



**Enfermera de Práctica Avanzada en la
atención de personas con Heridas
Crónicas Complejas
(EPA-HCC)**

ESTRATEGIA DE CUIDADOS DE ANDALUCÍA

Coordinación:

Francisco Pedro García Fernández

Nieves Lafuente Robles

M. Isabel Casado Mora

Serafín Fernández Salazar

Grupo de trabajo:

Juan Francisco Jiménez García.

Josefa Arboledas Bellón.

María Gutiérrez García

Francisco González Jiménez

Celia Ruiz Fernández

Maquetación y cubierta

Jesús Zamora Acosta



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License

Edita:

© 2018 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Avenida de la Constitución 18, 41071 Sevilla

Tel. 955 01 80 00, fax 955 01 80 37

www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

Disponible en: www.picuida.es

PRÓLOGO

En las últimas décadas, en Andalucía, se está produciendo un significativo cambio en el perfil sociodemográfico de la población, que afecta directamente a la organización de la familia, de la comunidad y de los sistemas sanitarios. Paralelamente se ha producido el desarrollo de los planes formativos en el grado y postgrado de Enfermería. Ante esta situación, se ha hecho necesario reorientar los modelos de cuidados y el desarrollo de nuevas competencias y roles profesionales para lograr una atención sanitaria ágil, eficiente, sostenible y de calidad, adaptada a las necesidades y expectativas de la ciudadanía.

En el marco del desarrollo de nuevas competencias y nuevos roles profesionales se han definido en nuestro sistema sanitario perfiles específicos de Enfermeras de Práctica Avanzada (EPA). Las enfermeras que desarrollan este perfil son profesionales que ejercen un liderazgo clínico en el ámbito de su trabajo, con autonomía para la toma de decisiones complejas, basadas en la aplicación de la evidencia y en los resultados de la investigación a su práctica profesional. En su práctica integran cuatro roles: clínico experto, consultor, docente e investigador.

Los roles de EPA son definidos por el propio Sistema Sanitario de manera singular y específica, ya que pueden cambiar en relación a las necesidades de la ciudadanía, y al avance competencial de las enfermeras de Grado, por lo que su rol se deberá adaptar atendiendo al carácter cambiante de esas necesidades y de los problemas de salud existentes en un momento y contexto determinado. En este sentido, la Estrategia de Cuidados de Andalucía, pretende con este manual definir el perfil competencial y la provisión del servicio dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Nieves Lafuente Robles. Directora de la Estrategia de Cuidados de Andalucía.

SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	página 5
2. DEFINICIÓN DEL SERVICIO	página 10
3. PROVISIÓN DEL SERVICIO	página 12
4. PERFIL COMPETENCIAL DE LA EPA-HCC	página 19
5. EVALUACIÓN	página 22
6. BIBLIOGRAFÍA	página 26

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACION

1.1. Importancia de las Heridas Crónicas Complejas en el sistema sanitario

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

Existe la idea de que las heridas crónicas complejas (úlceras por presión, pie diabético, úlceras arteriales, úlceras venosas, etc.) son algo inherente a la edad o a determinados procesos patológicos o están ligadas a los procesos del fin de la vida y que por tanto son *“inevitables o problemas menores”*, esta idea debe ser desterrada dentro de nuestro sistema de salud. Primero, y como ya hemos visto, por el gran sufrimiento y coste asociado; y segundo, porque gran parte de estas lesiones se pueden evitar con pautas de prevención adecuadas recomendadas por las Guías de Práctica Clínica².

Se podría 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 produce³. Las HCC son aquellas que no evolucionan adecuadamente en el tiempo esperado, también son denominadas heridas de evolución tórpida y/o refractaria a los tratamientos habituales, y que no cicatrizan adecuadamente, tal y como aparece reflejado en la definición: *“HCC es una herida que requiere para su cicatrización de períodos muy prolongados de tiempo, en 6 semanas no ha culminado el proceso de cierre de la misma, y que cicatriza por segunda intención, en un complejo proceso que elimina y reemplaza el tejido dañado”*⁴. Una herida aguda puede cronificarse y convertirse en una herida de difícil cicatrización llegando a prolongarse mucho en el tiempo y comportarse como una HCC en cuanto a su proceso de cicatrización.

En las HCC se altera el proceso de cicatrización, tanto molecular como celularmente, provocando una prolongación de la fase inflamatoria, un incremento de la producción de metaloproteasas, una degradación de la matriz extracelular y un retraso en la migración celular como en el tejido conectivo⁵⁻⁶, siendo la probabilidad de cicatrizar baja si se dejan evolucionar de manera natural⁷. En síntesis, herida crónica compleja es aquella que no sigue un proceso de reparación ordenado o que sigue un proceso de reparación que no restaura la integridad anatómica y funcional⁸.

Las HCC son una patología frecuente y uno de los problemas de salud pública más importantes de los países desarrollados. Su incidencia continúa aumentando, debido principalmente al incremento y el envejecimiento de la población, así como a la exposición a riesgos conocidos que se relacionan con las lesiones crónicas.

Aunque la frecuencia varía, en función del país y sus características, en este momento casi un 1% de la población mundial padece una herida con complejidad en su cicatrización, con unos costes asociados de entre un 2% y un 4% de los gastos sanitarios, que en nuestro país se estimó en 2005 sólo para las úlceras por presión puede rondar entre los 461 y 602 millones de euros anuales⁹.

En el caso de las úlceras de pierna la comunidad científica acepta que con un adecuado tratamiento el 50% de las úlceras curarán en cuatro meses, el 20 % no lo harán hasta pasados dos años y un 8 % no lo hará hasta después de cinco años¹⁰. Sabemos que aproximadamente el 25 % de las personas con diabetes presentan, en algún momento de su historia de enfermedad patología en los pies, siendo ésta la causa más frecuente de ingreso hospitalario (25%), amputación y una de las causas de larga estancia hospitalaria. Son destacables algunos otros datos básicos de la epidemiología⁷ de todas las úlceras de extremidad inferior: la prevalencia e incidencia se triplica cuando se consideran grupos con edades superiores a los 75 años; su cronicidad (un 40-50 % superan el año de evolución) y recidiva (entre un 25 y un 30 % recidiva en el periodo de doce meses tras de la curación).

