

EMPODERAMIENTO ENFERMERO EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON HERIDAS DE DIFÍCIL CICATRIZACIÓN

NURSING EMPOWERMENT IN THE CARE OF PATIENTS WITH DIFFICULT WOUNDS HEALING

Autor: Rosa Pablo Ramis

Enfermera. Unidad Enfermera de Úlceras y Heridas. Hospital Universitario y Politécnico la Fe de Valencia.
Departamento de Salud Valencia la Fe, España

Contacto: suno.rous@gmail.com

Fecha de recepción: 14/02/2017
Fecha de aceptación: 27/02/2017

RESUMEN

Objetivo: Examinar el incremento del empoderamiento enfermero en el cuidado del paciente con deterioro de la integridad cutánea y tisular.

Metodología: Estudio cuasi experimental. Intervenciones formativas a profesionales de enfermería del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, a través de un cuestionario previo y otro posterior. Análisis estadístico con el programa SPSS.v.20 aplicando el test de Wilcoxon como prueba no paramétrica de muestras relacionadas y la prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes para una $p < 0,05$.

Resultados: Participaron un total de 28 profesionales de enfermería, siendo el 89,3% mujeres. La media de edad fue de 49,8 años y la experiencia en la unidad de referencia de 6 años. El 50% de los participantes tenían experiencia en el cuidado de heridas. Hubo un aumento estadísticamente significativo ($p < 0,05$) tras la intervención formativa de los conocimientos y la capacidad percibidos por el profesional de enfermería y en su aplicación a la práctica clínica.

Conclusión: La realización de una intervención formativa en enfermeras/os fortalece su empoderamiento en el cuidado de los pacientes con heridas de difícil cicatrización, aumentando los conocimientos percibidos sobre conceptos básicos, recursos y herramientas y su aplicación a la práctica clínica.

Palabras clave: Cicatrización de heridas, Úlceras crónicas, Empoderamiento, Cuidados de enfermería.

ABSTRACT

Objective: Examine the increase of nurse empowerment in the care of the patient with deterioration of cutaneous and tissue integrity.

Methodology: Quasi experimental study. Training interventions to nursing professionals from the "Hospital University and Polytechnic La Fe in Valencia", through a previous and a later questionnaire. Statistical analysis with the SPSS.v.20 program using the Wilcoxon test as a non-parametric test of related samples and the Kruskal-Wallis test of independent samples for a $p < 0.05$.

Results: A total of 28 nursing professionals participated, being 89.3% female. The mean age was 49.8 years and the experience in the reference unit was 6 years. Fifty percent of the participants had experience in wound care. There was a statistically significant increase ($p < 0.05$) after the training intervention of knowledge and capacity perceived by the nursing professional and in their application to clinical practice.

Conclusion: The implementation of a training intervention in nurses strengthens their empowerment in the care of patients with wounds difficult to heal, increasing the perceived knowledge about basic concepts, resources and tools and their application to clinical practice.

Keywords: Wound Healing, Chronic Ulcers, Empowerment, Nursing Care.

INTRODUCCIÓN

Las heridas crónicas o heridas de difícil cicatrización (HDC), como bien expresa el concepto de "cronicidad" son lesiones que perduran en el

tiempo. Muchas de estas lesiones pueden acabar resolviéndose, teniendo en cuenta su patogenia y realizando un abordaje integral. Es importante destacar que el paciente, su herida, los conocimientos, las habilidades de los profesionales sanitarios y la disponibilidad de recursos, interactúan (Figura 1) para definir la complejidad de la herida y la relación de ésta con los problemas potenciales vinculados con la cicatrización^(1,2).

En este tipo de lesiones se encuentran alteradas las cuatro etapas del proceso de cicatrización (Tabla 1).

FASES CICATRIZACIÓN	ALTERACIONES
1ª Fase Inflamatoria	-Fase inflamatoria prolongada
2ª Fase Proliferativa	-Formación de radicales libres
3ª Fase de Epitelización	-Inhibición de los factores de crecimiento celular (FCC) y de la migración de los queratinocitos
4ª Fase de Maduración/Remodelado	-Defectos en la remodelación de la matriz extracelular (MEC)

Tabla 1. Fases de la cicatrización y alteraciones en heridas de difícil cicatrización.

