

Nuevo marco teórico de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. ¿Solución o problema?

New theoretical framework of cutaneous lesions related to the dependence. Solution or problem?

Gonzalo Esparza Imas

Enfermero. Complejo Hospitalario de Navarra.

Unidad de Pool y Coordinación Jefatura de Guardia. Pamplona. Navarra.

Colaborador en el Colegio Oficial de Enfermería de Navarra en la formación continuada de herida compleja. Experto avanzado GNEAUPP.

Máster en Gestión Integral e Investigación en Herida Crónica. Universidad de Cantabria.

Correspondencia:

Plaza del Soto 19, 2.º 8.ª

31016 Pamplona (Navarra)

Tel.: 636 57 02 50.

Correo electrónico: gonzalo.esparza.imas@cfnavarra.es

RESUMEN

ABSTRACT

El nuevo modelo teórico de clasificación de lesiones cutáneas tras varios decenios de aplicación y uso del marco conceptual de las doctoras B. Braden y N. Bergstrom es una noticia a tener en cuenta por sus efectos inmediatos.

Objetivo: Interpretar las opiniones de la enfermería navarra sobre el nuevo marco teórico de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia.

Método: Estudio fenomenológico interpretativo por entrevista semiestructurada y batería de palabras rápidas a enfermeras del Complejo Hospitalario de Navarra que realizan un curso de formación continuada en prevención de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia.

Resultados y conclusiones: 4 categorías (cambio, prevención, formación y registro), agrupadas en dos temas principales (solución y problema). El cambio que plantea la formación realizada dirige la atención hacia la prevención como tema principal basado en la formación. La dificultad de llevarlo a la práctica se reproduce en todas ellas hacia una misma dirección, el programa de registro.

PALABRAS CLAVE: enfermería, estudios cualitativos, fenomenología, lesiones relacionadas con la dependencia, úlceras por presión.

The new model theoretical classification of skin lesions after several decades of application and use of the conceptual framework of the Drs. B. Braden and N. Bergstrom is news to take into account for its immediate effects.

Objective: Interpret the opinions of the Navarra nursing on the new theoretical framework of skin lesions related to the dependence.

Method: Study interpretative phenomenological by semistructured interview and battery of quick words to the Complejo Hospitalario de Navarra nurses carrying out a course of continuing education in prevention of skin lesions related to the unit.

Results and conclusions: 4 categories (change, prevention, training and registration), grouped in 2 topics main (solution and problem). Change that made training draws attention to prevention as main theme based on training. The difficulty of putting it into practice is played in all of them to the same address, the registration program.

KEYWORDS: nursing, qualitative studies, phenomenology, dependence-related skin lesions, pressure ulcers.

INTRODUCCIÓN

Nuevo modelo teórico. ¿Nuevo marco conceptual?

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), por medio del documento técnico número II, de mayo de 2014¹, presentó el nuevo marco teórico de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia tras su publicación en la revista *Journal of Nursing Scholarship*² en octubre de 2013 en su versión *on-line*.

Este nuevo modelo teórico diferencia las úlceras por presión (UPP), las heridas por fricción y las lesiones por humedad en relación con la dependencia.

Si las lesiones únicas se combinan, obtenemos una nueva tríada de elementos pareados (presión-fricción; fricción-humedad; humedad-pre-

sión) y en su conjugación, lesiones multifactoriales o multicombinadas que en el modelo conceptual de las Dras. Braden y Bergstrom se encuadran como UPP.

Si utilizamos el nuevo paradigma de lesiones relacionadas con la dependencia en la práctica clínica, ¿qué sensaciones y emociones desarrollará la enfermería asistencial frente a un nuevo modelo teórico? ¿Qué consecuencias tendrá en la práctica asistencial? ¿Ayudará en la categorización de lesiones? ¿Disminuirá el sesgo en el diagnóstico, actividades de prevención y tratamiento? Y los sistemas de historia clínica informatizada, ¿serán válidos para el registro? ¿o habrá que modificarlos?³.

La pregunta a que nos aboca esta sucesión de interrogantes es: El nuevo marco teórico de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia, ¿es una *solución o un problema*?

OBJETIVOS

Objetivo principal

Interpretar las opiniones de enfermería en el Complejo Hospitalario de Navarra sobre el nuevo marco teórico de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia.

