

2935

DECRETO N°

TEMUCO,

30 DIC 2020

VISTOS:

- 1.- Lo dispuesto en el D.F.L. N° 1-3063 de 1980, del Ministerio del Interior.
- 2.- Los D.S. N° 164 de 1981, N° 39 y N° 711 de 1987, del Ministerio de Salud.
- 3.- La Ley N° 19.378 de 1995, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- 4.- El Decreto Alcaldicio N° 4749 del 18 de diciembre de 2019, que aprueba el Presupuesto del Departamento de Salud para el año 2020.
- 5.- Res. Exta. N° 13932 del 18-11-2020 que aprueba Convenio Colaboración FOFAR, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.
- 6.- Las facultades contenidas en la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

- 1.- Apruébese, Convenio Colaboración FOFAR, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.
- 2.- El presente Convenio no generará gasto en su ejecución para el Municipio, por ser de colaboración.
- 3.- Los componentes de la referida Resolución se entienden formando parte integrante e inherente al presente Decreto.

ANÓTESE COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



JUAN ARÁNEDA NAVARRO
SECRETARIO MUNICIPAL

[Handwritten signature of Jaime Salinas Mansilla]



JAIME SALINAS MANSILLA
ALCALDE

CVE/PSG/MMM/yds.

DISTRIBUCION:

- El indicado
- Of. de Partes Municipal
- Departamento



MUNICIPALIDAD DE TEMUCO
OFICINA DE PARTES
PROVIDENCIA: 005956
FECHA ENTRADA: 20 NOV. 2020
RESPONDERANTES DE: Salud

REF: Aprueba Convenio Colaboración FOFAR,
Municipalidad de Temuco

RESOLUCION EXENTA NRO. 13932

TEMUCO 18 NOV. 2020

FPH/PUG

VISTOS: estos antecedentes:

- 1.- Correo electrónico de fecha 22.09.2020 de la jefa del Depto. de Atención Primaria y Red Asistencial al jefe del Dpto. de asesoría jurídica solicitando gestionar convenios de colaboración con municipalidades que indica vinculados al Programa Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en atención primaria de salud (FOFAR)
- 2.- Convenio Colaboración de fecha 21 de octubre del 2020 suscrito entre la Dirección del SSAS y Municipalidad de Temuco.

Y TENIENDO PRESENTE: lo dispuesto en:

- 1.- DFL N° 1/05 que fija texto refundido del D. L. N° 2763/1979, que crea los Servicios de Salud y otras leyes
- 2.- D.S. N° 140/2004, del Ministerio de Salud.
- 3.- D.S. N° 254/10 del Ministerio de Salud.
- 4.- D. F. L N°1/19.414/97 del M. de Salud. -
- 5.- Ley N°18.575, sobre Bases Generales de la Administración del Estado. -
- 6.- Art. 57 de la Ley N° 19.378; Estatuto de Atención Primaria Municipal. -
- 7.- Resolución exenta N° 98/20, de la Dirección del Servicio de Salud Araucanía Sur que delega facultades al interior del Servicio.
- 8.- Resolución N° 7 y 8/2019 de la Contraloría Gral. de la República; dicto la siguiente:

RESOLUCION

1.- APRUEBASE Convenio Colaboración suscrito entre la Dirección del SSAS y Municipalidad de Temuco, el cual se transcribe:

En Temuco, a 21 de Octubre del 2020 entre el **Servicio de Salud Araucanía Sur**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Prat 969 de la ciudad de Temuco, representado por delegación de facultades por su Subdirector Médico (S) **D. Sylvia Alarcón Villagrán**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Municipalidad de Temuco**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Prat N° 650, de la comuna de Temuco, representada por su Alcalde **D. Miguel Becker Alvear**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERO: Que conforme al Art. 4 letra B y Art. 8 de la ley 18.695, "Las municipalidades, en el ámbito de su territorio, podrán desarrollar, directamente o con otros órganos de la Administración del Estado, funciones relacionadas con la salud pública y celebrar contratos que impliquen la ejecución de acciones determinadas, a fin de atender las necesidades de la comunidad local".

