



ORIGINAL

La enfermera de práctica avanzada en la adecuación de los tratamientos de las heridas crónicas complejas



Juan Francisco Jiménez-García^a, Josefina Arboledas-Bellón^b,
Celia Ruiz-Fernández^c, María Gutiérrez-García^d, Nieves Lafuente-Robles^e
y Francisco Pedro García-Fernández^{f,*}

^a *Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas, Distrito Sanitario de Poniente, El Ejido, Almería, España*

^b *Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas, Distrito Sanitario Jaén-Nordeste, Úbeda, Jaén, España*

^c *Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas, Hospital San Agustín, Linares, Jaén, España*

^d *Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas, Distrito Sanitario Sierra de Ronda, Ronda, Málaga, España*

^e *Estrategia de Cuidados de Andalucía, Sevilla, España*

^f *Departamento de Enfermería, Universidad de Jaén, Jaén, España*

Recibido el 6 de marzo de 2017; aceptado el 12 de febrero de 2019

Disponible en Internet el 2 de marzo de 2019

PALABRAS CLAVE

Enfermeras de
práctica avanzada;
Heridas crónicas;
Tratamiento

Resumen

Objetivo: Determinar el impacto de las enfermeras de práctica avanzada en heridas crónicas complejas (EPA-HCC) en la adecuación de los tratamientos de los pacientes con heridas crónicas y el consumo de apósitos en los distritos donde están implantadas.

Método: Estudio de tipo cuasiexperimental de tipo pre-post sin grupo control con 3 mediciones: preimplantación en 2015, al año de implantación en 2016 y a los 2 años postimplantación en 2017, en los distritos sanitarios donde se estaba pilotando la EPA-HCC en Andalucía. Las variables principales son: número de profesionales formados, número de consultorías, prevalencia de heridas crónicas, adecuación de los tratamientos y coste económico en materiales para cura de los DS participantes.

Resultados: Se ha conseguido la formación de un total de 2.717 profesionales sanitarios con un total de 95.095 h lectivas; además, se han realizado un total de 3.871 consultorías y asesorías. La prevalencia de pacientes con lesiones en programa de atención domiciliaria y en residencias ha disminuido a la mitad. La adecuación de los tratamientos ha aumentado hasta el 90% y se ha conseguido un ahorro de más de 250.000 € en apósitos, en un período de 2 años.

Conclusión: La prevalencia de heridas crónicas durante los 2 años de implantación ha disminuido a la mitad, se ha conseguido una correcta adecuación del plan de formación y consultoría, consiguiendo racionalizar el gasto sanitario y una eficiente atención a las personas con heridas crónicas.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fpgarcia@ujaen.es (F.P. García-Fernández).

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.02.001>

1130-8621/© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Advanced practice nurses;
Chronic wounds;
Treatment

The advanced practice nurse in the adequacy of chronic, complex wound care**Abstract**

Aim: To determine the impact of advanced practice nurses in chronic wound care in the adequacy of treatments for patients with chronic wounds and the consumption of dressings in the districts where they have been implemented.

Method: A quasi-experimental pre-poststudy without a control group with 3 measurements: pre-implementation in 2015, one year after implementation in 2016, and 2 years post-implementation in 2017, in the health districts (HD) where the role of the advanced practice nurse in chronic wound care was piloted in Andalusia. The main variables were trained professionals, consultancies, prevalence of chronic wounds, adequacy of treatments and economic cost in materials for the participating HD.

Results: The training of a total of 2,717 health teams with a total of 95,095 teaching hours was achieved. In addition, a total of 3,871 consultancies were performed. The prevalence of patients with injuries in the home care (HC) programme and in care homes diminished significantly, to almost half. The adequacy of the treatments increased to 90% and savings of more than 250,000€ in dressings were achieved in just 2 years.

Conclusion: The prevalence of chronic wounds during the 2 years of implementation decreased by almost half. Adequacy of training and consultancy was achieved, rationalising health expenditure and ensuring efficient care for patients with chronic wounds.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

¿Qué se conoce?

Las heridas crónicas complejas suponen un problema de salud de primer nivel, con graves repercusiones para las personas que las padecen, su entorno de cuidados y los sistemas sanitarios. Su abordaje requiere de un sistema integrado de atención para lograr una mayor efectividad, de forma que se tenga en cuenta el curso completo del proceso. En España, hasta ahora, se carece de modelos organizativos que avancen hacia la integración de los dispositivos asistenciales para promover un uso eficiente de los recursos, una mayor satisfacción y una mejor calidad de vida del usuario de los pacientes con heridas crónicas.

¿Qué aporta?

La incorporación de las enfermeras de práctica avanzada en heridas crónicas complejas al sistema sanitario como modelo de atención intersectorial, integral e integrado ha supuesto una disminución de la prevalencia prácticamente a la mitad de las heridas crónicas en los distritos sanitarios donde se ha implantado. Han conseguido una correcta adecuación del plan de formación y consultoría, consiguiendo racionalizar el gasto sanitario y una eficiente atención a las personas con heridas crónicas.

Introducción

Las heridas crónicas complejas (HCC) son un problema en el ámbito de la salud, muchas veces invisible y subestimado, lo que ha frenado hasta fechas recientes el progreso de su conocimiento, detección y detención¹.

