

Gonzalo Esparza Imas¹
 Adrián Fuentes Agúndez²
 María Jesús Morales Pasamar³
 Juan Manuel Nova Rodríguez⁴

1. Máster en Gestión Integral e Investigación en el Cuidado de las Heridas Crónicas. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.
2. Máster en Gestión Integral e Investigación en el Cuidado de las Heridas Crónicas. Hospital Universitario Quirónsalud Madrid. Pozuelo de Alarcón. Madrid. España.
3. Máster en Gestión Integral e Investigación en el Cuidado de las Heridas Crónicas. Residencia Albiz-Santiago Llanos. Sestao. Vizcaya. España.
4. Máster en Gestión Integral e Investigación en el Cuidado de las Heridas Crónicas. Hospital Universitario de Bucaramanga los comuneros. Bucaramanga. Santander.

Correspondencia:

Gonzalo Esparza Imas
 Plaza del Soto 19 2-8.^a
 31016 Pamplona, Navarra (España)
 Tel.: 636 57 02 50
 Correo electrónico: grdd2@hotmail.es

Visión y experiencia de enfermeras coordinadoras de unidades de heridas crónicas

Vision and experience of nurses coordinating units of chronic wounds

RESUMEN

Introducción: Las heridas crónicas son un problema de salud pública que ha afectado y afecta tanto a pacientes como a cuidadores a lo largo de la historia, y su cuidado es valorado principalmente por enfermeras. La creación de unidades especializadas en el cuidado de este tipo de lesiones debe ir acompañada del concepto de liderazgo por parte de la enfermera formada, junto con un equipo multidisciplinar al que hacer partícipe de todo el proceso.

Objetivos: Describir la experiencia e inquietudes de las enfermeras coordinadoras de unidades de heridas nacionales e internacionales y comprender el liderazgo de una enfermera en el equipo multidisciplinar.

Metodología: Estudio cualitativo fenomenológico descriptivo con entrevistas semiestructuradas y análisis de datos mediante codificación, categorización y saturación de datos utilizando el *software* Atlas-ti 7.0.

Resultados: Se obtuvieron 25 códigos y 6 categorías agrupados en tres temas principales: individual, grupal/colectiva, paciente/cliente.

Conclusiones: La enfermería está capacitada para liderar unidades de heridas dada su competencia, siempre trabajando dentro de un equipo multidisciplinar y proporcionando una visión holística del paciente para conseguir un abordaje adecuado en prevención y/o tratamiento de este tipo de lesiones.

PALABRAS CLAVE: enfermería, unidades de heridas, liderazgo, multidisciplinar, herida crónica.

ABSTRACT

Background: Chronic wounds is a public health problem that has affected and affects both patients and caregivers throughout history and their care is valued mainly by nurses. The creation of specialized units in the care of these injuries must be accompanied by the concept of leadership formed by the nurse, along with a multidisciplinary team that to involve the whole process.

Objectives: Describe the experience and concerns of national and international nurses coordinators of Wound Units and understand the leadership of a nurse in the multidisciplinary team.

Methods: Descriptive phenomenological qualitative study with semi-structured interviews and data analysis through coding, categorization and saturation data using the Atlas-ti 7.0 software.

Results: Individual, group/collective, patient/client: 25 codes and 6 categories grouped into 3 main topics were obtained.

Conclusions: Nursing is qualified to lead Wound Units given their competence, always working within a multidisciplinary team and providing a holistic view of the patient to achieve adequate approach to prevention and / or treatment of such injuries.

KEYWORDS: nursing, wound units, leadership, multidisciplinary, chronic wound.

INTRODUCCIÓN

La creación de unidades de heridas¹ debe ser el marco de referencia en materia de atención a las personas con heridas agudas y crónicas o en situación de riesgo a padecerlas. Por ello, deben ser unidades líderes que garanticen el derecho a la atención sanitaria, poniendo al servicio de la persona con heridas todos los recursos técnicos y

humanos en función de las necesidades, de prevención o de atención a su proceso, sin que las personas puedan ser discriminadas por razón de sexo, edad, raza, ideología, religión o condición socioeconómica.

La concepción de los servicios sanitarios multidisciplinarios²⁻⁶ reúne diferentes especialidades con un objetivo común donde las intervenciones van enfocadas a resolver cada una de las necesidades que están

relacionadas con las complicaciones derivadas de la lesión. Diferentes puntos de vista que convergen en una misma idea liderada por una enfermera como coordinadora de recursos tanto técnicos como materiales y humanos en la atención del paciente con lesiones.

