

La enfermería ante el reto de la promoción de la salud en pacientes y cuidadores con riesgo de deterioro de la integridad cutánea o con heridas (1ª parte)

Autores:

Ana Isabel Calvo Pérez, Josefa Fernández Segade, Luis Arantón Areosa, José María Rumbo Prieto, Manuel Romero Martín, María Antonia Trueba Moreno, Francisco García Collado, Ana Ramírez Pizano

Resumen

El deterioro de la integridad de la piel y tejidos que supone el desarrollo de una úlcera, deteriora la calidad de vida de los afectados, disminuye su autonomía e implica un aumento de la morbilidad e incluso de la mortalidad subyacentes, que a su vez implican un alto coste socioeconómico.

La educación para la Salud (EpS), constituye una herramienta eficaz para mejorar el nivel de autonomía de los pacientes, disminuir el riesgo de este tipo de problemas y promover la implicación de pacientes y familiares en la prevención y tratamiento del problema, sin apenas consumir recursos, más allá del tiempo e implicación de los profesionales asistenciales.

Nursing in the challenge of health promotion in patients and caregivers with the risk of deterioration of the skin integrity or wounds (Part 1)

Summary

The deterioration of the integrity of the skin and tissues involved in the development of an ulcer, reduces the quality of life of those affected, decreases its autonomy and involves an increase in morbidity and even mortality underlying, which in turn imply a high socio-economic cost. Health education, is an effective tool to improve the level of autonomy of the patients, decrease the risk of this type of problems and promote the involvement of patients and relatives in the prevention and treatment of the problem, without hardly consume resources beyond time and involvement of health care professionals.

Introducción

Las úlceras por presión (UPP) entendidas como lesiones que se producen en la piel y tejidos subyacentes, provocadas por la presión (combinada o no con fricción) que los tejidos ejercen contra una superficie dura (generalmente la cama), desembocando en isquemia y muerte celular, son actualmente un problema de salud de gran trascendencia, pero también un problema social y económico.

La aparición de UPP deteriora la calidad de vida de los pacientes y su entorno sociofamiliar, generando pérdida de autonomía y sufrimiento, así como un empeoramiento del pronóstico vital del paciente que las desarrolla.

Numerosos estudios estiman que la mayor parte de las úlceras por presión (en torno al 98%) deberían poder ser evitadas con la gestión adecuada de los factores de riesgo; pero también es cierto que el nivel de riesgo “cero” no existe, ni puede garantizarse; aún así, cada vez son más frecuentes las demandas judiciales que llevan a profesionales e instituciones ante los tribunales para dirimir si los medios que se han puesto al alcance del paciente para la prevención han sido los adecuados y razonables.

Somos los profesionales de enfermería quienes hemos de llevar la iniciativa para garantizar un abordaje integral del paciente, que necesariamente ha de ir desde la identificación de los factores de riesgo (primordial) hasta la promoción de autocuidados a los propios pacientes y cuidadores

Si bien la causa principal por la que aparecen UPP, es la presión mantenida entre dos planos (**Imagen 1**), no debemos obviar otras como las fuerzas de fricción o rozamiento, o las fuerzas de tracción (una combinación de presión y fricción), que pueden lesionar los tejidos al tratar de realizar movimientos con el paciente; de igual manera, posturas inadecuadas en pacientes encama-



Imagen 1: UPP en oreja izquierda debida a la goma de la mascara de O2.

dos o que pasan mucho tiempo sentados, pueden provocar lesiones en los tejidos.

Las UPP son un problema multifactorial y multicausal; la inmovilidad, los problemas de sensibilidad del paciente, determinadas patologías crónicas como la diabetes, estados generales de deterioro físico-cognitivo, presencia de dolor o fiebre, trastornos vasculares, administración de algunos fármacos, la edad, estado nutricional y de hidratación, la presencia de humedad en contacto con la piel, son algunos de los factores a tener en cuenta.

Cualquier paciente que reciba atención sanitaria en alguna de sus modalidades está expuesto a la concurrencia de efectos adversos (situación no deseable, relacionada con la atención sanitaria recibida, que puede tener consecuencias negativas para la salud del paciente). El riesgo de que aparezcan factores adversos aumenta a medida que el paciente presenta más problemas de salud y menor autonomía (**Imagen 2**).

