



DOCUMENTOS DE
POSICIONAMIENTO

DOCUMENTO N° 13

ENFERMERAS CONSULTORAS EN HERIDAS CRÓNICAS

MAYO DE 2016



EL PRESENTE DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO FUE ELABORADO POR:

AUTORES:

PROF. DR. J.JAVIER SOLDEVILLA ÁGREDA

Enfermero. Antropólogo. Doctor por la Universidad de Santiago de Compostela. UGC de Enfermedades Infecciosas. Hospital San de Pedro. Profesor de la Escuela de Enfermería de Logroño. Experto en el Cuidado de Heridas Crónicas acreditado por el GNEAUPP. Director del GNEAUPP

PROF. DR. FRANCISCO PEDRO GARCÍA FERNÁNDEZ

Enfermero. Doctor por la Universidad de Jaén. Profesor del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. . Experto en el Cuidado de Heridas Crónicas acreditado por el GNEAUPP. Miembro del Comité Director del GNEAUPP

D. PABLO LÓPEZ CASANOVA.

Enfermero. Master en Ciencias de la Enfermería. Doctorando por la Universidad de Alicante. Centro de Salud de Onil (Alicante). . Experto en el Cuidado de Heridas Crónicas acreditado por el GNEAUPP. Miembro del Comité Director del GNEAUPP

Como citar este documento:

Soldevilla-Ágreda JJ, García-Fernández FP, López-Casanova P. Enfermeras Consultoras en Heridas Crónicas. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 13. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2016.

© 2016 GNEAUPP – 1ª edición

Edición y producción: GNEAUPP

Imprime: GNEAUPP

ISBN-13: 978-84-608-5624-5

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.

Reconocimiento – No Comercial – Compartir Igual (by-nc-sa): No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.



ÍNDICE

1. Justificación y definición	4
1.1. ¿Por qué enfermeras consultoras en heridas crónicas?	4
1.2. Definición de enfermera consultora en heridas crónicas?	6
2. Perfil competencial y espacios de actuación	7
2.1. Perfil competencial de la enfermera referente en heridas crónicas	7
2.2. Principales competencias de las enfermeras referentes en heridas crónicas	8
2.3. Espacios de actuación de las enfermeras consultoras en heridas crónicas	9
3. Equipos de apoyo y soporte a las enfermeras en heridas crónicas	11
3.1. Modelos de equipos	12
3.2. Composición de los equipos	14
4. Bibliografía	16

1. JUSTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN

1.1. ¿Por qué enfermeras consultoras en heridas crónicas?

Conocemos a las heridas crónicas como las lesiones de la piel con una escasa o nula tendencia a la cicatrización, mientras se mantengan las causas que las producen (1). Las heridas crónicas complejas, de difícil cicatrización o de evolución tórpida o refractaria a los tratamientos habituales, son aquellas que no evolucionan adecuadamente en el tiempo esperado, tal y como aparece reflejado en la definición: “... es una herida que requiere para su cicatrización de períodos muy prolongados de tiempo, en 6 semanas no ha culminado el proceso de cierre de la misma, y que cicatriza por segunda intención, en un complejo proceso que elimina y reemplaza el tejido dañado (2)”, aquellas que no siguen un proceso de reparación ordenado o que siguen un proceso de reparación que no restaura la integridad anatómica y funcional (3).

Las heridas crónicas complejas son un problema importante en el ámbito de la salud pública, como han podido calibrar por capítulos precedentes (y su incidencia irá en aumento debido principalmente al mayor envejecimiento de la población y a la exposición a riesgos conocidos que se relacionan con las lesiones crónicas) pero, hasta fechas recientes, ignorado, invisibilizado y subestimado, lo que ha frenado el progreso de su conocimiento, detección y detención (4).

Un problema de salud que trasciende al plano estrictamente sanitario, aumentando la morbimortalidad y calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores, con repercusiones severas de índole económico, ético o legal.

Las heridas crónicas complejas (úlceras por presión, pie diabético, úlceras arteriales, úlceras venosas, etc.) a menudo son concebidas como algo inherente a la edad, asociadas indefectiblemente a determinados procesos patológicos o ligadas a situaciones de terminalidad, otorgándoles un

inmerecido credo de “procesos inevitables” o de “problemas menores y colaterales”, sentenciando a sus sufridores, a un ostracismo y generalizada falta de adecuada atención.

