

# Evaluación de las competencias de enfermería de práctica avanzada en la plantilla de enfermería de un hospital público de la Comunidad De Madrid

M<sup>a</sup> del Carmen Bautista Reina

Máster en Investigación y Cuidados de Enfermería en Poblaciones Vulnerables



MÁSTERES  
DE LA UAM  
2018 - 2019

Facultad de Medicina

# **Evaluación De Las Competencias De Enfermería De Práctica Avanzada En La Plantilla De Enfermería De Un Hospital Público De La Comunidad De Madrid**

**Trabajo Fin de Máster**



M<sup>a</sup> del Carmen Bautista Reina

Directora: Dra Pilar Serrano Gallardo

Máster Universitario En Investigación Y Cuidados De Enfermería  
En Poblaciones Vulnerables  
Universidad Autónoma de Madrid

A Rafa, mi compañero de vida, mi amor y mi mejor amigo.

Gracias por estar siempre a mi lado.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero expresar mi agradecimiento a la directora de este trabajo, Pilar Serrano, por enseñarme con tanto cariño y darme ánimos día a día. Gracias por ser tan paciente y no dejar que me rinda.

A los profesores del máster por todo lo que he aprendido a lo largo de este tiempo y a los compañeros, por los buenos momentos compartidos.

A los enfermeros y enfermeras de Cantoblanco por colaborar en este proyecto y a la Dirección de Enfermería por permitirme llevarlo a cabo.

A mis compañeras del Quirúrgico II, por tantas muestras de apoyo y cariño durante este tiempo y a Isabel, mi supervisora, por hacerlo todo tan fácil.

A Isabel y Diana, por su valiosa ayuda.

A mi familia de Granada y de Madrid, por creer en mí y darme tanto amor.

<b>RESUMEN Y PALABRAS CLAVE</b> .....	5
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	7
Enfermería de práctica avanzada .....	7
Epidemiología de la cronicidad .....	11
Abordaje de la cronicidad. ....	14
Enfermería de práctica avanzada en el abordaje de la cronicidad .....	16
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	21
<b>OBJETIVOS</b> .....	22
<b>MÉTODO</b> .....	23
Variables e instrumentos .....	25
Procedimiento para la recogida de los datos .....	26
Tratamiento y análisis de datos .....	27
Consideraciones éticas .....	28
<b>RESULTADOS</b> .....	29
Descriptiva de la muestra .....	29
Percepción del entorno de la práctica clínica.....	29
Evaluación de las competencias de enfermería de práctica avanzada .....	39
<b>DISCUSIÓN</b> .....	47
<b>CONCLUSIONES</b> .....	51
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	52
<b>ANEXOS</b> .....	63
Anexo I: PES-NWI .....	63
Anexo II: IECEPA .....	65
Anexo III: Resolución de aprobación del subcomité de ética de la UAM.....	68
Anexo IV: Resolución del CEIm .....	69
Anexo V: Permiso institucional del Hospital Universitario La Paz .....	70
Anexo VI: Modelo de consentimiento informado .....	72

## RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

**Objetivo:** Evaluar las competencias de Enfermería de Práctica Avanzada en la plantilla de Enfermería de un hospital público de corta y media estancia de la Comunidad de Madrid y la influencia que tienen factores sociolaborales y de percepción del entorno de la práctica sobre dichas competencias.

**Método:** estudio descriptivo transversal en profesionales de Enfermería (N=100) en activo del Hospital de Cantoblanco (Madrid). Variables independientes: edad, sexo, tipo de contrato, experiencia profesional, antigüedad en el centro, nivel académico, percepción del entorno de la práctica clínica a través Practice Environment Scale-Nursing Work Index); variable dependiente principal: Instrumento de Evaluación de las Competencias de Enfermería de Práctica Avanzada (IECEPA). Se realizó un análisis bivalente a través de pruebas de contraste de hipótesis no paramétricas (U de Mann-Whitney y Krusal Wallis), y el coeficiente de correlación de Pearson.

**Resultados:** Se recogió información de 73 profesionales de Enfermería. La puntuación global para el PES-NWI fue de 73,5. En las puntuaciones medias de cada dimensión, el valor más alto correspondió a la dimensión: “Capacidad, liderazgo y apoyo de los gestores”. La puntuación global de de IECEPA, fue de 126 puntos. La media más alta correspondía a la dimensión “Enseñanza y educación profesional” y las más baja a “Liderazgo clínico y profesional” Sólo se obtuvo significación estadística ( $p < 0,05$ ) con la dimensión “liderazgo clínico y profesional” (mayor en hombres) y nivel académico (mayor en máster/especialidad/doctorado). El coeficiente de correlación entre PES-NWI e IECEPA fue 0,095 ( $p = 0,441$ ).

**Conclusiones:** La percepción del entorno laboral encontrada en peor que en otros estudios en el ámbito hospitalario en España. Las dimensiones de “fundamentos de calidad del cuidado” y “liderazgo y apoyo de gestores” fueron las que obtuvieron valores más altos. Respecto a las competencias de EPA, la dimensión “Enseñanza y educación profesional” fue la mejor valorada. En la dimensión “Liderazgo clínico y profesional”, los hombres muestran mejor perfil competencial y quienes tienen especialidad, máster o doctorado. Los resultados obtenidos no reflejan relación entre la percepción del entorno de la práctica clínica y las competencias de Enfermería de práctica avanzada, si bien se requiere profundizar en estos hallazgos.

**Palabras clave:** Enfermería de práctica avanzada; percepción del entorno de la práctica; PES-NWI; IECEPA; entorno hospitalario; EPA.

## SUMMARY AND KEY WORDS

**Objective:** To evaluate the Nursing competencies of Advanced Practice in the Nursing staff of a public hospital of medium and long stay in the Community of Madrid and the influence that socio-labor factors have and the perception of the practice environment on these competencies.

**Method:** Cross-sectional descriptive study of nursing professionals (N=100) in active in the Cantoblanco Hospital (Madrid). Independent variables: age, sex, type of contract professional experience, seniority in the centre, academic level, perception of the clinical practice environment through the Practice Environment Scale-Nursing Work Index); Main dependent variable: Advanced Practice Nursing Competencies Assessment Instrument (IECEPA). Analysis was performed bivariate through hypotheses nonparametric contrast test (Mann-Whitney and Kruskal Wallis) and the coefficient Pearson correlation.

**Results:** Information was collected from 73 professionals nurses. The overall score for the PES-NWI was 73.5. In the average scores of each dimension, the highest value corresponded to the dimension: "Capacity, leadership and support of managers". The global IECEPA score was 126 points. The highest average corresponded to the "Teaching and professional education" dimension and the lowest to "Clinical and professional leadership" Only statistical significance was obtained ( $p < 0.05$ ) with the "clinical and professional leadership" dimension (major in men) and academic level (major in master / specialty / doctorate). The correlation coefficient between PES-NWI and IECEPA was 0.095 ( $p = 0.441$ ).