SEGUNDO: Que conforme al Artículo 10 de la ley 18.695, "La coordinación entre las Municipalidades y entre éstas y los servicios públicos que actúen en sus respectivos territorios, se efectuará mediante acuerdos directos entre estos organismos".

TERCERO: Que el art. 57 de la Ley 19.378 faculta a los Directores de Servicios, en uso de las atribuciones conferidas en las disposiciones del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, podrán estimular, promover y celebrar convenios con las respectivas Municipalidades, para traspasar personal en comisiones de servicio u otros recursos, apoyar a la gestión y administración de salud y promover el establecimiento de sistemas locales de salud, basados en la participación social, la intersectorialidad y el desarrollo local.

CUARTO: Que, en virtud de lo anterior, y para alcanzar el propósito y cumplimiento del Programa Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en atención primaria de salud (FOFAR) fundamentada en Resolución Exenta N° 51 del 28 de enero del 2020 del Ministerio de Salud, con recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 96 de fecha 21 de febrero de 2020 y modificados mediante Resolución Exenta N° 329 de fecha 12 de junio de 2020 y Resolución Exenta N° 21 de agosto de 2020 respectivamente, las partes vienen por este acto en celebrar un convenio de colaboración, basado en los términos de la normativa descrita en las cláusulas anteriores, en cuya virtud, las partes se comprometen a lo siguiente:

QUINTO: El **Servicio de Salud** se compromete a poner a disposición de la Municipalidad, **30 canastas de insumos para "Curación Mediante Manejo Avanzado de Heridas y Terapias Comprensivas"** (30 canastas que se traducen en 30 pacientes) de acuerdo al siguiente detalle:

INSUMOS CURACIÓN ÚLCERA VENOSA	CANTIDAD ESTIMADA 2020
Bota de Unna	250
Calcetín 20 mmhg talla M	25
Calcetín 20 mmhg talla L	30
Calcetín 20 mmhg talla XL	25
Calcetín 40 mmhg talla 3	50
Calcetín 40 mmhg talla 4	30
Calcetín 40 mmhg talla 5	30
Calcetín 40 mmhg talla 6	6
DACC Lámina 7 x 9 cm	1100
DACC Lámina 10 x 10 cm	400
Apósito de miel	100
Sistema compresivo multicapas de 2 capas	400
Venda Semielástica	4000
Protector cutáneo en sachet	850
Solución limpiadora Polihexanida con betaina	50

La entrega de los insumos será efectuada por el Departamento de Abastecimiento, ubicado en Andrés Bello N° 636 de la ciudad de Temuco, previa acta de entrega firmada por ambas partes.

SEXTO: Por su parte la **Municipalidad**, a través de su Departamento de Salud, se compromete a la entrega de prestaciones de curación avanzada de úlcera venosa y de sistemas comprensivos, de manera oportuna, para la población beneficiaria a cargo de la Atención Primaria, mejorando el acceso, la oportunidad y la calidad técnica de las atenciones de salud de forma integral con un enfoque de salud familiar, mediante el cumplimiento de:

1. Disponer en el **CESFAM de Santa Rosa**, salas de procedimiento acorde a la normativa de autorización sanitaria, para la implementación de un "Piloto de Curación Avanzada de Úlcera Venosa", que sea referente comunal para la derivación de este tipo de pacientes.
2. Disponer de insumos para la curación avanzada de úlcera venosa y sistemas comprensivos entregados por la Dirección del Servicio de Salud Araucanía Sur.
3. Disponer, en el Cesfam de Santa Rosa, de Recurso Humano enfermera para la realización de procedimiento curación avanzada úlcera venosa.
4. Responsabilizarse de rotar los insumos, evitando el riesgo de mermas por vencimiento y/o deterioro.
5. Registrar en ficha clínica electrónica y registros ministeriales el ingreso, la evolución y el alta del paciente.