La denominación de las HDC depende de su etiología: úlceras vasculares, úlceras por presión, pie diabético, quemaduras, úlceras tumorales, úlcera de Marjolin. Etiologías menos frecuentes como vasculitis y enfermedades autoinmunes,

infecciosas, post radioterapia, de origen metabólico, etc.

El cuidado de las HDC debe tener un enfoque condicionado por la etiopatogenia y por la evolución clínica de la lesión. Es fundamental establecer un diagnóstico diferencial entre los distintos tipos de úlceras o lesiones, siempre considerando las circunstancias del paciente y personalizando el plan de cuidados, implementando una evaluación continua del proceso.

La dimensión del problema contempla los siguientes aspectos:

- Los principios básicos de la atención al paciente: El primer paso en la atención a un paciente con HDC es saber el origen y mecanismo de producción identificando la etiología de la lesión y los factores extrínsecos e intrínsecos que repercuten en la incapacidad de la herida para curarse. El tratamiento local está basado en los principios de cura en ambiente húmedo (CAH) y en la preparación del lecho de la herida siguiendo la Guía TIME y por último y no menos importante en unas recomendaciones higiénico-dietéticas y posturales encaminadas a reducir factores de riesgo y evitar recidivas.

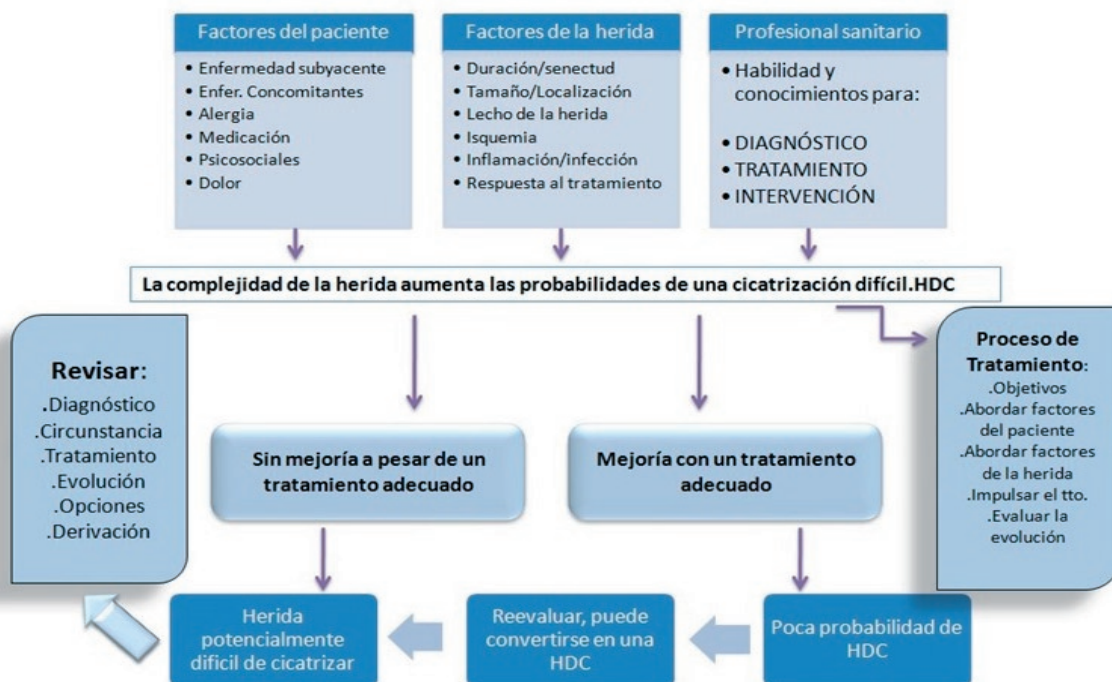


Figura 1: Factores que influyen en la complejidad y en la dificultad de cicatrización

Fuente: European Wound Management Association (EWMA). Doc. Posicionamiento: Heridas de difícil cicatrización: un enfoque integral. Londres: MEP Ltd; 2008.