**Conclusions.** The perception of the work environment was found worse than in other studies in the hospital field in Spain. Dimensions such as "fundamentals of quality of care" and "leadership and support managers" were those that scored higher values. Regarding the EPA skills, the dimension "Teaching and professional education" was the best valued. In the "Clinical and professional leadership" dimension, men show a better proficiency profile and those with a speciality, master's or doctorate. The results or contents do not reflect the relationship between the perception of the clinical practice environment and the Nursing competencies of advanced practice, although it is necessary to deepen these findings.

**Keywords:** Advanced practice nursing; perception of the practice environment; PES-NWI; IECEPA; hospital environment; EPA.

## INTRODUCCIÓN

### Enfermería De Práctica Avanzada

El Consejo Internacional de Enfermería define la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) como: *“aquella enfermera que ha adquirido un conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones complejas y competencias clínicas para una práctica expandida, siendo las características de esta práctica definidas según el contexto y/o el país en el cual ejerce su profesión”*. Se recomienda un grado máster como nivel inicial (1).

La EPA nació en EE. UU. a finales de los años 60 como resultado del escaso número de médicos, en consonancia con las demandas de la población y ante la necesidad de buscar respuestas inmediatas que promovieran una adecuada atención sanitaria. La EPA, de manera inicial, desarrollaba su profesión de un modo indeterminado, con tareas no definidas. No es hasta finales de esa misma década cuando se instaura un programa de posgrado especializado en el cuidado de niños, cuya eficiencia pudo ser posteriormente demostrada y fue considerado título propio (2).

Más tarde, en los años 70, comienza a utilizarse el término de EPA delimitándose a cuatro esferas concretas que son: enfermera anestesista, enfermera matrona, enfermera clínica y enfermera practicante (2,3). Esto suscitó que el profesional de Enfermería adquiriera competencias específicas para atender a esas necesidades, que se han ido perfilando progresivamente (4). A partir de ese momento, se decide la inclusión del título en los programas universitarios, integrando los dominios en la disciplina enfermera (2). En los años 90 el número de enfermeras que cursaban posgrados (máster y doctorado) se intensificó considerablemente y esto derivó en una mejora de las funciones científicas y profesionales y un crecimiento del perfil de EPA (2). De manera similar, unos años más tarde, se desarrolló en otros países como Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda, Holanda, Suecia e Irlanda (3).

Debido al crecimiento, expansión del rol y funciones de la EPA, así como su necesidad de adaptación a las necesidades de la población, es necesario diferenciar entre enfermera generalista y enfermera de práctica avanzada (4), en base a diferentes niveles de complejidad, profundidad y extensión y justificada por los distintos niveles de educación (5).



Las competencias de las enfermeras generalistas descritas por el CIE son inherentes al profesional de Enfermería que obtenga el título universitario y desarrolle su profesión en cualquier ámbito. Se clasifican en tres áreas fundamentales: la práctica profesional ética y jurídica (centrada en el código deontológico y en las leyes vigentes), la prestación de cuidados y el desarrollo profesional (formación y mejora de la calidad asistencial) (6).

Debido a que el concepto de cuidado en salud es dinámico, la práctica de la atención enfermera es llevada a cabo en tres contextos fundamentales (6).

- Mundial: atendiendo a los cambios sociales, políticos, económicos y medioambientales.
- De los cuidados de salud: cuya relación con los determinantes de salud pone de manifiesto la necesidad de reestructurar el modelo sanitario para aumentar la sostenibilidad y a su vez garantizar la equidad en salud y la universalidad.
- De la Enfermería profesional: atendiendo a los problemas de salud de la población.

Los cuidados proporcionados y el contexto donde se llevan a cabo van cambiando a lo largo de los años. Este dinamismo promueve a su vez que las competencias de Enfermería vayan modificándose y adaptándose a los nuevos roles que los pacientes adoptan. Cada vez es más frecuente que los usuarios del Sistema de Salud sean conocedores de su enfermedad y esto provoca una demanda de cuidados diferente a la establecida años anteriores (6).

Actualmente, es difícil definir el rol que tiene una enfermera de Práctica Avanzada, ya que no está reglado y sus funciones son poco conocidas y variables y van a depender de la población a la que va dirigida y a las necesidades de salud de esta. En algunos estudios se ha explorado acerca de las herramientas disponibles para evaluar las funciones de Práctica Avanzada, sin embargo, la mayoría están focalizados en materias específicas (7).

En una revisión bibliográfica llevada a cabo en España 2014, se estableció un marco competencial para la EPA que destacaba características comunes a nivel internacional. Este proceso se llevó a cabo a través de un consenso de expertos y de rondas sucesivas mediante técnica Delphi para garantizar el proceso de depuración. Se realizó una revisión de la literatura y se rescataron 119 artículos, procedentes de diversas

fuentes, entre las que se encontraba la literatura gris. A partir de ahí se pudieron identificar de manera inicial una serie de competencias específicas que se establecieron en 17 dominios transversales y 211 competencias. El resultado final estableció 8 dominios de competencia (8,9). Esto nos acerca aún más a poder establecer cuáles son las competencias específicas que una EPA debe lograr para desarrollar su profesión de manera específica.

La clasificación de la práctica profesional enfermera también es heterogénea. Algunos autores establecen clasificaciones como la que realizó Castledine en 1996, que señalaba cuatro categorías principales en Enfermería: enfermeros y enfermeras generalistas (capaz de desarrollar su profesión en múltiples campos), especialistas (con un nivel concreto de conocimientos y en un campo determinado), Enfermería de práctica avanzada (incluye habilidades como la autonomía, liderazgo, responsabilidad y consultoría mediante la investigación) y por último, la Enfermería paramédica (capaz de complementar a un médico o cirujano sustentado por un alto nivel de conocimiento)(10).

En lo referente a la regulación europea de la titulación de Enfermería, existe una titulación llamada Nurse Practitioner (NP) así como una normativa y nomenclatura para la enfermera que posee una especialidad, llamada Clinical Nurse Specialist (CNS). Sin embargo, al igual que ocurre en España, la EPA no tiene características consensuadas, y no se encuentra en ningún marco normativo. Se define como aquel profesional de Enfermería que adquiere conocimientos expertos y cualidades en la toma de decisiones complejas y una práctica más experimentada. Se recomienda el nivel de máster para ejercer dicha competencia profesional (5). Cabe destacar el notorio parecido que se le atribuye en relación con el perfil descrito por el CIE, que recomienda el mismo nivel académico y habilidades.

En el contexto español, son varias las Comunidades Autónomas (CCAA) que han perfeccionado progresivamente el perfil de EPA, guiadas por la necesidad derivada del cambio poblacional. Esto ha ocurrido de manera paralela en las diferentes CCAA, pero con una celeridad característica en cada una de ellas, que ha llevado a la heterogeneidad existente en el panorama actual. Las enfermeras especialistas y las EPA complementan la formación de Enfermería y, por tanto, la no estandarización de las competencias provoca confusión entre profesionales y usuarios de los servicios de salud (11).