A pesar del mayor conocimiento y del desarrollo de intervenciones cada vez más sofisticadas, muchos clínicos se enfrentan a diario ante heridas de "difícil cicatrización" en las que a pesar de poner en juego grandes esfuerzos y mejores intenciones, la cicatrización se prolonga en el tiempo o no se llega a alcanzar. Esta situación provoca frecuentemente un aumento del estrés psicosocial y de ansiedad para todos los que han participado en la intervención y se convierte en una carga financiera importante, por lo que es preciso una nueva forma de abordaje.

1.2. Nuevos modelos organizativos para el abordaje de los cuidados de las HCC

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 del usuario.

El impacto de vivir con una herida crónica es complejo y multifactorial. No solamente se debe medir con diferentes herramientas los aspectos físicos de las heridas sino también el bienestar de las personas que viven con una herida¹¹.

En el abordaje 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. Todos estos elementos ponen 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.

En este entorno de complejidad con continuos e importantes retos se hace necesaria la existencia de una Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) para el abordaje de personas con HCC que tenga en cuenta el curso completo del proceso, con un modelo de trabajo efectivo, de calidad y sostenible; lo que propicia el desarrollo de nuevos modelos organizativos que apuesten por el avance hacia la coordinación de los dispositivos asistenciales, promoviendo un uso eficiente de los recursos y una mayor satisfacción de la ciudadanía.

1.3. Pilotaje del rol de EPA en el abordaje de personas con HCC (EPA-HCC) en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

En el SSPA se ha realizado durante dos años (2015-2017) un pilotaje para conocer la efectividad de la EPA-HCC. El pilotaje se ha desarrollado en distintos contextos asistenciales y situaciones (Atención Primaria (AP) y Hospitalaria) de centros sanitarios de las provincias de Almería, Jaén, Málaga y Granada.

Los resultados de estos dos años parecen concluyentes, tanto para las personas que padecen una HCC y sus familias, como para los sistemas sanitarios. Según los resultados, la EPA-HCC es más eficiente cuando centra su intervención en el entorno comunitario y dirige sus intervenciones a profesionales de AP, de residencias y a las personas en el entorno donde residen, sin que ello excluya a los profesionales del ámbito hospitalario, e independientemente del ámbito donde esté situada físicamente la EPA-HCC (Hospital o AP).

1.3.1. Resultados de atención a pacientes

Programa de pacientes en atención domiciliaria y en residencias asistidas: el número de pacientes con heridas crónicas en atención domiciliaria (ADO) en 2015 fue de un 20,42%. En el año 2017 la prevalencia disminuyó hasta el 15,93%, propiciado por una mejor capacidad de identificación de las lesiones y el mayor uso de medidas preventivas. En residencias también han disminuido aunque en menor medida, produciéndose también una asesoría directa a los profesionales, lo que conllevó a una mejora continua en la calidad de los cuidados.

Pacientes con lesiones relacionadas con la dependencia (LRD): la prevalencia en el 2017 fue del 10,42% del total de pacientes en atención domiciliaria (ADO), frente al 12,59% del 2015, con una variación del 2,15%, disminuyendo la severidad de todas las lesiones especialmente por presión y por humedad, lo que habla de la identificación y abordaje precoz de las mismas.

Pacientes con úlceras venosas: se incrementó en un 15,65% su tratamiento la utilización del vendaje multicapa (el más adecuado) y una reducción del 31,36% de aquellos pacientes que no utilizaban ningún tipo de compresión externa. Se puso de manifiesto la importancia de la formación impartida por las EPA-HCC.

Pacientes que precisan desbridamiento quirúrgico: se ha disminuido de forma importante, así como la adecuación de los tratamientos que ha aumentado un 23%, con una reducción de tratamientos incorrectos del 10% siendo solo en un 4% en el año 2017.

Resultados esperados de la valoración y evolución de la cicatrización de las heridas crónicas (Índice RESVECH): la media de puntuación ha disminuido en el periodo estudiado, lo que significa que, aunque aún quedan semanas de evolución en la mayoría de las heridas, su situación general es mejor en casi 4 puntos.

Además de los elementos anteriormente destacados, en cuanto al rol clínico de la EPA-HCC, se produjo un incremento del 44% cada año, con un total de 641 pacientes en seguimiento, con tasas medias globales de cicatrización de un 41,50%, con mejoría del 37% y solo un empeoramiento del 21,25%.

1.3.2. Consultorías

En cuanto al rol consultor, se realizaron 4.386 consultorías y asesorías por parte de las EPA-HCC. Los aspectos más valorados por parte de las enfermeras que realizaban las consultas es que se diese una respuesta rápida y eficaz ante situaciones difíciles, complejas y urgentes.

1.3.3. Generación y transferencia del conocimiento

Durante los dos años, las EPA-HCC han participado en 4 proyectos de investigación y han publicado 4 artículos científicos. Por otro lado, se han impartido 10 ponencias de carácter internacional y 8 nacionales. También han compartido su conocimiento en congresos científicos a través de comunicaciones (75 comunicaciones internacionales y 5 nacionales).

Las EPA-HCC han colaborado con universidades andaluzas públicas, habiendo realizado durante el mismo periodo de tiempo, un total de 20 actividades formativas (cursos, seminarios, talleres) y la tutorización de 65 alumnos/as, la coordinación de 82 alumnos/as de Enfermería, y la formación clínica en su tutorización a 5 EIR (Enfermero Interno Residente).