- La variabilidad diagnóstica y terapéutica: Las heridas de evolución tórpida y compleja suponen un desafío para el personal sanitario por la multicausalidad y diferencia de criterios en el tratamiento, lo que genera variabilidad entre profesionales y a veces supone un obstáculo en su resolución. Es necesario por un lado unificar conocimientos y criterios para su prevención, diagnóstico y tratamiento, y por otro mejorar la comunicación entre profesionales de los distintos niveles asistenciales, mejorando la continuidad de cuidados⁽³⁾.
- La gran carga económica con un elevado coste en la atención: El tratamiento de heridas complejas consume en torno al 5% del gasto sanitario español. Esto supone unas cifras en torno a 4.500 millones de euros al año, gasto que, se reduciría hasta en un 25% con la implantación de unidades especializadas⁽⁴⁾.
- La importancia de la enfermera referente y las Unidades de Heridas: Capaces de asumir y liderar la atención interdisciplinar y contribuir al fortalecimiento de los profesionales de enfermería⁽⁵⁾.

El “*Modelo de Empoderamiento Estructural de Kanter*”⁽⁶⁾ relaciona la provisión de recursos, apoyos y oportunidades de aprendizaje para el cumplimiento de las metas personales y profesionales, implicando el desarrollo de una confianza en las propias capacidades. Al implementar el acceso a la información la consecuencia es un empoderamiento psicológico mediante la competencia, es decir la confianza en las capacidades de rendimiento y autonomía en el trabajo.

Desde la Unidad Enfermera de Úlceras y Heridas (UEUH) nos planteamos fortalecer el empoderamiento enfermero a través de la actualización y refuerzo de conocimientos, habilidades, herramientas y recursos en el ámbito de los cuidados del deterioro de la integridad cutánea, centrándose en las HDC.

Partiendo de la hipótesis de que la realización de una intervención formativa en enfermeras/os fortalecerá su empoderamiento en el cuidado de los pacientes con deterioro de la integridad cutánea y tisular. Nuestro objetivo principal fue examinar el incremento de dicho empoderamiento. También nos planteamos los siguientes objetivos específicos:

- Valorar los conocimientos percibidos por el profesional de enfermería sobre conceptos básicos, recursos y herramientas para la prevención, tratamiento y cuidados del paciente con HDC.
- Estimar la aplicación a la práctica clínica de dichos conocimientos, recursos y herramientas.
- Describir la capacidad percibida por las enfermeras/os en el ámbito de los cuidados a pacientes con úlceras y heridas.
- Examinar la difusión de la UEUH y la percepción de la enfermería referente como apoyo necesario.
- Detectar necesidades formativas en HDC del profesional de enfermería.
- Conocer las fuentes de consulta utilizadas para el tratamiento local.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio cuasi-experimental antes-después. Se valoró la adquisición de capacidades y conocimientos de las enfermeras/os del Hospital Universitario i Politècnic La Fe de Valencia tras una intervención educativa mediante un cuestionario ad hoc previo y otro posterior a la intervención.

Para obtener el tamaño muestral se tuvo en cuenta la pregunta con la diferencia más pequeña entre el antes y el después. Tras la simulación de múltiples muestras de dichas diferencias, se comprobó mediante el test de Wilcoxon, si éstas eran significativas asignando un nivel de significación alfa de 0,05.

Con una muestra de 18 se obtuvo una potencia estadística de 80% para alfa 0.05, con una muestra de 24 la potencia alcanzó 90% (Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe).

Se realizó un muestreo de conveniencia con las enfermeras/os que acudieron a la actividad formativa. Esta fue previamente convocada, organizada y pactada con la supervisión correspondiente a cada servicio hospitalario.

Los criterios de inclusión fueron:

- Asistir a la actividad educativa durante todo el desarrollo de la misma.

- Cumplimentar los cuestionarios de forma voluntaria y anónima.

Los criterios de exclusión fueron:

- Aquellos que no completen la sesión por alguna causa.
- Enfermeras/os que repitan su asistencia.
- Enfermeras/os que no deseen cumplimentar los cuestionarios.

La intervención se llevó a cabo durante los meses de febrero y marzo de 2016, con una duración de hora y media cada sesión. La actividad formativa constaba de:

a) Una exposición por parte de la enfermera referente (Unidad Enfermera de Úlceras y Heridas -UEUH).

b) Un debate-taller abierto: donde los asistentes pudieron realizar sugerencias y exponer dudas para su resolución.

Se entregó una hoja de información sobre el estudio a los participantes. Tras su lectura y resolución de preguntas se procedió a la firma del consentimiento informado. Posteriormente, se aportó a los asistentes un cuestionario voluntario y anónimo ad hoc previo a la actividad formativa y otro posterior para su cumplimentación.