Atendiendo al nivel de estudios, la Enfermería en España puede clasificarse en:

- Enfermera generalista: Tiene un nivel de grado o diplomatura. Puede ejercer su profesión en diversas áreas y complementar sus conocimientos a través de la formación continuada, que podrá obtener a través de las instituciones públicas, colegios profesionales, organizaciones sindicales, etcétera. Las enfermeras de unidades especiales (UCI, hemodiálisis, enfermeros y enfermeras perfusionistas, bloque quirúrgico, etc) deberán recibir una formación específica para adquirir las capacidades necesarias en unidades que, por su alta complejidad o especialización, así lo requieran (12).
- Enfermera especialista: es un título expedido por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y reglado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social al que se accede mediante una prueba específica y una formación posterior en unidades docentes, con tutelaje. Actualmente son seis las especialidades de Enfermería ofertadas: Matrona, Enfermería en Salud Mental, Enfermería Geriátrica, Enfermería del trabajo, Enfermería Familiar y Comunitaria, y Enfermería Pediátrica. Se puede también acceder a algunos de los títulos de enfermera especialista a través de la vía excepcional, superando un examen de conocimientos y justificando una experiencia previa de 4 años en la especialidad a la que se presenta (13).
- Enfermería de práctica avanzada: en la mayoría de los países es necesario un nivel de máster o doctorado para poder llevar a cabo la EPA; además de una amplia práctica y certificación de esta. La EPA por otra parte incluye una serie de roles que la definen, como son el clínico, experto, consultor, docente e investigador. Andalucía, País Vasco, Cataluña, son un ejemplo de Comunidades Autónomas que han puesto en marcha la adquisición de competencias de práctica avanzada (12,14). Dentro de las prácticas avanzadas, actualmente se detallan las funciones de: la Enfermera Gestora de Casos, EPA en la Atención de Personas con Heridas Crónicas Complejas, EPA en Personas con Procesos Oncológicos Complejos, EPA en la Atención de Personas con Tratamientos Complejos para la Diabetes y EPA en la Atención de Personas con Ostomías. Cada una de ellas está dirigida a resolver problemas complejos que requieren a su vez una serie de destrezas y competencias específicas, que incluyen principalmente cinco roles: clínico, experto, consultor, docente e investigador (15).

## **Epidemiología de la cronicidad**

A lo largo de los últimos años el Sistema Nacional de Salud ha experimentado una serie de cambios significativos como consecuencia de la evolución del patrón epidemiológico (alto índice de envejecimiento, mayor prevalencia de enfermedades y procesos crónicos, etc.), lo que ha provocado un aumento de la utilización de los servicios sanitarios y, como consecuencia, del gasto sanitario (16).

En España, según datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud en el año 2017, el 89,5% de la población entre 65 y 74 años tenía alguna enfermedad crónica percibida (17) y la mayoría de los pacientes que acuden al médico de familia son mayores de 65 años (18), lo que refleja un aumento de la cronicidad de las enfermedades asociada a la edad avanzada, que además los convierte en pacientes altamente vulnerables.

Las enfermedades crónicas (también llamadas enfermedades no transmisibles) son definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquellas enfermedades de larga duración (al menos 6 meses), que engloban principalmente a cuatro grupos de enfermedades: cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes (19).

De acuerdo con los cambios epidemiológicos y de los estilos de vida, las enfermedades crónicas se han establecido como la primera causa de mortalidad en el mundo en los países desarrollados, constituyendo un 71% de las muertes por enfermedades no transmisibles (19). En consecuencia, se puede observar un aumento de mortalidad en pacientes que padecen enfermedades crónicas; a nivel mundial, entre los años 2000 y 2016, la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular fueron las que más muertes provocaron (15,2 millones de defunciones en 2016); asimismo las enfermedades provocadas por las demencias han aumentado su mortalidad, situándose como la quinta causa de muerte, en el mismo período, en el mundo (20).

En España, las patologías del sistema circulatorio son la principal causa de muerte, suponiendo un 28,8% del total de las defunciones en el año 2017, en especial en personas mayores de 79 años, donde la cifra alcanza el 33,1% del total de la población; es la principal causa de defunción e ingreso hospitalario en mujeres, así como la enfermedad que tiene un promedio de edad más avanzada en ambos sexos (69,3 años en mujeres y 75,3 años en hombres). También constituyen el principal motivo de hospitalización (14% del total) en la población mayor de 65 años y causan el mayor número de estancias hospitalarias (14,7%) y el mayor promedio de días de ingreso hospitalario (8,8 días)

detrás de los procesos mentales y de comportamiento que, por sus características, requieren un mayor número de días de hospitalización (36,2 días) (21,22).

Por otra parte, los tumores se sitúan como segunda causa de defunción en España en el año 2017 (26,7%); es la principal causa de muerte en los hombres y en grupos de población de uno a 14 años y de 40 a 79 años, y supone la primera causa de muerte hospitalaria (20,4%) y la segunda patología de edad más avanzada en el caso de los hombres (66,3 años), situándose la estancia media hospitalaria en 8,3 días de ingreso (21,22).

Las enfermedades respiratorias son la tercera causa de muerte en España (10,3%). Es la cifra que más ha aumentado con respecto al año anterior y a las patologías crónicas más relevantes, señaladas anteriormente. Supone la tercera causa de hospitalización (13% del total) y la estancia media de ingreso por paciente es de 7,2 días (21,22).

Estos datos reflejan que los procesos de cronicidad no solo representan las principales causas de defunción en España, también constituyen la mayoría de los ingresos hospitalarios que necesitan una estancia más larga para su resolución, entendiendo por alta hospitalaria la curación, mejoría o fallecimiento que supone un 3,9% del total) (21,22).

La edad media de los pacientes dados de alta en 2017 es de 57,9 años en el caso de los hombres y 60,62 años en el caso de las mujeres (sin tener en cuenta las altas por proceso de embarazo, parto y puerperio), y el mayor número de altas hospitalarias recae sobre el grupo de población de 65 a 84 años, un dato que puede llevarnos a pensar que son los principales usuarios del Sistema de Salud, en el caso de la atención especializada. Por el contrario, el grupo que menor alta hospitalaria recibió fue el de 0 a 4 años (21,22).