Respecto de la formación, las EPA-HCC formaron a un total de 3.704 profesionales sanitarios, impartiendo un total de 24.943 horas lectivas, habiéndose incrementado la transferencia del conocimiento en todos los cursos de media en un 45% y el nivel auto considerado de conocimientos por parte de las enfermeras transcurrido dos años, fue de dos puntos de mejora (5,9-7,7/10).

1.3.4. Resultados económicos

Se consiguió una disminución en las derivaciones a consulta de especialistas médicos hospitalarios desde la implantación de la figura del 14,94% en dos años, y un incremento de la derivación con atención directa por parte de las EPA-HCC valorando, haciendo seguimiento y evaluaciones del 15,61%, lo que llega a traducirse en un importante ahorro en coste.

En los dos años de duración del pilotaje, y respecto del gasto de la prescripción de apósitos por receta, se consiguió un ahorro de 527.994 € en los cuatro distritos donde se estaba pilotando la EPA-HCC, frente al incremento que se produjo de 336,894,93 € en cuatro distritos sanitarios más cercanos donde no estaba implantada la EPA-HCC.

2. DEFINICIÓN DEL SERVICIO.

2.1. Definición de la EPA-HCC.

Las enfermeras que se incorporan a la EPA-HCC deben ser profesionales con las competencias reconocidas para cualquier EPA y con conocimiento clínico experto en el abordaje de personas con HCC.

Son enfermeras capaces de prestar una atención sanitaria basada en la mejor evidencia disponible, valorando la epidemiología clínica y los estándares de calidad internacionales para esta práctica clínica, garantizando una utilización correcta de los recursos disponibles.

Deben destacar entre sus competencias la capacidad de ejercer como consultor para profesionales, pacientes y/o familia; con una importante labor docente, encaminada a extender su práctica al resto de la comunidad enfermera; realizando acciones formativas continuadas y sistemáticas, para intentar llegar a todas las enfermeras clínicas, especialmente de AP y residencias socio-sanitarias; generando mejora continua de este grupo profesional en la prevención, abordaje y recuperación de las personas con HCC.

A su vez tienen que generar conocimiento, a través de la investigación, ejerciendo en definitiva un liderazgo transformacional que mejore la atención a las personas con heridas crónicas en el contexto donde se encuentren.

2.2. Filosofía del servicio

El trabajo interdisciplinar y en equipo es el elemento básico. Se ofrece un entorno centrado en la persona y familia desde una perspectiva de atención biopsicosocial, buscando el mayor bienestar y calidad de vida posibles. Promueve la auto-responsabilidad, la autonomía y el autocuidado como pilar para la recuperación física y emocional y la reincorporación a su proyecto de vida, además de contribuir a la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes.

2.3. Visión del servicio

- Orientar el servicio hacia la excelencia en los cuidados.

- Garantizar el acceso a los recursos sanitarios.
- Fomentar la corresponsabilidad como garante de la sostenibilidad del sistema sanitario.
- Coordinar la actuación de cada profesional que interviene en el caso, siendo el marco de referencia de los sistemas sanitarios en materia de atención a las personas con heridas crónicas o en situación de riesgo de padecerlas.

2.4. Misión del servicio

- Ofrecer cuidados integrales centrados en la persona, con un servicio de calidad que responda a sus valores, sus necesidades y sus expectativas.
- Promover su autorresponsabilidad e independencia.
- Contribuir, en el seno del equipo de salud, a la toma de decisiones compartidas.
- Colaborar en la continuidad del proceso asistencial.
- Contribuir desde su aportación específica a la mejora de la calidad de vida y al logro de los objetivos del plan terapéutico.
- Asegurar un uso eficiente de los recursos.

2.5. Atributos del servicio:

- Personalización del servicio: entendida la personalización como guía, acompañamiento y referencia profesional durante todo el proceso, de la persona y su entorno de cuidados.
- Liderazgo: las EPA-HCC deben ser las profesionales que garanticen el derecho a una atención sanitaria que ponga al servicio de la persona con heridas crónicas todos los recursos técnicos y humanos en función de sus necesidades, sean de prevención, o de atención a su proceso, teniendo en cuenta los recursos disponibles.
- Gestión eficiente en la atención, prevención, diagnóstico y tratamiento independientemente del contexto asistencial y social de las personas con heridas crónicas.
- Optimización de los recursos diagnósticos, preventivos y terapéuticos dirigidos a las personas con heridas crónicas y aglutinar la actividad investigadora y docente en materia de heridas crónicas de su área de influencia.

2.6. Valores profesionales

Las profesionales que desarrollan la EPA-HCC asumen establecer su relación con ciudadanía, profesionales, y organizaciones de acuerdo los valores del SSPA:

- Considerar a la ciudadanía como centro del sistema sanitario: opinión como elemento de mejora continua para la toma de decisiones y apuesta por un marco social de alianzas y de valores compartidos entre ciudadanía y profesionales de la salud.
- Respeto, para reconocer y aceptar las opiniones y valores de ciudadanía, profesionales, y organizaciones.
- Integridad, manteniendo la confidencialidad y la privacidad de la población que se atiende.
- Colaboración, en el compromiso de trabajar por el logro de soluciones mutuamente aceptables con ciudadanía, profesionales, y organizaciones.
- Excelencia, con el compromiso por lograr los mejores resultados basados en la mejor evidencia
- Promoción del desarrollo profesional.
- Capacidad de adaptación a los nuevos requerimientos sociales y de salud.

En resumen, deben poner en juego todos los valores que el sistema sanitario espera de ellas: liderazgo, confianza, trabajo en equipo, comunicación, respeto a la persona, confidencialidad, integridad, responsabilidad social y sostenibilidad.

3. PROVISIÓN DEL SERVICIO

3.1. Objetivos.

Objetivo general:

- Asegurar una atención integral, individualizada y de calidad que de respuesta a las necesidades específicas de la persona con HCC y su familia garantizando la continuidad asistencial.

