



DOCUMENTOS DE
POSICIONAMIENTO

DOCUMENTO N° 10

UNIDADES MULTIDISCIPLINARES DE HERIDAS CRÓNICAS: CLÍNICAS DE HERIDAS

NOVIEMBRE DE 2012





EL PRESENTE DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO FUE ELABORADO POR:

AUTORES:

FRANCISCO PEDRO GARCIA FERNANDEZ

Enfermero. Doctor por la Universidad de Jaén. Máster en Investigación e Innovación en Salud Cuidados y Calidad de Vida. Coordinador de la Unidad de Estrategia de Cuidados. Complejo Hospitalario de Jaén. Miembro del Comité Director del GNEAUPP

PABLO LÓPEZ CASANOVA.

Enfermero. Master en Ciencias de la Enfermería. Doctorando por la Universidad de Alicante. Unidad integral de heridas crónicas. Departamento de Salud Elche –Hospital General. Miembro del Comité Director del GNEAUPP

TERESA SEGOVIA GÓMEZ

Enfermera. Responsable de la Unidad Multidisciplinar de Heridas Crónicas. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda (Madrid).

J. JAVIER SOLDEVILLA AGREDA

Enfermero. Antropólogo. Doctor por la Universidad de Santiago de Compostela. UGC de Enfermedades Infecciosas. Hospital de San de Pedro. Profesor de la EUE de Logroño. Director del GNEAUPP

JOSÉ VERDÚ SORIANO

Enfermero. Doctor por la Universidad de Alicante. Máster Oficial en Ciencias de la Enfermería. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante. Miembro del Comité Director del GNEAUPP.

Como citar este documento:

García-Fernández, FP; 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. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2012.

© 2012 GNEAUPP – 1ª edición

Edición y producción: GNEAUPP

Imprime: GNEAUPP

Los autores del documento y el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, firmemente convencidos de que el conocimiento debe circular libremente, autorizan el uso del presente documento para fines científicos y/o educativos sin ánimo de lucro.

Queda prohibida la reproducción total o parcial del mismo sin la expresa autorización de los propietarios intelectuales del documento cuando sea utilizado para fines en los que las personas que los utilicen obtengan algún tipo de remuneración, económica o en especie.





ÍNDICE

1. Análisis de la situación	4
1.1. Definición de herida crónica	4
1.2. Clasificación de las heridas crónicas	4
1.3. La dimensión del problema	5
1.4. Úlceras por presión, epidemiología, coste, mortalidad y repercusiones legales.	6
1.5. Úlceras de la extremidad inferior: su alcance	8
2. Objetivos de la Unidad Integral de Heridas Crónicas	9
2.1. Objetivos generales	9
2.2. Objetivos específicos	9
3. Estructura funcional de la consulta	10
3.1. Misión, visión y valores	10
3.2. Población diana	11
3.3. Recursos humanos y materiales	12
4. Ubicación	14
5. Teleconsulta y teleasistencia	14
6. Bibliografía	15
Anexo 1. Competencias del Coordinador / Responsable	17
Anexo 2. Ejemplo de distribución física de la Unidad Multidisciplinar de Heridas Crónicas / Consulta de Heridas	19
Anexo 3. Derechos del paciente en el programa de Heridas Crónicas.	20



1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

1.1. Definición de herida crónica

Podemos definir la herida crónica como la lesión de la piel con una escasa o nula tendencia a la cicatrización, mientras se mantenga la causa que la produce, por ello se ha asimilado el término de úlcera cutánea al de herida crónica.

Una herida cicatriza sólo cuando los mecanismos celulares y moleculares adecuados actúan promoviendo el proceso de cicatrización. En las heridas crónicas el proceso de cicatrización se encuentra parcial o totalmente alterado, no siguen ordenadamente el proceso molecular y celular de una reparación tisular normal: prolongación de la fase inflamatoria, incremento en la producción de Metaloproteasas, degradación de la matriz extracelular, retraso en la migración celular y formación del tejido conectivo^{1,2}, por lo que la probabilidad de cicatrización es baja si las dejamos evolucionar de manera natural³.

1.2. Clasificación

Las úlceras cutáneas pueden ser de distinto tipo, en función del agente causante. En la tabla 1 se presentan las distintas lesiones posibles y sus causas principales.