En el año 2017, la esperanza de vida al nacer de una persona nacida en España era de 83,1 años (23). A priori se podría afirmar que el nivel de salud, social y económico es favorable. Sin embargo, sería conveniente considerar cómo se viven esos años, de qué manera afectan las enfermedades crónicas a la calidad de vida, si existen limitaciones y si se ve modificada la percepción que la persona tiene de su salud condicionada por el padecimiento de una enfermedad crónica. Este análisis, se realiza a través de indicadores como son los años de vida saludables o el indicador de vida en buena salud (EVBS), que permiten analizar conjuntamente los datos de mortalidad y la información de salud autopercebida sin limitaciones funcionales; estos indicadores se pueden ver alterados

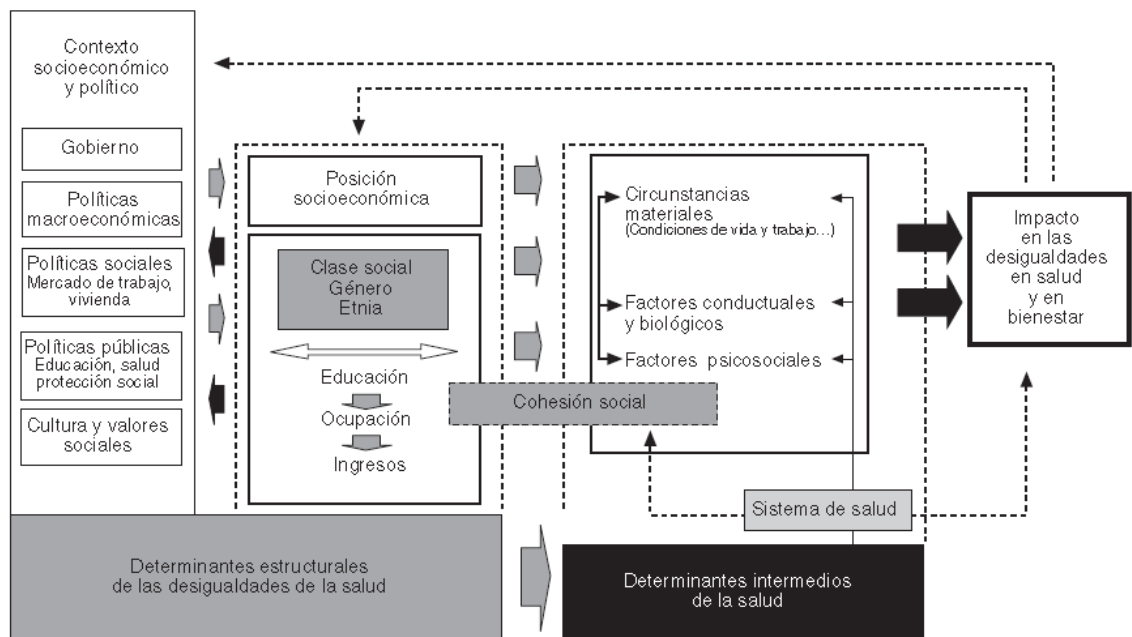
como consecuencia de padecer una enfermedad crónica o discapacidad condiciones que, de manera cada vez más habitual, van ligadas al aumento de la edad (24).

En España, en el año 2016, la esperanza de vida en buena salud para las mujeres era de 66,5 años y de 65,9 años para los hombres (25), las mujeres perciben tener peor salud que los hombres a pesar de que su esperanza de vida es mayor. Sin embargo, a partir de los 65 años el dato se iguala, siendo de 10,4 años para ambos (25).

A nivel mundial, más del 85% de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se registran en países de ingresos bajos y medianos, asociadas a un aumento de factores de exposición nocivos, a dietas menos sanas y a una menor accesibilidad a los servicios de salud (19).

La OMS, en 2008 crea la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud con el objetivo de mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones llevadas a cabo para disminuir las desigualdades sociales en salud (26). Esta comisión desarrolló el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (27) (Figura 1), en el que se pueden observar dos grandes grupos: determinantes estructurales y determinantes intermedios de la salud.

Figura 1: Marco conceptual de Determinantes Sociales de Salud (27)



Los determinantes estructurales engloban el contexto socioeconómico y político (gobernanza y políticas macroeconómicas), las políticas sociales (trabajo, vivienda, etc.), políticas públicas (salud, educación, etc.) y cultura y valores sociales. Estos son pilares básicos en el desarrollo de las poblaciones para alcanzar una buena salud y que no generen desigualdades. La posición socioeconómica, marcada por los ejes de clase social, género y etnicidad, están vinculados a los determinantes estructurales e influyen en los determinantes intermedios, siendo así también desencadenantes de las desigualdades sociales en salud (27). Los gobiernos son los principales responsables de las inequidades sanitarias y deben establecer políticas intersectoriales que involucren a la administración pública a todos los niveles (28).

Con respecto a los determinantes intermedios, aquí se incluyen las circunstancias materiales (condiciones de vida y trabajo,...), el propio sistema de salud, factores biológicos y psicosociológicos de la persona, y sus hábitos y estilos de vida (tabaco, alcohol y otras drogas, sedentarismo, actividad física, alimentación y obesidad) (27), que clásicamente se han abordado como factores de riesgo modificables y evitables, y que se han asociado históricamente las enfermedades crónicas (24). Importante reseñar también el determinante cohesión social y capital social que, en el modelo de la OMS, se establece como conector entre los determinantes estructurales y los intermedios y que juega un importante papel en las desigualdades sociales en salud (27).

Las condiciones de cronicidad aumentan la vulnerabilidad de las personas, dado que desencadenan circunstancias como la pérdida de empleo, discapacidad, marginación social, estigmatización, etc. Del mismo modo esta vulnerabilidad se potencia con los ejes de desigualdad vinculados a la edad, raza/etnia, género o territorio, aumentando las desigualdades sociales en salud, y especialmente las de género, relacionadas con las peores condiciones laborales y el aumento de las cargas por múltiples roles, entre ellos el de cuidadora, que tienen las mujeres (28).

### **Abordaje de la cronicidad**

Abordando más específicamente el Sistema de Salud como determinante intermedio de la salud, cabe señalar que el envejecimiento de la población lo ha puesto en situación de dar respuesta a nuevas demandas y a la modificación con urgencia de las políticas sanitarias. Esto supone un reto para las instituciones sanitarias, que han estado históricamente más centradas en el abordaje de procesos agudos (29). En este contexto,

se han desarrollado estrategias para el abordaje de la cronicidad tanto a nivel estatal (16), como en las diferentes CCAA (30), poniendo de manifiesto el compromiso político con esta realidad social y epidemiológica.

El desarrollo de nuevos modelos organizativos ha transformado el prototipo de atención a pacientes crónicos. A nivel mundial, se conocen modelos como el “Chronic Care Model”, el “Innovative Care for Chronic Conditions” de la OMS o el “Modelo Kaiser Permanente” utilizado actualmente en España para la estratificación de pacientes estableciendo niveles de atención según su complejidad (31). Las estrategias planteadas han permitido diseñar nuevas iniciativas centradas en la atención integral del paciente, promoviendo la atención conjunta de todas aquellas condiciones y patologías en un mismo proceso asistencial.

En 2012 se creó en España la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud” con el objetivo de orientar a los Servicios de Salud en las distintas CCAA, impulsando a su vez la mejora de la atención sanitaria dirigida a este grupo de población. Para ello, se propone el refuerzo de Atención Primaria y se detalla la necesidad de implicar a los pacientes en su enfermedad. Este proceso requiere el incremento del valor de los profesionales sanitarios, intensificando su papel especialmente en medicina y Enfermería (16).