Las variables de estudio fueron:

- Variables independientes:
 - Variables demográficas: sexo, edad.
 - Variables relacionadas con la experiencia profesional: año de finalización de carrera, especialidad de la hospitalización, tiempo trabajado en dicha hospitalización, experiencia con pacientes con úlceras y heridas y fuentes de consulta utilizadas.
 - Variables relacionadas con valoración de la enfermería referente, conocimiento de la UEUH y necesidades formativas sobre HDC.
- Variables de resultado:
 - Conocimientos percibidos sobre conceptos básicos (CAH y guía TIME).
 - Conocimientos percibidos sobre recursos (productos y apósitos).

- Conocimientos percibidos sobre herramientas institucionales.

- Aplicación a la práctica clínica.

- Capacidad percibida en la valoración, tratamiento y diferenciación de etiologías de HDC.

Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo utilizando la media y desviación estándar y la mediana y el rango intercuartílico en función de la normalidad de los datos. Para el análisis de las diferencias antes-después se aplicó el test de Wilcoxon como prueba no paramétrica de muestras relacionadas y la prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes para la relación de dichas diferencias con las variables independientes. El nivel de significación estadística se estableció en el 0,05 y el intervalo de confianza en el 95%. Se empleó el paquete estadístico SPSS v20.0.

El estudio tuvo en cuenta la normativa ético-legal vigente. Fue aprobado por el Comité de ética de la investigación del Hospital Universitario y Politécnico de Valencia y se realizó de acuerdo con los Principios Básicos para toda Investigación Médica, Declaración de Helsinki, respetando los principios legales aplicables (generales y autonómicos) sobre protección de datos personales, así como los referentes a los derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria.

RESULTADOS

Durante los meses de febrero y marzo del año 2016 se llevaron a cabo 6 intervenciones formativas a las que acudieron enfermeras/os de 11 salas de hospitalización de adultos (Medicina Interna, Enfermedades Infecciosas, Lesionados Medulares, Cirugía Cardíaca, Cirugía Plástica, Neurocirugía, Neurología, Cirugía Vasculat, Otorrinolaringología, Maxilofacial, Cirugía de Mama, Oncología y Hematología). Con una media de asistencia de 8 enfermeras/os por sesión, finalmente fueron incluidos 28 participantes cuyos cuestionarios cumplían los requisitos del estudio.

El 89,3% fueron mujeres y el 10,7% hombres, con una media de edad de $49,82 \pm 8,46$ años. La media de años de experiencia laboral fue de $25,79 \pm 9,76$ y el año de finalización de carrera osciló desde 1975 a 2010.

El grupo a estudio presentó una mediana de 6 años, rango inter-cuartílico de 3,25-11,75 años, trabajando en la misma sala, destacando que

solo el 39,3% tenía menos de 4 años de tiempo trabajado en su unidad de referencia^(Figura 2).



Figura 2: Tiempo trabajado en hospitalización

En cuanto a la experiencia, se apreció dividida en 2 niveles al 50% entre profesionales que “nunca”, “rara vez” o “a veces” habían trabajado con pacientes con úlceras y heridas y los que lo habían hecho “a menudo” o “siempre”^(Figura 3).



Figura 3: Experiencia con HDC

En caso de duda sobre la cura, los encuestados afirmaron que las fuentes utilizadas fueron en el 92,9% de los casos otro compañero y el facultativo en el 42,9%. Utilizando en bajo porcentaje las guías de práctica clínica (10,7%), buscadores bibliográficos (7,1%) y revistas científicas (0%). El 50% de los encuestados contestó que utilizaba una única fuente de consulta^(Figura 4).

