

HISTORIA DE LOS AVANCES EN CURACIÓN AVANZADA PARA HERIDAS COMPLEJAS EN CHILE:

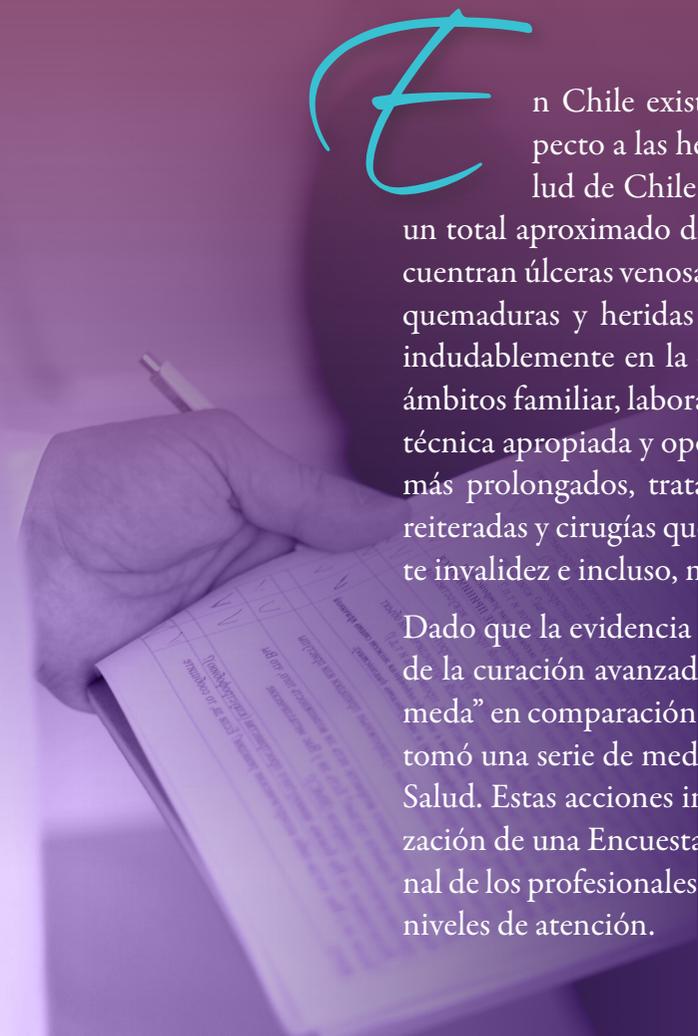
UN ENFOQUE DESDE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES) Y PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA (FOFAR)

AUTORA

Carolina Neira Ojeda

Enfermera Matrona, Profesional Asesor del Depto. de Enfermedades No Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud

Correspondencia a: cpneira@gmail.com



En Chile existe una realidad escasamente dimensionada respecto a las heridas, pero las estadísticas del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) disponibles al año 2000, muestran un total aproximado de 170.000 heridas y úlceras, entre las que se encuentran úlceras venosas, isquémicas, pie diabético, úlceras por presión, quemaduras y heridas quirúrgicas infectadas. Todas ellas repercuten indudablemente en la calidad de vida de las personas afectadas en los ámbitos familiar, laboral, psicológico y económico. La falta de atención técnica apropiada y oportuna produce períodos de incapacidad laboral más prolongados, tratamientos altamente costosos, hospitalizaciones reiteradas y cirugías que pueden llegar a la amputación y su consiguiente invalidez e incluso, muchas veces, a la muerte.

Dado que la evidencia científica demostró la efectividad y rentabilidad de la curación avanzada de heridas, también conocida como “cura húmeda” en comparación con la curación tradicional, el MINSAL chileno tomó una serie de medidas para su implementación en los Servicios de Salud. Estas acciones incluyeron la creación de Guías Clínicas, la realización de una Encuesta Epidemiológica y la capacitación a nivel nacional de los profesionales responsables de la atención de heridas en los tres niveles de atención.

En 2005, la curación avanzada de úlceras de pie diabético (CAUPD) se incorporó como parte de las Garantías Explícitas en Salud (GES) en la atención de la diabetes. En 2014 se estableció el Fondo de Farmacia (FOFAR) como un complemento al GES, fortaleciendo el financiamiento para el tratamiento de úlceras de pie diabético (UPD). Los recursos del FOFAR se destinan específicamente a úlceras activas de pie diabético tratadas con curación avanzada, así como también actualmente se dispone de 40 Centros de Salud Familiar (CESFAM) con canastas de tratamiento para úlceras venosas.

Palabras claves: Garantías Explícitas de Salud, Fondo de Farmacia, Prestaciones Valoradas, úlcera del pie diabético, úlcera venosa.