Objetivos Específicos:

- Facilitar cuidados expertos a las personas con HCC y su familia, respondiendo a sus necesidades, posibilitando los máximos niveles de recuperación en la autonomía de la persona.
- Mejorar la calidad de la atención a las personas con HCC estableciendo un modelo metodológico común en las actuaciones que mejore la eficiencia clínica, la calidad de vida y la sostenibilidad del sistema sanitario.
- Potenciar la prevención como la mejor alternativa para evitar la aparición de HCC o favorecer su curación.
- Conocer la incidencia y la prevalencia de las HCC en el contexto asistencial de la unidad.
- Actuar como equipo de referencia, soporte y asesoramiento en el campo de las lesiones crónicas, para equipos de AP, unidades de hospitalización, centros socio-sanitarios y residenciales, asociaciones y usuarios con el fin último de unificar criterios y disminuir la variabilidad clínica y diagnóstica.
- Mejorar la comunicación y coordinación entre los distintos niveles de salud y profesionales.
- Racionalizar el gasto sanitario en materiales para el cuidado de las HCC con el fin de garantizar la sostenibilidad de los diferentes sistemas sanitarios.
- Desarrollar un itinerario formativo adecuado a cada contexto asistencial en heridas crónicas.
- Fomentar y favorecer la investigación en la práctica diaria desarrollando y manteniendo líneas activas en el campo de las heridas crónicas.

3.2. Población diana.

La EPA-HCC atenderá como enfermera **consultora** a profesionales de los tres niveles de salud (hospital, AP y atención socio-sanitaria) que demanden asesoramiento sobre los cuidados de pacientes con una herida crónica ante cualquiera de los siguientes supuestos:

- Evolución especialmente tórpida
- Incapacidad para realizar el procedimiento de enfermería en su contexto asistencial.
- Dudas sobre el criterio o pauta a seguir.
- Cualquier otra situación que el profesional considere, pero que justifique, la consulta con la EPA-HC.

Se considerarán susceptibles de consulta a personas con heridas de los siguientes tipos:

- Úlceras por presión
- Úlceras venosas
- Úlceras isquémicas
- Úlceras neuropáticas (pie diabético)
- Heridas quirúrgicas abiertas en las que se precise un cierre por segunda intención.
- Otras úlceras crónicas de baja prevalencia (calcifilaxis, epidermiolisis bullosas, lesiones neoplásicas, etc.)

Límites de entrada:

- De los Profesionales: cualquier profesional de la salud (enfermera, médico, fisioterapeuta, etc.) podrá demandar la consulta y/o asesoría de la EPA-HCC para adecuar el plan terapéutico a las necesidades de las personas con heridas crónicas de las que son referentes en el centro o en el domicilio.
- De los Pacientes: los pacientes llegarán al programa por derivación de los profesionales de referencia que los remitirá a la EPA-HCC.

Límites de salida:

- Curación y/o mejoría en los términos descritos en los indicadores de resultado NOC de los Diagnósticos Enfermeros definidos a su entrada especialmente en el Cicatrización por Segunda Intención con una puntuación ≥ 3 en sus indicadores de criterio.
- Traslado a otro centro fuera de la comunidad autónoma de Andalucía o por decisión del paciente y/o de sus cuidadores de no seguir siendo atendido por la EPA-HCC.
- Fallecimiento del paciente.

3.3. Consultoría: circuitos de acceso y derivación.

La EPA-HCC actuará como consultora en los distintos niveles asistenciales y con los diferentes profesionales que participan del cuidado de las heridas, tanto en AP como Hospitalaria.

La atención por parte del EPA-HCC, se articulará para profesionales preferentemente vía telemática y para los pacientes podrá ser tanto a través de la propia consulta como de manera directa (hospital, domicilio, residencia) cuando las circunstancias así lo demanden³.

En cualquier caso, se establecerán los siguientes circuitos:

- **Derivación Interna:** El equipo de profesionales del área donde esté ubicada la EPA-HCC podrán consultar sobre pacientes que por su situación requieran una asesoría específica, o realizar interconsulta con otro profesional.
- **Derivación Externa:** Consulta de profesionales se podrá realizar mediante dos vías: telefónica o telemática. La telefónica se realizará, como en el caso anterior, para situaciones urgentes explicando el caso a la enfermera.
- **Primera Visita:** En la primer visita, la EPA-HCC hará una valoración integral del paciente haciendo especial énfasis en sus antecedentes, en sus procesos crónicos y se realizará una valoración de las lesiones, con una descripción de las mismas. La EPA-HCC decidirá si el paciente precisa de visitas sucesivas, si se realiza un protocolo conjunto de cuidados con su enfermera referente y/o EGC, o si prescribe un tratamiento y deriva para seguimiento sólo por su enfermera de familia.
- **Visitas Sucesivas:** Las visitas sucesivas tendrán un carácter de seguimiento periódico para aquellas lesiones especialmente recidivantes, difíciles de cerrar o con evolución tórpida, o lesiones en que el enfermero referente por cambios de la misma considere adecuado una nueva valoración por parte de la EPA-HCC.

3.4. Formación, generación y transferencia del conocimiento

La EPA-HCC realizará un análisis de la situación de su área de influencia, y priorizará, junto con la Dirección de su Área, las prioridades formativas y de capacitación para la mejora de los cuidados del equipo de salud de su área de influencia.

Por otro lado, también generará conocimiento, a través del análisis de los resultados de su práctica, participación en proyectos de investigación, difundiendo los resultados de su práctica clínica a través de artículos científicos y participación en congresos.