Esta consideración ha contagiado históricamente a la propia comunidad científica cuyo énfasis investigador en esta materia ha sido débil, la formación de los profesionales sanitarios muy deficiente y las propuestas de atención de los sistemas sanitarios, desenfocadas, inespecíficas, apenas existente.

En las heridas crónicas complejas se altera el proceso de cicatrización, siendo la probabilidad de cicatrizar baja si se dejan evolucionar de manera natural (5), o con intervenciones convencionales y tradicionales, añadiendo a esto que la mayor parte de estas lesiones se pueden evitar con medidas preventivas y uso del material adecuado recomendado por las guías de práctica clínica de las comunidad científica (6).

El día a día de la atención de estas heridas de “difícil cicatrización” entendemos que requiere, por su trascendencia, de nuevos modelos organizativos que integren y generen nuevos dispositivos asistenciales con espacios específicos, especializados, multidisciplinarios y eficientes (unidades-clínicas de heridas) incluyan mejoras en los servicios, nuevas tecnologías (7), garantizando un uso racional de las mismas, mejoren la organización clínica y la coordinación de los niveles asistenciales, con profesionales más eficientes y efectivos para garantizar una provisión continuada de los pacientes aquejados y el desarrollo de la figura de enfermera consultora en heridas.

En diferentes países de nuestro entorno se ha creado esa figura de enfermera consultora que ha demostrado su efectividad tanto a nivel clínico sobre pacientes con lesiones de pierna (8-9), úlceras por presión (10-11) o recientemente en pie diabético (12), como sobre la satisfacción de los pacientes (13). Figura muy valorada en aquellos centros donde existen o entre los propios profesionales como líderes de opinión capaces de difundir información adecuada al resto de profesionales de la salud relacionados con

las heridas crónicas (14), lo que tiene un efecto importante sobre la práctica clínica diaria.

Como podemos presumir, la figura de la enfermera consultora en heridas crónicas se construye en un entorno complejo y dinámico (a las clásicas medidas de prevención y detección precoz se añaden como elementos clave de una estrategia global para la lucha contra la aparición de heridas crónicas complejas, el diagnóstico y el tratamiento, el seguimiento, y los aspectos psicosociales y rehabilitadores), que presentará importantes retos para ofrecer una atención que tenga en cuenta el curso completo del proceso, que sea efectivo, de calidad y sostenible.

1.2. Definición de Enfermera Consultora en Heridas Crónicas

A menudo nos referimos indistintamente y con similitud a enfermera consultora y enfermera referente en heridas crónicas. Aunque no es lo más relevante, invitaremos a usar el de enfermera consultora para este profesional, ya que referente es un término modélico, menos ajustado a las competencias que describiremos para ésta.

La enfermera consultora es una enfermera especialista, superando y trascendiendo a la enfermera experta, con perfil de competencias de una enfermera de práctica avanzada en heridas crónicas.

La enfermera consultora es un profesional con amplios conocimientos, habilidades y actitudes, con capacidad y liderazgo para la toma de decisiones clínicas, preventivas, diagnósticas y terapéuticas en relación con las heridas crónicas y basadas en las mejores evidencias disponibles (diseñar estrategias preventivas ante cada proceso, realizar una evaluación clínica correcta, solicitar e interpretar las pruebas diagnósticas requeridas, establecer una identificación adecuada del origen de las lesiones, manejar la terapia más adecuada de

cada herida en cada momento, etc.), teniendo en cuenta la situación global de salud del paciente y su entorno de cuidados.

2. PERFIL COMPETENCIAL Y ESPACIOS DE ACTUACIÓN

2.1. Perfil competencial de la enfermera referente o consultora en heridas crónicas

Independientemente del nombre que le demos a la figura (el de enfermera referente o enfermera consultora en heridas crónicas) lo que no puede tener dudas es el perfil competencial en el que la situemos y el mismo debe ser el de una Enfermera de Práctica Avanzada (EPA).