Sin lugar a dudas la manera más efectiva de luchar contra los efectos adversos, es actuar sobre los condicionantes que los facilitan, o sea mejorando la prevención

Sabemos que el progresivo envejecimiento de la población, el aumento de patologías crónicas y de pacientes dependientes, conlleva que existen también un mayor número de cuidadores tanto informales (familia, vecinos) como formales (personal de centros sanitarios, geriátricos y servicios sociales) que asumen el cuidado de las personas que tienen limitada su autonomía y que necesitan ayuda en sus actividades de la vida diaria.

Los profesionales de enfermería tenemos la responsabilidad de garantizar que esos pacientes y cuidadores adquieran los conocimientos y desarrollen las habilidades mínimas para poder dar respuesta a las necesidades concretas de cada situación particular y especialmente en el campo de la prevención de las UPP. Para poder proporcionar los recursos didácticos necesarios, es preciso identificar las características internas de la unidad familiar, así como las condiciones, estado y capacidad tanto del paciente, como de los cuidadores, como punto de partida para el establecimiento de las intervenciones oportunas.

La educación para la salud (EpS), es una herramienta imprescindible en el cuidado de los pacientes con patologías crónicas y sin embargo suele ser la gran olvidada, bajo pretexto de sobrecarga laboral y “falta” de tiempo, dando a entender implícitamente que viene a ser una “pérdida de tiempo”, cuando en realidad constituye un derecho y como tal, aparece recogido en la declaración de Alma-Ata (1978) dentro del programa “Salud para todos en el año 2000”, en la carta de Ottawa, dentro de la 1ª Conferencia Internacional para la promoción de la Salud (1986) y también en la Constitución Española o en la Ley General de Sanidad).

La EpS es un proceso evolutivo que va a estar condicionado por todas las circunstancias y vivencias del paciente, por su contexto personal, familiar, social, económico y cultural. Tendremos que articular una sistemática de atención y asistencia de manera individual o grupal, para proporcionar la información necesaria que le permita implicarse en el control de sus riesgos y mejora de su salud, o sea facilitar la información (veraz y



Imagen 2: Paciente con muy alto riesgo de desarrollar UPP.

oportuna) necesaria para que estén en disposición de poder tomar las decisiones más adecuadas según sus propias circunstancias y situación concreta.

Los objetivos generales de la EpS en pacientes con heridas o con riesgo de desarrollarlas y/o en sus cuidadores, son:

- Ofrecer información y conocimientos que les permitan desarrollar habilidades eficaces para los autocuidados.
- Facilitar que puedan mejorar sus condiciones de vida, optimizando los cuidados que requieren.
- Reducir las consecuencias de derivadas de la iatrogenia que sea posible prevenir y con ello los costes asociados (tanto económicos, como personales y sociales).

Como objetivos específicos, tras la adecuada EpS, el paciente y/o sus familiares deberían ser capaces de:

- Mejorar su nivel de salud adquiriendo hábitos más adecuados y saludables.
- Incrementar su nivel de conocimientos sobre los cuidados básicos para la prevención y/o tratamiento de las heridas crónicas.
- Mejorar la adherencia y participación en los procesos educativo y de cuidados.
- Disponer de mayor y mejor información sobre los recursos sociosanitarios disponibles en su área geográfica de referencia.
- Ser capaz de establecer y seguir un orden de prioridades según sus determinantes de la salud.

La EpS es una actividad multidisciplinar que aglutina aspectos de ciencias de la salud, de ciencias de la educación, de ciencias del comportamiento y de ciencias de la comunicación, por lo que suele requerir la participación de diversos profesionales. Para que sea efectiva ha de ser planificada e impartida por los diferentes agentes implicados, de manera que se creen sinergias entre ellos (trabajo en equipo). Debe ser considerada como una tarea primordial dentro del equipo asistencial y no una actividad marginal, que solo asuman algunos profesionales más concienciados.

Planificando las intervenciones, se posibilita reservar el tiempo necesario en las agendas profesionales y organizar el resto de la atención en función del tiempo disponible. La EpS no supone una pérdida de tiempo, ni representa un gasto extra en tiempo y esfuerzos, sino muy al contrario, constituye una verdadera inversión, que deriva frecuentemente en menor necesidad de cuidados por parte de los pacientes y en mayor autonomía tanto de pacientes, como de cuidadores, con lo cual finalmente revierte en disminución de la frecuentación y

necesidad de intervenciones profesionales, pero sobre todo en la mejora de la calidad de vida de los enfermos y sus cuidadores.

Población diana de la EpS

La EpS debería ser realizada con toda la población en función de los condicionantes de vida, capacidad de comprensión, entorno ambiental etc. puesto que cada grupo poblacional va a necesitar en cada momento y situación un enfoque concreto y es en este contexto cuando se dan las mejores condiciones para aprovechar al máximo los recursos que repercutirán en unas mejores condiciones de salud.

