados recibidos por el paciente y que se da por establecido que un 95 % de las UPP, serían prevenibles (Hibbs, 1987), estaríamos ante una "mala gestión de la prevención y tratamiento de las UPP".

En cuanto al tratamiento, nos encontramos con que existen en el mercado, cientos de productos para tratamiento de úlceras por presión y heridas crónicas; tantos y tan variados, que resulta una complicación para muchos profesionales, que al no conocer en profundidad sus propiedades, indicaciones y peculiaridades, acaban limitándose a unos pocos que conocen mejor; aunque con riesgo evidente de que se puedan utilizar inadecuadamente alguno de ellos (solos o combinados).

Está demostrado que la implantación de estrategias de mejora que promuevan mayor conocimiento y sensibilización de todos los implicados (profesionales, pacientes y cuidadores), permite abordar con efectividad y eficiencia este problema de salud y mejorar la seguridad de los pacientes (Proyecto SENECA 2010).

Del mismo modo, sabemos que la concienciación de todos los implicados (desde los directivos sanitarios, al propio paciente y cuidadores, pasando por todos y cada uno de los profesionales que participen en la atención del

paciente), permite poder evidenciar el problema de las UPP y así poder establecer estrategias de mejora para afrontarlo.

El programa Úlceras Fóra, se desarrolla coincidiendo en el tiempo con la Campaña “**Stop a las úlceras por presión**” (Figura 20), que en 2010 puso en marcha el GNEAUPP, para tratar de poner luz sobre el problema de las úlceras por presión y conseguir la concienciación de toda la sociedad, personal sanitario y cuidadores, con el fin de acabar con el problema de las UPP. Úlceras Fóra comparte la filosofía de dicha campaña y busca establecer sinergias entre ambas.

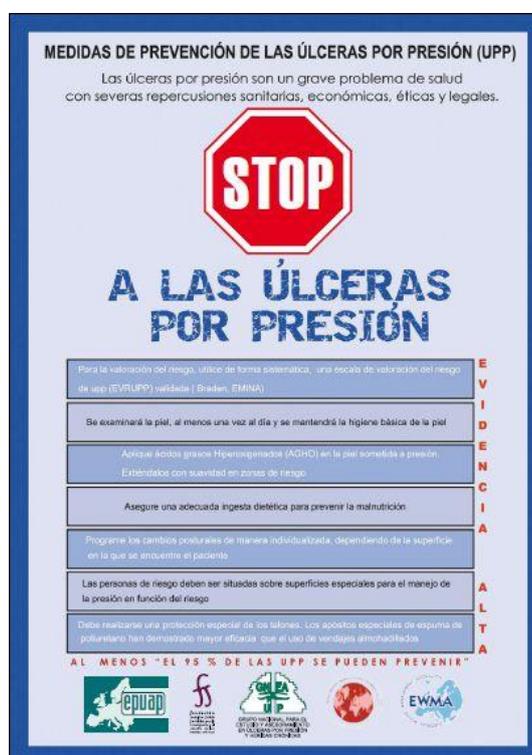


Figura 20.- Logotipo y Medidas de Prevención, de la Campaña "STOP a las Úlceras por Presión".

Promover la unificación de criterios y de líneas de actuación comunes basadas en la mejor evidencia disponible, mentalizar a los profesionales, cuidadores y pacientes desde una perspectiva que priorice la prevención, mejorar las posibilidades de tratamiento (optimizar el arsenal terapéutico, que debe ser adecuado y estar disponible), saber realizar una valoración adecuada, en base a la cual administrar cuidados específicos necesarios,

contribuiría a la consecución de mejores resultados, lo que redundaría tanto en el paciente, como en la administración, ya que además de prevenir y tratar de manera más eficaz las lesiones, también se estaría realizando un consumo más racional y responsable de los recursos en general y del material de cura en ambiente húmedo, en particular.

Por otra parte, todos los profesionales sanitarios, precisamos actualizar periódicamente nuestros conocimientos, para ir integrando los avances, novedades y evidencias científicas procedentes de la investigación, lo que mejora y actualiza nuestras competencias; esto es especialmente necesario en aspectos relacionados con el abordaje, administración de cuidados e indicación de tratamientos a los pacientes con úlceras, por la alta variabilidad que existe tanto de productos, como de sistemáticas de abordaje.

El diseño e implementación de planes formativos específicos, contribuye a mejorar los conocimientos y contribuye a sensibilizar a profesionales y cuidadores.

El Programa Úlceras Fóra, pretende:

- Contribuir a tratar de adecuar el arsenal terapéutico a las necesidades de las heridas que presentan nuestros pacientes, estableciendo sistemas de valoración objetivos, para tratar de conseguir los mejores productos, a los mejores precios.
- Colaborar en el diseño e implementación del catálogo de productos de cura en ambiente húmedo.
- Seguir las pautas establecidas por el SERGAS en Manual de Prevención y Tratamiento de UPP
- Tratar de unificar los criterios generales de actuación y los específicos de selección de apósitos, en función de las características de cada lesión y de cada paciente.
- Concienciar a todos los implicados, en la importancia de administrar cuidados preventivos específicos y adecuados, para evitar la aparición de UPP

- Sistematizar la forma de valorar la lesiones que no hayamos podido prevenir, para poder establecer un abordaje personalizado, con los productos más adecuados.
- Plantear las actividades formativas necesarias para concienciar a los profesionales y pacientes, así como para mejorar el manejo de productos y dispositivos para la prevención y para el tratamiento.
- Generar los recursos económicos necesarios para poder autogestionarse, sin que repercuta negativamente sobre la financiación de los centros.
- Reducir los índices de prevalencia e incidencia de úlceras

Para que esto pueda ser efectivo, es imprescindible y necesaria la formación continuada y la actualización de conocimientos de todo el personal de enfermería en esta materia, teniendo como referencias obligadas, el Manual del SERGAS, las últimas evidencias científicas disponibles, y el catálogo de apósitos de cura en ambiente húmedo del SERGAS (arsenal terapéutico a disposición de los profesionales).

Desde una perspectiva de procesos asistenciales integrados, es necesario integrar en esta formación, a todos los profesionales que de una u otra manera intervienen o tienen relación con el problema del deterioro de la integridad cutánea y tisular.

Implica a todos los que participan en la administración de cuidados (enfermeras y técnicos auxiliares de enfermería, cuidadores de centros geriátricos y cuidadores domiciliarios, formales e informales), a los que participan asesorando en la utilización de los apósitos como productos sanitarios (farmacéuticos) y a los que participan activamente en el diagnóstico y/o tratamiento de los pacientes (médicos y/o enfermeras).

Solo desde un abordaje integral, estaremos en condiciones de conseguir que todos los profesionales sean conscientes de la enorme responsabilidad que supone identificar lo antes posible las necesidades de seguridad, protección y cuidados de la piel en nuestros pacientes, para poder establecer e implementar en consecuencia, las correspondientes medidas de prevención.

El Plan Formativo para la optimización de recursos en la cura en ambiente húmedo, se entrelaza de manera transversal dentro de la **“Estratexia SERGAS 2014. A sanidade Pública ao servizo do paciente”**, donde se establece como reto fundamental, el logro de una asistencia más segura, más eficiente y de mejor calidad, y que los pacientes sean el centro de todas las actuaciones.

Se abordan en este plan, aspectos relativos a **cinco** de los **siete objetivos estratégicos** priorizados en la estrategia y a **quince** de las **cuarenta líneas de actuación** a desarrollar e implementar (Tabla 4).

Objetivos estratégicos	Líneas de actuación
Nº 1. Promover la salud y responder a las necesidades del ciudadano a través de dispositivos asistenciales específicos	1.1. Estructura organizativa de gestión integrada
	1.4. Integración de la atención sociosanitaria
	1.6. Impulso a los programas de prevención y promoción de la salud
	1.7. Participación de los ciudadanos y de los pacientes
Nº 2. Garantizar la prestación de servicios en el lugar y momento adecuados, con los niveles de calidad y seguridad comprometidos	2.1. Procesos asistenciales integrados
	2.2. Garantía de atención en tiempo y forma según las patologías definidas
	2.4. Atención domiciliaria y hospitalización a domicilio
	2.6. Política de calidad y seguridad del paciente
	2.7. Mejores prácticas de prescripción y dispensación de medicamentos
Nº 3. Definir una política de personal alineada con las necesidades del sistema y de los profesionales	3.2. Gestión del conocimiento
Nº 4. Desarrollar unos sistemas de información que faciliten la práctica clínica y la toma de decisiones	4.2. Proporcionar a todos los profesionales herramientas que permitan aumentar la eficiencia, la calidad y la capacitación en el trabajo.
	4.3. Adaptar los sistemas de información hacia la gestión integral de los problemas de salud
	4.4. Garantizar la disponibilidad, seguridad, confidencialidad y calidad de la información sanitaria
Nº 6. Gestionar los recursos de forma rigurosa y eficiente	6.1. Establecimiento de un marco de rigor y austeridad en el sistema sanitario público gallego
	6.3. Central de compras y plataforma logística

Tabla 4.- Objetivos estratégicos y Líneas de actuación. Estrategia SERGAS 2014

Objetivos de Investigación

3.- OBJETIVOS

Partiendo de que no existen experiencias similares, ni precedentes de programas formativos de tan amplio alcance en un tema tan específico como el deterioro de la integridad cutánea y tisular y con tanta relevancia en la calidad asistencial, ni a nivel autonómico, ni nacional, se pretende:

A) Objetivo Principal:

- Evaluar la implementación Programa “Úlceras Fóra”, para la mejora de la calidad en prevención y tratamiento del Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular en toda Galicia.

B) Objetivos Secundarios:

- Monitorizar la consecución de los objetivos del Programa Úlceras Fóra en relación a la formación y transferencia de conocimientos sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión (UPP) y su impacto en la práctica asistencial.
- Valorar los conocimientos iniciales en prevención y tratamiento de las UPP y su transferencia a la práctica asistencial, así como los conocimientos adquiridos por los profesionales de enfermería al recibir formación dirigida y su transferencia transcurrido un periodo temporal (conocimiento sumativo y diferido).
- Determinar el nivel de satisfacción de los profesionales (sanitarios y no sanitarios) y el grado de cumplimiento de sus expectativas, con la formación recibida sobre el abordaje integral de las UPP.
- Identificar y establecer indicadores de evolución que permitan medir y registrar los efectos de las UPP en la práctica asistencial de enfermería.
- Evaluar el impacto, derivado de la implantación e implementación del programa Úlceras Fóra en la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol, desde las perspectivas de calidad asistencial, seguridad del paciente y optimización de los recursos.

Material y Métodos

4.- MATERIAL Y MÉTODOS

4.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio cuasi-experimental y de observación sistemática de mejora de la calidad asistencial con diseño de intervención sin asignación aleatoria.

4.2.- ÁMBITO DEL ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo inicialmente desde el Servicio de Integración Asistencial de la Subdirección Xeral de Planificación y Ordenación Asistencial, de la Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria del Servizo Galego de Saúde (SERGAS) en la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia.

Posteriormente se completó desde la Dirección de Procesos de Enfermería de la Estructura Organizativa de Xestión Integrada (EOXI) de Ferrol.

En la primera parte, el ámbito de estudio son los centros de salud y hospitales de la Comunidad Autónoma Gallega incluídos en el Plan formativo del SERGAS, y en la segunda, los centros de salud y hospitales de la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.

4.3.- DESARROLLO Y PROCEDIMIENTOS:

El periodo de estudio y análisis de los resultados expuestos en este estudio de investigación (Tesis Doctoral) incluyó desde el año 2010 hasta 2012, que se desarrolló desde la Dirección de Asistencia Sanitaria (Gestión del Concurso público de apósitos de cura en ambiente húmedo y diseño e implantación del Programa Úlceras Fóra en Galicia).

La parte desarrollada en la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol, se desarrolló entre 2012 y el primer trimestre del año 2015 y se corresponde a la implementación del Programa Úlceras Fóra en el Área Sanitaria de Ferrol.

4.3.1.- Equipo de mejora: Se creó un equipo de mejora de la calidad tipo QIT (Quality Implement Team)⁵³, formado por profesionales de reconocida experiencia y prestigio en la gestión del deterioro da integridad cutánea e tisular.

Para la toma de decisiones, se estableció la técnica cualitativa de grupo nominal y búsqueda de consenso dentro del grupo de investigación.

4.3.2.- Revisión bibliográfica: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre deterioro da integridad cutánea e tisular y una revisión documental de toda la literatura científico-técnica sobre apósitos de cura en ambiente húmedo (CAH) disponibles para su dispensación en Galicia; así como, de las mejores y más actuales evidencias y recomendaciones de práctica clínica sobre prevención y tratamiento de UPP.

La búsqueda bibliográfica de artículos, guías y otros documentos relacionados con temática de estudio incluyó las principales bases de datos españolas e internacionales (EmBase, PubMed, Scirus, CUIDEN Plus, MEDES, Cochrane y JBI coNect), varios repositorios (Dialnet Plus y Latindex), metabuscadores de recursos especializados en salud (Google Scholar, Mergullador del SERGAS y Pórtico de la UDC), diferentes hemerotecas electrónicas (SciELO, Bireme y Cantárida); así como consulta de libros y otras fuentes bibliográficas en formato digital (Citeulike, Bibliosaude del SERGAS y REBUIN de la UDC).

La estrategia de búsqueda se limitó a un periodo de 10 años (2004-2014) utilizándose para ello los siguientes descriptores MeSH y operadores Booleanos: "skin ulcer" AND "bandages, hydrocolloid", "wound healing" OR "occlusive dressings".

También se usaron los siguientes descriptores de la salud DeSC: "Úlcera por presión", "Infección de heridas", "desbridamiento", "guía de práctica clínica"; combinados con texto libre: "UPP" y descriptores MeSH: "decubitus ulcer" OR "pressure ulcer" OR "pressure sores" OR "bed sores", "guideline" OR "risk assessment"

Se realizó además una búsqueda ampliada utilizándose para ello las siguientes palabras clave: "Health care", "Practice care", "apósito", "dressing", "cura en ambiente húmedo", "práctica clínica basada en evidencia", "herida crónica", "guía de práctica clínica" y "GPC".

Y se revisaron las principales Guías de Práctica Clínica (GPC) sobre Deterioro da Integridad Cutánea y Tisular vigentes (< 5 años) relacionadas con UPP, úlceras vasculares (venosas, arteriales y pie diabético), úlceras cutáneas neoplásicas, quemaduras y lesiones cutáneas por humedad.

Se seleccionaron los documentos en base a los siguientes criterios de inclusión/exclusión:

- Idioma: inglés, español y portugués
- Temática: Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular (según la clasificación diagnóstica NANDA-I), UPP y úlceras/lesiones cutáneas y heridas crónicas relacionadas con los cuidados/mantenimiento adecuado de la piel.
- Tipo de estudios: todo tipo de estudios observacionales y analíticos y estudios de revisión. Se excluyeron los casos clínicos.
- Guías de práctica clínica, guías basadas en la mejor evidencia y guías de consenso. Se excluyeron los protocolos y las vías clínicas.
- Vigencia: artículos y documentos publicados en los últimos 10 años (2004-2014). Las GPC deberían no sobrepasar los 5 años de antigüedad.
- Accesibilidad: se tuvieron en cuenta tanto documentos de acceso libre, como aquellos de pago o acceso restringido.

4.3.3.- Participación en el diseño, desarrollo y resolución del Concurso.

A través de la participación en el Comité Técnico, se definieron los lotes y se estructuraron las prescripciones técnicas, los criterios de valoración y los criterios de adjudicación.

La resolución por la que se anuncia la contratación de este innovador sistema de compra centralizada de apósitos y productos de CAH: "**Resolución de 16 de noviembre de 2010 de la Dirección de Recursos Económicos del Servicio Gallego de Salud, por la que se anuncia la contratación por el Servicio Gallego de Salud, del suministro sucesivo de apósitos para el tratamiento de las heridas basado en la cura húmeda. (MI-SER1-10-019)**", se publica en el Boletín Oficial del Estado (BOE nº 290 de 1 de diciembre de 2010), **(ANEXO 1)**.

Una vez resuelto el concurso, a través de la revisión de las evidencias y recomendaciones sobre su uso clínico, se procedió al diseño y maquetación del Catálogo de productos de cura en ambiente húmedo. Para el consenso sobre indicaciones, limitaciones y recomendaciones de los productos en el catálogo final (dado que en muchos casos dependen de la valoración subjetiva de los profesionales), se somete a revisión a través de técnica Delphi, inicialmente entre el grupo técnico asesor y posteriormente con todos los formadores referentes.

4.3.4.- Definición, implantación, implementación y evaluación del Plan Formativo específico del Programa Úlceras Fóra: Con la participación y asesoramiento del grupo técnico y a través de la participación en el equipo directivo del SERGAS, se procedió al diseño de la estrategia de implantación del Programa "Úlceras Fóra" en toda la comunidad autónoma de Galicia.

Sobre la base del análisis y reflexiones evidenciadas en el apartado "1.5.2.- PUNTO DE PARTIDA DEL PROGRAMA ÚLCERAS FÓRA", se establece la necesidad de realizar una adecuada "difusión del conocimiento", como sistema de mejora de la calidad asistencial y como forma de promover la optimización en la utilización de los productos; de esta forma se participó en la definición, planificación, implantación e implementación del Plan Formativo específico del Programa Úlceras Fóra en todos los centros sanitarios adscritos al SERGAS.

Para ello, se procedió al diseño y organización de talleres formativos específicos. Los alumnos participantes (criterios de inclusión) fueron:

- Profesionales sanitarios: personal médico, farmacéutico, de enfermería y personal técnico auxiliar, tanto de atención primaria, como de hospitalización y atención sociosanitaria.
- Personal no sanitario: celadores de atención hospitalaria y sociosanitaria

Solo se incluyó a aquellos profesionales con atención directa a pacientes con deterioro de la integridad cutánea y/o tisular o con riesgo de padecerlo.

Los talleres fueron impartidos por profesionales expertos de los referentes miembros del grupo de formadores y referentes del SERGAS.

La evaluación es un proceso complejo y sistemático de obtención de información, sobre todo en los momentos y factores que intervienen en el proceso formativo, pero necesario a fin de determinar sus resultados y orientar a la toma de decisiones y a la mejora de la calidad. Para la valoración global de la intervención formativa, se planteó realizar la evaluación a varios niveles:

- **Evaluación de la reacción a la formación, del proceso y de la satisfacción:** Se pretendió medir como reaccionan los participantes ante la actividad formativa, su satisfacción con la formación recibida y el grado de cumplimiento de sus expectativas. El instrumento de evaluación consistió en una encuesta de satisfacción ad hoc, que se realizó en todas las actividades formativas, que valora mediante una escala tipo Likert, los contenidos, objetivos, duración, metodología empleada, material didáctico, o profesorado, y las condiciones de aprendizaje y grado de satisfacción global; además incorpora campos de texto libre para observaciones o sugerencias. El cuestionario se entregaba “in situ” al finalizar la actividad formativa (cuando la actividad formativa constaba de varias jornadas, el cuestionario se entregaba y recogía al finalizar la jornada formativa del último día).

- **Evaluación del aprendizaje:** Se pretendió conocer si los participantes en la acción formativa asimilaron los conocimientos, habilidades o actitudes que se pretendían (o sea comprobar la consecución de los objetivos pedagógicos):
 - Determinar el grado de conocimientos y de utilización en la práctica asistencial, de buenas prácticas recomendadas por las GPC y el GNEAUPP, sobre prevención y tratamiento del deterioro de la integridad cutánea según la mejor evidencia científica disponible.
 - Tratar de identificar los factores profesionales y formativos que influyen en el grado de conocimientos y su aplicación práctica.
- **Evaluación de la transferencia:** Se pretende medir el cambio en la conducta del alumno como consecuencia de la acción formativa (para que se produzca es necesario que los profesionales tengan el deseo de cambiar, que sepan lo que tienen que hacer y cómo, y que cuenten con el clima de trabajo adecuado para aplicar los nuevos conocimientos. Esta evaluación determina el grado en que los participantes transfieren o aplican a su puesto de trabajo el aprendizaje y las competencias conseguidas con la formación.

Para la evaluación del aprendizaje y de la transferencia, se realizó un observación sistemática del nivel de conocimientos y su aplicación a la práctica clínica, mediante la autocumplimentación de una encuesta desarrollada y validada (García-Fernández FP y cols., 2002), sobre conocimientos y utilización de las recomendaciones de evidencia y buenas prácticas para el abordaje de la prevención y tratamiento de las UPP **(ANEXO 2)**.

El método de evaluación consistió en evaluar estadísticamente los conocimientos en tres momentos diferentes:

- a) **Al pre-inicio de la acción formativa:** Se entregaba en papel a cada asistente del taller/cursó el cuestionario validado. El objetivo fue situar el punto de partida del conocimiento natural o personal (variabilidad

teórico-práctica) de cada participante (profesionales de enfermería de Galicia), antes de exponer los contenidos que iban dirigidos hacia la estandarización y adecuada formación para eliminar y/o modificar los hábitos erróneos.

- b) **A la post-finalización de la actividad formativa:** En el momento de finalizar la acción formativa se cumplimentaba el mismo cuestionario. La intención de esta doble evaluación (pre-post) era verificar si los conocimientos adquiridos se pasaban a aplicar en la práctica asistencial (transferencia de conocimientos), mejorando así, la calidad asistencial y seguridad del paciente.
- c) **Al cabo de un periodo de tiempo (>1 mes):** Tras haber recibido la formación, desde las Unidades de Formación Continuada de cada Área Sanitaria y/o desde el Servicio de Integración Asistencial, se procedió al envío de un correo electrónico con la encuesta validada para su cumplimentación por cada uno de los profesionales. La finalidad era evaluar tales conocimientos por tercera vez, para determinar si finalmente fueron consolidados o quedaron como conocimientos residuales (combinados con conocimientos erróneos o con experiencias propias).

Dentro de la valoración del cuestionario, las intervenciones de Prevención 4, 5 y 11 se corresponden con acciones no recomendadas en las Guías de Práctica Clínica (GPC). Las intervenciones de Tratamiento 4, 6, 10, 11, 13, 15, 18 y 20 se corresponden con acciones no recomendadas por las GPC.

- **Evaluación del impacto:** Consistió en medir los efectos de la adquisición del aprendizaje a través de la formación y si su transferencia al puesto de trabajo produce cambios en su área de trabajo y en el total de la organización. Para identificar, seguir y medir el impacto es imprescindible establecer indicadores que permitan hacer un cálculo riguroso y adecuado. Los indicadores deben de ser fiables, pertinentes, aceptables, en nº reducido, poco costosos y factibles:

- Incidencia de úlceras por presión (UPP).
- Prevalencia de úlceras por presión (UPP).
- Pacientes con valoración de riesgo de UPP realizada.
- Pacientes con resultado de riesgo de UPP en la valoración.
- Nivel de aplicación de cuidados en función del riesgo de UPP identificado.
- Tipos y cantidades de productos de cura en ambiente húmedo consumidos en el Area, evaluando su evolución y adecuación.

La evaluación del impacto se realizó a través de la información recogida en los cuadros de mando generados con la información recogida en la historia clínica electrónica GACELA e IANUS.

4.3.5.- Implementación en Ferrol: En este momento el proyecto se centró en la implementación y el seguimiento del Programa Úlceras Fóra, en relación a la solicitud y utilización de los productos cura en ambiente húmedo, administración de los cuidados de enfermería relacionados y el seguimiento de indicadores de calidad en UPP; así como el reporte (retroalimentación) de resultados a los Servicios y/o profesionales implicados de la Gerencia de Gestión Integrada del Área Sanitaria de Ferrol (ASF).

A través de la participación en la reorganización de la sistemática de actuación de la "Unidad de Asesoramiento en Cura en Ambiente Húmedo", se rediseñaron:

- Los algoritmos para la solicitud de apósitos y productos de prevención local del deterioro de la integridad cutánea.
- La sistemática y recogida de datos.
- La sistemática de consulta y análisis de datos.
- La monitorización de indicadores y el reporte de información a los profesionales (Feed-Back a profesionales)
- Los algoritmos de trabajo y utilización de los productos del catálogo, según la mejor evidencia científica disponible y las posibilidades de combinación entre los diversos productos del catálogo.

4.4.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico realizado para determinar el grado de satisfacción y expectativas de los profesionales ha sido de tipo descriptivo, a través de medidas de tendencia central (frecuencias y porcentajes) con un intervalo de confianza del 95%; así como estadística inferencial (T de Student y análisis de la varianza) para la comparación de grupos.

Para el análisis estadístico del cuestionario de conocimientos (variables cualitativas), se han comparado proporciones utilizando el Test del Chi Cuadrado. Se consideraron que los resultados eran estadísticamente significativos cuando $p < 0,05$.

Para la evaluación estadística del resto de variables (incidencia/prevalencia de UPP, consumo de apósitos, etc.), el análisis consistió en hallar las medidas de tendencia central y de dispersión para un intervalo de confianza del 95%.

Los programas informáticos utilizados fueron Microsoft Word y Excel 2010 e IBM SPSS v21.

Resultados

5.- RESULTADOS:

5.1.- Equipo de Mejora QIT

El equipo de mejora de la calidad tipo QIT (Quality Implement Team), estaba formado por profesionales del grupo de referentes del SERGAS (profesionales de reconocida experiencia y prestigio en la gestión del deterioro da integridad cutánea e tisular).

Para a toma de decisiones, se estableció la técnica cualitativa de grupo nominal y búsqueda de consenso dentro del grupo de investigación.

5.2.- Resultados de la Búsqueda bibliográfica

La estrategia seguida de búsqueda bibliográfica ha reportado multitud de documentos científicos sobre el tema de estudio en cuestión (el Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular).

La selección principal de la información se ha centrado en las Guías de Práctica Clínica (GPC) y Guías Basadas en la mejor Evidencia (GBE); así como en artículos sobre revisiones sistemáticas (RS) y otros originales (ensayos clínicos y estudios observacionales). La documentación publicada en libros también ha sido muy considerada para este estudio.

En la **Tabla 5**, se hace un resumen de los principales GPC y GBE consultadas. En la **Tabla 6**, se enumeran las Tesis Doctorales y Máster considerada en este estudio. El resto de fuentes bibliográficas aparecen citadas en el apartado de bibliografía e insertadas a lo largo de los contenidos de esta Tesis.

GPC/GBE	Denominación
Úlceras por Presión (UPP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas con Úlceras por Presión o Riesgo de Padecerlas.⁵⁴ ▪ Guía de Práctica Clínica: Prevención y Tratamiento de las Lesiones Por Presión.⁵⁵ ▪ Canadian Best Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pressure Ulcers in People with Spinal

	<p>Cord Injury.⁵⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcers. Nursing Best Practice Guideline.⁵⁷ ▪ Pressure Ulcer Prevention. The Prevention and Management of Pressure Ulcers in Primary and Secondary Care.⁵⁸ ▪ WOCN Guideline for Prevention and Management of Pressure Ulcers. WOCN Clinical Practice Guideline.⁵⁹ ▪ Pan Pacific Guideline for the Prevention and Management of Pressure Injury.⁶⁰ ▪ Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline.⁴⁷ ▪ A National Guideline for the Prevention of Pressure Ulcers.⁶¹
Úlceras Venosas (UV)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior. Documento de Consenso C.O.N.U.E.I.⁶² ▪ Guía de Práctica Clínica: Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético.⁶³ ▪ Management of Venous leg Ulcers: Clinical Practice Guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum.⁶⁴ ▪ Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers.⁶⁵ ▪ Regional Wound Care Clinical Practice Guidelines: Venous, Arterial, and Mixed Lower Leg Ulcers.⁶⁶ ▪ Tissue Viability Service Clinical Practice Guideline: Leg Ulcer Prevention & Management.⁶⁷ ▪ Management of Chronic Venous Leg Ulcers. A National Clinical Guideline.⁶⁸
Úlceras Neuropáticas o de Pie Diabético(PD)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guía de Práctica Clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético.⁶³ ▪ Assessment and Management of Foot Ulcers for People with Diabetes.⁶⁹ ▪ Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del Pie Diabético en el primer nivel de atención.⁷⁰ ▪ Prevention, Identification and Management of Foot Complications in Diabetes.⁷¹ ▪ Diabetic foot problems. Inpatient management of diabetic foot problems.⁷² ▪ Management of diabetes. A national clinical guideline.⁷³

Úlceras Neoplásicas (UN)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas con Úlceras Neoplásicas⁷⁴
Úlceras por Quemadura (UQ)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas que Sufren Quemaduras.⁷⁵⁷⁶ ▪ Clinical Practice Guidelines: Burn Patient Management. ACI Statewide Burn Injury Service.⁷⁶

Tabla 5.- Resumen de las principales GPC y GBE consultadas.

TIPO	TÍTULO TESIS
Tesis Doctoral	<ol style="list-style-type: none"> 1. Calidad de Vida y Cicatrización en Pacientes con Úlceras de Etiología Venosa: Adaptación Transcultural y Validación del “Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire (CCVUQ)” y del “Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH)”.⁷⁷ 2. Epidemiología, Prevención y Tratamiento de las Úlceras Por Presión.⁷⁸ 3. Evaluación de las Guías de Práctica Clínica Españolas sobre Úlceras por Presión en cuanto a su Calidad, Grado de Evidencia de sus Recomendaciones y su Aplicación en los Medios Asistenciales.⁷⁹ 4. Evolución de la Cura Tópica en Úlceras y Heridas con Diferentes Tratamientos. Estudio Comparativo de Casos Clínicos.⁸⁰ 5. Las Úlceras por Presión en Gerontología. Dimensión Epidemiológica, Económica, Ética y Legal.⁸¹ 6. Prevención de la Úlcera Plantar Neuropática en Pacientes Diabéticos de la Región de Murcia. Uso de las Plantillas de Absorción de Energía.⁸² 7. Pruebas Diagnósticas de Infección en Úlceras por Presión. Prevalencia de Infección, Evaluación de la Validez de los Métodos de Recogida de Muestra y Estimación de Costes⁸³. 8. Diagnóstico Microbiológico y Correlación Clínica en Pacientes con Herida crónica y Sospecha de Infección.⁸⁴ 9. Instrumentos de Monitorización Clínica y Medida de la Cicatrización en Úlceras por Presión (UPP) y Úlceras de la

	<p>Extremidad Inferior (UEI). Desarrollo y Validación de un Índice de Medida.⁸⁵</p> <p>10. Escalas de Riesgo de Desarrollar Úlceras por Presión. Revisión Sistemática con Meta-análisis.⁵²</p> <p>11. Prevalencia de Úlceras Por Presión en la Isla de Lanzarote.⁸⁶</p> <p>12. Valoración de Úlceras Por Presión mediante Tecnologías de la Información y la Comunicación.⁸⁷</p> <p>13. Prevención de Úlceras Por Presión: Análisis de la Implantación de una Vía Clínica en una Unidad Geriátrica de Recuperación Funcional.⁸⁸</p> <p>14. Eficacia del Aceite de Oliva en La Prevención de Úlceras Por Presión en Pacientes Inmovilizados en Atención Primaria. Ensayo Clínico Aleatorizado, Multicéntrico, Paralelo, Triple Ciego, De No Inferioridad.⁸⁹</p> <p>15. Infecciones en Ulceras de Pie Diabetico: Epidemiología, Factores Predictivos De Multirresistencia y Pronósticos Asociados Con Amputación. Estudio Prospectivo 2008-2012.⁹⁰</p>
Tesis Máster	<p>1. Calidad de las Guías de Práctica Clínica sobre Úlceras Vasculares en Extremidades Inferiores.⁹¹</p> <p>2. Evaluación de la Calidad de la Evidencia de las Guías de Práctica Clínica de Enfermería Españolas sobre Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión.⁹²</p> <p>3. Estudio Comparativo de las Guías de Práctica Clínica Internacionales en Deterioro de la Integridad Cutánea.⁹³</p>

Tabla 6.- Tesis Doctorales y Máster consideradas en el estudio

5.3.- Resultados de la participación en el diseño, desarrollo y resolución del concurso. Expediente MI-SER1-10-019.

La participación en el desarrollo del Concurso de Contratación del suministro sucesivo de apósitos para el tratamiento de las heridas, basado en la cura húmeda, con destino a todos los centros dependientes del Servizo Galego de Saúde, como miembro del Comité Técnico para el desarrollo de las directrices y los procesos de gestión del mismo, dio como resultado:

- La redacción y desarrollo del pliego de **"PRESCRIPCIONES TÉCNICAS PARA LA CONTRATACIÓN POR PROCEDIMIENTO ABIERTO, DEL SUMINISTRO SUCESIVO DE APÓSITOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS BASADO EN LA CURA HÚMIDA"**, que se presenten al concurso **(ANEXO 3)**.
- El diseño y desarrollo de los **"CRITERIOS DE VALORACIÓN TÉCNICA. CONCURSO SUCESIVO DE APÓSITOS. VALORACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO GENERAL PARA TODOS LOS LOTES"**; criterios que el grupo de revisores expertos del SERGAS, debe aplicar para la valoración de cada lote de apósitos/productos CAH, con el fin de validar de forma estandarizada su idoneidad técnica para la práctica clínica **(ANEXO 4)**.
- El diseño y desarrollo de los **"CRITERIOS DE ADJUDICACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO ABIERTO DE CONTRATACIÓN DE APÓSITOS PARA CURA HÚMEDA"** **(ANEXO 5)**.

Finalmente el concurso público para la compra integrada de Apósitos de cura húmeda se concreta en el DOG (Diario Oficial de Galicia) el 13 de diciembre de 2010, para un total de 2 años, sobre un importe de 25.209.162,26 €, (con I.V.A.), lo que supone una estimación económica de más de 12,5 millones de euros para cada uno de los años de vigencia del concurso.

El 25/01/2011, es la fecha límite para la presentación de ofertas.

Toda la información del citado concurso está accesible desde la página Web del SERGAS, en el siguiente enlace:

https://extranet.sergas.es/cadmoweb/Cadmo_Web/DetalleContratacion342010.aspx?IdPaxina=70003&seccion=0&IdExpediente=62283

Se plantea el suministro sucesivo de apósitos para tratamiento de las heridas basado en la cura húmeda (cura en ambiente húmedo), de 31 lotes de apósitos, (Tabla 7), repartidos en 11 familias de productos.

LOTE	DESCRIPCIÓN	TOTAL IVA INCLUIDO (8%)
1	APÓSITO DE ALGINATO CÁLCICO 10*10 CM (\pm 1 CM)	413.045,5680
2	HIDROXEL ENVASE DE 15 GRAMOS	274.867,5600
3	APÓSITO DE HIDROGEL DE 10*10 CM (\pm 3 CM)	83.773,0080
4	APÓSITO DE CARBÓN DE 10*10 CM (\pm 2 CM)	1.691.697,7440
5	APÓSITO NON ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO 10*10 CM (\pm 1 CM)	247.320,2160
6	APÓSITO NON ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO DE 15*15 CM (TAMAÑO MÍNIMO)	730.204,8480
7	APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO CON ÁREA DE ABSORCIÓN DE 5*5 CM (\pm 2 CM)	301.191,6960
8	APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO CON ÁREA DE ABSORCIÓN DE 10*10 CM (\pm 3 CM)	2.033.337,6000
9	APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO CON ÁREA DE ABSORCIÓN DE 18*18 CM (\pm 5 CM)	3.082.717,4400
10	APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO EN PRESENTACIÓN DE SACRO	917.544,6720
11	APÓSITO NON ADHESIVO OU DE BAIXA ADHERENCIA DE ESPUMA DE POLIURETANO EN PRESENTACIÓN DE CALCAÑAR	1.092.159,2880
12	APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO EN PRESENTACIÓN DE CALCAÑAR	451.904,6160
13	APÓSITO DE ESPUMA DE POLIURETANO DE BAIXA ADHERENCIA DE 15*15 CM (\pm 1 CM)	971.571,0240
14	APÓSITO DE ESPUMA DE POLIURETANO DE BAIXA ADHERENCIA CON BORDE DE 10*10 CM (\pm 1 CM).	286.837,2000
15	APÓSITO HIDROCOLOIDE DE PROTECCIÓN FINO 10*10 CM (\pm 1CM)	437.647,3200
16	APÓSITO HIDROCOLOIDE DE PROTECCIÓN FINO 15*15 CM (\pm 1 CM)	797.912,6400
17	APÓSITO HIDROCOLOIDE ADHESIVO 10*10 CM (\pm 1 CM)	259.357,0320
18	APÓSITO HIDROCOLOIDE ADHESIVO 15*15 CM (\pm 1 CM)	332.022,2400
19	APÓSITO HIDROCOLOIDE ADHESIVO PRESENTACIÓN DE SACRO	660.812,4720
20	APÓSITO HIDROCOLOIDE NON ADHESIVO 10*10 CM (\pm 1 CM)	1.364.645,5560
21	APÓSITO HIDROCOLOIDE NON ADHESIVO EN CINTA DE 2*30 CM (MEDIDAS MÍNIMAS).	175.378,6080
22	APÓSITO HIDROCOLOIDE EN MALLA DE 10*10 CM (\pm 2 CM)	294.446,8800
23	APÓSITO DE BAIXA ADHERENCIA EN LÁMINA OU LÁMINA DE 10*10 CM (\pm 1 CM)	853.368,2640
24	APÓSITO CON PLATA EN MALLA DE 10*10 CM (\pm 2 CM)	726.328,9440
25	APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO CON PLATA DE 16*16 CM (\pm 2 CM)	1.351.162,0800
26	APÓSITO DE HIDROFIBRA CON PLATA DE 15*15 CM (\pm 1 CM)	3.256.297,6320
27	APÓSITO DE HIDROFIBRA CON PLATA EN CINTA DE 2*40 CM (MEDIDAS MÍNIMAS)	197.331,1200
28	APÓSITO COMBINADO ADHESIVO DE 15*15 CM (\pm 1 CM)	597.565,7280
29	APÓSITO BIOACTIVO CON CARGA IÓNICA DE 10*10 CM (\pm 1 CM)	526.561,5600
30	APÓSITO INHIBIDOR DE METALPROTEASAS DE MATRIZ	517.340,7360
31	APÓSITO NON ADHESIVO HIDROPOLIMÉRICO, HIDROCELULAR, FORMADOR DE GEL DE 15*15 CM (\pm 1 CM)	282.810,9600
TOTAL		25.209.162,26 €

Tabla 7.- Lotes de apósitos que salen a concurso público.

Un aspecto muy importante a destacar de los criterios de adjudicación que se plantean en el concurso, es que a diferencia de otros concursos sobre material de cura húmea que se han publicado en España, el factor "PRECIO" no es determinante para la adjudicación del concurso, sino que tiene exactamente el mismo "peso" que la VALORACIÓN TÉCNICA, según se puede comprobar en la Tabla 8 y **ANEXO 5**.

CONCEPTO	PUNTUACIÓN
<i>Criterios Subxectivos (SOBRE B)</i>	
Oferta técnica	0-40
<i>Criterios Obxectivos (SOBRE C)</i>	
Oferta económica	0-40
Formación	0-10
Apartacións gratuítas	0-5
Loxística e servizo	0-5

Tabla 8.- Criterios de adjudicación del concurso

Que a la valoración técnica, se le otorgue tanto valor, supone de entrada una declaración de intenciones del SERGAS, en la que apuesta claramente por primar la calidad de los productos a licitar (disponer de los mejores productos, pero al mejor precio posible).

Cabe destacar también, como aspecto innovador, la puntuación que se asigna al apartado de formación (recursos derivados para formación de los profesionales del SERGAS), porque aquí radica una de las claves del concurso. El SERGAS, consciente de la necesidad de actualización de conocimientos de sus profesionales en un tema tan dinámico y cambiante como el mundo de los productos de cura en ambiente húmedo, se garantiza en el concurso, el compromiso de las empresas con dicha formación.

Una vez aplicados los criterios de inclusión / exclusión, nos quedan 128 apósitos diferentes que cumplen las prescripciones técnicas requeridas y que se reparten entre los lotes, tal y como se expone en la Tabla 9.

En estos momentos se pasó a estructurar la fase de valoración técnica de los productos. Se reparten los lotes de productos en grupos, con muestras suficientes (aportadas por los laboratorios que optan a la licitación), para que puedan ser sometidos a pruebas clínicas, por los profesionales a quién se le asignen, en un entorno clínico real.

PRODUCTOS ANALIZADOS POR CADA LOTE			
Lote 1 - 7 apósitos	Lote 9 - 6 apósitos	Lote 17 - 6 apósitos	Lote 25 - 1 apósitos
Lote 2 - 8 apósitos	Lote 10 - 6 apósitos	Lote 18 - 6 apósitos	Lote 26 - 2 apósitos
Lote 3 - 1 apósito	Lote 11 - 3 apósitos	Lote 19 - 6 apósitos	Lote 27 - 2 apósitos
Lote 4 - 4 apósitos	Lote 12 - 3 apósitos	Lote 20 - 2 apósitos	Lote 28 - 4 apósitos
Lote 5 - 8 apósitos	Lote 13 - 4 apósitos	Lote 21 - 2 apósitos	Lote 29 - 1 apósitos
Lote 6 - 7 apósitos	Lote 14 - 2 apósitos	Lote 22 - 2 apósitos	Lote 30 - 4 apósitos
Lote 7 - 8 apósitos	Lote 15 - 6 apósitos	Lote 23 - 1 apósitos	Lote 31 - 2 apósitos
Lote 8 - 8 apósitos	Lote 16 - 5 apósitos	Lote 24 - 2 apósitos	Total= 128 apósitos

Tabla 9.- Apósitos para valoración técnica, repartidos por lotes.

Con el fin de minimizar la variabilidad en las valoraciones, además de determinar los criterios a aplicar para dicha valoración, se reunió a todas las supervisoras de materiales del SERGAS, así como a un referente del equipo de formadores de cada gerencia de gestión integrada; ambos (supervisora y referente), serían los responsables de organizar y liderar la valoración y prueba de productos en cada gerencia.