3.5. Atención directa a pacientes: mecanismos de captación e identificación de casos.

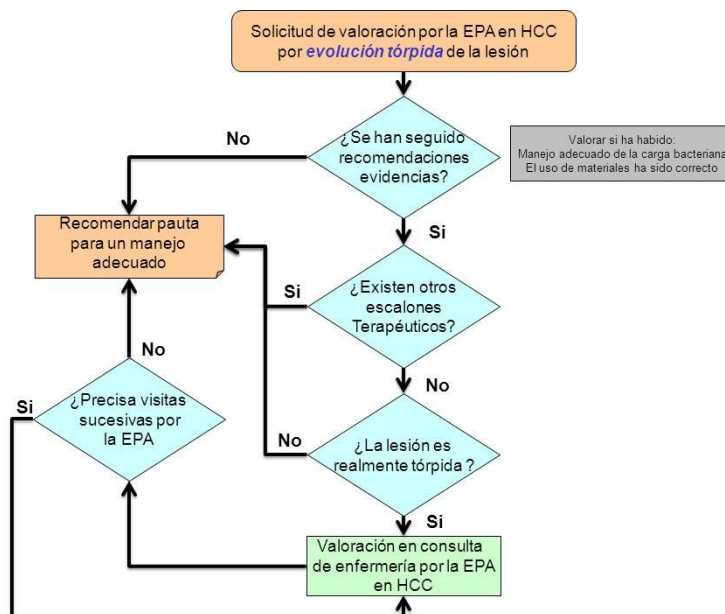
La EPA-HCC podrá hacer una valoración clínica de pacientes con heridas crónicas cuando ocurra alguno de los siguientes supuestos: evolución especialmente tórpida de la lesión, incapacidad para realizar el procedimiento en su contexto asistencial, dudas sobre el criterio o pauta a seguir o cualquier otra situación que el profesional considere, pero que justifique, la consulta con la EPA-HCC.

A continuación, se detallan algoritmos para la toma de decisiones de cada uno de estos supuestos

3.5.1. Evolución especialmente tórpida de la lesión (ver algoritmo 1)

Antes de aceptar el caso la EPA-HCC tendrá que garantizar que:

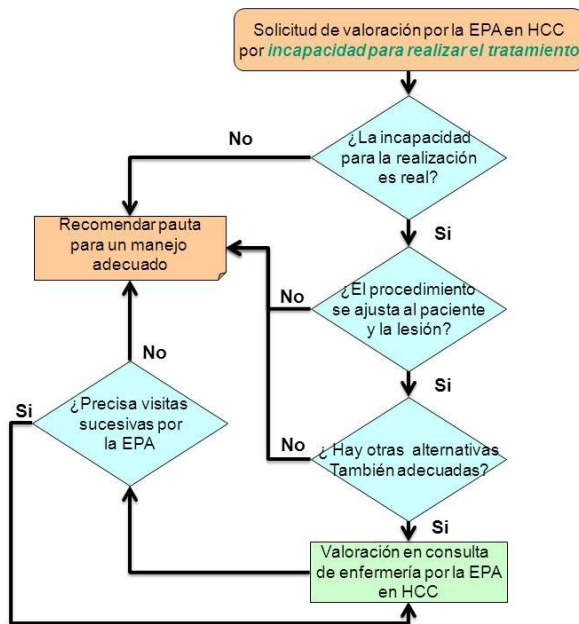
- Se han seguido las recomendaciones que las evidencias disponibles sugieren en función del tipo de lesión, considerando al menos: 1) Si la lesión ha tenido un manejo adecuado de la carga bacteriana (de al menos 2 a 4 semanas); 2) Si el uso de los materiales y productos de cura ha sido el adecuado al tipo de lesión.
- La existencia de otro (u otros) escalones terapéuticos, cuyo uso por el profesional de referencia puede ser adecuado, en cuyo caso recomendará dicha pauta antes de aceptar la evaluación del caso.
- Si el periodo de evolución es el suficiente para considerar de evolución tórpida a la lesión.
- Si existen alrededor de 6 semanas de puntuación de RESVECH mantenida.
- Si existe una evolución superior a 12 semanas de la lesión sin signos claros de mejoría.



Algoritmo 1: Evolución tórpida de las lesiones

3.5.2. Incapacidad para realizar el procedimiento en su contexto asistencial. (Ver algoritmo 2)

- Valorar si esa incapacidad para realizar el procedimiento en el contexto asistencial es real o no.
- Valorar si el procedimiento que se solicita se ajusta a las necesidades del paciente y de la lesión.
- Valorar si hay otras opciones alternativas que también puedan considerarse adecuadas.



Algoritmo 2: Incapacidad para poder realizar el procedimiento

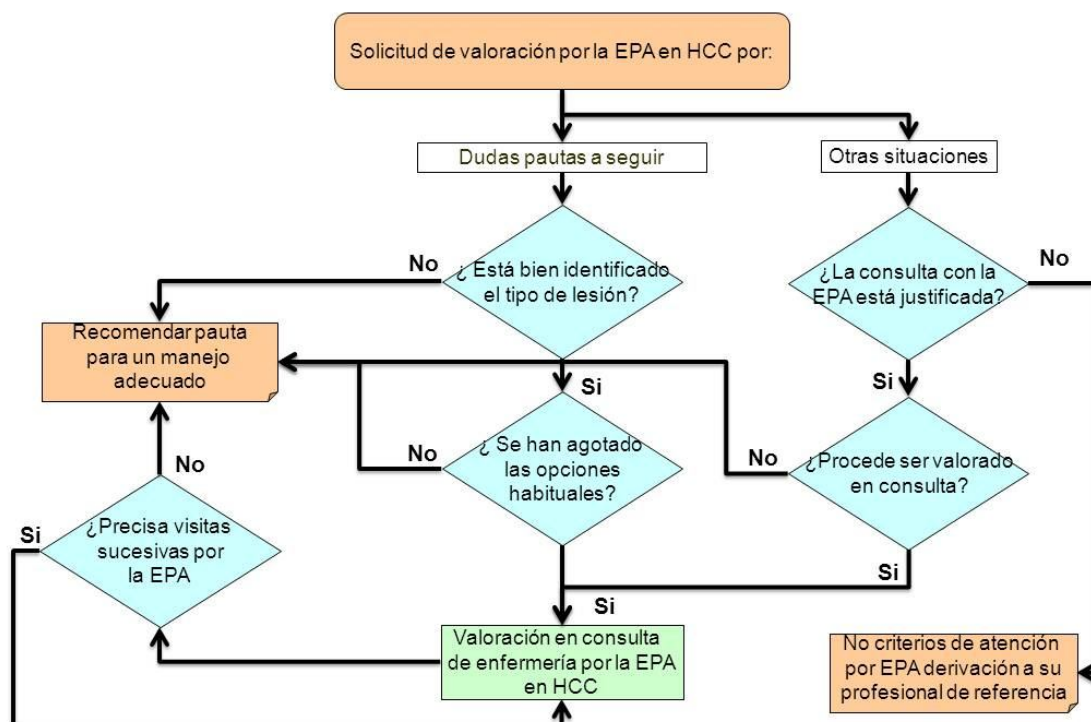
3.5.3. Dudas sobre pautas a seguir. (Ver algoritmo 3)