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en el documento de trabajo elaborado sobre la definición de las características y el rol de las EPA's (Nurse Practitioner and Advanced Practice Roles realizada por el International Council Nursing Advanced Practice Network) (15) define a la EPA como:

*“Una enfermera registrada que ha adquirido conocimiento experto, las habilidades para la toma de **decisiones complejas** y las **competencias clínicas para extender su práctica**, cuyas características están determinadas por el contexto y/o país en el que está acreditada para ejercer. Se recomienda un nivel de Máster como requisito de entrada” (15).*

En este punto sería interesante distinguir a la enfermera experta de la EPA. La primera utiliza su experiencia y su intuición para resolver los problemas de salud de los pacientes, mientras que la EPA usa una metodología específica basada en su preparación, lo que le permite analizar situaciones complejas, usando los datos científicos y utilizando la práctica reflexiva para tomar las decisiones con los pacientes. Lo que caracteriza esencialmente a las EPA no son las tareas o técnicas realizadas, (independientemente de la complejidad de

las mismas) sino el conocimiento experto, la autonomía para la toma de decisiones complejas, las habilidades clínicas necesarias para hacerse cargo de los pacientes, tales como: utilización de sistemas de valoración avanzada, juicio diagnóstico, o prescripción de fármacos y las competencias en docencia, investigación y/o gestión de los cuidados.

Por todo ello las enfermeras en heridas crónicas debe situarse en este contexto competencial, máxime cuando además van a tener que atender a los pacientes en un entorno complejo y dinámico, que presenta continuos e importantes retos para ofrecer una atención a las HC que tenga en cuenta el curso completo del proceso. Pero a la vez toda la actuación deber ser efectiva, de calidad y sostenible; es por ello que se demanda el desarrollo de nuevos modelos organizativos que apuesten por el avance hacia la integración de los dispositivos asistenciales, promoviendo un uso eficiente de los recursos y una mayor satisfacción del usuario, desarrollando nuevas intervenciones en los diferentes niveles asistenciales que garanticen una mejor coordinación de los mismos.

2.2. Principales competencias de las enfermeras referentes en heridas crónicas.

Dentro del amplio abanico de competencias que se le puede pedir a la EPA en HC sería fundamental destacar cuatros aspectos:

- Deben ser líderes que garanticen el derecho a una atención sanitaria con todos los recursos técnicos y humanos que necesite el paciente y su familia en función de las posibilidades del centro.
- Deben ser consultores que hagan eficiente la atención de las personas con heridas crónicas.

- Deben ser responsables de optimizar los recursos, porque estos son limitados y muy especialmente en tiempos de incertidumbre.
- Deben ser los aglutinadores la actividad investigadora y docente en materia de heridas crónicas.

2.3. Espacios de actuación de las enfermeras consultoras en heridas crónicas.

- a) Las enfermeras consultoras tienen que tener una formación específica en heridas crónicas que les permita proporcionar cuidados directos a los pacientes y su familia, para establecer y mantener la salud física y psicológica del paciente promoviendo la seguridad y protección relacionada con las heridas (con un conocimiento especializado en los factores de riesgo de todas las heridas crónicas y con capacidad de reconociendo de los signos de desviación de la cicatrización normal).

Tienen que ser capaces de prescribir el tratamiento adecuado (incluido tratamiento tópico y terapias coadyuvantes) para proporcionar la correcta cicatrización de las lesiones.

Deben poder prevenir y manejar la infección tan frecuente en este tipo de lesiones haciendo a la vez un manejo adecuado del dolor asociado a las heridas y cambios de apósitos.

- b) También deben actuar como agente de cambio implementando una práctica adecuada para los cuidados de las heridas.

Participando en la elaboración de protocolos y GPC basadas en evidencias, siendo enlace en las auditorías de efectividad clínica de las unidades de calidad, implementando las últimas investigaciones en la práctica clínica.

Además deben desarrollar e implementar las políticas de cuidados establecidas para la profesión, participando en los estudios para determinar

la eficacia de sus intervenciones y sus resultados con los pacientes y los familiares.

c) Convertirse en elemento básico en la educación y la formación de pacientes, cuidadores y profesionales, participando en todas las estrategias de información y formación de ambos, a la misma vez que siendo referentes en este tipo de lesiones para los estudios de grado y postgrado de las distintas disciplinas de las ciencias de la salud.

d) Deben contribuir a la gestión eficiente de los recursos. Para ello deben tener las competencias adecuadas en la gestión, manejo y distribución de los distintos materiales para la prevención de las heridas crónicas. Participando activamente en la selección / adquisición y compra de los materiales de prevención y tratamiento.