SEPTIMO: El Servicio de Salud podrá requerir a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución de esta estrategia del programa explicitada en la cláusula anterior con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo, el que además deberá enviar al Servicio de Salud, la siguiente información, al profesional referente Srta. Catherine Quezada, vía correo electrónico catherine.quezadam@redsalud.gov.cl

1. Envío de planilla mensual, con registro de prestaciones (curaciones) entregadas a los beneficiarios del Programa Piloto Curación Avanzada Úlcera venosa (anexo 1)
2. Envío mensual de ficha pacientes que ingresan al programa Piloto Curación Avanzada Úlcera Venosa (anexo2)
3. Registro en ficha clínica electrónica Rayen
4. Visita de acompañamiento del Referente del Piloto al Cesfam de Santa Rosa. -

OCTAVO: El Servicio de Salud evaluará el cumplimiento del presente convenio, según los siguientes indicadores de impacto:

Nombre del indicador	Numerador	denominador	% cumplimiento
% Pacientes ingresan a curación avanzada de úlcera venosa	Nº de pacientes ingresados a curación avanzada de úlcera venosa *100	Total de pacientes comprometidos para curación avanzada de úlcera venosa	90%

NOVENO: Las partes declaran que, por razones de buen servicio, las prestaciones contempladas en este convenio, comenzaron a ser otorgadas en la forma pactada el 01 de enero de 2020, conservando su vigencia hasta el 31 de diciembre de 2020. Sin perjuicio de lo anterior, siempre que el programa tenga

continuidad para el año siguiente, se prorrogará automáticamente su vigencia hasta el 31 de diciembre del año siguiente. Dicha prórroga se formalizará mediante resolución exenta del Servicio de Salud.

DECIMO: Las partes se reservan la facultad de poner término unilateralmente al presente convenio en caso de incumplimiento de las obligaciones contenidas en el presente convenio.

DECIMO PRIMERO: La personería jurídica de D. **Miguel Becker Alvear** para actuar es representación del Municipio de Temuco, consta de acta de instalación del Concejo Municipal de fecha 06 de diciembre del 2012 y el Decreto Alcaldicio N° 3929 de fecha 06 de diciembre del 2016. Por su parte, la personería de D. **Sylvia Alarcón Villagrán**, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur, por delegación de facultades consta en resolución N° 98 de 2020, del Servicio de Salud Araucanía Sur.

DECIMO SEGUNDO: El presente instrumento será firmado en 2 ejemplares, quedando dos en poder de la Municipalidad y los restantes en poder del Servicio.

2.- NOTIFIQUESE la presente Resolución a la Municipalidad y al departamento de Atención Primaria y Red Asistencial de la Dirección Servicio Salud Araucanía Sur, remitiéndole copias íntegras de la misma y del Convenio. -

ANOTESE Y COMUNIQUESE.



(Handwritten signature)
(PDF) Dra. Sylvia Alarcon Villagran
Subdirector Médico (S)
Servicio de Salud Araucanía Sur

N° 983/13.11.2020

Distribución:

- Municipalidad de Temuco
- Dpto. de Atención Primaria y Red Asistencial,
- Departamento de Finanzas,
- Departamento de Auditoría,
- Departamento Jurídico y
- Oficina de Partes



**CONVENIO DE COLABORACION
FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR- MUNICIPALIDAD DE TEMUCO.**

FPH/PUG

En Temuco, a 21 de Octubre del 2020 entre el **Servicio de Salud Araucanía Sur**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Prat 969 de la ciudad de Temuco, representado por delegación de facultades por su Subdirector Médico (S) **D. Sylvia Alarcón Villagrán**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Municipalidad de Temuco**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Prat N° 650, de la comuna de Temuco, representada por su Alcalde **D. Miguel Becker Alvear**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERO: Que conforme al Art. 4 letra B y Art. 8 de la ley 18.695, "Las municipalidades, en el ámbito de su territorio, podrán desarrollar, directamente o con otros órganos de la Administración del Estado, funciones relacionadas con la salud pública y celebrar contratos que impliquen la ejecución de acciones determinadas, a fin de atender las necesidades de la comunidad local".

SEGUNDO: Que conforme al Artículo 10 de la ley 18.695, "La coordinación entre las Municipalidades y entre éstas y los servicios públicos que actúen en sus respectivos territorios, se efectuará mediante acuerdos directos entre estos organismos".