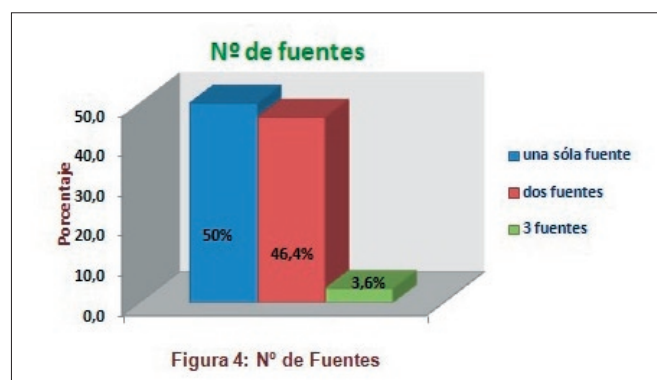


Figura 4: Nº de Fuentes

Cuando se analizaron los datos del primer cuestionario (previo a la intervención) se hallaron los siguientes resultados:

- En el conocimiento percibido sobre cura en ambiente húmedo (CAH) y sus beneficios, sólo un 35,7% contestaron “bastante” y en el rango de “nada-sólo un poco-algo” se encontraron el 60,7%. En la preparación del lecho de la herida, un 67,9% de los participantes contestaron “nada” sobre su conocimiento.
- En el conocimiento de productos y apósitos de CAH disponibles en el hospital, junto con sus indicaciones y características coincidieron un 71,4% de participantes en los rangos “ninguno-pocos-alguno”.
- En la aplicación a la práctica: la CAH un 39,3% la usaban “a veces”, y en los rangos de “nunca-rara vez-a veces” se hallaban el 75% de participantes.
- En el uso del concepto TIME un 89,3% lo utilizaban “nunca-rara vez-a veces”.
- No conocían las herramientas disponibles en la intranet del departamento, más del 60% de los participantes y las utilizaban en rango de “nunca-rara vez-a veces” más del 90% de los casos^(Tabla 2).

	NO LO CONOCEN	UTILIZACIÓN “nunca-rara vez-a veces”
GPC de UPP	67,9%	100%
Catálogo de productos y apósitos de CAH	64,3%	96,4%
Recomendaciones de prevención y tratamiento de curas	71,4%	92,9%

Tabla 2. Conocimiento y uso de herramientas.

- La capacidad percibida para valorar y tratar de manera autónoma una úlcera o herida complicada fue contestada por un 64,2% de enfermeras/os en los rangos de “nunca-rara vez-a veces” y sólo un 35,7% se sentían capaces “a menudo”.
- Respecto a la capacidad percibida para reconocer las distintas etiologías de las HDC que tienen que curar el 42,9% de enfermeras/os “a menudo” se sentían capaces y en los rangos de “nunca-rara vez-a veces” se encontraban el 57,1% de participantes.

- El 82,1% de los participantes conocía la UEUH antes de la intervención. Tras la intervención educativa, el mismo porcentaje (82,1%) estaba “totalmente de acuerdo” en que la figura de enfermera referente en el cuidado del deterioro de la integridad cutánea y tisular es un apoyo necesario para el profesional de enfermería.
- En cuanto a las necesidades formativas detectadas (“desean ampliar sus conocimientos”), la siguiente tabla refleja las enfermeras/os que estaban “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo” para distintos tipos de HDC (Tabla 3).

	“de acuerdo”	“totalmente de acuerdo”	TOTAL
Úlceras Vasculares	39,3%	50%	89,3%
Úlceras Neoplásicas	39,3%	50%	89,3%
Pie Diabético	42,9%	50%	92,9%
Heridas quirúrgicas complejas	35,7%	57,1%	92,8%

Tabla 3. Necesidades formativas.

Al analizar el segundo cuestionario y estimar la diferencia entre las respuestas pre y post intervención, los estadísticos de contraste mostraron los resultados reflejados en la **tabla 4**, y que todas las cuestiones comparables se hallaron estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$).

Estos resultados reflejaron pues, un aumento estadísticamente significativo tras la intervención formativa en los conocimientos percibidos y en su aplicación a la práctica clínica. Este aumento se observó también en la capacidad percibida por la enfermera/o en el ámbito de los cuidados a pacientes con HDC.

Descripción	Test de Wilcoxon (Z)	Significación (p)
Conocimiento percibido de CAH y sus beneficios	-3,458	0,001
Conocimiento percibido de guía TIME	-4,065	0,000
Conocimiento de los productos y apósitos	-3,087	0,002
Conocimiento, indicaciones y características de los productos de CAH	-3,228	0,001
Utilización de CAH	-4,242	0,000
Utilización de TIME	-4,585	0,000
Utilización de herramientas de intranet:	-4,585	0,000
▪ GPC UPP		
▪ Catálogo de productos de CAH	-4,718	0,000
▪ Recomendaciones de prevención y cura	-4,703	0,000
Capacidad sentida en valorar y tratar de manera autónoma	-4,291	0,000
Capacidad percibida en diferenciar etiologías	-4,011	0,000

Tabla 4. Diferencias pre y post intervención.