Antes de aceptar un caso en esta situación la EPA-HCC garantizará que:

- Se ha hecho una identificación adecuada del origen de la lesión.
- Se han agotado las opciones terapéuticas más habituales en el tipo de lesión.

3.5.4. Otra situación que justifique, la consulta con la EPA-HC. (Ver algoritmo 3)

- Valorar si la consulta del profesional con la EPA-HCC está realmente justificada.
- Determinar si el caso realmente precisa de ser atendido en la consulta por la EPA-HCC y no puede ser valorado de forma ambulatoria.



Algoritmo 3: Dudas pauta a seguir u otras situaciones

3.6. Organización funcional de servicio.

La Unidades de Heridas Crónicas Complejas del Sistema Sanitario Público Andaluz estarán constituidas por EPA con formación experta en materia de HCC.

Ésta a su vez contará con un equipo consultor compuesto por diversos profesionales de referencia (Especialistas en Medicina Interna, Dermatología, Angiología y Cirugía Vascul, Cirugía Plástica y Reparadora, Cirugía General, Traumatología y Cirugía Ortopédica, Medicina de Familia, Podología) un equipo de apoyo para la atención a las personas con heridas crónicas (Unidad del Dolor, Rehabilitación, Servicio de Nutrición, Enfermera Gestora de Casos, Servicio de Trabajo Social) a través de interconsultas y de las áreas de apoyo al diagnóstico y tratamiento (Radiología, Laboratorio, Microbiología y/o Anatomía Patológica) para la solicitud de aquellas pruebas complementarias que puedan ayudar a identificar y establecer el cuidado adecuado a las distintas lesiones.

La EPA-HCC desempeñará su rol en AP, en el hospital o en ambos niveles. En cualquier caso, es necesario que los sistemas de información y localización sean ágiles y resolutivos, adaptándose a los objetivos marcados por las Direcciones de cada Área de Gestión Sanitaria.

4. PERFIL COMPETENCIAL DE LA EPA-HCC.

Respecto del perfil competencial de la EPA-HCC debemos tener en cuenta dos consideraciones: 1) para acceder al puesto se requiere conocimiento experto en el área de cuidados para el que se define, formación específica (acreditada y adquirida mediante formación continuada o posgrado específica) y experiencia clínica (mínimo de tiempo en el área clínica considerada), de tal forma, que puedan asegurarse las competencias mínimas que debería tener la EPA correspondiente¹²; 2) el ejercicio profesional de la EPA-HCC estará sujeto a acreditación continua, por lo que los/las profesionales que realicen su labor en este ámbito tienen a su disposición el manual de acreditación elaborado por la ACSA¹³.

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía define la Competencia profesional como la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión, para resolver los problemas que se le plantean. La competencia se manifiesta a través del conjunto de comportamientos, causalmente relacionados con un desempeño, que da respuesta eficiente a las exigencias planteadas en el estándar establecido¹⁴.

Por otro lado, se considera marco competencial al *conjunto de competencias que han de considerarse fundamentales para cumplir con la práctica profesional encomendada sin necesidad de supervisión de otro profesional*.

Por tanto, la implementación de un marco competencial para las EPA en el SSPA se basa en tres características:

- Específico para la Práctica Avanzada en Enfermería.
- Coherente, definido en relación a la cartera de clientes y servicios.
- Reconocible y reconocido, y que pueda ser identificado por todos los profesionales del SSPA, presente en los procesos de acreditación de profesionales establecidos.

En este sentido, teniendo en cuenta la definición de dominios competenciales de la EPA desarrollada por Sastre – Fullana et al¹⁵; y el Marco de Desarrollo Competencial de las enfermeras y enfermeros el SSPA¹⁵, la EPA-HCC comprende los siguientes atributos que la definen:

- a) Liderazgo, ejerciendo como referente para el abordaje de la complejidad de los cuidados en su ámbito y con autonomía de decisión para la resolución de problemas relacionados con el perfil de pacientes que atiende.
- b) Coordinación de la atención compleja, organizando los componentes del plan asistencial y adaptando la atención sanitaria a las necesidades de los pacientes y personas que les cuidan, realizando una gestión proactiva de problemas de salud, activando los recursos para cubrir necesidades y actuando como intermediario/a de servicios para la resolución de problemas y maximizando la continuidad asistencial.
- c) Consultoría para otros profesionales y referente para su aprendizaje.
- d) Motor de cambio a través de su liderazgo, para promover innovaciones, mejorando la práctica clínica a través de la transferencia de conocimiento y evidencias en su entorno asistencial e influyendo en la modificación de estilos de práctica y la orientación a la calidad.
- e) Promoción de la investigación en su ámbito de práctica.