Objetivo secundario

Recoger las expresiones, emociones y sentimientos a través de la formación continuada en lesiones crónicas en personal de enfermería.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio fenomenológico interpretativo con observación participativa en entrevista semiestructurada.

Población de estudio

El estudio hermenéutico se centra en un subconjunto de enfermeras de la población de profesionales en activo que realizan formación continuada en el Colegio Oficial de Enfermería de Navarra, mediante un taller específico de prevención de lesiones.

El taller (*Actualización en material preventivo de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia y técnicas relacionadas con heridas crónicas*) avanza el nuevo paradigma en su enfoque preventivo en lesiones de fricción, lesiones cutáneas asociadas a humedad (LESCAH) y UPP, así como heridas de difícil cicatrización en extremidad inferior.

El número máximo de participantes por encuentro: 30 enfermeras en ejercicio profesional en cada una de las tres reuniones.

Las reuniones o sesiones formativas se planificaron para su realización con un mes de diferencia entre la primera y la segunda reunión y con dos, entre la segunda y la tercera; las dos primeras, con el objetivo de dar a conocer el nuevo paradigma y crear curiosidad con la nueva categorización de lesiones.

Las reuniones se organizan en un tiempo total de 4 horas, y la intensidad de la exposición se reparte en dos tramos de 120 minutos el primero y 100 minutos el segundo.

La libertad de diálogo se manifiesta desde el primer momento de las sesiones y se solicita a las asistentes la autorización para ser grabadas en audio.

Las reuniones impares permitieron ser grabadas en audio por las asistentes y no se autorizó la grabación en la segunda reunión. (Voluntariedad de participantes).

Las tres sesiones se realizaron en dos salas acondicionadas para este tipo de reuniones profesionales con diferentes dispositivos electrónicos para proyección y reproducción de material didáctico y el seguimiento de los conceptos teóricos expuestos.

La libertad de inscripción de las profesionales de enfermería permite que todos los niveles asistenciales estén presentes en las reuniones.

Unidad de estudio

Personal de enfermería asistencial del Complejo Hospitalario de Navarra.

Criterios de inclusión

Enfermeras del Complejo Hospitalario de Navarra que trabajan en servicios donde los pacientes tengan alterados dos o más de los 6 ítems que componen la escala de valoración de Braden-Bergstrom: movilidad, actividad, percepción sensorial, humedad, fricción-deslizamiento, nutrición y hayan realizado el curso de formación continuada en prevención de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia.

Criterios de exclusión

Enfermeras que no hayan realizado el curso de formación continuada y no trabajen en los servicios de geriatría, medicina interna, neurología, urgencias, unidad de cuidados intensivos y digestivo del Complejo Hospitalario de Navarra.

Selección de la muestra

Servicios que cumplen los criterios de inclusión (geriatría, medicina interna, neurología, urgencias, unidad de cuidados intensivos, digestivo) tras las reuniones grupales previstas para la explicación del nuevo modelo teórico hasta la saturación de datos.

Métodos y técnicas de recogida de los datos

La entrevista formal semiestructurada indirecta se realiza a cada una de las enfermeras seleccionadas que cumplen los criterios de inclusión.

La recogida de datos se realiza en los servicios asistenciales de cada entrevistada, en espacios conocidos, habituales del propio servicio, en el Complejo Hospitalario de Navarra por medio del investigador principal.

Como *gatekeepers* actúan las jefas de unidad de enfermería tras autorización de entrevista a la dirección del Complejo Hospitalario de Navarra.

Se recogen en grabadora modelo *Olympus Linear PCM Recorder LS-10* de audio estéreo, formato de grabación mp3, reproducible en cualquier dispositivo multimedia.

Con anterioridad a la realización de la entrevista se firma el consentimiento informado tras su lectura y autorización.

Análisis e interpretación de los datos

Tras la entrevista, se continúa con el siguiente esquema de trabajo:

- Registro en tabla Excel: Iniciales de la entrevistada. Edad. Dato codificado de entrevista mediante correlación numérica.
- Traslación a documento de Word.
 - Codificación:
 - Identificar en los datos, aspectos relevantes al objetivo del estudio.
 - Analizar estos aspectos para encontrar similitudes y diferencias.
 - Recuperar ejemplos de estos aspectos (citas textuales).
 - Establecer categorías.
 - Agrupar en temas.
 - Saturación de datos.
- Análisis de las entrevistas con *software* de interpretación de datos cualitativo Atlas. Ti versión 6.2.