Son varios los enfoques que se utilizan para suplir las necesidades de cuidado o tratamiento en lesiones tisulares, pero ¿qué opinan al respecto los profesionales sanitarios de enfermería que están al frente de estas unidades?

OBJETIVOS

- Describir la experiencia e inquietudes de las enfermeras coordinadoras de unidades de heridas nacionales e internacionales.
- Comprender el liderazgo de una enfermera en un equipo multidisciplinar.

METODOLOGÍA

- **Diseño:** estudio fenomenológico descriptivo que recaba información acerca de la experiencia vivida de enfermeras coordinadoras en unidades de heridas.
- **Sujetos de estudio:** enfermeras referentes en unidades de heridas: tres en España (Madrid, Barcelona, Bilbao) y una en Colombia (Santander) como referente internacional. La estrategia de muestreo elegida es por máxima variación o diversa, dada la selección de sujetos de diversos entornos y características marcado por la diversidad de localización y ámbitos de unidades.
- **Recogida de datos:** realizada mediante entrevista, en nuestro caso por cada uno de los cuatro investigadores, con las respectivas entrevistas, de unos 10 minutos de duración. La entrevista es estructurada para que todas las participantes sigan un orden en las preguntas establecidas. Se realizó de forma presencial y en un caso a distancia (vía *on line*), previo consentimiento informado de los sujetos de estudio siempre con una grabación en audio.
- **Análisis de datos:** transcripción de grabación de audio a texto para su inclusión en archivo. Abordaje analítico con *software* Atlas.ti 7.0. Análisis de unidades emergentes. Codificación, categorización y saturación de datos.

RESULTADOS

Se realizaron cuatro encuestas, todas a mujeres con una edad media de 49 años, 24 años de experiencia profesional de media y todas ellas con formación en heridas tanto docente como discente, siendo tres de ellas Máster en Ciencias.

Tras el análisis de datos con *software* de análisis Atlas.ti 7.0, los resultados de las unidades de análisis son: 25 códigos, 6 categorías y 3 temas principales.

Códigos: Apoyo terapéutico, Barrera por falta de continuidad de cuidados, Barrera por falta de equipo multidisciplinar, Barrera por falta de tiempo, Confianza, Conocedora coordinadora, Crítica, Desconfianza, Diagnóstico inicial, Dificultad, Disposición, Experiencia, Falta de formación, Formación, Grupo, Gustos personales, Interconsulta, Lentitud, Liderazgo, Multidisciplinar, Peso de la costumbre, Resultados convincentes, Soledad, Transparencia, Unidad de criterios, Visión Holística.

Categorías: Confianza, Crítica, Formación, Liderazgo, Multidisciplinar, Visión holística.

Temas principales:

- Individual: descripciones vivenciales de la enfermera líder.
- Grupal colectiva: sensaciones en relación con el equipo multidisciplinar.
- Paciente/cliente: emociones que afloran en la atención con el objeto de cuidado.

La inclusión de las unidades de análisis en la discusión de los temas obtenidos se realizó asignando a cada enfermera entrevistada un código numérico tras la inicial “E” de enfermería.

DISCUSIÓN

Las unidades de heridas son generalmente lideradas por enfermería como profesión que amalgama el conocimiento de varias especialidades y cataliza las necesidades del paciente hacia las disciplinas necesarias a interconsultar.

La descripción de cuatro enfermeras referentes, líderes en sus equipos multidisciplinarios en tres provincias de España, y una provincia de Colombia como comparativa internacional, dan una idea de las sensaciones que comparten estas profesionales de la enfermería dedicadas a la atención del paciente con heridas de difícil cicatrización en equipos multidisciplinarios.

La obtención de tres temas principales en las descripciones de las entrevistadas nos plantea el abordar la discusión de las seis categorías compartidas en los tres temas acentuando las unidades de análisis descritas en la convergencia de la enfermera líder de una unidad de heridas, la relación con el objeto de cuidado, el paciente y la interacción que describe como profesional dentro de un equipo multidisciplinar.

Visión holística

Los conocimientos en los que se fundamenta el cuidado corresponden a los aspectos del ser humano como *sujeto integral* de atención, a quien se le abordará partiendo de la valoración del estado de salud⁷.

E2 – “ya que cada paciente no solo es una herida es una integración de factores asociados a la lesión y no como antiguamente se creía que solo es una herida y no más”.

La intervención de enfermería debe realizarse en *toda la dimensión humana*, reconociendo los aspectos emocionales, culturales, sociales, económicos y psicológicos.

La continuidad en el tratamiento de las lesiones debe ir más allá de la curación de la propia herida, tener en consideración los factores de riesgo que se puedan detectar, relacionados con la nutrición, ejercicio, adherencias a tratamientos farmacológicos o no, lo cual exige un *planteamiento holístico*, contexto social, biológico, psicológico, económico y cultural en personas con heridas en miembros inferiores⁸.