Se hace una puesta en común con ejemplos prácticos, de como se deben valorar las características de cada apósito (se valora cada característica por separado, para primar la objetividad); después de aclarar todas las dudas al respecto, se asignaron los lotes a valorar en cada gerencia; con el fin de reducir la subjetividad, esta asignación se hizo de manera "ciega" (ningún profesional, conocía que otros profesionales, o de que otras gerencias, iban a probar esos mismos productos).

Cada tipo de apósitos fue valorado al menos por cinco equipos diferentes (y de áreas diferentes); pero además, en cada una de las áreas, cada tipo de apósitos fué valorado al menos por cuatro profesionales también diferentes.

En el plazo acordado, se recibieron en el SERGAS los informes con los criterios ya valorados. Tras los correspondientes análisis y aplicación del resto de criterios objetivos, aplicables para la adjudicación (Valoración técnica + Formación + Oferta económica + Donación de productos + Logística) , se confirman los lotes ganadores del concurso (con la puntuación más alta después de la suma de todos los criterios de adjudicación. Destacar que todo el proceso de valoración técnica se desarrolló en el tiempo previsto y sin ninguna incidencia relevante que destacar.

Como datos más relevantes derivados de la resolución del concurso, destacar que si bien el presupuesto de licitación alcanzaba los 25.209.162 € para 2 años, el ajuste de precios derivado del concurso supuso un importante ahorro estimado; así, la adjudicación (si se consumieran las unidades de apósitos previstas) quedaría por debajo de los 18.974.378 €, con lo a priori, el concurso supone un ahorro directo de 6.234.784 € directos.

Por otra parte es importante destacar que, del total de presupuesto de licitación, el SERGAS se reserva una cantidad aproximada de 1.800.000 €, para poder incorporar por compra directa, otros productos que están fuera de concurso, o productos nuevos o innovadores que puedan surgir en el futuro. En la Tabla 10, podemos observar las empresas que resultan adjudicatarias del concurso, con los correspondientes lotes asignados.

EMPRESAS ADJUDICATARIAS	Lotes Nº	% LICITACIÓN
3 M	7, 8, 9	19,19 %
B. Braun Medical SA	5	0,85 %
Convatec	16, 17, 18, 19, 20, 21, 26, 27, 28	32,04 %
Hartmann	2, 3, 15	2,86 %
URGO SLU	22, 24,	2,84 %
Mölnlycke	10, 13, 14, 23, 25	18,23 %
Smith & Nephew	1, 6, 11,	7,68 %
Systagenix	4, 12, 29, 30, 31	16,30 %

Tabla 10.- Empresas adjudicatarias del concurso

Por otra parte y también derivados del concurso, el SERGAS recibe 235.693 unidades de apósitos en donación (valorados en 752.529€) y más de 441.379 € destinados a la formación de los profesionales, lo que supone más de 200.000 € por año, para formación **(ANEXO 6)**.

Una vez decidido y formalizado el concurso, se procedió a la elaboración del Catálogo de Productos de Cura en ambiente húmedo.

Se diseñó y desarrolló el Catálogo de Apósitos Normativizado por familias (grupos categorizados) para toda la Red Sanitaria de Galicia.

En dicho catálogo (formato póster) **(ANEXO 7)**, se recogen todos los tipos de apósitos del concurso, agrupados por familias. El diseño pretende ofrecer toda la información posible de manera ágil y visual, de forma que le pueda servir a cualquier profesional (aunque apenas tenga experiencia o conocimientos al respecto), como guía para tratar a los pacientes con UPP. Para ello se utilizaron una serie de pictogramas y fotografías, acompañadas de muy poco texto informativo, tratando de mejorar su comprensibilidad y legibilidad.

En el catálogo se incluye cada uno de los apósitos de los lotes que los profesionales van a tener a su disposición en los centros asistenciales que dependen del SERGAS, durante la vigencia del concurso todos los lotes (dos años, renovables por otros dos).

Para su mejor comprensión se agrupan por familias, ya que las características que les condicionan, suelen ser las mismas o muy similares entre sí. En todos los casos se acompaña de una foto del apósito, del nombre genérico y nombre comercial, medidas, código de producto con el que aparece en el pedido, precio del producto por unidad y características principales a tener en cuenta, tanto en indicaciones, como en precauciones o limitaciones de uso del mismo.

Las familias de apósitos se disponen en dos filas a lo largo del póster (una superior y otra inferior); cada familia tiene asignado un color diferente y cada tipo de apósito se sitúa en una especie de caja vertical, donde se dispone toda la información del apósito o familia de apósitos.

La parte central del póster, se reserva para los pictogramas explicativos, que se sitúan en el centro entre las filas superior e inferior de apósitos. El pictograma con los tipos de tejido (Figura 21), se sitúa a la izquierda y el de propiedades, a la derecha (Figura 22), que aportan la información necesaria para documentar todas las propiedades:

- Indicaciones en función del tipo de tejido presente en la lesión (se incluye una foto de cada tipo de tejido y las iniciales del nombre para evitar confusiones a los profesionales menos expertos).



Figura 21.- Tipo de tejido para el que estaría indicado (lecho de la lesión).

- Límite de días que puede permanecer el apósito en la lesión.
- Si se puede recortar, o no, el apósito.
- Si precisa, o no, apósito secundario.
- Si está indicado para heridas poco exudativas (una gota), moderadamente exudativas (dos gotas) o altamente exudativas (tres gotas).
- Si precisa, o no, vendaje de sujeción.

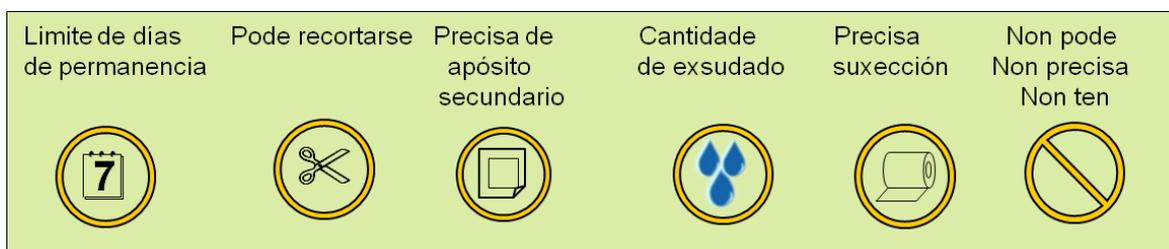


Figura 22.- Propiedades / Características que limitan el uso del apósito

Además de la información de los pictogramas sobre las propiedades y características mencionadas, también se incluyen otras características en texto (en el centro de la columna), que pueden condicionar o limitar la utilización del apósito (Figura 23).

Así en la imagen del Alginato, que vamos a usar como ejemplo, podemos comprobar que aparece (de arriba hacia abajo), la siguiente información:

INFORMACIÓN QUE INCLUYE

- Nombre de la familia de producto: Alginato
- Foto del apósito.
- Nombre comercial del alginato incluido en el catálogo: Algisite M
- Medidas del apósito.
- Coste (precio) - unidad
- Características específicas que pueden condicionar su utilización.
- Pictogramas de propiedades del apósito.
- Pictogramas de los tipos de tejido en los que estaría indicado.
- Código y nombre (denominación exacta) con el que aparece identificado en el petitorio de suministros (SUMAP)

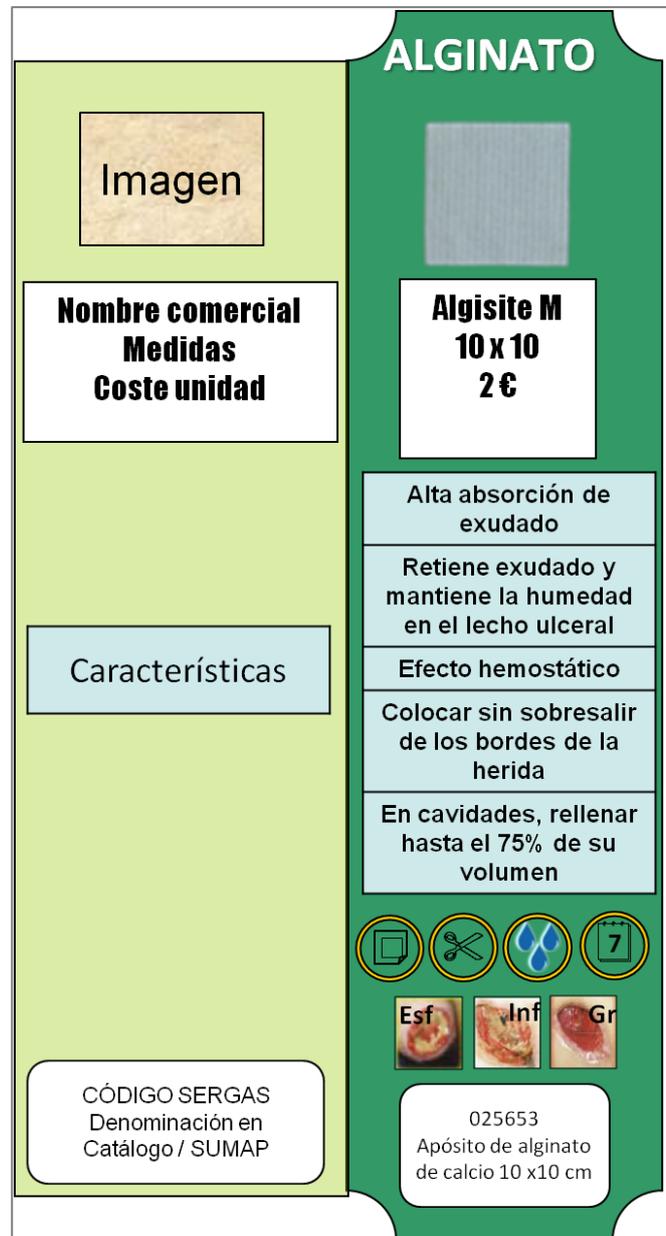


Figura 23.- Ejemplo de como se utilizan los pictogramas en el catálogo

De esta forma, podemos comprobar que el apósito de alginato:

- Está indicado para heridas con alto contenido de exudado (alta absorción).

- Retiene exudados en su interior, por lo que mantiene húmedo el lecho de la lesión (cura en ambiente húmedo).
- Tiene propiedades hemostáticas (por su contenido en calcio).
- No debemos colocarlo sobresaliendo de los bordes de la lesión, porque maceraría el tejido perilesional.
- Si se usa para rellenar cavidades, no debe rellenarse más allá del 75% de la capacidad de la cavidad, porque aumentaría de volumen al interaccionar con el exudado, siendo contraproducente para la herida (generaría presión dentro de la cavidad, contra las paredes de la misma).
- Necesita apósito de sujeción.
- Puede recortarse, sin alterar sus propiedades.
- Está indicado para heridas altamente exudativas.
- Puede mantenerse en la lesión un máximo de 7 días.
- Puede utilizarse en heridas con tejido esfacelar.
- Puede utilizarse en heridas infectadas.
- Puede utilizarse en heridas con tejido de granulación .

De esta forma, en muy poco espacio, el póster aporta toda la información relevante de cada familia y tipo de apósito del catálogo.

Los catálogos se han distribuido y colocado en TODAS las consultas de enfermería de atención primaria (centros de salud y puntos de atención continuada) y en todas las salas de curas de las unidades de enfermería hospitalaria y consultas donde se trata a pacientes con heridas. Además se han utilizado para la formación de los profesionales del SERGAS.

Para la implantación del Programa Úlceras Fóra y del correspondiente Catálogo de cura en ambiente húmedo, se realizaron una serie de reuniones de trabajo con todas las Direcciones de Enfermería de la comunidad. Una vez informados los equipos directivos, se planificaron reuniones informativas (difusión e implicación), junto con cada Dirección de Enfermería, para sus Formadores Referentes y mandos intermedios (de todos los Hospitales, Gerencias de Atención Primaria y Área Sanitaria):

- Dar a conocer el Programa Úlceras Fóra, líneas de actuación y responsabilidades, enfatizando en que para que este programa tenga posibilidades de éxito, juega un papel fundamental, el nivel de implicación de las Direcciones de Enfermería, pero sobre todo el papel y compromiso de los mandos intermedios de enfermería (supervisoras y coordinadoras), que deben liderarlo en sus respectivos, centros, unidades o servicios.
- Dar a conocer de primera mano el catálogo de productos de cura en ambiente húmedo del SERGAS (y proceder a su distribución a todos los centros y profesionales del SERGAS).
- Resaltar el papel relevante de los profesionales referentes (Formadores referentes), tanto para la consulta de dudas, como para asesoría de los profesionales y de los propios equipos directivos.

A continuación (Tabla 11) se correlacionan todos los centros donde se realizaron las reuniones (en el **ANEXO 8**, figura la carta tipo, utilizada para la convocatoria).

SESIONES REALIZADAS EN LOS CENTROS	
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña	Hospital de O SALNÉS
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo	Hospital VIRXE XUNQUEIRA
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago	Hospital BARBANZA
Complejo Hospitalario de Pontevedra	Hospital VERÍN
Complejo Hospitalario de Ourense	Xerencia de Atención primaria de A CORUÑA
Hospital XERAL-CALDE	Xerencia de Atención primaria de SANTIAGO
Area Sanitaria de FERROL	Xerencia de Atención primaria de VIGO
Hospital de BURELA	Xerencia de Atención primaria de PONTEVEDRA
Hospital de MONFORTE	Xerencia de Atención primaria de OURENSE
Hospital de O BARCO	Xerencia de Atención primaria de LUGO

Tabla 11.- Relación de centros en que se realizaron las presentaciones

5.4.- Resultados de la definición, implantación, implementación y evaluación del Plan Formativo específico del Programa Úlceras Fóra en el SERGAS.

En este nuevo concurso, uno de los aspectos más novedosos fue el planteamiento de que las empresas podían ofrecer, como parte de su oferta de licitación, formación continuada (acreditada), o los fondos económicos necesarios para que el SERGAS gestionase esa formación; la cuantificación de la oferta formativa se planteó de manera objetiva (**ANEXO 4**); esto contribuyó al éxito del programa, ya que el propio concurso facilitaba los recursos económicos para poder financiar toda la formación que requieren los profesionales, sin repercutir en los presupuestos de la administración.

En caso de que la oferta formativa se corresponda con una actividad formativa ya elaborada (curso o taller), para garantizar que toda la formación se alinee con la estrategia, esa actividad debería estar acreditada y la empresa adjudicataria, incluir entre los formadores a alguno de los referentes del SERGAS.

Por otra parte, la renovación automática del concurso anterior, implicaba que las empresas adjudicatarias, debían asumir los compromisos formativos derivados. Como se habían identificado dentro del análisis de la situación planteado en el punto 1.5.2, una serie de situaciones que imposibilitaban poder valorar adecuadamente la formación realizada y con el fin de aunar todos los esfuerzos, desde el Servicio de Integración Asistencial de la Subdirección de Planificación y Ordenación Asistencial (Dirección de Asistencia Sanitaria), junto con el Servicio de Docencia de la Subdirección de Investigación del SERGAS, se procedió a plantear reuniones de trabajo con los responsables de las empresas adjudicatarias, para tratar de gestionar esos fondos de manera compartida, o al menos supervisada, como medio de impulsar y mantener la línea establecida por el SERGAS.

De este planteamiento, surge la posibilidad de poder desarrollar la ampliación del grupo de Formadores “Referentes” del SERGAS, para lo que se articuló un programa formativo específico en el que pudimos contar con algunos de los profesionales más importantes y relevantes a nivel nacional

en Deterioro de la Integridad Cutánea, como ponentes y formadores del Programa de Formación de Formadores Referentes; la financiación se gestionó con las empresas adjudicatarias que habían prorrogado contrato.

PONENTES CURSO FORMADOR DE FORMADORES REFERENTES	
Nieves Domínguez González	<ul style="list-style-type: none"> • Directora General de Asistencia Sanitaria. SERGAS.
Pablo Permuy Villanueva.	<ul style="list-style-type: none"> • Subdirector de Subdirección General de Compras. SERGAS.
Luis Arantón Areosa	<ul style="list-style-type: none"> • Jefe Servicio.Integración Asistencial. SERGAS. • Comité Consultivo del GNEAUPP. • Máster Univeristario en Enf. Dermatológica y Heridas. Universidad Católica Valencia. • Subdirector Revista Enfermería Dermatológica.
Rodrigo Gómez Ruiz	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de Formación No presencial y Aula virtual de FEGAS.
José M ^a Rumbo Prieto	<ul style="list-style-type: none"> • Máster Universitario en Enf Dermatológica y Heridas. Universidad Católica Valencia.
Ángeles Pérez Vázquez.	<ul style="list-style-type: none"> • Máster en el Cuidado de Heridas Crónicas por la Universidad de Cantabria.
Federico Palomar Llatas.	<ul style="list-style-type: none"> • Director del Máster Enf Dermatológica y Heridas. Univ. Católica Valencia. • Coordinador Unidad de Úlceras. Consorcio Hospital Universitario de Valencia. • Director Revista Enfermería Dermatológica.
Cristina Quesada Ramos.	<ul style="list-style-type: none"> • Máster en el Cuidado de Heridas Crónicas por la Universidad de Cantabria. • Comité Asesor del GNEAUPP.
Ramón Delgado Fernadez	<ul style="list-style-type: none"> • Máster en el Cuidado de Heridas Crónicas por la Univ. de Cantabria. • Comité Consultivo del GNEAUPP.
Javier Soldevilla Agreda.	<ul style="list-style-type: none"> • Presidente del GNEAUPP. • Director Revista Gerokomos. • Doctor en Enfermería.
Paco Pedro García Fernandez	<ul style="list-style-type: none"> • Máster en el Cuidado de Heridas Crónicas por la Universidad de Cantabria. • Doctorando en Heridas Crónicas por la Universidad de Jaén. • Experto de Nivel III-Excelente por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. • Comité Director del GNEAUPP.
Concha Pérez Pérez	<ul style="list-style-type: none"> • Directora del Máster de Dirección de Personal. • Consultora especializada en Comunicación.

Tabla 12.- Ponentes Curso Formador de Formadores Referentes

Esta formación se llevó a cabo a lo largo del mes de septiembre de 2010 en las aulas de FEGAS, y del SERGAS.

TEMARIO DEL CURSO FORMADOR DE FORMADORES REFERENTES

- Abordaje del deterioro de la Integridad cutánea y tisular en el SERGAS. (Nieves Domínguez y Luis Arantón)
- Gestión y compra centralizada de apósitos de cura en ambiente húmedo. (Pablo Permuy)
- Innovación y Formación Continuada. Gestión y manejo del Aula virtual de FEGAS. (Rodrigo Gómez)
- Valoración de los pacientes y de las lesiones. Planificación de cuidados y registros. (Luis Arantón)
- La práctica basada en la evidencia científica en el deterioro de la integridad cutánea. (José M^a Rumbo)
- Prevención y tratamiento de UPP. (Ángeles Pérez).
- Actualización en el manejo y tratamiento de úlceras tumorales. (Federico Palomar).
- Prevención y tratamiento de las UPP en las unidades de pediatría. (Cristina Quesada).
- Optimización y racionalización de los diferentes apósitos especiales de cura en ambiente húmedo. Características e indicaciones. (Ramón Delgado).
- Epidemiología y problemática asociada a las UPP. Responsabilidad ética y legal. (Javier Soldevilla).
- La infección y la carga bacteriana en el proceso de curación de las heridas. (Paco Pedro García).
- Habilidades de comunicación para la transmisión de conocimientos a otros profesionales (en grupos de 15 alumnos). (Concha Pérez)

Tabla 13.- Temario del curso de Formador de Formadores Referentes

La renovación de la Red de Formadores en Deterioro de la Integridad Cutánea del SERGAS (y su reconversión a Formadores Referentes para Deterioro de la Integridad Cutánea) obedeció también a:

- No poder contar con alguno de los anteriormente formados (indisponibilidad en este momento).
- La necesidad de incorporar a todos los profesionales emergentes en este área de conocimiento.
- La necesidad de otorgarle carácter institucional y establecer un compromiso del Programa Úlceras Fóra y la administración sanitaria, con todos estos profesionales y sus respectivas Direcciones de Enfermería, para garantizar el liderazgo e implicación en el proyecto.

Se formaron 104 Profesionales como Formadores Referentes (los 4 restantes hasta los 108 totales actuaron como formadores en este curso). Una buena parte de estos alumnos ya atesoraban algún curso de postgrado en úlceras por presión y heridas, además de numerosos cursos de formación continuada sobre el tema, tanto en la faceta de alumnos, como de docentes.

El curso se llevó a cabo en las instalaciones de la FEGAS y del SERGAS con los profesionales repartidos en cuatro ediciones, tras las cuales, los alumnos pasaban a impartir la formación derivada del programa. Es importante destacar que los materiales formativos utilizados, se centralizaron, de manera que todos los formadores usaron siempre los mismos materiales con el fin de disminuir la variabilidad achacable al cambio de formador.

Otro compromiso formativo que se consiguió establecer fue el de dar la posibilidad a todos los formadores del SERGAS de cursar un curso específico de postgrado universitario en cuidado de Heridas, para lo cual se establecieron negociaciones con la Universidad de Santiago de Compostela. Fruto de estas negociaciones, la empresa Systagenix organizó a través de dicha Universidad el "CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN

EL CUIDADO DE HERIDAS” (25,6 créditos), en el que se especializaron 60 profesionales del SERGAS (todos los del Grupo de Referentes, algunos directivos de enfermería y otros profesionales emergentes con interés en desarrollar sus competencias en este ámbito). Al igual que en el curso de Formación de Formadores, pudimos contar con la participación de los principales profesionales referentes a nivel nacional (**ANEXO 9**).

El curso de especialista se impartió en el aula de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Santiago de Compostela en jornadas de viernes tarde (16:30 a 21:00 h.) y de sábados por la mañana (9:30 a 14 h.) a lo largo del curso académico.

Se impartió en forma de clases magistrales y constaba de dos pruebas de conocimientos (la primera para los módulos del I al V y la segunda para los módulos del VI al VIII), que suponían el 40% de la nota final del curso; otro 40% correspondía a la realización de un proyecto de investigación fin de curso (a valorar por la comisión evaluadora); el 20 % restante de la nota, dependía de la asistencia y participación (que debía ser de al menos un 75% en cada modulo). Finalizaron el curso satisfactoriamente el 96 % de los alumnos matriculados.

Por otra parte, para que todos estos esfuerzos formativos y asistenciales se desarrollasen alineados, se hizo preciso establecer un itinerario formativo específico y “estratégico”, que debería aglutinar todo y garantizar la adecuada formación de los profesionales en el uso de productos de cura en ambiente húmedo, sin perder la perspectiva de que "la lesión más fácil de tratar, es la que no se produce" (PRIORIZAR la PREVENCIÓN); pero integrando ambos conceptos (prevención y tratamiento) en el abordaje de todas las úlceras por presión y resto de heridas agudas y crónicas que debamos tratar en los centros asistenciales de la comunidad gallega. Entendemos que solo de esta manera podemos conseguir una formación efectiva, organizada y estructurada que garantice la mejora de las competencias de los profesionales del SERGAS, al tiempo que ayuda a complementar la estrategia de optimización de recursos a desarrollar.

La organización de todo el plan formativo se hizo desde el Servicio de Integración Asistencial (Subdirección de Planificación e Ordenación Asistencial) en estrecha colaboración con el servicio de docencia (Subdirección Xeral de Investigación, Docencia e Innovación), así como con la participación del servicio de atención al ciudadano (Subdirección Xeral de Desenvolvemento e Seguridade Asistencial).

5.4.1.- Objetivos Plan Formativo. Programa "Úlceras Fóra".

Los objetivos planteados para el Plan Formativo del programa Úlceras Fóra, se concretaron en:

- Implementar de forma organizada e institucional los compromisos formativos comprometidos por las empresas adjudicatarias, tanto en cuanto a fondos comprometidos, como a actividades formativas concretas ofertadas y no ejecutadas.
- Estructurar y planificar un **itinerario formativo** a desarrollar entre 2010 y 2012 (y 2013 - 2015 si se concreta la renovación del concurso), con el fin de que en este período, se pudeira conseguir:
 - Actualizar y ampliar el equipo de Formadores de cura en ambiente húmedo del SERGAS.
 - Formar a todos los mandos intermedios de hospitales y centros de salud, para que estén en condiciones de liderar el proceso de asistencia al paciente en riesgo o con deterioro de la integridad cutánea, así como en las curas y consumo responsable de productos en sus centros.
 - Formar en este período, a la mayor parte de los profesionales asistenciales que tengan entre su actividad asistencial, la asistencia a pacientes con heridas.
 - Incorporar en esta formación al personal de enfermería de los **centros sociosanitarios**, para tratar de garantizar la racionalización de la utilización de estos productos también en el ámbito socio sanitario..

5.4.2.- Diseño y desarrollo de los itinerarios formativos del programa Úlceras Fóra

Se estableció un itinerario formativo (**ANEXO 10**) con varios tramos en función del nivel de competencias a conseguir por los destinatarios a los que va dirigido:

5.4.2.1.- Diseño y desarrollo de la actividad formativa específica para profesionales asistenciales (tanto del SERGAS como de centros sociosanitarios y residencias geriátricas) en el que se prima el establecimiento de criterios comunes para la prevención y tratamiento de las lesiones, además de la actualización de conocimientos sobre el arsenal terapéutico disponible y su aplicación práctica. Todo esto, buscando una atención más eficaz y efectiva en la que se garantice la optimización de los recursos disponibles. El objetivo es que cualquier paciente con heridas, tenga accesibilidad a los mejores tratamientos disponibles en función de las características concretas de sus heridas y de los problemas de salud que las condicionan.

La actividad organizada desde el SERGAS se impartió principalmente a través de teleformación, con al menos una sesión presencial de cierre de cuatro horas, que servía para discutir casos y para poder aclarar posibles dudas. Todas las actividades formativas fueron impartidas por el equipo de formadores del SERGAS con el fin de poder llegar a formar a muchos profesionales en un corto espacio de tiempo.

El objetivo de que, durante la vigencia del concurso, se le realizase esta oferta formativa alrededor del 60% - 80% de los profesionales de enfermería que, dentro de su actividad (asistencial o de gestión), tengan relación con aspectos ligados al deterioro de la integridad cutánea, es imposible de cuantificar, pero tras la numerosa oferta formativa realizada, incluso se han tenido que suspender cursos, por falta de alumnos matriculados, lo que hace preveer que posiblemente se haya superado esa cifra; solo en Ferrol se han formado 544 enfermeras desde que se inició el programa y cerca de 800 profesionales si incluimos a personal auxiliar, celadores y médicos.

Toda la formación se planificó con cargo al nuevo concurso y fue acreditada y canalizada a través de FEGAS o de las unidades de formación continuada de cada gerencia.

5.4.2.2.- Diseño y desarrollo de la actividad formativa específica para mandos intermedios de enfermería

Se destinó tanto a supervisores de área y de unidad de hospitales, como a coordinadores de centros de salud o de puntos de atención continuada.

Entendemos que los mandos intermedios, son los que deben “liderar” absolutamente el proceso de prevención y tratamiento de las heridas, además de garantizar la optimización y racionalización de los productos en sus servicios o centros correspondientes.

Esta actividad se impartió principalmente a través de teleformación, incorporando varias sesiones presenciales, a desarrollar en horario laboral (ocho horas repartidas en cuatro días, al final de la jornada laboral, para garantizar que todos los profesionales implicados pudieran realizarla). Esta parte del itinerario formativo integró también un módulo de habilidades de comunicación y de liderazgo.

Al impartir toda la formación en horario laboral, esta actividad se consideró "obligatoria" para los mandos intermedios.

La actividad formativa fué impartida en 2010 a 306 profesionales de toda Galicia (solo dejaron de realizarla aquellos profesionales en situación de incapacidad temporal, vacaciones u otra circunstancia de fuerza mayor). Posteriormente en 2014 se realizó una nueva convocatoria (profesionales que por algún motivo no habían podido hacer la anterior, mandos intermedios de nuevo acceso y cualquier otro que quisiera actualizar sus conocimientos en el tema). En esta segunda edición se impartió a 167 supervisores y coordinadores.

En la Gerencia de Ferrol, se realizó un nuevo curso específico para mandos intermedios, que realizaron 27 profesionales (que no habían realizado el

anterior, porque no estaban disponibles, o no eran mandos intermedios en aquel momento).

En todas las ediciones, para considerar que se ha superado el curso, los alumnos deben haber dado respuesta correcta al menos al 70% de las preguntas de los cuestionarios (máximo 2 intentos) y resuelto de acuerdo a la sistemática impartida, los casos clínicos propuestos.

Cabe destacar que a pesar de considerar que los mandos intermedios, deben ser los primeros en dominar el tema de la gestión del deterioro de la integridad cutánea, muchos de ellos, consideran que no es así, o están seguros de saber actuar en todos los casos, lo que contrasta con respecto a la formación de los mandos intermedios, que ha sido el colectivo que consiguió globalmente menor porcentaje de acierto en el primer intento del cuestionario, siendo por tanto el colectivo que más precisó recurrir a realizar el segundo intento, para conseguir el 70 % mínimo.

Contrasta también que los módulos en que se alcanzaron menor puntuación, no fueron los que a priori consideraban más complejos (liderazgo, evidencia científica), sino los más básicos: Prevención de UPP y Tratamiento de UPP.

5.4.2.3.- Diseño y desarrollo de la actividad formativa específica para Formación de Formadores.

1. **Actualización y ampliación del equipo de formadores**, mediante convocatoria a las respectivas Direcciones de Enfermería de las Gerencias, Hospitales y Área Sanitaria. Se trata de incorporar al equipo de formadores a todos aquellos profesionales emergentes que en estos años se han ido interesando por la prevención y tratamiento de las heridas crónicas en particular y del resto de heridas en general. El objetivo era disponer de un equipo de formadores de entre 80 y 100 profesionales repartidos por toda la comunidad.
2. **Diseño y desarrollo de una nueva edición del curso de Formación de formadores**, en el que participan como docentes diversos profesionales de reconocido prestigio a nivel autonómico, nacional e internacional. Esta actividad formativa es presencial e

incluye módulos específicos sobre comunicación efectiva, evidencia científica, gestión y liderazgo. El objetivo final es formar a la totalidad de los formadores, durante el último trimestre de 2010, con cargo al concurso, para que después puedan implementar (en cascada) la formación de los demás colectivos implicados.

Como se ha explicado en el punto 5.4, a lo largo de 2010, se integraron en el equipo de formadores 50 nuevos profesionales, que junto con los 58 que ya eran Formadores de Formadores en Deterioro de la Integridad cutánea en el SERGAS, realizaron esta actividad formativa.

En 2014, el Servicio de Integración Asistencial realiza una nueva convocatoria, a través de la cual se integran 37 profesionales más, con una salvedad importante; los 108 iniciales, eran todos enfermeros; en esta incorporación hay enfermeros y médicos especialistas en cirugía general, en cirugía plástica, en dermatología y en cirugía vascular, lo que enriquece enormemente al grupo de formadores.

5.4.2.4.- Diseño y desarrollo de otros materiales formativos de apoyo o de consulta a través de un acceso Web:

Diseño y elaboración de animaciones y/o vídeos específicos de corta duración (no más de 3 minutos) sobre aspectos concretos de la actividad asistencial: cómo desbridar una herida, cómo recoger un cultivo, cómo utilizar cada tipo de apósito, etc.

Estos contenidos están accesibles desde cualquier ordenador de la red SERGAS, en tiempo real, para poder solucionar dudas o como recordatorio de actividades en las que los profesionales puedan tener menos experiencia. Se trata de una modalidad de formación sin certificación, pero entendemos que muy oportuna y útil por la inmediatez que supone a la hora de aclarar las posibles dudas y lagunas formativas que puedan tener los profesionales asistenciales.

Resumiendo, el Programa Úlceras Fóra ha ampliado el equipo de formadores (de 58 a 145), permitiendo actualizar su formación, de manera

que pasan a posicionarse no solo como Formadores, sino como "Profesionales Referentes".

Se ha llevado a cabo la formación de todos los mandos intermedios (de todas las unidades, centros y servicios que estén implicados en la asistencia a pacientes con heridas) y realizar (ofertar) formación al 60-80 % de los profesionales asistenciales que estén tratando a pacientes con heridas. Como el concurso se renovó por dos años, la formación de los profesionales ha sido muy amplia en toda Galicia. En la Xerencia de Ferrol, se han formado alrededor de 800 profesionales.

Hay que destacar que, si bien se trata de un plan muy ambicioso (por la organización y por el número de profesionales a los que implica), y del que **no existe ningún precedente** ni a nivel autonómico, ni a nivel nacional, lo consideramos **factible**.

Destacar además y no mesno importante, que en el plano económico, toda esta actividad formativa sale a **coste "cero"** para el Servizo Galego de Saúde, pues toda la financiación deriva de la canalización de recursos comprometidos por las empresas adjudicatarias del concurso centralizado de productos de cura en ambiente húmedo.

5.4.3. Resultados del cuestionario de satisfacción:

Las actividades de formación continuada realizadas bajo el marco del Programa "Úlceras Fóra", siguió dos itinerarios formativos secuenciales y correlacionados, para toda la Red Sanitaria de Galicia.

Por un lado, durante todo el periodo 2011-2014, se organizaron y difundieron cursos y/o talleres formativos sobre prevención y cuidados de heridas relacionadas con el deterioro de la integridad cutánea, principalmente: úlceras por presión, úlceras vasculares, pie diabético y otras lesiones (úlceras neoplásicas y lesiones asociadas a la humedad); así como formación en metodología de la investigación y publicación científica en el campo del deterioro de la integridad cutánea y tisular (-esta formación en investigación no fue objeto de análisis en esta Tesis-). La formación

anteriormente descrita fue gestionada a nivel de Servicios Centrales del SERGAS, promovida y organizada desde el Servicio de Integración Asistencial e impartida organizada a través de la estructura docente de la Fundación Escuela de Galicia de Administración Sanitaria (FEGAS).

También, además de esta formación centralizada, durante el periodo 2013-2014, cada Gerencia de Gestión Integrada del SERGAS planificó y organizó en sus respectivas áreas sanitarias de influencia, una formación continuada más específica y con mayor alcance profesional (personal sanitario y no sanitario), de forma coordinada con la dirección del Programa “Úlceras Fóra”.

Por tanto, los resultados de la valoración de las expectativas y satisfacción de los profesionales formados en estos cursos, se obtuvo mediante el análisis estadístico de las tres preguntas (de redacción similar) según la autocumplimentación ad hoc del cuestionario de satisfacción empleado en cada curso, dependiendo del centro que lo imparte.

Para esta investigación se tuvo en cuenta dos modelos de cuestionario de satisfacción: a) el modelo utilizado por la FEGAS y b) el modelo del Área Sanitaria de Ferrol (ASF):

1- Cuestionario de satisfacción Modelo FEGAS:

Las preguntas evaluadas fueron la nº 7, 8, y 9 del cuestionario original, las cuales han sido modificadas para este estudio (con el objeto de obtener un análisis diferencial), como:

- a. ¿Te resultaron útiles de los contenidos impartidos?
- b. ¿Son aplicables estos conocimientos a tu puesto de trabajo?
- c. ¿Cómo valoras la exposición de contenidos del curso?

2- Cuestionario de satisfacción Modelo ASF:

Las preguntas evaluadas fueron las preguntas nº 1, 8 y 10 del cuestionario original, no necesitando ser modificadas para su análisis diferencial.

- a. ¿Se cumplieron tus expectativas?

- b. ¿Te sirvió para ampliar conocimientos?
- c. ¿Cómo puntuarías globalmente el curso?

Para cada uno de los ítems del cuestionario se consideraron los valores de la media aritmética (expresado en porcentajes), en correlación con la siguiente escala de valores:

< 70% Baja Satisfacción

70-80% Satisfactorio

81-90% Buena Satisfacción

> 90% Muy Buena Satisfacción

5.4.3.1. Grado de satisfacción según el Cuestionario FEGAS:

➤ Formación de Formadores:

Dentro del Programa Úlceras Fóra, la formación de partida se orientó a establecer un grupo de formadores en Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular (DICyT), entre profesionales sanitarios, que sirviese en sucesivas convocatorias como referentes docentes para extender la formación DICyT a toda la Red SERGAS.

Para ello, en el año 2010, se realizaron 4 ediciones de Formación de Formadores, con una asistencia de 120 profesionales sanitarios. Dichos cursos fueron valorados con un 86,5% de satisfacción, de media. (Tabla 14)

Tabla nº 14. Satisfacción Global de la Formación de Formadores DICyT

	Profesionales sanitarios	¿Te resultaron útiles de los contenidos impartidos?	¿Son aplicables estos conocimientos a tu puesto de trabajo?	¿Cómo valoras la exposición de contenidos del curso?
Media		87,00	92,00	80,75
Mediana		87,00	93,00	82,00
Desv. típ.		1,633	3,559	7,500
Mínimo		85	87	72
Máximo		89	95	87
Suma	120			

DICyT= Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular

➤ **Formación de Formadores para MANDOS INTERMEDIOS:**

Dentro del colectivo de Enfermería hubo un grupo específico que fue el de los Mandos Intermedios (Supervisores y/o Coordinadores de Enfermería); los cuales recibieron de forma dirigida el curso avanzado de “**Formación de Formadores en Deterioro de la Integridad Cutánea**”; ya que se consideró a este colectivo como los más idóneos para liderar la implementación y divulgación de la cultura y el buen hacer en las Unidades y/o Servicios de Salud de la filosofía del programa “Úlceras Fóra” (mejorar la calidad asistencial y seguridad del paciente en todo lo relacionado con este tema de estudio).

Es por ello, que a través de la FEGAS (Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria). Se realizaron 16 ediciones en el año 2010-2011, y 13 ediciones en el periodo 2012-2014, del citado curso (Formación de Formadores), por lo que se llegaron a formar a 438 Mandos Intermedios de enfermería de todas las Áreas Sanitarias de Galicia.

Respecto a su nivel de Satisfacción global resultó estar por encima del 81%, de media. (Tabla nº 15)

Tabla 15. Satisfacción Global de la Formación de Formadores DICyT para Mandos Intermedios

	Mandos Intermedios	¿Te resultaron útiles de los contenidos impartidos?	¿Son aplicables estos conocimientos a tu puesto de trabajo?	¿Cómo valoras la exposición de contenidos del curso?
Media		84,59	83,57	76,59
Mediana		90,00	89,00	82,00
Desv. típ.		12,799	14,101	16,322
Mínimo		56	42	38
Máximo		100	100	100
Suma	438			

DICyT= Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular

En total, durante este periodo (2011-2013), se formaron un total de 558 profesionales de enfermería para ser referentes en prevención y el tratamiento del DICyT en Galicia. La satisfacción global fue “muy buena” (83,5%).

5.4.3.2. Grado de satisfacción según el Cuestionario ASF:

➤ **Grupo de CELADORES:**

El colectivo de celadores recibió 3 ediciones del **curso de Prevención de UPP**. Los profesionales formados fueron 55 y el nivel de satisfacción se situó en torno a un 88,2%, de media (tabla nº1)

Tabla 16. Valoración Global de la Satisfacción expresada por los Celadores

	Celadores	¿Se cumplieron tus expectativas?	¿Te sirvió para ampliar conocimientos?	¿Cómo puntuarías globalmente el curso?
Media		88,67	88,67	87,33
Mediana		92,00	92,00	90,00
Desv. típ.		9,452	9,452	4,619
Mínimo		78	78	82
Máximo		96	96	90
Suma	55			

➤ **Grupo de ENFERMERÍA:**

Al colectivo de Enfermería (DUEs), se le ofertaron 6 cursos/talleres de formación continuada de diferente temática en relación con el deterioro de la integridad cutánea y tisular; llegándose a realizar varias ediciones de cada uno de ellos (26 ediciones en total). Estos cursos fueron:

1. Curso de Prevención de Úlceras por Presión (4 ediciones)
2. Taller de Cuidados de Heridas Pie Diabético (4 ediciones)
3. Taller de Registro de Úlceras por Presión (5 ediciones)
4. Taller de Cuidados de Úlceras Vasculares (3 ediciones)
5. Taller de Apósitos (5 ediciones)
6. Taller de Cuidados de Heridas Otras lesiones (5 ediciones)

El número de DUEs formados fue de 384, y el nivel medio de satisfacción se situó en el 87,9%. (Tabla 17)

Tabla 17. Valoración Global de la Satisfacción expresada por los DUEs

	DUEs	¿Se cumplieron tus expectativas?	¿Te sirvió para ampliar conocimientos?	¿Cómo puntuarías globalmente el curso?
Media		86,12	89,23	88,46
Mediana		86,00	87,00	87,00
Desv. típ.		9,026	7,202	7,596
Mínimo		54	68	66
Máximo		96	100	100
Suma	384			

➤ **Grupo de TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA:**

El colectivo profesional de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs) ha tenido posibilidad de realizar un curso de Prevención de UPP (3 ediciones) y otro de Cuidados de UPP (3 ediciones).

Las TCAEs que se formaron en dichos cursos fueron 120 profesionales. El nivel de satisfacción obtenido fue del 85,5%, de media (Tabla 18)

Tabla 18. Valoración Global de la Satisfacción expresada por las TCAEs

	TCAEs	¿Se cumplieron tus expectativas?	¿Te sirvió para ampliar conocimientos?	¿Cómo puntuarías globalmente el curso?
Media		84,67	85,67	86,33
Mediana		84,00	85,00	85,00
Desv. típ.		6,890	7,528	7,528
Mínimo		78	78	80
Máximo		96	96	98
Suma	120			

➤ **Grupo de MÉDICOS:**

El colectivo de Médicos también fue convocado a formarse en los mismos 6 cursos/taller formativos de apósitos, en prevención y cuidados de heridas de diversa índole, que el colectivo de DUEs. Los médicos tuvieron acceso a

varias ediciones, pero en todos los casos, solo se ha cubierto una edición de cada uno de los cursos ofertados.