Sin embargo, como problema de salud de primer nivel tiene graves repercusiones a diferentes niveles, tanto para los pacientes (en el nivel de salud de quienes lo padecen y en su calidad de vida), como para el entorno de cuidados, sin olvidar a los sistemas de salud, donde provoca un elevado gasto.

Se podrían definir las heridas crónicas como la lesión de la piel con una escasa o nula tendencia a la cicatrización, mientras se mantenga la causa que la produce².

A pesar del mayor conocimiento y del desarrollo de intervenciones cada vez más sofisticadas, muchos clínicos se enfrentan a diario a heridas de «difícil cicatrización»³, en las que se ponen en juego grandes esfuerzos y mejores intenciones y, sin embargo, la cicatrización se prolonga en el tiempo o no se llega a alcanzar, lo que provoca un aumento del estrés psicosocial y de ansiedad para todos los que han participado en la intervención y se convierte en una carga financiera importante⁴⁻⁷, por lo que es preciso una nueva forma de abordaje.

En el control de la HCC es necesario, de acuerdo con el conocimiento actual, desarrollar intervenciones intersectoriales, integrales e integradas, para lograr la mayor efectividad posible. En este sentido, a las medidas clásicas de la salud pública de prevención y detección precoz se añaden como elementos clave de una estrategia global

para la lucha contra la aparición de las HCC, el diagnóstico y el tratamiento, el seguimiento y los aspectos psicosociales y rehabilitadores. Ello conlleva, a su vez, la mejora de la organización clínica y la coordinación de los niveles asistenciales, poniendo en perspectiva el amplio y diverso espectro sobre el cual actuar, atendiendo a la historia natural de la HCC, por un lado, y a la organización del sistema sanitario, por otro.

Por lo tanto, las HCC requieren de un sistema integrado de atención, de forma que se tenga en cuenta el curso completo del proceso. De esta forma, resulta fundamental que los nuevos modelos organizativos apuesten por el avance hacia la integración de los dispositivos asistenciales, promoviendo un uso eficiente de los recursos, una mayor satisfacción y una mejor calidad de vida de los usuarios⁸.

A nivel internacional, en el mundo de las heridas se han descrito varias figuras de práctica avanzada de reconocido prestigio. En el contexto norteamericano se identifica la figura de la enfermera especialista en heridas, ostomías e incontinencia (wound, ostomy and continence [WOC] specialty nursing)⁹⁻¹⁶. Esta figura deriva de la evolución de una competencia avanzada desarrollada a partir de los años 60 por las enfermeras especialistas de gastroenterología y urología en el manejo de los estomas^{17,18}. A partir de la década de los 80 del siglo pasado, comienza a desarrollarse como especialidad concreta, ampliando el campo de actuación a las heridas crónicas. Actualmente, se trata de una figura reconocida, con amplia autonomía.

En la década de los 90 del siglo pasado se desarrolla en el Reino Unido la figura del enfermero especializado en viabilidad de tejidos (tissue viability nurse)¹⁹⁻²⁶. El término «viabilidad tisular» es a menudo malinterpretado y, literalmente, se refiere a la preservación de tejidos sanos. Es un término muy amplio que, cuando se usa correctamente, se refiere a la prevención y la gestión de daño tisular que puede incluir tanto heridas agudas como crónicas, por tanto, podríamos decir que a pesar del nombre son enfermeros especialistas en heridas y su situación es similar a la norteamericana en cuanto a desarrollo normativo y de reconocimiento económico de la responsabilidad.

En Andalucía, y ante la dificultad para el reconocimiento de la figura como especialidad, se ha optado por un modelo más flexible y, entendemos, más adaptado a nuestro contexto, como es el de la enfermera de práctica avanzada (EPA).

El Consejo Internacional de Enfermeras define 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 o país en el que está acreditada para ejercer»²⁷.

Queda de manifiesto que la figura de la EPA-HCC se mueve en un entorno complejo y dinámico, que presenta continuos e importantes retos para ofrecer una atención a las HCC que tenga en cuenta el curso completo del proceso, que sea efectivo, de calidad y sostenible, lo que propicia 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 del

sistema sanitario público andaluz que garanticen una mejor coordinación de los mismos.

La EPA ayudará a la optimización de los recursos disponibles durante todo el proceso, debe posibilitar una gestión eficiente en la atención, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, independientemente del contexto asistencial y social de las personas con HCC; además, tendrá la misión de gestionar y aglutinar la actividad docente e investigadora en materia de cuidados sobre las HCC.

Las EPA-HCC han sido creadas con la idea de mejorar la calidad de los cuidados y la seguridad de los pacientes con HCC. Se les aplica los siguientes atributos⁸:

- Líderes que garanticen el derecho a una atención sanitaria con todos los recursos técnicos y humanos que necesite el paciente en función de las posibilidades del centro.
- Consultores que hagan eficiente la atención de las personas con HC.
- Responsables de optimizar los recursos.
- Aglutinadores de la actividad investigadora y docente en materia de HC.

Una de las funciones básicas que, por tanto, tendrá que desempeñar, y que recoge los atributos antes mencionados, es la transferencia del conocimiento que poseen a toda la profesión para mejorar la calidad del cuidado y la seguridad de unos pacientes especialmente complejos, con:

- Heridas crónicas de evolución especialmente tórpida.
- Donde no hay posibilidad de realizar determinados procedimientos de enfermería en su contexto asistencial.
- Donde existen dudas sobre el criterio o pauta a seguir.
- O cualquier otra situación que el profesional considere, pero que justifique, la consulta con la EPA en HC.