Además, el aumento en la capacidad sentida por el profesional para valorar y tratar de forma autónoma a pacientes con HDC tras la intervención, es inversamente proporcional a la experiencia previa con dichos pacientes.

DISCUSIÓN

Lo primero que llama la atención al analizar los resultados es la escasa participación de los profesionales (n=28) en las actividades formativas, cuando el número de enfermeras/os que trabajan en las salas de hospitalización que implica el estudio es de alrededor de unos 200. Esto puede ser debido a varias causas. Por una parte, la realización de las sesiones en horario laboral; estas se programaron así para que los profesionales no tuvieran que acudir al hospital fuera de su jornada laboral, pero también condiciona la presencia de los mismos a que su labor asistencial les permita acudir y completar la sesión formativa. Por otra parte, el hecho de que la UEUH del Departamento Salud Valencia La Fe sea de reciente formación puede haber afectado a que la difusión de las actividades no se haya realizado con la insistencia necesaria.

El estudio llevado a cabo presenta, además, la limitación de la utilización de un cuestionario no validado. Al ser un tema de reciente investigación no se encontró ninguna herramienta en la búsqueda bibliográfica que pudiera ser aplicada.

Los resultados previos a la intervención educativa confirman la necesidad de actualización de conocimientos, apoyos, herramientas y recursos por parte del profesional de enfermería, actualización que es demandada por los propios profesionales.

La muestra conseguida (n=28) asegura una potencia estadística suficiente para detectar el impacto de la intervención (con n=24 es 90%) y éste abarca once salas de hospitalización de diversas especialidades, es decir, profesionales de distintos ámbitos hospitalarios. Así pues, se justifica la necesidad de seguir realizando y ampliando la intervención formativa para llegar a un mayor número de profesionales. Este punto junto con la alta demanda de necesidades formativas sobre HDC de diferentes etiologías y el hecho de que la percepción de empoderamiento de los profesionales de enfermería como afirma DeVivo D et al.⁽⁷⁾, según los estudios es moderada, fortalece el compromiso con la organización institucional de continuar en esta línea de actuación.

En base a las ideas descritas por Kanter (1993)^(6,8), que definen el empoderamiento como la capacidad de las enfermeras para movilizar todos los recursos necesarios, tanto humanos como materiales, y según Van Bogaert P et al.⁽⁹⁾, los expertos han identificado el efecto que el empoderamiento en entornos de práctica enfermera puede tener en los resultados de la enfermera y paciente para apoyar una mejor atención. Como añaden dichos autores en un entorno de práctica autorizado, las enfermeras tienen acceso a la información que necesitan y las oportunidades para el aprendizaje, que estimula el desarrollo personal y fomenta relaciones de apoyo con los supervisores, compañeros y subordinados⁽⁹⁾.

Dentro del proceso de empoderamiento estructural se encuentran componentes de la organización como las estructuras internas de gobierno del hospital y de la política, cursos educativos y de formación, junto con iniciativas de cambio y proyectos, tal y como refieren Van Bogaert P et al.⁽⁹⁾.

El hecho de que se constituya una unidad enfermera de úlceras y heridas coordinada y liderada por una enfermera referente en este campo, que proporciona formación al resto de profesionales contribuye en gran medida a este empoderamiento estructural.

Como afirman Davies A, Wong CA y Laschinger H⁽¹⁰⁾, los líderes de enfermería juegan un importante papel en la formación de las enfermeras, sus actitudes sobre el trabajo, las respuestas al cambio y la aceptación de nuevas innovaciones como la práctica basada en la evidencia. Y a su vez este apoyo a la práctica profesional se relaciona con los resultados en los pacientes a los que proporcionamos cuidados.

Según Manal M. Ibrahim et al.⁽¹¹⁾, empoderamiento implica algo más que la delegación de autoridad, se trata de la percepción de competencia, los profesionales capacitados están más seguros de sus habilidades y adquieren el control sobre su trabajo. Esta autonomía significa que el grupo profesional tiene control sobre su propia práctica para realizar acciones-cuidados en el ámbito de sus conocimientos; y esto sin duda juega un importante papel en la satisfacción que el profesional obtiene en la realización de su trabajo.