El nivel de satisfacción de los médicos por las acciones formativas realizadas fue del 91%. Recibieron formación un total de 64 profesionales médicos. (Tabla 19)

Tabla 19. Valoración Global de la Satisfacción expresada por las Médicos

	Médicos	¿Se cumplieron tus expectativas?	¿Te sirvió para ampliar conocimientos?	¿Cómo puntuarías globalmente el curso?
Media		88,67	92,00	92,33
Mediana		88,00	97,00	94,00
Desv. típ.		5,465	10,354	4,274
Mínimo		82	72	86
Máximo		96	100	96
Suma	64			

En total se han formado 623 profesionales del ASF, con un nivel medio de satisfacción global del 88,15%. En la Tabla 20 y en las Figuras 24 y 25, se puede apreciar una comparativa de las medias obtenidas para cada respuesta del cuestionario de satisfacción medido a través de la variable “categoría profesional”.

Tabla 20. Satisfacción global por comparativa de medias de cada categoría

Categorías profesionales		¿Se cumplieron tus expectativas?	¿Te sirvió para ampliar conocimientos?	¿Cómo puntuarías globalmente el curso?
Celador	Media	88,87	89,00	87,00
DUE	Media	86,00	89,00	88,00
Médico	Media	89,00	92,00	92,00
TCAE	Media	85,00	86,00	86,00
Total	Media	87,22	89,00	88,25
	Desv. típ	2,025	2,449	2,630

Figura 24: Grado de satisfacción por categorías

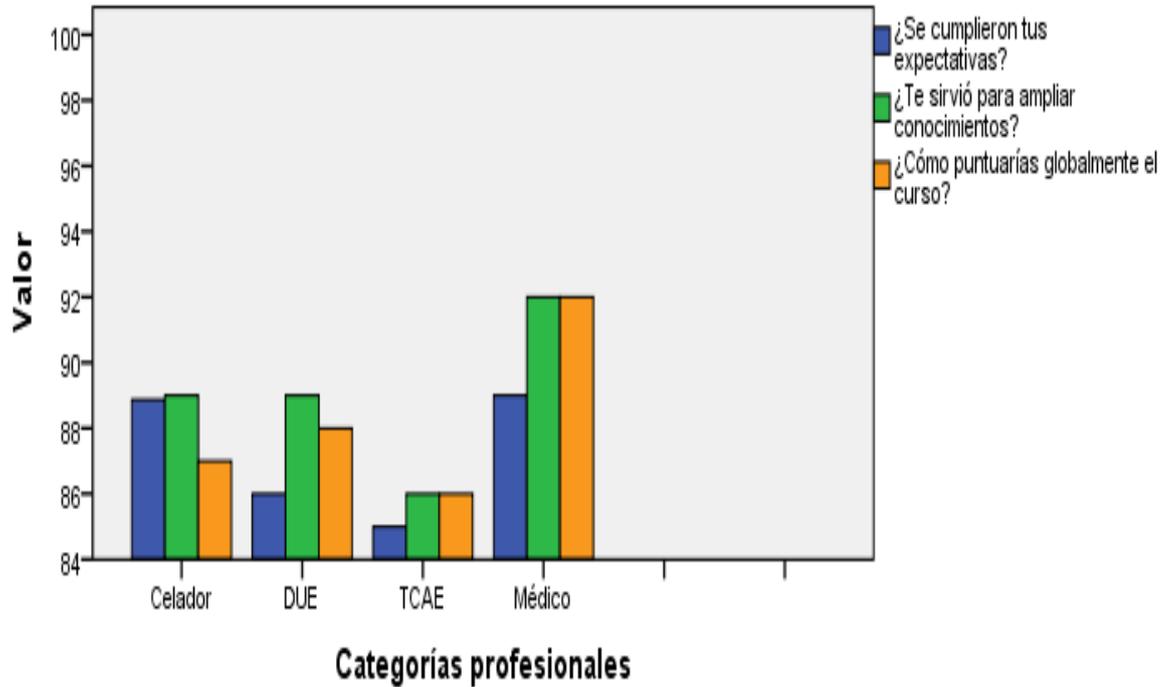
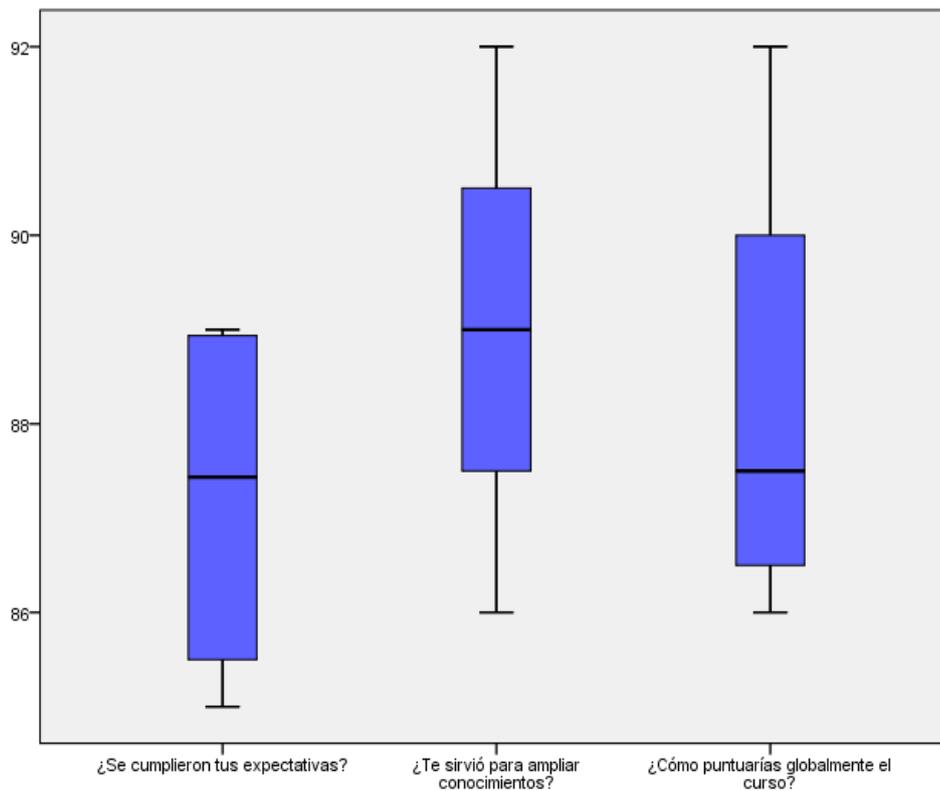


Figura 25: Valores medios de satisfacción según tasa de respuesta

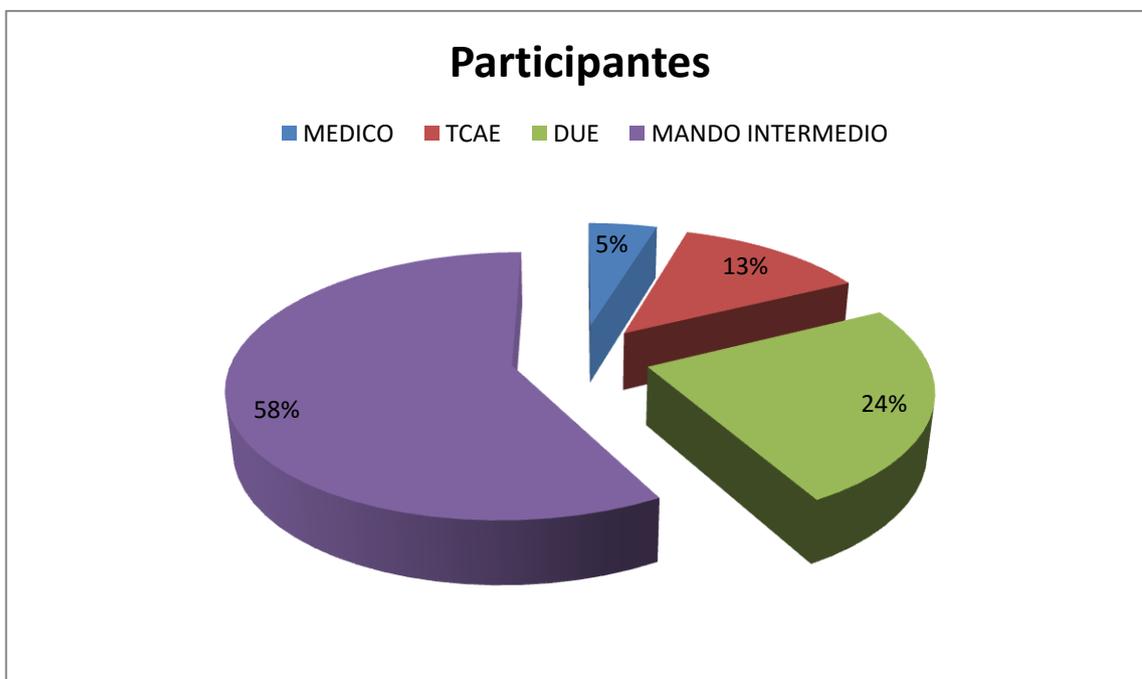


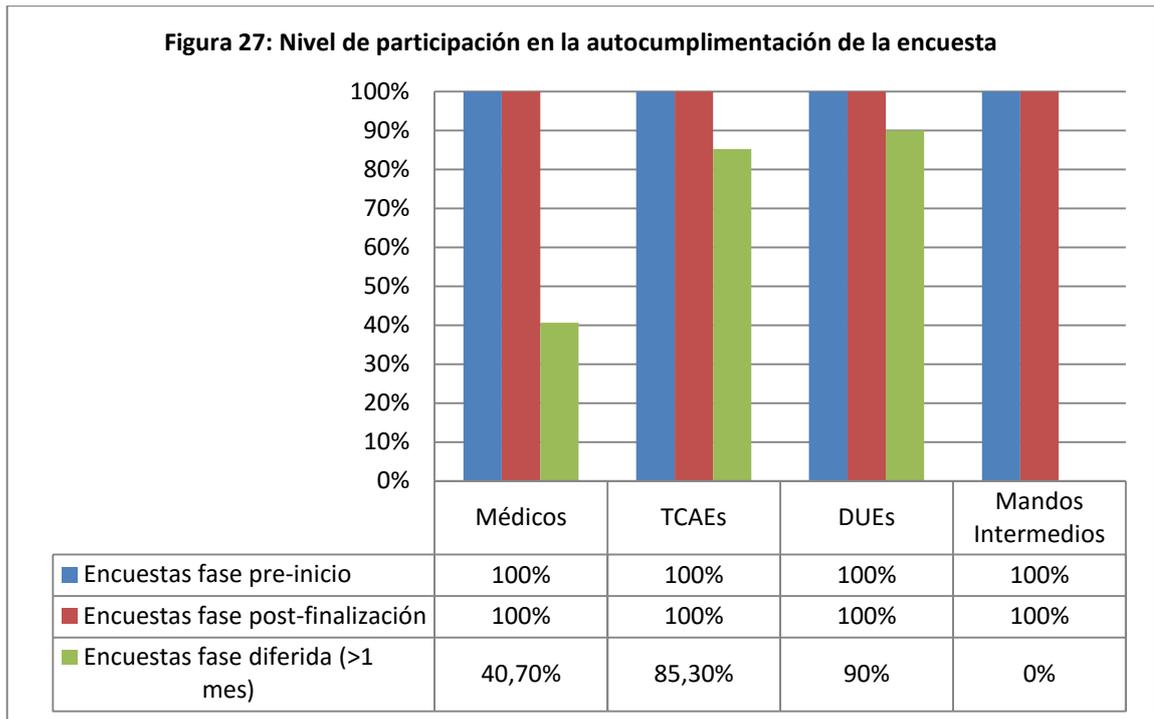
5.4.4. Resultados de la encuesta de conocimientos y práctica clínica:

Como quedó reflejado en el apartado de material y métodos, mediante la autocumplimentación voluntaria de una encuesta desarrollada y validada por García-Fernández FP y cols, se obtuvieron los datos sobre el nivel de conocimientos y utilización de las recomendaciones de evidencia y buenas prácticas para el adecuado abordaje de la prevención y tratamiento de las UPP, de los participantes (médicos, TCAEs, Enfermeras y Mandos Intermedios) de este estudio de investigación.

Las encuestas obtenidas y evaluadas fueron 578 (Figura 26), siendo autocumplimentada por el 100% de los profesionales en el periodo de pre-inicio y post-finalización de la fase formativa; y por un 37,7% en la fase diferida (trascurrido un periodo de un mes). (Figura 27)

Figura 26. Categorías profesionales participantes en la encuesta (n=578)





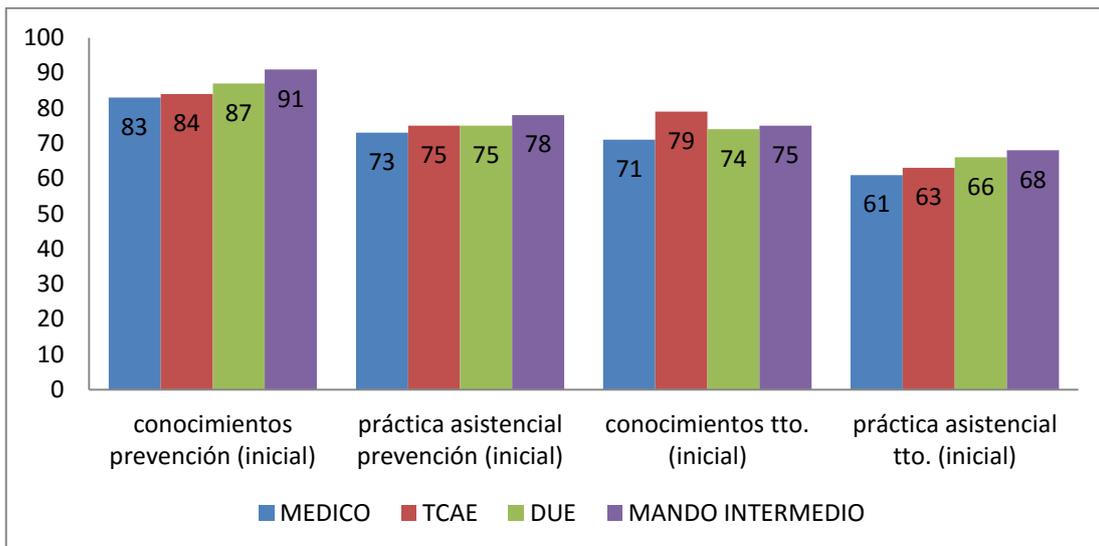
En la Tabla 21, se describe el perfil tipo, para cada una de las categorías participantes, atendiendo a las variables independientes obtenidas a través de la encuesta.

A nivel general, se observó que todas las categorías profesionales, según el análisis del **cuestionario inicial (pre-test)**, identificaron con bastante suficiencia las intervenciones y/o recomendaciones que son adecuadas para la prevenir las UPP; así como, se obtuvieron cifras altas en el uso o colaboración de tales recomendaciones en la práctica asistencial por dichos profesionales (Figura 28). La puntuación media en conocimientos preventivos, sobre el conjunto de profesionales, fue del $86,2\% \pm 3,6$ y sobre la práctica asistencial del $75,2\% \pm 2$.

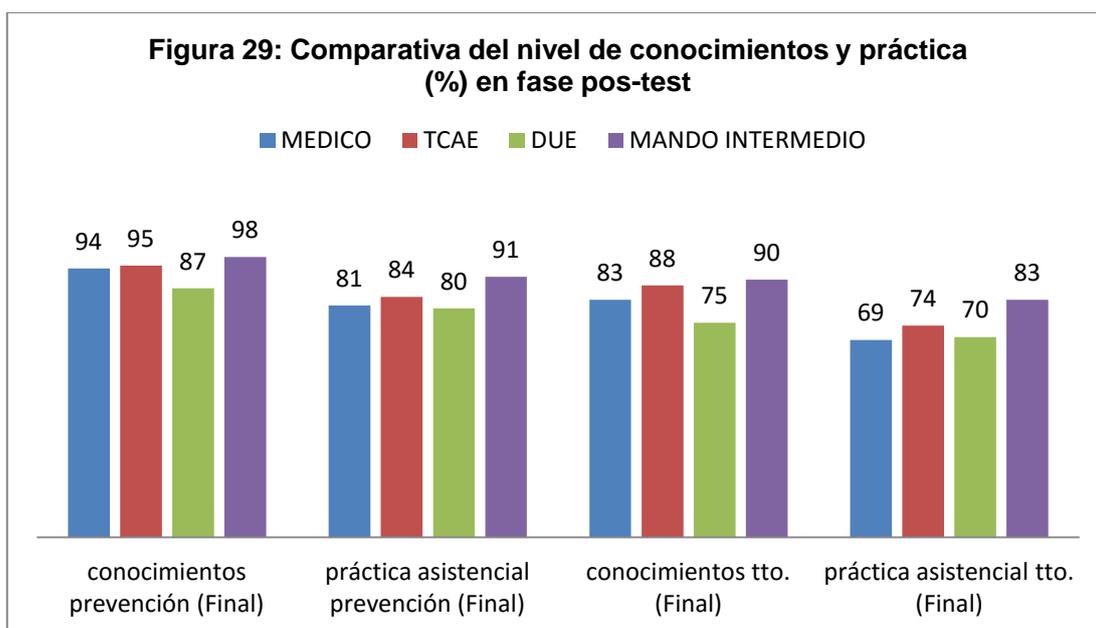
Del mismo modo, en referencia a los conocimientos iniciales de los participantes sobre tratamientos recomendables para la prevención de UPP y su aplicación real en la práctica asistencial, mostraron valores muy aceptables sobre este tema. El valor medio global sobre conocimientos recomendables de tratamientos se situó en el $74,7\% \pm 3,3$; mientras que la práctica asistencial fue del $64,5\% \pm 3,1$. (Figura 27).

Tabla 21: Perfil tipo de los participantes en la encuesta de conocimientos sobre prevención y tratamiento de las UPP.

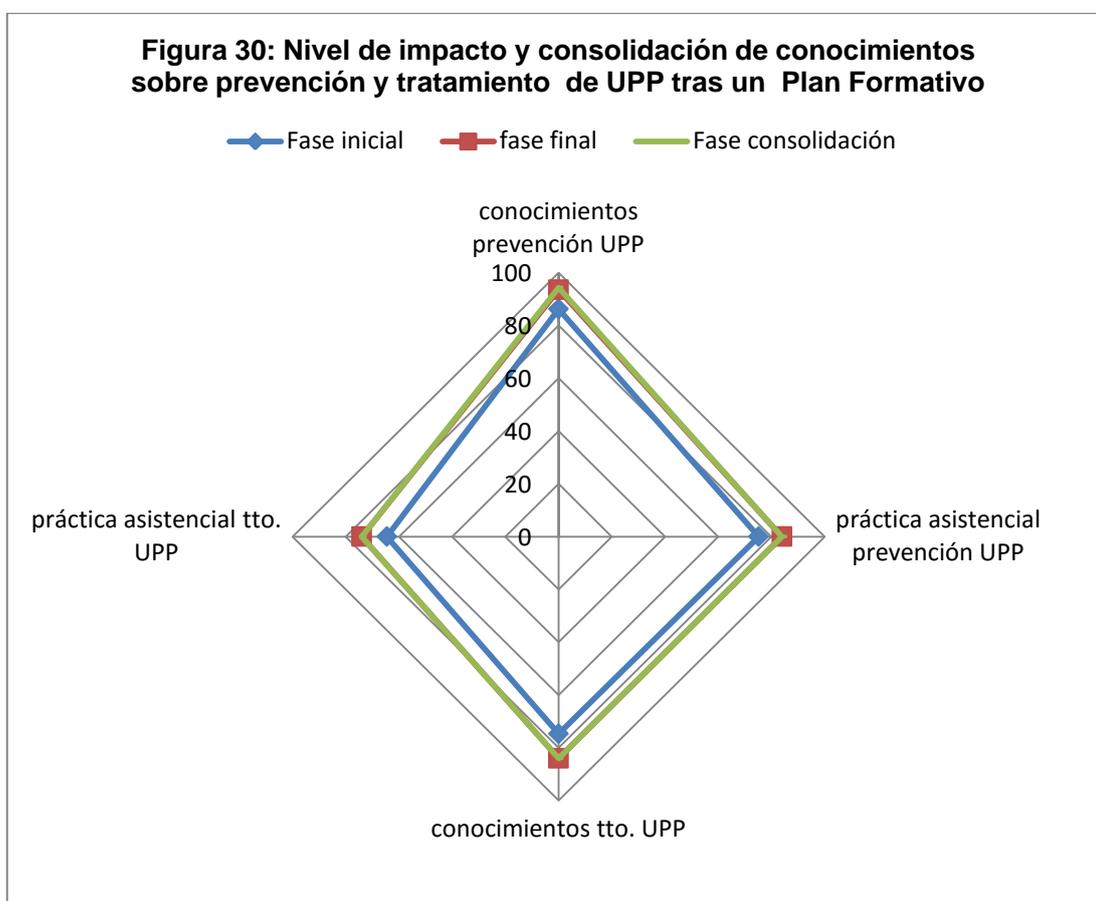
Participantes	Experiencia Profesional	Formación en UPP	Investigación en UPP	Centro de trabajo
Médicos	> 20 años (43,5%)	Ninguna formación previa en UPP (81,5%)	El 0% ha participado o realizado investigación relacionada con UPP	Atención Primaria (72%)
TCAEs	> 20 años (50,8%)	Adquirida en cursos de posgrado o formación continuada (34,4%)	Un 0,5% ha participado o realizado investigación relacionada con UPP	Atención Hospitalaria (87,5%)
Enfermeras	> 20 años (26,4%) Entre 10 y 15 años (22,5%)	Adquirida en cursos de posgrado o formación continuada (52,9%)	Un 12,1% ha participado o realizado investigación relacionada con UPP	Atención Hospitalaria (62,1%)
Mandos Intermedios	> 20 años (72%)	Asistencia a Jornadas o Congresos (50,08%) Adquirida en cursos de posgrado o formación continuada (47,1%)	Un 25% ha participado o realizado investigación relacionada con UPP	Atención Hospitalaria (75,6%)

Figura 28 : Comparativa del nivel de conocimientos y práctica (%) en fase pre-test.

Una vez finalizado el plan formativo, los alumnos participantes cubrían nuevamente la misma encuesta que al inicio (ahora denominada “**cuestionario pos-test**”). Tras el análisis de sus resultados, se revelaron valores superiores a los obtenidos en el pre-test, a nivel de todas las categorías y de los diferentes apartados del test evaluado. El índice medio global del cuestionario mejoró del 75,1% de aciertos, a alcanzar la cifra del 83,9% (Figura 29).



Finalmente, a través del envío a los participantes del mismo cuestionario pasado un periodo mínimo de un mes (**cuestionario diferido**), se procedió a la evaluación de los resultados que nos permitieron comprobar de forma objetiva la consolidación y/o transferencia de los conocimientos sobre prevención y tratamiento de UPP, adquiridos a través del Plan Formativo del Programa Úlceras Fóra, así como la opinión de los profesionales sobre el uso y utilización de las recomendaciones de buenas prácticas en el manejo de este tipo de pacientes, en la actividad asistencial diaria. Tales resultados (Figura 30), nos permiten observar cómo ha sido la tendencia positiva y el impacto del plan formativo, desde el inicio hasta el final del mismo, y la consolidación de una cultura basada en la prevención de las UPP.



Fuente: Elaboración propia según los resultados de evaluación del Cuestionario de García-Fernández y cols.

En las Tablas 22, 23 y 24, se exponen tabulados de forma descriptiva y según su grado de dispersión, todos los resultados obtenidos del cuestionario, para cada una de las fases del estudio de investigación (inicial, final y diferido).

Tabla 22: Resultados Cuestionario fase pre-inicio

	MÉDICO	TCAE	DUE	MANDO INTERMEDIO
Test-inicial Prevención (conocimientos)	82,8%	84,5%	87,3%	91,4%
Desv. Tip. mediana	19,64 87,5	13,50 86,0	11,33 88	9,69 93,7
Test-inicial Prevención (práctica asistencial)	73,5%	75,5%	74,8%	78,5%
Desv. Tip. Mediana	20,79 72,0	13,66 76,5	13,66 75,0	11,34 78,1
Test-inicial Tratamiento (conocimientos)	70,7%	78,8%	74,3%	75,4%
Desv. Tip. Mediana	13 69,0	22,82 83,0	11,27 74,0	11,98 76,2
Test-inicial tratamiento (práctica asistencial)	61,0%	63,5%	66,5%	68%
Desv. Tip. Mediana	12,27, 61,0	19,48 67,0	10,63 69,0	8,76 66,6

Tabla 23: Resultados Cuestionario fase post-finalización

	MÉDICO	TCAE	DUE	MANDO INTERMEDIO
Test-final Prevención (conocimientos)	94,3%	95,3%	89,6%	97,9%
Desv. Tip. Mediana	7,8 100	5,9 100	10,0 91,0	5,5 100
Test-final Prevención (práctica asistencial)	80,7%	84,0%	80,%	91%
Desv. Tip. Mediana	11,3 87,0	11,9 88,0	11,5 81,0	11,0 96,8
Test-final Tratamiento (conocimientos)	82,7%	88,3%	75,5%	90,3%
Desv. Tip. Mediana	4,4 83,0	18,7 100	10,4 79	10,1 95,2
Test-final tratamiento (práctica asistencial)	69%	73,8%	69,7%	83,4%
Desv. Tip. Mediana	9,2 74,0	19,6 83,0	9,2 71,0	14,5 81,0

Tabla 24: Resultados Cuestionario fase diferida (al cabo de un mes)

	MÉDICO	TCAE	DUE
Test-diferido Prevención (conocimientos)	95,8%	91,9%	95,4%
Desv. Tip.	6,4	9,9	10,3
Mediana	97,0	94,0	100
Test-diferido Prevención (práctica asistencial)	85,7%	80,3%	83,7%
Desv. Tip.	16,6	15,5	16,5
Mediana	87,0	84,0	83,0
Test-diferido Tratamiento (conocimientos)	82,6%	84,6%	84,5%
Desv. Tip.	5,5	18,3	11,7
Mediana	81,0	92,0	83,0
Test-diferido tratamiento (práctica asistencial)	72,6%	72,9%	77,2%
Desv. Tip.	10,6	21,0	14,9
Mediana	74,0	75,0	76,0

Además, de los profesionales que han participado en la formación general; el Programa Úlceras Fóra contempló una formación docente autodirigida a crear el grupo denominado “Formador de Formadores”; los cuales también han sido evaluados a través del cuestionario de conocimientos de Pancorbo et al. El Programa Úlceras Fóra consta de dos grupos de formadores de diversas categorías profesionales. Del grupo A, constituido en el año 2010 contestaron al cuestionario, 104 profesionales (de un total de 108); mientras que del grupo B, formado en el año 2014 contestaron 34 miembros (de un total de 37 referentes).

Las características de ambos grupos de formadores (n=138) están descritas en la tabla nº 25; mientras que en las Figuras 31 y 32, se pueden observar los resultados que han obtenido en el cuestionario de conocimientos en la fase Pre-test y Post-test.

Tabla 25: Características representativas de los participantes del Grupo de Formadores.

Participantes	Experiencia Profesional	Formación en UPP	Investigación en UPP	Centro de trabajo
Grupo A de Formadores	<p>> 20 años (62,5%)</p> <p>Entre 15 y 20 años (12%)</p> <p>Entre 10 y 15 años (25%)</p>	<p>Asistencia a Jornadas o Congresos (63%)</p> <p>Adquirida en cursos de posgrado o formación continuada (66%)</p>	<p>El 32,6% ha participado o realizado investigación relacionada con UPP</p>	<p>Atención Primaria (39%)</p> <p>Atención Hospitalaria (61%)</p>
Grupo B de Formadores	<p>> 20 años (50,1%)</p> <p>Entre 15 y 20 años (20%)</p> <p>Entre 10 y 15 años (19%)</p>	<p>Asistencia a Jornadas o Congresos (66%)</p> <p>Adquirida en cursos de posgrado o formación continuada (57%)</p>	<p>Un 34% ha participado o realizado investigación relacionada con UPP</p>	<p>Atención Primaria (32%)</p> <p>Atención Hospitalaria (68%)</p>

Figura 31 Comparativa del nivel de conocimientos y práctica (%) en fase pre-test.

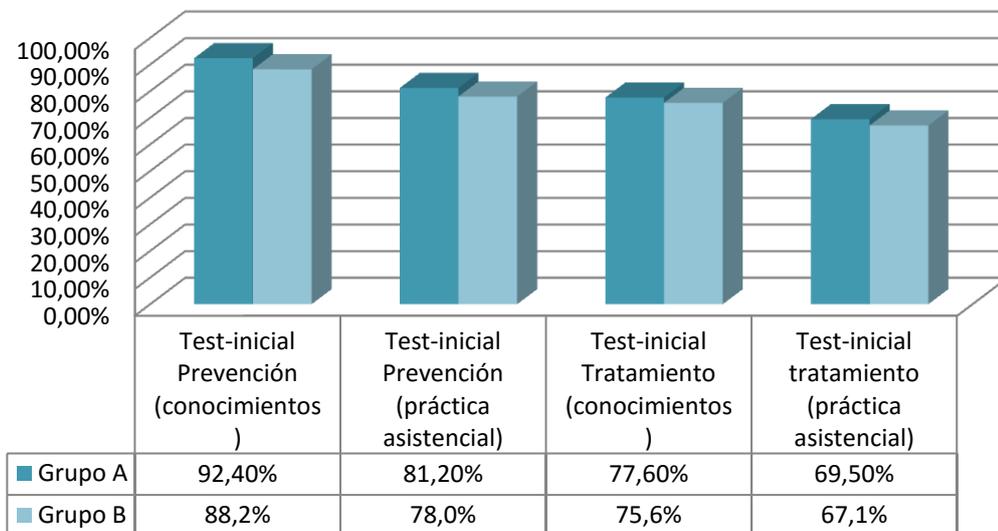
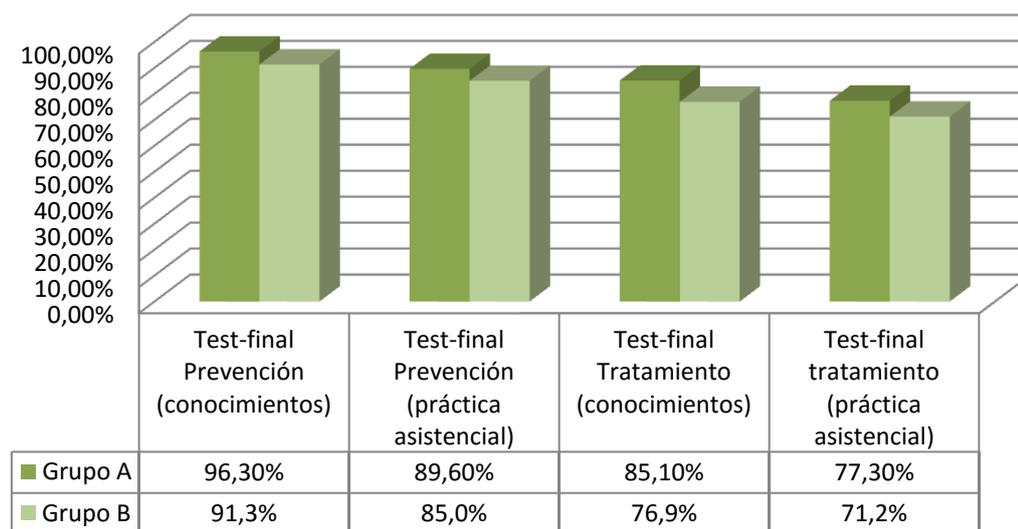


Figura 32: Comparativa del nivel de conocimientos y práctica (%) en fase post-Test



5.4.5. Evaluación del impacto

Medir los efectos de la adquisición del aprendizaje a través de la formación y si su transferencia al ámbito asistencial, produce cambios en su área de trabajo y en el total de la organización, no es tarea sencilla, pero es la única forma de poder evaluar de manera integral la efectividad o no, del programa.

Para tratar de medir el impacto del Programa "Úlceras Fóra" vamos a recurrir a alguno de los indicadores que ya tenemos incluidos de manera sistematizada en el cuadro de mandos del SERGAS, por lo que cumplen las características que debe tener un buen indicador: que sean fiables, pertinentes, factibles y poco costosos de medir.

Para comenzar, analizaremos el consumo de productos de cura en ambiente húmedo y el coste que ha supuesto para el presupuesto de la sanidad gallega.

EVOLUCIÓN CONSUMOS APÓSITOS CURA HÚMEDA		
AÑO	Importe	Productos-Unidades
2011	2.583.083,71	819.645
2012	6.268.454,67	2.188.167
2013	5.810.886,17	1.931.195
2014	6.038.222,43	2.136.229
2015	4.428.383,44	1.449.770
Total	25.129.030,43	8.525.006

Tabla 26.- Evolución del consumo de apósitos de cura en ambiente húmedo en el SERGAS (2011-2015)

Como podemos comprobar en la Tabla 7, la cantidad inicialmente prevista para consumo de apósitos de cura en ambiente húmedo para todo el SERGAS era aproximadamente de 12,5 millones de € por año de vigencia del concurso de apósitos de cura en ambiente húmedo.

La aplicación rigurosa de los criterios de valoración de los productos y la sistemática y fórmulas empleadas para la gestión del citado concurso, derivaron en una licitación que rebajaba en más de 3 millones al año el gasto previsto (en caso de mantener el consumo estimado).

Como se planteaba en el Programa Úlceras Fóra, anteriormente a este concurso, no disponíamos de información fiable para determinar si la práctica clínica de la mayoría de los profesionales, al abordar el problema del deterioro de la integridad cutánea (o de la situación de riesgo del mismo) estaban siendo adecuadas o no; si se estaba o no, primando la prevención, o si se estaban utilizando adecuadamente los productos.

En este momento, sabemos (Tabla 26), que el gasto en casi cinco años ha sido de 25.129.030,43 €, con un consumo de 8.525.006 de apósitos (lo que equivale al presupuesto inicialmente previsto solo para dos años).

A nivel económico, se observa una reducción global importante en los consumos y repercusión del gasto en todos los años de vigencia del concurso.

El dato en sí mismo hay que analizarlo y contrastarlo con otros indicadores asistenciales.

5.4.5. 1 Evaluación de los indicadores asistenciales

En las tablas de resultados globales del SERGAS, se incluyen todos los centros hospitalarios del SERGAS y todas las EOXI, pero de manera anonimizada (H1, H2... H14 y EOXI 1, EOXI 2,... EOXI 7).

La incidencia mide la proporción de personas en una población determinada que inicialmente no tenían UPP y que las han desarrollado en un periodo de tiempo determinado. Los indicadores de incidencia de UPP se consideran los más fiables a nivel epidemiológico, pero también los más difíciles de medir; aportan información real de como evoluciona la actividad asistencial relacionada con el DICyT.

Al analizar los indicadores de incidencia de UPP (Figuras 33-35) del SERGAS, podemos observar que desde el año 2009, la incidencia de UPP ha ido

disminuyendo progresivamente, hasta el 1,26% actual (Figura 35), con una tendencia progresiva a la baja desde el año 2010 (ese año había subido con respecto a 2009).

Los resultados de incidencia de H3 y EOXI 3, son evidentemente más altos que los del resto de las EOXIS, pero este aspecto, podría estar en relación con una campaña de concienciación realizada por la dirección, que provocó sobrerregistro de úlceras de categoría I.

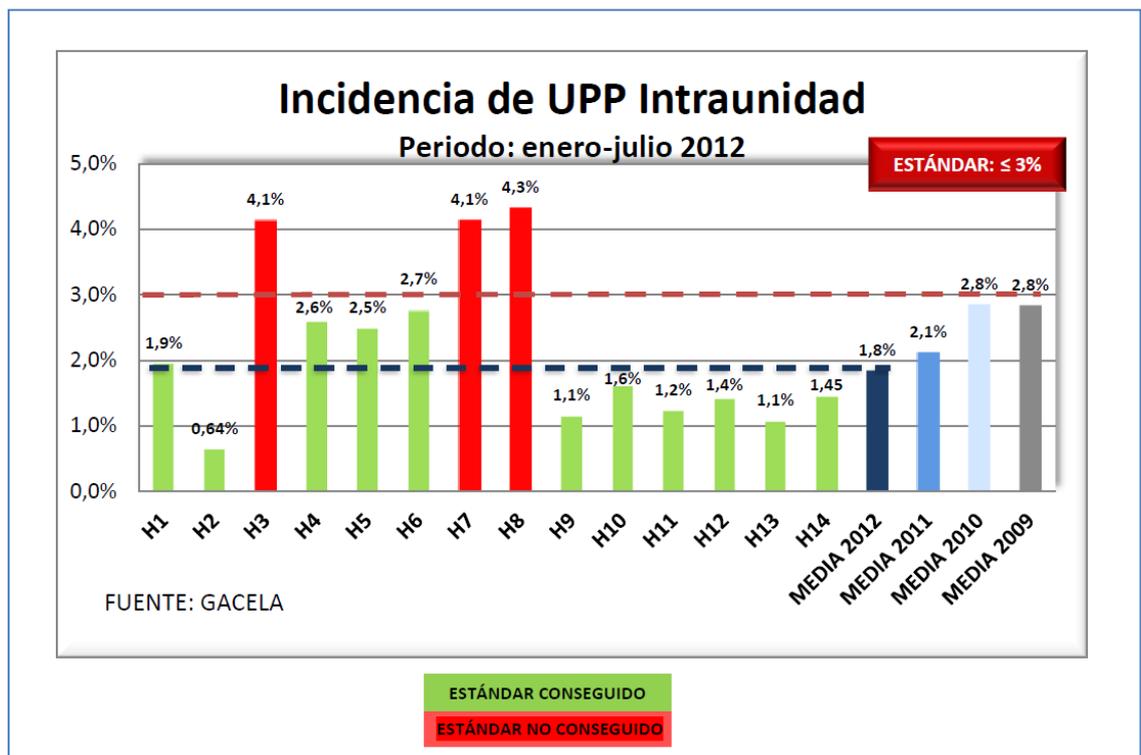


Figura 33. Incidencia UPP enero-julio 2012

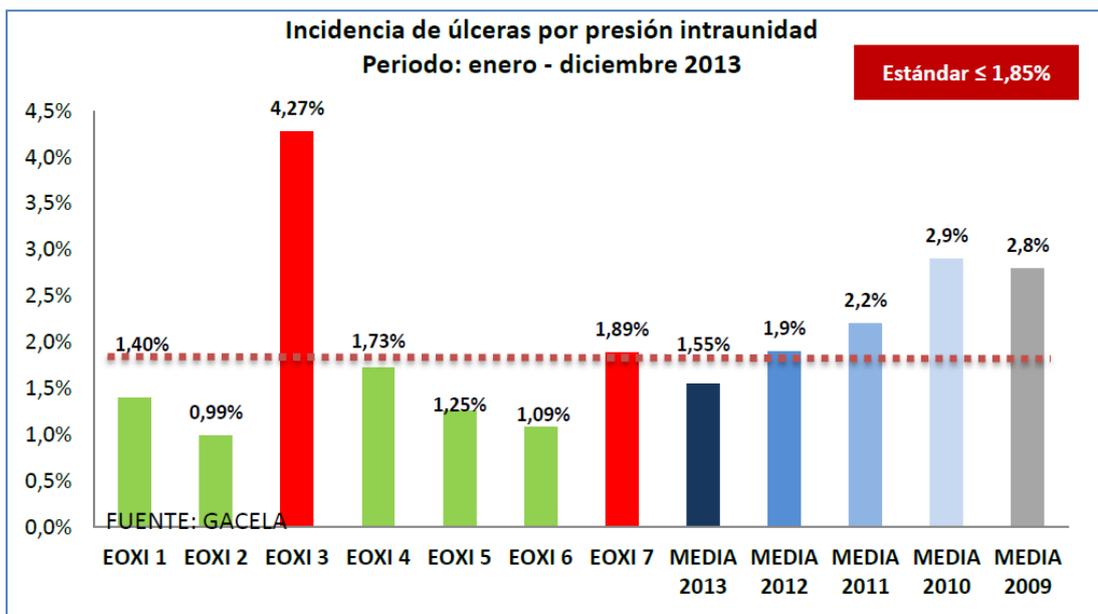


Figura 34. Incidencia UPP enero-diciembre 2013

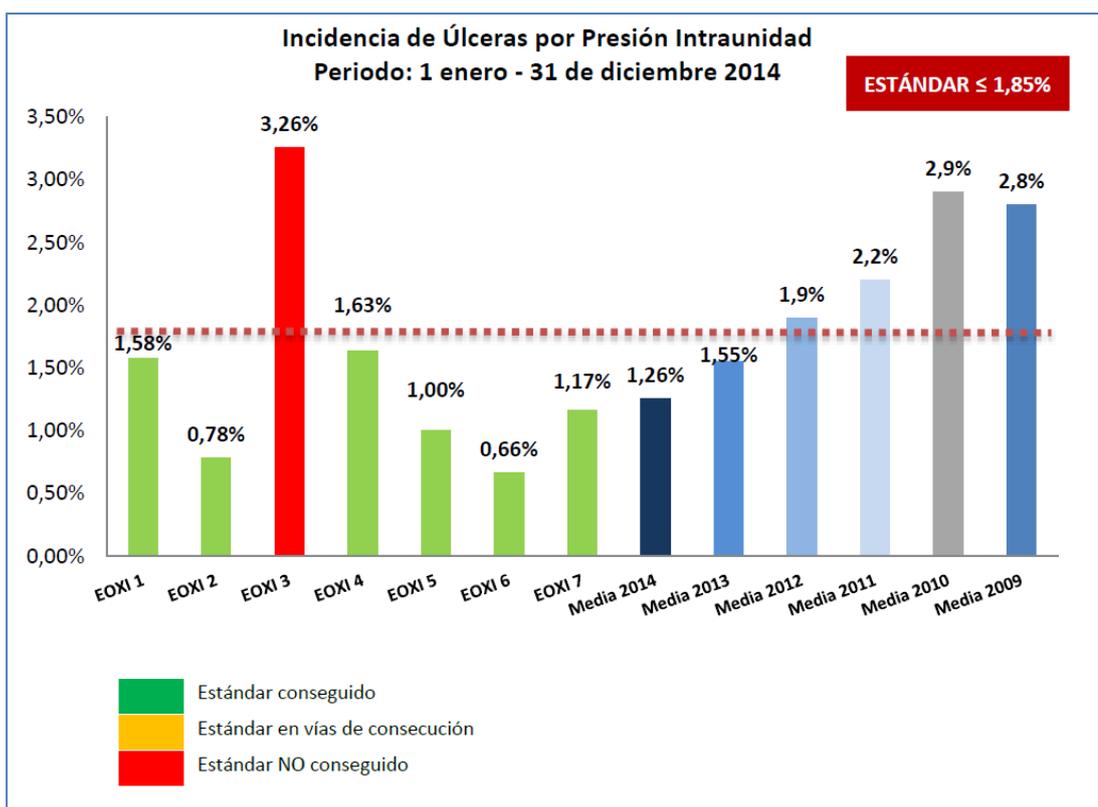


Figura 35. Incidencia UPP enero-diciembre 2014

De igual forma ocurre con el resto de indicadores relacionados, en los que se observa una mejoría también evidente; así, la tasa de pacientes que aparecen con la valoración inicial de riesgo de UPP con la escala de Braden, realizada y registrada, ha pasado del 50,6% de media en 2009 al

87% (Figuras 36-39), lo que además demuestra que la concienciación de los profesionales con el problema de la UPP, está mejorando de manera importante.