ABSTRACT:

In Chile there is a poorly dimensioned reality regarding wounds, but the statistics of the Ministry of Health available in the year 2000 show an approximate total of 170,000 wounds and ulcers, among which are venous ulcers, ischemic ulcers, diabetic foot, pressure ulcers, burns and infected surgical wounds. All of them undoubtedly have an impact on the quality of life of the people affected in the family, work, psychological and economic spheres. The lack of appropriate and timely technical care produces longer periods of incapacity for work, highly expensive treatments, repeated hospitalizations and surgeries that can lead to amputation and subsequent disability and even, many times, death.

Considering that scientific evidence demonstrated that advanced wound healing, also called “wet healing” or non-traditional healing, used for more than 60 years in developed countries, was cost-effective in relation to traditional healing, the Chile’s Ministry of Health carried out

a set of actions leading to its implementation in Health Services, such as the edition of Clinical Guides, an Epidemiological Survey and nationwide training of professionals who were in charge of cures at the 3 levels of care. In 2005, advanced healing of diabetic foot ulcers was included as a benefit in the Explicit Guarantee System (GES) in Diabetes. In 2014, the FOFAR (Pharmacy Fund) began to operate as a complement to the GES, since the financing of Diabetic Foot treatment at the primary level is per capita. FOFAR resources are intended for active foot ulcers treated with advanced healing and there are 40 CESFAM with treatment baskets for venous ulcers.

Keywords: Explicit Health Guarantee, Pharmacy Funds, Valued Benefits, diabetic foot ulcer, venous ulcer.

INTRODUCCIÓN

Las heridas en general, incluyendo las úlceras en las extremidades, han sido un desafío constante a lo largo de la historia de la humanidad. En la actualidad, el tratamiento de estas afecciones representa una carga significativa en los presupuestos de salud de todos los países, consumiendo una parte sustancial de los recursos. Además de los costos financieros, estas lesiones imponen invaluables limitaciones en la calidad de vida de las personas afectadas ¹.

En Latinoamérica, la prevalencia de heridas y úlceras oscila en torno al 1% de la población general, con un 25% de estas cifras relacionadas a úlceras venosas activas ¹; sin embargo, en el contexto chileno, la magnitud de esta problemática ha sido subestimada. Las estadísticas disponibles indican que alrededor de 170,000 pacientes en el país son afectados por algún tipo de herida o úlcera, lo que constituye un asunto

de salud pública apremiante ². El manejo de estas lesiones en Chile abarca una amplia gama de afecciones, que incluyen úlceras venosas, úlceras isquémicas, úlceras de pie diabético, úlceras por presión, quemaduras y heridas quirúrgicas infectadas ³; asimismo, ellas ejercen un impacto innegable en la calidad de vida de las personas afectadas, influyendo tanto en aspectos familiares como psicológicos, laborales y económicos. La falta de atención oportuna y especializada se traduce en períodos prolongados de incapacidad laboral, tratamientos costosos, hospitalizaciones recurrentes y, en algunos casos, amputaciones y la consiguiente invalidez, e incluso el riesgo de mortalidad ⁴.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define UPD como la ulceración, infección y/o gangrena del pie, asociados a neuropatía diabética y a diferentes grados de enfermedad arterial periférica ⁵. En particular, la UPD es un problema significativo en Chile, donde se ha observado que un alto porcentaje de amputaciones de extremidades inferiores se relaciona con la Diabetes Mellitus. El registro hospitalario de 2017 refleja que aproximadamente 67.9% de las amputaciones están vinculadas a esta enfermedad, y se estima que 80% de estas amputaciones se origina en una úlcera previa en el pie. En relación a la distribución por sexo, 74% corresponde a hombres y 26% a mujeres, en su mayoría beneficiarios Fonasa B. Con respecto a la distribución por edad, comienza a aumentar a partir de los 45 años, concentrando su mayor proporción entre los 55 a 74 años, con un promedio de 65 años ⁷. Si bien se ha observado una disminución en las tasas de amputación en años recientes, la carga de la enfermedad sigue siendo significativa.

Las úlceras y sus consecuencias representan una tragedia tanto para los pacientes como para sus familias, además de imponer demandas sustan-

ciales en términos de gastos para el sistema de salud y la sociedad en su conjunto ^{6,8}. Establecer pautas de cuidado integral para el pie diabético basadas en la evidencia, con la participación de equipos multidisciplinarios capacitados en el tema, tiene como objetivo a mediano y largo plazo mejorar la calidad de vida de las personas y controlar los costos de la atención médica. Las úlceras venosas (UV) también constituyen un importante desafío de salud, con un alto impacto en términos de calidad de vida, capacidad laboral y recursos médicos ^{6,9,10,11}. Se estima que una proporción significativa de la población actualmente padece UV de origen venoso abiertas en este momento, lo que representa 70% de todas las úlceras, cifra mayor a otras patologías, lo que conlleva una carga de enfermedad sustancial ¹².