Deben colaborar en el uso adecuado y eficiente de los productos (adecuación del material al paciente, la lesión y el entorno en el que se aplica).

e) Contribuir de manera efectiva a la toma de decisiones éticas sobre la práctica de la enfermera clínica especialista. Este es un elemento fundamental y como hemos visto en el capítulo 10 máxime cuando desde la “Declaración de Rio de Janeiro sobre la prevención de las úlceras por presión” está considerado como derecho Universal (16).

f) Actuar como consultor de otros profesionales en cualquier nivel asistencial. Este espacio de actuación, quizás sea el más importante de los que tiene que asumir este nuevo profesional. Deber ser la persona de referencia a la que deben acudir cualquier profesional de la salud (independientemente de su titulación y ámbito asistencial) para que les proporcione, apoyo y orientación, especialmente en:

- i. Heridas crónicas de evolución especialmente tórpida, o que se desvíen del curso natural del proceso de cicatrización.
- ii. Casos donde exista incapacidad para realizar el procedimiento de enfermería en su contexto asistencial.
- iii. Cuando el profesional que atiende directamente al paciente tenga dudas sobre el criterio o pauta a seguir.
- iv. O ante cualquier otra situación que el profesional considere, pero que justifique, la consulta con la EPA en HC, sin caer en el error de convertir a esta figura tan valiosa en un elemento de descarga de pacientes “difíciles” o “especiales” por parte del profesional responsable de su atención directa.

3. EQUIPOS DE APOYO Y SOPORTE A LAS ENFERMERAS REFERENTES EN HC

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 interdisciplinar.

La estructura de la organización o el nivel asistencial en donde se desarrolle la Unidad Multidisciplinar 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 equipos de apoyo y soporte (17).

La población, a la que de soporte, marcará la línea de composición del equipo, de la sencillez o de la complejidad del mismo.

3.1. Modelos de equipo

El modelo de estructura del equipo vendrá marcado por el contexto global de la unidad de heridas, existiendo diversos enfoques (18): unidisciplinar, multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar.

UNIDISCIPLINAR

- No hay aportaciones de otros profesionales de la salud
- El paciente es el centro
- Funciona bien en ausencia de problemas complejos
- No tiene todas las herramientas y el conocimiento necesario para cuidar a una persona con una herida crónica en base a las múltiples comorbilidades

MULTIDISPLINAR

- Esfuerzo convergente de varias disciplinas diferentes, hacia el abordaje de un mismo problema o situación
- Independientes las unas con las otras, no existen relaciones aparentes entre ellas.
- Conexión de valores y saberes en varios campos.
- El paciente no es el centro
- El equipo no se coordina.

INTERDISCIPLINAR

- Persigue el objetivo de obtener cuotas de saber acerca de un objeto del estudio nuevo.
- Es la interacción entre dos o más disciplinas, que puede ir desde la simple relación de ideas hasta la integración recíproca de conceptos
- Habilidad y práctica de combinar e integrar actores, elementos y valores de múltiples áreas del saber, el conocimiento y la técnica práctica.
- Prevalece la autoridad frente al conocimiento o coordinación

TRANSDISCIPLINAR

- Necesita un método adecuado que nos ayude a construir conocimientos sólidos basados en la interrelación de las diversas complejidades niveles y contextos
- Necesita que el sujeto que participa activamente
- Es el grado máximo de relaciones entre las disciplinas, por lo que supone una integración global dentro de un sistema totalizador
- Práctica de un aprendizaje y quehacer holístico.
- Prevalece la capacidad de gestión y coordinación

El pensamiento actual es que los enfoques interdisciplinarios y transdisciplinarios son más holístico y por lo tanto, representan la mejor atención en general y mejor cuidado de las heridas en concreto. En la tabla 1 se presentan las recomendaciones de la OMS en este sentido.