La enfermera referente debe ejercer un liderazgo transformacional contribuyendo a crear entornos de trabajo que potencien la capacidad enfermera

de una práctica profesional, lo que garantiza, en opinión de Manal M. Ibrahim et al.⁽¹¹⁾ una excelente calidad de la atención al paciente y unos resultados positivos en la organización.

Tras la intervención educativa la enfermera/o se percibe a sí misma como más capacitada para su trabajo en el ámbito de los cuidados a pacientes con HDC. Conforme a Heather K et al.⁽¹²⁾, al facilitar y guiar el acceso a la información (conocimientos, recursos y herramientas) y conseguir un empoderamiento estructural, la consecuencia es un empoderamiento psicológico mediante la competencia, lo que de nuevo tiene un importante efecto en la satisfacción del profesional en su trabajo.

Como dice Manal M. Ibrahim et al.⁽¹¹⁾, las enfermeras/os son un grupo dedicado de profesionales que subrayan lo importante que es para ellos dar a sus pacientes el mejor cuidado posible; tener acceso a las oportunidades, recursos e información es fundamental para ser eficaces en el trabajo, tal y como concluyen también Heather K et al.⁽¹²⁾.

De acuerdo con Wagner et al.⁽¹³⁾, seis estudios revelaron asociaciones significativas entre empoderamiento estructural y potenciación psicológica para enfermeras/os. Aunque la investigación sobre este tema es relativamente reciente, en el trabajo de estos autores se sugiere una relación directa positiva entre empoderamiento estructural y potenciación psicológica, que a su vez se relacionan con un aumento de la innovación enfermera y de su satisfacción en el trabajo.

Es de esperar que los profesionales tomen un papel más activo en su propia formación a medida que aumenta su empoderamiento, incrementando la utilización de las fuentes científicas y de enfermería basada en la evidencia, demandando activamente conocimientos o recursos y participando en el diseño y difusión de los mismos.

En un estudio multicéntrico en Lituania realizado por Istomina N et al.⁽¹⁴⁾ cuyo objetivo fue explorar el empoderamiento enfermero y los factores asociados desde el punto de vista de las enfermeras quirúrgicas, se concluye que dichas enfermeras/os se sienten más capaces en su lugar de trabajo cuando tienen una educación superior y han completado cursos de formación continua.

Intervenciones como la realizada en el presente estudio contribuyen a ésta formación continua, si bien deberían establecerse refuerzos conti-

nuados si se pretende el mantenimiento de las mejoras obtenidas en los resultados transcurrido un tiempo desde la intervención, ya que a largo plazo como refieren Ferrer R et al.⁽¹⁵⁾ la tendencia de los efectos conseguidos en cualquier intervención educativa tiende a disminuir.

Como también se apunta en el trabajo de Yong-Sook Eo et al.⁽¹⁶⁾ el empoderamiento enfermero aumenta la eficacia en el trabajo y facilitado desde la gestión mejora la calidad de atención al paciente (Regan LC y Rodríguez L)⁽¹⁷⁾.

Futuras investigaciones en nuestro medio serían necesarias para valorar la repercusión del empoderamiento enfermero en la calidad de la atención y la satisfacción de los pacientes.

Los resultados reflejan una buena difusión de la UEUH y la consideración por parte de enfermeras/os de la enfermería referente como un apoyo necesario en el ámbito de cuidados de las HDC. Sería adecuado pues, llevar a cabo esta labor y seguimiento de manera programada y continuada.

CONCLUSIÓN

La realización de una intervención formativa en enfermeras/os fortalece su empoderamiento en

el cuidado de los pacientes con heridas de difícil cicatrización, aumentando los conocimientos percibidos sobre conceptos básicos, recursos y herramientas y su aplicación a la práctica clínica. Aumenta también la capacidad percibida por la enfermera/o en el ámbito de los cuidados a pacientes con deterioro de la integridad cutánea.

