



MÁSTER UNIVERSITARIO EN INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS DE SALUD
Curso académico 2015-2016

**Enfermería y práctica avanzada en el entorno del
paciente con necesidad de cuidados críticos**

Advanced practice nursing in the patient environment with
need for critical care

Autora: M^a Pilar Sánchez Rubio

Tutoras: María Madrazo Pérez

Cristina Blanco Fraile

ÍNDICE

Resumen.	5
Abstract.	6
1. Introducción.	7
1.1- La enfermería ante la globalización y la transversalidad del cuidado de la salud.	9
1.2- Protagonismo de la enfermera ante los nuevos retos de gobernanza.	11
1.3- Situación actual EPA a nivel internacional y nacional.....	13
1.4- Situación en el entorno de cuidados críticos.	25
1.5- Justificación.	28
1.6- Interés personal y profesional.	29
2- Pregunta y objetivos.	31
3- Metodología.	35
3.1- Marco teórico.	37
3.2- Estrategia de búsqueda bibliográfica.	38
3.3- Diseño.	41
3.4- Muestreo.	42
3.5- Ámbito de estudio.	43
3.6- Recogida de datos.	48
3.7- Análisis de la información.	53
3.8- Relevancia, adecuación, validez, reflexividad criterios de calidad.	56
3.9- Aspectos éticos.	57
3.10- Limitaciones.	58
4- Análisis de costes.	59
5 - Diagrama de Gantt.	63
6- Bibliografía.	67
7- Anexos.	75

Índice de tablas.

Tabal 1:Diferentes titulaciones de EPA a nivel internacional frecuencia y porcentaje.	14
Tabla 2:Situación EPA nivel internacional. Titulación, porcentaje en relación al total de enfermeras, principales funciones y nivel educativo requerido para el puesto.	16
Tabla 3: Situación EPA por Comunidad Autónoma en España. Denominación y principales funciones.	22
Tabla 4: Criterios de elección primeros informantes para las Entrevistas en Profundidad.	45
Tabla 5: Características sociodemográficas de los informantes y características de las organizaciones.	47
Tabla 6: Guion elaborado para la realización de la primera entrevista donde se recogen los puntos clave a ser tratados.	49
Tabla 7: Guion de las reuniones de los grupos focales.	52
Tabla 8: Presupuesto.	61
Tabla 9: Diagrama de Gantt.	65

Índice de figuras

Figura 1: Componentes del modelo de diseño de investigación Interactivo.	41
Figura 2: Representación del muestreo por juicio.	42
Figura 3: Representación del muestreo teórico intencionado.	43
Figura 4: Fases del análisis de la información.	55

RESUMEN

Justificación: la Enfermera de Práctica Avanzada se ha generalizado en diversos ámbitos asistenciales enmarcadas en la gestión eficiente de recursos humanos y nacidas para dar respuesta a las diferentes necesidades de salud. Aún no se ha desarrollado esta figura en el ámbito de los cuidados críticos en nuestro entorno.

Objetivo: fundamentar la necesidad de una Enfermera de Práctica Avanzada en relación a las necesidades de cuidados y a la gestión del cuidado en el entorno del paciente con necesidades de cuidados críticos.

Metodología: aproximación metodológica cualitativa mediante la Teoría Fundamentada. Esta aproximación se basa en datos que favorecen la comprensión de la necesidad o no del rol de Enfermera de Práctica Avanzada en el entorno de cuidados críticos, a su vez genera conocimientos y permite la construcción de una teoría. El ámbito de estudio entorno de cuidados críticos de los hospitales públicos con más de 300 camas, pertenecientes a Osakidetza - Servicio Vasco de Salud. Se realiza un muestreo por juicio para las entrevistas en profundidad y un muestreo teórico intencionado para la selección de los informantes integrantes de los grupos focales.

En la recogida de datos se utilizan las técnicas entrevista en profundidad y grupos focales, para las primeras se establece un guion de apoyo al investigador. Hay una interacción constante entre la recogida de datos y el análisis por medio del método comparativo constante hasta lograr la saturación teórica.

El proceso de análisis de los datos y codificación se realiza inicialmente con la ayuda de Software específico y posteriormente de forma manual, viajando de lo particular a lo general, identificando códigos, definiendo categorías hasta la identificación de la categoría central de la que emergerá la teoría

Palabras clave: Enfermera de Práctica Avanzada. Enfermera clínica especialista. Cuidados críticos. Investigación cualitativa. Teoría fundamentada.

ABSTRAC

Justification: The Advanced Practice Nurse has become generalized in different areas of assistance, defined considering an efficient human resource management and born to fulfill different health needs. This model has still not yet been developed in our society in the area of critical care.

Aim: To lay the foundations of an Advanced Practice Nurse in relation to the caring needs and the management in the area of patients needing critical care.

Methodology: a methodological qualitative approach through Grounded Theory. This approach maybe based on data that favours the comprehension of the need, or not, of the role of the Advanced Practice Nurse in the area of critical care. In addition, it generates knowledge and allows the construction of a theory. The field of study is based on more than 300 beds belonging to critical care units of public hospitals of Osakidetza-Basque Health Service. A sampling is performed for the in-depth interviews and an intended theoretical judgment for the selection of the informants belonging to the focal groups.

In the data collection, detailed interview techniques and focal groups are used. For the first, a support script is used for the researcher. There is a continual interaction between data collection and the analysis via a constant comparative method until theoretical saturation is reached.

The process of the data analysis and its codification is initially carried-out with the aid of specific software and afterwards manually, going from the most specific to the most general, identifying codes, defining categories, until the identification of the central category is identified, from which the theory will emerge.

Key Words: Advanced Practice Nursing. Clinical Nurse Specialist. Critical Care. Qualitative Research. Grounded Theory.

1

Introducción

1-INTRODUCCIÓN

1.1 La enfermería ante la globalización y la transversalidad del cuidado de la salud

El concepto de salud evoluciona al paso que se desarrollan las sociedades así pues, desde la definición de la OMS como “el completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de la enfermedad o dolencia “, para sociedades con elevada prevalencia de personas con dolencias crónicas y multimorbilidad. M. Huber 2011¹ la define como “la capacidad de adaptación y autogestión ante desafíos físicos, mentales y sociales”.

Independientemente de la definición que se adapte mejor a nuestro entorno social, la salud es el principio que permite el desarrollo de cualquier otra potencialidad del ser humano y su ausencia o deterioro limita sus capacidades, la salud es muy importante para el desarrollo, las poblaciones sanas viven más tiempo y son más productivas ², por lo que se ha de trabajar desde una visión amplia que tenga presente aquellos aspectos que influyen y determinan la salud y el bienestar, desde una concepción global, teniendo en cuenta los Determinantes Sociales y la transversalidad de los diferentes factores que influyen en la salud de los individuos, implicando de manera activa a las personas como gestoras de sus procesos, a los agentes sociales, profesionales y administración ³.

El patrón epidemiológico es un continuo proceso de evolución, ha sufrido cambios en los últimos años debido principalmente al envejecimiento de la población, al aumento de la esperanza de vida, a los movimientos migratorios bien por guerras o pobreza, y a la globalización. Estos y otros factores influyen en la aparición de nuevos problemas de salud, en la reactivación de algunas enfermedades que se consideraban erradicadas y en la cronificación de procesos ya existentes. Esta evolución no se ha producido de manera aislada, se acompaña de modificaciones en los hábitos de las personas que están mejor formadas e informadas, con unos valores y expectativas en materia de salud que se han visto modificadas. En la actualidad demandan una participación más activa en la gestión de sus procesos, así como una relación más igualitaria y de corresponsabilidad con los

profesionales sanitarios, alejándose del paternalismo ejercido por los profesionales de la salud centrado en la mera información. Desde otro ámbito, se incorporan otros factores como el contexto de crisis económica, con fuertes recortes presupuestarios y de contención de gasto que intentan neutralizar la inercia de crecimiento constante del gasto sanitario. Estas estrategias tienen su reflejo en recortes en las políticas sanitarias tanto en infraestructuras, como en actualizaciones tecnológicas, y sobre todo en recursos humanos, así como en la búsqueda de modelos de financiación, gestión y desarrollo profesional que ayuden a los sistemas de salud a ser más eficientes y sostenibles ⁴.

Un dato revelador indica que en España en el año 2013 se necesitaron 34 días de trabajo para mantener los servicios sanitarios, hoy en día la cantidad de días de trabajo necesarios para sostener la sanidad continúa aumentando ⁵.

Todos estos factores han influido en el ámbito del cuidado. En este sentido, las políticas sanitarias abogan por impulsar una atención integrada desarrollando estructuras de gobernanza transversales en las que se integren la atención primaria, hospitalaria, salud mental y el sociosanitaria, reorientando las funciones de los profesionales de los diferentes ámbitos otorgando mayor protagonismo a los profesionales de enfermería ², a través del desarrollo de nuevos roles o perfiles de enfermeras. Estas propuestas deberán sustentarse en una formación grado y postgrado de dichos profesionales que den respuesta a la necesidades de salud y cuidado de la sociedad independientemente del ámbito asistencial ^{3,6}.

La posibilidad de realizar cambios en las competencias profesionales, se plantea como una estrategia que puede contribuir a la eficiencia del sistema sanitario, experimentando desde el Skill-mix. Se entiende por Skill-mix la combinación de las capacidades de diferentes profesionales, o la agrupación de las distintas categorías de trabajadores en torno a un puesto determinado.

En el contexto sanitario se puede aplicar a nivel macro (Sistema Nacional de Salud) o a nivel micro en organizaciones o servicios. Hace referencia a un cambio de roles relacionado con el incremento o la profundidad de un trabajo, la

delegación, sustitución, traspaso o intercambio de competencias entre diferentes tipos de profesionales, el traslado de la responsabilidad de una tarea entre profesionales de una misma disciplina, así mismo se relaciona con la creación de nuevos trabajos o nuevos tipos de trabajadores, incluso con el traslado de prestaciones de un ámbito de atención a otro ⁷.

1.2 Protagonismo de la enfermera ante los nuevos retos de gobernanza.

Son muchos los países que están intentando mejorar la sostenibilidad de sus sistemas de salud revisando los roles de los profesionales sanitarios, basándose en el supuesto de que el desarrollo de nuevos y más avanzados roles para las enfermeras podría mejorar el acceso y los resultados en salud ^{8,9}. En este sentido el CIE define la enfermera de práctica avanzada (EPA) como *“una enfermera especialista que ha adquirido la base del conocimiento de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer. Para acceso a este nivel se recomienda grado de Máster”* ².

La OMS mediante la declaración de Munich en junio del 2000 insta a los países de la región europea a un mayor desarrollo de las profesiones enfermera y matrona por su papel y contribución al desarrollo de la salud y provisión de cuidados, así mismo, reconoce que la renovación de la atención primaria está íntimamente ligada al fortalecimiento de los servicios de enfermeras y matronas, proponiendo estrategias colaborativas de prestación de servicios enfermeros y de matrona competentes, culturalmente sensibles y basados en la evidencia científica ⁴.