Para transferir el conocimiento las EPA-HCC utilizan diversas estrategias, entre las que destacan la docente y la consultora. Pero ¿esta labor tiene impacto en la práctica clínica?, ¿se traslada el conocimiento de las EPA-HCC a las enfermeras clínicas y de estas a los pacientes?

Por todo ello nos planteamos los siguientes objetivos:

- Determinar el impacto de las EPA en heridas crónicas en la adecuación de los tratamientos de los pacientes con heridas crónicas en los distritos donde están implantadas.
- Analizar los resultados sobre el consumo apósitos en dichos distritos sanitarios (DS).

Método

Este artículo forma parte de un proyecto más amplio en el que se pretende medir a nivel global y en determinados aspectos (prevención, tratamiento, tipos de heridas, etc.) la labor de las EPA-HCC.

Se realiza un estudio de tipo cuasiexperimental de tipo pre-post sin grupo control, con 3 mediciones: preimplantación en 2015, al año de implantación en 2016 y a los 2 años postimplantación en 2017, en los DS donde se estaba pilotando la EPA-HCC en Andalucía: DS Poniente (DSP), DS Jaén-Norte (DSJN), DS Serranía de Ronda (DSSR).

La población la constituyen todas las enfermeras de los DS y residencias socioasistidas (públicas o privadas) donde se está pilotando la figura de la EPA-HCC.

Se ha incluido a todos los profesionales que han tenido o pueden tener a su cargo pacientes con HCC en sus respectivas zonas básicas de salud y que han realizado la formación sobre HCC en los DS antes expuestos (DSP, DSJN y DSSR).

Se ha excluido a enfermeras especialistas (en materno-infantil o salud mental), enfermeras gestoras de casos y enfermeros directivos por no tener a su cargo a pacientes con heridas crónicas.

El tipo de muestreo seleccionado ha sido un muestreo accidental o de conveniencias entre las enfermeras que han participado en la recogida de datos en los 3 cortes de prevalencia entre octubre y noviembre del 2015, 2016 y 2017.

En cuanto a la muestra, se trata de una muestra conceptual, por los criterios de inclusión antes propuestos, por tanto, se incluye a todas las enfermeras formadas durante el periodo de análisis.

Con relación a la intervención las EPA-HCC, tras su implantación vienen desempeñando una labor programada y reglada hasta 2017, donde se establecen como cursos básicos, necesarios y obligatorios en su realización:

- Curso sobre prevención de las lesiones relacionadas con la dependencia (LRD).
- Curso de actualización en el tratamiento de las LRD.
- Curso de cuidado a las personas con lesiones en la extremidad inferior.
- Curso de estrategia de cuidados y actualización en el manejo de la carga bacteriana.
- Curso de actualización y manejo en quemaduras.

Esta formación fue organizada con base en las demandas principales de los profesionales, que se realizó en un análisis previo en cuanto a sus expectativas, necesidades y dudas a su programación.

Con ello se pretende determinar si la formación y la actualización de conocimientos tienen impacto y mejoran de forma significativa la adecuación de los tratamientos en función de las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC).

Además, se completó con una consultoría telefónica para responder a todas las dudas que las enfermeras pudieran tener sobre el manejo y tratamiento de las HCC tras la formación recibida.

Como se ha mencionado anteriormente, este proyecto forma parte de un estudio más amplio en el que se pretende medir la labor de la EPA de HCC a varios niveles. En este estudio, se presentan las variables que guardan relación con la adecuación de los tratamientos. Se ha recogido información sobre las siguientes variables:

- Horas de formación impartidas por las EPA.
- Porcentaje de profesionales formados.
- Número de consultorías realizadas.
- Población en programa de atención domiciliaria (ADO).
- Tasa de respuesta de los profesionales.
- Número de personas con alguna herida crónica.
- Tipo de tratamiento utilizado en la herida crónica, tanto para rellenar o cubrir la herida en función de su estado.

- Adecuación del tratamiento a los estándares recomendados por las GPC (concretamente se usó la Guía del Servicio Andaluz de Salud y de la EPUAP-NPUAP). Se categorizó en: adecuado, cuando se ajusta a las GPC, e inadecuado, cuando las GPC recomiendan un tratamiento más adecuado, pero este tratamiento podría ser factible e incorrecto cuando el tratamiento no se adecua a lo indicado en los estándares normales de prácticas.
- Importe económico del gasto en materiales para curas en los DS participantes, medido en euros.

En este estudio no se incluye a los pacientes que han sido atendidos de forma directa por las EPA-HCC, sino solo a los que han sido atendidos por las enfermeras clínicas que han recibido la formación y que además han podido utilizar la consulta con ellas como actividad complementaria.

Los miembros que conformaron la EPA-HCC en Andalucía, junto con su coordinador, realizaron un análisis previo de las variables a analizar y qué resultados serían adecuados a cada tipo de entorno de cuidados y de pacientes. Una vez que fue desarrollado el documento ad hoc, para la recogida de datos, se expuso en sesiones clínicas de las diferentes UGC de los distritos a las enfermeras y, de igual manera, se realizó en las residencias socioasistidas públicas y privadas. Se crearon los documentos y los cuestionarios (formato papel e informático) de recogida de datos y se procedió a la recolección de datos hasta alcanzar la recogida total.