Las líneas de trabajo deben orientarse a:

- Alcanzar a mayor número de enfermeras/os en el ámbito de hospitalización y mantener los resultados obtenidos mediante el desarrollo de intervenciones de refuerzo.
- Incrementar el uso de fuentes utilizadas por enfermería basadas en el conocimiento científico y en la evidencia científica.
- Implementar programas formativos para responder a las necesidades planteadas.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de este estudio declaran no tener ningún conflicto de intereses y que no han recibido ningún tipo de financiación para llevar el trabajo de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Wound Management Association (EWMA). Documento de Posicionamiento: Heridas de difícil cicatrización: un enfoque integral. Londres: MEP Ltd; 2008.
2. Grupo de Trabajo de la Comisión de Heridas del CST. Unidad Funcional Interdisciplinar Hospitalaria del Heridas Crónicas del CST UFIH-12. Consorci Sanitari de Terrassa; 2012.
3. Verdú-Soriano J, Marinello J, Armans E, Carreño P, March JR, Soldevilla-Agreda JJ, coordinadores. Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior. Documento de Consenso C.O.N.U.E.I. Barcelona: EdikaMed; 2009.
4. Publicación de Directivos de la Salud [Página web]: Madrid: Sanitaria 2000 SL; 2012 [Acceso 2017 feb 14]; año III (nº48). Redacción. Los hospitales ahorrarían más de 1.100 millones al año si centralizaran el cuidado de las heridas crónicas. Disponible en: <http://directivos publicacion-medica.com/noticia/los-hospitales-ahorrarían-más-de-1100-millones-al-año-si-centralizaran-el-cuidado-de-heridas-cronicas>
5. Soldevilla-Agreda JJ, García-Fernández FP. Comisiones de Úlceras por Presión. Serie de Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº1. 2ª Ed. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño; 2012.
6. Shanta LL, Eliason AR. Application of an empowerment model to improve civility in nursing education. *Nurse Educ Pract*. 2014; 14: 82-6. doi: 10.1016/j.nepr.2013.06.009
7. DeVivo D, Quinn Griffin MT, Donahue M, Fitzpatrick JJ. Perceptions of Empowerment Among ED Nurses. *J Emerg Nurs*. 2013; 39:529-33. doi: 10.1016/j.jen.2010.10.011
8. Faulkner J, Laschinger H. The effects of structural and psychological empowerment on perceived respect in acute care nurses. *J Nurs Manag*. 2008; 16: 214-21. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00781.x
9. Van Bogaert P, Peremans L, de Wit M, Van Heusden D, Franck E, Timmermans O, Havens DS. Nurse managers' perceptions and experiences regarding staff nurse empowerment: a qualitative study. *Front Psychol*. 2015 Oct 14; 6:1585. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01585
10. Davies A, Wong CA, Laschinger H. Nurses' participation in personal knowledge transfer: the role of leader-member exchange (LMX) and structural empowerment. *J Nurs Manag*. 2011; 19:632-43. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2011.01269.x
11. Ibrahim MM, El-Magd MHA, Sayed HY. Nurse's psychological empowerment and perceived autonomy in university and teaching hospitals at Menofia Governorate/Egypt. *J Nurs Educ Pract*. 2014; 4(9): 59-68. doi: 10.5430/jnep.v4n9p59
12. Laschinger H, Finegan JE, Shamian J, Wilk P. A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. *J Organiz Behav*. 2004; 25: 527-45. doi: 10.1002/job.256
13. Wagner J, Cummings G, Smith DI, Olson J, Anderson L, Warren S. The relationship between structural empowerment and psychological empowerment for nurses: a systematic review. *J Nurs Manag*. 2010 May; 18(4):448-62. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01088.x
14. Istomina N, Suominen T, Razbadauskas A, Martinkenas A, Kuokkanen I, Leino-Kilpi H. Lithuanian nurses' assessments of their empowerment. *Scand J Caring Sci*. 2012; 26: 3-11. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00894.x
15. Ferrer R, Artigas A, Levy MM, et al. Improvement in process of care and outcome after a multicenter severe sepsis educational program in Spain. *Caring for the critically ill patient*. *JAMA*. 2008; 299 (19): 2294-303. doi: 10.1001/jama.299.19.2294
16. Yong-Sook Eo, Young-Hae Kim, Nae-Young Lee. Path analysis of empowerment and work effectiveness among staff nurses. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2014 Mar; 8(1):42-8. doi: 10.1016/j.anr.2014.02.001
17. Regan LC, Rodríguez L. Nurse empowerment from a middle-management perspective: nurse managers' and assistant nurse managers' workplace empowerment views. *Perm J*. 2011 Winter; 15(1): e101-e107.