Tabla 1. Ejemplos de tipologías de equipos

Magnitud	Ejemplos de tipologías de equipos
Fines y tareas	Solución de problemas / de desarrollo / etc.
Miembros	Equipo unidisciplinar / equipo multidisciplinar Equipo funcional / equipo transfuncional Equipo interno de una organización / equipo de varias organizaciones
Tamaño	Pequeño (3 o 4 miembros) / mediano / grande (8 o más miembros)
Liderazgo	Equipo de trabajo con gestor / con líder del equipo / autodirigido
Interacción	Presencia física / virtual (on-line) / combinación de los dos
Duración o ciclo de trabajo	Provisional / Permanente
Técnicas de toma de decisiones	Grupos interactivos, tormenta de ideas, grupo nominal, reuniones electrónicas.

Fuente: Creación de equipos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces disponible en http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_planning/es/



3.2. Composición de los equipos

Los equipos se forman en función de las acciones que deben desarrollar sus miembros. Existen muchas clases de equipos. La opción por cada uno de ellos depende del trabajo que se vaya a realizar, el contexto de la organización y los recursos disponibles. Se debe considerar con cuidado si existen tareas rutinarias que tendrán que ser realizadas de forma continua.

En la traslación de estas directrices a la formación de equipos para el abordaje integral de las heridas, podríamos encontrarnos con:

- Unidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento (figura 1)
- Profesionales de apoyo (figura 2)
- Equipo consultor (figura 3)

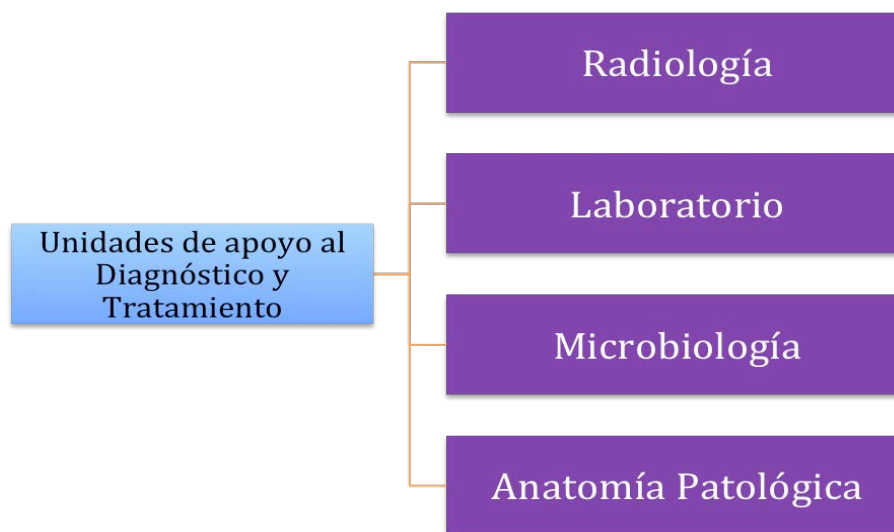


Figura 1. Unidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento.





Figura 2. Profesionales de apoyo.