Posteriormente, y como ya se ha comentado, el proyecto se planteó con 3 mediciones consecutivas.

Fase 1. Análisis de la situación preimplantación de EPA-HCC en Andalucía (año 2015):

- Presentación, exposición y explicación del cuestionario ad hoc con las variables a analizar (para todo el proyecto), para la recogida de datos a los profesionales que en ese momento estuvieran trabajando de las diferentes unidades donde se pilotó la EPA-HCC (DSP, DSJN y DSSR), al igual que a los profesionales de las residencias socioasistidas.
- Se hizo una presentación power point para los profesionales implicados, donde se les entregó el cuestionario en formato papel o en formato electrónico; además, se le hizo una exposición con informe de los resultados analizados y puesta en marcha de las estrategias a desarrollar, con la intención de dar respuesta a los problemas de salud de la población existente.

Fase 2. Análisis tras la implantación de la EPA-HCC transcurrido un año (año 2016):

- Este análisis nos daría información del efecto de la EPA-HCC a corto-medio plazo. Se analizaron y evaluaron nuevamente todas las variables preimplantación, lo que permite hacer una comparativa de los resultados obtenidos con los datos iniciales.

Fase 3. Evaluación transcurridos 2 años (año 2017):

- Nueva recogida por el mismo sistema de las mismas variables, lo que nos proporcionó información del efecto de la EPA-HCC a medio-largo plazo. Se realizó una medición final en las que se compararon los resultados obtenidos con la fase de preimplantación, y una segunda medición

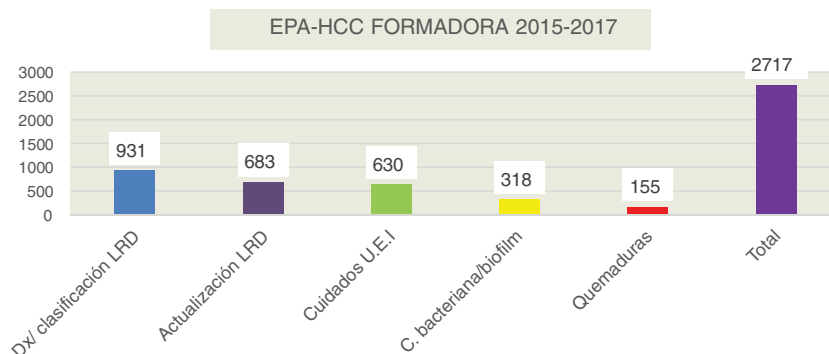


Figura 1 Formación EPA-HCC.

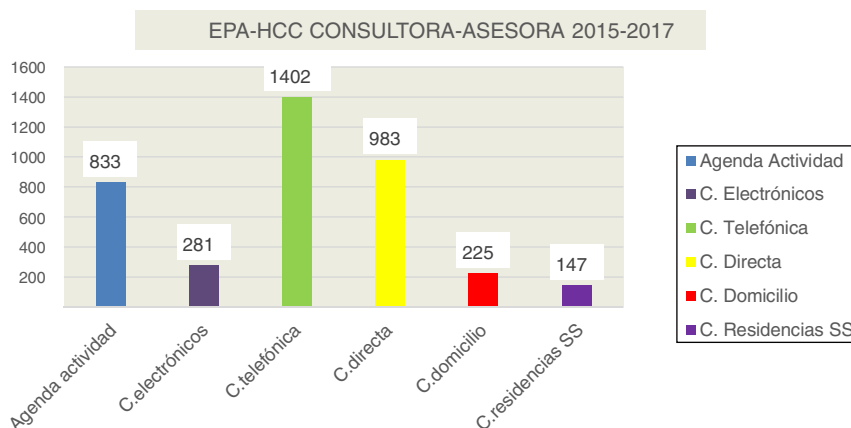


Figura 2 Consultoría-asesoría EPA-HCC.

utilizando para ello todas las variables utilizadas. En cada unidad de trabajo tanto profesionales como pacientes podrán variar y no ser los mismos.

Los datos sobre los costes de materiales de los distritos fueron facilitados por la Estrategia de cuidados. Se realizó un análisis anual de los mismos por distritos y hospitales desde la implantación de la prescripción enfermera en Andalucía, lo que permite tener una perspectiva de gasto desde 2009.

Se ha realizado un análisis descriptivo de cada una de las variables en estudio y se calcularon las medidas de frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Para el análisis se utilizó el programa IBM Statistical Package for the Social Sciences en su versión 21.0. En todos los casos se consideró un nivel de significación del 95%.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Centro Almería, como comité principal.

Resultados

Durante los 2 años de puesta en funcionamiento de las EPA-HCC, el número de profesionales formados ha sido de casi 3.000. Cabe reseñar que la formación realizada fue organizada con base en las demandas principales de los

profesionales, en un análisis previo en cuanto a sus expectativas, necesidades y dudas a su programación. Los datos detallados se muestran en la figura 1.

La mayoría de los profesionales formados son enfermeras y prácticamente la totalidad de las enfermeras de los DS participantes se han formado en todos los cursos realizados. También se han formado auxiliares de enfermería y fisioterapeutas, lo que ha conllevado a la realización de un total de 24.943 h lectivas, midiendo en todos los profesionales el incremento del conocimiento, siendo la media de todos ellos y de todos los cursos del 35%. Otro dato a reseñar fue el nivel autoconsiderado de conocimientos por parte de las enfermeras trascurridos 2 años desde la puesta en marcha de la EPA-HCC, de 5,9 sobre 10 en el 2015 a 7,7 sobre 10 en el 2017, siendo de casi 2 puntos de mejora.