Las Comunidades Autónomas han ido desarrollando estrategias en torno a sus competencias territoriales y centrándose en la atención al enfermo crónico, su familia y con el objetivo de garantizar una continuidad asistencial y asistencia sanitaria de calidad y costo-eficiente. Se pueden citar ejemplos como Andalucía, donde se desarrolló en 2016 “La Atención a Pacientes Crónicos con necesidades de salud Complejas” enmarcada dentro del “Plan Andaluz de Atención Integrada a pacientes con Enfermedades Crónicas” (32); “La estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi” publicada en 2010 (33) o el “Plan de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas, 2016-2021, el reto del sistema sanitario” de Islas Baleares (34).

En Madrid, se publicó la “Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas”, en 2013 (35). En este documento se refleja dentro del marco conceptual el modelo Kaiser Permanente, de estratificación de pacientes para atención en los diferentes niveles de complejidad. A su vez lo combina con el modelo King’s Fund del Reino Unido que incluye, además de la visión sanitaria, una esfera social. Este modelo ha demostrado la reducción en un 47% la estancia hospitalaria y en un 23 % el uso de



urgencias. Consta de tres niveles: el primero está formado por los pacientes crónicos con capacidad de autogestión de su enfermedad y basado principalmente en la prevención. El segundo lo componen los pacientes con mayor riesgo, combinando la autogestión con cuidados profesionales, asegurando el soporte necesario de asistencia sanitaria a pacientes y cuidadores. En el vértice de la pirámide y tercer nivel, se encuentran los pacientes crónicos complejos que requieren una gestión especializada del caso con una atención fundamentalmente profesional. Es en este nivel donde actúa la enfermera de Práctica Avanzada (Gestora de Casos) (35).

### **Enfermería de Práctica Avanzada en el abordaje de la cronicidad**

El papel de la Enfermería es fundamental para poder afrontar el proceso de cambio que se está produciendo actualmente. Es primordial la redefinición de roles de la práctica enfermera y su adaptación a la situación actual (36).

La figura de la EPA nació para dar respuesta a las necesidades cambiantes del Sistema de Salud y debería formar parte de las estrategias en las políticas sanitarias por su alto impacto en la salud (36). La calidad de los cuidados prestados por los profesionales de Enfermería va en aumento, sustentada por prácticas basadas en la evidencia, que garantiza mejores resultados. El perfil de EPA, caracterizado por el liderazgo, se concibe como agente de cambio. Es capaz de transferir conocimiento y ayudar en la búsqueda de este, promoviendo la aplicación de la evidencia científica y su difusión y ofreciendo una mejor práctica clínica (37).

Existen numerosos estudios que evidencian los beneficios de la implantación de la EPA en concordancia con la necesidad de reducir el impacto negativo que el envejecimiento y las enfermedades crónicas tiene sobre los Sistemas de Salud (14,38-42). En las personas mayores de 65 años, y en diferentes entornos, se ha evidenciado la reducción de mortalidad y de ingresos y el aumento de satisfacción de los pacientes y sus cuidadores (14). En el caso de las residencias de ancianos, se demostró con un nivel de evidencia A, que la intervención de la figura de EPA puede disminuir la hospitalización y el uso de los servicios de urgencias, lo que produce una disminución del gasto sanitario. Se asociaba a su vez a una disminución de la depresión, incontinencia urinaria y úlceras por presión (UPP). También se ponía de manifiesto el aumento de satisfacción de pacientes y familiares (38).

En Irlanda, a nivel hospitalario, la EPA ha demostrado beneficios como la reducción de los tiempos de espera y mejor percepción del personal. A su vez se ha promovido la inclusión de la EPA en la acreditación hospitalaria para reconocer la calidad y eficiencia del servicio (39).

En un hospital de Samoa Americana se realizó un ensayo clínico aleatorizado para analizar la mejora del control de la diabetes, con la inclusión de un perfil de Enfermera Gestora de Casos en un grupo de intervención comunitaria. El resultado demostró una mejora en los biomarcadores, un mejor uso de Atención Primaria y una disminución de la hospitalización (40).

En EE. UU, las hospitalizaciones también son una causa importante de aumento del gasto sanitario. En un ensayo aleatorio llamado Carepath, llevado a cabo en 2016, se realizó una intervención a pacientes con depresión sin diagnóstico de demencia. Los profesionales de enfermería fueron capacitados para llevar a cabo labores de gestión de medicación, educación sanitaria, seguimiento de síntomas y evolución y coordinación de la atención prestada. El resultado reflejó un menor riesgo de hospitalizaciones en pacientes con enfermedades mentales en comparación con la atención habitual de enfermería a domicilio. A pesar de la corta duración de la intervención (dos meses) podría producir mejoras a largo plazo (41).

En Holanda, se realizó un ensayo clínico aleatorizado en el que se estudió la disminución y prevención de la discapacidad de personas mayores de 70 años que viven en la comunidad. Se formó a profesionales de enfermería para llevar a cabo intervenciones multifactoriales, entre las que se incluían: valoración geriátrica integral, atención individualizada, y programas de seguimiento domiciliario. El grupo control desempeñaba sus tareas siguiendo el modo tradicional, dirigidos por el médico de atención primaria. A pesar de que los resultados del estudio indicaban la intervención multifactorial no era rentable, los autores sugieren la necesidad de continuar investigando más a largo plazo los beneficios que podrían tener sobre la población anciana estas intervenciones (42).

En el contexto español, se llevó a cabo una revisión sistemática en 2017 que evaluó el impacto de las intervenciones de práctica avanzada en enfermería en la atención a la cronicidad. Las variables en torno a las que se agrupaba la información fueron cuatro: intervenciones enfermeras, efectividad, eficiencia y satisfacción de los pacientes (31). Los estudios seleccionados fueron llevados a cabo en las Comunidades Autónomas de

Andalucía, Cataluña, País Vasco, Galicia, Comunidad Valenciana y Región de Murcia. En la mayoría de ellos se señala la importancia de la intervención de la Enfermera de Práctica Avanzada, representada por la Enfermera Gestora de Casos. Se analizaron estudios como el de Martín Lesende et al (43) con nivel de evidencia A (máxima evidencia) que realizó un Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) donde se demostró la reducción del número de pacientes con ingresos hospitalarios, derivado de la intervención de telemonitorización domiciliaria llevada a cabo por un profesional de Enfermería. Otros autores, como Brotons et al (44), con el mismo grado de evidencia científica demostraron mediante un ECA, que un programa de intervención domiciliaria a pacientes con Insuficiencia Cardíaca realizado por profesionales de Enfermería, disminuía la mortalidad y la morbilidad y mejoraba la calidad de vida. Con grados de evidencia B (favorables) destacan estudios como el llevado a cabo por Ruez et al en 2012 que, mediante una revisión narrativa donde se describía la intervención de la EGC, se demostró la reducción del número de ingresos hospitalarios, uso del servicio de urgencias, mejora de la atención percibida y disminución de costes asociados a la asistencia sanitaria (31).

En la revisión anteriormente mencionada, 6 artículos contemplaban que la EGC era una figura clave en la atención a pacientes crónicos y sus intervenciones eran más efectivas y eficientes. Sin embargo, sólo un estudio la incluía dentro de la Enfermería de Práctica Avanzada (31).