El hospital H3, con las cifras de incidencia más elevadas en UPP, es también el que menor tasa de valoración de riesgo de UPP tiene registrado a sus pacientes.

En la Figura 37 se puede comprobar como hay relación entre la evolución de las tasas de UPP y la falta de registros de valoración de riesgo, ya que, a medida que la valoración aumenta, la tasa de incidencia de UPP va disminuyendo.

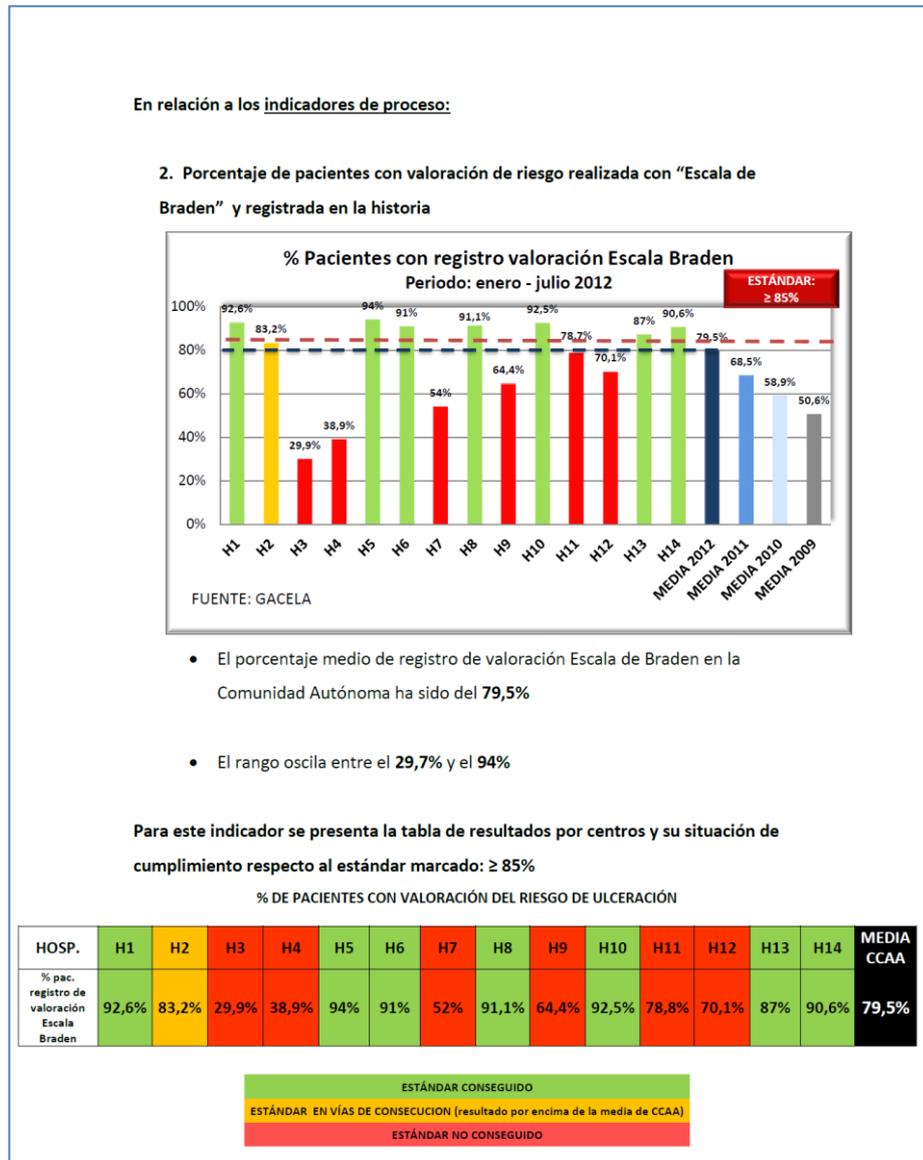


Figura 36. Valoración con Escala de Braden: enero-julio 2012

Gráfico 1

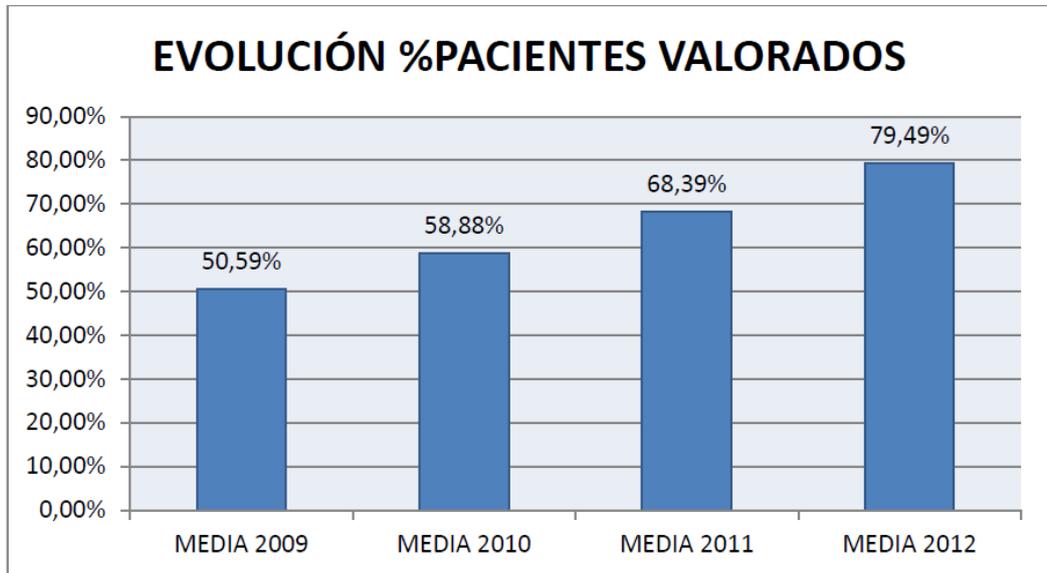


Gráfico 2

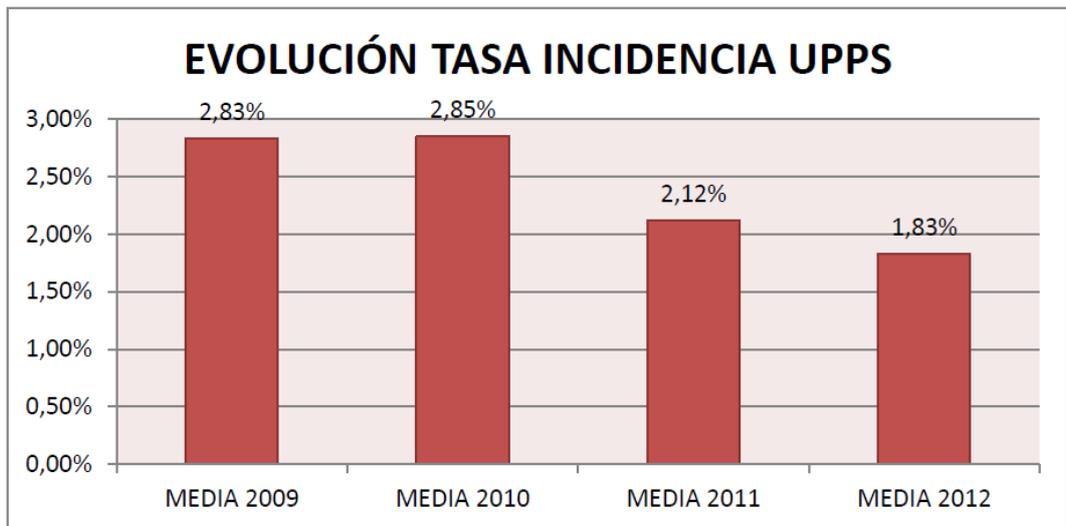


Figura 37. Evolución de tasas y pacientes a los que se le ha valorado el riesgo de UPP y la evolución de la tasa de incidencia entre los años 2009-2012

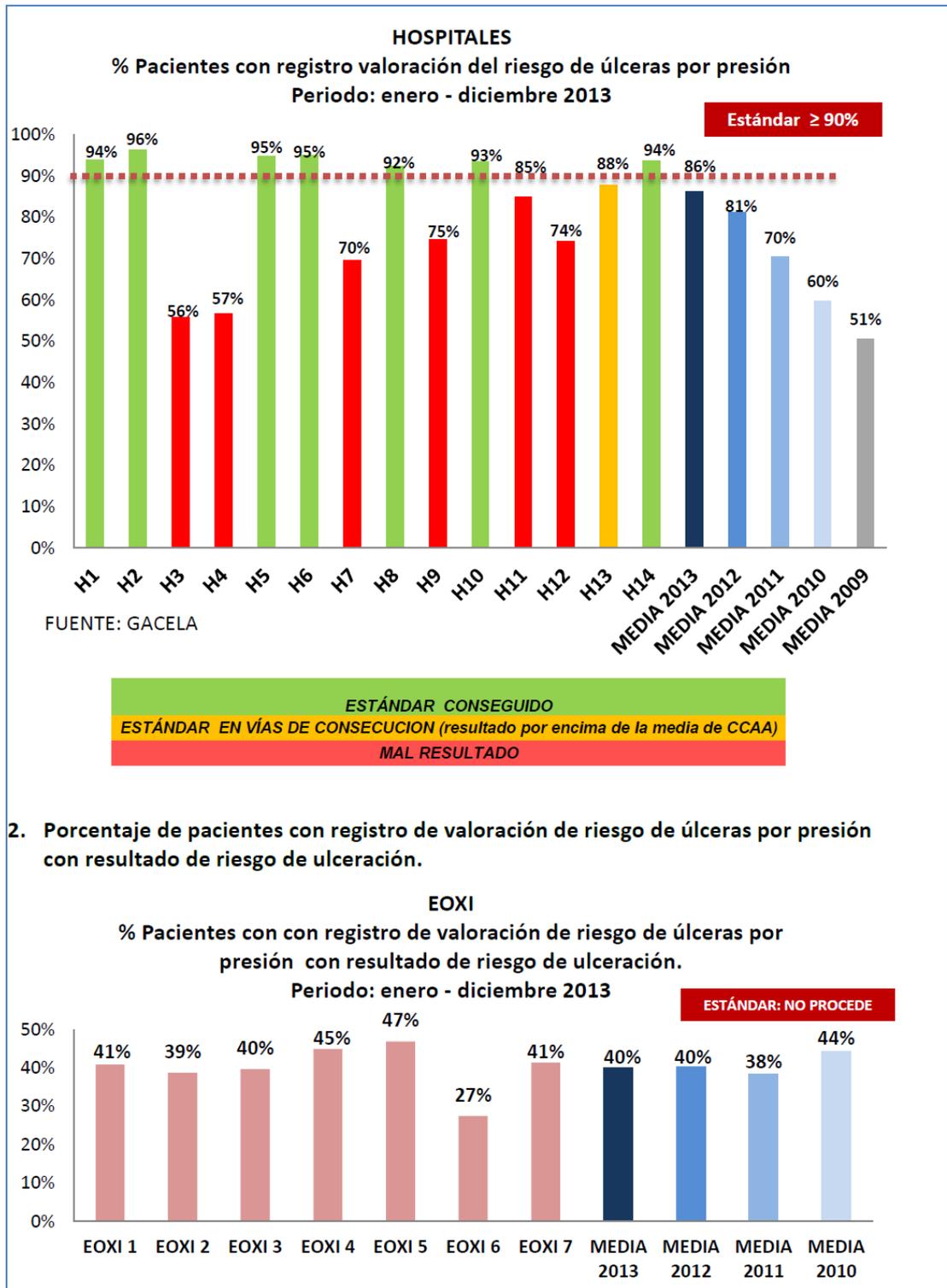


Figura 38. Valoración con Escala de Braden: enero-diciembre 2013

Preocupa, desde la perspectiva de gestión sanitaria, la falta de registros profesionales en la historia clínica, ya que además de una obligación legal, son un instrumento absolutamente necesario para poder garantizar

la continuidad asistencial, además de constituir la mejor defensa jurídica en caso de tener que justificar las actuaciones profesionales realizadas.

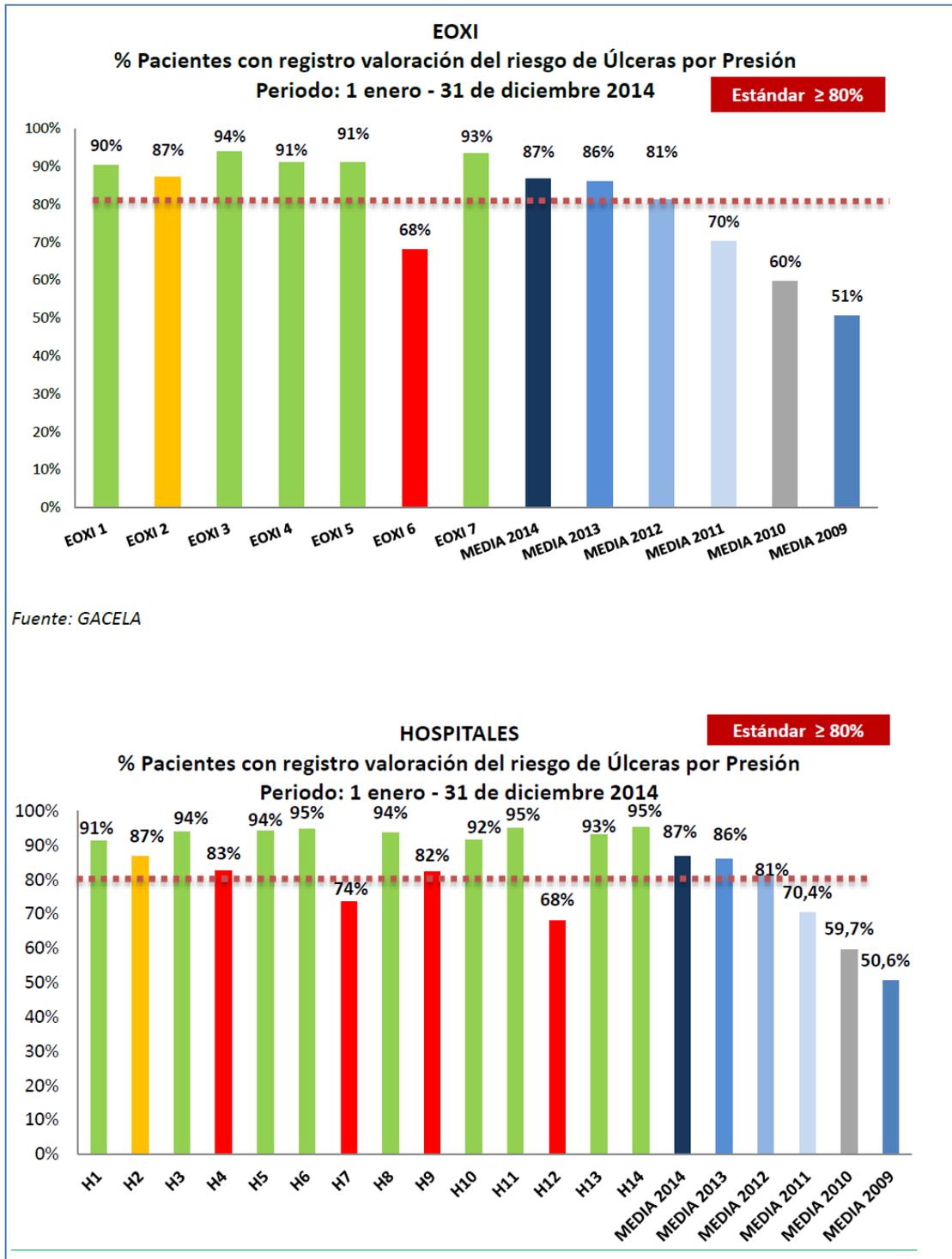


Figura 39. Valoración con Escala de Braden: enero-diciembre 2014

De manera similar a los indicadores comentados, con el registro en la historia clínica de los cuidados aplicados en función del riesgo del paciente (paciente de riesgo) (Figuras 40-41), se ha pasado del 51% en 2009, al 80% en 2014 en el global de las EOXI (78% en los Hospitales).

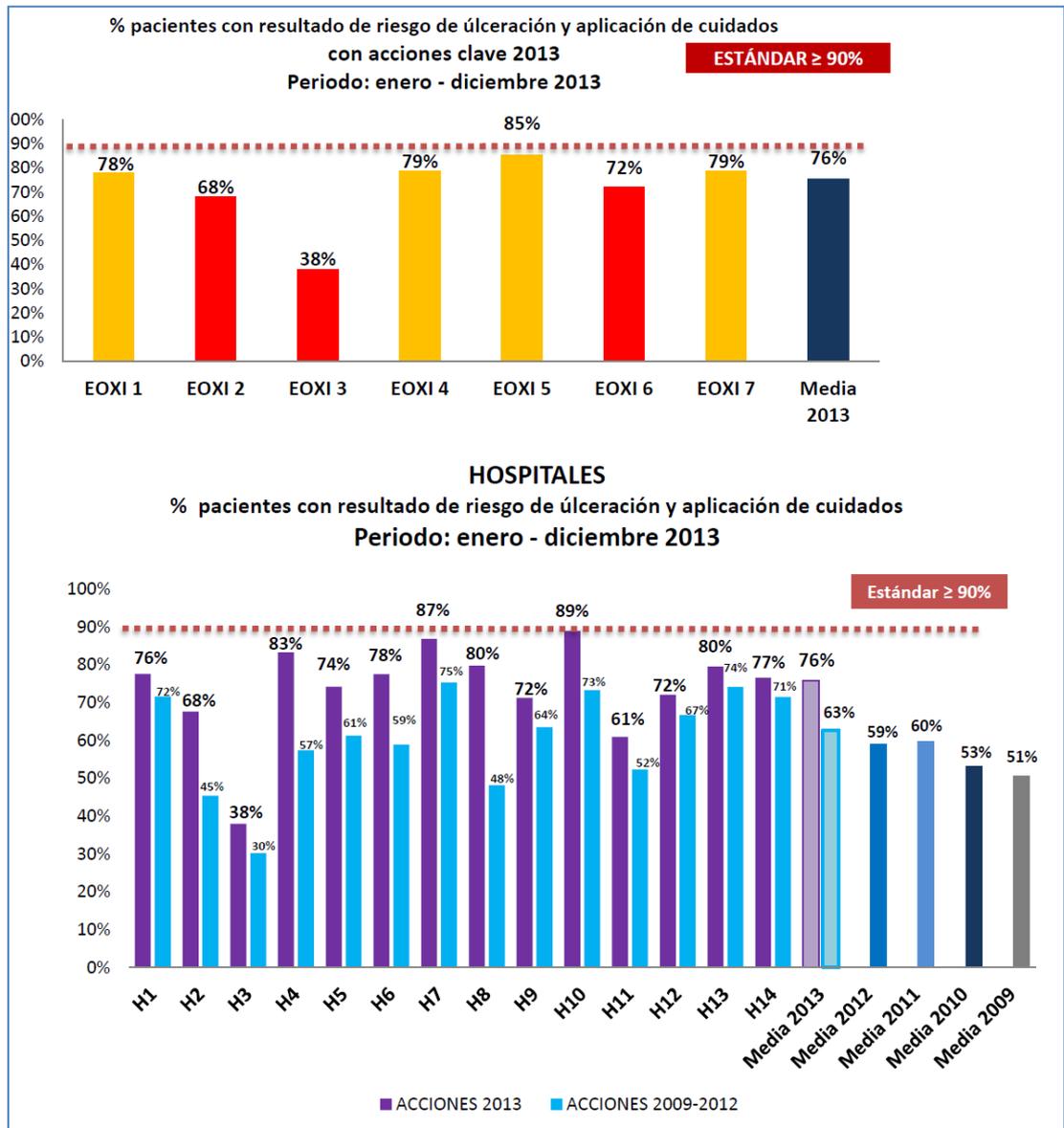


Figura 40. Pacientes con riesgo y aplicación de cuidados: enero - diciembre 2013

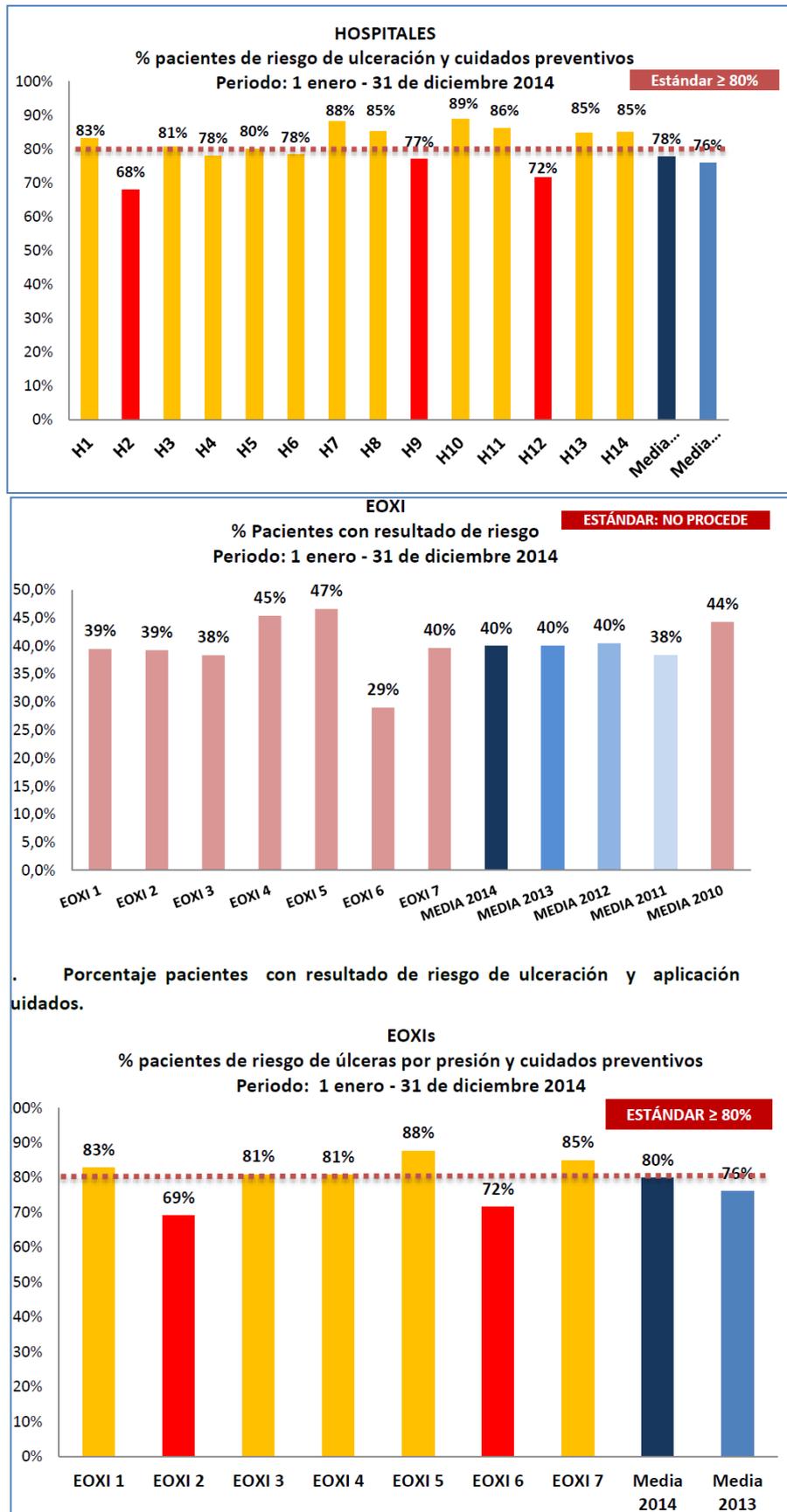


Figura 41. Pacientes con riesgo y aplicación de cuidados: enero - diciembre 2014

En el ámbito general de Galicia, los datos de consumo de apósitos, tasas de incidencia de UPP, identificación de pacientes en riesgo, aplicación y registro de cuidados a los pacientes en riesgo, indican una evolución en positivo de todos los indicadores.

5.5.- Resultados de la implementación en Ferrol.

La Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol, presta asistencia sanitaria a más de 200.000 habitantes (189.355 tarjetas sanitarias), repartida en 20 ayuntamientos; para ello dispone de 435 camas de hospitalización, 23 Centros de Salud, 8 consultorios, 8 Puntos de Atención Continuada y 3 hospitales. En cuanto a recursos humanos (RRHH), la dotación total asciende a más de 2.200 profesionales (de los que casi 600 son enfermeras).

La media de pacientes mayores de 65 años es del 24,5%, pero en algunas localidades asciende al 45,7%, contra el 19,3% de las menos envejecidas.

En el año 2011 se puso en marcha en la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol, la Consulta de Asesoramiento en Cura en Ambiente Húmedo, con el objetivo de "Promover un Plan de Mejora Integral en Prevención y Tratamiento del Deterioro de la Integridad Cutánea", en línea con la necesidad de implementar el Programa "Úlceras Fóra" en la EOXI de Ferrol.

La Unidad de Asesoramiento en Cura en Ambiente Húmedo está constituida por un profesional experto (Formador Referente en Deterioro de la Integridad Cutánea del SERGAS), que revisa todos los pedidos de productos de cura en ambiente húmedo y su correlación con los datos clínicos que el profesional deja reflejados en la historia clínica.

La sistemática de solicitud de apósitos establecida es por vía telemática, existiendo la posibilidad de que los profesionales puedan realizar consultas y recibir asesoramiento, a través de teléfono y correo electrónico.

La Unidad de Asesoramiento en Cura en Ambiente Húmedo es un dispositivo, que nace como propuesta innovadora e integradora, para:

- Adecuar e implementar sistemáticas de actuación y decisión clínica con la mayor uniformidad posible.
- Incidir en la importancia de primar la prevención de las lesiones.
- Incidir y capacitar a los profesionales en la utilización adecuada de productos (apósitos de cura en ambiente húmedo).
- Mejorar los registros clínicos de los profesionales.

Se revisó la sistemática de actuación para adecuar y uniformizar la valoración, indicación, solicitud, administración y registro de toda la actividad relacionada con el Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular en la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol (Área Sanitaria de Ferrol), lo que implicó el rediseño de:

- Algoritmos de solicitud de material de prevención y de cura en ambiente húmedo.
- Sistemática de Revisión y recogida de datos
- Sistemática de Consulta y análisis de datos
- Reporte de la información (Feed-Back) a los profesionales
- Programa formativo y de difusión específicos

Se pretendía también validar si se avanzaba en la unificación de criterios, mejora de registros y optimización de recursos, como medio para mejorar la asistencia a los pacientes con DICyT (o en riesgo de padecerlo).

En la Unidad de Asesoramiento y Consulta de Cura en Ambiente Húmedo se auditan y revisan todas las peticiones y/o pedidos de apósitos para cura en ambiente húmedo y productos de prevención local de la piel de toda el ASF y su correlación con el nivel de riesgo y/o presencia de heridas en los pacientes correspondientes, así como el registro de toda la actividad y variables sociosanitarias y clínicas (profesional responsable, sexo y edad del paciente, tipo de herida, localización anatómica de la lesión, tipo de cura, etc.). En caso de incongruencias o falta de información, se solicita al profesional correspondiente que confirmase o ampliase la información (si las discrepancias fueran muy importantes, se procedería a asesorar con respecto al caso, y en su caso, podría procederse a rechazar el pedido).

A través del aplicativo informático GACELA (Gestión Asistencial de Cuidados de Enfermería Línea Abierta) se procedió al análisis de la información registrada en los pacientes hospitalizados; en el caso de pacientes ambulatorios, la información se contrasta a través de IANUS (Historia clínica electrónica).

Se procedió a la monitorización y auditoría interna sistemática de los indicadores de calidad asistencial y de seguridad del paciente, relacionados con el registro y los cuidados de enfermería en el abordaje de las UPP (incidencia, prevalencia y seguimiento de todas las UPP y heridas, así como pacientes que precisaron productos de cura en ambiente húmedo).

También se valoró el riesgo de desarrollar UPP, mediante la escala Braden-Bergstrom (escala validada y con recomendación A, según las principales Guías de Práctica Clínica sobre UPP y la escala GRADE de evidencia) y la correspondiente administración de cuidados en función del riesgo evidenciado.

El consenso por panel de expertos seguido en esta fase para lograr modificar el rediseño, reorganización e implementación de una sistemática de mejora de la calidad dio como resultado el desarrollo del denominado: ***“Protocolo de Petición de Apósitos para Cura Húmeda y Productos para Prevención Local” (ANEXO 11).***

En dicho protocolo están incluidos los siguientes procesos:

- Procedimiento y modelo de Petición
- Seguimiento y monitorización de las solicitudes
- Procedimiento de suministro de los productos solicitados
- Listado (catálogo) de productos sanitarios de CAH ofertados y/o disponibles para su dispensación en el ASF.

Con la implantación del nuevo catálogo de productos para la cura en ambiente húmedo que integra 31 apósitos de distintas familias de productos (**ANEXO 7**), se incorporaron nuevos productos con respecto al catálogo anterior, lo que requirió un plan formativo específico para todo el personal asistencial (ya diseñado en el SERGAS), con el fin dar a conocer a los

profesionales, todos los productos y sus indicaciones adecuadas y así tratar de optimizar y racionalizar su uso, tanto en prevención, como en tratamiento del deterioro de la integridad cutánea y tisular.

La necesidad de utilizar uno u otro producto, va a estar condicionada por una serie de características del paciente (capacidad de movilización, edad, patologías concomitantes, situación inmunológica...), de otras características de la propia herida (exposición a presión, cizalla, fricción, o humedad, nivel de exudado, olor, cavitación, estado de la piel perilesional, presencia o no, de tejido necrótico..) y por las propiedades del apósito (capacidad de absorción, adhesividad, gelificación, bioactividad...); por esta razón es determinante para los profesionales:

- Conocer las características de cada apósito o producto destinado tanto a prevención, como a tratamiento de heridas.
- Saber identificar los signos que suelen aparecer en las heridas, así como los tipos de tejido y características específicas que pueden encontrarse.
- Tener conciencia de que se debe individualizar el tratamiento de cada herida en función de las características y circunstancias de cada paciente.
- Valorar la herida en cada cura, para detectar posibles cambios producidos y establecer con rigor tanto la frecuencia de curas, como qué productos debemos utilizar.

Con este nuevo catálogo disponemos de apósitos con diversas formas, materiales y propiedades: Mallas, apósitos con carbón, hidrofibras, alginatos, hidrocoloides, espumas hidropoliméricas e hidrocélulas, o apósitos que combinan en uno, algunas de las tecnologías anteriores.

Uno de los problemas que se detectaron en el seguimiento de los pedidos, fue que había relativamente bastantes profesionales que utilizaban de manera inadecuada algunos productos, sobre todo cuando los combinaban entre sí, dándose casos de tratamientos en los que se superponían dos

apósitos de espuma hidrocélular diferentes, heridas tratadas con tres o más apósitos diferentes (al mismo tiempo), uso de productos que interfieren entre sí o que incluso contrarrestan algunas de sus propiedades, etc.

Aunque es frecuente que los profesionales recurran a la utilización conjunta de varios productos para tratar una misma herida, surge la necesidad de poner en marcha alguna acción formativa al respecto. Del grupo de consenso, surge la idea de determinar que apósitos serían susceptibles de poder ser utilizados conjuntamente y cuales no podrían combinarse entre sí (algunas combinaciones utilizadas, que se identificaron en la revisión de los casos desde la Consulta de Cura en Ambiente Húmedo, no son lógicas, ni adecuadas).

Si bien, cualquiera de los 31 apósitos del catálogo del SERGAS podría actuar como apósito primario, solo algunos tienen en su capa más externa, una película impermeable que condicionaría que no pudiera ser combinado con otros productos que también la posean.

Para abordar este problema, se distribuyeron los 31 apósitos del catálogo en dos grupos específicos:

1. Apósitos Primarios: Aquellos cuya superficie entra en contacto íntimo con el lecho de la lesión.
2. Apósitos Secundarios: Aquellos cuya estructura aísla la herida del exterior, estableciendo una barrea semipermeable o impermeable.

En función de sus características, se dividieron los apósitos en SECUNDARIOS y PRIMARIOS, para de este modo, correlacionarlos entre ellos (técnica de grupo nominal y búsqueda de consenso) en base a su posibilidad de combinación con cada uno de los del otro grupo (los apósitos primarios, con los secundarios), dando lugar a una tabla de 19 x 12, en la que las posibilidades de análisis serán considerar ADECUADA o INADECUADA cada una de estas combinaciones, atendiendo a la naturaleza del producto y a la subjetividad tanto de la indicación, como de la experiencia de uso, rediseñándose los algoritmos de utilización y

combinación de apósitos entre sí, según la mejor evidencia científica disponible. Se elabora un panel con las posibles combinaciones, con 4 niveles de decisión, identificados con pictogramas (Figura 42):

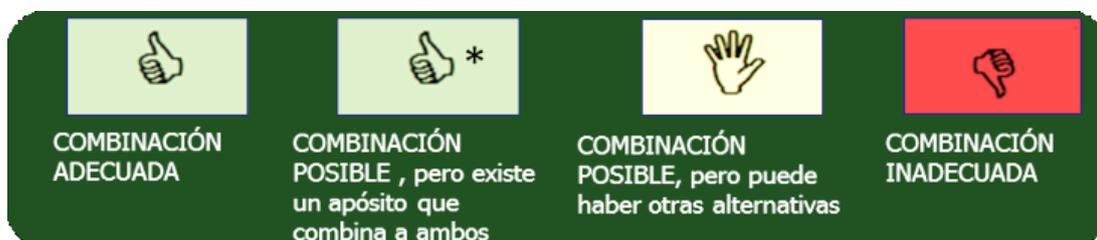


Figura 42: Pictogramas utilizados para el panel de combinaciones de apósitos

- **Combinación adecuada.** Pueden usarse conjuntamente.
- **Combinación adecuada,** pero posiblemente existe otra alternativa más adecuada.
- **Combinación generalmente inadecuada,** pero debe valorarse cada situación en particular.
- **Combinación inadecuada;** no deben usarse conjuntamente estos productos (no se deben combinar).

El 71,9% de las combinaciones se establecieron por unanimidad. Dos de los apósitos secundarios se definen como NO combinables y otros siete se establecen como combinables con todos los apósitos primarios.

En el 28,1% de las situaciones, no hubo unanimidad, por lo que la decisión sobre la posible combinación, se tomó por consenso dentro del grupo nominal.

Una vez elaborado el panel (**ANEXO 12**) con el algoritmo de decisión, se incorporó en los cursos de formación continuada en deterioro de la integridad cutánea y tisular de la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol y se distribuyó a todo el personal asistencial (unidades de enfermería de hospitalización y centros de salud de atención primaria), para conocimiento e implementación.

Algunas de las situaciones y condiciones particulares de cada paciente y caso, pueden determinar que en alguna ocasión, haya que considerar la utilización de ciertas combinaciones que a priori no parecen lógicas, por eso se debe analizar específicamente cada caso concreto.

El hecho de que estos resultados se plasmasen como recomendaciones de uso en un póster gráfico y que este se difundiese a toda la Xerencia, facilitaron la buena aceptación e implementación por parte de los profesionales, lo que contribuyó a mejorar la utilización de los apósitos.

En cuanto al apartado de la implementación de los itinerarios formativos del programa Úlceras Fóra, seguimos las mismas líneas generales del SERGAS ya definidas en el apartado 5.4.2.

Los cursos dirigidos a mandos intermedios y profesionales asistenciales combinan clases presenciales, con teleformación (teórica y práctica), además de talleres presenciales cortos para aclarar dudas y evaluar a los alumnos en tiempo real. En las partes presenciales, la metodología fue de clase participativa, con exposición teórica para el desarrollo de contenidos y aclaración de dudas, además del formato taller práctico con grupos de alumnos, para los casos de análisis y discusión de casos clínicos reales, para los contenidos de comunicación y para los de gestión y liderazgo.

En todos los casos las actividades se estructuraron desde una perspectiva siempre participativa, que favoreciese la integración de contenidos, primando el trabajo en grupo, obligando a los alumnos a decidir y razonar, según los criterios trabajados a lo largo de la actividad formativa, cuáles de esos criterios pueden aplicarse o son los más indicados, tanto en prevención de nuevas lesiones, como en el tratamiento de los casos clínicos con los que van a trabajar; de igual manera, a la hora de transmitir información o educación sanitaria a pacientes o familiares.

En las partes de teleformación, a través de la plataforma, los alumnos acceden a los diferentes niveles estructurados. Se combinan presentaciones teóricas de contenidos con ejemplos prácticos que fomentan la aplicabilidad de la temática aprendida y el posterior debate en los foros de discusión

habilitados, para poder hacer una puesta en común en grupo y posibilitar la reflexión e integración más eficaz de los contenidos. Además se incorporaron cuestionarios y casos clínicos en los que los alumnos deben acreditar la adquisición de conocimientos y su traslado a la resolución de los casos clínicos.

Entre enero y noviembre de 2014 se impartió formación a 789 profesionales

TCAEs	122
Médicos	69
Celadores	54
Enfermeras	544
Total	789

(Tabla 27)

Este itinerario formativo trata de poner en valor la responsabilidad de los profesionales; así para la asistencia clínica y tratamiento de las heridas, los alumnos han de tener en cuenta, que **no tratamos úlceras, sino a pacientes con úlceras**. Por lo tanto el tratamiento comenzará desde la propia valoración inicial y necesariamente tendrá un **enfoque integral**.

Esto permite tener en cuenta todos los factores que pueden estar condicionando las lesiones y así estar en disposición de poder utilizar los recursos más adecuados en cada momento, en función de las características de cada herida y de las circunstancias de cada paciente.

En general se trata de promover las siguientes actitudes/actuaciones, de una manera sistematizada:

- Informar al paciente de cualquier procedimiento a realizar y aclarar todas sus dudas.
- Valoración del paciente con escalas validadas para determinar el riesgo de UPP.
- Examinar la superficie corporal para determinar la presencia de úlceras en evolución o cualquier otra herida y evaluar las condiciones y características de la lesión.

- Control y corrección en lo posible, de todos los factores de riesgo identificados en la valoración.
- Abordaje y control especial de la nutrición (administrar si no existe contraindicación, dieta hiperproteica con suplementos de vitamina C o preparados comerciales específicos).
- Abordaje y control especial de la necesidad de eliminación: utilización de dispositivos de prevención de incontinencia como absorbentes, productos tópicos de barrera, dispositivos rectales especiales o bolsas de recogida específica de heces y orina.
- En aquellos casos en que el origen de las heridas sea la presión, procurar el alivio o manejo de la presión en las zonas anatómicas lesionadas (apósitos hidrocélulares en talón, hidrocoloides extrafinos en zonas de fricción o cizallamiento, elevadores y superficies especiales para el manejo de presión (SEMP-colchones), en función de la valoración realizada al paciente y del parque de superficies disponible en ese momento en cada ámbito asistencial.

El seguimiento de resultados se hace desde la Consulta de Cura en Ambiente Húmedo, reportando a los servicios y profesionales, toda la información generada, como feed-back para que cada uno pueda hacer su autoevaluación de la situación.

La base para poder realizar un buen análisis, tiene que partir de unos buenos registros; sin unos registros de calidad, estaremos abocados a fracasar, o al menos a no saber con seguridad el nivel de consecución que tenemos, por eso es vital tener establecidas unas líneas de actuación, las de registro (GACELA e IANUS) y las de validación de los productos. Otro aspecto relevante es la difusión de resultados a los implicados, para mejorar la adherencia al Plan.

Es importante destacar que a nivel hospitalario, los profesionales disponen solución de ácidos grasos hiperoxigenados y de diversos tipos de SEMP para utilizar con los pacientes en riesgo de desarrollar UPP (según protocolo). En lo que respecta a atención primaria, desde hace ya un año también disponemos de ácidos grasos hiperoxigenados como terapia de

prevención, aunque no hay de momento, acceso directo al uso protocolizado de SEMP.

La sistemática de solicitud de apósitos, está articulada por vía telemática a través de la intranet. La sistemática para hacer llegar posibles consultas de otros profesionales a la unidad de asesoramiento es por teléfono, correo electrónico, o de forma presencial en las sesiones clínicas.

La información de los pedidos entra directamente a la Unidad de Asesoramiento, desde donde se revisa la idoneidad (tipo de apósito, cantidad, situación clínica de la lesión y del paciente, validando el pedido solicitado y procediendo desde almacén a la correspondiente entrega de material.

Con esta sistemática de registro, disponemos de la siguiente información, siempre actualizada:

- Identificación de pacientes y heridas
- Identificación de los profesionales que solicitan los apósitos.
- Identificación de los centros peticionarios

Según los resultados conseguidos (Figura 43), la mayor parte de las lesiones y por tanto de los consumos de apósitos, se producen desde Atención Primaria, con un 82,22%, en hospitales un 9,65% y en Centros sociosanitarios un 8,14%.