En EEUU a través del informe *The future of Nursing, leading change, advancing health* ⁶, queda patente la capacidad de las enfermeras para satisfacer las demandas de la reforma del sistema público de salud, *“tanto por su proximidad a los pacientes, su competencia científica y comprensión de los procesos de salud a lo largo del continuo del cuidado, pueden coordinar cada vez más el complejo*

cuidado de un amplio rango de pacientes, además un prometedor campo de evidencia vincula el cuidado enfermero con la alta calidad del cuidado y la seguridad del paciente”.

Uno de los retos para la mejora de la gobernanza es la combinación de las competencias de los profesionales sanitarios (Skill-mix). Si se opta por esta vía, hay que tener en cuenta que las competencias profesionales son evolutivas, caducas y contexto dependientes lo cual lleva implícito una revisión sistematizada, para poder dar respuesta a las necesidades cambiantes de la sociedad y el sistema. El otro reto, también contexto dependiente, es conocer las causas que generan el desarrollo de la EPA. Hasta el momento se han identificado al menos cuatro ^{5,10,11}:

- 1- La escasez de médicos.
- 2- La demanda de servicios cambiantes, demanda de cuidados y promoción de la calidad de la atención.
- 3- El incremento en los costes de la atención sanitaria.
- 4- La mejora del desarrollo profesional de las enfermeras.

Dependiendo de cuales sean los factores que generan su desarrollo este puede verse afectadas por varios factores:

1. Políticos: nivel de desarrollo del sistema de prestaciones. Reglamentación y legislación, ambigüedad conceptual.
2. Estructurales: cómo estén organizados los servicios, inserción de las enfermeras en la atención directa.
3. Formación: capacidad del sistema para la formación en nuevos roles competenciales, falta de enfermeros capacitados.

Este camino, cuenta con elementos facilitadores, en concreto en España estamos en una de las etapas más prosperas a nivel académico en la disciplina enfermera como profesión, con acceso a estudios de Grado, Especialidad, Máster y Doctorado, con programas de acreditación de perfiles competenciales en la mayoría de las Comunidades Autónomas (CCAA). Sin embargo hay otros que se

podrían definir como amenazantes, por ejemplo, la rigidez de las estructuras organizativas y la conflictividad interprofesional médicos-enfermeras ¹².

En cuanto a los resultados en salud directamente relacionados con la inclusión de EPA en los equipos, existe consenso en la mejora de algunos procesos como control de la diabetes, EPOC, o en el seguimiento de pacientes frágiles o con alto nivel de dependencia. Pero estos resultados presentan lagunas debido a la dificultad de la medición relacionada con la heterogeneidad del desarrollo de los nuevos roles tanto a nivel mundial como nacional. Al verse influido por los factores que motivaron su aparición conviven diferentes perfiles de EPA cuyo rol varía desde la sustitución, realizando pruebas diagnósticas y prescribiendo tratamientos o asumiendo funciones que habían sido realizadas por los médicos, hasta hacerse cargo de nuevos servicios que no existían previamente lo que entraña una intensificación del rol enfermero, pero a su vez complica la valoración del impacto en los resultados en salud de la población de dichas figuras ^{13,14}.

1.3 Situación actual EPAa nivel internacional y nacional

El informe de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico OCDE 2010 refleja una gran variedad en los nuevos roles de enfermería, se han identificado al menos 13 diferentes títulos que hacen referencia a las Enfermeras de Practica Avanzada: “nurse practitioner”, “advanced nurse practitioner”, “nurse consultant” “clinical nurse specialist”. A continuación en la tabla1, se exponen las diferentes titulaciones identificados en 32 países pertenecientes a la OCDE.

Según el informe de la OCDE 2010 ⁸ países como Irlanda continuarán con el desarrollo e implantación de las EPA en otros ámbitos de la sanidad, como oncología, emergencias, cuidados críticos y salud infantil.

Tabla1. Diferentes titulaciones de EPA a nivel internacional frecuencia y porcentaje.

Títulos de Enfermera de Práctica Avanzada	Frecuencia	Porcentaje
Nurse Practitioner	38	44%
AdvancedPractice Nurse	15	17%
Advanced Nurse Practitioner	9	10%
Clinical Nurse Specialist	7	8%
Nurse Specialist	4	4%
Professional Nurse	2	2%
Expert Nurse	1	1%
CertifiedRegistered Nurse Practitioner	1	1%
Chief Professional Nurse with post-basic training in Primary Health Care	1	1%
Nurse Consultant	1	1%
Specialist Nurse Practitioner	1	1%
PrimaryHealthcare Nurse	1	1%
Advanced nurse in a specialty	1	1%

En la tabla 2 se hace una breve descripción por países de la situación de las EPA la titulación/categorías, el número y el porcentaje que representan del total de enfermas, así como, sus principales actividades y el nivel educativo recomendado o requerido para ejercer dicha práctica en el país.

Tabla 2. Situación EPA nivel internacional. Titulación, porcentaje en relación al total de enfermeras, principales funciones y nivel educativo requerido para el puesto.

PAÍS	CATEGORIA	NÚMERO ABSOLUTO	% DEL TOTAL de Enfermeras	Principales funciones o actividades	Nivel educativo recomendado o requerido
AUSTRALIA	1-Advanced Practice Nurses (Clinical nurses consultants)	-	-	Funciones clínicas y técnicas: 1- Consulta y diagnóstico avanzado, evaluación fisiológica y psicológica avanzada. 2- Prescripción de fármacos con la supervisión de los médicos, hay variaciones a lo largo de los diferentes estados. 3- Triage para priorización de pacientes. - Educación y formación. - Liderazgo, difusión del conocimiento. - Tareas relacionadas con la mejora de la calidad. - Investigación.	Grado o Máster
	2-Nurse Practitioners	400 (2010)	0,2%	Las mismas que la anterior y además: - Prescripción de pruebas diagnósticas RX, RM e interpretación. - Gestión de algunas enfermedades crónicas (seguimiento, monitorización, educación sanitaria). - Prescripción de fármacos sin supervisión médica, vacunación sin receta médica. - Derivación de pacientes a especialistas.	Máster
	1- Clinical Nurse Specialist	2.222(2008)	0,9%	- Evaluación de los pacientes, desarrollando o contribuyendo al plan de atención, e intervenir en situaciones complejas dentro de su especialidad clínica. - Consultor para los pacientes, enfermeras y otros	Máster

CANADA				<p>profesionales de la salud para mejorar la atención al paciente y hacer frente a cuestiones complejas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soporte de otras enfermeras en la atención directa al proporcionar la enseñanza clínica y la promoción de la práctica basada en la evidencia. - Revisión de la investigación basada en evidencia y proporcionar la opinión de expertos para determinar la aplicación más efectiva de la práctica. - Dirigir el desarrollo y aplicación de guías de práctica clínica. - Facilitar el cambio de sistema. 	
	2-Nurse Practitioners (2 categorías Atención Primaria y cuidados agudos en neonatología, pediatría y adultos)	1.626 (2008)	0,6%	<ul style="list-style-type: none"> - Atención integral a los clientes de todas las edades, incluyendo la promoción de la salud y prevención de enfermedades, de apoyo, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. - En la asistencia primaria, la atención puede implicar el diagnóstico y tratamiento de enfermedades comunes y lesiones agudas y gestión de enfermedades crónicas estables. <p>En unidades de agudos diagnóstico y tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedir e interpretar pruebas diagnósticas RX, pruebas de laboratorio. - Prescribir medicamentos sin supervisión médica. - Derivar pacientes a especialistas. 	Máster
CHIPRE	1-Diabetics Nurses	123(2008)	3,4%	<ul style="list-style-type: none"> -Consulta de enfermería de paciente diabético. -Seguimiento, monitorización educación sanitaria en los casos no agudos. - Derivación a especialistas. 	La especialización es a través de un curso post
	2-Community Mental Health Nurses	80(2008)	2,2%	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta y evaluación sicológica. - Gestión de enfermedades crónicas, seguimiento, vigilancia educación sanitaria en casos no agudos. - Triage priorización de pacientes. - Derivación a otros especialistas. 	

	3- Mental Health Nurses	72(2008)	2%	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta y evaluación psicológica. - Triage priorización de pacientes. 	graduado de una duración de 12 a 18 meses
	4- Community Nurses	164(2008)	4,6%	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación fisiológica y psicológica. - Vacunación sin receta médica. - Triage para priorizar pacientes - Derivación de los pacientes a los especialistas. - El seguimiento y vigilancia de casos no agudos. 	
IRLANDA	1- Clinical Nurse Specialists	2.006 (2009) Incluidas matronas	3,8%	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de los conocimientos y habilidades enfocados a mejorar la calidad de la atención. Evaluación, planificación. Ejecución, evaluación. Participación y difusión de la investigación. - Asesoramiento a otros profesionales sanitarios. - Prescripción de medicamentos. 	Grado más un post-grado en el área de cuidados que se especialice.
	2- Advanced Nurse Practitioners	121 (2009) Incluidas matronas	0,8%	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomía en la práctica clínica, , el liderazgo y la investigación.: - La autonomía en la práctica, tales como la gestión de servicio de urgencias de Lesiones Menores Clínicas - La gestión de casos y el seguimiento, la vigilancia, la educación sanitaria y asesoramiento de estilo de vida para pacientes con enfermedades crónicas - Prescripción de medicamentos y radiación ionizante - Prescripciones de prueba ecocardiografía / laboratorio 	Máster
FINLANDIA	1- PublicHealth Nurses con grado avanzado	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico y evaluación fisiológica y psicológica. - Petición de pruebas diagnósticas: ecografía. - La gestión de una serie de enfermedades crónicas. 	Postgrado o Máster
	2-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico y evaluación fisiológica y psicológica - Petición y llevar a cabo las pruebas diagnósticas (ecografía en los hospitales) 	