En el pasado, en Chile, el tratamiento de heridas y úlceras se basaba principalmente en enfoques tradicionales, sin tener en cuenta las intervenciones basadas en la evidencia ya que ésta era escasa en el área; sin embargo, gracias a un enfoque multidisciplinario, se ha logrado avanzar en la implementación del cuidado avanzado de heridas, lo que ha mejorado significativamente la calidad de vida de los pacientes con heridas crónicas y complejas, permitiendo, además, la introducción de tecnologías avanzadas a través de las Canastas GES y FOFAR en el caso de UPD y FOFAR y Prestaciones Valoradas en el caso de UV. Este enfoque ha sido respaldado por la capacitación de profesionales competentes en esta área de la medicina.

HISTORIA DE LA GESTIÓN EN CURACIÓN AVANZADA EN CHILE

En 1996, el Programa de Salud del Adulto de la División de Programas de Salud del Ministerio de Salud, acatando la solicitud de la Declaración de Diabetes de las Américas en que se solicita

trabajar fuertemente en el área de la prevención en Diabetes, edita la norma “Prevención y Tratamiento Ambulatorio del Pie Diabético”, con el objetivo de disminuir la tasa de amputaciones por esta patología. En esta actividad se puso en evidencia la necesidad de normar la curación a nivel nacional, dado que cada establecimiento y cada profesional hacía las curaciones sin tener un protocolo establecido basado en la mejor evidencia científica disponible. En Chile, en la mayoría de los servicios de salud tanto públicos como privados se seguía usando la curación tradicional, es decir, pincelación con antiséptico y aplicación de apósito pasivo (gasa más algodón), mientras en los países desarrollados se usaba desde hacía más de 30 años la curación avanzada (CA) de heridas, que corresponde a la limpieza de la piel y la herida o úlcera y aplicación de apósitos de 3ª o 4ta generación ².

A partir del año 1999 y respondiendo a una necesidad de los clínicos formados como monitores, se empezó a trabajar en la elaboración de la serie de Guías Clínicas “Manejo y Tratamiento de las Heridas y Úlceras”, editándose y difundándose el año 2000 las 5 primeras guías de la serie ¹³, Figura 1. Ese mismo año, teniendo en mente la presentación a FONASA de una propuesta de reembolso para manejo avanzado de heridas, se realizó la 1a Encuesta Epidemiológica Nacional de Heridas y Úlceras, que entregó la siguiente distribución: 77,2% corresponde a clasificación general de heridas; 14% a quemaduras y 8,8% a UPD ².

En el año 2000 se hizo una presentación a FONASA de “Propuesta de Reembolso del Cuidado Avanzado de Heridas”, entidad que evaluó positivamente la propuesta, pero solicitó se hiciera un estudio nacional de costo-efectividad de la CA, dado que lo presentado correspondía a la revisión de la evidencia internacional y se deseaba observar el comportamiento de este tipo

de curación en población chilena. Para cumplir con esta solicitud, el año 2001 se realizó el “Estudio de Costo-efectividad de la Curación no Tradicional vs Curación Tradicional” en el Hospital del Salvador de Santiago, cuyos resultados permitieron demostrar la disminución del costo del tratamiento en número de curaciones, horas de recursos humanos, insumos y días de hospitalización, disminuyendo las amputaciones por UPD ³.

El año 2004 por primera vez se entrega financiamiento desde el Ministerio de Salud para CA de UPD en el nivel primario de atención y capacitación para los profesionales involucrados ³.

El 2005, dentro de las prestaciones del AUGÉ para Diabetes Tipos 1 y 2, se incorpora el Manejo Avanzado de Pie Diabético con dos canastas: una para úlceras no infectadas y otra para úlceras infectadas y se elabora la guía clínica “Curación Avanzada de las Úlceras de Pie Diabético”, 6to documento de la serie “Manejo y Tratamiento de las Heridas y Úlceras” ³, el que debe servir como referencia para la atención de los pacientes diabéticos Tipos 1 y 2 con UPD, de acuerdo a lo



estipulado en el Decreto Supremo No 228 del 23 de Diciembre 2005, que aprueba las Garantías Explícitas en Salud (GES), Figura 2.