La EpS dentro del proceso de atención de pacientes con heridas, es obligada en todas las personas que ya han desarrollado heridas crónicas o que están en situación de riesgo de padecerlas (**Imagen 3**) y a todas las que están relacionadas con el cuidado de algún paciente con esas circunstancias:

- Individuos o grupos de población con riesgo de presentar heridas.
- Cuidadores o grupo de cuidadores, formales o informales de personas dependientes y enfermos.
- Población que su entorno laboral esté relacionado con la prevención y tratamiento de heridas.
- Redes sociales de la comunidad (asociaciones vecinales, de enfermos, etc.)
- Familiares de pacientes con riesgo o con heridas instauradas.
- Personal de administración y cargos públicos relacionados con la salud, trabajo y educación social.
- El equipo de salud



Imagen 3: Lesión estadio 1 producida por arrugas en las sábanas de la cama.

Se trata de realizar una labor de educación para la salud ante necesidades educativas específicas y situaciones derivadas de la enfermedad, incapacidad y/o dependencia, para mejorar la disposición y los recursos personales de todos los implicados.

Enfermería y EpS

Desde principios de siglo, las enfermeras hemos ido incorporando la educación sanitaria a nuestro papel profesional, pero actualmente es ya la propia sociedad quién demanda insistentemente competencias distintas a las tradicionales, que no sólo se circunscriben al ámbito de conocimientos enfermeros sino también al campo del desarrollo de habilidades sociales y psicológicas que nos llevan a ofertar un trato de calidad hacia las personas que solicitan nuestros servicios y cuidados.

La EpS debe de formar parte de cualquier acto que realice un profesional sanitario o agente de la salud ya que son muchas, diversas y complejas las intervenciones educativas que los profesionales de la salud llevan a cabo diariamente siendo una actividad que se suele traducir directamente en un aumento de calidad asistencial para el usuario: hemos de tener en cuenta que el sistema sanitario solo consigue cubrir a través de los profesionales, el 12% del tiempo total de dedicación y cuidados de salud que precisan los pacientes, el 88% restante está cubierto por el sistema informal de cuidadores y familiares, fundamentalmente en el ámbito domiciliario.

El derecho del ciudadano a disponer de información adecuada sobre cómo mantener y mejorar su salud le lleva a una mayor **autoresponsabilidad**, permitiéndole así mejorar los conocimientos y posibilitando adoptar estilos de vida saludable (dieta equilibrada, práctica regular de ejercicio físico, ausencia de hábitos nocivos, respeto del tiempo de descanso, gestión de recursos... etc.).

Corresponde a la enfermería, como agente sanitario de primera línea de contacto con los pacientes, este tipo de intervención con el paciente y sus familiares, identificando problemas y situaciones potencialmente negativas, “educando” sobre conocimientos, estilos de vida, comportamientos saludables y promoviendo la capacidad de asumir auto-cuidados y de reducir factores de riesgo.

Partiendo de la definición de cuidados de enfermería de Virginia Henderson, (*“Capacidad de asistir al individuo, enfermo o sano, en la realización de las actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación y que él realizaría sin ayuda si dispusiera de la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, de tal forma que*

le ayude a ser independiente lo antes posible”), está claro que la enfermería no sólo ayuda a un paciente o cuidador en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) o en administrar cuidados de salud cuando el paciente no es capaz de realizarlos, sino también cuando estos, no tienen los conocimientos o la voluntad suficientes para asumirlos; este aprendizaje es imprescindible para que los individuos adquieran la máxima independencia posible.

El papel del personal de enfermería y su repercusión en el entramado asistencial es creciente; la comunidad reconoce su calidad como profesional de la salud (alta cualificación, competencias, habilidad y autonomía en la administración de cuidados y continuo contacto con pacientes y familias), lo que hace que el mensaje enfermero sea escuchado y tenido cada vez más en cuenta. El uso de las taxonomías enfermeras NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Clasification) y NOC (Nursing Outcomes Classification), constituyen una herramienta de comunicación indispensable en el trabajo del enfermero, ya que permiten que todos los profesionales “hablemos el mismo idioma”; y podamos registrar y evaluar la efectividad de nuestras intervenciones de una manera sistematizada y común.