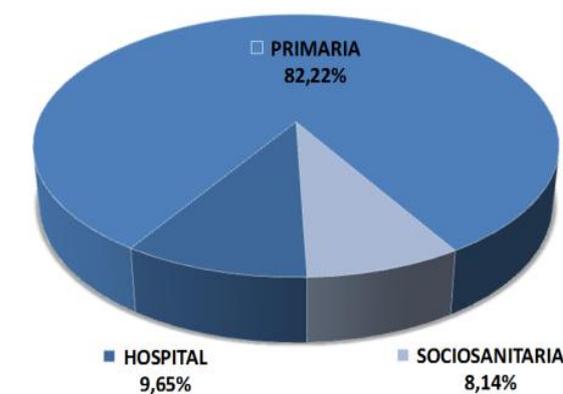


Figura 43

Este es un aspecto importante a tener en cuenta ya que hasta hace poco tiempo, estábamos tomando las decisiones sobre la adquisición de estos productos, en función de la información que nos proporcionaba GACELA.

En pacientes menores de 65 años (Figura 44), los tipos de heridas que predominan son las quirúrgicas y traumáticas; en cambio en los mayores de 65 (Figura 33), predominan las lesiones crónicas, principalmente UPP.

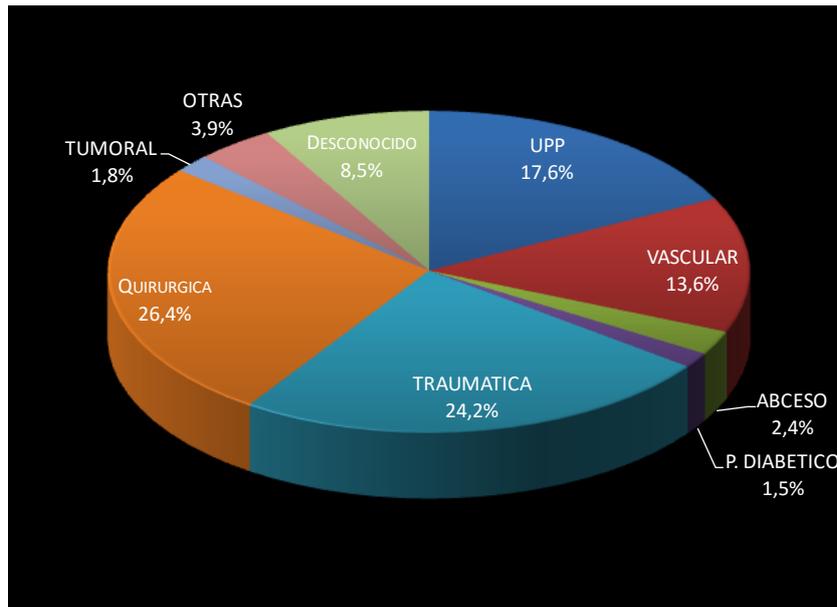


Figura 43.- Heridas en pacientes menores de 65 años

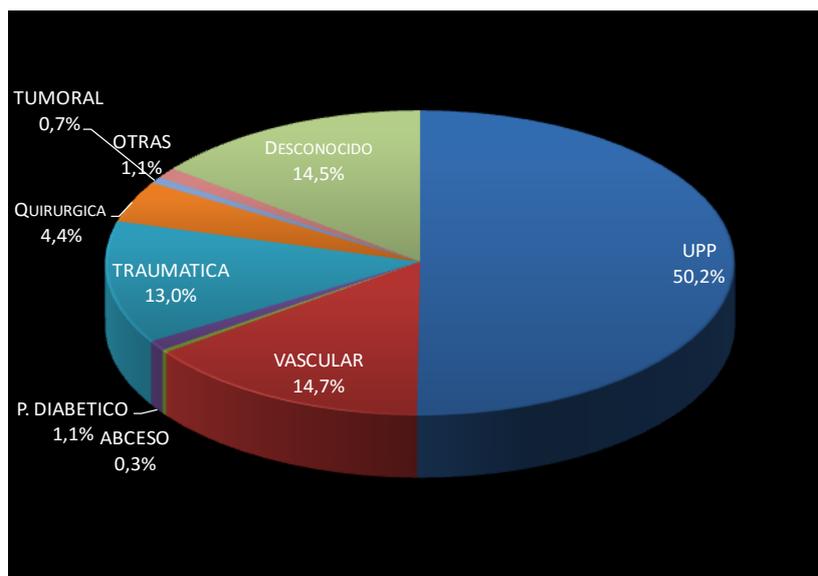


Figura 44.- Heridas en pacientes mayores de 65 años

La evolución del consumo de apósitos en el Área Sanitaria de Ferrol, según el número de solicitudes de apósitos (Figura 45) ha ido incrementándose a lo largo de estos años (2012 e 2014); llama la atención, que al contrario, los importes y repercusión económica de los mismos han ido disminuyendo progresivamente.

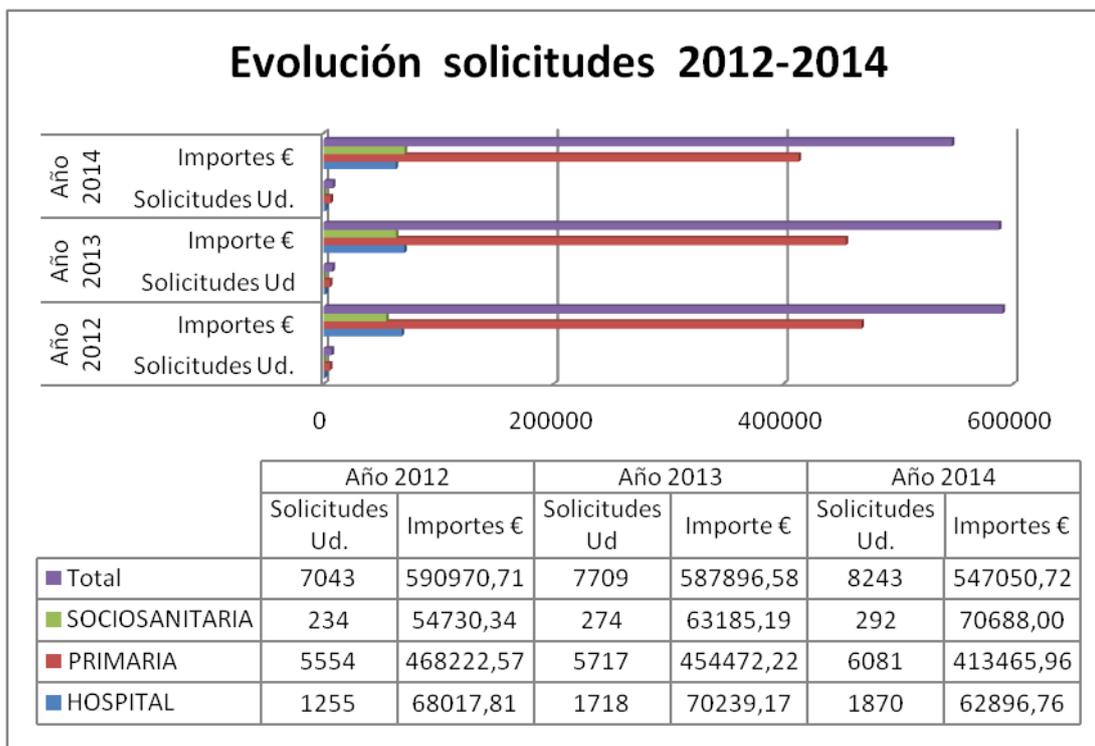


Figura 45.- Evolución de solicitudes de apósitos y repercusión económica.

Por otra parte, podemos observar que el número de pacientes con los que se utilizan apósitos de cura en ambiente húmedo en el hospital casi se ha duplicado, mientras que en Primaria bajaron ligeramente.

	Pacientes	
	2.012	2.014
HOSPITAL	470	823
PRIMARIA	1.983	2.031

Si tenemos en cuenta el número de apósitos que se precisa utilizar con cada paciente (media del número de apósitos por paciente), las cifras de consumo evolucionan a la baja, tanto en pacientes hospitalizados (hospitales), como en pacientes ambulatorios (atención primaria).

Tabla 29

	Apósitos / Paciente	
	2.012	2.014
HOSPITAL	45	33
PRIMARIA	79	72

Además analizando esta información en conjunto, podemos observar que si bien estamos utilizando mayor número de apósitos, el gasto en apósitos por paciente, también es más bajo.

Tabla 30

	Importe / Paciente	
	2.012	2.014
HOSPITAL	132 €	97 €
PRIMARIA	242 €	226 €

Sin embargo, el incremento del número de apósitos, podría estar justificado por el incremento de técnicas hospitalarias en las que se están utilizando este tipo de productos.

A lo largo de 2011, en el período anterior a la creación de la Consulta de Asesoramiento en Cura en Ambiente Húmedo, el gasto económico derivado de los productos de cura en ambiente húmedo se situaba entre los 66.000 y los 88.000 € mensuales (con una media de 80.000 € / mes) ^(Figura 46); en el

año 2012 el gasto mensual pasó a 49.400 € mensuales, y en 2013, el gasto alcanzó los 50.373 € mensuales, manteniéndose en torno a los 50.000 € en 2014.

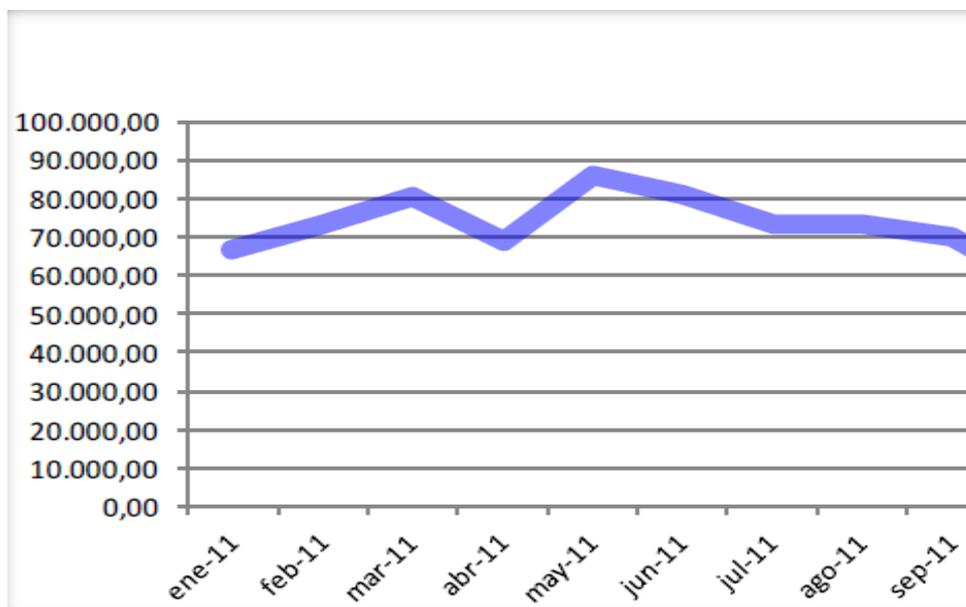


Figura 46.- Evolución gasto económico

A la vista de los consumos de apósitos, con la gestión de apósitos (revisión de peticiones, formación continuada y asesoramiento profesional para el tratamiento de las heridas), es decir, solo con asegurarnos de que los apósitos indicados a cada paciente, son los más adecuados en función de las características de la lesión y del propio paciente, el ahorro económico mensual en la gerencia asciende a los 30.000 €.

Pero aparte de los resultados económicos, también se consiguieron mejoras en otros indicadores de seguridad, además de los relacionados directamente con la cantidad y calidad de los registros profesionales en la historia clínica:

- Incidencia de UPP (Figura 47): La incidencia interanual de úlceras por presión del año 2013 en la XXIF, era de 4,27%, mientras que en el mes de enero de 2014 ya habíamos conseguido bajar al 2,61 %.
- El porcentaje de pacientes con registro de valoración de riesgo (escala de braden) en la historia clínica (Figura 48) era en 2013 del 56%, pasando al 76% en enero de 2014

- El porcentaje de pacientes con riesgo de UPP y aplicación de cuidados (Figura 48) pasó de un 38% en 2013 al 69% en enero de 2014.

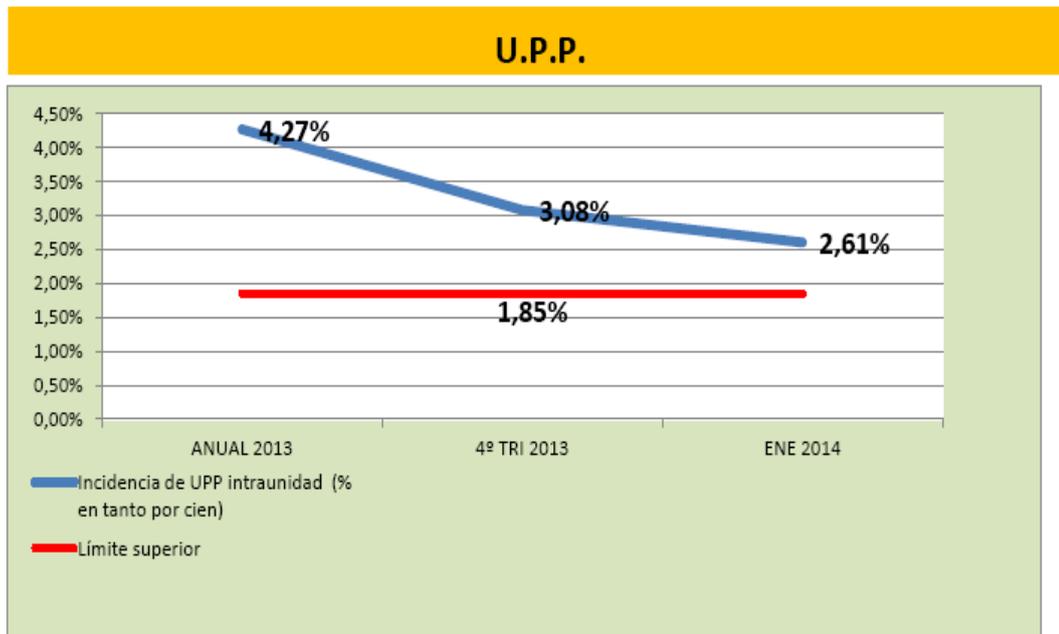


Figura 47.- Incidencia UPP

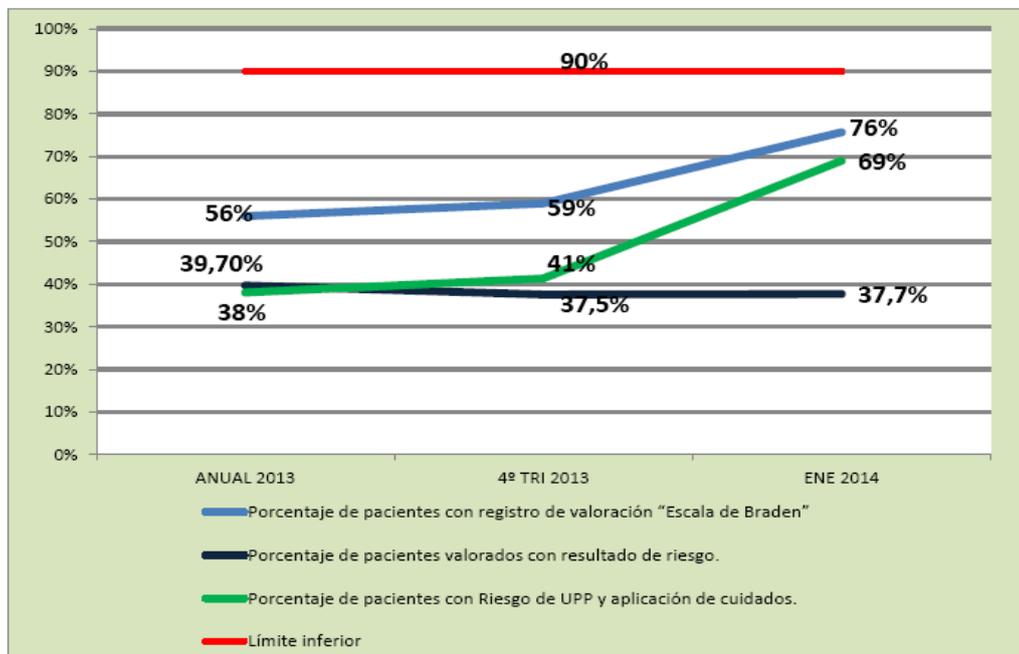


Figura 48.- Pacientes con registro de valoración del riesgo y de cuidados

En las Figuras 49 y 50, se pueden observar los datos completos correspondientes a los indicadores de seguridad de pacientes del año 2013 y 2014 respectivamente.

Cabe destacar que:

- El número de pacientes que ha desarrollado UPP en 2014 en el global de la XXIF, ha bajado con respecto al de 2013; así del 2,7% de pacientes con UPP (381 pacientes) de 2013, pasamos al 2,2% (329 pacientes) que desarrollaron UPP en 2014.
- Los pacientes a los que se le realizó valoración de riesgo de UPP mediante escala de Braden y que a su vez, quedó registrada en la historia clínica, han pasado del 55,8% en 2013, al 94,1% de pacientes valorados en 2014.
- Los pacientes identificados como pacientes de riesgo (mediante la escala de Braden) a los que a su vez, se le realizó registro específico de cuidados en función de su nivel de riesgo, pasaron del 38,1% en 2013, al 80,8% de pacientes con cuidados específicos planificados en función del riesgo, en el global del año 2014.

Todos los indicadores, continúan con evolución positiva.

Además es importante destacar el salto cualitativo dado en los registros, lo que implica la monitorización de todas las UPP a través de la historia clínica, destacando que, si atendemos a la categoría de las lesiones ^(Figura 51), la mayoría de ellas, presentan afectación superficial (Tabla 29).

CATEGORÍAS UPP CHUF	
Categoría I (piel integra)	53,75%
Categoría II	37,5%
Categoría III	7,5%
Categoría IV	1,25%

Tabla 29.- Distribución de las UPP

Figura 49.- Indicadores de seguridad 2013

ULCERAS POR PRESIÓN		Año 2013	
Nº de pacientes con úlceras nuevas generadas en la propia unidad	n	381	
	% Pacientes incidentes	%	2,7%

Escala de Braden			
% pacientes con registro de valoración "Escala de Braden"	%	55,8%	90,00%
% pacientes con Riesgo de UPP y aplicación de cuidados.	%	38,1%	90,00%

Riesgo de caídas			
% de pacientes con registro de valoración del riesgo de caídas	%	78,5%	75,00%
% de pacientes con Riesgo de Caídas y aplicación de cuidados	%	26,8%	75,00%
Tasa de Incidencia de Caídas (‰ en tanto por mil)	‰	1,55 ‰	1,00 ‰

Valoración dolor			
Nº de pacientes con valoración del dolor en la gráfica de constantes			
% pacientes con valoración del dolor en la gráfica de constantes	%	62,8%	70,00%
% pacientes ingresados con valoración del dolor distinta de cero	%	7,2%	
% pacientes ingresados dolor y RE	%	53,5%	70,00%

AÑO 2013 Indicadores de calidad y seguridad del paciente		
Úlceras intraunidad		
Excede: 2,42%	Se registran 613 úlceras intraunidad	
UPP (Escala de Braden)		Acciones
Falta: 34,2%	Se valora el riesgo de UPP (Escala de Braden) a 8010 pacientes (55,8%) de los 14364 que ingresaron. Se han registrado acciones a 1210 (38,1%) de los 3176 que presentan riesgo.	Falta: 51,9%
Caídas		
Excede: 0,55‰	Se registran 185 caídas	
OK	Se valora el Riesgo de Caídas a 11274 pacientes (78,5%) de los 14364 que ingresaron. Se han registrado acciones a 2576 (26,8%) de los 9599 que presentan riesgo.	Falta: 48,2%
Dolor		Registro Especial
Falta: 7,2%	Se valora el Dolor a 9027 pacientes (62,8%) de los 14364 que ingresaron. Se han registrado en RE a 1345 (53,5%) de los 2513 que lo presentan.	Falta: 16,5%

Figura 50.- Indicadores de seguridad 2014

ULCERAS POR PRESIÓN		Año 2014	
Nº de pacientes con úlceras nuevas generadas en la propia unidad	n		329
	% Pacientes incidentes en la unidad	%	2,2%

Escala de Braden			
% pacientes con registro de valoración "Escala de Braden"	%	94,1%	90,00%
% pacientes con Riesgo de UPP y aplicación de cuidados.	%	80,8%	90,00%

Riesgo de caídas			
% de pacientes con registro de valoración del riesgo de caídas	%	95,6%	90,00%
% de pacientes con Riesgo de Caídas y aplicación de cuidados	%	80,8%	90,00%
Tasa de Incidencia de Caídas (‰ en tanto por mil)	‰	1,33 ‰	1,00 ‰

Valoración dolor			
% pacientes con valoración del dolor en la gráfica de constantes	%	84,7%	80,00%
% pacientes ingresados con valoración del dolor distinta de cero	%		
% pacientes ingresados dolor y RE	%	58,4%	80,00%

AÑO 2014 Indicadores de calidad y seguridad del paciente		
Úlceras intraunidad		
Excede: 1,4%	Se registran 480 úlceras intraunidad	
UPP (Escala de Braden)		
Ok	Se valora el riesgo de UPP (Escala de Braden) a 13858 pacientes (94,1%) de los 14730 que ingresaron. Se han registrado acciones a 4294 (80,8%) de los 5312 que presentan riesgo.	A mejorar: 9,2%
Caídas		
Excede: 0,33‰	Se registran 157 caídas	
Riesgo de Caídas		
Ok	Se valora el Riesgo de Caídas a 14075 pacientes (95,6%) de los 14730 que ingresaron. Se han registrado acciones a 9533 (80,8%) de los 11804 que presentan riesgo.	A mejorar: 9,2%
Dolor		
Ok	Se valora el Dolor a 12471 pacientes (84,7%) de los 14730 que ingresaron. Se han registrado en RE a 1803 (58,4%) de los 3087 que lo presentan.	A mejorar: 21,6%

Si tomamos como referencia el 3º estudio del GNEAUPP ⁴³, se observa que en la XXIF, no solo se desarrollan menor número de úlceras (en menor número de pacientes), sino que las UPP que se producen, son identificadas más pronto y por tanto son lesiones de categorías inferiores y por tanto, con menor destrucción de tejidos, lo que facilita su abordaje y mejora las posibilidades de éxito en su tratamiento.

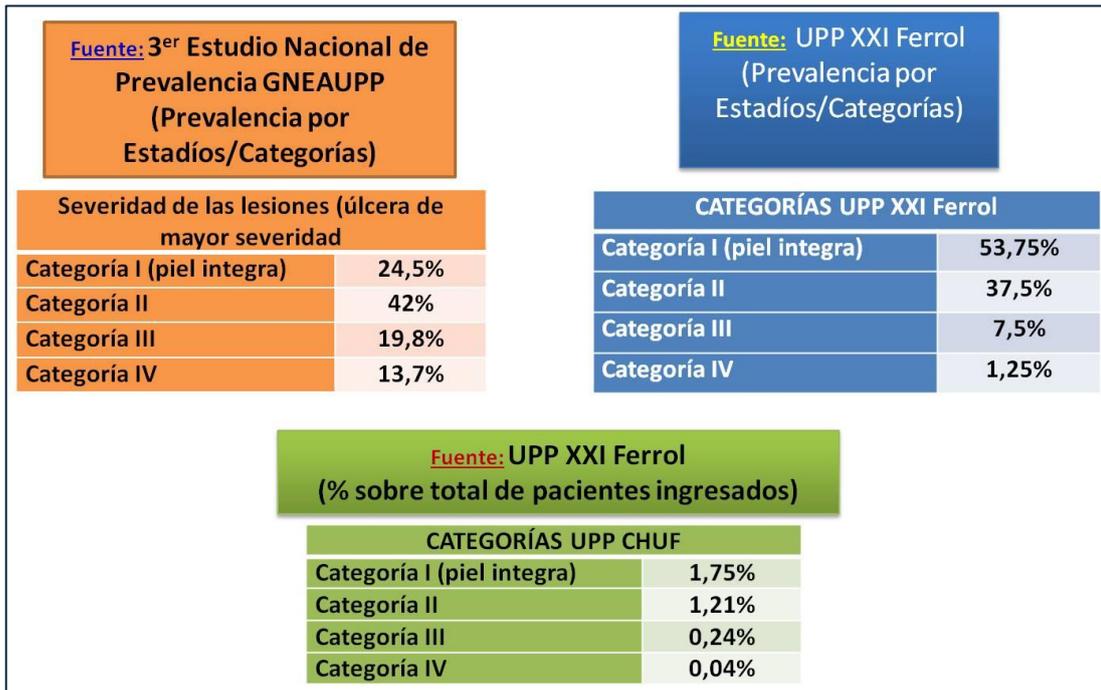


Figura 51.- Categorización de UPP

Por otra parte y como complemento a la política de calidad y debido a la importancia que supone, que cada profesional sepa cuales son los resultados de su actividad asistencial, periódicamente se envía un informe a todos los centros de atención primaria, con el resumen de la información generada en el centro (se envía a cada coordinador de centro y a cada profesional); en el informe (Figura 52) se les comunica la situación del centro con respecto a los demás centros del área.

A cada trabajador se le envía información concreta sobre su actividad y su situación con respecto a los profesionales de su centro y del resto del área.

Consulta de Cura en Ambiente Húmedo

Informe para: **C.S. AS PONTES**

Correspondiente a los pedidos de apósitos realizados de Enero-2012 a Marzo-2012 (3 meses)

Refleja las unidades por paciente y el coste de producto por paciente						
Tipo		Familia	C.S. AS PONTES		PRIMARIA	
PRIMARIA			Unidades	Euros	Unidades	Euros
			22		719	
Primarios	CARBÓN PLATA		0,5	1,46 €	1,5	4,89 €
	FIBRA		8,2	22,99 €	8,9	24,70 €
	FIBRA PLATA		0,5	2,65 €	6,9	38,33 €
	HIDROXEL AMORFO		1,1	1,83 €	1,1	1,80 €
	IONS		0,5	1,28 €	0,5	1,39 €
	MALLA		-	- €	-	- €
	MALLA PLATA		-	- €	-	- €
	MPMS		0,7	4,39 €	0,3	2,16 €
Secundarios	COMBINADO		2,7	9,87 €	0,9	3,34 €
	ESPUMA BA		-	- €	-	- €
	ESPUMA NO		3,0	13,21 €	4,2	16,60 €
	ESPUMA SI		20,9	57,04 €	13,5	38,71 €
	ESPUMA SI PLATA		1,4	6,02 €	1,1	4,93 €
	HIDROCOLOIDE		3,2	8,45 €	2,6	5,74 €
	HIDROCOLOIDE FINO		9,1	17,43 €	5,0	9,23 €
	HIDROXEL PLACA		0,2	0,37 €	0,3	0,45 €
Total PRIMARIOS			11,4	34,60 €	19,2	73,27 €
Total SECUNDARIOS			40,5	112,37 €	27,6	79,00 €
TOTAL			51,8	146,97 €	46,8	152,27 €

TIS	Nº Heridas	Localización	Tipo	F. Debut	F. Final	Nº Solicitudes	Euros	% Total
260923PPEZ0014	2	trocanteer l	upp	16/01/2012		3	816,79 €	22,79%
		PIE LATERAL	UPP	09/11/2011				
200514PPRO0011	1					2	475,33 €	13,26%
140902CLAU0014	1	Sacro	UPP	08/03/2010		3	1.016,07 €	28,35%
3107203AJR0011	2	sacro	UPP	03/01/2012		3	835,05 €	23,30%
		talon D	UPP	03/01/2012				
330303HPPE0015	1					1	176,46 €	4,92%
620714CSAB0017	1					1	175,97 €	4,91%
281029CBAL0015	1					1	88,23 €	2,46%

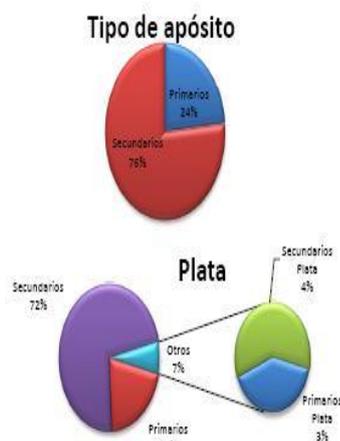
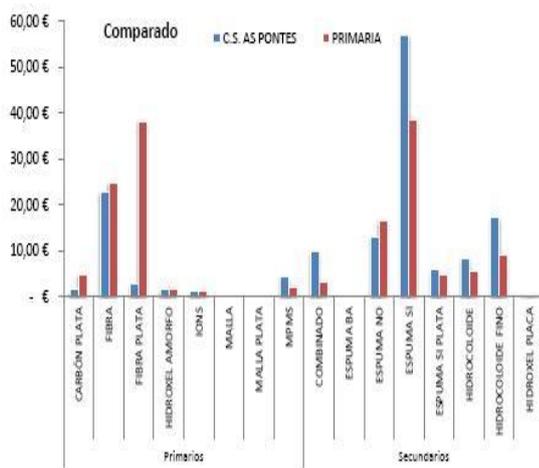


Figura 52.- Informe actividad e indicadores en atención primaria

De la misma forma, se emite un informe de seguimiento de los indicadores alcanzados en las unidades de enfermería hospitalarias (Figura 53), para que cada trabajador sea consciente de los resultados conseguidos, y de la situación real en cuanto a la seguridad relativa a los pacientes..

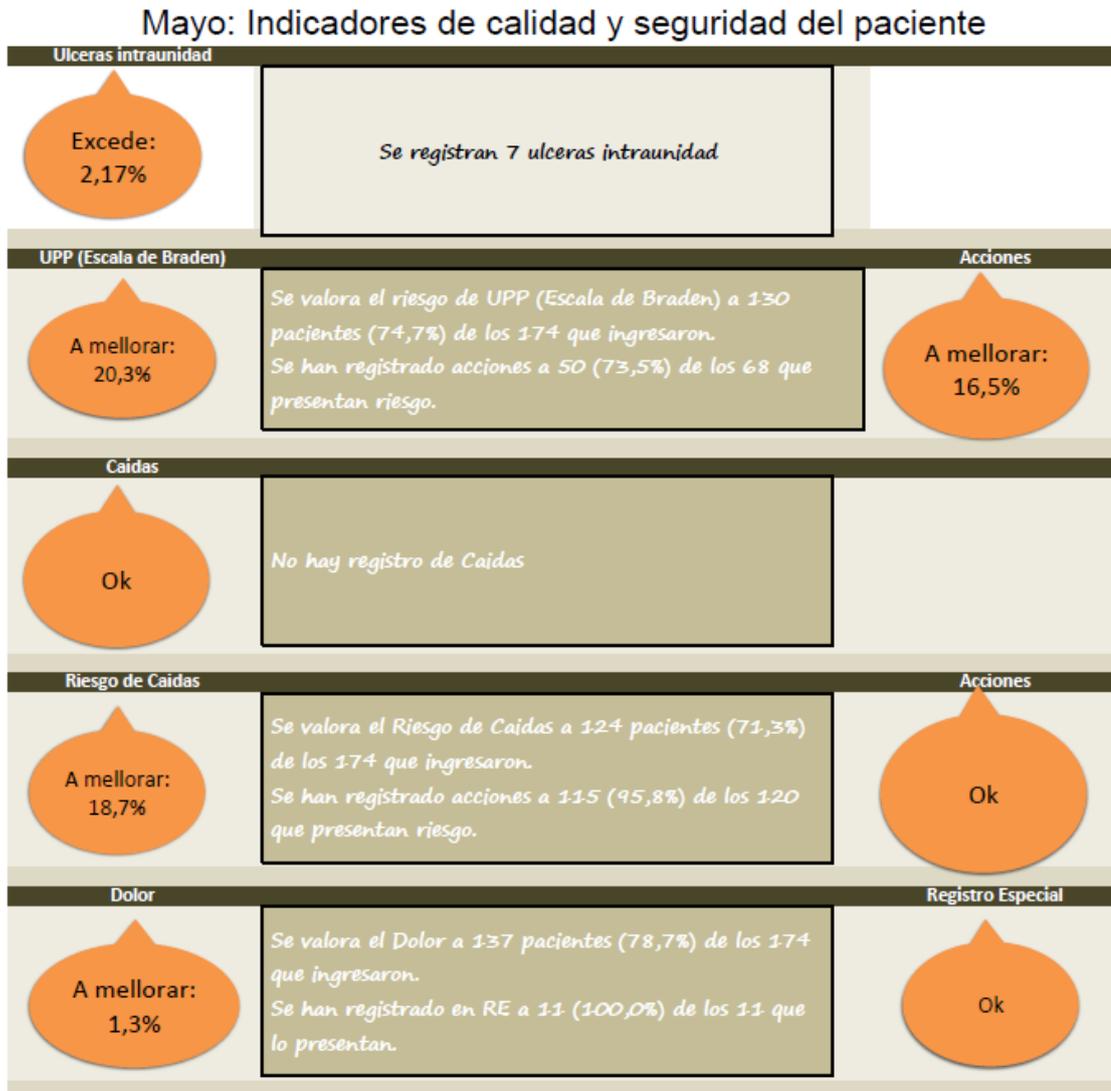


Figura 53.- Informe actividad e indicadores en unidades hospitalarias

Discusión General

DISCUSIÓN

6.1. DISCUSIÓN SOBRE SOBRE EL DISEÑO, DESARROLLO Y RESOLUCIÓN DEL CONCURSO

Que los sistemas sanitarios busquen formas de optimizar recursos y abaratar costes, entra en lo que deberíamos llamar Gestión Sanitaria Responsable. Los concursos públicos son una manera de buscar oferta competitiva entre los diferentes fabricantes, distribuidores o prestadores de servicios, que no persigue otra cosa que disponer de los mejores productos a los mejores precios.

En Galicia llevamos desde 2003, trabajando en la gestión de concursos centralizados de apósitos de cura en ambiente húmedo, mejorando la gestión y resultados de los mismos a medida que vamos incrementando nuestra experiencia con el modelo. Estudios de investigación propios en este campo y de otros autores⁹⁴⁻⁹⁹, han servido como punto de partida, para que este modelo esté siendo imitado por otros sistemas de salud.

Una de las experiencias más cercanas a la nuestra, sobre la gestión de concursos públicos de material de cura en ambiente húmedo, es la del País Vasco (Quesada C y Beistegui I, 2014)¹⁰⁰ con la que coincidimos en la importancia de disponer de un equipo técnico (comisión técnica) formado por enfermeras expertas que participen en la toma de decisiones (aspecto vital para la consecución del proyecto), ya que implica poner sobre la mesa el peso de la experiencia asistencial, a la hora de decidir que material nos planteamos poner en manos de nuestros profesionales para atender a los pacientes.

De la misma forma coincidimos en la importancia de la valoración técnica consensuada entre profesionales expertos, para seleccionar de entre las diversas ofertas presentadas; diferimos hasta cierto punto en la manera de desarrollarlo, ya que mientras ellos asumen la decisión de la Comisión Técnica, desde el programa Úlceras Fóra se promovió trasladar esa responsabilidad compartida al resto de Formadores Expertos y a su vez a

más de cien profesionales asistenciales que colaboraron, bajo la dirección de los referentes, aplicando los mismos criterios, previamente consensuados en la Comisión Técnica. Entendemos que esta forma de actuación, si bien implica una complejidad organizativa mucho mayor, también consigue una mayor implicación de todos los profesionales, que participan más directamente en la selección de los productos.

También diferimos en la forma de resolución del concurso; en Galicia se adjudicó cada lote a un solo producto y en el País Vasco fueron tres, los adjudicatarios de cada lote, lo que implica que cada comarca de Atención Primaria, tenga luego que decidir entre uno de ellos para incorporarlo a sus respectivos centros; sería muy aventurado posicionarse sobre si es o no, mejor uno de los modelos con respecto al otro.

Otro aspecto compartido es en la necesidad de acercar los conocimientos sobre las heridas al mundo de los gestores económicos. En Galicia trabajamos en ese sentido desde hace ya algunos años y los resultados de este trabajo demuestran su utilidad.

Coincidimos también y destacamos, la importancia que adquiere la formación continuada y la difusión del conocimiento, como herramienta de contención de gasto, pero añadiríamos también, la importancia que supone en la mejora de cuidados a los pacientes y en la mejora de los registros asistenciales, en línea con lo publicado también por otros autores ¹⁰¹⁻¹⁰⁹.

Al igual que en el País Vasco, los resultados económicos derivados directamente de la gestión del concurso son espectaculares; otros resultados asistenciales, no han sido aún evaluados o publicados, pero es de esperar que como ocurre en Galicia, también hayan mejorado el resto de indicadores asistenciales.

Otro aspecto a valorar sería la contribución que puede tener la consecución de un catálogo normalizado de productos, con una definición de las indicaciones y características de administración de cada apósito, a la normalización del cuidado de las heridas, aspecto que autores como García-

Sánchez FJ et al. (2009)^{101,103,105,108} consideran relevantes para mejorar la satisfacción de los profesionales; aspecto en el que coincidimos.

6.2. DISCUSIÓN SOBRE LA SATISFACCIÓN E IMPACTO DEL PLAN FORMATIVO EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y LA PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE UPP

La guía de práctica clínica (GPC) de la NICE⁵⁸ y la GPC publicada por el consorcio NPUAP-EPUAP-PPPIA⁴⁷ sobre prevención y tratamiento de las UPP, consideran, con un nivel de evidencia Alta y Fuerza 1 de recomendación (según el sistema GRADE¹¹⁰ de clasificación de la evidencia), la necesidad de que los servicios y sistemas de salud: *“formen a los profesionales sanitarios que tienen contacto con cualquier persona afectada de UPP o riesgo de padecerlas, en los conocimientos sobre prevención, tratamiento y métodos de identificación”*.

Por ello, a lo largo de este trabajo de investigación se ha ido dejando constancia de la importancia de poseer los conocimientos adecuados en prevención y tratamiento; así como que dichos conocimientos se apliquen a la práctica clínica diaria, de forma segura y eficiente, tanto para el profesional, como para quien recibe dichos cuidados. Siendo éste, uno de los objetivos del Programa Úlceras Fóra y de su Plan Formativo.

Para este trabajo se ha utilizado el “Cuestionario de Conocimientos y Práctica de Prevención y tratamiento de UPP” de Pancorbo et al¹⁰³; ya que actualmente es el único validado; además de medir no sólo el grado de conocimiento (prevención y tratamiento), sino también el grado de utilización en la práctica asistencial de tales recomendaciones.

Los resultados obtenidos de la autocumplimentación del cuestionario validado que han sido aquí expuestos, pretendían hacer hincapié sobre cómo ha influido el Plan Formativo, de forma general; llevado a cabo a través de múltiples ediciones de cursos y/o talleres sobre prevención y tratamiento de las UPP, en la mejora asistencial y adherencia a las buenas prácticas (recomendaciones basadas en la evidencia) para lograr una

excelencia en los cuidados y en la seguridad del paciente afectado de UPP o riesgo de padecerlas.

Por tanto, este estudio no incluye una valoración profunda de los factores profesionales y formativos que influyen en el dicho grado de conocimiento y de práctica; solo mide el índice porcentual de conocimiento y de práctica obtenido en cada una de las evaluaciones, transcrito éste como índice de impacto formativo por intervención docente de manera intencionada. Los factores determinantes no estudiados, serán a su vez motivo para seguir analizando todos los datos recabados, y diseñar un nuevo estudio de investigación que tenga como objetivo el identificar y corregir posibles conductas profesionales no adecuadas y/o planificar otras estrategias docentes que puedan resultar más eficientes y efectivas, en base a otros objetivos pedagógicos y/o clínicos.

En este estudio se incluyó, el personal asistencial de enfermería (enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares) de atención primaria y hospitalizada y de instituciones sociosanitarias; así como, a profesionales médicos de diferentes niveles asistenciales, mandos intermedios y/o coordinadores de enfermería y también, como novedad de todo el proceso de mejora en este campo, el que participen profesionales no sanitarios (celadores) por considerarlos parte importante y colaboradores asiduos en el cuidado de este tipo de pacientes, en aras de prevenir la incidencia de las úlceras o el empeoramiento de las ya existentes (efectos adversos).

Comparando este estudio con otros ya publicados, que utilizan la misma metodología; coincidimos en que el profesional tipo, que ha contestado el cuestionario se corresponde, en cuanto al personal de enfermería (DUE, TCAE y Mandos Intermedios), con la de un profesional con bastantes años de bagaje laboral, que generalmente está formado a través de cursos/talleres de formación continuada sobre el tema en cuestión; así como refiere acudir a alguna jornada y/o congreso específicos de este tipo de lesiones, pero no suele participar de forma significativa, en proyectos de investigación sobre el tema.

En la bibliografía consultada, no hemos encontrado datos que permitan comparar los resultados obtenidos en lo referente al profesional médico; los cuales han resultado muy satisfactorios por su alto índice de impacto formativo en la adherencia de éste tipo de conocimiento (cuidados sobre prevención y tratamiento de UPP). Siendo en nuestro caso, la primera vez que este tipo de profesionales reciben conocimientos tan específicos. Siendo además, los profesionales más satisfechos con la formación recibida y los que lograron niveles significativos de impacto ($p < 0,05$), para situarse al mismo nivel de conocimientos que los DUE.

Del mismo modo, podemos afirmar que los celadores de ámbito hospitalario (profesional no sanitario), ha sido personal que hasta ahora no había sido incluido en planes formativos integrales para el manejo del deterioro de la integridad cutánea y/o tisular. Los resultados descritos en este estudio (expectativas y conocimientos adquiridos), demuestran que los celadores son profesionales dispuestos y motivados para identificar y alertar a los profesionales sanitarios en aspectos de prevención de UPP.

Cabe destacar, la figura del Mando Intermedio (coordinador, supervisor) de enfermería, como pieza clave en la gestión y liderazgo del proceso para eliminar y/o reducir la “epidemia bajo las sábanas”, denominación como se le conoce a la pandemia actual que son las UPP; y que suele ser uno de los profesionales mejor formados en este tipo de cuidados (personal expertos), los cuales lo han corroborado en cada uno de los índices de impacto medido por el cuestionario de conocimientos. En cambio, podríamos decir que su nivel de satisfacción con la actividad formativa, aun siendo bastante buena, fueron de los profesionales que puntuaron por debajo del resto de los grupos, a cuya explicación se le podría añadir la información que fueron el único grupo cuya “voluntariedad” estuvo condicionada por otras circunstancias inherentes al cargo de gestión que representan.