En el año 2008 el Ministerio de Salud realiza una nueva Encuesta Epidemiológica, ahora en úlceras venosas, cuyos resultados más destacables fueron: 58% de los pacientes tenía 65 o más años; 26% estaba laboralmente activo y 100% de ellos estaba con licencia médica al momento de la encuesta. En cuanto a la clasificación de la úlcera, 9% era Tipo 1; 23% Tipo 2; 33% Tipo 3 y 35% Tipo 4, lo cual visibilizó que 68% correspondía a las úlceras más complejas, que requieren mayor cantidad de insumos, más horas profesionales para la curación y, en general, un mayor gasto en el tratamiento ¹².

En el año 2009, la Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH) envía los resultados del trabajo de investigación en “Tratamiento Avanzado vs. Tradicional en Úlceras Venosas” al Ministerio de Salud y a FONASA, para que se estudiara la factibilidad de incorporar un Arancel en esta patología.

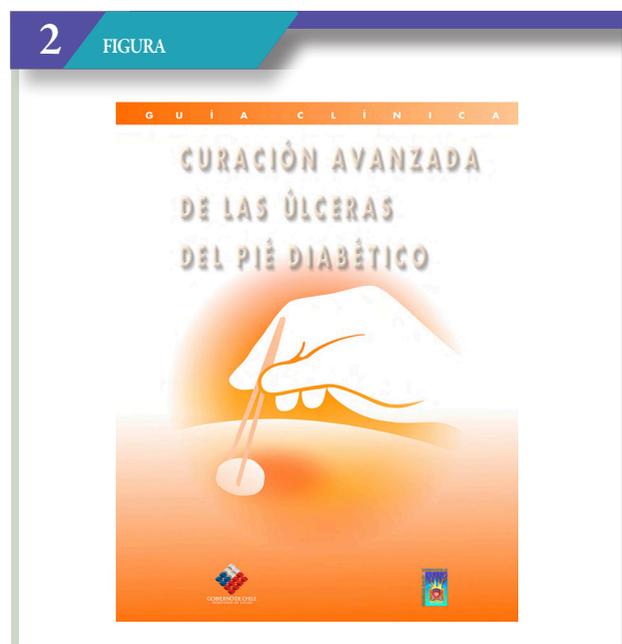
En 2010 el Ministerio de Salud incorpora las Prestaciones Valoradas en Úlceras Venosas en la atención secundaria y terciaria en los Servicios de Salud de Chile.

En el 2014 comienza a funcionar el FOFAR (Fondo de Farmacia) como un complemento al GES, ya que el financiamiento del tratamiento de PD en el nivel primario se encuentra per-capitado y esta modalidad apoya la obtención de recursos para estos efectos. Los recursos FOFAR están destinados a la CA de úlceras activas de pie diabético

El año 2015, nuevamente la FINH, en conjunto con la Universidad de Chile y la Sociedad de Flebología de Chile, presentan al Ministerio de Salud un documento que evalúa el costo-efectividad de incorporar a la Atención Primaria el tratamiento avanzado de la UV, lo que permitió realizar tres Pilotos a nivel nacional utilizando este tratamiento, en Coquimbo, Castro y Santiago, en 2016 a 2017. Sus resultados demostraron su costo-efectividad y a comienzos de 2018 se incorpora el tratamiento avanzado en UV en 29 CESFAM ¹², aumentando a 40 actualmente, en espera de que en algún momento se convierta en una patología GES por los excelentes resultados obtenidos hasta la fecha.

En el año 2018 se edita la Guía Orientación Técnica Manejo Integral del Pie Diabético, en la que participó un equipo multidisciplinario ⁶.

En 2022 se diseña y aplica la encuesta Detección de Problemas en Insumos Clínicos en Manejo Avanzado de Heridas, diseñada por la FINH y validada por la Sociedad de Enfermeras Latinoamericana en Heridas (SELH) entre mayo y julio del 2022 y validada en agosto por el Departamento de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud. La Encuesta se envió a la base de datos de la FINH vía online, la que



estuvo disponible en todo el mes de octubre del año 2022. Contestaron los 29 Servicios de Salud del país y algunas clínicas privadas, cuyos resultados revelan que más de 50% no cuenta con todos los insumos programados por GES-FOFAR para UPD, lo que revela la necesidad de aumentar el conocimiento de los profesionales a cargo de la gestión a nivel de los Servicios de Salud, razón por la cual el MINSAL patrocina la realización del Seminario Taller de Canastas GES y FOFAR en Úlceras de Pie Diabético y Úlcera Venosa, con la participación de los 29 Servicios de Salud de Chile.

Programas y políticas para considerar en la gestión relacionada al manejo avanzado de heridas.