4.1. Competencias

Teniendo en cuenta la propuesta de competencias para la EPA de Gestión de Casos de Miguélez-Chamorro et al¹⁶ se propone el siguiente marco competencial para la EPA-HCC:

ÁREA COMPETENCIAL	COMPETENCIA
1 Investigación y Práctica Basada en la Evidencia	1.1 Identifica las prioridades de investigación en su área de práctica. 1.2 Participa en proyectos de investigación de manera activa como IP o colaborador. 1.3 Evalúa su práctica clínica y la del equipo y organización, teniendo en cuenta la última evidencia científica disponible. 1.4 Muestra compromiso con la difusión de los hallazgos científicos en la práctica.

	<p>1.5 Utiliza estrategias de intervención efectivas para el cambio de conducta profesional y de trabajo en equipo para promocionar la adopción de prácticas e innovaciones basadas en la evidencia en el ejercicio de su atención.</p>
<p>2- Liderazgo Clínico y Profesional</p>	<p>2.1 Lidera en el equipo el trabajo con metodología y basado en la mejor evidencia disponible.</p> <p>2.2 Lidera en el equipo y en la organización la innovación dirigida a mejorar la calidad y seguridad de la atención a las personas con HCC.</p> <p>2.3 Identifica y/o resuelve problemas de salud complejos y/o inestables mediante la colaboración y consulta con el equipo multidisciplinar.</p> <p>2.4 Identifica las necesidades de adecuación a nuevos escenarios tecnológicos y normativos.</p> <p>2.5 Promociona y potencia un ambiente que favorezca el aprendizaje efectivo.</p>
<p>3- Relaciones interprofesionales y Consultoría</p>	<p>3.1 Trabaja en equipo y colabora con otros profesionales para centrar la atención en la resolución de problemas de las personas con HCC.</p> <p>3.2 Coordina la intervención de los distintos profesionales de los ámbitos sanitarios implicados favoreciendo su participación en el plan terapéutico.</p> <p>3.3 Tutoriza a los profesionales sanitarios, a estudiantes de pre y postgrado en la adquisición de competencias avanzadas.</p> <p>3.4 Proporciona servicios de consultoría basándose en datos clínicos, marcos teóricos y Práctica Basada en la Evidencia</p> <p>3.5 Emite recomendaciones en base al proceso de consultoría sobre el caso.</p>
<p>4- Práctica Clínica Avanzada y Gestión de Cuidados. Gestión de la Calidad, Seguridad y sostenibilidad</p>	<p>4.1 Promueve y participa en la realización e implementación de procedimientos, protocolos, guías de práctica para mejorar la calidad asistencial.</p> <p>4.2 Realiza evaluación de la práctica clínica para prevención primaria y secundaria de riesgos (caídas, úlceras por presión, broncoaspiración, infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, descompensaciones)</p> <p>4.3 Asegura la continuidad asistencial con garantía de calidad y seguridad</p>

	<p>4.4 Organiza los componentes del plan asistencial y coordina la atención sanitaria</p> <p>4.5 Aplica medidas para ayudar a la persona y a su familia en la toma de decisiones, en relación a su situación o problema de salud con necesidades especiales o de especial dificultad.</p> <p>4.6 Planifica el alta de forma conjunta con el resto de profesionales implicados en la atención de personas con complejidad de cuidados.</p> <p>4.7. Valora el coste / oportunidad de la reasignación de recursos.</p>
<p>5- Docencia y Formación Continuada</p>	<p>5.1 Asume la responsabilidad de una formación continuada para su desarrollo profesional y el mantenimiento de sus competencias.</p> <p>5.2 Planifica e imparte acciones formativas sobre cuidados avanzados a personas con HCC.</p> <p>5.3 Desarrolla intervenciones educativas que orienten a la persona con HCC y a su familia en el aprendizaje de cuidados-autocuidado, la gestión eficaz de la salud y el empoderamiento.</p>

5. EVALUACIÓN

Perfil de la población diana (pacientes).

- N° de Pacientes incluidos en el servicio de EPA-HCC segregados por sexo y grupo de edad.
- N° de personas en ADO (solo para AP)
- N° de personas encamadas

Captación y seguimiento de la población diana (pacientes):

- N° de personas remitidas desde AP.
- N° de personas remitidas desde servicios de hospital (hospitalización, consultas externas, urgencias).
- N° de Consultorías realizadas y documentadas.
- N° de Consultas de seguimiento virtual (telefónico/telemático) realizadas.
- N° de consultas a especialistas relacionadas con las heridas crónicas.
- N° de personas a las que se valora el riesgo mediante escala
- N° de personas con úlceras por presión.
- Categoría de las úlceras por presión

- N° de personas con LESCAH
- Categoría de las LESCAH
- N° de personas con lesiones por fricción.
- Categoría de las lesiones por fricción
- N° de personas con lesiones neuropática
- N° de personas con pie de riesgo
- N° de personas con amputaciones previas
- N° de personas con úlceras previas
- N° de personas con neuropatía
- N° de personas con valvulopatía
- N° de personas con otras lesiones

Medidas preventivas

- N° de pacientes a los que se les realiza cambios posturales
- N° de SEMP utilizadas
- Tipo de SEMP utilizada
- N° de protecciones locales utilizadas.
- N° de pacientes a los que se les aplica AGHO
- N° de pacientes a los que se les facilitan suplementos dietéticos
- N° de pacientes que utilizan un calzado adecuado
- N° de ortesis utilizadas
- N° de plantillas utilizadas

Resultados finales (sobre población incluida en el servicio EPA-HCC)

- Hospitalización:
 - Tasa de ingresos por HCC
 - Tasa de ingresos por amputaciones mayores y menores
- Consultas:
 - Urgencias hospitalarias por complicaciones agudas
 - Urgencias extrahospitalarias por complicaciones agudas

Resultados intermedios (porcentaje de cumplimiento de cada objetivo en la población incluida en el servicio EPA-HCC)

- Integridad tisular: piel, membranas y mucosas (NOC 1101¹⁷).