Finalmente, el colectivo profesional de TCAE, al igual de los DUE, son profesionales que viven el día a día el manejo de este tipo de lesiones (UPP) y que ya cuentan con niveles altos de conocimiento sobre prevención y tratamiento, pero que además en este caso (plan formativo) han podido

actualizar sus conocimientos y cumplir sus expectativas en cuanto otros tipos de lesiones que afectan al deterioro de la integridad cutánea (úlceras venosas, úlceras neoplásicas, pie diabético y lesiones por humedad).

Respecto a la metodología seleccionada y limitaciones del instrumento de medida (encuesta validada para ser autocumplimentada), comentar lo que dicen los otros estudios que utilizan esta metodología, o similares^{102,103,106,107}; es decir, los resultados deben ser interpretados con cautela, ya que la información obtenida, aunque válida por ser declarada por los profesionales, puede o no diferir de la situación real (los datos han sido obtenidos en un entorno controlado [aula docente] y bajo un límite de tiempo que podría enmascarar otro tipo de comportamiento ante la pregunta, si el entorno fuese distinto).

Sin embargo, también es de suponer que al tratarse de un cuestionario validado, cuyos resultados recogen la mejor práctica posible, si en nuestro caso le aplicásemos una corrección de un 10-20% a su consecución, seguiríamos obteniendo altos índices de satisfacción y un grado de conocimiento elevado.

Referente a la antigüedad del cuestionario (publicado en el año 2002); sus recomendaciones (16 intervenciones y/o recomendaciones sobre prevención y 21 sobre tratamiento de las UPP); podría hacer pensar que pudieran estar obsoletas algunas de las recomendaciones; sobre todo conociendo que actualmente ya hay GPC de 2º generación; que aplican el sistema GRADE que clasifica las recomendaciones no solo por la calidad del estudio de investigación; sino que además incorpora otros factores como el riesgo-beneficio para el paciente y la disponibilidad de recursos que la hacen viable.

No se ha observado que la antigüedad del cuestionario interfiera negativamente para ampliar los conocimientos y establecer buenos hábitos para prevenir y tratar las UPP; si bien es cierto que se constata que ciertos ítems del cuestionario (sobre todo de tratamiento) podrían ser revisados y actualizados a los enunciados de las nuevas recomendaciones y que, podrían actualizarse algunas recomendaciones (de prevención) por otras

más actuales, al quedar las otras ya asumidas como de obligado cumplimiento dentro de la práctica asistencial habitual.

Coincidimos con estudios similares^{102,103,107} en que los profesionales tienen un mayor nivel de conocimientos que los que realmente aplican a su práctica clínica habitual, o dicho de otra forma, que a pesar de conocer los cuidados y acciones avaladas por evidencia científica y por tanto recomendadas por las principales Guías y organizaciones de profesionales, su aplicación a la hora de atender a los pacientes, disminuye considerablemente (las evidencias generadas, tratan en incorporarse a la práctica).

De la misma forma, coincidimos con todos ellos en que los conocimientos adecuados (avalados por evidencia científica) son más conocidos en el aspecto de la prevención, que en lo concerniente al tratamiento.

Cabe destacar también que aún bastantes profesionales, reconocen la utilización de algunos cuidados básicos, como la utilización de "roscos o flotadores" y el uso de masajes en zonas de presión, de la manera en que se hacía tradicionalmente, a pesar de disponer actualmente de evidencia en cuanto a que pueden resultar contraproducentes.

Por último, reseñar que de los dos cuestionarios de satisfacción empleados, el que hace referencia a la FEGAS, precisó ser modificado para definir e identificar mejor y/o de forma más legible, que el participante diese la opinión lo más exacta posible en relación a la pregunta que se le hacía. Esto no ocurrió con el cuestionario ASF, ya que específicamente realizaba las preguntas pertinentes para medir las expectativas y aplicabilidad de los conocimientos adquiridos. Además, FEGAS, dependiendo del formato docente (presencial, mixto y teleformación) utiliza dos cuestionarios distintos, con preguntas aparentemente diferentes, lo que dificultó la extrapolación de los resultados para su comparativa; de ahí que se procediese a una unificación de criterios para homogeneizar los ítems de medida. Es por ello, que vemos una oportunidad de mejora de poder actualizar estos cuestionarios de satisfacción para convertirlo en instrumentos métricos más

fiables que ayuden a filtrar las expectativas y aplicabilidad de los participantes.

6.3. DISCUSIÓN SOBRE IMPACTO DEL PROGRAMA ÚLCERAS FORA

Establecer y medir indicadores es la mejor forma de poder determinar si la asistencia que prestamos es adecuada a lo que se había planificado o preveía. Disponer de indicadores que nos permitan conocer:

- La Incidencia de úlceras por presión.
- La Prevalencia de úlceras por presión.
- La Tasa de pacientes con valoración de riesgo de UPP realizada.
- La tasa de pacientes con resultado de riesgo de UPP en la valoración.
- El nivel de aplicación de cuidados en función del riesgo de UPP identificado.
- Los tipos y cantidades de productos de cura en ambiente húmido consumidos en el Area, evaluando su evolución y adecuación.

Nos permiten comprobar de manera agil las consecuencias de la actividad asistencial, tanto en positivo como en negativo (efectos adversos derivados).

Sin medir los resultados de lo que se hace, es imposible poder asegurar que se trata de medidas adecuadas.

Por otra parte, implicar a un número importante de profesionales en un proyecto de estas características, aporta ventajas de cara a establecer una corriente de interés sobre un tema concreto. La satisfacción obtenida en las diversas encuestas, sumado a los datos de resultados asistenciales, así lo avala.

La evaluación del impacto realizado de manera sistemática a través de la información recogida en los cuadros de mando generados con la información

adquirida de la historia clínica electrónica GACELA e IANUS, aportan un valor añadido en cuanto a la mejora en el número y calidad de los registros y la importancia que ello pueda tener en la continuidad asistencial.

La reducción del gasto derivado de productos de cura en ambiente húmedo, aún consumiendo en algunos casos, un mayor número de productos, indica que la gestión del programa ha tenido un impacto económico importante, al igual que ocurre en el de Quesada C y Beistegui I (2014)¹⁰⁰.

Los datos económicos en sí mismos, pueden ser incluso “peligrosos”, ya que también podría justificarse si se hubiera producido una limitación en la adquisición de los productos (situación en la cual, no se produciría un ahorro real, sino que el gasto se estaría derivando hacia otros productos diferentes a los de cura húmeda; por ello es imprescindible comprobar su efectividad con el resto de indicadores asistenciales. Los resultados del Programa Úlceras Fóra avalan que dicho ahorro es consecuencia de la buena gestión, y optimización en el uso de los productos.

Es interesante el análisis de la evolución del uso de los apósitos, ya que como se destacaba antes, además de haber identificado que se estaban usando mal algunos apósitos, (por desconocer las posibilidades de utilización y combinación de los mismos), también nos encontramos otros resultados positivos que vienen a indicar mejoras en la utilización del arsenal terapéutico; así la utilización de apósitos primarios (sin plata) está bajando en relación al total de apósitos de cura húmeda, lo que se corresponde con las recomendaciones basadas en evidencia científica (utilizar primordialmente apósitos secundarios); de la misma forma, si lo que analizamos es la evolución de la utilización de los apósitos de plata en heridas infectadas, la indicación sería justo la contraria, utilizar como primera instancia apósitos primarios, en ambos casos la tendencia en la EOXI de Ferrol evoluciona en esa línea.

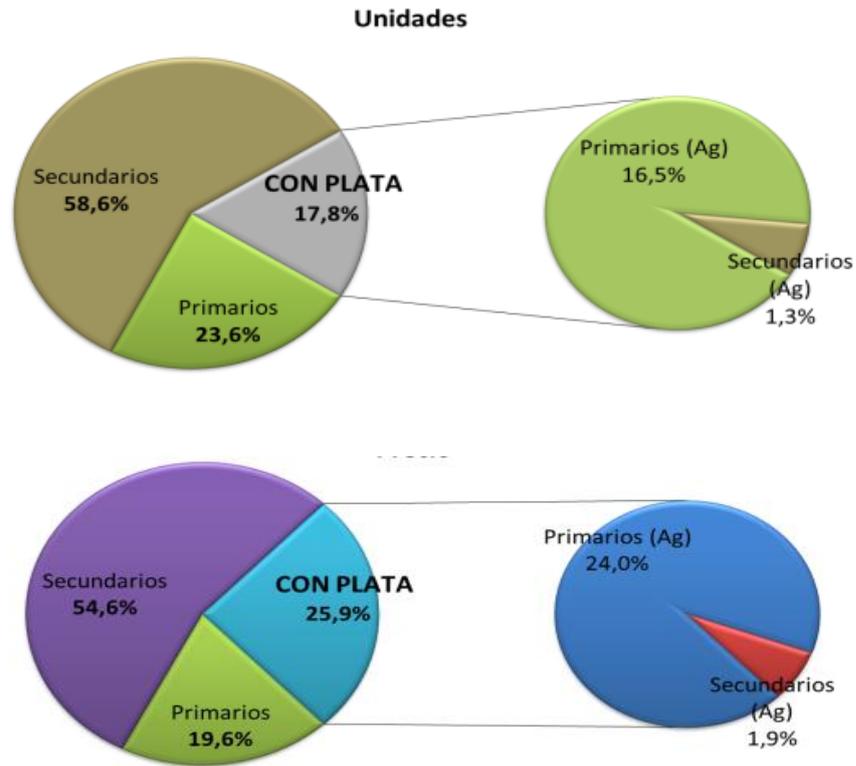


Figura 54.- Consumo de los apósitos según tipo

En la siguiente tabla podemos comprobar la evolución en las proporciones de utilización de apósitos primarios y de apósitos secundarios, con una evolución positiva, derivada de la mejora de conocimientos conseguida con la formación continuada realizada.

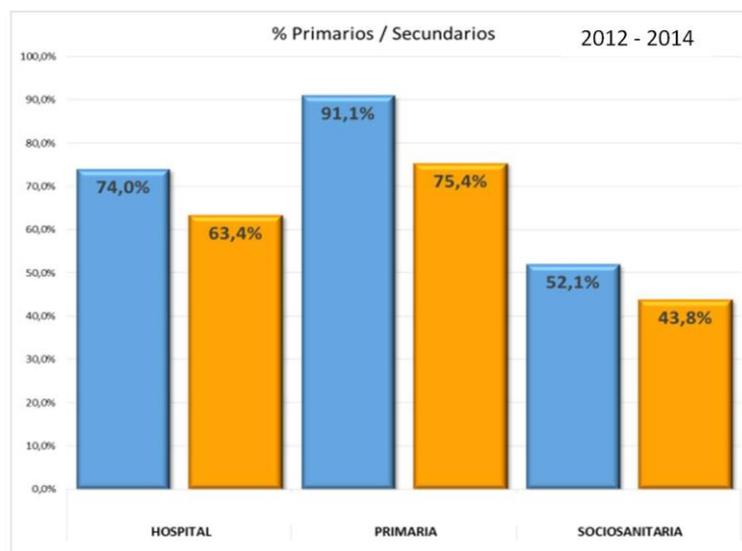


Figura 55.- Consumo de los apósitos primarios vs secundarios

En el conjunto del consumo de apósitos, y del gasto relacionado, tanto si la valoración la hacemos en referencia a Euros/Paciente, como si la hacemos en referencia a Euros/Herida, encontramos una evolución positiva, ya que ambos consumos disminuyen progresivamente en ambas situaciones.



Figura 56.- Coste económico por paciente y herida

Estudios publicados a nivel nacional que encuentran situaciones similares a las de nuestra área, en la utilización inadecuada de productos de cura en ambiente húmedo y demás medidas de prevención y tratamiento; según Pancorbo:¹⁰¹ “El grado de implantación en la práctica clínica habitual de instrumentos para el cuidado preventivo y de tratamiento de las UPP (protocolos, escalas, indicadores epidemiológicos, documentación escrita de los cuidados), es aún insuficiente en los tres ámbitos de atención estudiados: Atención Primaria, socio-sanitaria y hospitales”.

Otros estudios^{105,108,111} apuntan a la necesidad de reducir la variabilidad, como método para mejorar los cuidados y a la importancia de la formación continuada periódica basada en la evidencia, para conseguirlo; incidiendo

además en la figura del consultor / referente¹⁰⁵, como elemento diferenciador.

Otro aspecto importante a destacar, es que desde el inicio de los concursos centralizados, se incrementaron los consumos de algunos productos de cura en ambiente húmedo; este aspecto está justificado por el incremento de pacientes crónicos y también por el aumento de utilización de estos productos en heridas diferentes a las que se venían utilizando (heridas agudas), lo que implica además una disminución del consumo de otros productos que se venían usando de manera tradicional.

Cabe destacar también que con la cura en ambiente húmedo se consigue mayor seguridad para el paciente y su entorno, así como una mayor calidad de los cuidados, mayor autonomía de los pacientes y menores cargas asistenciales en el trabajo de enfermería.

Conclusiones

7.- CONCLUSIONES

La importancia estratégica de este programa, viene reforzada porque este proyecto se entrelaza de manera transversal dentro de la **“Estrategia SERGAS 2014. La sanidad Pública al servicio del paciente”**, (Tabla 4), donde se establece como reto fundamental, el logro de una asistencia más segura, más eficiente y de mejor calidad, y que nuestros ciudadanos y pacientes sean el centro de todas nuestras actuaciones.

Con este Programa, abordamos de manera efectiva, aspectos relativos a **cinco** de los **siete objetivos estratégicos** priorizados en la estrategia y **quince** de las **cuarenta líneas de actuación** a desarrollar e implementar.

A nivel económico global, destacar que si bien la cantidad inicialmente reservada para el consumo de apósitos de CAH para todo el SERGAS era de 12,6 millones de € por año de vigencia del concurso, en la práctica, tras la implementación del Programa Úlceras Fóra, el gasto en apósitos en Galicia entre 2011 y 2015, supuso un gasto total de 25.129.030,43 €, lo que implica una diferencia (ahorro directo estimado) superior al 50%.

Profundizando un poco más en los datos económicos, dado que el concurso se licita finalmente por 9.487.189,04 € por año, de mantenerse el uso estimado, supondría 37.948.756.14 € de gasto en los cuatro años de vigencia del concurso, por lo que se produce un ahorro directo sobre la licitación, de 12.819.726.14 € (en base a los consumos estimados).

Si a ello le sumamos la cantidad económica que supone el material recibido en donación (752.529,64 €), el ahorro total sería de: 13.572.255,78 €.

Hay que añadir, que el concurso generó a su vez, fondos destinados a la formación de todo el personal del SERGAS, que ascendían a 441.379,50 €, lo que permitió desarrollar un plan formativo sin precedentes.

Si bien, al consolidar la disminución de los consumos, en la renovación del concurso para los 2 años siguientes, se aplicó una variable reductora a los capítulos de donación y fondos para formación, ello no disminuye la importancia del ahorro, ni la trascendencia asistencial, producidos.

El plan formativo diseñado, implantado e implementado en toda la comunidad, ha permitido la creación de un grupo de formadores (expertos referentes) dentro de la Red Sanitaria del SERGAS.

Dichos grupos, no solo han compartido conocimientos homogéneos y estandarizados en todo tipo de lesiones sobre deterioro de la integridad cutánea y tisular; sino que han conseguido mejorar en muchos casos, la práctica clínica de los profesionales formados, en cuanto a prevención y/o tratamiento de dichas lesiones; lo que a su vez ha conseguido reducir el número y la severidad de las úlceras, mejorando los cuidados y la capacitación de los profesionales, por lo que toda esta parte de formación, se debe considerar una inversión, que seguro seguirá dando sus frutos a lo largo de los próximos años.

Lo verdaderamente innovador de todo el proceso, ha sido poder compartir todos los conocimientos con profesionales de diversa índole asistencial y categoría profesional; formándose a profesionales de otros colectivos diferentes de la enfermería (formación multidisciplinar); lo que ha supuesto un valor añadido para la mejora de la calidad y la sostenibilidad del sistema, pero sobre todo una mejora en la seguridad del paciente.

Entendemos que la implementación Programa “Úlceras Fóra”, para la mejora de la calidad en prevención y tratamiento del Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular en toda Galicia, nos permite en estos momentos poder dar respuesta a muchas de las preguntas que daban punto de partida al programa Úlceras Fóra, porque disponemos de los canales adecuados para la ejecución de las partidas económicas destinadas a la formación en cura en ambiente húmedo de los profesionales y a su integración en las líneas estratégicas del Servizo Galego de Saúde.

- Disponemos de criterios de valoración de los productos, por los equipos de profesionales.
- Hemos establecido criterios asistenciales comunes (en valoración de riesgo, valoración de lesiones, establecimiento de medidas preventivas, utilización de productos, seguimiento, registro, etc.) que

posibilitasen una mayor uniformización de criterios y menor variabilidad clínica.

- Se ha realizado un plan formativo sin precedentes, que ha respondido a todas las expectativas posibles y a las necesidades de la administración y de los profesionales
- Hemos monitorizado la consecución de los objetivos del Programa Úlceras Fóra en relación a la formación y transferencia de conocimientos sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión (UPP) y su impacto en la práctica asistencial, con unos resultados espectaculares.
- Los conocimientos iniciales en prevención y tratamiento de las UPP y su transferencia a la práctica asistencial, así como los conocimientos adquiridos por los profesionales de enfermería al recibir formación dirigida y su transferencia transcurrido un periodo temporal (conocimiento sumativo y diferido), son satisfactorios, lo mismo que el nivel de satisfacción de los profesionales (sanitarios y no sanitarios) y el grado de cumplimiento de sus expectativas, con la formación recibida sobre el abordaje integral de las UPP.
- Disponer de indicadores identificados y monitorizados, nos permite valorar progresivamente la evolución de la actividad asistencial en general, y en particular minimizar los efectos de las UPP en la práctica asistencial de enfermería.

La implementación del Programa Úlceras Fóra en Galicia, ha conseguido resultados de un menor consumo de apósitos desde 2010, que junto con las tasas de incidencia de UPP, la mejoría de identificación de pacientes en riesgo, la mejoría en la aplicación y registro de cuidados a los pacientes en riesgo, indican que el abordaje de la Gestión del Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular evoluciona de forma positiva; reduciendo el número de pacientes afectados y curando antes, a los que no se le ha podido evitar las úlceras.

Este trabajo de tesis, evidencia que a pesar de aumentar progresivamente el número de unidades de apósitos consumidas, el gasto económico derivado desciende progresivamente, lo que indica que disponer del Catálogo de Productos de Cura en ambiente Húmedo, normaliza su utilización y optimiza sus consumos.

Disponer de indicadores precisos que nos permitan medir exactamente nuestra realidad asistencial, es determinante a la hora de tener que tomar decisiones fundamentadas. Difundir estos resultados a los profesionales, contribuye a crear esa cultura de seguridad necesaria para mejorar.

La disminución progresiva de las tasas de incidencia de pacientes que han presentado UPP (siendo además la mayoría de ellas de categoría I), da imagen de que el personal está concienciado con la necesidad de priorizar la prevención y está inmerso en esa cultura de seguridad.

Disponer de un grupo multidisciplinar de formadores expertos y referentes (médicos y enfermeros) y que se haya ampliado la formación a todos los colectivos profesionales, incluso no sanitarios (celadores), ha supuesto una importante mejora de la calidad asistencial y de seguridad del paciente.

La Gestión de este Plan implicó una compleja organización coordinada de todas las actividades (concurso, formación, indicadores...) e instituciones, pero el impacto conseguido ha merecido la pena, ya que el proyecto, gestionado de esta forma, **sale a coste “cero”** para el Servicio Galego de Saúde (toda la financiación deriva de los recursos generados con el concurso centralizado de productos de cura en ambiente húmedo); es más, la evidencia demuestra que el coste pasa a ser negativo, por el ahorro económico que produce.

Desde una perspectiva no económica, las ventajas más destacables de este Programa Integral, son:

- Ofrecer mejoras significativas en la utilización y cumplimentación de los registros y de la calidad de los mismos, reforzando el uso de la historia clínica, como elemento de continuidad de cuidados.

- Permitir a los profesionales mejorar la indicación de los productos, aportando más alternativas terapéuticas para el tratamiento y al mismo tiempo optimizar los consumos.
- Garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario, al garantizar una óptima gestión de los recursos materiales.
- Contribuir a la mejora de las competencias profesionales de enfermería en la gestión del deterioro de la integridad cutánea y tisular, mejorando la calidad de vida de los pacientes y contribuyendo al restablecimiento de las condiciones de salud.
- Asegurando la indicación adecuada de los apósitos y sin ningún tipo de limitación en el catálogo, conseguimos reducir y optimizar el gasto económico derivado.

Para finalizar, consideramos que el impacto derivado de la implantación e implementación del programa Úlceras Fóra en Galicia y más específicamente en la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol, desde las perspectivas de calidad asistencial, seguridad del paciente y optimización de los recursos, es muy alto, tanto desde la perspectiva económica, como desde la perspectiva asistencial.

Bibliografía

8.- BIBLIOGRAFÍA:

1. Palomar -Llatas F, Rumbo Prieto JM. Envejecimiento Cutáneo y Dermatoporosis. *Enferm Dermatol.* 2013;7(18-19):8-13.
2. Delgado R, Pérez A, Rodríguez FJ, Carregal L, González R, Souto E, et al. *Manual de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión.* Santiago de Compostela: Servizo Galego de Saúde. Xunta de Galicia; 2005.
3. García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. *Prevención de las Úlceras por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP n° I.* Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño: GNEAUPP; 2014.
4. Rumbo Prieto JM, Gómez Coiduras M. Efectos adversos relacionados con úlceras por presión en la atención socio-sanitaria. *Enferm Dermatológica.* 2012;6(17):50-1.
5. Aibar Remón C, editor. *Estudio EARCAS. Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
6. Aranaz JM, Albat C, editores. *Estudio IBEAS Prevalencia de los Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2009.
7. Aranaz JM, editor. *Estudio Nacional de Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
8. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Martínez Cuervo F, Orbegozo A, Blasco García C, San Sebastian JA, et al. *Epidemiología, impacto y aspectos legales relacionados con las úlceras por presión.* En: Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, editores. *Atención Integral de las Heridas Crónicas.* Madrid: SPA; 2004. p. 161-82.
9. Rumbo Prieto JM, Arantón Areosa L, Romero-Martín M, García Collado F, Ramírez Pizano A. *Sucesos Adversos Relacionados con las Úlceras por Presión: ¿Un Problema Evitable?* *Enferm Dermatol.* 2010;4(11):21-6.
10. Hibbs P. *Pressure area care for the city & Hackney Health Authority.* London (UK): St. Bartholomews Hospital; 1987.
11. Catello i Granell J. *Derecho y Enfermería.* *Enferm Dermatol.* 2007;1(1):7-13.

12. Arantón Areosa L, Bermejo M, Manzanero E, Salvador MJ, Segovia T. *Úlceras por Presión: Prevención y Tratamiento*. Barcelona: Ediciones Mayo; 2010.
13. Arantón Areosa L, Capillas R, Fornes-Pujalte B, Ruiz A, Palomar -Llatas F. *Gestión de los Cuidados Enfermeros en Úlceras y Heridas*. Palomar -Llatas F, editor. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009.
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010.
15. Servizo Galego de Saúde. *Estrategia SERGAS 2014: La Sanidad Pública al Servicio del Paciente*. Monografía en Internet. Santiago de Compostela: SERGAS; 2012.
16. Xunta de Galicia. *Bases para a mellora continua da calidade dos servizos de saúde*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servicios Sociais. Xunta de Galicia; 2000.
17. *Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente*. Madrid: Agencia de Calidad del sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.; 2008.
18. *Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario*. Madrid: Agencia de Calidad del sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
19. Vilela González B, Lasheras Goicoechea C, Martínez Otero F, Insua Esmorís Recaman JF, Rodríguez Sánchez MJ, Sevilla García R, et al. *Xestión da Calidade no aprovisionamiento Sanitario. Guía para a aplicación da Norma UNE-EN-ISO 9001:2000*. Santiago de Compostela: SERGAS; AENOR; 2003.
20. Ortega Vargas C, Suárez Vázquez MG, editores. *Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería. Estrategias para su aplicación*. 2ª Ed. México, DF: Editorial Médica Panamericana; 2009.
21. Decreto 168/2010, do 7 de octubre, por el que se establece la estructura organizativa de gestión integrada del SERGAS. *Diario Oficial de Galicia (DOG)*, nº199; (15 de octubre de 2010)
22. *Ordenación Sanitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas. Mapa de referencia para el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) Año 2014*. Monografía electrónica. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
23. DECRETO 36/2014, de 20 de marzo, por el que se regulan las áreas de gestión clínica del Servicio Gallego de Salud. *Diario Oficial de Galicia (DOG)*, nº57; (24 de marzo de 2014).

24. LEY 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia. Diario Oficial de Galicia (DOG), nº143; (24 de julio de 2008).
25. Kaya G, Saurat JH. Dermatoporosis: a chronic cutaneous insufficiency/fragility syndrome. Clinicopathological features, mechanisms, prevention and potential treatments. *Dermatology*. 2007;215(4):287-94.
26. Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2012-2014. Barcelona: Elsevier España; 2012.
27. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. NANDA International Nursing Diagnoses. Definitions & Classification 2015-2017. 20th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2014.
28. Moorhead S, Johnson M, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 5ª Ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.
29. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CH, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.
30. Verdú Soriano J, Nolasco A, García C. Análisis y Evolución de la Mortalidad por Úlceras por Presión en España. Período 1987-1999. *Gerokomos*. 2003;(14):4.
31. García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2014.
32. Sánchez-Lorente MM, editor. Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y Tratamiento de Úlceras Por Presión y Otras Heridas Crónicas. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2008.
33. García Fernández F, López Casanova P, Segovia-Gómez T, Soldevilla Agreda JJ, Verdú Soriano J. Unidades Multidisciplinares de Heridas Crónicas: Clínicas de Heridas. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 10. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2012.
34. García-Fernández FP, Montalvo Cabrerizo M, García Guerrero A, Pancorbo Hidalgo PL, García Pavón F, González Jiménez F, et al. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía; 2007.

35. Consultivo Europeo para las Úlceras por Presión (EPUAP), Panel Consultivo Nacional para las Úlceras por Presión (NPUAP). Tratamiento de las úlceras por presión. Guía de referencia rápida. UK: European Pressure Ulcer Advisory National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
36. Subcomisión de Lesiones por Presión del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Guía de Práctica Clínica: Prevención y Tratamiento de las Lesiones Por Presión. Zaragoza: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 2013.
37. Avilés-Martínez MJ, Sánchez-Lorente MM. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012.
38. Palomar-Llatas F, Fornés-Pujalte B, Aranto-Areosa L, Rumbo-Prieto JM. Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión. *Enferm Dermatológica*. 2013;7(18-19):14-25.
39. Soldevilla-Agreda JJ, García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL. Atención de las Úlceras Por Presión En España. De la Invisibilidad a la Evidencia. *Rev Chil Heridas Ostomías*. 2011;2:331-8.
40. Agencia de Calidad del SNS. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Agencia de Calidad del SNS. Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
41. Rueda J, Torra i Bou JE, Martínez F, Verdú-Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ, Roche E. Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras de Pierna en España. *Gerokomos*. 2004;(15):230-47.
42. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, et al. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005: Epidemiología y Variables Definitivas de las Lesiones y Pacientes. *Gerokomos*. 2006;17(3):154-72.
43. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y Variables Definitivas de las Lesiones y Pacientes. *Gerokomos*. 2011;22(3):77-90.
44. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou JE, Verdú-Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4ª Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*. 2014;25(4):162-70.
45. Agencia de Calidad del SNS. Estudio APEAS. Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

46. Ignacio-García E, Rodríguez Escobar J, editores. La Seguridad en los Cuidados del Paciente Hospitalizado. Proyecto Séneca. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
47. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), Pressure Injury Alliance (PAN PACIFIC). Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. 2ª Ed. Perth (Australia): Cambridge Media; 2014.
48. García Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Verdú Soriano J, Pancorbo Hidalgo P. A New Theoretical Model for the Development of Pressure Ulcers and Other Dependence-Related Lesions: A Conceptual Framework for Pressure Ulcers. J Nurs Scholarsh. 2014;46(1):28-38.
49. García Fernández F, López Casanova P, Segovia-Gómez T, Soldevilla Agreda JJ, Verdú Soriano J. Unidades Multidisciplinares de Heridas Crónicas: Clínicas de Heridas. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 10. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2012.
50. García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2014.
51. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Úlceras por Presión. Guía de Diagnóstico Manejo. En: OPS, editor. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. 4ªEd. Washington (USA): Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS); 2004.
52. García Fernández FP. Escalas de Riesgo de Desarrollar Úlceras por Presión. Revisión Sistemática con Meta-análisis. [Tesis Doctoral]. [Jaén]: Universidad de Jaén; 2011.
53. AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). Module 14. Creating Quality Improvement Teams and QI Plans. En: The Practice Facilitation Handbook: Training Modules for New Facilitators and Their Trainers. electrónica. Rockville, MD (USA): AHRQ; 2013. p. 87-93.
54. Avilés-Martínez MJ, Sánchez-Lorente MM. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012.
55. Subcomisión de Lesiones por Presión del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Guía de Práctica Clínica: Prevención y Tratamiento de las Lesiones Por Presión. Zaragoza: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; 2013.

56. Houghton PE, Campbell KE, CPG Panel. Canadian Best Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pressure Ulcers in People with Spinal Cord Injury. A Resource Handbook for Clinicians. Ontario (Canada): Ontario Neurotrauma Foundation; 2013.
57. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcers. Nursing Best Practice Guideline. 3^a Ed. Ontario (Canada): RNAO; 2011.
58. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Pressure ulcer prevention. The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care. London (UK): NICE; 2014.
59. Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). WOCN Guideline for Prevention and Management of Pressure Ulcers. WOCN clinical practice guideline; no. 2. Mount Laurel (NJ): WOCN; 2010.
60. Australian Wound Management Association, New Zealand Wound Care Society, Hong Kong Enterostomal Therapists Association, Wound Healing Society Singapore. Pan Pacific Guideline for the Prevention and Management of Pressure Injury. Australia: Cambridge Media; 2012.
61. Beeckman D, Matheï C, Van Lancker A, Van Houdt S, Vanwalleghem G, Gryson L, et al. A National Guideline for the Prevention of Pressure Ulcers. Brussels (Belgium): Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013.
62. Verdú J, Marine.lo J, Armans E, Carreño P, March JR, Soldevilla J, coordinadores. Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior: documento de consenso CONUEI. Barcelona: EdikaMed; 2009.
63. Asociación Española de Enfermería Vasculare y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Sevilla: AEEVH; 2014.
64. O'Donnell TF, Passman MA, Marston WA, Ennis WJ, Dalsing M, Kistner RL, et al. Management of venous leg ulcers: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery® and the American Venous Forum. J Vasc Surg. 2014;60(2 Suppl):3S - 59S.
65. Australian Wound Management Association (AWMA), New Zealand Wound Care Society (NZWCS). Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers. Australia: Cambridge Publishing; 2011.
66. O'Rourke D, Todoruk Orchard M, editores. Regional Wound Care Clinical Practice Guidelines: Venous, Arterial, and Mixed Lower Leg Ulcers. Winnipeg (Canada): Winnipeg Regional Health Authority; 2011.
67. Tissue Viability Service Clinical Practice Guideline: Leg Ulcer Prevention & Management. London (UK): NHS Foundation Trust; 2011.

68. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of chronic venous leg ulcers. A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010.
69. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Assessment and Management of Foot Ulcers for People with Diabetes. Clinical Best Practice Guidelines. Ontario (Canada): RNAO; 2013.
70. National Evidence-Based Guideline. Prevention, Identification and Management of Foot Complications in Diabetes. Melbourne (Australia): Commonwealth of Australia; 2011.
71. Pérez Álvarez A, Tomàs Vidal AM, Alonso Zulueta B, Matamalas Massanet C, Santamaria Semís J, Cardona Roselló J, et al. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Guía de Práctica clínica. Illes Balears: Servei de Salut de les Illes Balears. Subdirecció Asistencial de Enfermeria; 2007.
72. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Diabetic foot problems. Inpatient management of diabetic foot problems. London: NICE; 2011.
73. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of diabetes. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2010.
74. Pérez-Santos L, Cañadas-Núñez F, García-Aguilar R, Turrado-Muñoz MA, Fernández-García GA, Moreno-Noci M, et al. Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas con Úlceras Neoplásicas. Almería: Hospital Universitario Reina Sofía. Complejo Hospitalario Torrecardenas. Junta de Andalucía; 2015.
75. Pérez-Boluda MT, Martínez-Torreblanca P, Pérez-Santos L, Cañadas-Núñez F. Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas que Sufren Quemaduras. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2011.
76. Multidisciplinary Team of the ACI Statewide Burn Injury Service. Clinical Practice Guidelines: Burn Patient Management. UK: Agency for Clinical Innovation (ACI); 2011.
77. González-Consuegra RV. Calidad de Vida y Cicatrización en Pacientes con Úlceras de Etiología Venosa: Adaptación Transcultural y Validación del «Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire (CCVUQ)» y del «Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH)». [Tesis Doctoral]. [Alicante]: Universidad de Alicante; 2011.
78. Verdú-Soriano J. Epidemiología Prevención y Tratamiento de las Úlceras Por Presión [Tesis Doctoral]. [Alicante]: Universidad de Alicante; 2005.
79. Hernández Martínez-Esparza E. Evaluación de las Guías de Práctica Clínica Españolas sobre Úlceras por Presión en cuanto a su Calidad,

- Grado de Evidencia de sus Recomendaciones y su Aplicación en los Medios Asistenciales [Tesis Doctoral]. [Alicante]: Universidad de Alicante; 2012.
80. Palomar-Llatas F. Evolución de la Cura Tópica en Úlceras y Heridas con Diferentes Tratamientos. Estudio Comparativo de Casos Clínicos [Tesis Doctoral]. Valencia: Universidad Católica de Valencia «San Vicente Mártir»; 2010.
 81. Soldevilla-Agreda JJ. Las Úlceras por Presión en Gerontología. Dimensión Epidemiológica, Económica, Ética y Legal [Tesis Doctoral]. [A Coruña]: Universidad de Santiago de Compostela; 2007.
 82. García Carrasco J. Prevención de la Úlcera Plantar Neuropática en Pacientes Diabéticos de la Región de Murcia. Uso de las Plantillas de Absorción de Energía [Tesis Doctoral]. [Murcia]: Universidad de Murcia; 2012.
 83. Blanco Blanco J. Pruebas Diagnósticas de Infección en Úlceras por Presión. Prevalencia de Infección, Evaluación de la Validez de los Métodos de Recogida de Muestra y Estimación de Costes [Tesis Doctoral]. [Lleida]: Universidad de Lleida; 2013.
 84. Muñoz-Algarra M. Diagnóstico Microbiológico y Correlación Clínica en Pacientes con Herida crónica y Sospecha de Infección [Tesis Doctoral]. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2011.
 85. Restrepo-Medrano JC. Instrumentos de Monitorización Clínica y Medida de la Cicatrización en Úlceras por Presión (UPP) y Úlceras de la Extremidad Inferior (UEI). Desarrollo y Validación de un Índice de Medida. [Tesis Doctoral]. [Alicante]: Universidad de Alicante; 2010.
 86. Hernández Martínez FJ. Prevalencia de Úlceras Por Presión en la Isla de Lanzarote [Tesis Doctoral]. [Palmas de Gran Canaria]: Universidad de las Palmas de Gran Canaria; 2012.
 87. Morente-Morente L. Valoración de Úlceras Por Presión mediante Tecnologías de la Información y la Comunicación [Tesis Doctoral]. Universidad de Málaga; 2012
 88. Sarabia-Lavín R. Prevención de Úlceras Por Presión: Análisis de la Implantación de una Vía Clínica en una Unidad Geriátrica de Recuperación Funcional. [Tesis Doctoral]. [Alicante]: Universidad de Alicante; 2015.
 89. Lupiáñez-Pérez I. Eficacia del Aceite de Oliva en La Prevención de Úlceras Por Presión en Pacientes Inmovilizados en Atención Primaria. Ensayo Clínico Aleatorizado, Multicéntrico, Paralelo, Triple Ciego, De No Inferioridad [Tesis Doctoral]: Universidad de Málaga; 2014
 90. García-Zafra MV. Infecciones en Ulceras de Pie Diabetico: Epidemiología, Factores Predictivos De Multirresistencia y Pronósticos

- Asociados Con Amputación. Estudio Prospectivo 2008-2012 [Tesis de Grado]. Murcia: Universidad de Murcia; 2014.
91. Arantón-Areosa L. Calidad de las Guías de Práctica Clínica sobre Úlceras Vasculares en Extremidades Inferiores. Comunicación Oral presentado en: 27 Congreso de la Sociedad Española de Calidad asistencial y 14 Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial; 2009 oct 20; Sevilla.
 92. Tizón-Bouza E. Evaluación de la Calidad de la Evidencia de las Guías de Práctica Clínica de Enfermería Españolas sobre Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión [Tesina Máster]. Valencia: Universidad Católica de Valencia «San Vicente Mártir»; 2008.
 93. Rumbo-Prieto JM. Estudio Comparativo de las Guías de Práctica Clínica Internacionales en Deterioro de la Integridad Cutánea. [Tesina Máster]. Valencia: Universidad Católica de Valencia «San Vicente Mártir»; 2008.
 94. Arantón Areosa L, Capillas R, Fornes-Pujalte B, Ruiz A, Palomar -Llatas F. Gestión de los Cuidados Enfermeros en Úlceras y Heridas. En: Palomar -Llatas F, editor. Gestión de los Cuidados Enfermeros en Úlceras y Heridas. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009.
 95. Arantón-Areosa L, et al. Cura en ambiente húmedo. optimización de recursos. Comunicación Oral presentado en: XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2010 oct 19; Santiago de Compostela.
 96. Arantón-Areosa L, et al. Gestión del Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular en un Servicio de Salud. Comunicación Oral presentado en: VII Congreso Nacional FAECAP; 2011 may 11; Murcia.
 97. Arantón-Areosa L, et al. Unidad de asesoramiento en cura en ambiente húmedo como garantía de gestión eficiente. Comunicación Oral presentado en: IX Simposio Nacional de Úlceras por Presión y Heridas crónicas; 2012 nov 1; Sevilla.
 98. Arantón-Areosa L. Presente y futuro de la cura en ambiente húmedo. Ponencia presentado en: I Jornada Gallega de Heridas; 2012 nov 6; Santiago de Compostela.
 99. Arantón Areosa JL, et al. Comprehensive strategy for implementation and optimization concerning utilization of moist wound healing dressings at a health service. Oral presentation presentado en: 24th Conference EWMA and X national simposiun GNEAUPP; 2014 may 14; Madrid.
 100. Quesada Ramos C, Beistegui Alejandro I. Evaluación Económica de un nuevo Modelo de compra centralizada de Apósitos: El Caso del País Vasco. Gerokomos. 2014;25(3):118-23.

101. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torres MCR, Garcia MT, López-Medina IM. Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revisión sistemática de la literatura (Nurses' knowledge and beliefs about pressure ulcers care: a systematic review of literature). *Gerokomos*. 1 de enero de 2007;18(4):30-8.
102. Zamora-Sánchez JJ. Conocimiento y uso de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en un hospital de agudos. *Gerokomos*. 2006;17(2):100-10.
103. García Fernández F, Pancorbo Hidalgo P, López-Medina I, López Ortega J. Conocimiento y Utilización de las Directrices de Prevención y tratamiento de las Úlceras por Presión en Centros de Salud de Andalucía. *Gerokomos*. 2002;13(4):214-22.
104. Rumbo Prieto JM, editor. Cuidados y Registros de Enfermería en la Prevención y Tratamiento del Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2011.
105. García Díaz J, Muñoz Conde A, Cabello Jaime R. Disminución de la Variabilidad Clínica a través de la Formación a Referentes en Úlceras por Presión. *Bibl Lascasas*. 2013;9(1):aprox. 4[pantallas].
106. Quesada Ramos C. Evaluación del Grado de Conocimiento de las Recomendaciones para la Prevención y el Cuidado de Úlceras por Presión en Unidades Críticas. *Enferm Intensiva*. 2008;19(1):23-34.
107. Esperón Güimil JA, Vázquez Vizoso FL. Los Conocimientos de las Enfermeras sobre Úlceras por Presión y sus Determinantes. *Gerokomos*. 2004;15(2):107-16.
108. García-Sánchez FJ, González-Urraca E, López Salazar F, Martínez-García MC, Romero-Valverde M, Flores López-Ibarra JM. Satisfacción enfermera tras normalizar el cuidado de las heridas crónicas. *NURE Inv*. 2009;6(42):[8 pantallas].
109. Tizón-Bouza E. Úlceras Por Presión En Urgencias Hospitalarias: Conocimientos del Personal de Enfermería y Detección de Paciente de Riesgo. *Evidentia*. 10(44):9 [pantallas].
110. Oñate Ocaña LF, Ochoa Carrillo FJ. Sistema GRADE para Clasificar Nivel de Evidencia y Grado de las Recomendaciones para la Elaboración de Guías de Buena Práctica Clínica. *Cir Cir*. 2009;77(5):417-9.
111. Esperón Güimil JA, Loureiro Rodríguez MT, Antón Fuentes VM, Rosendo Fernández JM, Pérez García JM, Soldevilla Agreda JJ. Variabilidad en el abordaje de las heridas crónicas: ¿qué opinan las enfermeras? *Gerokomos*. 2014;25(4):171-7.