GES: Las Garantías Explícitas de Salud (GES o AUGE), constituyen un conjunto de beneficios garantizados por Ley para las personas afiliadas al Fondo Nacional de Salud (FONASA) y a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Estas tienen como objetivo garantizar coberturas en los siguientes aspectos:

- **Acceso:** Derecho por Ley de la prestación de salud.
- **Oportunidad:** Tiempos máximos de espera para el otorgamiento de las prestaciones.
- **Protección financiera:** La persona beneficiaria cancelará un porcentaje de la afiliación.
- **Calidad:** Otorgamiento de las prestaciones por un prestador acreditado o certificado.

Esta ley se promulgó en julio del año 2006 con 56 problemas de salud, llegando a 87 en septiembre del 2022 ¹⁴.

FOFAR: Con la Resolución Exenta N° 535 del día 28 de abril de 2014 se aprueba el Programa Fondo de Farmacia (FOFAR) para enfermedades crónicas no transmisibles en Atención

Primaria de Salud ¹⁵. Su propósito es asegurar a la población con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial y Dislipidemia (DM2, HTA y DLP) bajo control en establecimientos de APS, acceso oportuno y seguro a medicamentos que permitan la continuidad de los tratamientos, así como también a insumos y dispositivos médicos para la CA de heridas. Es un complemento a las prestaciones garantizadas otorgadas por ley que permite mejorar el acceso y disponibilidad.

En el caso específico del tratamiento de las heridas complejas, este complemento permite el acceso a CA, disponibilidad de insumos y dispositivos médicos para la curación de UPD y UV, así como también apoyo para la contratación de 11 de enfermeras con dedicación exclusiva para realizar CA de UV en la comuna que se encuentra implementando la curación avanzada en lesiones vasculares.

FOFAR es un complemento al GES, ya que el financiamiento del tratamiento de PD en el nivel primario de atención se encuentra per-capitado. Los recursos FOFAR están destinados a cubrir el 20% de las personas diabéticas bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular con úlceras activas de pie tratadas con curación. Cuando un paciente tiene el diagnóstico de infección de UPD requerirá uso de dispositivos de la canasta de curación de PD infectado, pudiendo utilizar, después del control de la infección, la canasta de UPD no infectada. Es preciso recordar que toda persona que se encuentre en CA por UPD debe utilizar dispositivo de descarga, (botín o zapato de descarga) el que se entregará al 100% de las personas que pertenecen al 20% cubierto por FOFAR para CA de UPD. Si la demanda sobrepasa este 20%, se debe realizar la derivación a nivel secundario para su obtención ¹⁶.

1

TABLA

CANASTAS DE INSUMOS DE PD NO INFECTADO

COMPONENTES DE CANASTA DE CURACIÓN AVANZADA DE ÚLCERA
PIE DIABÉTICO NO INFECTADO

GLOSA	POSOLOGÍA	PRESENTACIÓN
*APÓSITO PRIMARIO (BACTERIOSTÁTICOS) INHIBIDOR DE BACTERIAS	UNIDAD	LÁMINA DE 10 X 10 CM Y/O TUBO 30 G Y/O BOTELLA 30 ML
*APÓSITO PRIMARIO (ABSORBENTES)	UNIDAD	LÁMINA DE 10 X 10 CM
*APÓSITO PRIMARIO (HIDRATANTES)	UNIDAD O TUBO	LÁMINA DE 10 X 10 CM TUBO DE 15 A 30 G
*APÓSITO PRIMARIO (REGENERATIVOS)	32 CM, 2 POR CURACIÓN POR 4 VECES.	LÁMINA DE 10 X 10 CM HEXÁGONO DE 128 CM
VENDA SEMI ELASTICADA 8 CM X 4 MTS	UNIDAD	ROLLO 8 CM X 4 M
PROTECTOR CUTÁNEO SPRAY	1,4 CC POR CURACIÓN EN 12 CURACIONES	BOTELLA 28 CC.
ÁCIDOS GRASOS HIPOOXIGENADOS (AGHO- LUBRICANTE CUTÁNEO) O CREMA DE UREA	2,5 CC POR CURACIÓN EN 20 CURACIONES O BOTELLA	BOTELLA 50 a 125 CC
SOLUCIÓN LIMPIADORA DE HERIDA QUE CONTENGA 0,1% POLIHEXANIDA Y 0,1% DE BETAINA O ÁCIDO HIPOCLOROSO AL 0,033%	15 CC POR CURACIÓN / 22 CC POR CURACIÓN	BOTELLA 250 CC. O 350 CC.
ESPUMA LIMPIADORA PARA PIEL	UNIDAD	BOTELLA 400 ML
CURETAS DESECHABLES 3 MM O 4 MM	1 CURETA POR CURACIÓN APROX. PARA DEBRIDAR EN 4 CURACIONES	CAJA DE 20 UNIDADES

Fuente: Ministerio de Salud, Orientación Técnica, Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria, 2023.