Respecto al número de consultorías y asesorías que se han realizado, ha sido de 3.871, tanto en atención primaria como en residencias sociosanitarias, como se puede ver en la figura 2, siendo mayoritariamente por vía telefónica.

Tras el análisis de la formación y la consultoría, pasamos a analizar el impacto de la misma en los resultados en salud.

Durante los 3 cortes de prevalencia que fueron realizados en 2015, 2016 y 2017 los DS participantes atendían a una población de 715.000 personas (aproximadamente, el 9% de la población en Andalucía), habiéndose incrementado la población en estos 3 años más de 30.000 habitantes en este periodo.

Tabla 1 Perfil de los pacientes en programa de atención domiciliaria y residencias socioasistidas incluidos en el estudio

	Año 2015	Año 2016	Año 2017
Tasa de respuesta	327 (84,27%)	308 (82,28%)	334 (86,08%)
Pacientes en programa ADO	6.567	6.705	7.268
N.º pacientes en ADO incluidos en el estudio	6.442 (98,10%)	5.339 (79,63%)	6.087 (83,75%)
Pacientes con vida cama-sillón	2.996 (46,51%)	2.633 (49,31%)	2.925 (48,05%)
N.º pacientes con heridas crónicas en ADO	1.531 (28,72%)	1.314 (20,40%)	1.157 (15,93%)
Número de residencias	27	46	48
N.º camas disponibles	1.665	2.166	2.613
N.º camas ocupadas (% ocupación)	1.546 (95,85%)	2.064 (95,29%)	2.357 (90,20%)
Pacientes vida cama-sillón (% del total)	551 (35,64%)	557 (26,99%)	826 (35,04%)
N.º pacientes con heridas crónicas en residencias	263 (17,01%)	492 (22,71%)	394 (16,72%)

En la **tabla 1** se presentan los datos de tasa de respuesta de los profesionales, el número y el perfil de los pacientes en programa de ADO y atención de las residencias.

Como podemos observar, durante los 3 años más de 300 enfermeras han participado en el estudio, lo que supone más del 80% de tasa de respuesta. Ha habido un incremento de más de 700 pacientes en programas de ADO, superando los 7.000, de los que se han obtenido datos de 4 de cada 5 de ellos. Prácticamente la mitad de los pacientes hacen vida cama-sillón. Como podemos observar en la misma tabla, la prevalencia con pacientes con lesiones en programa de ADO ha disminuido a casi la mitad en estos 3 cortes.

Por lo que respecta a las residencias, el aumento de las mismas a lo largo del periodo ha sido notorio, había reticencias en el primer año, pero luego se han ido solventando al ver el trabajo de las EPA-HCC y prácticamente han participado todas las existentes, públicas o privadas. Se han obtenido datos de casi 2.500 residentes en el último año, 1.000 más que el primero, y la tasa de ocupación de las mismas siempre supera el 90% y uno de cada 3 pacientes hace vida cama-sillón.

Por lo que respecta al número de lesiones de los pacientes institucionalizados en residencias, aunque también ha disminuido, sus cifras son más dispares con dientes de sierra.

Respecto a la adecuación de los tratamientos, los resultados se presentan en la **figura 3**.

Llama la atención en este gráfico el aumento que ha habido en el porcentaje ajustado a las GPC de los tratamientos aplicados por las enfermeras de familia, que era 2/3 antes de su implantación pasando a 4/5 tras 2 años,

disminuyendo de forma significativa no solo los tratamientos inadecuados, sino, y sobre todo, los incorrectos, estando en solo un 4% cuando el primer año rondaba el 14%.

Respecto a la rentabilidad y la racionalización del gasto de los apósitos comparadas con la media de Andalucía, se presentan en las **figuras 4 y 5**.

Como podemos ver, el descenso es notable y sostenido en estos 2 años, siendo superior al 64% en todos los distritos y todos los periodos, a excepción del DS Serranía, que ha tenido un aumento en este último año tras un descenso importante del año anterior, que puede estar relacionado con el menor tiempo de dedicación de la EPA-HCC (un día a la semana).

Si traducimos este gasto a euros, en los distritos donde se ha estado trabajando y realizando formación las EPA-HCC han supuesto un ahorro absoluto muy importante y que presentamos en la **tabla 2**.

Como vemos, mientras que en este periodo el ahorro ha sido superior a un cuarto de millón de euros, el coste ha subido en el resto de Andalucía.

Pero si además comparamos los gastos de estos distritos con los de los 4 más cercanos durante el periodo de 2 años en que se implanta esta figura, encontramos una diferencia de 527.994,27 € respecto a los que tienen EPA-HCC.