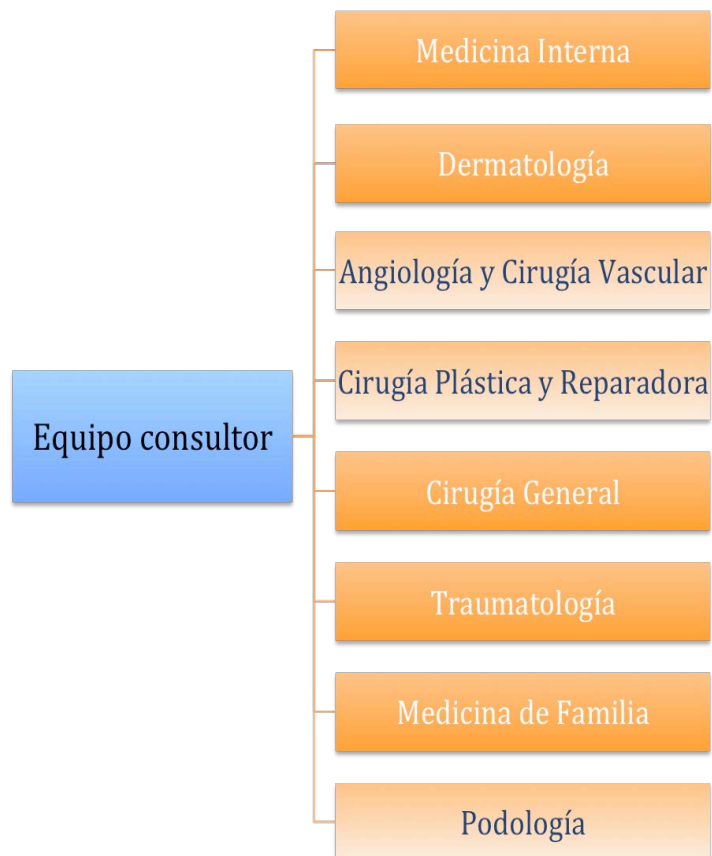


Figura 3. Equipo consultor.



Disponer del equipo básico correcto puede hacer que un proyecto tenga éxito o fracase. Al seleccionar a los miembros del equipo se debe prestar mucha atención a la disponibilidad del entorno asistencial. Garantizar que el equipo represente a las partes interesadas implicadas en el proyecto. Un equipo bien perfilado incluye una combinación de miembros de las unidades/organizaciones pertinentes implicadas en el proyecto con personas que tengan distintas experiencias y destrezas.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Fernández, FP; López-Casanova, P; Segovia-Gómez, T; Soldevilla-Ágreda, JJ; Verdú Soriano, J. Unidades Multidisciplinares de Heridas Crónicas: Clínicas de heridas. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP n° 10. Grupo Nacional Para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2012
2. Cacedo González, R; Castañeda Robles, C; Cossio Gómez, F; Delgado Uría, A; et all. Manual de Prevención y Cuidados Locales De Heridas Crónicas. Servicio Cántabro de Salud. 1ª Edición. Enero 2011.
3. Andrades P, Sepúlveda S, González, J. Curación avanzada de heridas. Rev. Chilena de Cirugía. 2004; 56 (4): 396-403.
4. 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 definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2011; 22 (2): 77-90
5. Marinello Roura J. Úlceras de Extremidad inferior. Madrid: Editorial Glosa, 2005.
6. Soldevilla Agreda JJ, Navarro Rodríguez S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. Gerokomos 2006; 17 (4): 203-224
7. Consenso Internacional. La importancia del tratamiento de heridas eficiente. Wounds International 2013. Disponible en: www.woundsinternational.com
8. Simon DA, Freak L, Kinsella A et al. Community leg ulcer clinics: a comparative study in two health authorities BMJ 1996;312:1648
9. 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.
10. Tait C, Gibson E. Chronic wound audit: evaluation of a tissue viability service. Br J Nurs. 2007;21;16(20):S14, S16, S18
11. Osborne K. Boost to take-up of tissue viability nurses' pressure ulcer scheme. Nurs Stand. 2015 Feb 11;29(24):10.
12. Holman N, Young B, Stephens H, Jeffcoate W. Pilot study to assess measures to be used in the prospective audit of the management of foot ulcers in people with diabetes. Diabet Med. 2015 Jan;32(1):78-84.
13. Gristwood J. Tissue viability. Nurs Stand. 2007 May 2-8;21(34):59.
14. Fox C. Perceptions of tissue viability nurses of their current roles. Br J Nurs. 2001 Jun 28-Jul 11;10(11 Suppl):S10-2, S15-6

15. International Council Nursing. Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network. Definition and Characteristics of the role. <http://international.aanp.org/Practice/APNRoles>
COnsultado el 03/08/15
16. Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal [Internet]. En: IV Congreso de la Sociedad Iberoamericana sobre Úlceras y Heridas; 2011 oct 11-14; Rio de Janeiro. SILAUHE; 2011 [Consultado el 3 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://silauhe.org/img/Declaracion%20de%20Rio%20-%20Espanol.pdf>
17. Creación de equipos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces disponible en <http://www.who.int/cancer/modules/en/index.html>
18. Scarborough, P Understanding Your Wound Care Team. Disponible en www.woundsource.com