* SELECCIONAR DE LA TABLA SEÑALADA DE ACUERDO A NECESIDAD, EXPERIENCIA CALIFICADA ENFERMERA(O) Y REALIDAD LOCAL

Para efecto de los insumos y su adquisición vía FOFAR y GES para las UPD, se considerarán las siguientes canastas (Tablas 1 y 2): También existen las Canastas FOFAR para el tratamiento de UV, las que aún no están garantizadas por Ley AUGE - GES. Estos insumos están distribuidos a nivel nacional teniendo actualmente una cobertura de 1 comuna por Servicio de Salud con aproximadamente 43 canastas: 32 para el tratamiento de UV tipos 1 y 2 y once para los grados 3 y 4. Los requisitos para la implementación del proyecto de CA en personas con UV son: contar con sala de procedimientos acorde a la normativa y profesional de enfermería con

formación en manejo avanzado de heridas y sistema compresivo. En los centros seleccionados se tiene contemplado un apoyo financiero para la contratación de 11 horas semanales para curación exclusiva de UV; cabe mencionar que estas horas no cubren toda la necesidad, por lo tanto, es “solo un apoyo” a la estrategia. Los insumos para el tratamiento de la UV son los detallados en las Tablas N°s 3 y 4¹⁶.

2

TABLA

CANASTA DE INSUMOS UPD INFECTADA

COMPONENTES DE CANASTA DE CURACIÓN AVANZADA DE ÚLCERA PIE DIABÉTICO INFECTADO

GLOSA	POSOLOGÍA	PRESENTACIÓN
APÓSITO PRIMARIO (BACTERICIDAS*) CON PLATA	UNIDAD	LÁMINA 10 X 10 CMS.
HIDROGEL CON PLATA	TUBO	TUBO DE 15 O 30 GRAMOS.
PROTECTOR CUTÁNEO SPRAY	1,4 CC POR CURACIÓN EN 12 CURACIONES	BOTELLA 28 CC.
SOLUCIÓN LIMPIADORA DE HERIDAS	15 CC POR CURACIÓN / 22 CC. CURACIÓN	BOTELLA 250 CC. O 350 CC.
CURETAS 3 MM O 4 MM	1 CURETA POR CURACIÓN PARA DEBRIDAR	CAJA DE 20 UNIDADES
MEDIO DE TRANSPORTE PARA CULTIVO ANAERÓBICO Y AERÓBICO	UNIDAD	TUBO

Fuente: Ministerio de Salud, Orientación Técnica, Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria, 2023.

3

TABLA

INSUMOS CURACIÓN DE UV TIPOS 1 Y 2

COMPONENTES DE CANASTA DE CURACIÓN AVANZADA ÚLCERA VENOSA TIPOS 1 Y 2

GLOSA	POSOLOGÍA	PRESENTACIÓN
BOTA DE UNNA	UNIDAD	ROLLO 10 CM X 10 M, CADA ROLLO ALCANZA PARA 2 VECES.
CALCETÍN 20 MMHG	UNIDAD	PAR
* APÓSITO PRIMARIO (BACTERIOSTÁTICOS) INHIBIDOR DE BACTERIAS	UNIDAD	LÁMINA DE 10 X 10 CM Y/O TUBO 30 G Y/O BOTELLA 30ML.
* APÓSITO PRIMARIO (ABSORBENTES)	UNIDAD	LÁMINA DE 10 X 10 CM
* APÓSITO PRIMARIO (HIDRATANTES)	UNIDAD O TUBO	LÁMINA DE 10 X 10 CM, TUBO DE 15 A 30 G
* APÓSITO PRIMARIO (REGENERATIVOS)	32 CM 2 POR CURACIÓN POR 4 VECES	LÁMINA DE 10 X 10 CM, HEXÁGONO DE 128 CM
VENDA SEMI ELASTICADA	UNIDAD	ROLLO 8 CM X 4 M
ÁCIDOS GRASOS HIPOOXIGENADOS (LUBRICANTE CUTÁNEO) O CREMA DE UREA	BOTELLA	BOTELLA 50 CC
SOLUCIÓN LIMPIADORA DE HERIDA QUE CONTENGA 0,1% POLIHEXANIDA Y 0,1% DE BETAINA O ÁCIDO HIPOCLOROSO AL 0,033%	15 CC POR CURACIÓN / 22 CC. CURACIÓN	BOTELLA 250 CC O, 350 CC
ESPUMA LIMPIADORA PARA PIEL	UNIDAD	BOTELLA 400 CC
CINTA ADHESIVA DE RAYÓN, SEDA O DE TELA DE GASA NO TEJIDA	UNIDAD	ROLLO 2,5 CM X 910 CM

Fuente: Ministerio de Salud, Orientación Técnica, Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria, 202.