	ClinicalNurses con grado avanzado			<ul style="list-style-type: none"> - La gestión de una serie de enfermedades crónicas. - La gestión de una amplia gama de problemas de salud agudos (examen de los síntomas del pacientes y la evaluación de las necesidades de atención de las infecciones y lesiones menores). - Triage para priorizar pacientes. 	
INGLATERRA	1-Clinical Nurse Specialist	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico y evaluación fisiológica y psicológica. - Petición e interpretación de pruebas de diagnóstico: RX, ecografía, laboratorio. - La prescripción de fármacos con o sin la supervisión médica. - Gestión de enfermedades crónicas. - Triage para priorización de pacientes. - Derivación de pacientes a especialistas. 	Grado o Máster complementado con una amplia experiencia práctica
	2-Advanced Nurse Practitioners	-	-	<p>Mismas tareas que para los especialistas, pero más orientado a tareas de sustitución de los médicos Las tareas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recibir a los pacientes con problemas indiferenciados y sin diagnosticar y hacer una evaluación de sus necesidades de cuidado de la salud. - Screning de pacientes identificar los factores de riesgo de las enfermedades y primeros signos de la enfermedad. - Hacer diagnóstico diferencial. - Desarrollar con el paciente un plan de cuidados de enfermería, con énfasis en las medidas preventivas - Participar en investigaciones. - Proporcionar tratamiento y atención - Proporcionar asesoramiento y educación para la salud - Autoridad para admitir o dar de alta a los pacientes de su cupo y derivarlos a otros profesionales de la 	Graduado Máster

				salud	
	3- Nurse Consultants	971(2009)	0,2%	Las enfermeras consultoras son enfermeras que se especializan en un campo concreto de la práctica.. Tienen cuatro funciones : 1) la práctica experta 2) el liderazgo y consultoría 3) la educación, la formación y la mejora del servicio 4) investigación y evaluación Deben pasar el 50% de su tiempo en la práctica clínica.	Master Doctorado
	4.1 Modern Matrons	5.255 (2009)	1%	- Asegurar y garantizar los más altos estándares de atención clínica proporcionando liderazgo de enfermería a otros miembros del personal. -Garantizar que los servicios administrativos y de apoyo están diseñados para alcanzar los más altos estándares de atención. -Tener una fuerte presencia en el barrio ser reconocidas por los pacientes y sus familias que pueden dirigirse para obtener apoyo.	Máster y experiencia
	4.2 Community Matrons	1.654 (2009)	0,3%	Son enfermeras con experiencia que trabajan con pacientes a largo plazo, pacientes con necesidades muy complejas, y que están en riesgo de frecuentes ingresos hospitalarios no planificados. Actúan como gestoras de casos y son capaces de manejar las exacerbaciones agudas en el hogar, para evitar que ingresos hospitalarios.	
EEUU	1-Clinical Nurse Specialist	59.242 (2008)	2,5%	- Integrar la atención de todo el continuo del paciente. - La promoción de la mejora de los resultados del paciente y los cuidados de enfermería - Desarrollar prácticas basadas en la evidencia para aliviar el sufrimiento del paciente. - Facilitar la toma de decisiones éticas.	

				<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico y tratamiento de estados de salud / enfermedad - Controlar las enfermedades y promover la salud - Prevenir conductas de enfermedad/ riesgo entre los individuos, familias, grupos y comunidades. 	Máster y una certificación nacional
	2- Nurse Practitioners	158.348 (2008)	6,5%	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar y tratar a los pacientes, tanto en la atención primaria y aguda. - Proporcione atención continua inicial, valoración, exámenes físicos y otras actividades de evaluación de la salud y de detección de problemas. - Tratar y manejar pacientes con enfermedades agudas y crónicas, incluyendo petición de pruebas de laboratorio, prescripción de medicamentos. - Promoción de la salud, prevención de enfermedades, educación sanitaria y asesoramiento. 	Máster y una certificación nacional

Fuente: Delamiaire, M. Lafortune G. (2010) , “Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries”, OECD Health Working Papers n° 54

En España la situación es muy similar a la del resto de los países, la figura de la enfermera de practica avanzada está definida de manera ambigua y heterogénea por las diferentes administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas, pero lo que es una realidad es que esta figura existe de manera formal o informal siendo un valor al alza sobre todo en el abordaje de la cronicidad, orientando sus funciones hacia la educación, entrenamiento en el autocuidado, a la gestión de casos en pacientes complejos y como profesionales de enlace para la mejor transición entre los diferentes ámbitos y unidades de atención.

La tabla 3 muestra un breve recorrido por las diferentes Comunidades Autónomas que tienen desarrollado esta figura, su denominación así como las principales funciones. En cuanto al nivel formativo requerido no se ha encontrado ningún requerimiento diferente que el estipulado por ley para las enfermeras generalistas 14,15,16

Tabla 3. Situación EPA por Comunidad Autónoma en España. Denominación y principales funciones.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	FIGURA	Principales funciones o actividades
Andalucía	1-Enfermera Gestora de Casos Comunitaria	Mejora de la atención domiciliaria, apoyo a familias y cuidadores - Realizar y ejecutar Plan de cuidados. - Formación en autocuidados: formación e información de los cuidadores. - Coordinación entre atención especializada y primaria.
	2-Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria.	- Captación activa de pacientes. Valoración integral paciente y cuidador. Coordinar actuaciones, citas, ingresos y altas. Gestión de material de apoyo y ayudas técnicas. Participación en comisiones de cuidados. Seguimiento telefónico.
	1- Enfermera de Valoración y Gestión de Casos.	-Valorar y determinar nivel funcional y cognitivo paciente y estado anímico y físico cuidador. - Seguimiento del paciente y cuidador. - Coordinación con trabajadores sociales.

Aragón	2-Enfermera de Enlace de Sector	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisión al alta. - Coordinación con responsables de enfermería y médico. - Colaborar en la planificación talleres a cuidadores. - Solucionar problemas de coordinación AP y hospital. - Coordinar la transición al domicilio desde el hospital. De los enfermos dependientes. - Coordinación de AP con la red social y sanitaria. - Garantizar la continuidad del cuidado - Garantizar el uso adecuado del material de ayuda técnica para el cuidado de los pacientes.
Canarias	Enfermera comunitaria de enlace.	<ul style="list-style-type: none"> - Captación y valoración de personas inmovilizadas y sus cuidadores. - Propone y consensua el Plan de cuidados con los profesionales responsables de la atención. - Gestiona recursos complementarios para el cuidado. - Imparte formación a cuidadores. - Responsable de la continuidad de cuidados cuando el paciente es dado de alta del hospital.
Cataluña	<p>Enfermera Gestora de Casos de Atención Especializada.</p> <p>Enfermera Gestora de Casos de Atención Primaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Asume a los cuidadores dentro de la cartera de servicios y los cuidados paliativos. - Abordaje integral de las situaciones de dependencia, complejidad y fragilidad. - Atención al paciente crónico. - Enlace asegura la continuidad de cuidados entre niveles y ámbitos.
C de Madrid	Gestor de casos	<ul style="list-style-type: none"> - Planifica y coordina la globalidad de los cuidados que precisa el paciente crónico. - Optimiza la utilización de recursos - Su labor está implícita en la actividad de enfermería de AP.
Murcia	Enfermera Gestora de Casos	<ul style="list-style-type: none"> - Atención a personas en situación de complejidad. - Atención a cuidadores. - Planificación de cuidados. - Coordinación de recursos.
	Enfermera Gestora de Competencias	<ul style="list-style-type: none"> - Captación temprana de pacientes crónicos o pluripatológicos descompensados. - Valoración integral situación clínica y

1.4 Situación en el entorno de cuidados críticos.

Aunque fue en la década de los 60 cuando surgieron las enfermeras de practica avanzada en los EEUU, con un ámbito de actuación centrado sobre todo en atención primaria y pediatría, no es hasta los años 90 cuando la escasez de médicos y médicos residentes en cuidados críticos, así como la eficacia de estos roles en otros entornos²⁰, sirvió de impulso para la expansión de enfermeras con un nivel avanzado para dar respuesta a ciertos cuidados del paciente crítico, desarrollándose dos titulaciones, las Nurse Practitiones (NP), facilitando en 1995 que cerca de 5000 enfermeros accedieran a la certificación nacional ACNP (Acute Care Nurse Parctitioner), acreditándoles para el cuidado del paciente agudo y críticamente enfermo y las Physician Assistants (PA), con sus funciones de sustitución de algunas tradicionalmente realizadas por los médicos. La titulación requerida era estar en posesión del Título de Graduado y aprobar un examen de certificación nacional para obtener la licencia. Este segundo rol tuvo una menor implantación en las UCIs.

Entre las principales funciones que ambos roles desempeñan se describen las siguientes:

Gestión y atención al paciente

Pase de visita

Valoración y exploración física

Diagnóstico y tratamiento (prescripción en 43 de los 50 estados)

Inicio de ordenes bajo protocolos

Petición e interpretación de pruebas de laboratorio

Inserción de catéter central y arterial

Inserción de tubo torácico

Evaluación del estado nutricional

Colaboración con el equipo multidisciplinar

Ayuda en las intervenciones quirúrgicas

Educación

Formación del personal, paciente y familias

Implantación de guías de práctica clínica (ejemplo inserción de catéter, control de infección, profilaxis úlcera de stress, prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica)

Investigación

Recolección de datos

Participación en estudios

Calidad

Promover la utilización de los bundle para la prevención de neumonía asociada a VM, bundle diagnostico precoz de sepsis.

Comunicación

Promover y mejorar la comunicación entre el equipo y con pacientes y familia

Planificación al alta

Educación al paciente y familia en relación al plan de cuidados

Asegurar la continuidad de cuidados

El NHS del Reino Unido en 1999 desarrollo el rol de enfermera consultora (CN) en el entorno de cuidados críticos, con cuatro funciones principales ^{21,22}:

Desarrollo de la práctica y el servicio

Desarrollo de auditorias

Promoción y participación en proyectos de investigación

Educación, formación y desarrollo

Desarrollar programas educativos y formativos para apoyar la práctica fuera y dentro del entono de la UCI

Liderazgo y consultoría

Trabajar con los grupos de interés.

Trabajar colectivamente con otros hospitales

Práctica experta

Seguimiento clínico de los pacientes

Atención directa

A pesar del limitado número y la calidad de alguno de los estudios sobre el impacto de las EPA en el cuidado del paciente crítico, algunos estudios han demostrado un descenso de las Infecciones de tracto urinario, neumonía, úlceras por presión, días de ventilación mecánica, estancia, mayor cumplimiento de las guías de práctica clínica y mayor colaboración en aquellas UCIs que en sus equipos contaban con ACNP ²³.

En cambio otro estudio que compara los resultados en relación a la mortalidad y estancia en pacientes cuidados por ACNP o médicos residentes en UCI, indica que la estancia en UCI es similar en ambos grupos, pero la mortalidad en UCI es inferior en los cuidados por ACNP ²⁴.

Otro aspecto relevante a tener en cuenta, es el impacto económico de estas figuras y su contribución a la sostenibilidad de las organizaciones sin perder la calidad del cuidado. Hay evidencia de una reducción en la estancia que ha ido acompañada de una reducción de costes asociada a la calidad de los resultados, disminución de los días de ventilación, comienzo de la nutrición, retirada de dispositivos, profilaxis antibiótica correcta y control adecuado de glucosa en pacientes postoperados de cirugía cardiaca ²⁵⁻²⁶.