Tabla 1

Principales tipos de lesiones cutáneas y sus causas	
Denominación	Causas
Úlcera por presión	Isquemia mantenida provocada por las fuerzas de presión, fricción o cizalla, solas o combinadas
Úlcera por humedad	Humedad continuada que provoca eritema, maceración y excoriación de la piel, lo que puede confundirse con las anteriores
Úlcera venosa	Inadecuado retorno venoso que provoca una insuficiencia venosa que desemboca en una hipertensión venosa y finalmente úlcera
Úlcera arterial	Obstrucción del flujo arterial habitualmente causado por arteriosclerosis o una embolia
Úlcera neuropática	Neuropatía y/o angiopatía de origen metabólico (diabético) que provoca una disminución de la sensibilidad y del aporte sanguíneo
Úlcera neoplásica	Distintos tipos de tumores: melanomas, carcinomas o sarcomas pueden acabar afectando a la piel y produciendo lesiones en ella. Pueden ser lesiones primarias o metastásicas. También secuelas de exéresis del tumor o consecuencia del tratamiento aplicado
Otras	Otro tipo de enfermedades pueden causar lesiones en la piel como la insuficiencia renal crónica que puede provocar una calcifilaxis, las enfermedades autoinmunitarias (Wegener, Crohn, Churg-Strauss, etc.), enfermedades infecciosas (amebiasis, dracunculosis, leishmaniosis, lepra, úlcera de Buruli, úlcera tropical, etc.), epidermólisis ampollar

Tomado de: Soldevilla Agreda, JJ; García Fernández, FP; Verdú Soriano, J. Úlceras cutáneas. Actualización en Medicina de Familia. 2008;4(7):370-381





Se han distinguido fundamentalmente 6 tipos de lesiones: las úlceras por presión, por humedad, úlceras venosas, arteriales y neuropáticas junto con un grupo de otras lesiones.

1.3. La dimensión del problema

Las heridas crónicas en general y con especial énfasis las úlceras por presión han sido consideradas durante demasiado tiempo como procesos banales, secundarios, inevitables y especialmente silentes⁴, y en pocas circunstancias con entidad suficiente para considerarlos verdaderos problemas de salud y actuar en consecuencia.

Con diferencias ostensibles entre los distintos tipos de úlceras cutáneas, las úlceras por presión y por humedad y las úlceras de extremidad inferior (que englobarían principalmente a las úlceras venosas, arteriales y neuropáticas) representan un problema severo para los individuos, la sociedad y el propio Sistema de Salud.

A nivel individual:

- Afectación en la calidad de vida
- Disminución de la autonomía y autoestima
- Riesgo elevado de complicaciones directas e indirectas en el estado de salud
- Potenciales estados invalidantes generadores de dependencia e institucionalización
- Aumento del riesgo de morir por esa causa y posibilidad de muertes prematuras

Para la Sociedad:

- Incapacidad para la actividad laboral
- atentado contra los derechos de sus ciudadanos al permitir en algunos casos que se produzcan (a sabiendas de cómo evitar la mayor parte de estas situaciones) o se prolonguen innecesariamente por una inadecuada atención.

Para el Sistema de Salud:

- Elevado coste de su atención (recursos humanos y materiales; espacios asistenciales, hospitalizaciones e intervenciones, rehabilitación, etc.)
- Posibles problemas de salud pública derivados de la diseminación de gérmenes multiresistentes.
- Repercusiones legales, para instituciones y profesionales, por inadecuada o inexistente prevención y tratamiento.





1.4. Úlceras por Presión: Epidemiología, coste, mortalidad y repercusiones legales.

Son numerosos los estudios que evidencian que las úlceras por presión (upp) se pueden producir en apenas unas pocas horas y tardar meses en curarse.

En España, hasta hace apenas unos años, no hemos podido disponer de una información epidemiológica sobre éstas que trascendiera de realidades locales concretas, y a menudo con enfoques metodológicos que dificultaban su comparación.

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) canalizó esta sentida necesidad, iniciando el proceso con la realización durante el año 1999 de un estudio de prevalencia de las upp en la Comunidad Autónoma de la Rioja⁵ en la que se estudiaron los tres niveles asistenciales, atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria, sirviendo de pilotaje para el Primer Estudio Nacional sobre Prevalencia de upp en España⁶, el 2º Estudio⁷ realizado en 2005 y el 3er Estudio Nacional en 2009⁸, que estimó la prevalencia en el país a partir de una muestra no aleatoria. En atención primaria una prevalencia cruda en población incluida en programa de atención domiciliaria del 5,89 % , en hospitales una prevalencia media del 10,05 +/- 13,24 , con diferencias significadas entre unidades (unidad médica: 8,32%; quirúrgica general : 7,33%; cuidados intensivos : 24,20%) y en centros sociosanitarios una prevalencia media del 7,35 +/- 6,4. Un 20,9% del total de las lesiones eran recurrentes. Las lesiones detectadas tenían una mediana de 30 días de antigüedad con un valor mínimo de 1 día y máximo de 3.285 días

Teniendo en cuenta las cifras de prevalencia estimadas en el último estudio y sus proyecciones sobre la población general mayor de 14 años a enero de 2009, estaríamos hablando de que entre 57.000 y 100.000 pacientes con upp son atendidos diariamente en España de los que cuales más del 85 % son mayores de 65 años.