Comité Ético de Investigación

Se presenta el diseño metodológico al Comité Ético de Investigación de Navarra junto con el modelo de consentimiento informado para su valoración y autorización según la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, siendo el objeto de estudio las opiniones de las en-

fermeras del Complejo Hospitalario de Navarra. Autorizado con fecha 25 de junio de 2015.

Limitaciones del estudio

- Pequeña muestra que dificulta la generalización.
- Influencia del entrevistador como elemento activo.

RESULTADOS

Reuniones formativas

La manera de plantear la captación de enfermeras que cumplieran los criterios de inclusión se realizó a través de formación específica en el taller diseñado para el Colegio Oficial de Enfermería de Navarra (COENAV) titulado *Actualización en medidas preventivas de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia y técnicas relacionadas con las heridas crónicas*.

El punto de inicio de la formación arranca desde el marco conceptual de las Dras. N. Braden y D. Bergstrom⁴ hasta el nuevo modelo teórico del Dr. García Fernández y cols.², aportando a las participantes varias cuestiones que de manera natural son respondidas en la reflexión particular de cada asistente.

La participación en los talleres se planteó para 90 inscripciones totales, siendo el resultado final 67 enfermeras inscritas, un 74,4% de la muestra planteada.

El porcentaje de inscritas según el nivel asistencial y desempeño de su trabajo se corresponde con:

- Atención sociosanitaria, 28 enfermeras; atención especializada, 27 enfermeras; atención primaria, 12 enfermeras.

Del subgrupo atención especializada se obtuvieron 12 posibles participantes que cumplían los criterios de inclusión del estudio.

Entrevistas. Primer análisis de datos

Se realizan un total de 14 entrevistas grabadas en mp3, edición en Word, edad y servicio, asignándose un número relativo para la reedición en PDF.

A todas las participantes se les hace la misma encuesta compuesta de dos partes:

- Una conversación con preguntas abiertas, incluida la participación activa del investigador, dirigidas al intercambio comunicativo, sin distancias ni formalismos. Una reunión de trabajo.
- Una batería de 16 palabras.

De la batería de palabras rápidas se obtuvieron 192 relaciones directas; palabras relacionadas que surgen de la espontaneidad y relación que produce lo conocido.

En ambas entrevistas, tras el análisis de unidad se definen 24 y 81 códigos respecto a preguntas y palabras rápidas, conformando, tras su interpretación, 4 subcategorías en las entrevistas: *Cambio, Formación, Registro, Prevención*, y 5 subcategorías en palabras rápidas: *Concepto Cuidar, Diversidad de etiologías, Formación, Complicación y Prevención*.

La triangulación de los datos y saturación se correspondería con las entrevistas finales, basada en dos casos extremos en la atención de cuidado: una enfermera experta en herida crónica y una técnico auxiliar de cuidados de enfermería (TCAE), obteniendo, en su análisis, similares categorías que se produjeron en las 12 entrevistas anteriores culminando la saturación de datos.

Los temas principales presentados en el título del estudio agrupan las categorías obtenidas, siendo el registro como complicación, o lo que

es lo mismo PROBLEMA, y la formación, la prevención, el cambio en el concepto cuidar y la diversidad de etiologías la SOLUCIÓN que plantea el nuevo marco teórico de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia.

PROBLEMA

El problema descrito por las entrevistadas es el *registro* en la historia clínica y la *complicación* para realizarlo^{5,6}.

E-1: "El registro que tenemos actualmente, Irati, se queda muy escueto, es insuficiente porque hay ciertas úlceras o ciertos matices que quedan en el aire por no tener una forma de registrar..."

E-11: "A la hora del registro y escalas habría que modificar todo..."

E-6: "Necesitamos plasmarlo en el Irati, hay que cambiarlo... Nos facilitará el trabajo".

El esquema de registro de Enfermería en Navarra (Irati) y la clasificación en tres tipos de heridas cutáneas, heridas (quirúrgicas, erosiones,...), UPP y heridas vasculares, deja insatisfechas a la gran mayoría de enfermeras tras conocer el nuevo modelo teórico de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia.

E-9: "Lo primero una forma clara de registro".