Discusión

Existe una dificultad importante a la hora de poder comparar nuestros resultados con otros similares, al ser una

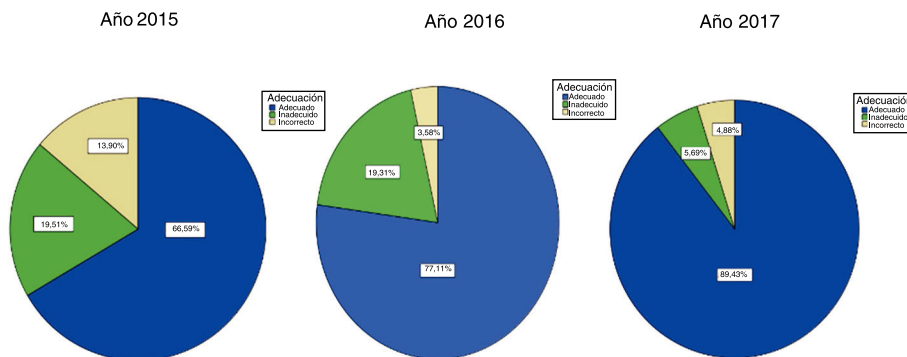


Figura 3 Adecuación de los tratamientos.

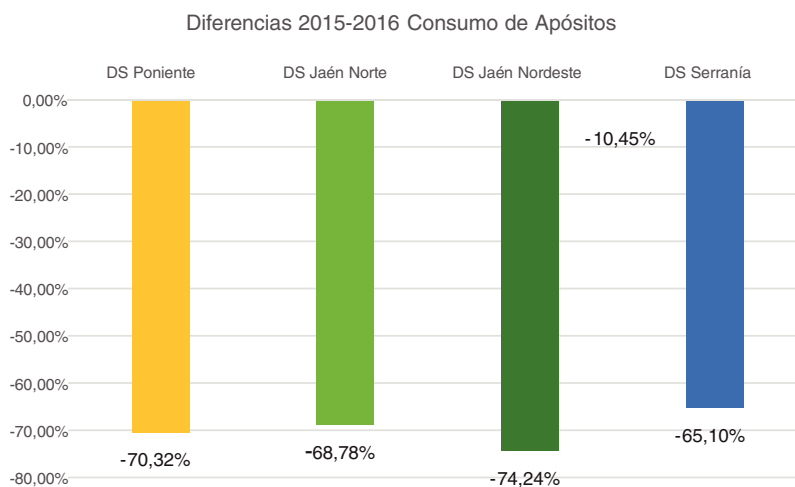


Figura 4 Consumo apósitos distritos con EPA-HCC 2015-2016 comparado con la media de Andalucía.

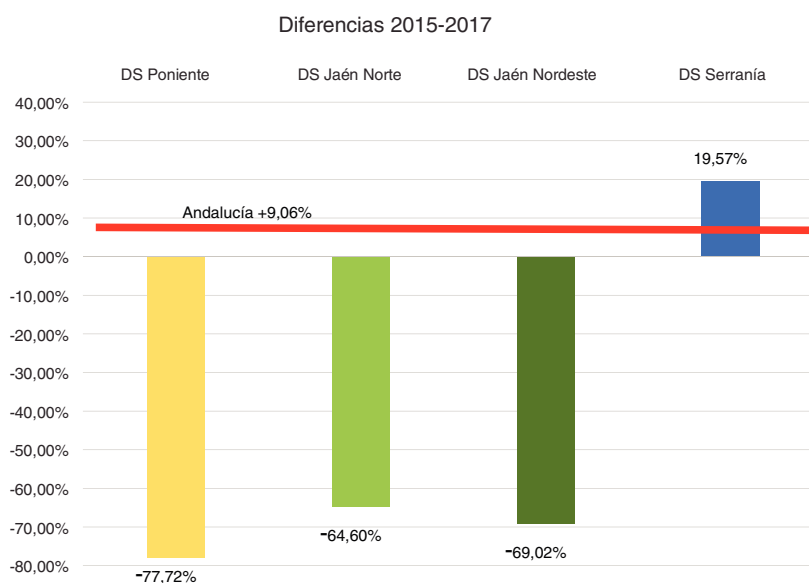


Figura 5 Consumo apósitos distritos con EPA-HCC 2015-2017 comparado con la media de Andalucía.

Tabla 2 Consumo en euros en los distritos EPA-HCC

	2015	2017	Diferencia en euros
DS Poniente	96.669,60	21.537,16	-75.132,44
DS Jaén Norte	121.294,38	42.940,21	-78.354,17
DS Jaén Nordeste	147.110,59	45.572,91	-101.537,68
DS Serranía	4.663,30	5.575,91	912,61
Total DS analizados	369.737,87	115.626,19	-254.111,68

figura novedosa en España y sin datos con los que poder comparar, ya que tampoco podemos encontrar estudios semejantes en la literatura internacional, por eso nos vamos a limitar a interpretar los datos obtenidos en nuestro estudio²⁸⁻³².

Nos gustaría destacar la participación que ha habido en los 3 análisis, superando las 300 enfermeras y los casi 9.000 pacientes entre programa de ADO y residencias, lo que

supone una muestra más que representativa de la población real.

Aunque los datos de prevención forman parte de otros artículos pendientes de publicación, sí nos gustaría destacar el importante descenso de la prevalencia del número de pacientes con heridas crónicas en atención a domicilio, pasando en el 2015 del 28,72% a tener en el 2017 un 15,93%, lo que supone un descenso a prácticamente la mitad en los

3 cortes de prevalencia realizados. Este dato constituye una información a considerar para justificar la creación de la figura.