Las cifras obtenidas en nuestro país parecen estar en consonancia con las encontradas en la bibliografía⁹ para realidades más locales o para otros países de nuestro entorno socioeconómico¹⁰, sin embargo el tratamiento de estas cifras, su sonoridad en acciones emprendedoras en materia preventiva, terapéutica y educacional, poco tienen que ver.

Con base en el estudio de Bennet, Dealey y Posnett sobre costes asociados a las upp en el Reino Unido¹¹, sin duda el más preciso en el ámbito europeo, Posnett y Torra⁴, extrapolaron los datos a la realidad económica española y los valores epidemiológicos disponibles, determinando costes por episodio de 211 € para el estadio I y de 16.600 € para el estadio IV. El coste global anual para



nuestro sistema se estimó en 1.687 millones de €, lo que supondría un 5,2% del gasto sanitario total de nuestro país en 2003.

Un estudio reciente¹² en nuestro país, profundizó en las diferentes variables implicadas en el costo de estas lesiones, situando éste en 2005 entre los 461 y 602 millones de euros anuales. En la tabla 2 se recoge el coste medio del tratamiento de una upp según su severidad y nivel asistencial.

Tabla 2

Coste medio del tratamiento de una úlcera por presión por paciente y por nivel asistencial principal

	Atención primaria de salud	Hospital	Sociosanitaria
Estadio I	108 €	24 €	43 €
Estadio II	220 €	136 €	1.767 €
Estadio III	655 €	2.309 €	3.282 €
Estadio IV	2.868 €	6.802 €	4.935 €

Tomado de: Soldevilla Agreda, JJ; García Fernández, FP; Verdú Soriano, J. Úlceras cutáneas. Actualización en Medicina de Familia. 2008;4(7):370-381

A pesar de su eterna secundarización, nadie parece discutir que las upp presentan una morbimortalidad asociada importante, pudiendo ser pasto de numerosas complicaciones, aumentan notoriamente la probabilidad de morir, de 2 a 4 veces superior en personas de edad avanzada¹³ y en pacientes de cuidados intensivos¹⁴. Si aparecieran complicaciones en la cicatrización, la tasa se multiplica hasta seis veces¹⁵. En el año 2003 Verdú et al¹⁶ publicaron un estudio sobre la mortalidad por upp como causa básica de defunción en España desde el año 1987 hasta el año 1999, en personas mayores de 65 años utilizando como fuente documental los certificados de defunción. En los trece años estudiados murieron en España 5268 personas mayores de 65 años como consecuencia de una upp. En el año 1999 por cada 100.000 defunciones en España, 165 eran por estas lesiones. Este panorama podría ser considerado sólo la punta del iceberg, pues sólo hace referencia a las upp registradas como causa básica de muerte, quedando sin duda un número mucho mayor de aquellas como causa mencionada y/o complementaria a la muerte de un individuo.

Merece en este apartado una alusión final a las serias repercusiones legales que la no prevención o una atención inadecuada de las upp ha generado en países de nuestro entorno, y el inicio de un despertar de reclamaciones y





denuncias en nuestro propio país¹⁷. El reconocimiento de toda la comunidad científica de que se pueden prevenir al menos el 95 % de las upp¹⁸ es especialmente rotundo.

1.5. Úlceras de Extremidad Inferior. Su alcance.

Se acepta que las úlceras de extremidad inferior afectan aproximadamente al 1 % de la población adulta de países en desarrollo¹⁹, al igual que se acepta que con un adecuado tratamiento el 50% de las úlceras curarán en cuatro meses, el 20 % no lo harán hasta pasados dos años y un 8 % no lo hará hasta después de cinco años²⁰.

El 1^{er} Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras de Pierna en España realizado por el GNEAUPP en el año 2002²¹ reveló que la prevalencia total de úlceras de extremidad inferior en mayores de 14 años fue del 0,165 %. Un 0,89 por mil habitantes de úlceras venosas (probablemente la mitad de las úlceras etiquetadas como mixtas se deban a un mal diagnóstico y en realidad sean también úlceras venosas, lo que nos situaría en 1,024 pacientes con úlceras venosas por mil habitantes), un 0,12 por mil habitantes de úlceras arteriales, un 0,26 por mil habitantes de úlceras mixtas y un 0,27 por mil habitantes de úlceras de pie diabético (o presentes en el 0,5% de todos los diabéticos).

Se considera que aproximadamente el 25 % de los diabéticos presentan, en algún momento de su historia de enfermedad patología en los pies, siendo ésta la causa más frecuente de ingreso hospitalario (25 %), amputación y una de las causas de larga estancia hospitalaria.