Proceso de EpS

El principal objetivo de la EpS es posibilitar la mejora de la participación del individuo, sano o enfermo, su familia y la comunidad en el proceso asistencial, a través de una enseñanza eminentemente práctica. Es un proceso de formación y de responsabilidad de la persona; las actividades planificadas deben hacer sentir y pensar al individuo, esto le permitirá poder resolver problemas, reducir riesgos potenciales propios o de las personas a las que ofrecen cuidados y fomentar el cambio de actitudes teniendo en cuenta que en último término es la persona la que ha de aceptar y decidir sobre esos cambios.

Las intervenciones nunca deben dejarse al azar, intuición o improvisación del educador, la conexión coherente entre teoría, tecnología y praxis educativa implica la interacción entre varios elementos (el que enseña, el que aprende, el tema, el método) en un contexto determinado (la consulta, el domicilio, la comunidad). El aprendizaje es un proceso dinámico de interacción que pretende conseguir un cambio de comportamiento en la dirección planificada y que ese cambio perdure; el verdadero aprendizaje entendido como potencial de cambio de conducta es una experiencia interna y profunda del educando, que afecta a los conocimientos, valores y creencias (modo de pensar), a las actitudes

(intención de actuar) y a los comportamientos (modo de actuar), del que aprende.

Metodología de EpS

La EpS implica que ha de ser participativa, con posibilidad de expresar los sentimientos y exponer las dificultades que pacientes o cuidadores puedan tener respecto al papel que han de desempeñar (supone usar el espacio, el tiempo, los recursos humanos y materiales existentes).

Uno de los modelos más aceptado en EpS es el **Modelo P.R.E.C.E.D.E.** diseñado por Lawrence Green y Marshall Kreuter para la educación en salud y programas de promoción de la salud.

Es un acrónimo de los términos en inglés:

- P** (Predisposing- Predisponentes)
- R** (Reinforcing- Reforzadores)
- E** (Enabling- Facilitadores)
- C** (Causes- Causas)
- E** (Educational- Educativa)
- D** (Diagnosis-Diagnóstico)
- E** (Evolution-Evaluación)

Parte del principio de que la mayoría de los cambios de comportamiento son voluntarios. Trata a los individuos con comprensión, proporcionando motivación y habilidades para que participen activamente en la resolución de sus problemas individuales y de la comunidad, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Es un modelo sumamente práctico que ha demostrado que los cambios en el comportamiento perduran más, cuando las personas han participado activamente en estos y ha podido decidir libremente.

Según este modelo, el estilo de vida está condicionado por el propio entorno, las personas que nos rodean, las creencias, tradiciones etc., y al aplicarlo estaremos evaluando el nivel de conocimientos, actitudes y conductas de la población sobre la que se va a intervenir. La mejor forma de obtener esta información es a través de cuestionarios estructurados, si bien también es posible hacerlo mediante entrevistas. Esto permitirá un diagnóstico de la población diana para, posteriormente, diseñar el modelo de intervención haciendo hincapié en los factores que consideramos deben ser modificados y desechando aquellos que no lo sean.

¿Educación individual o en grupos?

La educación puede realizarse de manera grupal o individual; depende del momento, situación y necesidades del individuo; no son excluyentes, sino complementarias; la elección de la técnica concreta depende

del educador, de la valoración de la situación que haya realizado y de su propia habilidad para manejar unas técnicas u otras.

La **educación individual** es muy efectiva con personas enfermas, ya que el individuo es más receptivo (nunca se tiene tanto interés por la salud como cuando se pierde); Este interés es extensivo también a familiares y cuidadores que ven como su vida diaria está condicionada al rol de cuidador, aumentando su responsabilidad y necesidad de aprendizaje en técnicas de manejo del enfermo. Se adapta a cada situación particular de paciente y/o cuidador, por lo que requiere proximidad. La entrevista es el sistema más utilizado ya que implica una gran interacción dinámica entre el profesional y el paciente, con intercambio de ideas, opiniones y retroalimentación permanentes.

La educación grupal se basa en la teoría del aprendizaje de interacción; suele estar indicada tras la educación individual, ya que el grupo puede actuar de fuente de motivación y refuerzo (los mejores resultados se obtienen con grupos homogéneos que comparten los mismos problemas y objetivos).

En resumen, para poder analizar y valorar los cambios respecto a la situación de partida, es imprescindible realizar la correspondiente evaluación (herramienta de análisis y mejora de todo proyecto educativo); de esta manera identificaremos si los temas tratados son adecuados, si los objetivos se cumplen, si el método es correcto y si los resultados son los esperados. La evaluación debe hacerse antes, durante y después de la intervención para poder determinar el conocimiento y las destrezas adquiridas por el cuidador o paciente y su posterior repercusión en la adquisición de comportamientos saludables (estos resultados condicionarán la introducción de las mejoras que fuesen necesarias).