En el contexto español la implantación del rol de EPA en entornos fuera del abordaje del paciente crónico es escasa, exceptuando las Matronas, se podría asegurar que desconocida. Las evidencias halladas provienen de países anglosajones por lo que es difícil conocer el nivel de desarrollo de estas figuras en España ²⁷.

No obstante la realidad es obstinada, y las necesidades habitualmente van por delante de las decisiones y regulaciones administrativas. En este contexto algunos de los hospitales de Osakidetza cuentan con figuras que se podrían aproximar al rol de EPA en Cuidados Críticos, pero ocurre lo mismo que con las EPAs ya desarrolladas, sus denominaciones son ambiguas, heterogéneas y las competencias carecen de consenso y regulación.

1.5 Justificación

El avance que ha tenido la profesión enfermera gracias a la transformación de los estudios universitarios con posibilidad de acceso a Máster y Doctorado en sus propias áreas de conocimiento, así como el impulso que se ha dado a las especialidades permite identificar en nuestro entorno dos tipos de profesionales enfermeras, generalistas, y especialistas (Enfermería Obstétrica y Ginecológica matronas, Enfermería de Salud Mental, Enfermería Pediatría, Enfermería Geriatria, Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería del Trabajo), ambas figuras reconocidas y reguladas según la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias²⁸.

A estos nuevos perfiles hay que añadir el desarrollo de las EPA enmarcadas en la gestión eficiente de recursos humanos, basadas en iniciativas exitosas a nivel mundial y nacidas para dar respuesta a las diferentes necesidades de salud que cada Comunidad Autónoma identifico, de ahí deriva su heterogeneidad. Su capacitación se ha realizado al margen de marcos legales y normativos establecidos para el desarrollo académico y profesional enfermero, lo que puede dar lugar a dificultades en políticas coordinadas de recursos humanos (RRHH) a nivel estatal.

Para la toma de decisiones en cuanto a la gestión y planificación de RRHH es necesario tener presente esta realidad, actualmente las enfermeras pueden tener distintos niveles de capacitación (formación y competencias) aunque el alcance profesional es el mismo, conviviendo profesionales con distinto nivel académico desempeñando las mismas funciones, lo que aparte de desmotivador puede ser poco eficiente.

En busca de una mayor eficiencia en la gestión de los RRHH, es necesario reflexionar en relación a la aplicación de estos nuevos perfiles enfermeros en otros entornos no explorados tradicionalmente. Deberían tenerse en cuenta a la hora de la evaluación y planificación de necesidades de profesionales sanitarios en entornos donde la complejidad de cuidado y la seguridad del paciente se ve continuamente afectada por el vertiginoso desarrollo del conocimiento y la

tecnología, como es el ámbito de cuidados críticos, ámbito que no solo está centrado en el entorno de las UCIs. Igualmente en las plantas de hospitalización que cada vez más se encuentran con paciente con necesidad de cuidados complejos al verse reducida la estancia en las unidades de críticos, o no cumplir los criterios clínicos de ingreso en dichas unidades ²⁷.

Mejorar el estado de salud también implica nuevas formas de organización. Las organizaciones deberían ser capaces de articular todo ese nuevo conocimiento y realizar cambios en el alcance de la práctica enfermera en aras a mejorar la sostenibilidad y la calidad del sistema. En este sentido sería conveniente para la planificación de RRHH y para dar respuesta a las necesidades cambiantes del paciente crítico y pacientes en situaciones de salud complejas, familia, y de otros enfermeros, conocer con precisión cuales son las necesidades de cuidados del paciente crítico y del paciente agudo complejo, así como la competencias y el alcance de un nuevo perfil de enfermera en el ámbito del cuidado crítico y del cuidado al paciente agudo complejo, que dé respuesta de manera eficiente a estas necesidades.

Deberían haber terminado los días en que todas las enfermeras fueran polivalentes ²⁹. El tímido y tardío desarrollo de las especialidades en enfermería puede añadir más confusión en el terreno de la gestión, planificación, en cuanto a cómo articular estos roles EPA y Enfermera Especialista entorno al eje central paciente – familia, sin caer en ineficiencias ¹⁰, también se ha de abordar la aceptación y demanda de la cartera de servicios de estos nuevos roles por el propio colectivo enfermero.

1.6 Interés personal y profesional

Durante mi trayectoria profesional ha habido una cuestión que me ha acompañado en los más de 30 años de ejercicio profesional con diferente intensidad y compromiso. Es el hecho de que las enfermeras pudiésemos desempeñar nuestro ejercicio profesional en cualquier contexto independientemente de nuestras competencias, primando la cobertura del puesto a la eficiencia y eficacia del cuidado, sin un conocimiento de cómo estas prácticas

relacionadas con la organización, impactan en el cuidado y en las necesidades cambiantes de pacientes y profesionales.

Mi etapa formativa se remonta a los primeros años del desarrollo de la Diplomatura de Enfermería. Coincidió con unos años convulsos en cuanto a la búsqueda y definición de un espacio en el complejo engranaje de las profesiones sanitarias para estas nuevas figuras los Diplomados en Enfermería, mal vistos por los ATS (Ayudantes Técnicos Sanitarios), ninguneados por los médicos, con una formación menos basada en la técnica que nuestros predecesores y en un entorno donde lo que primaba era la competencia técnica, donde tuvimos que ganarnos el espacio a base de más de una renuncia a la esencia de la profesión. Posteriormente he tenido la suerte de desarrollarme como profesional en contextos tan diferentes a nivel asistencial como hospitalización, cuidados críticos, epidemiología, así mismo he participado en actividades formativas, lo cual me ha permitido tener una visión global del papel de la enfermera y su contribución silenciosa a la salud de la población.

Hace once años accedí a una puesto en gestión, como Adjunta a la Dirección de Enfermería, con la ilusión y el autocompromiso de construir y contribuir desde dentro tanto a la visibilidad del cuidado, como a una mejora en la capacitación y gestión en el entorno enfermero. Por ello cuando tuve que elegir el tema para el Trabajo Fin de Máster, vi la oportunidad de profundizar en aquellos aspectos que me han preocupado y ocupado en gran parte de mi camino como profesional, la competencia enfermera y su respuesta a las necesidades de pacientes y profesionales, en un entorno al que le debo gran parte de lo que soy como persona y profesional, el entorno de Cuidados Críticos.

2

Pregunta y objetivos

2. PREGUNTA y OBJETIVOS

Pregunta

¿El modelo actual de organización de enfermería en Osakidetza ofrece una respuesta adecuada a la complejidad y necesidad de cuidados de paciente, familia, profesionales en el entorno de Cuidados Críticos?

Objetivos

El objetivo general de este trabajo es fundamentar la necesidad de una Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) en relación a las necesidades de cuidados y a la gestión del cuidado en el entorno del paciente con necesidades de cuidados críticos.

Los objetivos específicos planteados son los siguientes.

- 1- Determinar las necesidades no cubiertas por las enfermeras generalistas en el cuidado del paciente-familia durante su estancia en cuidados críticos.
- 2- Identificar las necesidades de los profesionales que trabajan en cuidados críticos en cuanto a la gestión del cuidado que no están satisfechas con la organización actual de su unidad.
- 3- Definir las bases del modelo organizativo alternativo con la inclusión de la Enfermera de Practica Avanzada.
- 4- Establecer las competencias de la EPA y su ámbito de aplicación

3

Metodología

3- METODOLOGÍA

3.1 Marco teórico

En este proyecto se propone como marco teórico la metodología cualitativa mediante la Teoría Fundamentada (TF), también denominada Grounded Theory, creada por los sociólogos Barney Glaser y Ansel Strauss en la década de los años 60. La base epistemológica de la TF reside en el interaccionismo simbólico de Blumer ³⁰, corriente de pensamiento que se basa en la comprensión de la sociedad, en como definen los individuos un fenómeno, o acontecimiento a través de su interacción social.

En 1990 Strauss-Corbin ³¹ se refieren a la TF como una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática, y analizados por medio de un proceso de investigación. Debido a que se basa en los datos es más probable que aumente la comprensión y proporcione una guía para la acción. Strauss–Corbin confían más en la técnica y definen una metodología clara de aplicación, que facilita su uso a investigadores nóveles, aspecto que ha sido considerado de manera positiva por la investigadora.

La TF permite contextualizar el cuidado y comprender mejor la experiencia subjetiva de las personas para proporcionar una atención holística y competente, recomendándose el uso de este diseño para explorar procesos de transición y cambio como el que se pretende investigar ³².

Por consiguiente la TF es pertinente para la investigación propuesta, por su enfoque exploratorio, por su contribución al desarrollo de teoría y por el rigor del diseño. Responde a la necesidad de conocer qué esta pasado, cómo y porqué. Al ser un problema en el que intervienen las experiencias de vida, aspectos emocionales, fenómenos organizativos y posiblemente culturales, se considera que esta aproximación permitirá una mejor comprensión de lo que ocurre a través de la profundización en las experiencias de las personas, comprendiendo su realidad, interpretándola, poniendo el enfoque en los discursos y acciones de las personas involucradas.

Al optar por esta metodología se ha tenido en consideración la relación y la experiencia de la investigadora con el entorno, que según Strauss y Corbin no ha de ser un impedimento en la investigación, sino un elemento de análisis que puede ser la base para realizar comparaciones y descubrir propiedades y dimensiones ³¹.

3.2- Estrategia de búsqueda.

La revisión de la literatura se ha utilizado como apoyo para centrar y plantear el problema, así como para identificar, otras formas de abordaje, distintos métodos de recolección de datos y de análisis.

Se es consciente que los datos obtenidos de los participantes propiciarán una nueva revisión bibliográfica.

Para la búsqueda sistemática se ha tenido en cuenta la estructura SPICE ³³.

S setting	Contexto	Cuidados críticos
P perspective	Quien	Pacientes, familia , profesionales en el entorno de cuidados críticos.
I intervention	Intervención, fenómeno de interés	Modelo actual de organización.
C comparison	Comparación	Modelos que incluyen Enfermeras de Práctica Avanzada, Enfermas Especialistas.
E evaluation	Evaluación, resultados	No procede.

El lenguaje natural se ha traducido a lenguaje controlado utilizando los siguientes términos DeCS y MesH

Lenguaje controlado relacionado con el contexto	
Cuidados críticos	Critical care
Lenguaje controlado relacionado con el fenómeno de estudio	
Enfermera de práctica avanzada	Advanced practice nursing
Rol de enfermería	Nurse´s role
Enfermera clínica especialista	Clinical nurse specialist
Enfermera de cuidados críticos	Critical care nursing
	Nurse Practitioners
Lenguaje controlado relacionado con el abordaje de la investigación.	
Investigación cualitativa	Qualitative researh
Teoría fundamentada	Grounded theory

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en las principales bases de datos DIALNET, CUIDEN, IBECS, PubMed, Google académico y Ovid MEDLINE, páginas web de referencia en el ámbito de enfermería de practica avanzada (<http://enfermeriaavanzada.blogspot.com.es/>, <http://www.nacns.org/>, <http://www.efccna.org/clinical-practice>, <https://www.cna-aiic.ca/en>), libros sobre metodología cualitativa. Se ha utilizado la técnica de bola de nieve revisando artículos o tesis doctorales indexados en publicaciones previamente exploradas. Para la estrategia de búsqueda se han combinado los términos MesH y DeCsh mediante operadores lógicos AND y OR, limitándose la búsqueda por idioma español e inglés, y cronología, estudios publicados en los últimos diez años. En la búsqueda en PubMed para el término Advanced Practice Nursing, se usaron los Subheadings “organization” y “administration”.