Son destacables algunos otros datos básicos de la epidemiología³ de todas las úlceras de extremidad inferior: la prevalencia e incidencia se triplica cuando se consideran grupos con edades superiores a los 75 años; su cronicidad (un 40-50 % superan el año de evolución) y recidiva (entre un 25 y un 30 % recidiva en el periodo de doce meses tras de la curación).

En nuestro país no tenemos constancia de estudios de costos específicos sobre este tipo de heridas. En 1991 el costo estimado del tratamiento de las úlceras de pierna en Estados Unidos se cifraba anualmente entre 775 millones de dólares USA y un billón²² y en el Reino Unido el costo total estimado del tratamiento de las úlceras de etiología venosa en el año 2005-2006 fue entre 168 y 198 millones de libras esterlinas²³.

Como vemos, las heridas crónicas son un problema de salud de primer nivel que repercute en todos los actores del sistema sanitario: pacientes, profesionales y organización y que tiene una repercusión económica fundamental para los sistemas de salud, de ahí la importancia de crear unidades integrales que atiendan estas lesiones, especialmente las difíciles de cerrar o recidivantes que tantos problemas suponen para el paciente, el profesional y el sistema²⁴.





2. OBJETIVOS DE LA UNIDAD INTEGRAL DE HERIDAS CRÓNICAS.

2.1. Objetivos generales:

- Proporcionar cuidados integrales a la persona con heridas crónicas y su familia, respondiendo a sus necesidades, propiciando los máximos niveles de recuperación en la autonomía del individuo.
- Mejorar la calidad de la atención a las personas con heridas crónicas: estableciendo un modelo metodológico común en las actuaciones que mejore la eficiencia clínica, la calidad de vida y la sostenibilidad del sistema sanitario.
- Establecer un espacio de actualización y vanguardia en la formación e investigación en heridas crónicas.

2.2. Objetivos específicos:

- Potenciar la prevención como la mejor alternativa para evitar la aparición de heridas crónicas o favorecer su curación.
- Conocer la morbilidad de las heridas crónicas en el contexto asistencial de la unidad.
- Actuar como equipo de referencia, soporte y asesoramiento en el campo de las lesiones crónicas, para equipos de Atención Primaria, Unidades de hospitalización, centros sociosanitarios y residenciales, asociaciones y usuarios con el fin último de unificar criterios y disminuir la variabilidad clínica y diagnóstica.
- Mejorar la comunicación y coordinación entre los distintos niveles de salud y profesionales.
- Racionalizar el gasto sanitario en materiales para el cuidado de las heridas crónicas con el fin de garantizar la sostenibilidad de los diferentes sistemas sanitarios.
- Desarrollar un plan integral de formación continuada en heridas crónicas.
- Fomentar y favorecer la investigación en la práctica diaria desarrollando y manteniendo líneas activas en el campo de las heridas crónicas.





3. ESTRUCTURA FUNCIONAL DE LA CONSULTA

3.1 Misión, visión y valores

Visión:

Ser marco de referencia de los sistemas sanitarios en materia de atención a las personas con heridas crónicas o en situación de riesgo de padecerlas.

Misión:

Las Unidades Multidisciplinares de Heridas Crónicas/Clínicas de Heridas deben ser las líderes que garanticen el derecho a una atención sanitaria que ponga al servicio de la persona con heridas crónicas **todos los recursos técnicos y humanos** en función de sus necesidades, sean de prevención, de atención a su proceso, dependiendo obviamente de las posibilidades del centro, sin que los ciudadanos puedan ser discriminados por razón de sexo, edad, raza, ideología, religión y condición socioeconómica.

Posibilitar una trama eficiente en la atención, prevención, diagnóstico y tratamiento independientemente del contexto asistencial y social de las personas con heridas crónicas.

Optimizar los recursos diagnósticos, preventivos y terapéuticos dirigidos a las personas con heridas crónicas.

Aglutinar la actividad investigadora y docente en materia de heridas crónicas de su área de influencia.

Valores.

- *Liderazgo*
- *Confianza*
- *Trabajo en equipo*
- *Comunicación.*
- *Respeto a la persona.*
- *Confidencialidad.*
- *Integridad.*
- *Responsabilidad social.*
- *Sostenibilidad.*



3.2. Población diana

Población Diana: La Unidad Multidisciplinar de Heridas Crónicas/Clínica de Heridas atenderá tanto las consultas de los profesionales, especialmente a través de plataformas telemáticas, como a usuarios con heridas crónicas de los tres niveles de Salud (Hospital, Atención primaria, y Sociosanitaria) que demanden asesoramiento y/o atención ante cualquier proceso derivado de las heridas crónicas por cualquiera de los siguientes supuestos:

- Deterioro de la integridad cutánea cuando el profesional considere subsidiario de consulta:
 - Para confirmación diagnóstica.
 - Por evolución tórpida.
 - Por la incapacidad para realizar el procedimiento adecuadamente en domicilio.
 - Por sospecha de infección o colonización crítica.
 - Por dudas sobre la pauta terapéutica a seguir.
 - Por necesidad de desbridamiento cortante parcial o total de la herida.
 - Por cualquier otra situación especial que requiera una práctica o procedimiento avanzado.
- Heridas quirúrgicas abiertas en las que se precise un cierre por segunda intención.
- Úlceras por presión
- Úlceras venosas
- Úlceras arteriales
- Úlceras neuropáticas (pie diabético)
- Otras úlceras crónicas de baja prevalencia (calcifilaxis, epidermolísis bullosas, lesiones neoplásicas, etc.)
- Heridas quirúrgicas cronificadas.
- Quemaduras de evolución crónica.