E4 – “factores que tenga el propio paciente que hagan que la evolución no sea la adecuada”.

Los resultados obtenidos en todas las participantes expresan la necesidad de una visión holística en el tratamiento realizando un *abordaje integral*, siendo esta la clave de unos resultados esperados y satisfactorios en la curación⁹.

E3 – “valoración prevención y tratamiento absolutamente integral”.

Formación

Todas las entrevistadas coinciden en que la *formación del personal sanitario* es la clave en la universalidad de la cura, y la unificación de criterios basados en evidencias es el inicio de un adecuado tratamiento.

E1 – “Si no tenemos una base de conocimientos es difícil acertemos en ese abordaje”.

La adopción de *prácticas y protocolos clínicos*, aceptados por la comunidad académica, las evidencias científicas y los sistemas sanitarios de salud son claves en la temprana recuperación del paciente con heridas¹⁰.

E2 – “gracias a la experiencia y formación recibida esto permite responder sin mayores temores con mayor seguridad y siguiendo unos parámetros de valoración teniendo en cuenta el enfoque integral que encierra tratar una herida”.

A pesar de la complejidad de las heridas, la capacidad de las enfermeras de estar al nivel de estos avances, conocerlos en profundidad a través de la *formación*, hace de la práctica un uso correcto y adecuado para el abordaje terapéutico.

Los adelantos tecnológicos para la realización de un cuidado idóneo de las heridas deben ser conocidos por los profesionales de enfermería¹¹⁻¹³.

Esta aptitud es indelegable, siendo el manejo de esos adelantos tecnológicos y el conocimiento de ellos, una de las funciones que deben apoyar y fortalecer la *formación continuada*^{14,15}.

E3 – “Al paciente que no hayamos diagnosticado correctamente lo tendremos dando vueltas por los centros de atención primaria”.

Liderazgo

El profesional de enfermería ha sido y sigue siendo por conocimiento, por respaldo legal y formativo junto a su compromiso social el que *lidera* el cuidado de las lesiones crónicas en las unidades que centran su trabajo en este tipo de herida¹⁰.

E4 – “... yo creo que la enfermera está más preparada que el médico para curar”.

Son ellas, enfermeras, las que se consideran *cabeza de la unidad*, encargadas de ese “cuidar”, no identificando escalones entre el equipo, sino trabajando y compartiendo un *equipo multidisciplinar* orientado hacia la formación, prevención y curación de pacientes y profesionales sanitarios.

E1 – “yo coordino como enfermera”.

La enfermería, como otras profesiones, está en constante movimiento y cambios en busca de la excelencia; el liderazgo es un instrumento que permite vencer dificultades y ajustarse a los cambios de manera cualificada.

E2 – “... sí, debe ser la enfermera quien lidere el cuidado de la persona, ya que tiene las herramientas para brindar cuidado y organizar prioridades”.

Crítica

Son *críticas* en cuanto a derivaciones de los niveles asistenciales, donde se supone que el cuidado de las heridas, al ser una actividad inherente a la enfermería, debería ser valorada con exactitud y no convertirse en una rutina diaria en la que impere la irreflexión¹⁶.

E4 – “las derivaciones nos venían dadas de profesionales enfermeros que llevaban trabajando muchos años, que se supone, es una realidad que es una tarea cotidiana para nosotros”.

E4 – “No todo el mundo cura bien una herida”.

E3 – “Es muy pesado abordarlas y entonces y generalmente se derivan... las heridas han sido inherentes a enfermería quizás por este motivo”.

Multidisciplinar

Se refleja por parte de todas las entrevistadas un bienestar como equipo multidisciplinar necesario para estas unidades, salvo en una de ellas cuya aportación es en defensa de este equipo multidisciplinar, pero en su unidad no existe la jerarquización como tal equipo.

E2 – “La clínica cuenta con todas las especialidades y subespecialidades y tenemos una respuesta de interconsulta rápida que responde a la necesidad del paciente, ya sea de la parte nutricional o médica”.

El abordaje exitoso en las clínicas de heridas debe ser responsabilidad de un *equipo multidisciplinar*, para asegurar un tratamiento efectivo según las necesidades propias de los pacientes.

E2 – “Es importante la opinión a otros especialistas que tengan la misma experiencia y conocimiento y que en alguna situación especial sean una fuerza de apoyo terapéutico”.

E1 – “Trabajamos muy de tú a tú, no hay niveles de escalón, sino diferencias de equipo”.