*“Algunos miran las cosas como son,
y se preguntan ¿por qué?”*

*Yo prefiero mirar las cosas
como deberían ser,
y preguntarme ¿por qué no?”*

*George Bernard Shaw. Premio Nobel de literatura (1925)
Escritor irlandés*

Anexos

9.- ANEXOS:

ANEXO 1.- ANUNCIO DE CONTRATACIÓN DE SUMINISTRO SUCESIVO DE APÓSITOS PARA EL TRATAMIENTO DE HERIDAS, BASADO EN LA CURA HÚMEDA. Expediente MI-SER1-10-019

	BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO	
Núm. 290	Miércoles 1 de diciembre de 2010	Sec. V-A. Pág. 136013

V. Anuncios

A. Anuncios de licitaciones públicas y adjudicaciones

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

41213 *Resolución de 16 de noviembre de 2010 de la Dirección de Recursos Económicos del Servicio Gallego de Salud, por la que se anuncia la contratación por el Servicio Gallego de Salud, del suministro sucesivo de apósitos para el tratamiento de las heridas basado en la cura húmeda. (MI-SER1-10-019).*

1. Entidad adjudicadora: Datos generales y datos para la obtención de la información:
 - a) Organismo: Servicio Gallego de Salud.
 - b) Dependencia que tramita el expediente: Dirección de Recursos Económicos.
 - c) Obtención de documentación e información:
 - 1) Dependencia: Servicio de Contratación.
 - 2) Domicilio: Edificio Administrativo San Lázaro s/n, 2ª planta.
 - 3) Localidad y código postal: Santiago de Compostela - 15703.
 - 4) Teléfono: 881 54 27 87.
 - 5) Telefax: 881 54 27 62.
 - 7) Dirección de Internet del perfil del contratante: www.sergas.es.
 - 8) Fecha límite de obtención de documentación e información: Antes de las catorce horas del día 28 de diciembre de 2010.
 - d) Número de expediente: MI-SER1-10-019.
2. Objeto del contrato:
 - a) Tipo: Suministro.
 - b) Descripción: Suministro sucesivo de apósitos para el tratamiento de las heridas basado en la cura húmeda.
 - c) División por lotes y número de lotes/Número de unidades: Sí. Treinta y uno. Lote 1: Apósito de alginato cálcico 10x10 cm (+/- 1 cm); Lote 2: Hidroxel envase de 15 gramos; Lote 3: Apósito de hidrogel de 10x10 cm (+/- 3 cm); Lote 4: Apósito de carbón de 10x10 cm (+/- 2 cm); Lote 5: Apósito no adhesivo de espuma de poliuretano 10x10 cm (+/- 1 cm); Lote 6: Apósito no adhesivo de espuma de poliuretano de 15x15 cm (tamaño mínimo); Lote 7: Apósito adhesivo de espuma de poliuretano con área de absorción de 5x5 cm (+/- 2 cm); Lote 8: Apósito adhesivo de espuma de poliuretano con área de absorción de 10x10 cm (+/- 3 cm); Lote 9: Apósito adhesivo de espuma de poliuretano con área de absorción de 18x18 cm (+/- 5 cm); Lote 10: Apósito adhesivo de espuma de poliuretano en presentación de sacro; Lote 11: Apósito no adhesivo o de baja adherencia de espuma de poliuretano en presentación de calcañar; Lote 12: Apósito adhesivo de espuma de poliuretano en presentación de calcañar; Lote 13: Apósito de espuma de poliuretano de baja adherencia de 15x15 cm (+/- 1 cm); Lote 14: Apósito de espuma de poliuretano de baja adherencia con borde de 10x10 cm (+/- 1 cm); Lote 15: Apósito hidrocoloide de protección fino 10x10 cm (+/- 1 cm); Lote 16: Apósito hidrocoloide de protección fino 15x15 cm (+/- 1 cm); Lote 17: Apósito hidrocoloide adhesivo 10x10 cm (+/- 1 cm); Lote 18: Apósito hidrocoloide adhesivo 15x15 cm (+/- 1 cm); Lote 19: Apósito hidrocoloide adhesivo presentación de sacro; Lote 20: Apósito hidrocoloide no adhesivo 10x10 cm (+/- 1 cm); Lote 21: Apósito hidrocoloide no adhesivo en cinta de 2x30 cm (medidas mínimas); Lote 22: Apósito hidrocoloide en malla de 10x10 cm (+/- 2 cm); Lote 23: Apósito de baja adherencia en lámina o lámina de 10x10 cm



(+/- 1 cm); Lote 24: Apósito con plata en malla de 10x10 cm (+/- 2 cm); Lote 25: Apósito adhesivo de espuma de poliuretano con plata de 16x16 cm (+/- 2 cm); Lote 26: Apósito de hidrofibra con plata de 15x15 cm (+/- 1 cm); Lote 27: Apósito de hidrofibra con plata en cinta de 2x40 cm (medidas mínimas); Lote 28: Apósito combinado adhesivo de 15x15 cm (+/- 1 cm); Lote 29: Apósito bioactivo con carga iónica de 10x10 cm (+/- 1 cm); Lote 30: Apósito inhibidor de metaloproteasas de matriz y Lote 31: Apósito no adhesivo hidropolimérico, hidrocelular, formador de gel de 15x15 cm (+/- 1 cm).

e) Plazo de ejecución/entrega: Dos años desde la formalización del mismo.

f) Admisión de prórroga: Sí.

i) CPV (Referencia de Nomenclatura): 33141110-4 y 33141111-1.

3. Tramitación y procedimiento:

a) Tramitación: Ordinaria.

b) Procedimiento: Abierto.

d) Criterios de adjudicación: Criterios subjetivos (sobre B).- Oferta técnica: Puntuación 0-40. Criterios objetivos (sobre C).- Oferta económica: Puntuación 0-40; Formación: Puntuación 0-10; Aportaciones gratuitas: Puntuación 0-5 y Logística y servicio: Puntuación 0-5.

5. Presupuesto base de licitación:

a) IVA (%): 8. Importe total: Lote 1: 413.045,5680; Lote 2: 274.867,5600; Lote 3: 83.773,0080; Lote 4: 1.691.697,7440; Lote 5: 247.320,2160; Lote 6: 730.204,8480; Lote 7: 301.191,6960; Lote 8: 2.033.337,6000; Lote 9: 3.082.717,4400; Lote 10: 917.544,6720; Lote 11: 1.092.159,2880; Lote 12: 451.904,6160; Lote 13: 971.571,0240; Lote 14: 286.837,2000; Lote 15: 437.647,3200; Lote 16: 797.912,6400; Lote 17: 259.357,0320; Lote 18: 332.022,2400; Lote 19: 660.812,4720; Lote 20: 1.364.645,5560; Lote 21: 175.378,6080; Lote 22: 294.446,8800; Lote 23: 853.368,2640; Lote 24: 726.328,9440; Lote 25: 1.351.162,0800; Lote 26: 3.256.297,6320; Lote 27: 197.331,1200; Lote 28: 597.565,7280; Lote 29: 526.561,5600; Lote 30: 517.340,7360 y Lote 31: 282.810,9600. Total: 25.209.162,26 euros.

6. Garantías exigidas. Provisional (importe): No. Definitiva (%): 5 por 100 del importe de licitación, excluido el impuesto de valor añadido.

7. Requisitos específicos del contratista:

b) Solvencia económica y financiera y solvencia técnica y profesional: Ver cláusula 5.3.1.f) y g) del pliego de cláusulas administrativas particulares.

8. Presentación de ofertas o de solicitudes de participación:

a) Fecha límite de presentación: Antes de las catorce horas del día 28 de diciembre de 2010. Si el último día de presentación de solicitudes coincidiera en sábado o día inhábil, en la localidad establecida en la cláusula 5.2. del pliego de cláusulas administrativas particulares, el plazo de presentación se prorrogará al primer día hábil siguiente.

c) Lugar de presentación:

1) Dependencia: Registro general de la Consellería de Sanidad y Servicio Gallego de Salud.

2) Domicilio: Edificio Administrativo San Lázaro s/n.

3) Localidad y código postal: Santiago de Compostela - 15703.

e) Admisión de variantes: No.

f) Plazo durante el cual el licitador estará obligado a mantener su oferta: Dos



meses contados desde la fecha de apertura de las proposiciones, para la adjudicación provisional.

9. Apertura de Ofertas:

- b) Dirección: Servicio Gallego de Salud, Edificio Administrativo San Lázaro s/n.
- c) Localidad y código postal: Santiago de Compostela - 15703.
- d) Fecha y hora: Apertura Sobre B, tendrá lugar en la sala 2-1 del edificio administrativo San Lázaro, a las 9 horas a.m. del undécimo día natural a contar desde el día siguiente al de finalización de presentación de las ofertas. En caso que el día señalado coincida en sábado, domingo o festivo, se realizará el siguiente día hábil. Apertura Sobre C, se publicará en el perfil del contratante.

10. Gastos de publicidad: Sí, por cuenta del/de los adjudicatarios.

11. Fecha de envío del anuncio al "Diario Oficial de la Unión Europea": 22 de noviembre de 2010.

Santiago de Compostela, 16 de noviembre de 2010.- La Presidenta del Servicio Gallego de Salud, P.D. (D. 311/09, O. 15.06.2009), el Director de Recursos Económicos, Pablo Torres Arrojo.

ID: A100086903-1

cve: BOE-B-2010-41213

ANEXO 2.- CUESTIONARIO CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.



Cuestionario Conocimientos y práctica de prevención y tratamiento de upp.
Pancorbo-Hidalgo y García-Fernandez

CUESTIONARIO CONOCIMIENTOS Y PRACTICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Pancorbo-Hidalgo y García-Fernández

Puede utilizar este cuestionario con fines de investigación o clínicos siempre que cite la fuente original. Si modifica el cuestionario por favor, informe a los autores, mediante un mensaje de correo electrónico a: pancorbo@ujaen.es

Citar como: Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Lopez-Ortega J. Pressure ulcer care in Spain: nurses' knowledge and clinical practice. Journal of Advanced Nursing. 2007. 58 (4): 327-38.

DATOS PROFESIONALES

- Categoría profesional (titulación):

Diplomado en Enfermería

Auxiliar de Enfermería

- Experiencia profesional (años desde finalización de los estudios):

Menos de 2 años

Entre 2 y 5 años

Entre 5 y 10 años

Entre 10 y 15 años

Entre 15 y 20 años

Más de 20 años

- Ha recibido formación específica sobre prevención y cuidados de úlceras por presión:

Si

No

- Si la respuesta es afirmativa, indique que tipo de formación:

Adquirida en la Diplomatura en Enfermería

Adquirida en los estudios de Auxiliar de Enfermería

Cursos de post-grado o de formación continuada sobre prevención o tratamiento de úlceras por presión

Asistencia a Jornadas o Congresos sobre úlceras por presión

- Ha realizado o participado en la realización de algún tipo de investigación sobre la prevención o el tratamiento de las úlceras por presión.

Si

No

- Lugar donde realiza su actividad asistencial actual:

Hospital

Centro de salud

Residencia geriátrica

- Si trabaja en hospital, indique en que unidad / planta: _____



Questionario Conocimientos y práctica de prevención y tratamiento de upp.
Pancorbo-Hidalgo y García-Fernandez

A continuación se detallan una serie de intervenciones o actividades enfermeras que son o pueden ser utilizadas en la prevención o en el tratamiento de pacientes con riesgo de úlceras por presión (upp) o que ya las presentan. Para cada una de ellas te solicitamos que valores dos aspectos:

- En base a tus **conocimientos**, en qué medida la intervención citada es adecuada para la prevención o el tratamiento de pacientes con upp (aunque por cualquier circunstancia no se está aplicando realmente en tu unidad o centro).
- En tu **práctica asistencial habitual** en la unidad o centro donde normalmente trabajas, en que medida utilizas, realizas (o colaboras) realmente cada una de las intervenciones citadas para la prevención o el tratamiento de pacientes con úlceras por presión (upp).

PREVENCIÓN

Adecuada según tus conocimientos				Intervención o actividad de enfermería	Utilizada en tu práctica asistencial		
Si	En parte / A veces	No	No se		Siempre	A veces	Nunca
				1- Valorar el riesgo de upp al ingreso del paciente (o inicio de su cuidado) mediante una escala de valoración del riesgo de upp.			
				2-Examinar el estado de la piel en las zonas de riesgo (sacro, talones,etc)			
				3-Mantener la piel limpia y seca en todo momento			
				4-Dar masajes en las zonas de riesgo (enrojecidas)			
				5-Aplicar colonias o alcoholes sobre la piel para estimular la circulación			
				6-Utilizar productos tópicos específicos sobre la piel para la prevención de upp(ácidos grasos hiperoxigenados, lociones hidratantes, películas barrera)			
				7-Utilizar pañales/colectores de orina en pacientes con incontinencia urinaria			
				8-Cambiar de posición al paciente encamado periódicamente (cada 2-3 horas)			
				9-Cambiar de posición al paciente sentado en un sillón cada hora.			
				10-Utilizar superficies de alivio de la presión (colchones/colchonetas de aire, espuma o silicona) en pacientes con riesgo o con upp.			
				11-Utilizar flotadores (tipo rosco) para la zona sacra en pacientes con riesgo o con upp.			
				12-Utilizar almohadas para disminuir la presión en pacientes con riesgo			
				13-Utilizar medidas específicas para la protección de los talones (botas, taloneras)			
				14-Movilizar al paciente encamado usando una entremedida o travesera para evitar la fricción de la piel sobre la cama.			
				15-Valorar la ingesta de alimentos del paciente con riesgo			
				16-Enseñar a familiares del paciente los cuidados para la prevención de las upp			



TRATAMIENTO

Adecuada según tus conocimientos				Intervención o actividad de enfermería	Utilizada en tu práctica asistencial		
Si	En parte / A veces	No	No se		Siempre	A veces	Nunca
				1-Clasificar la upp por estadios (grados)			
				2-Medir las dimensiones /tamaño de la úlcera			
				3-Registrar por escrito en la historia del paciente el estado de la ulcera: estadio, tamaño y aspecto.			
				4-Sentar al paciente con upp en zona sacra en un sillón convencional			
				5-Utilizar cojines de alivio de la presión en pacientes con upp para sentarlos.			
				6-Utilizar antisépticos (povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, etc) para limpiar el fondo de la upp.			
				7-Utilizar suero fisiológico a chorro para limpiar el fondo de la upp			
				8-Eliminar esfacelos y restos necróticos de la upp mediante corte con tijera o bisturí.			
				9-Eliminar esfacelos y restos necróticos de la upp mediante uso de pomadas enzimáticas (colagenasa, etc)			
				10-Dejar la escara necrótica de la upp si no hay signos de infección.			
				11-Aplicar solución antiséptica tópica (povidona yodada, clorhexidina, etc) en úlceras con signos de infección.			
				12-Aplicar antibióticos tópicos (en pomada) en úlceras con signos de infección.			
				13-Obtener una muestra de exudado de la úlcera para su cultivo microbiológico mediante una torunda/hisopo.			
				14-Obtener una muestra de exudado de la úlcera para su cultivo microbiológico mediante punción y aspiración con jeringa en el borde de la úlcera.			
				15-Cubrir la upp mediante un apósito seco (de gasa)			
				16-Cubrir la upp mediante un apósito húmedo (hidrocoloide, hidrogel, etc)			
				17-Seleccionar el tipo de apósito a utilizar según las características de la upp (exudación, estado)			
				18-Utilizar únicamente el tipo apósito disponible en la unidad/centro.			
				19-Planificar la frecuencia de cambio de apósito según las características de la upp y el tipo de apósito utilizado.			
				20-Utilizar medidas alternativas para el tratamiento de la upp (miel, azúcar, oxígeno, calor)			
				21-Enseñar a familiares del paciente el procedimiento para realizar la cura de la upp.			

ANEXO 3.- PRESCRIPCIONES TÉCNICAS PARA LA CONTRATACIÓN POR PROCEDIMIENTO ABIERTO, DEL SUMINISTRO SUCESIVO DE APÓSITOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS BASADO EN LA CURA HÚMIDA CON DESTINO A TODOS LOS CENTROS DEPENDIENTES DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD. Expediente MI-SER1-10-019

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO EN TODOS LOS LOTES:

- Que sean ESTÉRILES. (Adjuntar certificación técnica)
- Que tengan MARCADO DE CONFORMIDAD “CE”, según establece el Real Decreto 1591/2009 de 16 de octubre por el que se regulan los productos sanitarios (en vigor desde el 21 de marzo de 2010) (Adjuntar certificación).
- Que estén exentos de látex (deberá acreditarse mediante certificado).

Familia: ALGINATOS

Lote 1.- APÓSITO DE ALGINATO CÁLCICO DE 10x10 CM (± 1 cm).

- Que tenga una gran capacidad de absorción del exudado (se valorará el porcentaje de alginato cálcico).
- Se valorará el porcentaje de ácido gulurónico y manurónico.
- Que se mantenga íntegro en su manipulación y al retirarlo.
- Que no deje residuos en el lecho de la herida.
- Con capacidad hemostática.
- Que sea adaptable al lecho de la herida.
- Que no dañe ni deteriore la piel perilesional.

Familia: HIDROGELES

Lote 2.- HIDROGEL. ENVASE DE 15 GRS.

- Que no dañe el tejido sano.
- Que se pueda utilizar en todas las fases de la herida (desbridar e hidratar).
- Que se adapte al lecho de las heridas cavitadas.
- Que sea compatible con cualquier apósito secundario. Que no necesite un apósito secundario específico.
- Que tenga cierta capacidad de absorción del exudado.

Lote 3.- APÓSITO DE HIDROGEL DE 10x10 CM (± 3 cm).

- Que no dañe el tejido sano.
- Translúcido o transparente.
- Que se pueda utilizar en todas las fases de la herida (desbridar e hidratar).
- Que sea compatible con cualquier apósito secundario o que no lo precise.
- Se valorará preferentemente que no precise apósito secundario.

Familia: CARBONES

Lote 4.- APÓSITO DE CARBÓN DE 10x10 CM (± 2 cm).

- Composición: carbón activo.
- Indicado para tratar heridas que desprenden mal olor. Absorbe o neutraliza los olores desagradables de la lesión.
- Que se adapte al lecho de las úlceras cavitadas.
- Que no macere los bordes de la herida.
- Que sea compatible con cualquier apósito secundario. Que no necesite un apósito secundario específico.
- Se valorará preferentemente que no precise apósito secundario.
- Que se retire con facilidad, no deje restos y no dañe la piel perilesional al retirarlo.
- Que no se adhiera al lecho de la herida.

Familia: ESPUMAS DE POLIURETANO

Con capacidad para gestionar el exudado (absorber, retener y/o evaporar), que no resequen el lecho de la herida, que protejan la herida, y favorezcan el medio ambiente húmedo en el lecho ulceral.

Lote 5.- APÓSITO NO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO DE 10x10 CM (± 1 cm).

- Por sí mismo no puede mantenerse en la herida. Carece de algún tipo de adherencia y por lo tanto precisa de un medio de soporte.
- Que respete el tejido perilesional
- Que no se adhiera al lecho de la herida.
- Que mantenga su integridad el tiempo que permanezca en contacto con la herida.
- Que pueda utilizarse simultáneamente con otros productos de cura en ambiente húmedo: hidrogeles, colagenasa, hidrofibra de hidrocóide o alginato cálcico.
- Que tenga una buena capacidad de absorción, a pesar que esté sometido a compresión.
- Que tenga una buena adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en zonas anatómicas difíciles.

Lote 6.- APÓSITO NO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO DE 15x15 CM. (TAMAÑO MÍNIMO).

- Por si mismo no puede mantenerse en la herida. Carece de algún tipo de adherencia y por lo tanto precisa de un medio de soporte.
- Que respete el tejido perilesional.
- Que no se adhiera al lecho de la herida.
- Que mantenga su integridad el tiempo que permanezca en contacto con la herida.
- Que pueda utilizarse simultáneamente con otros productos de cura en ambiente húmedo: hidrogeles, colagenasa, hidrofibra de hidrocóide o alginato cálcico.
- Que tenga una buena capacidad de absorción, a pesar que esté sometido a compresión.
- Que tenga una buena adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en zonas anatómicas difíciles.

Lote 7.- APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO CON ÁREA DE ABSORCIÓN DE 5x5 CM (\pm 2cm).

- Que se mantenga por sí mismo en la herida. Que no precise medio de soporte.
- Que respete el tejido perilesional.
- Que no se adhiera al lecho de la herida.
- Que mantenga su integridad el tiempo que permanezca en contacto con la herida.
- Que pueda utilizarse simultáneamente con otros productos de cura en ambiente húmedo: hidrogeles, colagenasa, hidrofibra de hidrocoloide o alginato cálcico.
- Que tenga una buena adaptabilidad o flexibilidad para utilizar en zonas anatómicas difíciles.

Lote 8.- APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO CON ÁREA DE ABSORCIÓN DE 10x10 CM (\pm 3 cm).

- Que se mantenga por sí mismo en la herida. Que no precise medio de soporte.
- Que respete el tejido perilesional.
- Que no se adhiera al lecho de la herida.
- Que mantenga su integridad el tiempo que permanezca en contacto con la herida.
- Que pueda utilizarse simultáneamente con otros productos de cura en ambiente húmedo: hidrogeles, colagenasa, hidrofibra de hidrocoloide o alginato cálcico.
- Que tenga una buena adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en zonas anatómicas difíciles.

Lote 9.- APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO CON ÁREA DE ABSORCIÓN DE 18x18 CM(\pm 5 cm).

- Que se mantenga por sí mismo en la herida. Que no precise medio de soporte.
- Que respete el tejido perilesional.
- Que no se adhiera al lecho de la herida.
- Que mantenga su integridad el tiempo que permanezca en contacto con la herida.
- Que pueda utilizarse simultáneamente con otros productos de cura en ambiente húmedo: hidrogeles, colagenasa, hidrofibra de hidrocoloide o alginato cálcico.
- Que tenga una buena adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en zonas anatómicas difíciles.

Lote 10.- APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO EN PRESENTACIÓN DE SACRO .

- Que se mantenga por sí mismo em la herida. Que no precise medio de soporte.
- Que respete el tejido perilesional.
- Que no se adhiera al lecho de la herida.
- Que mantenga su integridad el tiempo que permanezca en contacto con la herida.

- Que pueda utilizarse simultáneamente con otros productos de cura en ambiente húmedo: hidrogeles, colagenasa, hidrofibra de hidrocoloide o alginato cálcico.
- Que tenga una alta adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en la zona anatómica da región sacra.
- Se valorará una mayor área de absorción.

Lote 11.- APÓSITO NO ADHESIVO O DE BAJA ADHERENCIA DE ESPUMA DE POLIURETANO EN PRESENTACIÓN DE TALÓN.

- Orientado a la prevención. Que pueda ser reutilizado mientras mantenga sus características.
- Que tenga capacidad para reducir la presión y la fricción en la región del talón.
- Que respete el tejido perilesional.
- Que no se adhiera al lecho de la herida.
- Que mantenga su integridad el tiempo que permanezca en contacto con la herida.
- Que tenga una alta adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en la zona anatómica del talón.
- Se valorará una mayor área de absorción.

Lote 12.- APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO EN PRESENTACIÓN DE TALÓN.

- Que se mantenga por sí mismo en la herida. Que no precise medio de soporte.
- Que respete el tejido perilesional.
- Que no se adhiera al lecho de la herida.
- Que mantenga su integridad el tiempo que permanezca en contacto con la herida.
- Que tenga una alta adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en la zona anatómica del talón.
- Se valorará una mayor área de absorción.

Lote 13.- APÓSITO DE ESPUMA DE POLIURETANO DE BAJA ADHERENCIA de 15x15 CM (± 1 cm).

- Se adhiere ligeramente pero precisa de un medio de soporte.
- Se valorará preferentemente que la cara de contacto sea de silicona.
- Tiene una capa de contacto primaria que respeta el tejido perilesional, aun que éste sea frágil y aún después de cambios repetidos.
- Que mantenga su integridad el tiempo que permanezca en contacto con la lesión.
- Que no dañe el tejido sano.
- Que no produzca dolor en los cambios de apósito.
- Que pueda ser utilizado bajo compresión.

Lote 14.- APÓSITO DE ESPUMA DE POLIURETANO DE BAJA ADHERENCIA CON BORDE de 10x10 CM (± 1 cm).

- No precisa de otro medio de soporte para mantenerse en la posición.
- Tiene una capa de contacto primaria de silicona que respete el tejido perilesional, a pesar de que sea frágil o después de cambios repetidos.
- Que mantenga su integridad el tiempo que permanezca en contacto con la lesión.
- Que no dañe el tejido sano.

- Que no produzca dolor en los cambios de apósito.
- Que pueda ser utilizado bajo compresión.
- Que tenga una buena adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en zonas anatómicas difíciles.

Familia: HIDROCOLOIDES

Apósitos compuestos fundamentalmente por carboximetilcelulosa sódica (CMC), gelatina, pectina y similares.

Lote 15.- APÓSITO HIDROCOLOIDE DE PROTECCIÓN FINO 10x10 CM (\pm 1 cm).

- Indicado para la prevención y tratamiento de heridas ligeramente exudativas.
- Que mantenga su integridad el tiempo que permanezca en contacto con la lesión.
- Alta adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en zonas anatómicas difíciles.
- Que permita ser recortado.

Lote 16.- APÓSITO HIDROCOLOIDE DE PROTECCION FINO 15x15 CM (\pm 1 cm).

- Indicado para la prevención y tratamiento de heridas ligeramente exudativas.
- Que mantenga su integridad el tiempo que permanezca en contacto con la lesión.
- Alta adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en zonas anatómicas difíciles.
- Que permita ser recortado.

Lote 17.- APÓSITO HIDROCOLOIDE ADHESIVO DE 10x10 CM (\pm 1 cm).

- Apósito hidrocoloide autoadhesivo con capacidad de absorción para el tratamiento de lesiones exudativas.
- Gestión del exudado: Capacidad de absorber, contener o retener el exudado sin que se produzca la fuga del mismo ni desequie el lecho de la herida.
- Que mantenga su integridad.
- Que pueda utilizarse simultáneamente con hidrogeles, hidrofibra de hidrocoloide o alginato cálcico.
- Alta adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en zonas anatómicas difíciles.
- Que permita ser recortado.

Lote 18.- APÓSITO HIDROCOLOIDE ADHESIVO DE 15x15 CM (\pm 1 cm).

- Apósito hidrocoloide autoadhesivo con capacidad de absorción para el tratamiento de lesiones exudativas.
- Gestión del exudado: Capacidad de absorber, contener o retener el exudado sin que se produzca la fuga del mismo ni desequie el lecho de la herida.
- Que mantenga su integridad.
- Que pueda utilizarse simultáneamente con hidrogeles, hidrofibra de hidrocoloide o alginato cálcico.
- Alta adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en zonas anatómicas difíciles.
- Que permita ser recortado.

Lote 19.- APÓSITO HIDROCOLOIDE ADHESIVO: PRESENTACIÓN DE SACRO.

- Apósito hidrocoloide autoadhesivo con capacidad de absorción para el tratamiento de lesiones exudativas.

- Gestión del exudado: Capacidad de absorber, contener o retener el exudado sin que se produzca la fuga del mismo ni desecue el lecho de la herida.
- Que mantenga su integridad.
- Que pueda utilizarse simultáneamente con hidrogeles, hidrofibra de hidrocoloide o alginato cálcico.
- Alta adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en la zona anatómica de la región sacra.
- Que permita ser recortado.
- Tamaño aproximado de 18 x 18 cm. Se valorará el mayor tamaño del área de absorción respecto al tamaño total del apósito.

Lote 20.- APÓSITO HIDROCOLOIDE NO ADHESIVO DE 10x10 CM. (± 1 cm).

- Apósito hidrocoloide no adhesivo para el tratamiento de lesiones altamente exudativas.
- Gran capacidad de absorción.
- Se valorará porcentaje de CMC.
- Que en su manipulación y al retirarlo se mantenga íntegro, sin dejar residuos.
- Compatible con cualquier apósito secundario. Que no necesite un apósito secundario específico.

Lote 21.- APÓSITO HIDROCOLOIDE NO ADHESIVO EN CINTA DE 2x30 CM. MEDIDAS MÍNIMAS

- Apósito hidrocoloide no adhesivo para el tratamiento de lesiones cavitadas o fistulizadas altamente exudativas.
- Gran capacidad de absorción.
- Se valorará porcentaje de CMC.
- Que en su manipulación y al retirarlo se mantenga íntegro, sin dejar residuos.
- Compatible con cualquier apósito secundario. Que no necesite un apósito secundario específico.
- Se valorarán medidas superiores a 35 cm.

Lote 22.- APOSITO HIDROCOLOIDE EN MALLA DE 10x10 CM (± 2 cm).

- Indicado en procesos de cicatrización de heridas quirúrgicas, cirugía plástica o estética y quemaduras.
- Evita que el apósito secundario se adhiera al lecho de la herida.
- Compatible con cualquier apósito secundario.
- Que en su manipulación se mantenga íntegro.
- Que se pueda utilizar en todas las fases de la herida en ambiente húmedo.
- De fácil retirada, que no deje residuos.
- Que no dañe ni macere la piel perilesional.
- Que su retirada no provoque traumatismo y produzca el mínimo dolor posible.
- Que no se adhiera al lecho de la herida.

Familia: MALLAS

Lote 23.- APOSITO DE BAJA ADHERENCIA EN MALLA O LÁMINA 10x10 CM (± 1 cm).

- Indicado en procesos de cicatrización de heridas quirúrgicas, cirugía plástica o estética, quemaduras y fijación de injertos.
- Que evite que el apósito secundario se adhiera al lecho de la herida.

- Que no incorpore ninguna impregnación (sustancias grasas) y sea compatible con otros tratamientos.
- Que sea compatible con cualquier apósito secundario.
- Que se pueda utilizar en todas las fases de la herida en ambiente húmedo.
- Que en su manipulación se mantenga íntegro.
- Fácil retirada, que no deje residuos.
- Que no dañe ni macere la piel perilesional.
- Que no se adhiera al lecho de la herida.
- Se valorará preferentemente que la capa de contacto con la herida sea de silicona.
- Que no dañe el tejido de granulación.
- Que su retirada no provoque traumatismo y produzca el mínimo dolor posible.

Familia: ANTIMICROBIANOS

Lote 24.- APÓSITO CON PLATA EN MALLA DE 10x10 CM (± 2 cm).

- Que su indicación principal sea el control microbiano de las heridas.
- Que destruya o inactive un amplio espectro de microorganismos.
- Indicado preferentemente en heridas poco exudativas.
- De fácil retirada, sin adherirse al lecho de la herida ni dejar residuos.
- Alta adaptabilidad y flexibilidad en zonas anatómicas complicadas.
- Que permanezca activo varios días.

Lote 25.- APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO CON PLATA DE 16x16 CM (± 2 cm).

- Apósito adhesivo que en contacto con el exudado de la herida libere iones plata.
- Que su indicación principal sea el control microbiano de las heridas exudativas.
- Que destruya o inactive un amplio espectro de microorganismos.
- De fácil retirada, sin adherirse al lecho de la herida ni dejar residuos.
- Alta adaptabilidad y flexibilidad en zonas anatómicas complicadas.
- Que permanezca activo varios días.

Lote 26.- APÓSITO DE HIDROFIBRA CON PLATA DE 15x15 CM (± 1 cm).

- Apósito compuesto fundamentalmente de alginato cálcico o hidrofibra de hidrocoloide que en contacto con el exudado de la herida libere iones plata.
- Que su indicación principal sea el control microbiano de las heridas infectadas o con riesgo de infección.
- Que destruya o inactive un amplio espectro de microorganismos.
- De fácil retirada, sin adherirse al lecho de la herida ni dejar residuos.
- Se valorará el porcentaje de CMC.
- Alta adaptabilidad y flexibilidad en zonas anatómicas complicadas, y en heridas tunelizadas o cavitadas.
- Que permanezca activo varios días.

Lote 27.- APÓSITO DE HIDROFIBRA CON PLATA EN CINTA DE 2X40 CM. (MEDIDAS MÍNIMAS)

- Apósito compuesto fundamentalmente de alginato cálcico o hidrofibra de hidrocoloide que en contacto con el exudado de la herida libere iones plata.
- Que su indicación principal sea el control microbiano de las heridas infectadas o con riesgo de infección.

- Que destruya o inactive un amplio espectro de microorganismos.
- De fácil retirada, sin adherirse al lecho de la herida ni dejar residuos.
- Se valorará el porcentaje de CMC.
- Alta adaptabilidad y flexibilidad en zonas anatómicas complicadas, y en heridas tunelizadas o cavitadas.
- Que permanezca activo varios días.

Familia: OTROS

Lote 28.- APÓSITO COMBINADO ADHESIVO DE 15 x15 CM (± 1 cm).

- Indicado en heridas exudativas para su gestión integral (no precisa apósito secundario).
- Apósito con por lo menos 3 capas: una externa de poliuretano o similar, otra intermedia absorbente y en la de contacto que contenga hidrocoloides o similar.
- Gestión del exudado: Capacidad de absorber, contener o retener el exudado sin que se produzca la fuga del mismo ni disèque la cama de la herida.
- Que mantenga su integridad.
- Alta adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en zonas anatómicas difíciles.
- Se valorará una mayor área de absorción respecto al tamaño total del apósito.

Lote 29.- APÓSITO BIOACTIVO CON CARGA IÓNICA DE 10x10 CM (± 1 cm).

- Indicado en lesiones limpias en fase de granulación.
- Compuesto por alginato cálcico. Libera Zinc, pudiendo liberar además otros oligoelementos (se valorará positivamente).
- Se valorará un mayor porcentaje de alginato cálcico.
- Que se pueda aplicar a heridas fistulizadas o cavitadas.
- Que su retirada sea íntegra, sin dejar residuos en la cama de la herida.
- Compatible con el resto de productos de cura en ambiente húmedo.

Lote 30.- APÓSITO INHIBIDOR DE METALOPROTEASAS DE MATRIZ

- Indicado en lesiones crónicas en fase de granulación que precisen inactivación de metaloproteasas (adjuntar documentación).
- Que para su uso NO requiera de intervenciones complementarias.
- Que no sea incompatible con otros productos de cura en ambiente húmedo.
- Que pueda ser utilizado en heridas cavitadas.
- Se valorará negativamente un contenido de colágeno superior al 60%.

Lote 31.- APÓSITO NO ADHESIVO HIDROPOLIMÉRICO, HIDROCELULAR FORMADOR DE GEL DE 15x15 CM (± 1 cm).

- Indicado en heridas muy exudativas para a su gestión integral no precisando apósito secundario, pero sí alguna sujeción
- La capa en contacto con la cama de la herida gelidifica al absorber el exudado
- Por sí mismo no puede mantenerse en la herida. Carece de algún tipo de adherencia y por lo tanto precisa de un medio de soporte.
- Gran capacidad de absorción.
- Que el exudado retenido no vuelva a lesión.
- Que pueda utilizarse bajo compresión.
- Que permita ser recortado.

- Se valorará el mayor porcentaje del área de absorción con respecto a la superficie total del producto.
- Que mantenga las condiciones de humedad aportadas al lecho de la herida sin modificar sustancialmente las condiciones de la misma en cuanto a temperatura, humedad o transpiración.

ANEXO 4.- CRITERIOS DE VALORACIÓN TÉCNICA. CONCURSO SUCESIVO DE APÓSITOS. VALORACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO GENERAL PARA TODOS LOS LOTES. Expediente MI-SER1-10-019

Se valorará en la práctica clínica:

- *La diversidad de uso.*
- *La facilidad de manejo.*
- *El comportamiento específico.*
- *La textura y adaptabilidad.*
- *La aceptabilidad para el paciente y el cuidador.*
- *La capacidad de absorción y retención del exudado.*
- *La alteración de la estructura del área de absorción en contacto con el exudado.*
- *El respeto del tejido perilesional.*
- *Que no produzca dolor en los cambios de apósito.*
- *La compatibilidad con otros apósitos de cura húmeda.*
- *La protección de la herida tanto de agentes patógenos como de traumatismos.*

Familia: ALGINATOS

1. APÓSITO DE ALGINATO CÁLCICO DE 10x10 CM (± 1 cm).

Características a evaluar positivamente:

- *Porcentaje de alginato cálcico.*
- *Peso total de las fibras de alginato.*
- *Acreditación del porcentaje de los ácidos gulurónico y manurónico.*
- *Capacidad hemostática.*
- *Absorción vertical.*
- *Cara de contacto específica.*

Familia: HIDROGELES

2. HIDROGEL. ENVASE DE 15 GRS.

Características a evaluar positivamente:

- *El producto no se contamina al abrir o cerrar el envase (debido al sistema de cierre).*
- *No contiene productos irritantes como el alcohol.*
- *Su consistencia impide que se caiga al aplicarlo.*
- *La forma del envase o aplicador sea adaptable a todo tipo de úlceras.*

Características a evaluar negativamente:

- *No aprovechamiento del contenido al 100%.*
- *Que sea hipertónico.*

3. APÓSITO DE HIDROGEL DE 10x10 CM (± 3 cm).

Características a evaluar positivamente:

- *Que no necesite apósito secundario.*
- *Es translúcido o transparente.*

Familia: CARBONES

4. APÓSITO DE CARBÓN DE 10x10 CM (± 2 cm).

Características a evaluar positivamente:

- *Que no necesite apósito secundario.*
- *Que incorpore absorbente.*
- *Que lleve plata en su interior*
- *Que se adapte al lecho de las úlceras cavitadas.*

Características a evaluar negativamente:

- *Que tenga una cara de contacto específico con la herida.*

Familia: ESPUMAS DE POLIURETANO

5. APÓSITO NO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO DE 10x10 CM (± 1 cm).

Características a evaluar positivamente:

- *Que el área de absorción no altere su estructura en contacto con el exudado.*
- *Que sea visible el exudado para predecir la necesidad de cambio.*
- *Bordes sellados.*
- *Que pueda utilizarse en prevención (que su almohadillado prevenga contra fricción y presión).*
- *Que tenga una buena capacidad de absorción, a pesar de que este sometido a compresión.*
- *Reparte el exudado entre la espuma o capas superiores y no revierta en la lesión.*

Características a evaluar negativamente:

- *Que reseque el lecho ulceroso.*

6. APÓSITO NO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO DE 15x15 CM. (TAMAÑO MÍNIMO).

Características a evaluar positivamente:

- *Que el área de absorción no altere su estructura en contacto con el exudado.*
- *Que sea visible el exudado para predecir la necesidad de cambio.*
- *Bordes sellados.*
- *Que pueda utilizarse en prevención (que su almohadillado prevenga contra fricción y presión).*
- *Que tenga una buena capacidad de absorción, a pesar de que este sometido a compresión.*
- *Reparte el exudado entre la espuma o capas superiores y no revierta en la lesión.*
- *Mayor área de absorción.*

Características a evaluar negativamente:

- *Que reseque el lecho ulceroso.*

7. APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO CON ÁREA DE ABSORCIÓN DE 5x5 CM (± 2 cm).

8. APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO CON ÁREA DE ABSORCIÓN DE 10x10 CM (± 3 cm).

9. APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO CON ÁREA DE ABSORCIÓN DE 18x18 CM(± 5 cm).

Características a evaluar positivamente:

- Que tenga una buena adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en zonas anatómicas difíciles.
- Que el área de absorción no altere su estructura en contacto con el exudado.
- Que sea visible el exudado para predecir la necesidad de cambio.
- Que conserve su fijación impidiendo que el adhesivo se desprege y permita una buena higiene del paciente (resistente al agua).
- Que reparta el exudado entre la espuma o capas superiores y no revierta en la lesión.

Características a evaluar negativamente:

- Que reseque el lecho ulceroso.
- Tamaño del borde adhesivo inferior a 1 cm.

10.APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO EN PRESENTACIÓN DE SACRO .

Características a evaluar positivamente:

- Que tenga una buena adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en la zona anatómica de la región sacra.
- Que el área de absorción no altere su estructura en contacto con el exudado.
- Que sea visible el exudado para predecir la necesidad de cambio.
- Que conserve su fijación impidiendo que el adhesivo se desprege y permita una buena higiene del paciente (resistente al agua).
- Que reparta el exudado entre la espuma o capas superiores y no revierta en la lesión.
- Bordes adhesivos de ancho igual o superior a 2,5 cm.
- Área de absorción mayor de 225 cm².

Características a evaluar negativamente:

- Que reseque el lecho ulceroso.
- Tamaño del borde adhesivo inferior a 1 cm.

11.APÓSITO NO ADHESIVO O DE BAJA ADHERENCIA DE ESPUMA DE POLIURETANO EN PRESENTACIÓN DE TALÓN .

Características a evaluar positivamente:

- Que el área de absorción no altere su estructura en contacto co el exudado.
- Que sea visible el exudado para predecir la necesidad de cambio.
- Aporta pruebas técnicas de reducción de la presión.
- Que pueda utilizarse en prevención (que su almohadillado prevenga contra fricción y presión).
- Que tenga una buena capacidad de absorción, a pesar de que este sometido a compresión.

- Que reparta el exudado entre la espuma o capas superiores y no revierta en la lesión
- Área de absorción mayor de 225 cm².
- Que tenga una buena adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en la zona anatómica de la región del talón.

Características a evaluar negativamente:

- Que reseque el lecho ulceroso.
- Líneas de sellado en contacto con la piel del paciente pudiendo producir lesiones.

12.APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO EN PRESENTACIÓN DE TALÓN.

Características a evaluar positivamente:

- Que tenga una buena adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en la zona anatómica de la región del talón.
- Que el área de absorción no altere su estructura en contacto con el exudado.
- Que sea visible el exudado para predecir la necesidad de cambio.
- Que conserve su fijación impidiendo que el adhesivo se desprege y permita una buena higiene del paciente (resistente al agua).
- Que reparta el exudado entre la espuma o capas superiores y no revierta en la lesión.
- Borde adhesivo que permita reubicación o recolocación.
- Área de absorción mayor de 225 cm².

Características a evaluar negativamente:

- No tiene forma anatómica para adaptarse al talón.
- Que reseque el lecho ulceroso.
- Tamaño del borde adhesivo inferior a 1 cm.

13.APÓSITO DE ESPUMA DE POLIURETANO DE BAIXA ADHERENCIA de 15x15 CM (± 1 cm).