Este descenso parece estar motivado fundamentalmente porque se han implantado más medidas preventivas, pudiendo estar condicionado este aumento por la formación realizada por las EPA-HCC a las enfermeras clínicas de los centros que han participado en el pilotaje de la figura. Esta formación se consideró básica e imprescindible desde el mismo momento de la configuración del proyecto de creación de esta práctica avanzada y fue un pilar fundamental del trabajo de las mismas.

Se debe reseñar el volumen de consultas que recibe la EPA-HCC de todos los profesionales de diferentes niveles asistenciales, el incremento que se va produciendo en cuanto a la atención de las personas más vulnerables dentro del sistema sanitario, tanto en domicilios como en residencias sanitarias, con el inconveniente que conlleva los desplazamientos en distritos y áreas de gestión sanitarias por la gestión de la dispersión geográfica y la optimización del tiempo empleado en ello.

También es destacable el papel que la formación realizada por las EPA-HCC ha tenido en la adecuación de los tratamientos. Profesionales mejor formados son profesionales más involucrados y comprometidos, y eso está revirtiendo en un mejor cuidado de los pacientes, lo que, a nuestro juicio, pone de manifiesto la transferencia del conocimiento de las EPA-HCC a las enfermeras clínicas y de estas a los pacientes, lo cual, sumado lo anterior, refuerza mucho más la figura de la EPA-HCC.

Una formación específica en actualización en tratamientos de cura en ambiente húmedo, con objetivos concretos sobre el uso correcto de los materiales según el estado general del paciente, el estado de la piel perilesional, la infección y el coste-eficacia de los recursos ayuda a identificar las barreras que impiden y bloquean el proceso normal de cicatrización. También en la formación se establecieron objetivos específicos sobre los productos de cura en ambiente húmedo (hidrogeles, hidrocoloides, hidrofibras, alginatos, antimicrobianos, siliconas, productos bioactivos, terapia de presión negativa, etc.), sus indicaciones, adecuaciones y contraindicaciones de los materiales de que disponemos en las diferentes plataformas provinciales y su uso correcto, lo que ha conllevado una mejora en la adecuación y un ahorro considerable con base en el coste unitario de los productos utilizados y consumidos por plataforma, frente al mismo material utilizado y consumido por prescripción enfermera en receta sanitaria.

Los resultados no han sido iguales en todos los DS donde se ha implantado la figura. En Andalucía, hemos iniciado este pilotaje con diferentes modelos de dedicación de la EPA-HCC (a tiempo total, 5 días a la semana; a tiempo parcial, 2 días y medio a la semana, y a tiempo limitado, una vez en semana) y los resultados han mostrado cómo esta dedicación influye de forma significativa en los resultados obtenidos, de forma que a mayor tiempo, mejores resultados, tanto en tasas de derivación a hospitales, como de cicatrización, de prevalencia o de consumo de materiales, lo que determina la implantación a tiempo total de esta figura.

La figura de la EPA-HCC se mueve en un entorno complejo y dinámico, que presenta continuos e importantes retos para ofrecer una atención a las personas con HCC que tengan en

cuenta el curso completo del proceso, que sea efectivo, de calidad y sostenible, por lo que se podría establecer, por los datos obtenidos y el pilotaje realizado, que una EPA-HCC a tiempo total podría dar cobertura a una población que oscile entre los 200.000-250.000 habitantes.

En cuanto al ahorro económico, se ha conseguido en los distritos donde la figura está implantada un ahorro superior al cuarto de millón de euros en 2 años. A esto se añade que si realizamos una comparación de estos 4 distritos con 4 distritos de las mismas provincias y donde no se está pilotando la figura de la EPA-HCC, esta cifra se duplica, lo que viene a reforzar la opción de extensión de esta figura en todos los DS de Andalucía, por su alta rentabilidad. Las EPA-HCC no solo constituyen un recurso eficaz en cuanto a resultados de salud, sino que además contribuyen a la sostenibilidad y la equidad del sistema.

En cuanto a las limitaciones de la investigación, quisiéramos resaltar 3. En primer lugar, las intrínsecas al diseño de la investigación realizado. No existe un grupo control propiamente dicho, pueden existir riesgos derivados de la recogida de datos; al ser práctica declarada, se puede asumir que algunos profesionales plantearán una situación que puede ser mejor que la situación real, por lo que se asumirá que en los 2 cortes la situación planteada es la mejor posible. No obstante, se cuenta con el apoyo de los directivos de los centros para la recogida de los datos y el recordatorio de la necesidad de su cumplimentación, además de las estrategias de difusión realizadas por las propias EPA y que pensamos han podido controlar este problema.

La otra limitación es la rotación de profesionales. No obstante, las formaciones se van repitiendo de forma cíclica y en los DS donde se implanta la EPA adquieren unos algoritmos para la toma de decisiones que son iguales y están a disposición de las nuevas incorporaciones, evitando así la variabilidad a la hora de la toma de decisiones. Así mismo, las EPA están a disposición para contactar y formar de forma individualizada a cualquier profesional de nueva incorporación.

Finalmente, también entendemos que puede ser una limitación el hecho de que en cada corte se vaya a incluir a pacientes diferentes; no obstante, pensamos que el perfil de los mismos no varía en exceso y además muchos de ellos mantienen lesiones durante largos periodos o incluso recidivas, por lo que entendemos que esta limitación es asumible y los resultados en este aspecto no difieren de la realidad.