TERCERO: Que el art. 57 de la Ley 19.378 faculta a los Directores de Servicios, en uso de las atribuciones conferidas en las disposiciones del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, podrán estimular, promover y celebrar convenios con las respectivas Municipalidades, para traspasar personal en comisiones de servicio u otros recursos, apoyar a la gestión y administración de salud y promover el establecimiento de sistemas locales de salud, basados en la participación social, la intersectorialidad y el desarrollo local.

CUARTO: Que, en virtud de lo anterior, y para alcanzar el propósito y cumplimiento del Programa Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en atención primaria de salud (FOFAR) fundamentada en Resolución Exenta N° 51 del 28 de enero del 2020 del Ministerio de Salud, con recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 96 de fecha 21 de febrero de 2020 y modificados mediante Resolución Exenta N° 329 de fecha 12 de junio de 2020 y Resolución Exenta N° 21 de agosto de 2020 respectivamente, las partes vienen por este acto en celebrar un convenio de colaboración, basado en los términos de la normativa descrita en las cláusulas anteriores, en cuya virtud, las partes se comprometen a lo siguiente:

QUINTO: El **Servicio de Salud** se compromete a poner a disposición de la Municipalidad, **30 canastas de insumos para "Curación Mediante Manejo Avanzado de Heridas y Terapias Comprensivas"** (30 canastas que se traducen en 30 pacientes) de acuerdo al siguiente detalle:

INSUMOS CURACIÓN ÚLCERA VENOSA	CANTIDAD ESTIMADA 2020
Bota de Unna	250
Caletín 20 mmhg talla M	25
Caletín 20 mmhg talla L	30
Caletín 20 mmhg talla XL	25
Caletín 40 mmhg talla 3	50

Handwritten signatures in blue ink.



Calcetín 40 mmhg talla 4	30
Calcetín 40 mmhg talla 5	30
Calcetín 40 mmhg talla 6	6
DACC Lámina 7 x 9 cm	1100
DACC Lámina 10 x 10 cm	400
Apósito de miel	100
Sistema compresivo multicapas de 2 capas	400
Venda Semielástica	4000
Protector cutáneo en sachet	850
Solución limpiadora Polihexanida con betaina	50

La entrega de los insumos será efectuada por el Departamento de Abastecimiento, ubicado en Andrés Bello N° 636 de la ciudad de Temuco, previa acta de entrega firmada por ambas partes.

SEXTO: Por su parte la **Municipalidad**, a través de su Departamento de Salud, se compromete a la entrega de prestaciones de curación avanzada de úlcera venosa y de sistemas comprensivos, de manera oportuna, para la población beneficiaria a cargo de la Atención Primaria, mejorando el acceso, la oportunidad y la calidad técnica de las atenciones de salud de forma integral con un enfoque de salud familiar, mediante el cumplimiento de:

1. Disponer en el **CESFAM de Santa Rosa**, salas de procedimiento acorde a la normativa de autorización sanitaria, para la implementación de un "Piloto de Curación Avanzada de Úlcera Venosa", que sea referente comunal para la derivación de este tipo de pacientes.
2. Disponer de insumos para la curación avanzada de úlcera venosa y sistemas comprensivos entregados por la Dirección del Servicio de Salud Araucanía Sur.
3. Disponer, en el Cefsam de Santa Rosa, de Recurso Humano enfermera para la realización de procedimiento curación avanzada úlcera venosa.
4. Responsabilizarse de rotar los insumos, evitando el riesgo de mermas por vencimiento y/o deterioro.
5. Registrar en ficha clínica electrónica y registros ministeriales el ingreso, la evolución y el alta del paciente.