La heterogeneidad de las actividades de la EPA complica la comparación entre sus diferentes perfiles y a su vez la evaluación de los beneficios económicos derivados de este servicio (14). La necesidad de realizar más investigación en este campo es un factor común en la mayoría los estudios señalados (14,38,40-42).

Esto invita a reflexionar inexorablemente sobre la necesidad de reorganizar y delimitar las competencias de los profesionales sanitarios que forman parte del Sistema Nacional de Salud en el marco de las políticas sanitarias, y muy especialmente las de los enfermeros y enfermeras, profesionales clave en este escenario social y epidemiológico.

En Andalucía, el perfil de la EPA (15) está cuidadosamente descrito y es específico en sus diferentes contextos. Está adaptado a las demandas que el usuario apremia, con el objetivo de satisfacer las necesidades de éste, y de manera progresiva, le hace partícipe de su enfermedad (45). A través de la Estrategia de Cuidados de Andalucía, nacida en 2015, además de incluirse los nuevos perfiles de EPA, se garantiza la accesibilidad, coordinación, continuidad, efectividad y eficiencia necesarios para

mantener un nuevo modelo satisfactorio para el usuario y adaptado a sus necesidades (46).

En el País Vasco se desarrolló la “Estrategia para el abordaje de la cronicidad en Euskadi” (33) a partir de la cual se crea una iniciativa donde se perfeccionan las competencias de Enfermería a partir de las ya existentes a nivel mundial y estatal. Para ello, se pone en marcha un proyecto piloto llevado a cabo en 8 hospitales, con 900 pacientes y 24 profesionales de Enfermería. El objetivo es demostrar la evidencia de la necesidad de implantación de la figura de EPA, concretamente de tres figuras relevantes que son: Enfermera Gestora de Enlace hospitalario (EGEH) Enfermera Gestora de Continuidad (EGC) y Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas (EGCA). Queda demostrada la eficacia y los buenos resultados obtenidos tras el estudio utilizando para ello cuestionarios de calidad de vida, de satisfacción de usuarios y profesionales y registros públicos de ingresos y actividades hospitalarias de dos de las figuras de enfermera gestora de casos (EGE y EGCA) (3,47).

En Canarias, la figura de Enfermera de Enlace Hospitalaria (ECE), se centra en la gestión clínica coordinando todos los niveles asistenciales a las personas que necesiten atención domiciliaria y sus cuidadores, garantizando así la continuidad de cuidados (48).

En Cataluña, la EGC se implementó en 2005 y actualmente está implantado en la mayoría de los territorios con programas particulares en cada uno de ellos (47,49).

En la Comunidad de Madrid el perfil principal es el de la Enfermera Gestora de Casos, implícito en la actividad de Enfermería de Atención Primaria. También se realizan intervenciones de práctica avanzada de enfermería a través de la enfermera de enlace. El objetivo es la centralización en el paciente de manera individual, coordinando los cuidados y focalizándose en personas dependientes para garantizar la continuidad asistencial de los mismos y de sus cuidadores principales, optimizando los recursos. Actualmente no tiene funciones definidas ni protocolizadas (35,47).

En Murcia, se realizó un pilotaje en 2010, para la implantación de la figura de la EGC (54). Actualmente existen dos figuras de EGC en dos de los hospitales, pero no tiene funciones protocolizadas (47,50).

En la Comunidad Valenciana existen dos figuras: Enfermera de Gestión Domiciliaria (EGD), sustituyendo las funciones de la enfermera de enlace y la Enfermera de Enlace Hospitalaria (EEH). La enfermera gestora de casos se encarga de garantizar la

atención individualizada, mejorar la calidad de vida, garantizar la eficacia y disminución de costes en el sistema sanitario y la resolución de problemas para el paciente y su familia. La actividad de la EGC se centra en el ámbito domiciliario. De este modo gestionan casos de pacientes complejos a través de la figura de los agentes domiciliarios (EAP) que son: médico, enfermera y trabajador social, con la colaboración de los familiares, cuidadores y demás integrantes del Programa de Atención Domiciliaria (51). En un estudio realizado en la Comunidad Valenciana en 2011, se concluyó que la EGC aumentaba la captación de casos, mejoraba la continuidad asistencial y disminuía un 77 % el uso de urgencias y un 70% los ingresos hospitalarios, sustituyéndolos por ingresos en unidades de hospitalización a domicilio (52).

La enfermera Gestora de Casos, salvo en Andalucía, es perfil principal instaurado en las CCAA donde se han comenzado a llevar a cabo las tareas específicas de la Enfermera de Práctica Avanzada. Esto nos hace reflexionar sobre la necesidad de establecer un marco competencial por la necesidad evidente de atención a pacientes crónicos complejos con pluripatología, multimorbilidad, fragilidad y, en especial, a la población anciana, principal receptora de cuidados por sus características vinculadas a las patologías crónicas y su especial vulnerabilidad.

En 2017, se desarrolló una traducción, adaptación y comprobación de las propiedades psicométricas de la versión española de la herramienta Advanced Practiced Role Delineation (APRD modificada) en profesionales de Enfermería en el territorio español, que permitió la descripción del alcance de la práctica avanzada y la evidencia de las expectativas actuales de la misma (53).

## **JUSTIFICACIÓN**

En la actualidad en el Sistema Nacional de Salud, en sus diferentes contextos, no está completamente definida ni diferenciada la figura de la EPA, lo que dificulta su instauración. Existe amplia evidencia que avala la necesidad de la EPA para el abordaje de los procesos crónicos, donde se ha demostrado un mejor uso de los recursos y la obtención de mejores resultados en salud.

A través de herramientas validadas en España, es posible evaluar las competencias de las enfermeras y enfermeros que podrían estar desarrollando su función como EPA sin ser reconocidas/os y, de este modo, plantear nuevas líneas estratégicas para el reconocimiento de sus competencias. La adquisición de estas competencias por parte de los profesionales de Enfermería podría favorecer el abordaje de la cronicidad, situación que conlleva en muchas ocasiones una vulnerabilidad añadida.

El aumento de las enfermedades crónicas y el cambio que a lo largo de estos años ha ido experimentando el Sistema de Salud, lleva implícita la necesidad de una mayor presencia de profesionales de Enfermería en la toma de decisiones por ser pilar fundamental y quienes proveen principalmente cuidados en los múltiples escenarios y niveles asistenciales.

## **OBJETIVOS**

Objetivo general:

- Evaluar las competencias de Enfermería de Práctica Avanzada en la plantilla de Enfermería de un hospital público de corta y media estancia de la Comunidad de Madrid y la influencia que tienen factores sociolaborales y de percepción del entorno de la práctica sobre dichas competencias.

Objetivos específicos:

- Describir la percepción del entorno de la práctica de los y las profesionales de Enfermería.
- Identificar la influencia de factores sociolaborales de los y las profesionales de Enfermería en la percepción que tienen del entorno de la práctica.
- Describir el perfil competencial de EPA de los y las profesionales de Enfermería.
- Determinar el perfil competencial de EPA en función de factores sociolaborales de los y las profesionales de Enfermería.
- Identificar la influencia de la percepción del entorno de la práctica en el perfil competencial de EPA de los y las profesionales de Enfermería.