Conclusión

Como conclusiones finales de nuestro estudio, se determina una disminución, en los distritos y áreas de referencia, a prácticamente la mitad de la prevalencia de heridas crónicas durante los 2 años de implantación de las EPA-HCC.

Estas EPA consultoras hacen más eficiente la atención de las personas con HCC y la formación que realizan optimizan los recursos y mejoran el conocimiento de los profesionales, lo que conlleva unos mejores cuidados de los pacientes con heridas crónicas. La adecuación de los tratamientos ha aumentado hasta el 90% en 2017. Esto significa un aumento de casi el 25% con respecto a antes de la implantación de la figura.

Además, a raíz de la estrategia planificada y estructurada por parte de la Estrategia de cuidados de Andalucía, con una correcta adecuación en el plan de formación y actuación ante pacientes con heridas crónicas, se está consiguiendo racionalizar el gasto sanitario en materiales para el cuidado de las heridas crónicas con el fin de garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público andaluz. Este ahorro puede ser cuantificado en más de 250.000 € en estos 2 años.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de interés.

Agradecimientos

A todas las enfermeras que han participado en este proyecto. A todas las enfermeras que forman parte de la Estrategia de cuidados de Andalucía. A los pacientes que cada día hacen que nuestro trabajo sea mejor.

Bibliografía

1. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, López Casanova P. Tercer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. Gerokomos. 2011;22:77-90.
2. Garcia-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 nº 10. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2012.
3. European Wound Management Association (EWMA). Documento de posicionamiento: heridas de difícil cicatrización, un enfoque integral. Londres: MEP Ltd; 2008.
4. Hylka SC, Beschle JC. The role of advanced practice nurses in surgical services. *AORN J*. 1997;66:481-5.
5. Newton H. Cost-effective wound management: A survey of 1717 nurses. *Br J Nurs*. 2017;26 12 Suppl:S44-9.
6. Medley JA. Cost-effectiveness of a WOC advanced practice nurse in the acute care and outpatient setting. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2014;41:307-10.
7. Guest JF, Ayoub N, McIlwraith T, Uchegbu I, Gerrish A, Weidlich D, et al. Health economic burden that different wound types impose on the UK's National Health Service. *Int Wound J*. 2017;14:322-30.
8. Consejería de Salud. Manual de las enfermeras de práctica avanzada en heridas crónicas, complejas. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud; 2015.
9. Gray M. Context for WOC practice: chewing gum for postoperative ileus, best practices for enterocutaneous fistula, postpartum urinary incontinence, and more. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2010;37:127-8.
10. Gray M, Mawyer G. Forty years of publishing excellence. *J Wound Ostomy Cont Nurs*. 2013;40:12-4.
11. Gray M. Context for WOC practice: Validating our assessments and interventions. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2010;37:455-7.
12. Gray M. Context for WOC practice: Here is the evidence, but what does it mean to my practice? *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2008;35:554-6.
13. James K. WOC nursing practice in the home care setting a view from here. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2013;40:356-8.
14. Hamric AB. WOC nursing and the evolution to advanced nursing practice. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2000;27:46-7.
15. Thompson DL, Gallagher DL. WOCNCB® certification. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2012;39:328-30.
16. Richbourg L. Will the WOC nurse of the future also be a DNP? *J Wound Ostomy Cont Nurs*. 2009;36:590.
17. Gray M, Ratliff C, Mawyer R. A brief history of advanced practice nursing and its implications for WOC advanced nursing practice. *J Wound Ostomy Cont Nurs*. 2000;27:48-54.
18. Doughty D. History of WOC (ET) nursing education. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2013;40:127-9.
19. Haughton B. The formation of a new tissue viability nurses' group. *Br J Nurs*. 2000;9 19 Suppl:S4.
20. Tinley P. The link nurse system in relation to the specialty of tissue viability. *Br J Nurs*. 2000;9 19 Suppl:S59-62.
21. Flanagan M. The impact of change on the tissue viability nurse specialist: 1. *Br J Nurs*. 1998;7:648-57.
22. Guy H. Now is the time for tissue viability. *Br J Nurs [Internet]*. 2011;20. S30-S30.
23. Palfreyman S. The value of nurse-led tissue viability services. *Br J Nurs*. 2012; 21(20):3.
24. Cowan T. Management solutions for tissue viability: JWC conference report. *J Wound Care*. 2010;19:161-6.
25. Hemingway B, Storey C. Role of the clinical research nurse in tissue viability. *Nurs Stand*. 2013;27:62-8.
26. Finnie A, Wilson A. Development of a tissue viability nursing competency framework. *Br J Nurs*. 2003;12(Sup1):S38-44.
27. International Council of Nursing. Nurse Practitioners and Advanced Practice Nursing Network. Definitions and Characteristics of the role. 2014 [consultado 12 Nov 2018]. Disponible en: <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>.
28. Haughton B. The formation of a new tissue viability nurses' group. *Br J Nurs*. 2000;9(19 Suppl):S4
29. Doughty DB. WOC nurse consult: Nonhealing wound. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2011;38:165-7.
30. Gray M, Drake DJ, Swanson M, Pokorny M, Rose MA, Waters W, et al. Context for WOC practice combination therapies for complex conditions. 2010;37:351-3.
31. Glover D. Tissue viability nurses' experiences of managing wound exudate. *Nurs Stand*. 2014;29:64-70.
32. Cullen B. Roles for the WOC nurse in a disaster. 2008;35:282-6.