En razón de las características de cada unidad, los centros establecerán los circuitos de derivación y atención tanto de las demandas de los profesionales como de la de los pacientes y que deberán contemplar, al menos, los siguientes aspectos:





- Remisión Interna
- Remisión Externa
- Primera Visita
- Visitas Sucesivas

Así mismo, se articularán los modos de atención directa de la unidad, que para los profesionales será preferentemente vía telemática y para los pacientes podrá ser tanto a través de la propia consulta (método preferente) como de manera directa en el entorno del paciente (unidad de hospitalización, residencia, domicilio, etc.) cuando las circunstancias así lo demanden (interconsultas)

3.3. Recursos humanos y materiales.

Recursos Humanos:

La complejidad del proceso unido al aumento exponencial del conocimiento científico, recomienda el desarrollo de una figura capaz de asumir y coordinar en todos los niveles asistenciales la atención a estos pacientes de una manera interdisciplinaria.

La estructura de la organización o el nivel asistencial en donde se desarrolle la Unidad Multidisciplinaria de Heridas Crónicas/Clínica de Heridas, definirá la composición definitiva del equipo de la misma, así como la dedicación a tiempo completo o parcial y que en cualquier caso debiera de estar integrado por:

- Coordinador/Responsable: Con formación avanzada en materia de heridas crónicas. Entendemos que el profesional de Enfermería cumple mejor los requisitos para desempeñar el puesto de responsable/coordinador. Ver competencias en Anexo 1.
- Enfermera/s experta/s en heridas
- Auxiliar de Enfermería
- Equipo consultor: Especialistas en Medicina Interna, Dermatología, Angiología y Cirugía Vasculosa, Cirugía Plástica y Reparadora, Cirugía General, Traumatología y Cirugía Ortopédica, Medicina de Familia, Podología.
- Equipo de apoyo: Unidad del Dolor, Microbiología, Rehabilitación, Servicio de Nutrición, Servicio de Trabajo Social.





Estructura física:

La estructura de la organización o el nivel asistencial en donde se establezca la Unidad Multidisciplinar de Heridas Crónicas/Clínica de Heridas, definirá la estructura física, dotación y equipamiento de la unidad.

Habrá que tener presente la legislación al respecto de cada Comunidad Autónoma en referencia a las competencias necesarias para la autorización, instalación y funcionamiento de los establecimientos sanitarios.

En cuanto a la **estructura física** (anexo 2) y con las consideraciones anteriores, se precisara disponer al menos de:

- Zona de recepción/acogida.
- Consulta con box/es de diagnóstico-tratamiento que garanticen la intimidad.
- Zona de teleasistencia-teleconsulta
- Sala polivalente (educación sanitaria, reuniones, etc.).
- Almacén.
- Aseo (propio o compartido)

Material / Equipamiento:

Informático, de comunicación y registro:

- Equipo/os informático/s adecuado/s conectado a red (interna y externa) con Webcam y micrófono.
- Software de gestión de heridas
- Impresora.
- Teléfono/s fijo con línea exterior.
- Teléfono corporativo móvil.
- Cámara fotográfica digital.
- PC tablet de movilidad.

Para la valoración / diagnóstico del paciente:

- Sala/box equipada con mesa, sillas, camilla hidráulica y lavabo
- Lámpara, espejo y lupa.
- Lámpara de Wood
- Esfigmomanómetro
- Fonendoscopio
- Doppler portátil
- Kit completo de exploración neuropática (Monofilamento, Diapasón graduado de Rider-Seiffer, cilindro de doble terminación, etc.)
- Cubetas de baño/limpieza de piernas.





Material terapéutico

- Material de curas.
- Instrumental quirúrgico.
- Sistema de desbridamiento por hidrocirugía.
- Sistemas de compresión multicapa.
- Sistemas de cura avanzada (terapia de vacío, ...)
- Sistemas de descarga.

Material fungible y de oficina

4. UBICACIÓN

Por funcionalidad y optimización de los recursos se considera que la ubicación ideal de la Unidad Multidisciplinaria de Heridas Crónicas/Clínica de Heridas sería dentro de la estructura de un centro hospitalario, no obstante si los flujos con el resto de los profesionales consultores y los equipos de apoyo de la unidad fueran ágiles, se podría ubicar en otra localización (Centro de Salud, Centro Sociosanitario, etc.)