E-5: "Habría que aprender a integrarla en los registros de heridas del ordenador, habrá que crear un apartado nuevo".

El registro, como modelo de seguimiento en las medidas preventivas planteadas y el tratamiento aplicado se aborda desde las entrevistadas también como una solución, aunque el modelo actual en la anotación de lo observado y realizado no contribuya demasiado⁷.

E-7: "Tener un registro para poder registrar cuál es el motivo, tener la posibilidad de otro modelo, causas de por qué se producen las heridas y actuar en ello".

E-4: "En el ordenador, yo esto no registro, no se me queda registrado nada. Lo hago más a pie de cama, con el paciente".

E-3: "Como todo va UPP no diferenciamos otros medios de producir otras lesiones. Puede ser por el tiempo que tenemos para trabajar, como vamos todo rápido, todo lo metemos en UPP y listo".

La falta de tiempo y la necesidad de formación continuada desde los propios servicios en función de las necesidades particulares acentúan la sensación de priorización de los registros de todas las actividades a lo que no se oponen, pero solicitan realizarlas en un sistema informático de registro, ágil, integral, visual e intuitivo⁸.

E-8: "Me cuesta registrar, ando como perdida..."

SOLUCIÓN 1

Una de las soluciones que se plantean para la implementación de este nuevo modelo teórico es la formación⁹.

E-10: "...formación, el tener las cosas claras".

E-4: "Una vez que te formas, que tienes los conocimientos de las causas al final, ¿al final mayor dificultad? Que va... al contrario".

La formación es reconocida por todas las entrevistadas como necesaria para un abordaje correcto, no solo en el aspecto terapéutico, sino para el enfoque primordial, importante y más comentado, el preventivo¹⁰.

E-2: "Si las clasificamos y sabemos exactamente cuáles son las causas que producen un tipo concreto podremos actuar en base a su etiología".

E-10: "... el beneficio es grande, porque sabes de donde se produce, el paciente estará más cómodo, el paciente ira teóricamente siempre mejor..."

E-5 "...No vas explicando el tipo de lesión que vas viendo, necesitaremos algún tipo de curso, un poco de formación".

SOLUCIÓN 2

E-1: "... es otra manera de trabajar".

Las entrevistadas tras tres décadas de planteamiento único tienen claro que el nuevo marco teórico es un avance, un cambio de concepto que mejora el paradigma actual¹¹.

E-3: "¡¡¡Nos hemos quedado obsoletos!!!... (Risas) [...] al final, conociendo el nuevo marco te das cuenta de cómo trabajamos".

E-9: "Para el paciente, en cuanto a prevención más importante que el tratamiento, si conocemos nuevos, bueno no son nuevos factores que producen úlceras, pero si los conocemos mejor pues podemos incidir más sobre ellos".

E-6: "...la úlcera la vas a tratar con los mismos materiales pero sabiendo realmente qué es lo que estás evitando y qué quieres tratar".

Las palabras que interpretan la actitud con la que reciben el nuevo marco teórico confluyen en la percepción de cambio como mejora en su desarrollo profesional y las ventajas ante las actividades preventivas a realizar.

E-2: "Siempre que hay un cambio, siempre vamos a mejorar".

E-12: "Todo sea por mejorar, curar y cuidar... (de nuevo sonrisa). Calidad de vida, ante todo".

E-6: "El nuevo marco me da más seguridad porque realmente vamos a saber, pues eso, cómo se ha producido esa úlcera y vamos a actuar sobre ello".

SOLUCIÓN 3

Según el deconstructivismo, el conocimiento del objeto principal (lesiones cutáneas) y en la idea transmitida en su clasificación, aflora la esencia misma del nuevo marco teórico, la prevención¹².

E-7: "Abordar la úlcera por todos sus lados y sus causas y es un abordaje integral que analiza todas sus causas, [...] (Silencio) [...] beneficios en todo".

La ventaja en la planificación de cuidados enfocados a la etiología, más que a la lesión presente o futurible según grado de riesgo es de las interpretaciones más evidentes que se dan del nuevo marco teórico¹³.

E-8: "... más concreto el marco conceptual nuevo que el que ahora tenemos, no dice cómo se ha producido...".

E-1: "La prevención viene unida a la etiología, ahora no diferenciamos".