Características a evaluar positivamente:

- Cara de contacto de silicona.
- Que el área de absorción no altere su estructura en contacto con el exudado.
- Que sea visible el exudado para predecir la necesidad de cambio.
- Bordes sellados.
- Que pueda utilizarse en prevención (que su almohadillado prevenga contra fricción y presión).
- Que tenga una buena capacidad de absorción, a pesar de que este sometido a compresión.
- Que reparta el exudado entre la espuma o capas superiores y no revierta en la lesión.

Características a evaluar negativamente:

- Que reseque el lecho ulceroso.

14.APÓSITO DE ESPUMA DE POLIURETANO DE BAJA ADHERENCIA CON BORDE de 10x10 CM (± 1 cm).

Características a evaluar positivamente:

- Que tenga una buena adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en zonas anatómicas difíciles.

- Que el área de absorción no altere su estructura en contacto con el exudado.
- Que sea visible el exudado para predecir la necesidad de cambio.
- Que conserve su fijación impidiendo que el adhesivo se desprenda y permita una buena higiene del paciente (resistente al agua).
- Que reparta el exudado entre la espuma o capas superiores y no revierta en la lesión.

Características a evaluar negativamente:

- Que no contenga superabsorbente.
- Que reseque el lecho ulceroso.
- Tamaño del borde adhesivo inferior a 1 cm.

Familia: HIDROCOLOIDES

15. APÓSITO HIDROCOLOIDE DE PROTECCIÓN FINO 10x10 CM (\pm 1 cm).

16. APÓSITO HIDROCOLOIDE DE PROTECCIÓN FINO 15x15 CM (\pm 1 cm).

Características a evaluar positivamente:

- Que tenga una buena adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en zonas anatómicas difíciles.
- Que sea translúcido.
- Que mantenga su fijación el tiempo que permanezca en contacto con la lesión.
- Que sea visible el exudado para predecir la necesidad de cambio.

Características a evaluar negativamente:

- Que no incorpore doble pestaña para facilitar su manipulación.
- Que precise tocar el área de contacto al abrir el producto.
- Que se agriete o rompa el tiempo que permanezca en contacto con la lesión.

17. APÓSITO HIDROCOLOIDE ADHESIVO DE 10x10 CM (\pm 1 cm).

18. APÓSITO HIDROCOLOIDE ADHESIVO DE 15x15 CM (\pm 1 cm).

Características a evaluar positivamente:

- Que tenga una buena adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en zonas anatómicas difíciles.
- Cara superior absorbente.
- Que permita ser recortado sin que se modifiquen sus características.
- Que mantenga su fijación el tiempo que permanezca en contacto con la lesión.
- Que sea visible el exudado para predecir la necesidad de cambio.
- Que mantenga su fijación el tiempo que permanezca en contacto con la lesión.

19. APÓSITO HIDROCOLOIDE ADHESIVO: PRESENTACIÓN DE SACRO.

Características a evaluar positivamente:

- Que tenga una buena adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en la zona anatómica de la región sacra.
- Zona de fijación adhesiva en los bordes.
- Capa superior absorbente.
- Que permita ser recortado sin que se modifiquen sus características.

- Que mantenga su fijación el tiempo que permanezca en contacto con la lesión.
- Que sea visible el exudado para predecir la necesidad de cambio.
- Área de hidrocoloide superior a 324 cm².

20. APÓSITO HIDROCOLOIDE NO ADHESIVO DE 10x10 CM. (± 1 cm).

Características a evaluar positivamente:

- Porcentaje de CMC.

Características a evaluar negativamente:

- No gelifica inmediatamente en contacto con el exudado.

21. APÓSITO HIDROCOLOIDE NO ADHESIVO EN CINTA DE 2x30 CM. MEDIDAS MÍNIMAS

Características a evaluar positivamente:

- Porcentaje de CMC.
- Tamaño de la cinta superior a 35 cm.

Características a evaluar negativamente:

- No gelifica inmediatamente en contacto con el exudado.

22. APOSITO HIDROCOLOIDE EN MALLA DE 10x10 CM (± 2 cm).

Características a evaluar positivamente:

- Polímero de cohesión entre hidrocoloide y malla.
- Los hilos de la malla son continuos y permiten recortarla sin deshilacharse.
- Los hilos de la malla son flexibles y se adaptan al lecho de la herida.
- La malla es indeformable y se mantiene siempre abierta.

Características a evaluar negativamente:

- Que las características de su entramado no impidan el crecimiento del tejido de granulación en su interior.

Familia: MALLAS

23. APOSITO DE BAJA ADHERENCIA EN MALLA O LÁMINA 10x10 CM (± 1 cm).

Características a evaluar positivamente:

- Que solo tenga una capa activa.
- Que la cara de contacto sea de silicona.
- Que se mantenga varios días sin necesidad de cambiar; a pesar de que se cambie el apósito secundario.

Características a evaluar negativamente:

- Que utilice sustancias grasas.
- Que las características de su entramado no impidan el crecimiento del tejido de granulación en su interior.

Familia: ANTIMICROBIANOS

24. APÓSITO CON PLATA EN MALLA DE 10x10 CM (± 2 cm).**Características a evaluar positivamente:**

- *Polímero de cohesión entre hidrocoloide y malla.*
- *Los hilos de la malla son continuos y permiten recortarla sin deshilacharse.*
- *Los hilos de la malla son flexibles y se adaptan al lecho de la herida.*
- *La malla es indeformable y se mantiene siempre abierta.*

Características a evaluar negativamente:

- *Que deje residuos de plata en el lecho ulceral o en la piel perilesional.*
- *Que las características de su entramado no impidan el crecimiento del tejido de granulación en su interior.*

25. APÓSITO ADHESIVO DE ESPUMA DE POLIURETANO CON PLATA DE 16x16 CM (± 2 cm).**Características a evaluar positivamente:**

- *Que tenga una buena adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en zonas anatómicas difíciles.*
- *Que el área de absorción no altere su estructura en contacto con el exudado.*
- *Que sea visible el exudado para predecir la necesidad de cambio.*
- *Que conserve su fijación impidiendo que el adhesivo se desprege y permita una buena higiene del paciente (resistente al agua).*

Características a evaluar negativamente:

- *Que reseque el lecho ulceroso.*
- *Tamaño del borde adhesivo inferior a 1 cm.*
- *Que precise de algún medio de soporte y no se mantenga por sí mismo en la herida.*

26. APÓSITO DE HIDROFIBRA CON PLATA DE 15x15 CM (± 1 cm).**27. APÓSITO DE HIDROFIBRA CON PLATA EN CINTA DE 2X40 CM. (MEDIDAS MÍNIMAS)****Características a evaluar positivamente:**

- *Peso total de las fibras (rango).*
- *Porcentaje de CMC.*
- *Que tenga una buena adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en zonas anatómicas difíciles.*

Características a evaluar negativamente:

- *No gelifica inmediatamente en contacto con el exudado.*

Familia: OTROS**28. APÓSITO COMBINADO ADHESIVO DE 15 x15 CM (± 1 cm).****Características a evaluar positivamente:**

- *Que el área de absorción respecto de la totalidad del apósito sea superior al 60%.*

- *Que el área de absorción no altere su estructura en contacto con el exudado.*
- *Que conserve su fijación aun cuando el absorbente este saturado por el exudado.*
- *Que el adhesivo no se despegue.*
- *Que tenga una buena adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en zonas anatómicas difíciles.*
- *Capacidad de absorción y retención.*

29.APÓSITO BIOACTIVO CON CARGA IÓNICA DE 10x10 CM (± 1 cm).

Características a evaluar positivamente:

- *Que tenga alguna sustancia que facilite la liberación de iones por toda la superficie del apósito.*
- *La cantidad de alginato cálcico es superior al 50%.*
- *Que tenga una buena adaptabilidad y flexibilidad para utilizar en heridas fistulizadas o tunelizadas.*

30.APÓSITO INHIBIDOR DE METALOPROTEASAS DE MATRIZ

Características a evaluar positivamente:

- *Documenta la inhibición de las metaloproteasas de matriz.*

Características a evaluar negativamente:

- *Contenido en colágeno superior al 60%.*

31.APÓSITO NO ADHESIVO HIDROPOLIMERICO, HIDROCELULAR FORMADOR DE GEL DE 15x15 CM(± 1 cm).

Características a evaluar positivamente:

- *Porcentaje del área de absorción con respecto al área del apósito.*

ANEXO 5.- CRITERIOS DE ADJUDICACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO ABIERTO DE CONTRATACIÓN DE APÓSITOS PARA CURA HÚMEDA. Expediente MI-SER1-10-019

Criterios de adjudicación para el procedimiento abierto de contratación de apósitos para cura húmeda

Evaluación con criterios objetivos: Hasta 60 puntos.

Evaluación mediante criterios subjetivos: Hasta 40 puntos.

Criterios objetivos:

- **Oferta económica**(fórmula): hasta 40 puntos
- **Oferta de formación**: Hasta 10 puntos

Cada oferta formativa se hará individualizada para cada lote licitado y debe adecuarse a los criterios de valoración de formación en UPP, que se indican en este mismo apartado.

No se valorarán las ofertas formativas vinculadas a la adjudicación conjunta de varios lotes.

Se valorará con cero puntos a aquellas ofertas formativas que incumplan los criterios citados.

Se admiten propuestas formativas en dos modalidades :

1. **Donación de fondos para formación continuada específica:** (gestión por la administración del Servizo Galego de Saúde) ejecutándose mediante transferencia directa de los presupuestos destinados a formación, que será gestionada y programada desde la Administración sanitaria.

La oferta específica para cada lote será como máximo, del 2% de la cantidad de licitación definida para ese lote. Se establece un reparto proporcional para cantidades inferiores.

2. **Formación acreditada gestionada por las empresas:** Actividades formativas programadas, gestionadas y financiadas por cada casa comercial.
 - **On-line:** N° de créditos x N° de plazas totales ofertadas = N° de Puntos
 - **Talleres Presenciales:** N° de créditos x N° total de plazas ofertadas x 2 = N° de Puntos

El máximo de puntos posibles será de 15.000 que se corresponde con la máxima puntuación, estableciendo un reparto proporcional para cantidades inferiores.

Con la oferta máxima en una sola de las modalidades de formación se puede conseguir la totalidad de la puntuación otorgada a este epígrafe (10 puntos), así como combinando dicha oferta en las diferentes opciones.

Aunque la oferta formativa total supere la puntuación de 10 puntos, este apartado se valorará con un máximo de 10 puntos. En caso de que esa oferta con puntuación superior resultase adjudicataria del lote, el licitador tendrá la obligación de ejecutar la oferta completa.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DE FORMACIÓN EN UPP

Toda la actividad formativa desarrollada como consecuencia de esta licitación pública deberá cumplir los siguientes requisitos:

1) Los **receptores** de las actividades propuestas deberán ser profesionales directamente implicados en la atención sanitaria de los problemas de salud donde se emplee el material.

Tendrán preferencia y constituirán el colectivo mayoritario, los profesionales del Servizo Galego de Saúde, instituciones conveniadas o de la Xunta de Galicia que actúen como agentes decisivos en el uso racional del correspondiente producto.

La administración sanitaria será conocedora de la forma y método de difusión de estas actividades, estableciendo en cualquier caso los procedimientos de oferta a los profesionales y de selección de los participantes.

2) Los **objetivos y contenidos** de las actividades deberán estar enfocados al uso racional de los productos de cura en ambiente húmedo, en la prevención y tratamiento de las heridas según el Manual de prevención y tratamiento de UPP del Servizo Galego de Saúde, de manera que se busque una mejora de la calidad de la asistencia y la eficiencia en el uso de los recursos.

3) El **proveedor** debe garantizar:

- ❖ Que los contenidos del programa no estén sesgados comercialmente.
- ❖ La independencia de los ponentes y la ausencia de conflicto de intereses.
- ❖ Que en el material docente no se haga mención a ningún producto comercial concreto.
- ❖ El nombre del patrocinador comercial solo puede constar en los materiales promocionales y en los programas, pero nunca en los materiales docentes.

4) La actividad formativa deberá estar **acreditada** por el Sistema Nacional de Salud debiendo acompañarse de la correspondiente certificación.

5) Los **costes** de la formación deberán estar cuantificados desde el momento de su propuesta en:

- ❖ En euros cuando se trate de aportación económica.
- ❖ En puntos según la tabla que se adjunta, cuando aporten formación acreditada (on-line o presencial)

On-line	Presencial
Nº de alumnos X Nº de créditos	Nº de alumnos X Nº de créditos X 2

La administración sanitaria podrá exigir la satisfacción de la oferta a través de la cesión de la cuantía correspondiente a dicha cuantificación, para asumir directamente la organización y gestión de la formación, cuando así resulte necesario para el adecuado desarrollo de las actividades y para garantizar la pertinencia e independencia mencionadas en los anteriores requisitos.

6) **Pertinencia y calidad metodológica y organizativa de las actividades**

Cuando las empresas oferten un producto formativo ya diseñado, deberán aportar para su evaluación el expediente de acreditación y la copia de la documentación enviada para su solicitud que deberá incluir:

- ❖ Objetivos docentes.
- ❖ Perfil de los discentes.
- ❖ Curriculum vitae de los docentes.
- ❖ Modalidad.
- ❖ Metodología.
- ❖ Extensión de la actividad.
- ❖ Nº de plazas.
- ❖ Nº de ediciones.
- ❖ Resumen de la actividad.
- ❖ Objetivos de la actividad.
- ❖ Cuantificación económica de cada edición

➤ **Donaciones/Aportaciones gratuitas**: Hasta 5 puntos

- Aportación gratuita de apósitos de iguales características y de igual o distinto tamaño al especificado en el lote (cuantificar nº de apósitos que se aportan y valoración económica).

Se aplicará la siguiente proporcionalidad:

- 1 punto: Hasta 20.000 euros.
- 2 puntos: Hasta 40.000 euros.
- 3 puntos: Hasta 60.000 euros.
- 4 puntos: Hasta 80.000 euros
- 5 puntos: Hasta 100.000 euros

No se valorarán las ofertas de aportaciones vinculadas a adjudicaciones conjuntas de varios lotes.

No se considerará pertinente las aportaciones de bienes que no sean objeto de esta contratación.

(Se asignarán 5 puntos para la oferta del conjunto de las licitaciones que oferta la donación de mayor valor económico, cada 20% menos de valor económico, 1 punto menos).

➤ **Logística y servicio**: Hasta 5 puntos

Disponibilidad de código de barras estándar: Hasta 3 puntos

- Disponibilidad GTIN : 1,5 punto
- Simbolización efectiva en embalajes: 1,5 puntos.

Comunicación electrónica con los centros del Servicio Galego de Saúde (EDI por internet y otros): Hasta 2 puntos

- Sistema EDI con el Servicio Galego de Saúde, operativo:
 - Pedido (mensaje ORDERS).....1,5 puntos
 - Pedido+aviso expedición (mensaje DESADV)....1,5 puntos
- Compromiso de implantación EDI con el Servicio Galego de Saúde en el ejercicio 2009:
 - Pedido (mensaje ORDERS).....0,5 puntos
 - Pedido+aviso expedición (mensaje DESADV)....0,5 puntos
- No disponibilidad de sistema EDI ni compromiso: 0 puntos.

Criterios subjetivos: Evaluación de la oferta técnica: Hasta 40 puntos.

- Apósitos que cumplen básicamente con las prescripciones técnicas solicitadas: 1 Punto.

Se valoran con esta puntuación los productos que cumplen, en lo básico, todas las características técnicas establecidas en el pliego de prescripciones técnicas particulares (conforme se establece en el apartado.....) sin presentar ningún parámetro adicional de calidad.

- Apósitos que superan las prescripciones técnicas establecidas en el Pliego:

Se valorarán hasta 40 puntos teniendo en consideración:

- a. Apósitos que cumplen satisfactoriamente con las prescripciones técnicas solicitadas que presentan uno o más parámetros adicionales de calidad sobre las prescripciones técnicas solicitadas. Entre estas mejoras, se valorará la mayor superficie y/o cantidad de producto, capacidad de absorción, facilidad de administración o de aplicación que favorezca las condiciones de uso para el personal sanitario y/o repercutan favorablemente en el confort de los pacientes, facilitando el seguimiento y evolución de la lesión.
- b. Apósitos que cumplen excelentemente con las prescripciones técnicas solicitadas por mayor nº de mejoras/parámetros adicionales, siempre que tales parámetros adicionales de calidad representen evidentes ventajas terapéuticas y de optimización del rendimiento de los productos.

Anexo 6.- RESULTADOS ADJUDICACIÓN PROCEDIMIENTO ABIERTO DE CONTRATACIÓN DE APÓSITOS PARA CURA HÚMEDA. Expediente MI-SER1-10-019

LOTE N°	Base de Licitación con IVA	OFERTA Formación	Licitación Final con IVA	Total donación con IVA
1	413.045,57 €	8.260,91 €	330.475,6800 €	16.524 €
2	274.867,56 €	4.055,78 €	219.012,1200 €	10.951 €
3	83.773,01 €	1.239,51 €	66.932,1280 €	3.347 €
4	1.691.697,74 €	31.326,24 €	1.347.930,2880 €	67.397 €
5	247.320,22 €	4.946,40 €	161.218,5900 €	8.061 €
6	730.204,85 €	0,00 €	584.169,1400 €	29.208 €
7	301.191,70 €	6.024,00 €	178.770,0000 €	5.342 €
8	2.033.337,60 €	30.988,00 €	1.438.936,0000 €	42.372 €
9	3.082.717,44 €	46.976,00 €	2.022.480,0000 €	101.124 €
10	917.544,67 €	18.350,89 €	707.209,6560 €	35.360 €
11	1.092.159,29 €	21.843,19 €	873.720,2200 €	43.686 €
12	451.904,62 €	8.366,64 €	359.867,0160 €	17.993 €
13	971.571,02 €	19.431,42 €	772.118,2320 €	38.606 €
14	286.837,20 €	5.736,74 €	227.805,8500 €	11.390 €
15	437.647,32 €	4.767,40 €	257.439,6000 €	12.872 €
16	797.912,64 €	14.777,00 €	569.937,6000 €	18.999 €
17	259.357,03 €	4.803,00 €	152.819,8000 €	3.654 €
18	332.022,24 €	6.149,00 €	221.940,0000 €	6.936 €
19	660.812,47 €	12.237,00 €	424.504,8000 €	14.149 €
20	1.364.645,56 €	25.271,00 €	1.085.812,1000 €	28.232 €
21	175.378,61 €	3.248,00 €	140.074,8000 €	7.004 €
22	294.446,88 €	5.449,50 €	189.306,7540 €	9.465 €
23	853.368,26 €	17.067,37 €	678.271,1040 €	33.914 €
24	726.328,94 €	13.449,00 €	349.570,0800 €	17.442 €
25	1.351.162,08 €	27.023,24 €	1.073.783,4400 €	53.689 €
26	3.256.297,63 €	60.302,00 €	2.895.877,6000 €	45.993 €
27	197.331,12 €	3.654,00 €	140.616,0000 €	6.804 €
28	597.565,73 €	11.066,00 €	447.854,4000 €	9.219 €
29	526.561,56 €	9.751,14 €	418.672,8000 €	20.934 €
30	517.340,74 €	9.581,88 €	412.212,6720 €	20.611 €
31	282.810,96 €	5.237,24 €	225.039,6000 €	11.252 €
TOTAL	25.209.162,25 €	441.379,50 €	18.974.378,07 €	752.529,64 €

Anexo 8.- REUNIÓN DE IMPLANTACIÓN. "ÚLCERAS FÓRA".



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

Santiago de Compostela a 2 de febreiro de 2012

ASUNTO: Informe de Implantación do "Programa Úlceras Fóra" e difusión do "Catálogo de Produtos de Cura en ambiente húmido".

Como parte importante do programa "Úlceras fóra" e dentro da estratexia de difusión do "Catálogo de produtos de cura en ambiente húmido", estiveronse a desenvolver reunións en todas as áreas e centros para garantir a axeitada difusión do devandito catálogo, maila axeitada implementación da sistemática establecida no Servizo Galego de Saúde para o tratamento das feridas baseado na cura en ambiente húmido.

As reunións establecéronse a tres niveis:

1. Reunión Organizativa do Xefe de Servizo de Integración Asistencial (XSIA) con todas as Direccións de Enfermería (no SERGAS).
2. Reunión de XSIA cos Formadores Referentes en Deterioro da Integridade Cutánea da xerencia, área e/ou hospital e a súa Dirección de enfermería correspondente.
3. Reunión do XSIA con todos os mandos intermedios da xerencia, área e/ou hospital e a súa Dirección de enfermería correspondente.

CENTRO	DATA	CENTRO	DATA
Xerencia At. Primaria. Vigo	22.12.2012	Área Xestión Integrada de Santiago: reunións en Barbanza e CHUS	18.01.2012
Área Xestión Integrada de Santiago: reunións en Barbanza e CHUS	18.01.2012	Área XI A Coruña (CHUAC - Cee)	24.01.2012
Área XI A Coruña (CHUAC e Cee)	24.01.2012	C. Hospitalario Univ. Vigo	26.01.2012
C. Hospitalario Univ. Vigo	26.01.2012	Área XI Ourense (CHUO)	31.01.2012
Área XI Ourense (CHUO)	31.01.2012	Área XI Pontevedra	03..2.2012
Xerencia At. Primaria. Vigo	22.12.2012	Área XI Pontevedra	03..2.2012

Luis Arantón Areosa
X.S. Integración Asistencial

Anexo 9.- CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN EL CUIDADO DE HERIDAS.



Departamento de Enfermería
Escola Universitaria de Enfermería

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN NO CUIDADO DE FERIDAS

Patrocinado por



Entidades colaboradoras



	PROGRAMA	HORAS	CALENDARIO
	MÓDULO I		
	Recuerdo anatomofisiológico <i>José Luis Giménez Tébar (8h)</i>	8	7-8 octubre
	MÓDULO II		
	Nutrición y heridas <i>Juan José Tarín Sáez (8h)</i>	8	14-15 octubre
	MÓDULO III		
	Úlceras por presión (UPP) <i>Javier Soldevilla Agreda (8h)</i>	8	21-22 octubre
IIIa	Taller UPP en Atención Especializada y Comunitaria <i>Pablo López Casanova (8h)</i>	8	28-29 octubre
IIIb	Taller UPP en Atención Sociosanitaria <i>Juan José Tarín Sáez (8h)</i>	8	4-5 noviembre
	MÓDULO IV		
	Úlceras de la extremidad inferior <i>Josep Marinejo Roura (8h)</i> <i>José Ramón March García (8h)</i>	16	11-12 noviembre 18-19 noviembre
IVa	Taller UMMII <i>César García Madrid (4h)</i> <i>Mª Teresa Casajus Tormo (2h)</i> <i>Ana García Lorenzo (2h)</i>	8	25 noviembre 26 noviembre
IVb	Taller: Podología en Pie Diabético <i>José Luis Lázaro Martínez (4h)</i> <i>Esther García Morales (4h)</i>	8	2-3 diciembre
	MÓDULO IX		
	Introducción al proyecto de fin de curso	4	16 diciembre
	MÓDULO V		
	Otras heridas de evolución tórpida <i>Federico Palomar Llatas (8h)</i>	8	13-14 enero
Va	Heridas posquirúrgicas <i>Mª Ángeles Martín Octavio (8h)</i>	8	20-21 enero
Vb	Taller Otras heridas <i>Juan Antonio Jiménez González (8h)</i>	8	27-28 enero

Patrocinado por


 Systagenix


Entidades colaboradoras





CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN EL CUIDADO DE HERIDAS (EAC1)

MÓDULO VI			
	Cuidado local de heridas y terapias coadyuvantes <i>Javier Soldevilla Agreda (4h)</i> <i>Pablo López Casanova (4h)</i>	8	3-4 febrero
Via	Microbiología en heridas <i>Leopoldo Segarra Castelló (4h)</i> <i>José Verdú Soriano (4h)</i>	8	10 febrero 11 febrero
Vib	Taller práctico cuidado local y terapias coadyuvantes <i>Juan Carlos Álvarez Vázquez (8h)</i>	8	17-18 febrero
MÓDULO VII			
	Metodología de la investigación en enfermería <i>Pedro L. Pancorbo Hidalgo (8h)</i> <i>José Verdú Soriano (8h)</i>	16	24-25 febrero 2-3 marzo
VIIa	Taller Investigación y Orientación al proyecto fin de curso <i>José Verdú Soriano (8h)</i>	8	9-10 marzo
MÓDULO VIII			
	Gestión de la calidad en cuidado de heridas <i>Luis Arantón Aerosa (8h)</i> <i>Mª de los Ángeles Pérez Vázquez (8h)</i>	16	16-17 y 23-24 marzo
VIIIa	Enfermería basada en la evidencia. Guías de práctica clínica. Desarrollo e implementación de un protocolo de actuación en cura de heridas <i>F. José García Sánchez (8h)</i>	8	30-31 marzo
VIIIb	Aspectos ético legales <i>Rafael Toro Flores (8h)</i>	8	13-14 abril
VIIIc	Humanización y cuidados <i>Montserrat Teixidor Freixa (8h)</i>	8	20-21 abril
VIII d	Liderazgo, comunicación, motivación, trabajo en equipo y toma de decisiones <i>F. Javier Llanes Fernández (8h)</i>	8	27-28 abril
MÓDULO IX			
	Proyecto de fin de curso	60	16 diciembre a 5 mayo

Patrocinado por



Entidades colaboradoras



Anexo 10.- ITINERARIOS FORMATIVOS. PROGRAMA ÚLCERAS FÓRA

9.1.- Programa formativo del itinerario de enfermería asistencial

Este plan formativo está considerado como el programa "base", por lo que podría estar orientado a todos los grupos de profesionales, incluyendo a formadores y mandos intermedios; solo que para ellos (formadores y mandos intermedios) se amplía con otros contenidos específicos.

Objetivos generales:

- Actualizar los conocimientos en relación con la prevención y tratamiento del deterioro de la integridad cutánea y tisular.

Objetivos específicos:

- Mejorar la capacidad de identificación de las situaciones de riesgo de deterioro de la integridad cutánea (desarrollar habilidades para el uso de escalas validadas de valoración de riesgo del deterioro de la integridad cutánea).
- Actualizar conocimientos en relación con la epidemiología, etiología y fisiopatología de las heridas.
- Adquirir conocimientos y habilidades para la administración de cuidados basados en evidencia científica, tanto en la prevención como en el abordaje de las heridas.
- Adquirir conocimientos y habilidades para el tratamiento efectivo de las heridas, además de para la utilización racional de los apósitos especiales, generadores de cura en ambiente húmedo, incrementando los conocimientos sobre las características, indicaciones y seguimiento del tratamiento con los diferentes apósitos especiales, según el "Catálogo de productos de cura en ambiente húmedo", y el "Manual de Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión" publicados por el SERGAS.
- Desarrollar las habilidades y conocimientos precisos para el abordaje efectivo de las heridas y el desarrollo de planes de cuidados efectivos, así como establecer criterios para unos registros efectivos.

- Asimilar los conceptos aprendidos para su aplicación práctica.

Temario impartido:

- Epidemiología y fisiopatología de las lesiones derivadas del deterioro de la integridad cutánea y tisular.
- Valoración del paciente con riesgo de deterioro, o con deterioro de la integridad cutánea y tisular.
- Prevención del deterioro de la integridad cutánea y tisular.
- Bases del tratamiento de heridas. Valoración del lecho ulceral y cuidados específicos de las heridas.
- Abordaje y criterios de decisión.
- Evolución de las lesiones.
- Planificación de cuidados.
- Registros de enfermería en relación con las úlceras por presión.
- Características e indicaciones, optimización y racionalización de los diferentes apósitos especiales de cura en ambiente húmedo del “Catálogo de productos de cura en ambiente húmedo” del SERGAS.
- Talleres virtuales (teleformación).
- Taller Presencial.
- Desarrollo, discusión y resolución de casos prácticos.

9.2.- Programa formativo do itinerario de mandos intermedios

Incluye todo el programa definido en el punto 9.1, pero añadiendo los siguientes aspectos:

Objetivos generales:

- Actualizar conocimientos y adquirir habilidades, por parte de los mandos intermedios para liderar el proceso de atención a pacientes con heridas en sus servicios o centros correspondientes y garantizar la

optimización, racionalización y buen uso de los apósitos de cura en ambiente húmedo.

Objetivos específicos:

- Actualizar conocimientos en relación con todos los tipos de heridas, con su prevención y tratamiento más adecuado.
- Actualizar conocimientos en relación a los apósitos incluidos en el catálogo de cura en ambiente húmedo del SERGAS.
- Desarrollar las habilidades y adquirir los conocimientos específicos para desarrollar competencias en la gestión de personas, y para promover el uso racional de los recursos.
- Desarrollar habilidades de comunicación específicas, para el desempeño de liderazgo.

Temario impartido (además del incluido en el punto 9.1):

- Uso racional de recursos.
- Habilidades específicas para la gestión de personas y equipos.
- Habilidades de gestión y de comunicación específicas para el desempeño de liderazgo efectivo en los equipos humanos.

9.3.- Programa formativo do itinerario de Formadores

Incluye todo lo definido en el punto 9.1, pero añadiendo los siguientes aspectos:

Objetivos generales:

- Actualizar conocimientos y adquirir habilidades específicas (el grupo de expertos), para que a sua vez, puedan formar a otros profesionales asistenciales.

Objetivos específicos:

- Actualizar conocimientos en relación con todos los tipos de heridas, y su prevención y tratamiento más adecuado.

- Actualizar conocimientos en relación a todos los tipos de apósitos existentes en el mercado en general, y en particular, a los incluidos en el catálogo de cura en ambiente húmedo del SERGAS.
- Incrementar y mejorar las competencias para búsqueda e interpretación de evidencia científica, además de su incorporación al ámbito asistencial.
- Adquirir o mejorar las competencias para la realización de presentaciones efectivas.
- Desarrollar habilidades de comunicación específicas, para la transmisión de conocimientos a otros profesionales.
- Desarrollar habilidades de comunicación específicas para el desempeño de liderazgo.

Temario impartido (además del incluido en el punto 9.1):

- Tipos de apósitos existentes. Características, propiedades y uso racional de los mismos.
- La práctica basada en evidencia científica y la incorporación de la misma al ámbito asistencial de la prevención y tratamiento de las heridas.
- Habilidades de comunicación para la transmisión de conocimientos a otros profesionales.
- Como hacer presentaciones efectivas.
- Habilidades de comunicación específicas para el desempeño de liderazgo.

9.4.- Programa formativo del itinerario de Formación sin certificación

Incluye el diseño y desarrollo de material de apoyo y de contenidos formativos audiovisuales para su acceso online, a través del portal Web de FEGAS o intranet SERGAS.

Objetivos generales:

- Actualizar conocimientos o aclarar dudas a través de un entorno virtual.

- Actualizar conocimientos o aclarar dudas a través de material de apoyo específico (impreso).

Objetivos específicos:

- Disponer de **contenidos audiovisuales específicos** y accesibles vía Web, que contribuyan a aclarar dudas y mejorar la capacitación en diversos aspectos relativos al proceso de atención a pacientes con heridas, a través de contenidos prácticos desarrollados para la ocasión:
 - Grabación en vídeo de situaciones asistenciales reales, desarrollo de técnicas, curas, etc., (previo consentimiento informado de los pacientes).
 - Elaboración de animaciones virtuales sobre aspectos asistenciales, etc.

Contenidos

Además de los que se relacionan a continuación, podrán incorporarse otros que sean propuestos desde los grupos de trabajo, o que sean solicitados por los propios profesionales:

- Identificación del riesgo de lesiones por presión en los pacientes.
- Identificación y tipos de lesiones.
- Como identificar el enrojecimiento no blanqueable.
- Valoración de pacientes con heridas.
- Valoración y abordaje de los distintos tipos de heridas.
- Cambios posturales.
- Métodos para el desbridamiento de tejido necrótico.
- Toma de cultivos.
- Utilización adecuada de las diversas familias de apósitos.
- Educación sanitaria en la prevención y cuidados de heridas crónicas.

9.5- Programa formativo del itinerario para otros profesionales

Objetivos generales:

- Actualizar conocimientos y adquirir habilidades, por parte de los colectivos profesionales implicados, para contribuir según sus competencias profesionales en la mejora del proceso de atención a los pacientes con heridas y garantizar la **optimización, racionalización y buen uso de los apósitos** de cura en ambiente húmedo.

Objetivos específicos:

- Actualizar conocimientos en relación a todos los tipos de heridas, con su prevención y tratamiento más adecuado según la evidencia científica publicada en el ámbito del deterioro de la integridad cutánea y tisular, y su incorporación al ámbito asistencial.
- Actualizar conocimientos en relación a los apósitos incluidos en el catálogo de cura en ambiente húmedo del SERGAS y a la utilización racional de los mismos.

Temario según el colectivo profesional de que se trate:

- **9.5.1.- Itinerario formativo para personal sanitario de centros sociosanitarios y residencias geriátricas**
 - Epidemiología y fisiopatología de las lesiones derivadas del deterioro de la integridad cutánea y tisular.
 - Valoración del paciente con riesgo y / o con deterioro de la integridad cutánea y tisular.
 - Prevención del deterioro de la integridad cutánea y tisular. Higiene y cuidados de la piel, medidas de prevención de lesiones por presión e identificación precoz de lesiones.
 - Bases del tratamiento de las heridas. Valoración del lecho ulceral y cuidados específicos de las heridas.
 - Abordaje y criterios de decisión según la evidencia científica.

- Evolución de las lesiones.
 - La importancia de los registros en la continuidad de cuidados en pacientes con heridas.
 - Características e indicaciones, optimización, racionalización y buen uso de los diferentes apósitos especiales de cura en ambiente húmedo del “Catalogo de productos de cura en ambiente húmedo” del Servizo Galego de Saúde.
 - Desarrollo, discusión y resolución de los casos prácticos.
-
- **9.5.2- Itinerario formativo para técnicos auxiliares de enfermería**
 - Higiene y cuidados de la piel.
 - Medidas de prevención de lesiones por presión.
 - Identificación precoz del riesgo de lesiones por presión.
 - Bases generales de tratamiento de heridas.
 - El papel de los técnicos auxiliares de enfermería en la continuidad de cuidados en pacientes con heridas, o con riesgo de deterioro de la integridad cutánea y tisular.
-
- **9.5.3- Itinerario formativo para farmacéuticos**
 - Características, indicaciones, optimización, racionalización y buen uso de los diferentes apósitos especiales de cura en ambiente húmedo del “Catalogo de productos de cura en ambiente húmedo” del Servizo Galego de Saúde.
-
- **9.5.4- Itinerario formativo para médicos**
 - Epidemiología y fisiopatología de las lesiones derivadas del deterioro de la integridad cutánea y tisular.

- Valoración del paciente con riesgo o con deterioro de la integridad cutánea y tisular.
- Prevención del deterioro de la integridad cutánea y tisular.
- Bases del tratamiento de las heridas. Valoración del lecho ulceral y cuidados específicos de las heridas.
- Abordaje y criterios de decisión según evidencia científica.
- Evolución de las lesiones.
- La importancia de los registros en la continuidad de cuidados en pacientes con heridas.
- Características e indicaciones, optimización, racionalización y buen uso de los diferentes apósitos especiales de cura en ambiente húmedo del “Catalogo de productos de cura en ambiente húmedo” del Servizo Galego de Saúde.
- Desarrollo, discusión y resolución de los casos prácticos.

- **9.5.5- Itinerario formativo para cuidadores y persoal no sanitario de centros sociosanitarios y residencias xeriátricas**
 - Importancia del rol de los cuidadores en la prevención del deterioro de la integridad cutánea y tisular.
 - Higiene y cuidados de la piel. Educación sanitaria y promoción de la salud.
 - Medidas de prevención de lesiones por presión.
 - Identificación precoz de riesgo de lesiones por presión.

Bases generales para el tratamiento de los pacientes con deterioro de la integridad cutánea o tisular. Cuidados domiciliarios.

Anexo 11.- SISTEMÁTICA DEFINIDA EN LA UNIDAD DE CURA EN AMBIENTE HÚMEDO.

I.- SOLICITUD DE APÓSITOS

La petición de apósitos se hará al Servicio de Suministros del ASF, enviándose desde este Servicio, según el calendario establecido a tal efecto.

Los profesionales se identificarán con su ID profesional y realizarán las solicitudes individualizadas por paciente. Estas peticiones solo pueden contener material específico de cura en ambiente húmedo.

Es condición indispensable cubrir todos los campos reflejados:

- ID del Profesional Sanitario solicitante.
- N° de TIS del paciente o número de historia si el paciente se encuentra hospitalizado. Se reflejará en el campo: Observación.
- Producto solicitado y n° de unidades solicitadas.

Una vez cubiertos todos los campos y finalizada la petición se deberá pulsar sobre el dibujo del sobre, a fin de que el documento sea correctamente enviado al Servicio de Suministros.

En caso de no venir debidamente cubierta la petición a través de SUMAP, el Servicio de Suministros comunicará por e-mail que la petición queda anulada al profesional solicitante, con copia a los responsables del centro: Coordinador/Supervisor de Enfermería. Esta petición tendrá que volver a realizarse con los datos pertinentes.



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SAUDE

AREA SANITARIA FERROL
C.S. CARANZA



SERVIZO GALEGO de SAÚDE

SOLICITUDE :

SOLICITANTE : 	DATA SOLICITUDE:
USUARIO: 	URXENTE: NON
TIPO : SOLICITUD	SITUACIÓN: CONFIRMADA
OBSERVACIÓNS:	DATA ENTREGA:
	DATA RECEPCIÓN:
	MATERIAL: ALMACENABLE

Lín.	Código	Nome	Prov.	Ref.	Un.Alm.	Un.Desp.	Cons. M.
1	025657	APOSITO DE CARBON E PRATA 10,5*10,5CM			80.00 UN	80.00 UN	157.50

Asinado: _____

Data: 22/09/2011

Data Xeración Informe: 22/09/2011
Hora: 13:01:13
Páxina 1 de 1

Con el fin de facilitar la petición, el siguiente documento contiene los productos sanitarios de cura en ambiente húmedo disponibles y clasificados por familias (Hidrogeles, mallas, hidrocoloides, espumas de poliuretano, etc.), y también, por todo tipo de material (Almacenable/Tránsito).

SEGUIMIENTO DE LAS SOLICITUDES

En la Consulta de Cura en Ambiente Húmedo (CAAH) se comprueban informáticamente todas las solicitudes recibidas. Se validan por el Consultor de Cura en Ambiente Húmedo que hará el seguimiento y análisis de cada una de las solicitudes. Con el fin de facilitar el intercambio de información se creó la cuenta de correo Consulta.Cura.Húmida.ASF@sergas.es, donde se podrá enviar cualquier consulta para ofrecer asesoramiento a los profesionales en el ámbito de la Cura en Ambiente Húmedo o Heridas Crónicas.

III.- SUBMINISTRACIÓN DAS SOLICITUDES

El Servicio de Suministros, una vez recibidas las instrucciones a seguir en las validaciones del Consultor, servirá las solicitudes de manera individualizado por profesional.

Anexo 12.- PANEL DE RECOMENDACIONES SOBRE LA COMBINACIÓN DE APÓSITOS DE CURA EN AMBIENTE HÚMEDO.

 Consulta CAH			Apósitos primarios											
			Fibra			Fibra con plata			Malla		Malla con plata	Carbon	I.B. Iones	Inh. MMPs
Apósitos secundarios			Algiste M	Aquacel	Aquacel cinta	Aquacel AG	Aquacel AG cinta	Urgotul	Mepitel One	Urgotul Plata	Actisorb Plus	Trionic	Promogran	Hydroorb Gel
Hidrogel placa	Hydroorb Comfort		🚫	🚫	🚫	🚫	🚫	🚫	🚫	🚫	🚫	🚫	🚫	🚫
Hidrocolado fino	Hydrocoll Thin		👍	👍	👍	👍	👍	🚫	🚫	🚫	🚫	👍	🚫	👍
	Varihesive extrafino		👍*	👍*	👍	👍	👍	🚫	🚫	🚫	🚫	👍	🚫	👍
Hidrocolado	Varihesive Gel control		👍	👍	👍	👍	👍	🚫	🚫	🚫	🚫	👍	🚫	👍
	Varihesive Gel control		👍	👍	👍	👍	👍	🚫	🚫	🚫	🚫	👍	🚫	👍
	Varihesive Gel control		👍	👍	👍	👍	👍	🚫	🚫	🚫	🚫	👍	🚫	👍
Espuma no adhesiva	Adkina Foam		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Allewyn n/adhesive		👍*	👍*	👍	👍	👍	👍*	👍*	👍	👍	👍	👍	👍
	Allewyn Heel		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
Espuma adhesiva	Tegaderm Foam adhesive		👍	👍	👍	👍	👍	👍*	👍*	👍	👍	👍	👍	👍
	Tegaderm Foam adhesive		👍*	👍*	👍	👍*	👍	👍*	👍*	👍*	👍	👍	👍	👍
	Tegaderm Foam adhesive		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
	Tielle Heel Plus		👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍	👍
Espuma Baja Adherencia	Mepilex		👍	👍	👍	👍	👍	🚫	🚫	👍	👍	👍	👍	👍
	Mepilex Border		👍	👍	👍	👍	👍	🚫	🚫	👍	👍	👍	👍	👍
	Mepilex Border Sacrum		👍	👍	👍	👍	👍	🚫	🚫	👍	👍	👍	👍	👍
Espuma con plata	Mepilex Border AG		🚫	🚫	🚫	🚫	🚫	🚫	🚫	🚫	🚫	🚫	🚫	
Combinado adhesivo	Versiva XC		👍	👍	👍	👍	👍	🚫	🚫	🚫	👍	🚫	🚫	🚫
Combinado No adhesivo	Tielle Xtra		👍	👍	👍	👍	👍	🚫	🚫	🚫	👍	🚫	🚫	🚫

	Es una combinación adecuada
	Es una combinación adecuada, pero hay una alternativa idonea
	Generalmente es una combinación inadecuada, pero debe valorarse por la situación particular
	Es inadecuada, debe descartarse el uso conjunto de los productos

Cualquier otra combinación que no aparezca reflejada debe considerarse inadecuada