* SELECCIONAR DE LA TABLA SEÑALADA DE ACUERDO A NECESIDAD, EXPERIENCIA CALIFICADA ENFERMERA(O) Y REALIDAD LOCAL

4

TABLA

INSUMOS DE UV TIPOS 3 Y 4

COMPONENTES DE CANASTA DE CURACIÓN AVANZADA ÚLCERA VENOSA TIPOS 3 Y 4

GLOSA	POSOLOGÍA	PRESENTACIÓN
BOTA DE UNNA	UNIDAD	ROLLO DE 10 CM X 10 M
CALCETÍN 20 MMHG	UNIDAD	PAR
CALCETÍN 40 MMHG MEDIDAS I	UNIDAD	PAR
SISTEMA COMPRESIVO MULTICAPA DE 2 CAPAS	UNIDAD	SET DE 2 VENDAS DESPUÉS DE BOTA DE UNNA
* APÓSITO PRIMARIO (BACTERICIDAS) CON PLATA	UNIDAD	LAMINA 10 X10 CM
* APÓSITO PRIMARIO (BACTERIOSTÁTICOS) INHIBIDOR DE BACTERIAS	UNIDAD	LAMINA DE 10 X 10 CM Y/O TUBO 30 G Y/O BOTELLA 30 ML
* APÓSITO PRIMARIO (ABSORBENTES)	UNIDAD	LAMINA DE 10 X 10 CM
* APÓSITO PRIMARIO (HIDRATANTES)	UNIDAD O TUBO	LAMINA DE 10 X 10 CM, TUBO DE 15 A 30 G
* APÓSITO PRIMARIO (REGENERATIVOS)	32 CM 2 POR CURACIÓN POR 4 VECES	LAMINA DE 10 X 10 CM, HEXÁGONO DE 128 CM
ESPUMA LIMPIADORA PARA PIEL	BOTELLA	BOTELLA 400 ML
VENDA SEMI ELASTICADA	UNIDAD	ROLLO 8 CM X 4 M
CINTA ADHESIVA DE RAYÓN, SEDA O TELA GASA NO TEJIDA.	ROLLO	2,5 CM X 10 M
PROTECTOR CUTÁNEO SPRAY	BOTELLA	BOTELLA 28 CC
ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS (LUBRICANTE CUTÁNEO) O CREMA DE UREA	BOTELLA	BOTELLA 50 A 125 CC
SOLUCIÓN LIMPIADORA DE HERIDA QUE CONTENGA 0,1% POLIHEXANIDA Y 0,1% DE BETAINA O ÁCIDO HIPOCLOROSO AL 0,033%	15 CC POR CURACIÓN / 22 CC. CURACIÓN	BOTELLA 250 CC O, 350 CC
CURETAS DESECHABLES 3 MM O 4 MM	1 CURETA POR CURACIÓN PARA DEBRIDAR	CAJA DE 20 UNIDADES
MEDIO DE TRANSPORTE PARA CULTIVO ANAERÓBICO Y AERÓBICO	UNIDAD	TUBO, SOLO SI EXISTEN LAS COMPETENCIAS Y LA FACTIBILIDAD DE REALIZAR.

Fuente: Ministerio de Salud, Orientación técnica, Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria, 2023.

* SELECCIONAR DE LA TABLA SEÑALADA DE ACUERDO A NECESIDAD, EXPERIENCIA CALIFICADA ENFERMERA(O) Y REALIDAD LOCAL

DISCUSIÓN

Las heridas en general, incluyendo las úlceras en las extremidades, han sido un desafío constante a lo largo de la historia de la humanidad. En la actualidad, el tratamiento de estas afecciones representa una carga significativa en los presupuestos de salud de todos los países, consumiendo una parte sustancial de éstos. Además de los costos financieros, estas lesiones imponen inválidas limitaciones en la calidad de vida de las personas afectadas.

En las últimas dos décadas, Chile ha experimentado un progreso significativo en lo que respecta a la curación avanzada de heridas complejas. En este avance, los profesionales de enfermería han emergido como líderes en la gestión del cuidado de las personas en esta área. Su contribución y liderazgo en la atención de este tipo de heridas han sido un factor determinante en el éxito de las estrategias de tratamiento y recuperación en el país.