## MÉTODO

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo transversal. Los estudios descriptivos pretenden explorar la magnitud de un fenómeno, caracterizarlo según variables de tiempo, lugar y persona, así como establecer las relaciones que determinados factores tienen con dicho fenómeno y, si además tienen carácter transversal, implica que se realiza una sola medición en un momento determinado (54).

La población objeto de estudio fue el universo completo, es decir, el total de la plantilla de profesionales de Enfermería (N=100) en activo del Hospital de Cantoblanco, perteneciente al Hospital Universitario La Paz (Madrid). No se incluyeron en el estudio los trabajadores en situación de baja laboral por enfermedad de más de seis meses.

El Hospital La Paz, es un hospital público situado en la zona norte de Madrid que atiende a la población que recibe asistencia sanitaria en los centros de especialidades José Marv, Peagrande y Colmenar Viejo Sur y las consultas asignadas en Tres Cantos I y II. A su vez, presta asistencia sanitaria a las personas cuyo centro sanitario de referencia incluya los Centros de Salud de Tres Cantos, Colmenar Viejo, Tetuán, Fuencarral y Centro de Salud Mental Castro Viejo (55).

En el año 2017 un total de 48.108 pacientes fueron atendidos en áreas de hospitalización y 229,531 en el servicio de urgencias en el Hospital Universitario La Paz-Carlos III-Cantoblanco (55).

Además de ser Centro de Referencia Nacional (CSUR) de 25 patologías, el Hospital La Paz dispone de una Unidad Especializada de Alta Complejidad acreditada por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Tortica (SEPAR) con criterio de excelencia (56) el Hospital de Cantoblanco.

El Hospital de Cantoblanco adscribe el 5 de agosto de 2005 sus competencias, funciones y servicios a la Gerencia del rea V y comienza en ese momento a pertenecer al Hospital Universitario La Paz (57) Dispone de 149 camas de corta y media estancia, donde se atienden pacientes con patologías agudas y procesos crónicos situadas en los diferentes pabellones de hospitalización (San Francisco, San José, Pabellón Quirúrgico I y II y San Luis). Su cartera de servicios es heterogénea, incluyendo las especialidades siguientes: Medicina Interna, Geriatría, Neumología, Traumatología y Rehabilitación y Cirugía Ortopédica, especialidades que prestan asistencia sanitaria en unidades de Hospitalización, con un total de 116 camas.



El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, define los hospitales de media y larga estancia como aquellos *“destinados a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, pero que no pueden proporcionarse en su domicilio, y requieren un período prolongado de internamiento”* (58).

El Hospital de Cantoblanco actualmente dispone de 34 camas de media y corta estancia hospitalaria, de las cuales 16 son de la Unidad de Rehabilitación Funcional de Geriátrica. En 2018, se registraron en dicha unidad las siguientes patologías como las más frecuentes: fractura de cadera (61%), ICTUS (21%) y otros diagnósticos (29%). En el mismo año, se registró un total de 205 ingresos en las citadas unidades, con una estancia media de 32,1 días por paciente y una edad media de 85 años (59).

Con respecto a la hospitalización de corta estancia, la Unidad de Geriátrica de Agudos dispone de 16 camas. En 2018 se registraron un total de 578 pacientes cuyos principales diagnósticos fueron: Infecciones Respiratorias (27%), Insuficiencia Cardíaca (17%), otras infecciones (16%) con una estancia hospitalaria media de 8,1 días (59).

Las unidades de Neumología y Medicina Interna disponen de 60 camas en el Hospital de Cantoblanco. En 2017, en el Hospital La Paz, la clasificación del GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) médico más frecuente reflejó el EPOC y la ICC como segunda y tercera patología con mayor número de casos, con una estancia media de 10,19 y 9,90 respectivamente, por encima de la estancia media global datada en 7,06 en el año 2017. Un dato que, podría justificar el número de camas disponibles para las especialidades citadas en el Hospital de Cantoblanco (55).

A su vez, dicho hospital, dispone de Unidades Especiales de Aislamiento Respiratorio (Centro de Referencia en la Comunidad de Madrid y unidad acreditada) (56), Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño, Unidad de Memoria, Unidad de Endoscopias Digestivas y Hospital de día. Además, en sus instalaciones se realizan pruebas funcionales respiratorias, consultas de las especialidades de referencia, y dispone de un gimnasio propio para realizar las labores de rehabilitación funcional. Posee dos quirófanos donde se realiza cirugía de traumatología y ortopedia, y procedimientos de cirugía en Dermatología.

## **Variables e instrumentos**

### **\*Variables independientes:**

- Edad del profesional de Enfermería: años cumplidos autodeclarados.
- Sexo: Mujer/Hombre
- Años de profesión: años completos autodeclarados.
- Tiempo en el centro actual: años completos y meses, en el caso de llevar menos de un año, autodeclarados.
- Servicio al que pertenecían en el momento de la cumplimentación del cuestionario, considerando las siguientes categorías: Hospitalización de media y corta estancia (incluye las especialidades de Geriatría, Neumología, Medicina Interna y Unidad de Aislamiento respiratorio - esta unidad fue incluida en éste apartado, por la característica de larga estancia en camas de hospitalización- Traumatología, Rehabilitación y Cirugía ortopédica con estancia hospitalaria); Servicios de quirófano (Quirófano, URPA y endoscopias); y Servicios ambulatorios (extracciones, consultas, unidad del sueño y hospital de día).
- Áreas de Enfermería: se clasificaron atendiendo al Real Decreto 521/1987, del 15 de abril, donde, en el artículo 13, se reflejan las actividades de Enfermería adscritas a las áreas siguientes: salas de hospitalización, quirófanos, unidades especiales, consultas externas, urgencias y cualquier otra área de Enfermería que resulte precisa (60). Clasificándolas para el estudio, por tanto, en las siguientes áreas: Hospitalización, quirófano y unidades especiales (no existe el servicio de urgencias en el Hospital de Cantoblanco).
- Tipo de contrato (fijo, interino, eventual y media jornada).
- Turno: Mañana, tarde, noche.
- Nivel académico (diplomatura, grado, especialidad, máster o doctorado) en Enfermería y en otras disciplinas.
- Percepción del entorno de la práctica clínica a través del cuestionario autoadministrado PES-NWI (Practical-Environment Scale-Nursing Work Index) validado para el entorno español (61) (Anexo I). El NWI fue diseñado por Kramer y Hafneren en 1989 e inicialmente se componía de 65 ítems. Más tarde se realizaron sucesivas revisiones y Lake desarrolló en 2002 una versión más reducida (PES-NWI), donde se evalúa la satisfacción en el entorno laboral que tiene el profesional de Enfermería y su repercusión en la calidad de los cuidados proporcionados (62). Esta versión fue adaptada en 2009 al entorno español para

comprobar la validez y fiabilidad tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalizada. Es un instrumento de fácil manejo, que puede ayudar a las instituciones a la toma de decisiones en la delimitación de roles, para favorecer el entorno laboral y la calidad asistencial (61), un campo que debe seguir siendo explorado para determinar si el uso de dicha herramienta podría proporcionar una asistencia sanitaria de alta calidad (63). Como resultado al citado estudio, se demostró una fiabilidad alta a excepción de un ítem del cuestionario original, que fue eliminado. Los ítems del PES-NWI adaptado al entorno español, se valoran con una escala del 1 al 4 (1 es “totalmente en desacuerdo” y 4 “totalmente de acuerdo), y están agrupados en cinco factores: “participación de la enfermera en asuntos del centro”, “fundamento enfermero de la calidad de los cuidados”, “capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por los gestores enfermeros”, “dimensión de la plantilla”, “adecuación de los recursos humanos” y “relaciones entre médicos y enfermeras” (61).