En el próximo número abordaremos una serie de herramientas y técnicas de comunicación que las enfermeras tenemos a nuestro alcance para que la promoción de la salud deje de ser un reto y se pueda convertir, por fin, en una realidad complementaria a la administración de cuidados de enfermería.

Bibliografía

1. ANEDIDIC. Guía de práctica clínica en prevención de úlceras por presión. [Consultado 16 febrero 2011]. Disponible en: <http://www.anedidic.org/publicaciones/documentos/guia-de-practica-clinica-en-prevencion-de-ulceras-por-p-res-.pdf>
2. Antonio Arribas, C. y col. Papel de Enfermería en Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud Dirección. General de Atención Primaria. 2009.
3. Arantón Areosa L, Beaskoetxea Gómez P, Bermejo Martínez M, Capillas Pérez R, García Collado F, Segovia Gómez T, et al. Guía Práctica Ilustrada: Tratamiento de Heridas. Madrid: Edimsa; 2008.
4. Arantón Areosa L, González Díaz B, Cortizas Rey J, Rumbo Prieto JM, Vázquez Figueiras J, Conde Casal MJ. Cicatrización de lesión secundaria a amputación de dedo índice por picadura de Pez Araña. *Enf Dermatológica* 2008; 3:28-33
5. Arantón L, Bermejo M, Manzanero E, Salvador MJ, Segovia T. Guía Práctica Ilustrada. Úlceras por Presión. Prevención y Tratamiento. Ediciones Mayo S.A. 2010
6. Arantón L, Capillas R, Fornés B, Palomar F, Ruiz A. Gestión de los cuidados enfermeros en úlceras y heridas. Ediciones DAE, 2009
7. Delgado R, Pérez A, Rodríguez FJ, Carregal L, Gonzalez R, Souto E, García N, Fontenla LM, Ananín C. Manual de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión. Servizo Galego de Saúde. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela 2005
8. Documento EPUAP. Prevención de úlceras por presión: Guía de referencia rápida. [consultado 21 febrero 2011]. Disponible en: http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/10_pdf.pdf
9. Frías Osuna A. Salud pública y educación para la salud. 1ª ed. Barcelona: MASSON,S.A. 2000.
10. GARCIA MARTINEZ, Alfonso y col: "Educación para la Salud: Una apuesta por la calidad de vida". Ediciones ARAN, Madrid. 2000.
11. GNEAUPP. Directrices generales sobre prevención de las úlceras por presión (Doc.I GNEAUPP). [consultado 20 febrero 2011]. Disponible en: http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/3_pdf.pdf
12. Guía de práctica clínica de enfermería: Prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. 2008. Disponible en: <http://publicacions.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3305-2008.pdf>
13. López SR, García RA, Lacida M, Pérez RM, et al. Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2007
14. Martos Garcia, Raúl. Fundamentos de la educación para la salud y la atención primaria. Ed. Junio 2007. Editorial CEP
15. McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier España SA. 2005
16. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Proyecto de Resultados Iowa. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier España SA. 2005.
17. NANDA internacional, Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2009-2011. Elsevier
18. Reason J. Human error, models and Management. *BMJ* 2000; 768-770
19. Roza de Árevalo C. Fundamentos pedagógicos que sustentan el proceso de educación en salud. *Aquichan*, octubre año/vol.2,nº002 pp27-35. Universidad de la Sábana. Chía, Colombia
20. Rumbo Prieto, JM^a; Arantón Areosa L, Romero Martín M, García Collado F, Ramírez Pizarro A. Sucesos adversos relacionados con las úlceras por presión: ¿Un problema evitable?. *Rev. Enfermería dermatológica* 2010;11: 21-25
21. Salleras Sanmartín L. Educación Sanitaria. Ediciones Díaz de Santos SA. Madrid 1990.
22. Serrano González M^a Isabel. La Educación para la Salud del Siglo XXI: comunicación y salud 2ª edición 2002. Ediciones Díaz de Santos S.A
23. Soldevilla JJ, Navarro S. Aspectos legales relacionados con las UPP. *Gerokomos*. 2006; 17(4): 203-224.
24. Verdú J, Nolasco A, García C. Análisis y evolución de la mortalidad por úlceras por presión en España. Periodo 1987-1999. *Gerokomos*. 2003; 14(4): 212-226