# 1	Criticalcare
# 2	Advanced practice nursing
# 3	Nurse´s role
# 4	Clinical nurse specialist
# 5	Criticalcare nursing
# 6	Nurse Practitioners
# 7	(“Qualitative research” [MesH] OR “focus group”)
# 8	Grounded theory

1	# 2 OR # 4 AND # 1
2	# 2 AND # 5
3	# 2 AND # 1
4	# 2 AND # 1 AND # 3 AND # 6
5	# 7 AND # 5
6	# 8 AND # 2
7	# 8 AND # 5 AND # 3

La selección de artículos se atuvo a los siguientes criterios: estudios que tuvieran como objetivo identificar la contextualización de la enfermeras de práctica avanzada, sus competencias así como su contribución a los resultados en salud de la población, y artículos o tesis doctorales que utilizaran la teoría fundamentada como aproximación metodológica. Se excluyeron los artículos que no estaban escritos en castellano y/o inglés, además de aquellos que no se pudiese obtener al menos el abstract.

3.3- Diseño

El diseño de los estudios cualitativos se caracteriza por ser flexible, abierto y cambiante, no sigue un modelo lineal sino que hay una interacción continuada entre las diferentes fases o componentes (objetivos/metapas, marco conceptual, pregunta de investigación, métodos y validez) ³³.

Figura 1. Componentes del modelo de diseño de investigación Interactivo.



Fuente: <https://sites.google.com/site/qexconsulting1/>

El tipo de estudio que se pretende realizar es explicativo-interpretativo, trata de explicar la realidad basándose en los datos obtenidos de los informantes, generando una teoría que a un mismo tiempo será descriptiva y explicativa. Describe a través de la información recogida, qué ocurre con las necesidades de pacientes, familia y profesionales y explicar la interacción entre el modelo actual de gestión y las necesidades, buscando explicaciones más interpretativas sobre el por qué.

Para llevar a cabo la investigación, se plantea en una primera etapa la realización de entrevistas en profundidad a personas clave, posteriormente entrevistas grupales mediante grupos focales, en los que estén representados de manera heterogénea todos los perfiles de informantes.

3.4- Muestreo

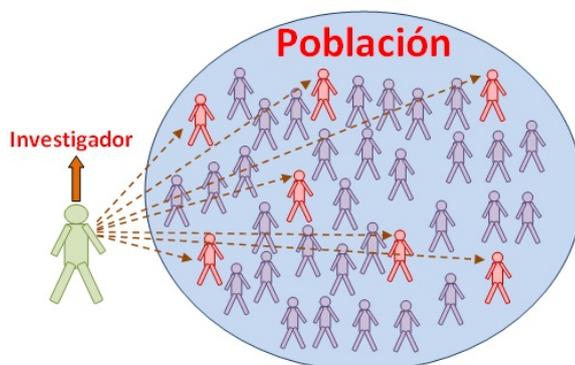
En los estudios cualitativos no es tan importante el tamaño muestral, como la validez de la muestra, el rigor del estudio y la selección de informantes en cuanto a la representatividad y el conocimiento profundo que poseen del objeto de estudio. Por tanto el muestreo en investigación cualitativa busca la diversidad de matices.

En la TF al contrario que en otros estudios cualitativos el muestreo se va generando a lo largo de la investigación. Tras el análisis de los datos iniciales pueden surgir conceptos que hagan que el investigador seleccione a otros informantes, con el objeto de profundizar en aspectos que en principio no se tuvieron en cuenta. La recogida y el análisis de los datos se encuentran interconectados, se concibe el diseño de la investigación como una espiral, a través de la cual conocemos qué tipos de informantes o escenarios deben explorarse para lograr la progresiva saturación y que emerja la teoría formal³⁴.

En una primera aproximación se realizara un muestreo por juicio, método no probabilístico, en el que los sujetos o informantes se seleccionan en base al conocimiento y juicio del investigador.

Se utiliza este método debido a que la población es muy reducida y además conocida por el investigador.

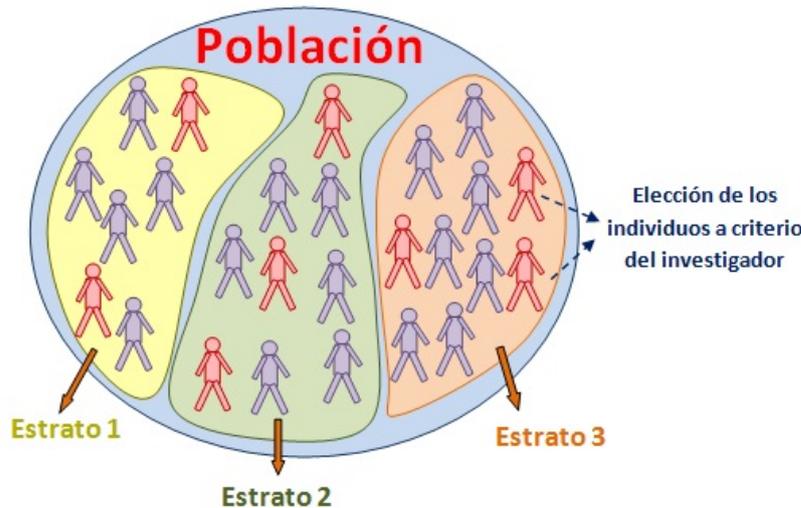
Figura 2 Representación del muestreo por juicio



Fuente imagen <http://www.universoformulas.com>

Para la selección de los participantes en los grupos focales se realizará un muestreo teórico intencionado, teniendo en cuenta criterios de representatividad (personas que respondan al perfil de sujetos a estudio), pertinencia (conocimiento básico y profundo del entorno que representan), predisposición (acepten de manera voluntaria participar) ³⁵.

Figura 3. Representación del muestreo teórico intencionado



Fuente imagen <http://www.universoformulas.com>

3.5- **Ámbito de estudio. Participantes**

El estudio se desarrollara en el ámbito de Atención Especializada de las organizaciones públicas pertenecientes a la red Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, organismo creado en 1984 encargado del sistema de prestaciones sanitarias públicas en la comunidad autónoma del País Vasco, perteneciente al Sistema Nacional de Salud.

Buscando la coherencia con la pregunta: ¿El modelo actual de organización de enfermería en Osakidetza ofrece una respuesta adecuada a la complejidad y necesidad de cuidados de pacientes, familia, profesionales en el entorno de Cuidados críticos?, la población objeto de estudio estará constituida por los profesionales sanitarios y grupos de interés que tienen o han tenido relación con el entorno de cuidados críticos, de los seis hospitales públicos con de más de 300 camas en el ámbito de la comunidad autónoma del País Vasco.

Se entiende por Unidades de Cuidados Críticos aquellas que tienen capacidad de atención al paciente crítico adulto o pediátrico más allá del postoperatorio inmediato, por lo que se excluyen las unidades de recuperación postanestésica (URPA).

El equipo de investigadores estará formado por cuatro personas con intereses comunes en la gestión, en el conocimiento del entorno de cuidados críticos, y una especialista en investigación cualitativa.

El muestreo teórico será determinado por la información que aporten los primeros entrevistados ³¹, por lo que la selección de los primeros participantes se realizará por muestreo de juicio, atendiendo a criterios de elección en relación al nivel estructural (ocupación, grupo), experiencia (tiempo de exposición), espacio (lugar o zona), así como perfil personal. Estos criterios se consideran los ideales para que la información sea de calidad, detallada, veraz y acorde a los propósitos del estudio. En la tabla 4 se exponen los criterios sobre los que se establecerán los perfiles de los informantes.

Tabla 4. Criterios de elección primeros informantes para las Entrevistas en Profundidad.

Personas con un perfil personal y profesional.	Iniciativa. Pensamiento crítico. Creatividad. Capacidad de mantener un discurso. Sensibilizadas con el desarrollo profesional enfermero. En activo.	
NIVEL ESTRUCTURAL	TIEMPO/EXPERIENCIA	ESPACIO
Enfermeras gestoras.	Más de 2 años en gestión.	Hospitales Públicos de Osakidetza de más de 300 camas.
Enfermeras gestoras.	Más de 2 años en gestión.	Áreas de cuidados críticos adultos o pediátricos UCI, Reanimación, Coronarias, Grandes Quemados. Hospitales de más de 300 camas de Osakidetza.
Enfermeras no generalistas, no gestoras.	Más de 2 años en su puesto actual.	Hospitales Públicos de Osakidetza de más de 300 camas.
Paciente.	Adulto. Estuviese ingresado en algún área de críticos.	Mínimo 15 días.

La recogida de datos se llevara a cabo mediante grupos focales, su composición se realizara a través de muestreo teórico intencionado, procurando mantener la heterogeneidad en los grupos de cada centro y la homogeneidad entre los diferentes centros participantes.

En la selección de los componentes para los grupos focales deberá de seguirse los siguientes criterios:

- 1- Representación de los diferentes grupos profesionales en activo (enfermeras, auxiliares, médicos, con al menos 3 años de experiencia en su puesto de trabajo),
- 2- Representación de gestores.
- 3- Pacientes y/o familiares que hayan estado ingresados en el entorno de cuidados críticos como mínimo dos semanas.
- 4- Capacidad para mantener un discurso rico en detalles.
- 5- Participación voluntaria.

El acceso a los informantes se prevé que no sea complicado, por el conocimiento del entorno por parte del equipo investigador.

Se tendrán en cuenta características sociodemográficas, y de las organizaciones, con el fin de completar aspectos que puedan ser relevantes para añadir sentido al discurso de los informantes y elaborar la teoría. En la tabla 5 se muestran las características sociodemográficas de los informantes y las características de las organizaciones de servicios.

Tabla 5. Características sociodemográficas de los informantes y características de las organizaciones.