- Nivel del dolor (NOC 2102).
- Evolución de la cicatrización de la lesión (Índice RESVECH)

Resultados en salud sobre la población diana:

- Curación de la herida por segunda intención (NOC 1103).
- Conocimiento: régimen terapéutico (NOC 1813)
- Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (NOC 1609)
- Conductas de cumplimiento (NOC 1601)
- Afrontamiento de problemas (NOC 1302).
- Bienestar del cuidador principal (NOC 2508).
- Motivación (NOC 1209)

Entorno de la persona que cuida:

- N° de pacientes en servicio de EPA-HCC en el año con persona cuidadora identificada/Nª pacientes incluidos en servicio.
- N° de personas que cuidan con Diagnóstico de Enfermería (DDE)¹⁸ "Cansancio Rol del Cuidador" con intervenciones (NIC¹⁹): Fomento de la implicación familiar y apoyo al cuidador principal.
- N° de personas que cuidan con DDE "Riesgo de cansancio Rol del Cuidador" con intervenciones (NIC): Fomento de la implicación familiar y apoyo al cuidador principal.
- N° de personas que cuidan y/o familias con intervenciones: Mejorar el afrontamiento familiar, Apoyo al cuidador, Guías del SS, Grupos de apoyo, Enseñanza a cuidados directos, Fomentar la implicación familiar, Participación decisiones sanitarias/ N° cuidadoras incluidas en el servicio.

Indicadores relacionados con el área del conocimiento.

- Formación impartida (Profesionales y pacientes).
- Proyectos de investigación financiados en convocatorias públicas y en concurrencia competitiva en los que ha participado.
- Otros proyectos de investigación documentados
- Participación en la elaboración de guías para el sistema sanitario público Andaluz
- Publicación de artículos en revistas especializadas
- Comunicaciones aceptadas en congresos y jornadas
- Ponencias invitadas en congresos y jornadas

- Elaboración de capítulos para libros, o libros completos.
- N^a alumnos/as de tutorizados/as
- Participación como experto/a en comités técnicos, expertos, etc.

Indicadores relacionados con la calidad de vida.

- Calidad de vida percibida (EsDQOL).
- Índice de sobre carga del cuidador (Zarit o índice de esfuerzo del rol cuidador).

Indicadores relacionados con la satisfacción del servicio

- Satisfacción del paciente/usuario (NOC 3014)
- Satisfacción del paciente: continuidad de los cuidados (NOC 3003)

Indicadores económicos

- Gasto del Centro/AGS relacionado con el uso de materiales para el cuidado de las heridas.

6. BIBLIOGRAFÍA.

1. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2011; 22 (2): 77-90.
2. Soldevilla Agreda JJ, Navarro Rodríguez S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. Gerokomos 2006; 17 (4): 203-224.
3. García-Fernández FP; López-Casanova P; Segovia-Gómez T; Soldevilla-Ágreda JJ; Verdú Soriano J. Unidades Multidisciplinares de Heridas Crónicas: Clínicas de heridas. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional Para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2012.
4. Cacicedo González R; Castañeda Robles C; Cossio Gómez F; Delgado Uría A, Fernández Saíz B; Gómez España MV, et al. Manual de Prevención y Cuidados Locales De Heridas Crónicas. Servicio Cántabro de Salud. 1ª Edición. Enero 2011.
5. Woo K, Ayello EA, Sibbald RG. The edge effect: current therapeutic options to advance the wound edge. Adv Skin Wound Care 2007;20(2):99-117.
6. Falanga V. The chronic wound: impaired healing and solutions in the context of wound bed preparation. BloodCells Mol Dis 2004;32(1):88-94.
7. Marinello Roura J. Úlceras de Extremidad inferior. Madrid: Editorial Glosa, 2005.
8. Andrades P, Sepúlveda S, González J. Curación avanzada de heridas. Rev. Chilena de Cirugía. 2004; 56 (4): 396-403.
9. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Posnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayán Santos JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión. Gerokomos 2007; 18(4):201-10.
10. Nicolaidis AN. Investigation of chronic venous insufficiency: A consensus statement (France, March 5-9, 1997). Circulation 2000; 102(20):E126-63.
11. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Pressure Ulcer Classification. (sitio en internet). Disponible en URL: <http://www.epuap.org/puclas/index.html>. Page 2. Acceso el 2 de Junio de 2009.
12. Fernández-Salazar S, Lafuente-Robles N, Rodríguez-Gómez S, Casado-Mora MI, Morales-Asencio JM. Desarrollo competencial de las enfermeras y enfermeros en el Sistema Sanitario Público de Andalucía [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2018 [citado 15 enero 2019]. Disponible en: www.picuida.es

13. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía [Internet]. Manual de Competencias Profesionales. Enfermería de Práctica Avanzada. Enfermero/a de Practica Avanzada en Cuidados a personas con heridas crónicas complejas. Consejería de Salud de Andalucía. 2017. [citado 14 junio 2018], Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/Manual-de-Competencias-Enfermero-de-Practica-Avanzada-en-Cuidados-a-Personas-con-Heridas-Cronicas-Complejas.pdf>
14. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía [Internet]. Programa de Certificación de Competencias Profesionales. Consejería de salud de Andalucía.2017 [citado 26 junio 2018] Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/guia-del-usuario-para-la-certificacion-de-competencias-profesionales.pdf>
15. Sastre-Fullana P; Morales-Asencio JM; Sesé-Abad A; Bennasar-Veny M; Fernández-Domínguez JC; De Pedro-Gómez J. Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI): clinimetric validation. *BMJ Open* 2017;7:e013659. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013659.
16. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina Isabel I. Enfermería de práctica avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2018 Sep [citado 25 Sep 2018]; Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862118302134>
17. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª Ed. Madrid: Elsevier; 2013
18. NANDA International; Edited by T. Heather Herdman and Shigemi Kamitsuru. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015
19. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C., Clasificación completa de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Ed. Madrid: Elsevier; 2013.