5. TELECONSULTA Y TELEASISTENCIA

Los programas de teleconsulta y teleasistencia deberán de garantizar, tanto a los profesionales como a las personas con heridas crónicas la accesibilidad al sistema y la resolución de sus problemas así como la preservación de los derechos de las personas con heridas.(anexo 3)

El programa de teleasistencia presentaría ventajas para la persona con heridas crónicas, evitando en cuantas ocasiones sea posible su desplazamiento a la Unidad Integral de Heridas Crónicas/Clínica de Heridas, siendo atendidas todas sus necesidades en los distintos procesos, técnicas de cuidados y actuaciones con el manejo de los procesos.

En el supuesto de ser precisa la atención directa en la Unidad Integral de Heridas Crónicas/Clínica de Heridas, el profesional responsable ejercería de contacto entre el usuario y los profesionales consultores, acortando los tiempos de espera para la consulta y la asistencia.

La teleconsulta entre profesionales es una herramienta eficiente para el manejo de los procesos de las Unidades integrales de Heridas Crónicas/Clínica de Heridas y posibilita el intercambio de información, diagnóstico y decisiones terapéuticas adecuadas.





6. BIBLIOGRAFÍA

1. Woo K, Ayello EA, Sibbald RG. The edge effect: current therapeutic options to advance the wound edge. *Adv Skin Wound Care* 2007; 20(2):99-117; quiz 118-9.
2. Falanga V. The chronic wound: impaired healing and solutions in the context of wound bed preparation. *Blood Cells Mol Dis* 2004; 32(1):88-94.
3. Marinello Roura J. *Úlceras de Extremidad Inferior*. Madrid: Editorial Glosa, 2005.
4. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. *Las úlceras por presión, un reto para el sistema de salud y la sociedad. Repercusiones a nivel epidemiológico, ético, económico y legal*. GNEAUPP.2004
5. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de la Rioja. *Gerokomos/Helcos* 1999; 10(2):75-87.
6. Torra i Bou JE, Rueda López J, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J. Primer estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. *Gerokomos* 2003; 14(1):37-47.
7. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Martínez Cuervo F, López Casanova P, Rueda López J, Mayán J. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. *Gerokomos* 2006; 17(3):154-72.
8. Soldevilla Agreda JJ, Torra JE, Verdú J, López P. 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. *Gerokomos* 2011; 22(2):77-90
9. Soldevilla J, Torra J. *Atención Integral a las Heridas Crónicas*. Madrid: SPA S.L., 2004.
10. Defloor T, Clark M, Witherow A *et al*. EPUAP statement on prevalence and incidence monitoring of pressure ulcer occurrence. *J Tissue Viability* 2005; 15(3):20-7.
11. Bennett G, Dealey C, Posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. *Age Ageing* 2004; 33(3):230-5.





12. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Posnnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayán Santos JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión. *Gerokomos* 2007; 18(4):201-10.
13. Thomas DR, Goode PS, Tarquine PH, Allman RM. Hospital-acquired pressure ulcers and risk of death. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44(12):1435-40.
14. Clough NP. The cost of pressure area management in an intensive care unit. *J Wound Care* 1994; 3:33-5.
15. Suntken G, Starr B, Ermer-Seltun J, Hopkins L, Preftakes D. Implementation of a comprehensive skin care program across care settings using the AHCPR pressure ulcer prevention and treatment guidelines. *Ostomy Wound Manage* 1996; 42(2):20-2, 24-6, 28-30 passim.
16. Verdú Soriano J, Nolasco A, García C. Análisis de la mortalidad por úlceras por presión en España. Periodo 1987 - 1999. *Gerokomos* 2003; 14(4):212-26.
17. Soldevilla Agreda JJ, Navarro Rodríguez S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. *Gerokomos* 2006; 17(4):203-24.
18. Waterlow J. Pressure sore prevention manual. Curland, Taunton.: Newtons, 1995.
19. Baker SR, Stacey MC, Jopp-Mckay AG, et al. Epidemiology of chronic venous ulcer. *Br J Surg* 1991; 78(864).
20. Nicolaidis AN. Investigation of chronic venous insufficiency: A consensus statement (France, March 5-9, 1997). *Circulation* 2000; 102(20):E126-63.
21. Torra i Bou JE, Soldevilla Agreda JJ, Rueda López J *et al.* Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras de Pierna en España. Estudio GNEAUPP-UFIC-Smith & Nephew 2002-2003. *Epidemiología de las úlceras venosa, arteriales, mixtas y de pie diabético. Gerokomos* 2004; 15(4):230-47.
22. Phillips TJ, Dover JS. Leg ulcers. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25(6 Pt 1):965-87.
23. Posnett J, Franks PJ. The cost of skin breakdown and ulceration in the UK. Pownall M. *Skin Breakdown- the silent epidemic. The Smith&Nephew Foundation, 2007.*
24. Soldevilla Agreda, JJ; García Fernández, FP; Verdú Soriano, J. Úlceras cutáneas. Actualización en Medicina de Familia. 2008;4(7):370-381