Sociodemográficas
Sexo
Edad
Nivel educativo
Año de finalización de los estudios
Relación laboral
Cargo
Tiempo trabajado en la unidad. (experiencia en la unidad)
Turno de trabajo
Organización /servicio/unidad
Tipo de hospital (Docente, Universitario...)
Número de camas en la unidad
Porcentaje de personal enfermera fijo
Ratio enfermera paciente
Ratio auxiliar paciente
Ratio médico paciente
Número total enfermeras
Número total auxiliares
Número total médicos

3.6- Recogida de datos

Debido al tipo de estudio propuesto se opta por la entrevista en profundidad y grupos focales como técnicas de recogida de datos. El objetivo de la utilización de estas técnicas, es establecer un diálogo que permita obtener información profunda y contextualizada, describir e interpretar creencias, opiniones, actitudes, que no podrían ser obtenidos mediante otras técnicas. En definitiva se trata de entender el contexto desde el punto de vista de los participantes.

La entrevista individual en profundidad es una técnica conversacional narrativa. A través de ella se busca que el informante traslade al entrevistador sus percepciones y los significados para una mejor comprensión del fenómeno a estudio.

Teniendo en cuenta las características del tema y la capacitación del investigador, se realizara una entrevista semiestructurada apoyada en un guion para lograr un equilibrio entre la dirección y la flexibilidad. El guion permite disponer de un recordatorio de temas, evitando posibles olvidos a la hora de abordar aspectos de interés, así como la flexibilidad suficiente para afrontar cuestiones planteadas por los participantes con las que no se contaba al inicio de la entrevista ³⁶. Al utilizar el método de comparación constante, la captación de temas emergentes y su valoración e inclusión en las sucesivas entrevistas está asegurada.

En el guion se esbozan los temas considerados por el investigador como relevantes, de acuerdo a la pregunta y objetivos del estudio. El orden de aparición en el listado es orientativo y dado que no es una entrevista cerrada se espera que surjan aspectos no previstos inicialmente³⁷. En la tabla 6 se muestra los principales contenidos incluidos en el guion de la primera entrevista.

Tabla 6. Guion elaborado para la realización de la primera entrevista donde se recogen los puntos clave a ser tratados.

<p>Encuadre autobiográfico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo. • Edad. • Estudios. • Trayectoria profesional (tiempo trabajado, turnos.)
<p>Modelo de organización</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo tipo. • Criterios de calidad del servicio y medida • Identificar las políticas de coberturas de vacantes, vacaciones, permisos y licencias. • Definición de las competencias de las enfermeras (modelo utilizado en la gestión del cuidado). • Existencia de modelos de adquisición de las competencias.
<p>Rol de las enfermeras</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los sentimientos al trabajar en un entorno de cuidados críticos (te resulta interesante, has experimentado conflictos debido a las competencias que realmente tienes y las que deberías de tener para desarrollar tu trabajo, ante situaciones de necesidad de ayuda para realizar un cuidado al paciente, que sueles hacer). • Definir las características que definen el trabajo con los pacientes en el entorno de cuidados críticos. (diferencias con otros entornos). • Percepción de confianza/ seguridad en la toma de decisiones. • Descripción de las formas de adquisición de competencia.
<p>Valoraciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como definirías el modelo de organización- gestión de la unidad. • Si tuvieras la oportunidad de modificar el modelo de organización de la unidad, como sería este (que dejarías , que quitarías).
<p>Perspectiva de futuro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como ves el futuro de la enfermera en cuidados críticos • Si pudiese elegir una unidad de criticos en la que trabajar cual sería y por que.

Se plantean cuatro entrevistas en profundidad. En el desarrollo de las entrevistas se tendrá en cuenta el tipo de preguntas que principalmente responden a experiencias, comportamientos y opiniones. Inicialmente se realizara una entrevista piloto a una persona de confianza con el objeto de detectar errores e incoherencias. La selección de los informantes clave, se realizara mediante contacto vía telefónica y mail, explicando a grandes rasgos la idea de la investigación y las razones que han llevado a su selección, haciendo hincapié en la confidencialidad de todo lo que se comente, así como, el valor de sus aportaciones. Así mismo se comentará que la duración de la entrevista se estima entre 60 y 90 minutos. En un segundo contacto con los informantes vía mail o teléfono se concretará el lugar, día y hora de realización de la entrevista en base a sus preferencias. Las entrevistas serán realizadas por la investigadora. Su registro se llevará a cabo mediante grabación en audio y/o libreta de notas, por si alguna persona no desea ser grabada. Se contara con un cuaderno de campo para la toma de notas sobre aspectos tales como actitud del informante, las sensaciones del entrevistador y las posibles incidencias que se diesen durante la entrevista.

La segunda técnica utilizada en la recogida de información serán los grupos focales, esta técnica permite un tipo de entrevista focalizada en conceptos/categorías concretas que emergerán de las entrevistas en profundidad y en ellos cada persona habla desde su YO. El papel del grupo sirve para estimular la participación y el discurso individual³³. La elección de esta técnica tiene que ver con conocer los puntos de vista y experiencias del grupo con el propósito de mejorar la comprensión sobre el tema y por razones de factibilidad, tiempo y coste.

En la formación del grupo se tendrán en cuenta criterios de homogeneidad para evitar dificultades en la interacción de las personas y favorecer el debate y criterios de heterogeneidad para contar con la máxima variedad de opiniones³⁸.

Se estima la formación de seis grupos focales ³⁹, uno por hospital, con un número de participantes entre 6 y 8, más tres personas de reserva, cada grupo estará compuesto por una representación equitativa de profesionales por categoría y puesto, y por un paciente o familiar. Se contactará vía telefónica y mail, explicando el objeto del estudio y la importancia de su colaboración. Se informará de la duración de la sesión (90 minutos), resaltando la confidencialidad de los comentarios expuestos durante la sesión y en la posterior transcripción. El lugar utilizado para la reunión será en el entorno de cada hospital. El día previo a la reunión se volverá a contactar vía telefónica con los informantes.

Las reuniones estarán coordinadas por dos miembros del equipo investigador uno con funciones de moderador- dinamizador realizando preguntas abiertas, tratando de obtener el máximo detalle, invitando a todos los miembros del grupo a participar, el otro observa la dinámica grupal, toma notas de lo que se dice y de lo que no se dice, posiciones, discurso, lenguaje no verbal, etc. ^{33,36}.

La identificación de los participantes se realizara a través de los informantes clave de acuerdo a los criterios establecidos. Se pedirá consentimiento informado para la grabación de la sesión.

Del mismo modo que en las entrevistas en profundidad, se realizará un guion como ayuda en la dinámica. Este guion, como es lógico se realizará en base a las categorías y conceptos extraídos de las entrevistas en profundidad. En la tabla 7 se muestra un posible guion.

Tabla 7. Guión de las reuniones de los grupos focales.

Conceptos clave	Propuesta
Influencia de la organización en los servicios prestados.	<p>En qué y cómo podrían mejorar los servicios que se dispensan actualmente.</p> <p>Podrías proponer acciones concretas para mejorar la organización de los servicios de enfermería.</p>
Necesidades de pacientes.	Que necesidades de paciente y familia no se cubren durante la estancia en CC

El grado de fiabilidad y validez de la toma de los datos a través de entrevistas semiestructuradas y grupos focales, es difícil de conseguir ³⁶. Para minimizar los sesgos en los que pudiésemos incurrir se plantea contar con una documentación clara y preparada previamente a las entrevistas con las normas o reglas de juego que faciliten la interacción en el grupo. Se utilizará el cuaderno de campo donde recopilar las notas previas, durante y pos entrevistas. Se garantizará el anonimato de los informantes en todo el proceso mediante su identificación alfanumérica. Un aspecto clave es el establecimiento de rapport entre el investigador y los informantes. Para ello se pondrá especial cuidado en la primera impresión, en que el lenguaje verbal y no verbal sean concordantes, que los mensajes sean claros y ausentes de ambigüedad, así como una escucha activa, empática, con neutralidad, mostrando interés y dejando plena libertad de expresión.

Tanto las entrevistas como los grupos focales serán grabadas para su posterior transcripción e interpretación. Se realizará un primer escucha por la investigadora, para completar los memos que posteriormente serán enviadas a una persona experta en transcripciones. Una vez transcritas se comprobará si ésta ha sido fidedigna mediante lectura por dos de los componentes del equipo investigador de manera independiente y el contraste de los participantes.

3.7- Análisis de la Información

En investigación las respuestas a la preguntas conducen inexorablemente al planteamiento de más preguntas. A menudo encontramos situaciones que no se habían tenido en cuenta y que llevan a replantearse las posiciones iniciales.

Esto, si cabe, se hace más patente en estudios que utilizan la metodología de la TF, metodología que se caracteriza por que el análisis de los datos es iterativo e interactivo, el investigador avanza y retrocede en el transcurso de la investigación, de la recolección de datos se pasa al análisis y de este surgen nuevos interrogantes a explorar en el trabajo de campo. El proceso de análisis es inductivo basado en el método comparativo constante y en el muestreo teórico (selección de nuevos casos en función de refinar los conceptos que van surgiendo) ³³.

En el proceso de análisis se incluyen los siguientes procedimientos:

1-Comparación constante.

La generación de la información, su categorización y análisis se realiza de manera simultánea. Se analizan las diferencias y similitudes entre los datos, comparando las ideas que dan lugar a una categoría, con otras aparecidas previamente incluidas en la misma categoría. La comparación permite validar conceptos e hipótesis ^{40, 41}.

2-Codificación abierta

Se inicia con la fragmentación de datos en tantos modos como sea posible. Mediante la codificación abierta ³⁴, se trata de comprender las ideas y los significados que se encuentran en los datos, identificando los conceptos y sus propiedades, para ello se utilizaran las siguientes herramientas:

a- Microanálisis de los datos (entrevistas, notas de campo), se analiza línea por línea las transcripciones para generar categorías descriptivas iniciales. Separando los datos en palabras, frases u otros segmentos de material, teniendo en cuenta las interpretaciones de los entrevistados con objeto de identificar sus propiedades y dimensiones para crear categorías. Para este análisis la idea de la investigadora es apoyarse en un programa informático por sus ventajas en la gestión, búsqueda

y exposición de datos y siempre tratado como complemento al análisis personal
37

b-Técnica de la voltereta, técnica comparativa que permite abordar el concepto desde su opuesto para obtener perspectivas diferentes.

c-Técnica de la alerta roja, esta técnica permite reconocer cuando se introducen en el discurso creencias, suposiciones tanto de los participantes como del investigador, la idea es que el investigador cuestione conceptos enunciados desde el siempre o el nunca. De esta codificación obtendremos dos tipos de códigos, los códigos abiertos que expresan conceptos del fenómeno interpretados por el investigador, y códigos *in vivo* son frases literales que recogen las palabras de los informantes.