El equipo multidisciplinar es un grupo que interactúa desde la evidencia científica y desarrolla sinergias en el abordaje de casos desde cada una de sus especialidades¹⁷, siendo el objetivo común, el paciente desde su visión holística y la herida a tratar como problema de salud.

E3 – “Necesitamos que le vea el endocrino, el médico de medicina interna, toda su polimedición, que se le atiendan otras patologías”.

Confianza

Manifiestan satisfacción todas las entrevistadas al observar en sus pacientes caras sonrientes y gestos de agradecimiento¹⁸.

E4 – “Venían encantados”.

La incertidumbre en los pacientes es transformada en *confianza*, siendo fundamental la relación terapéutica que debe crearse en esta rehabilitación cutánea¹⁹.

E3 – “entran aquí de nuevo llorando, desesperados porque han pisado varias consultas, varios médicos, varias enfermeras, la segunda vez entran sin llorar y la tercera sonríen”.

La satisfacción con el tratamiento recibido es sinónimo de satisfacción con los cuidados sanitarios²⁰.

Los primeros en afirmar que la satisfacción del paciente es, ante todo, “una medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente” fueron Koos y Donabedian. Como tal medida de resultado (“health outcome”) ha sido analizada desde diferentes perspectivas, y se ha observado un paulatino cambio en su concepción^{20,21}.

E3 – Si les llamamos acuden porque pueden aportar algo para que la herida evolucione y progrese”.

La producción creciente de instrumentos de medición o cuestionarios centrados en el paciente sobre la satisfacción con la *calidad asistencial*, con los tratamientos o de calidad de vida relacionada con la salud son un reflejo de esta nueva filosofía que, de esta forma, quiere «cuantificar» la opinión de los pacientes y consumidores.

La confianza y satisfacción con el tratamiento se puede definir como la evaluación del proceso de toma del tratamiento y sus resultados asociados²².

E4 – “hasta que vieron qué pacientes nos derivaban y evolucionaban favorablemente”.

En resumen, la satisfacción es un concepto multidimensional cuyos componentes varían en función del tipo de prestación de que se trate (hospital de agudos, consulta de crónicos, urgencias, etc.), más directamente relacionada con el componente afectivo de la actitud hacia el sistema sanitario o cualquiera de sus unidades (consultas o profesionales) y que conceptualmente puede explicarse merced a la pérdida de esperanza, donde la diferencia entre expectativas y percepciones es el elemento clave²³.

CONCLUSIONES

La enfermería está capacitada por formación, competencia y visión en el liderazgo de unidades de heridas de difícil cicatrización o crónicas, y

su función principal es el liderazgo en la actuación temprana preventiva, docente y asistencial en un grupo multidisciplinar de atención.

La formación del personal sanitario es clave en la unificación de criterios, y la evidencia de la investigación es el inicio para un abordaje adecuado en prevención y/o tratamiento en todas las enfermeras de unidades de heridas entrevistadas a nivel individual como líderes, y como parte grupal en un equipo multidisciplinar.

El equipo multidisciplinar es el mejor modelo de relación transversal enfocando la atención y sus diversos conocimientos hacia una visión holística del paciente, dirigida por una líder en el tratamiento de heridas y habitualmente de titulación enfermera.

La persona atendida como paciente o cliente por un equipo multidisciplinar que planifica su atención de manera holística e individualizada hace que la confianza y satisfacción de los individuos sea máxima, por cercanía, disponibilidad, competencia y obtención de resultados planeados a nivel personal del paciente, y también a nivel del personal sa-

nitario, individual como enfermera y grupal, como parte del equipo multidisciplinar.

La utilización del pensamiento crítico en esta profesión es indispensable para llevar a cabo un buen abordaje del tratamiento de las heridas crónicas siempre haciendo uso de la evidencia existente.