SEPTIMO: El Servicio de Salud podrá requerir a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución de esta estrategia del programa explicitada en la cláusula anterior con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo, el que además deberá enviar al Servicio de Salud, la siguiente información, al profesional referente Srta. Catherine Quezada, vía correo electrónico catherine.quezadam@redsalud.gov.cl

1. Envío de planilla mensual, con registro de prestaciones (curaciones) entregadas a los beneficiarios del Programa Piloto Curación Avanzada Úlcera venosa (anexo 1)
2. Envío mensual de ficha pacientes que ingresan al programa Piloto Curación Avanzada Úlcera Venosa (anexo2)
3. Registro en ficha clínica electrónica Rayen
4. Visita de acompañamiento del Referente del Piloto al Cefsam de Santa Rosa. -

OCTAVO: El Servicio de Salud evaluará el cumplimiento del presente convenio, según los siguientes indicadores de impacto:


Nombre del indicador	Numerador	denominador	% cumplimiento
% Pacientes ingresan a curación avanzada de úlcera venosa	N° de pacientes ingresados a curación avanzada de úlcera venosa *100	Total de pacientes comprometidos para curación avanzada de úlcera venosa	90%

NOVENO: Las partes declaran que, por razones de buen servicio, las prestaciones contempladas en este convenio, comenzaron a ser otorgadas en la forma pactada el 01 de enero de 2020, conservando su vigencia hasta el 31 de diciembre de 2020. Sin perjuicio de lo anterior, siempre que el programa tenga continuidad para el año siguiente, se prorrogará automáticamente su vigencia hasta el 31 de diciembre del año siguiente. Dicha prórroga se formalizará mediante resolución exenta del Servicio de Salud.


DECIMO: Las partes se reservan la facultad de poner término unilateralmente al presente convenio en caso de incumplimiento de las obligaciones contenidas en el presente convenio.

DECIMO PRIMERO: La personería jurídica de D. **Miguel Becker Alvear** para actuar es representación del Municipio de Temuco, consta de acta de instalación del Concejo Municipal de fecha 06 de diciembre del 2012 y el Decreto Alcaldicio N° 3929 de fecha 06 de diciembre del 2016. Por su parte, la personería de D. **Sylvia Alarcón Villagrán**, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur, por delegación de facultades consta en resolución N° 98 de 2020, del Servicio de Salud Araucanía Sur.

DECIMO SEGUNDO: El presente instrumento será firmado en 2 ejemplares, quedando dos en poder de la Municipalidad y los restantes en poder del Servicio.



D. Miguel Becker Alvear
Alcalde
Municipalidad de Temuco



(PDF) D. Sylvia Alarcón Villagrán
Subdirector Médico (S)
Servicio de Salud Araucanía Sur



ANEXO N° 1:

NOMINA DE ATENCIÓN DE PACIENTES PILOTO ÚLCERA VENOSA
CESFAM SANTA ROSA

FECHA: _____

ENFERMERA RESPONSABLE: _____

N°	Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Rut	Diagnóstico	Fecha Ingreso	Fecha Curaciones	Fecha Alta
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



ANEXO Nº 2:

**FICHA INGRESO PILOTO ÚLCERA VENOSA
SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR – CESFAM SANTA ROSA**

FECHA INGRESO:

____/____/____

Nombre: _____

Rut: _____

Edad: _____ Años Fono: _____

Comuna: _____

Nacionalidad: _____ Teléfono(s): _____

Escolaridad: _____

Acceso/transporte al Centro de Salud: _____

Valoración Inicial:

Se encuentra laboralmente activo

Si _____

No _____

Red de Apoyo:

Si: _____ No: _____

Trabajo Físico _____

Jubilado _____

Si

la respuesta es sí:

Administrativo _____

Dueña de casa _____

¿Quién?

Otro _____

Otro _____

Teléfono

de Contacto: _____

Vive Solo(a): Si: _____

No: _ Si la respuesta es

Si evaluar VDI

Licencias Médicas: Número de licencias médicas por sus úlceras

Tiempo total de licencias médicas por sus úlceras

Años / meses / días _____

Valoración Nutricional:

Peso: _____ Kg.

Talla: _____ m.