3- Codificación axial

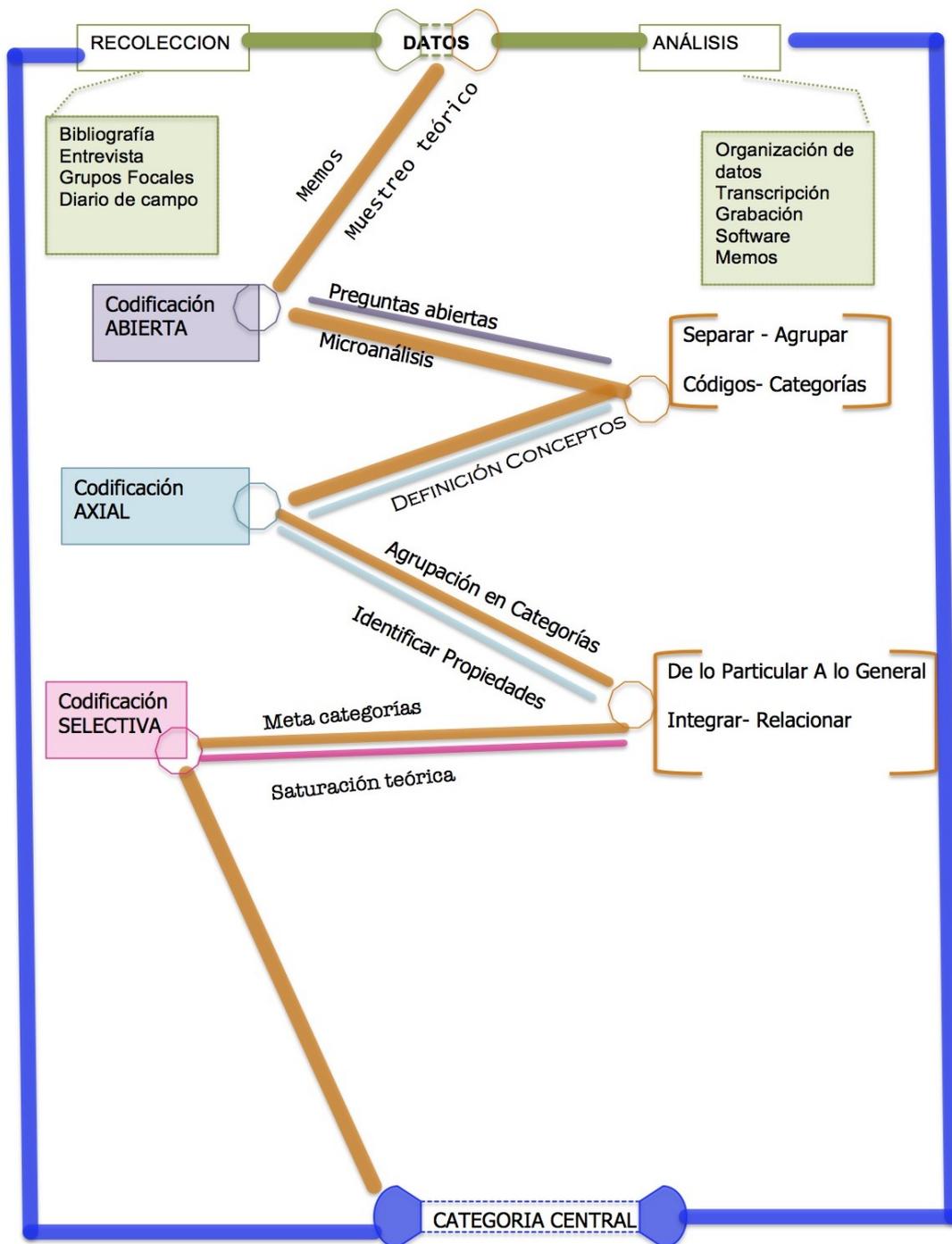
Mediante la codificación axial se identifican las relaciones entre la categorías obtenidas en la codificación abierta y sus subcategorías, esta relación viene determinada por las propiedades y dimensiones de las subcategorías y categorías que se pretende relacionar, teniendo en cuenta que una categoría representa un fenómeno, un acontecimiento significativo para los informantes.

4-Codificación Selectiva

El propósito de esta codificación es obtener una categoría central o principal que exprese el fenómeno de investigación e integre las categorías y subcategorías de la codificación abierta y axial, en definitiva que de sentido y explique todos los datos y sus relaciones.

En la figura 4 se sinterizan las fases del análisis de la información, basado en la comparación constante.

Figura 4. Fases del análisis de la información.



Basada en Carrillo Pineda M, Leyva-Moral JM, Medina Moya JL. El análisis de los datos cualitativos: un proceso complejo. Index Enferm. 2011;; 20 (1-2),

3.8- Relevancia, adecuación, validez, reflexividad criterios de calidad.

Los criterios de calidad deben estar presentes a lo largo de todo el proceso de investigación. Con el objeto de garantizar unos niveles adecuados de calidad se han seguido los criterios propuestos por Carlos Calderón (2002) para investigación cualitativa. Estos criterios tienen su concordancia para la aproximación cuantitativa por lo que el equipo investigador considera adecuado su utilización en la aproximación del presente estudio ⁴³.

Relevancia

La investigación propuesta supone una novedad en la aproximación a las EPA desde ámbitos menos explorados, habitualmente se ha centrado la investigación de la EPA en el ámbito del paciente crónico. Nuestra propuesta se refiere a la exploración de las posibilidades que este rol puede llegar a tener en entornos de cuidados agudos complejos, desde una definición competencial que dé respuesta a las necesidades de la sociedad y de los profesionales.

La descripción detallada del conjunto del proceso de investigación, se considera puede ayudar a que los resultados que se obtengan sean transferidos a contextos similares.

Adecuación

La utilización de diseños cualitativos, hoy en día se está afianzando como una buena alternativa en el abordaje de temas relacionados con las ciencias de la salud. Se plantea la aproximación con método cualitativo ya que permitirá una comprensión más profunda e integral, otorgando el protagonismo a los verdaderos agentes, pacientes y profesionales, como elemento clave en la construcción del conocimiento.

Validez

Con el fin de dotar de validez a la investigación se va a realizar el proceso de triangulación en las diferentes fases justificando la elección de cada paso. En la triangulación participaran los miembros del equipo investigador y una persona

experta en metodología cualitativa. La consistencia se logra con una descripción detallada del proceso y la inclusión de observadores externos.

En relación a los procedimientos de recogida de datos para la obtención de información, se ha optado por la realización de encuestas y grupos focales como técnicas adecuadas al diseño empleado.

La triangulación del análisis de la información se realizará por dos personas del equipo de manera independiente, mediante al análisis de contenido. De acuerdo a las dimensiones, rol de la enfermera, necesidades de pacientes-familia, necesidades de los profesionales, modelo de organización.

Con intención de alcanzar una integración coherente de los datos se utilizará la técnica de triangulación devolviendo los resultados a los participantes.

La presentación de los datos se hará de manera integrada en función de las categorías, representando los datos en tablas que transcriban lo expuesto por los informantes.

Reflexividad / objetividad

La reducción de sesgos se realizará explicando el posicionamiento del grupo de investigadores durante todo el proceso del estudio y como sus decisiones e interacciones con los participantes han podido influir en los resultados, así como con el proceso de triangulación de los resultados siendo contrastados por los moderadores y participantes.

3-9- Aspectos éticos

Toda investigación ha de cumplir una serie de requisitos éticos, este estudio no está exento de este compromiso, se garantiza el respeto hacia las personas que no estén dispuestas a participar o deseen abandonar en un momento determinado, se tendrá presente el principio de justicia no seleccionando en la muestra a sujetos vulnerables como participantes.

El equipo investigador se compromete a informar a organizaciones y participantes de los objetivos del estudio, a solicitar mediante formulario el permiso de los participantes, tanto para grabar las sesiones de los grupos focales como para utilizar el material que resulte de dichas discusiones en diferentes entornos de divulgación científica. Con este fin se diseñara un documento de consentimiento. (Anexo I)

3.10- Limitaciones

Entre las principales limitaciones para la realización del estudio se pueden destacar:

- a. El conocimiento escaso del rol EPA en el entorno del paciente con necesidad de cuidados críticos en España. En este trabajo se ha intentado recoger la mayoría de la bibliografía accesible.
- b. Las diferencias competenciales de las enfermeras en España frente a las de otros países principalmente del entorno anglosajón, en el que si se han desarrollado estos roles. Es evidente que la variabilidad en la competencia no facilita que las experiencias de otros países sean fácilmente extrapolables, pero es posible aprender de ellas y adaptarlas al contexto de cada comunidad autónoma.
- c. El desarrollo metodológico de la TF en el ámbito de cuidados críticos ha de afrontar algunos obstáculos que vienen dados por el propio entorno y la situación clínica de los pacientes. Se ha considerado para este estudio que el punto de vista del paciente y/o familiar aportaría gran riqueza, pero esta se puede ver condicionada por alteraciones de la comunicación o trastornos cognitivos (que tienen que ver con la gravedad del proceso, el soporte de medidas para el cuidado y tratamiento). Entrevistar a los pacientes en la fase aguda o tras su recuperación es complejo, ya que solo un 50% de los pacientes recuerdan sus experiencias durante su ingreso en la UCI ⁴³. El desarrollo de la TF en el entorno de cuidados críticos debe ser capaz de captar la complejidad del contexto, incluyendo aspectos fisiológicos, tecnológicos y sociales.

4

Análisis de costes

4- ANÁLISIS DE COSTES

El presupuesto estimado para llevar a cabo el estudio asciende a 4.225 €, recoge los gastos relacionados con personal, material, software, compra de artículos y gastos de difusión. En relación a la partida destinada a personal se considera necesario recoger el coste que ello supone, aunque solo habría que pagar la transcripción de los datos. En la tabla 8 se exponen las diferentes partidas, el coste unitario y el total.

Tabla 8 Presupuesto.

PRESUPUESTO ESTUDIO				
Versión presupuesto1 Fecha aprobación _00_/_00_/2016				
GASTOS				
Partida PERSONAL	Coste unitario €	Nº Unidades	Coste Total €	Observaciones
Personal enfermería	22 € hora X 6 horas	1 Enfermeras	132 €	Recogida de datos entrevistas
Personal enfermeria	22 € hora X 12 horas	2 Enfermeras	528 €	Recogida de datos grupos focales
Personal Experto Cualitativa	30 € X 5 horas	1 Experto	150 €	Trascripción de datos: http://transcribeme.com/es/
Personal enfermería	22 € X 20 horas	1 Enfermera	440 €	Análisis de datos y realización informe
Partida Inversiones	Coste unitario €	Nº Unidades	Coste Total €	Observaciones
Grabadora	40 €	1	40 €	Para grabar entrevistas
Programa informatico Atlas Ti	75 €	1 licencia estudiante	75 €	1Licencia para estudiante duración de 2 años
Peticion de articulos			50 €	Articulos no asequibles por las bases de datos habituales
Traducción Euskera	0,08 € por palabra		100 €	Carta oficiales y documentos a pacientes
Traducción Ingles	0,08 € por palabra		500 €	Articulo para publicación
Detalle para asistentes a grupos focales	5 €	50	250 €	Crear ambiente agradable y participativo
Costes Operacionales	Coste unitario €	Nº Unidades	Coste Total €	Observaciones
Desplazamiento	Metro, autopista, Km	20 Viajes	100 €	Para recogida de datos
Material de oficina fotocopias	0,10 €	1000	100 €	
Material de oficina : folios	50 €	1	50 €	
Cafes para los grupos focales	2 €	50	100 €	Crear ambiente agradable y participativo
Inscripción a congreso	400 €	2 Enfermeras	800 €	Difusión
Viaje congreso	300 €	2 Enfermeras	600 €	Difusión
alojamiento	100 €	2 Enfermeras	200 €	Difusión
Correos	10 €	1 Paquete	10 €	Envío manuscrito a revista, Difusión
TOTAL			4.225 €	

5

Diagrama de Gantt

5- DIAGRAMA DE GANTT

En la tabla 9 se describe la propuesta del cronograma del proyecto, en él se identifican las tareas clave y las fechas a completar cada etapa.