ANEXO 1. COMPETENCIAS DEL COORDINADOR/RESPONSABLE:

Los conocimientos, habilidades y actitudes del Coordinador/Responsable de la UIHC deberían ser:

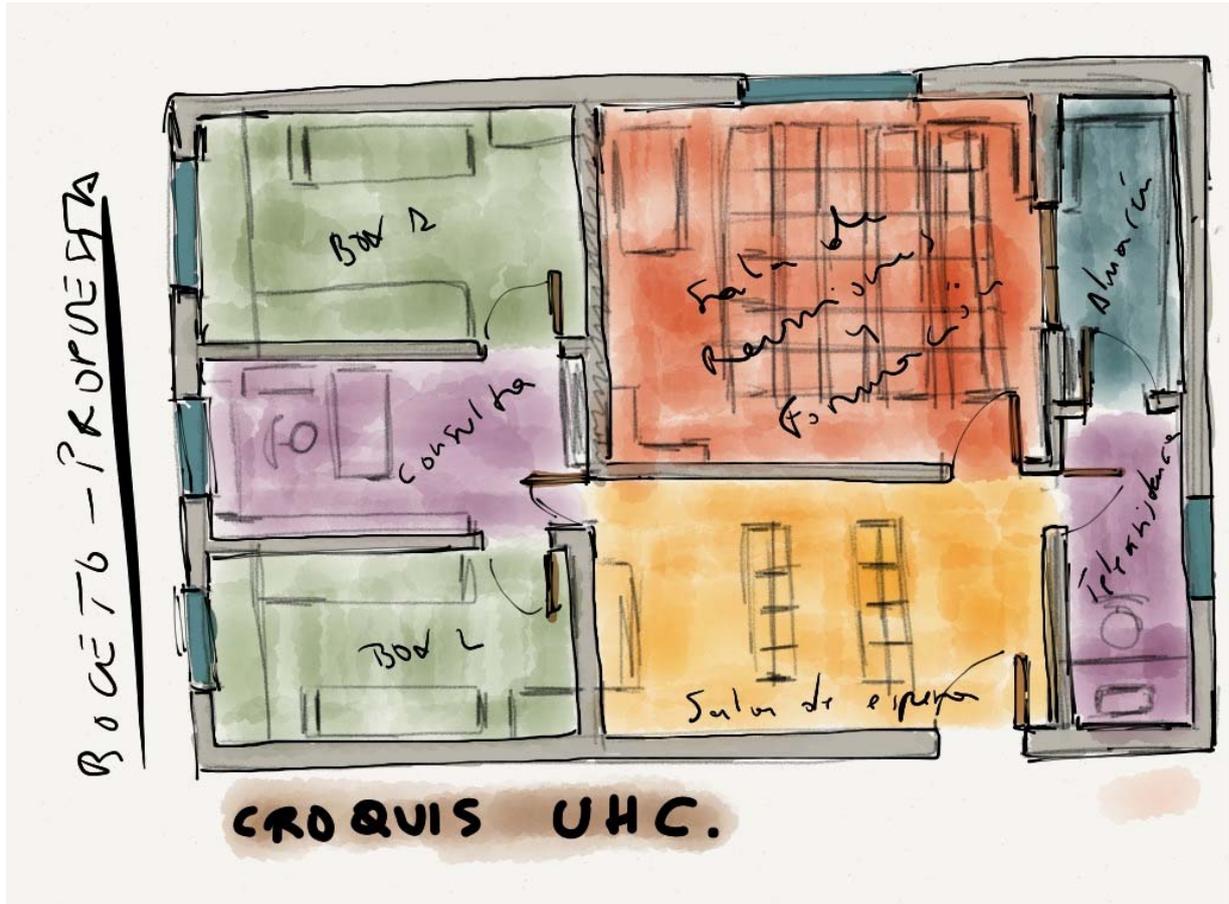
CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD	COMPETENCIA DE REFERENCIA	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	INTERVENCIONES	FORMACIÓN
Valoración integral del paciente	<ul style="list-style-type: none">- Comunicación y/o entrevista clínica.- Orientación al ciudadano respecto a sus derechos	<ul style="list-style-type: none">- Manejo de herramientas para la Valoración de pacientes.- Registros de enfermería (valoración focalizada y juicio clínico)- Protección de la confidencialidad.	<ul style="list-style-type: none">- Análisis de la situación sanitaria- Vigilancia de la piel- Documentación	Formación en la valoración integral de pacientes con heridas crónicas y uso de cuestionarios, test e índices.
Atención de acuerdo con los protocolos establecidos en la unidad: intervención finalista	<ul style="list-style-type: none">- Atención Sanitaria Integral.- Promoción de la Salud y Prevención- Atención al individuo y la familia- Educación para la Salud, consejo sanitario y medidas de prevención- Trabajo en equipo	<ul style="list-style-type: none">- Conocimientos básicos de técnicas diagnósticas y terapéuticas según proceso- Promoción de la Salud (Educación para la Salud, consejos sanitarios y asesoramiento)- Protocolos, procedimientos y GPC según procesos- Conocimiento de la evolución clínica de las patologías según proceso- Capacidad para la toma de decisiones- Aspectos preventivos y detección precoz- Fomento de prácticas seguras en el uso responsable de los medicamentos y de los dispositivos de soporte a los cuidados y apoyo terapéutico.	<ul style="list-style-type: none">- Cuidados de las úlceras por presión.- Prevención de úlceras por presión.- Cuidados de las heridas- Cuidados circulatorios: ins. arterial.- Cuidados circulatorios: ins. venosa- Cuidados de la piel: ttos tópicos- Protección contra infecciones.- Enseñanza: actividad / ejercicio prescritos- Fomento del ejercicio- Terapia de ejercicios: movilidad articular- Fomentar los mecanismos corporales.- Manejo del dolor- Manejo de la medicación- Prescribir medicación	<p>Formación avanzada en el manejo en heridas crónicas</p> <p>Acreditación como experto en el cuidado de las heridas crónicas</p> <p>Manejo de Guías de Práctica Clínica.</p> <p>Formación específica y reglada avanzada en el cuidado de heridas crónicas.</p> <p>Formación básica en el uso responsable de medicamentos y productos sanitarios</p>



DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO N° 10

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD	COMPETENCIA DE REFERENCIA	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	INTERVENCIONES	FORMACIÓN
Exploración de los patrones de aprendizaje, adaptación y seguimiento terapéutico, y de los patrones de adaptación del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Personalización de los cuidados - Capacidad de apoyar a la familia en su rol cuidador - Continuidad asistencial 	<ul style="list-style-type: none"> - Metodología de cuidados (protocolos, procedimientos, GPC, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados) - Conocimiento avanzado del proceso asistencial. - Individualización de los cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo al cuidador principal - Ayuda al autocuidado - Enseñanza medicamentos prescritos - Enseñanza individual. - Facilitar el aprendizaje - Modificación de la conducta. - Establecimiento de objetivos comunes - Facilitar la autorresponsabilidad - Educación sanitaria 	Formación avanzada para la ayuda en la toma de decisiones
Activación de circuitos específicos	Adecuada utilización de los recursos disponibles	- Identificación y/o movilización de recursos, para ayudar al individuo en su proceso de recuperación e integración en la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Derivación - Documentación 	Formación específica en circuitos de derivación de pacientes.

ANEXO 2: EJEMPLO DE DISTRIBUCIÓN FÍSICA DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE HERIDAS CRÓNICAS/CLÍNICA DE HERIDAS





ANEXO 3: DERECHOS DEL PACIENTE EN EL PROGRAMA DE HERIDAS CRÓNICAS

- ***Usted tiene derecho*** de tomar parte en el cuidado de sus heridas, si usted está en condición de hacerlo y si así lo desea.
- ***Usted tiene derecho*** a que en el tratamiento de sus heridas sea atendido y seguido por personal entrenado y profesional.
- ***Usted tiene derecho*** a que sus preguntas acerca de su tratamiento sean contestadas de forma clara y completa.
- ***Usted tiene derecho*** a conocer las opciones disponibles para el tratamiento de su herida.
- ***Usted tiene derecho*** a enterarse de los beneficios, riesgos y efectos secundarios en el tratamiento y cuidado de sus heridas.
- ***Usted tiene derecho*** a participar en el plan de desarrollo de su tratamiento con los profesionales encargados de ello.
- ***Usted tiene derecho*** a recibir un tratamiento para sus heridas efectivo y a tiempo.
- ***Usted tiene derecho*** a que sus heridas sean tratadas con los productos y materiales adecuados con la mejor evidencia científica disponible.
- ***Usted tiene derecho*** a que su dolor sea controlado adecuadamente.
- ***Usted tiene derecho*** a solicitar otras opiniones acerca del plan de tratamiento de sus heridas y a consultar al personal especializado.
- ***Usted tiene derecho*** a consultar con profesionales especializados para que le aconsejen acerca de la dieta, ejercicio, terapias o de los productos que se usan en su tratamiento.



Fuente original: The Association for the Advancement of Wound Care AAWC