IMC: _____

Dg Nutricional:

Enflaquecido

Normal

Sobrepeso

Obesidad

Antecedentes Mórbidos:

Diabetes

Hipertensión Arterial

Insuficiencia Renal

T.V.P: De__ Iz__

Alergias: _____

Otras: _____

Años cursando patología crónica _____

Hábitos:

Tabaquismo OH Drogas Actividad física: si no

Antecedentes Quirúrgicos:

Cirugía de Várices Unilateral: _____

Cirugía de Várices Bilateral _____

Injerto: _____

Otras: _____

By Pass o Angioplastía en Extremidades Inferiores: _____



Handwritten signatures and initials in blue ink.

Adherencia al tratamiento: (Adhiere a tratamiento farmacológico, régimen y medidas de AC)

Si No Observaciones:

Medicamentos:

Al Inicio del tratamiento	
Analgésicos:	Antibióticos
Ibuprofeno	Cloxacilina
Paracetamol	Cefadroxilo
Clonixinato de Lisina	Amoxicilina+ Ac. Clavulánico
Ketoprofeno	Otros
Tramadol	Antidepresivos
Codeína	Amitriptilina
Otros	Fluoxetina
	Sertralina
	Otros

¿Presenta Patología Crónica Cardiovascular?

Si: _____ No: _____

Si la Respuesta es Si, ¿Su control se encuentra al día? Si: _____ No: _____ (si la respuesta es NO derivar a CPSCV)

Exámenes al Ingreso:

Glicemia: _____ Hb. Glicosilada: _____ Hematocrito _____
 Recuento de G. blancos _____
 Creatinemia: _____ Uremia: _____ Colesterol Total: _____
 Colesterol HDL: _____
 Colesterol LDL _____ Proteinemia y albuminemia: _____

Evaluación al momento del ingreso:

Glicemia Capilar: _____ mg/dl (solo si DM) Presión Arterial: _____ / _____ mm Hg

Valoración Úlcera Venosa

Dg: Úlcera Venosa Úlcera Venosa Mixta

Ubicación de la Úlcera: Pierna derecha _____ Izquierda _____ ambas _____

Evaluación Pulsos:

Pedio: Presente Ausente: Débil:
 Popliteo: Presente Ausente: Débil:

Tiempo de Evolución de la lesión: _____ Años / meses / días

Tratamiento Anterior: Sin Tratamiento Curación Tradicional
 Curación Avanzada Curación Casera

Frecuencia curaciones Anteriores: _____ Lugar: _____

Sistema Compresivo Anterior:
 Sin sistema compresivo 1 capa Calcetín
 compresivo 20mmHg 3 Capas Bota de Unna Calcetín compresivo
 40 mmHg 2 Capas Venda elástica Tradicional Otro: _____

Handwritten signatures and initials in blue ink.



**DETERMINACIÓN DE CARGA BACTERIANA
PROTOCOLO VALORACIÓN DIAGNÓSTICA DE HERIDAS Y ÚLCERAS, FINH.**

Fuente: Fundación Instituto Nacional de Heridas

	Epitelización	Colonización Baja	Colonización Crítica	Infección
Piel circundante	Sana, Descamada o Pigmentada	Sana, Pigmentada, Descamada o Macerada	Macerada, Pigmentada Descamada o Sana	Eritematosa
Exudado calidad	Sin exudado	Seroso	Turbio	Purulento
Tejido Esfacelado o Necrótico	0%	<2 %	≥2%	≥25 %
Calor Local	No	No	No	Si

**DETERMINACIÓN DE CARGA BACTERIANA DE HERIDA Y ÚLCERA DE PIE
DIABÉTICO**

Fecha	(ingreso)			
Epitelización				
Colonización Baja				
Colonización Crítica				
Infección				
Dolor Según Eva				
Exudado Cantidad				
OTROS ASPECTOS				
Dolor				
Edema				
Protocolo a utilizar (Infectado/No infectado)				
OBSERVACIONES				

Indicación de Enfermería:

- Reposo relativo
- Posición Trendelenburg
- Uso de alzaropa
- Mantener apósitos limpios y secos
- Sistemas compresivos
- Descanzar cada una hora 15 minutos

Derivación:

- Médico General
- Médico Cirujano Vascular (nivel secundario)
- Nutricionista
- Control programa cardiovascular
- Trabajador Social
- Salud Mental

Handwritten signatures and initials in blue ink.