Tabla 9. Diagrama de Gantt.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MARZ	ABR
Tareas clave																
Definición del problema/ tema a estudio																
Definición pregunta	■															
Definición objetivos	■															
Marco bibliografico																
Revisión bibliografica	■															
Definición paradigma																
Diseño del proyecto	■	■														
Aspectos administrativos																
Presentación del proyecto a la Dirección			■													
Presentación del proyecto al Comité de ética			■													
Aceptación por parte de Dirección y Comité			■													
Procedimientos optención de datos																
Coordinación y preparación entrevistas y grupos focales				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Recogida de datos				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Entrevistas				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Grupos focales				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Transcripción datos				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Procedimeiento análisis de datos																
Analisis de datos													■	■	■	■
Revisión del analisis por parte de participantes													■	■	■	■
Procedimiento de difusión																
Elaboración de informe																
Feedback a las personas participantes															■	■
Difusión: congresos revistas																■

6

Referencias Bibliográficas

6- BIBLIOGRAFÍA.

1-Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D. et al. How should we define health?. BMJ 2011; 343: d4163.

2-Consejo Internacional de Enfermeras. Las enfermeras, una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos. ISBN: 978-92-95099-29-6 [Acceso el 1 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/publications/2015-nurses-a-force-for-change-care-effective-cost-effective/>

3- Osakidetza. Líneas estratégicas y planes de acción. 2013- 2016. Editado por Osakidetza. Vitoria-Gasteiz. Junio 2013 [Acceso el 5 de marzo de 2016]. Accesible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkpubl02/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/estrategia/lineasEstrategicasOsakidetza.pdf

4- Giménez Maroto A. La enfermería y la práctica avanzada: su desarrollo en España. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de facultad de enfermería, fisioterapia y Podología. Departamento de enfermería. 2012. [Acceso el 21 de abril de 2016]. Accesible en: <http://eprints.ucm.es/21966/1/T34582.pdf>

5- Ortún V. La enfermería en el mundo que viene. Enferm Clin. 2013;23(2):45-47

6- Institute of Medicine and The Robert Wood Johnson Foundation. The future of Nursing, leading change, advancing health. Washington DC: The National Academic Press; 2011.

7- Harris A, McGillis Hall L. Canadian Nurses Association 2012. Evidence to Inform Staff Mix Decision-making: A Focused Literature Review. ISBN 978-1-55119-377-9. [Acceso el 1 de abril de 2016] Disponible en: <https://www.cna-aiic.ca/en>

8-Delamaire M, Lafortune G. Nurse in advanced role. A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECD Health working papers. No. 54. OECD publishing 2010 [Acceso el 21 de abril de 2016) <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>

9- Appleby C, Camacho-Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. Enferm Clin. 2014; 24(1): 90 - 98.

- 10- Morales Asencio JM. Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. *Metas de Enferm.* 2012; 15(6): 26-32.
- 11- Jones ML. Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing.* 2005; 49(2): 191–209.
- 12- Camacho Bejarano R, Rodríguez Gómez S, Gómez Salgado S, Lima Serrano M, Padín López S. Calidad, accesibilidad y sostenibilidad: Claves para la Enfermería de Práctica Avanzada en España. *Enferm Clin.* 2015;25(5):221-222.
- 13- Corrales-Nevado D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(S):63–68.
- 14- Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico.* *Enferm Clin.* 2014;24(1):79-89.
- 15- Osakidetza. Proyecto estratégico 8: competencias avanzadas de enfermería. Editado por Osakidetza. Vitoria-Gasteiz. Noviembre 2012 [Acceso el 15 de febrero de 2016]. Accesible en: www.osakidetza.euskadi.net
- 16- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. [Acceso el 25 de abril de 2016]. Accesible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- 17- Duffield C, Gardner G, Chang AM, Catling-Paull C. Advanced nursing practice: A global perspective. *Collegian* 2009; 16: 55 - 62.
- 18- Stasa H, Cashin A, Buckley T, Donoghue J. Advancing advanced practice — Clarifying the conceptual confusion. *Nurse Education Today* 2014; 34: 356 - 361.
- 19- Sastre-Fullana P, De Pedro-Gómez JE, Bannasar-Veny M, Fernández-Domínguez JC, Sesé-Abad AJ, Morales-Asencio JM. Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enfermería Clínica* 2015; 25 (5): 267-275.
- 20- Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro et al. Advanced Practice Nurse Outcomes 1990-2008: A Systematic Review. *NURSING ECONOMIC\$* 2011; 29(5): 1-22.

- 21-Dawson D, McEwen A. Critical care without walls: The role of the nurse consultant in critical care. *Intens Crit Care Nurs* 2005; 21: 334 - 343.
- 22- Dawson D, Coombs M. The current role of the consultant nurse in critical care: Consolidation or consternation? *Intens Crit Care Nurs* 2008; 24: 187- 196.
- 23- Ruth M. Kleinpell RM, Ely W, Grabenkort R. Nurse practitioners and physician assistants in the intensive care unit: An evidence-based review. *Crit Care Med* 2008; 36:2888 -2897.
- 24- Landsperger JS, Semler MW, Wang L, Byrne DW, Wheeler AP, Outcomes of Nurse Practitioner-Delivered Critical Care: A Prospective Cohort Study. *Chest* 2016; 149 (5): 1146 - 1154.
- 25-Kapu AN, Kleinpell R, Pilon B. Quality and Financial Impact of Adding Nurse Practitioners to Inpatient Care Teams. *JONA* 2014; 44 (2): 87-96.
- 26- Guido-Sanz F. The Effects of Advanced Practice Nurses (APNs) as Intensivists in a Surgical Intensive Care Unit (SICU) on Patient Outcomes, Healthcare Charges, and APN Intensivist Services in the SICU. (2014). FIU Electronic eses and Dissertations. Paper 1544. Accesible en:<http://digitalcommons.9u.edu/etd/1544>
- 27-Del Barrio-Linares M. Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada. *Enferm Intensiva*. 2014;25(2):52-57.
- 28- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado No 280 p.41442-68 (22 noviembre 2003) Real decreto 450/2005, 22 abril y RD 639/2014, 25 julio.
- 29- Argilaga-Molero E, Arias-Rivera S. Práctica avanzada de enfermería en las unidades de cuidados intensivos de España. *Enferm Intensiva*. 2013;24(4):135-136.
- 30-Vivar Cristina G., Arantzamendi María, López-Dicastillo Olga, Gordo Luis Cristina. La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Index Enferm [Internet]*. Dic [Acceso el 27 de abril de 2016] 210; 19(4): 283-288. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300011&lng=es.
- 31- Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de

Antioquia 2002. Colombia. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Accesible en: www.editorialudea.com

32- Blanco Fraile C. Génesis y evolución del rol enfermero en la Atención Primaria de Salud en Cantabria [tesis doctoral]. Universidad Complutense Madrid; 2015

33- Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), 2014

34- Trinidad Requena A, Carrero Planes V, Soriano Miras RM. La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional. Cuadernos Metodológicos nº 37. Centro de Investigaciones Sociológicas. 2006. Madrid

35- Mejía Navarrete J. El muestreo en la investigación cualitativa. Investigaciones sociales. Año IV, nº 5, 2000. [Acceso el 1 de mayo de 2016]. Accesible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_sociales/n5_2000/a08.pdf

36- Gerrish K, Lacey A. The Research Process in Nursing. Sixth edition. 2010. Ed: John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex PO19 8SQ, United Kingdom

37- Vallés S. Entrevistas cualitativas. Cuadernos Metodológicos nº 32. Centro de Investigaciones Sociológicas. 2002. Madrid

38- Sancho Viudes S, Vidal Thomàs C, Cañellas Pons R, Caldés Pinilla MJ, Corcoll Reixach J, Ramos Montserrat M. Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: un estudio con grupos focales. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 531-543.

39- Alvarez-Gayou Jurgenson JL. Como hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. Ed. Paidós Mexicana S.A. 2003. Mexico. D.F.

40- Carrillo Pineda M, Leyva-Moral JM, Medina Moya JL. El análisis de los datos cualitativos: un proceso complejo. Index Enferm. 2011; 20 (1-2), Granada [Acceso el 1 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100020>

41- San Martín Cantero D. Teoría fundamentada y Atlas.ti: recurso metodológicos para la investigación educativa. Revista electrónica de investigación educativa

2014, 16 (1). [Acceso el 1 de mayo de 2016]. Accesible en:
<http://redie.uabc.mx/redie/article/view/727/891>

42- Calderón, C. Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. Revista Española de Salud Pública. 2002;76(5): 473-482.

43- HappMB, Kagan SH. Methodological Considerations for Grounded Theory Research in Critical Care Settings Nursing Research.2001; 50(3): 188 - 192.

7

Anexo

7- ANEXO I

Modelo de consentimiento para los informantes

Yo, Sra/Sr _____

Estoy de acuerdo en participar en la entrevista conducida por M^a Pilar Sánchez Rubio, investigadora principal del estudio titulado “Enfermería y práctica avanzada en el entorno del paciente con necesidad de cuidados críticos”.

He sido informado del propósito del estudio en el que se llevaran a cabo varias entrevistas con el objeto de recabar información sobre la necesidad de Enfermeras de Práctica Avanzada (EPA) para el cuidado de pacientes en situación crítica.

Conozco la duración aproximada de la entrevista que será de una hora y media, así como que esta se grabara para su posterior transcripción.

Participo de manera voluntaria en el estudio y tengo la libertad de poder abandonarlo en cualquier momento, si así lo deseo.

La investigadora se ha comprometido a proteger mi intimidad y garantizar la seguridad y confidencialidad de la información que se obtenga de la entrevista, así como ha comunicarme las conclusiones del estudio.

He expresado libremente mis dudas que han sido aclaradas por la investigadora. He entendido la información que se me ha proporcionado y estoy de acuerdo en participar en esta entrevista.

Firma

Fecha _____