Es fundamental reconocer los avances significativos que se han logrado a nivel nacional para garantizar el acceso a la curación avanzada en personas que padecen diabetes y problemas vasculares; sin embargo, es igualmente importante destacar que aún hay un largo camino por recorrer para alcanzar la equidad en el acceso a estos tratamientos. Para lograr este objetivo, es esencial comprender cómo se gestionan y organizan aspectos fundamentales, como el financiamiento, la adquisición de insumos y los procesos clínicos y técnicos involucrados en la atención de estas heridas. Esta comprensión profunda de los sistemas y procedimientos es esencial para garantizar que todas las personas tengan la oportunidad de beneficiarse de estos avances en la atención.

Al abordar el tratamiento de heridas complejas, es esencial recordar y no perder de vista la importancia de adoptar una perspectiva integral al atender a cada persona. Los factores que pueden predisponer o agravar estas lesiones son numerosos y multifactoriales, lo que subraya la necesidad de una evaluación completa y multidisciplinaria. En este contexto, las determinantes sociales desempeñan un papel crucial y deben ser consideradas como un enfoque primordial durante la anamnesis. Comprender y abordar estos determinantes sociales es esencial para proporcionar una atención clínica efectiva y holística, que tenga en cuenta no solo la herida en sí, sino también los factores subyacentes que pueden influir en su desarrollo y recuperación.

CONCLUSIÓN

En resumen, en Chile hasta el año 2000, el tratamiento de heridas y úlceras se basaba principalmente en prácticas empíricas utilizando procedimientos de curación tradicionales; la evidencia científica era escasa en población latina y casi nula en Chile; sin embargo, el trabajo multidisciplinario basado en la evidencia y el compromiso político en materia de salud, han propiciado la implementación del cuidado avanzado de heridas. Este enfoque ha contribuido de manera significativa a mejorar la calidad de vida de los pacientes con heridas crónicas y complejas. La introducción de tecnologías avanzadas en el país ha dado lugar al desarrollo de profesionales competentes en esta área de la medicina. El camino recorrido demuestra cómo la colaboración, la evidencia científica y el compromiso político pueden transformar la atención médica y beneficiar a aquellos que más lo necesitan.

REFERENCIAS

1. Beebe-Dimmer J, Pfeifer J, Engle J, Schottenfeld D. The Epidemiology of Chronic Venous Insufficiency and Varicose Veins. *Annals of Epidemiology*, Volume 15, Issue 3, March 2005, Pages 175-184.
2. Aburto I, Morgado P. Gestión en manejo avanzado de heridas y úlceras en Chile. *Revista Chilena de Heridas & Ostomías* 1:5-12, 2010.
3. Ministerio de Salud de Chile. Guía clínica Curación Avanzada de las Úlceras de Pie Diabético. Programa de Salud Cardiovascular. Santiago. 2005. Disponible en www.inheridas.cl.
4. Gardner SE, Frantz RA, Doebbeling BN. The validity of the clinical signs and symptoms used to identify localized chronic wound infection. *Wound Repair Regen* 2001; 9 (3): 78-186.
5. Organización Mundial de la Salud, OMS. Prevención de la Diabetes Mellitus. Ginebra: Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Ser Informe Técnico, No 844, 1994:81.
6. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Enfermedades no Transmisibles, Orientación Técnica Manejo Integral del Pie Diabético, 2018.
7. Global report on diabetes OMS [Internet]. [citado 1 de agosto de 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf.
8. Pérez JAM, Vitarella G, Guzmán JR, Pedrosa HC, Braver JD, Soto NR, et al. Guías ALAD de Pie Diabético– GLEPED. Asoc Latinoam Diabetes [Internet]. 2010 [citado 8 de septiembre de 2017]; XVIII. Disponible en: <http://soched.cl/Guias-alad-pie-diabetico.doc>
9. Standards of Medical Care in Diabetes-2017: Summary of Revisions. *Diabetes Care*. enero de 2017;40(Suppl 1): S4–5.
10. Marinell J. Concepto, clasificación y epidemiología de la úlcera de las extremidades inferiores. En: Marinell Roura J, editor. *Úlceras de la extremidad inferior*. Barcelona:Glosa: 2005. P. 25-44.
11. ChiYung-Wei, Raffetto J. Venous leg ulceration pathophysiology and evidence based treatment. *Vascular Medicine* 2015, 20 (2) 168-181.
12. Manejo Integral Avanzado de la Úlcera Venosa, Segunda Edición. Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH), Santiago de Chile, 2018.
13. Ministerio de Salud de Chile. Serie de Guías Clínicas Manejo y Tratamiento de las Heridas y Úlceras, Vol 1 al 5. 2000. Disponible en www.inheridas.cl.
14. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Ley Fácil, Guía Legal sobre Plan GES o AUGE, 2022.
15. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, <https://www.minsal.cl/fofar>, 2015.
16. Ministerio de Salud, Orientación Técnica, Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria, 2023.