La descripción de cuatro enfermeras referentes, líderes en sus equipos multidisciplinarios en tres provincias de España, y una provincia de Colombia, como comparativa internacional, aúnan las sensaciones que comparten estas profesionales de la enfermería dedicadas a la atención del paciente con heridas de difícil cicatrización en equipos multidisciplinarios ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses y quieren agradecer su participación a las enfermeras colaboradoras en el presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- García-Fernández FP, López-Casanova P, Segovia-Gómez T, Soldevilla-Agreda JJ, Verdú-Soriano J. Unidades Multidisciplinares de Heridas Crónicas: Clínicas de Heridas. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP n.º 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño, 2012.
- Rull M. Abordaje multidisciplinar del dolor de espalda. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11:119-21.
- Lezcano FC. El equipo multidisciplinar: ¿Realidad expresión de un deseo? *Norte de Salud Mental*. 2007;7(27).
- López-Galiano MC, Juárez-Ruiz JF, Morillo-Alejo Y, Guzmán-Rentero J, Molina-Navarrete E, Martínez-Sablás E. Trabajo Multidisciplinar en el Tratamiento de Úlceras Venosas Complicadas. *ENE, Revista de Enfermería*. 2012;4(1).
- Franco, ML. Una unidad del dolor multidisciplinaria en el ámbito de la sanidad privada. *Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]*. 2014 junio. [citado 28 de agosto de 2016]; 21(3):186-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014003300111&lng=es.
- Romero MN, Mesa L, Galindo S. Calidad de vida de las(os) profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado. *Av. Enferm. [Internet]*. 2008 diciembre. [citado 28 de agosto de 2016]; 26(2):59-70. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000200007&lng=en.
- Juvé-Udina ME, Ferrero-Muñoz S, Matud-Calvo C, Monterde-Prat D, Fierro-Barrabés G, Marsal-Serra R, et al. ¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalarios sus competencias asistenciales? *Nursing*. 2007;25(7):50-61.
- Granados-Matute AE, Cejudo-López A, Vega-Fernández VM. Variabilidad en la práctica clínica para el cuidado de las heridas. *Evidentia*. 2014 enero-marzo. [citado 28 de agosto de 2016]; 11(45). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n45/ev9328.php>
- González-Consuegra RV. Gerencia del cuidado: liderazgo de la enfermera en el cuidado de la persona con alteración de los tejidos. *Av. Enferm. [Internet]*. 2007. [Citado 28 de agosto de 2016]; 25(1):122-9.
- Etchenique SF. Incorporación de una enfermera especialista en cicatrización de heridas en el grupo multidisciplinario de pie DBT transformándolo en grupo de prevención, diagnóstico y tratamiento de heridas crónicas del Hospital de Clínicas José de San Martín-UBA. VII Congreso Iberoamericano de heridas por presión y heridas crónicas-I Congreso argentino de heridas. 2014 noviembre 5-8. Tucumán, Argentina.
- Mancilla-Solorza E, Bascañán-Retamal S, Bravo-Garrido B, Ibarra-Ábalos N. Efectos del ultrasonido terapéutico en el tratamiento de las úlceras por presión en adultos mayores con dependencia severa. *Rehabilitación*. 2012;46(2):103-11.
- Reyes JM, Argemí AM. Técnica avanzada en el cuidado de una herida crónica: suero autólogo condicionado. A propósito de un caso. *El Peu*. 2015;36(1):42-7.
- Beaskoetxea-Gómez P, Bermejo-Martínez M, Capillas-Pérez R, Cerame-Pérez S, García-Collado F, Gómez-Coiduras JM, et al. Situación actual sobre el manejo de heridas agudas y crónicas en España: Estudio ATENEA. *Gerokomos*. 2013;24(1):27-31.
- Wandosell-Picatoste M, Salgado-Barreira A, Moreno-Pestonit M, Rodríguez-Villar S, Paz-Baña M, Mañá-Alvarez AM, et al. Efectividad de una intervención formativa en prevención de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos quirúrgica: un estudio cuasi experimental. *Gerokomos*. 2012;23(3):128-31.
- Reséndiz-Dátoly C, Jiménez-Vázquez MM. Postura de la enfermera ante su quehacer profesional. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2010;18(3):137-143.
- Sanmartín MC. Práctica clínica basada en la evidencia científica: Papel del gestor como integrante de un equipo multidisciplinar. *Rev gen inf doc*. 2002;12(2):457-64.
- Pérez-de Alejo B, García-Díez P. Grado de satisfacción de la población con los servicios de enfermería en un área de salud. *Rev Cubana Enfermer [Internet]*. 2005 agosto. [Citado el 28 de agosto de 2016]; 21(2):1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000200003&lng=es.
- Muñoz-Ronda FJ, Rodríguez-Salvador M, Martínez-Díaz JD, López-Valverde M. Nuevas formas de aproximación al concepto de confianza en la relación enfermera-paciente. *Tempus Vitalis*. 2009;9(1):30-5.
- Ibern P. La mesura de la satisfacció en els serveis sanitaris. *Gaceta Sanitaria*. 1992;6(31):176-85.
- Larsen DE, Rootman I. Physician role performance and patient satisfaction. *Social Science & Medicine*. 1976;10(1):29-32.
- Badia-Llach X, Llano-Señaris JD. Investigación y resultados en salud. *Med Clin (Barc)*. 2000;114(Supl. 3):1-7.
- Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health care management review*. 1994;19(4):49-55.