La excelencia del cuidado, individualizando las atenciones preventivas desarrolladas en la formación del nuevo marco teórico produce en las entrevistadas un análisis crítico de la situación actual.

E-6: "No sirve de nada ser muy técnicos, diversidad de grados, nombre y categorías si no sabes identificar lo más básico".

E-11: "Mejor prevención de la úlcera por presión y tratamiento de las instauradas, mejor registro para luego establecer un mejor plan de cuidados, tanto en el hospital como en el destino final del paciente, residencial y domicilio".

La individualización de la prevención aplicada a nuestros pacientes con el enfoque del nuevo marco teórico es interpretada como un avance en las enfermeras entrevistadas.

E-11: "Al paciente mejoras la prevención y la posibilidad de prevenir, mejoras el tratamiento y el tiempo de curación en teoría, disminuirá. Es un modelo de ahorro e individualización de la prevención".

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El registro del nuevo marco teórico desarrollado por el Dr. García Fernández y cols., es en opinión de las entrevistadas un problema, en gran medida por la dificultad de registro en los sistemas informáticos de historia clínica que puede ser solucionado al adecuarse estos registros a las diferentes variantes de lesión que pueden aparecer en los pacientes dependientes (LESCAH, fricción, UPP-cizalla) sin clasificarse todas ellas como hasta ahora en UPP en el modelo de registro actual "Irati".

La sensación de cambio del modelo de categorización y clasificación de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia emerge con claridad en un colectivo profesional donde las respuestas intuitivas a preguntas no contestadas en la clasificación única de UPP de los últimos 30 años quedan resueltas.

La formación continuada es un requisito imprescindible para la adquisición de conocimientos y la modificación de planteamientos integrados en la praxis habitual. La evidencia define los hallazgos científicos que deben modificar el continuismo en enfermería desterrando los planteamientos anquilosados y obsoletos que no dan respuestas a las preguntas que la profesión enfermera precisa.

El nuevo paradigma es un buen modelo de diferenciación y abordaje de lesiones cutáneas con un énfasis especial en la planificación preventiva de las actividades a realizar que surgen de la nueva clasificación planteada. ■

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de interés en la realización de este estudio.

Agradecimientos

A mis compañeras, enfermeras y auxiliares del Complejo Hospitalario de Navarra, por su actitud, apoyo y entrega en la tarea diaria y la realización de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- García Fernández F, Soldevilla Agreda J, Pancorbo Hidalgo P, Verdú Soriano J, López Casanova P, Rodríguez Palma M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. 2014.
- García-Fernández FP, Agreda J, Verdú J, Pancorbo Hidalgo PL. A New Theoretical Model for the Development of Pressure Ulcers and Other Dependence-Related Lesions. J Nurs Scholarsh. 2014;46(1):28-38.
- Currell R, Urquhart C. Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria. 2009.
- Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. Nursing Research. 1987;36(4):205-10.
- del Olmo-Núñez SM, Casas-de la Cal L, Mejías-Delgado A. El registro de enfermería: un sistema de comunicación. Enferm Clin. 2007;17(3):142-5.
- Méndez Calixto G, Morales Castañeda A, Preciado López ML, Ramírez Núñez MR, Sosa Gonzaga V, Jiménez y Villegas MC. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2001;9(1-4):11-7.
- Guerrero Castillo JJ. Registros de Enfermería: la Historia del Paciente. Index de Enfermería. 2004;13(44-45):74.
- Ros NS, Gago LR. SELENE. Informatización de la historia clínica electrónica: implicación sobre el proceso de enfermería. Enfermería Global. 2006;5(1).
- Orellana Yañez A, Paravic Klijn T. Enfermería basada en evidencia: barreras y estrategias para su implementación. Cienc Enferm. 2007;13(1):17-24.
- Güimil JAE, Vizoso FLV. Los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión y sus determinantes. Gerokomos. 2004;15(2):107-16.
- Carrillo EG, Vota AMA, Corral YBLM. La profesionalización en enfermería: hacia una estrategia de cambio.
- Gadamer H-G, Gómez Ramos A. La hermenéutica tras la huella. 1998.
- García-Fernández F, Soldevilla Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo P, Verdú-Soriano J, López Casanova P, Rodríguez-Palma M. Classification of dependence-related skin lesions: a new proposal. J Wound Care. 2016;25(1):26-32.