#### **\*Variable dependiente**

- Nivel Competencial en Enfermería de Práctica Avanzada: se realizó a través del Instrumento de Evaluación de Competencia en Enfermería de Práctica Avanzada (IECEPA), (Advanced Practice Nurse Competence Assessment (APNCAI) (10) (Anexo II). Es una escala, desarrollada y validada en el contexto español, de evaluación de competencias que consta de 44 ítems agrupadas en 8 factores: “Investigación y Práctica Basada en la Evidencia”, “Liderazgo clínico y profesional”, “Relaciones interprofesionales y mentoría”, “Autonomía Profesional” “Gestión de la Calidad”, “Administración de cuidados”, “Enseñanza profesional y Educación” y “Promoción de la salud”. Se cumplimentó de manera autoadministrada y anónima. Las puntuaciones de cada ítem están entre: 1 Nunca (puntuación más baja) y 5 Siempre (puntuación más alta) (64).

#### **Procedimiento para la recogida de los datos**

El procedimiento para la recogida de datos se llevó a cabo tras la autorización institucional por parte de la Dirección de Enfermería. Se realizó una reunión informativa con todas las figuras supervisoras de unidad y la supervisora de área funcional, donde se explicó detenidamente objetivo del proyecto y el procedimiento para la cumplimentación del cuaderno para la recogida de los datos que incluía todas las variables e instrumentos,

y del consentimiento informado para los participantes, que se entregaba adjunto al cuaderno.

En el período comprendido entre el 25 de mayo y el 30 de junio se procedió a la entrega de la documentación. Se proporcionaron dos sobres a cada persona: uno de ellos contenía el cuaderno de recogida de los datos y otro el consentimiento informado. El proceso de distribución se realizó en los turnos de mañana, tarde y noche en días sucesivos para garantizar el acceso a todo el personal y la máxima participación.

Se proporcionó una urna en cada unidad para depositar los sobres. Ambos se recogieron por separado en sobres cerrados para garantizar la confidencialidad. Tras un periodo de 10 días, se procedió a la recogida de las urnas, estableciendo una segunda oleada para garantizar una mayor cobertura, y dar opción a participar a quienes no lo hubieran podido hacer en la primera oleada. La investigadora principal fue la encargada de recoger las urnas al final de los plazos establecidos.

### **Tratamiento y análisis de los datos**

En primer lugar, se calcularon índices de estadística descriptiva acorde a la naturaleza de las variables: medidas de tendencia central – media y mediana – y de dispersión – desviación estándar y rango intercuartílico- para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Para los cuestionarios PES-NWI e IECEPA, se calcularon puntuaciones sumarias de cada dimensión y del global, eliminando para estas sumatorias a los sujetos que no hubieran contestado todos los ítems de los mencionados cuestionarios. También se calcularon valores promedio y medianos de cada una de las dimensiones de ambos instrumentos, así como diagramas de caja para su representación gráfica.

Se realizó análisis bivariante entre las variables independientes y las puntuaciones del IECEPA. También se realizó análisis bivariante entre las variables sociolaborales y las puntuaciones del NWI.

Para este análisis bivariante, y con objeto de tener más potencia en los análisis (algunas categorías quedaban con muy pocos sujetos), fueron realizadas las siguientes recodificaciones:

- Tipo de contrato: atendiendo a su temporalidad, fueron agrupadas en dos categorías: fijo-interino y eventual-media jornada.

- Nivel académico: se agruparon considerando dos grupos de nivel académico: Nivel 1: diplomatura, grado y licenciatura; Nivel 2: especialidad, máster y doctorado.
- Servicio: se reagruparon en unidades de Hospitalización y Unidades Especiales
- Áreas de Enfermería: la agrupación se realizó en dos áreas: Hospitalización y Quirófano/ Unidades Especiales
- Turno: se agruparon en tres turnos: mañana, tarde y noche.

Para la asociación de variables cualitativas, se hizo uso de pruebas de contraste de hipótesis no paramétricas utilizando el test de U de Mann-Whitney, excepto para el turno, en el que se utilizó el test no paramétrico de Krusal Wallis.

Para la asociación entre las variables cuantitativas, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, y gráfico de dispersión entre las puntuaciones sumarias del PES-NWI y IECEPA.

Se trabajó con un nivel de significación menor o igual a 0,05. Se calcularon intervalos de confianza al 95% de seguridad. El programa utilizado para el análisis de los datos fue EPIDAT 4.2.

### **Consideraciones éticas:**

Se solicitó la aprobación del Subcomité de Ética de la Investigación de la facultad de Medicina de la UAM (Anexo III), del CEIm (Comité de Ética de la Investigación con medicamentos) del Hospital Universitario La Paz, que manifestó no ser necesaria su aprobación para el desarrollo del proyecto por no tratar datos obtenidos de historias clínicas (Anexo IV), y el permiso institucional a la Dirección de Enfermería del Hospital La Paz (Anexo V). A su vez, fue solicitado el consentimiento informado de los enfermeros y enfermeras participantes en el estudio (Anexo VI). Los datos fueron tratados según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (65) y el Real Decreto Ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos (66).

## **RESULTADOS**

### **Descriptiva de la muestra**

Se recogió información de 73 profesionales, con una media de edad de 39,0 años (DE:10,62). La media de años de ejercicio profesional era de 16,3 (DE:10,76), y una media de antigüedad en el centro de 8,0 años (DE:10). Con respecto al sexo, el 84,5% (n=60) eran mujeres. Atendiendo a su situación laboral, el 37,7 % (n= 26) era personal interino y el 31,9 % (n=22) tenía plaza en propiedad (Tabla 1).

En lo relativo al Servicio, un 36,2% (n=25) pertenecían a Hospitalización de Geriátrica/Neumología y un 37,7% (n=26) a Hospitalización de Medicina Interna/Aislamiento Respiratorio. Con respecto a las Áreas de Enfermería, el 81,2% (n=56) se vinculaban a las áreas de hospitalización. En relación al turno, de manera mayoritaria, estaba representado por el turno de mañana con un 42,0 % (n=29). Atendiendo al nivel académico, la mayoría tenía la Diplomatura en Enfermería, suponiendo un 63,8 % (n=44) (Tabla 1).

### **Percepción del Entorno de la Práctica Clínica**

Los ítems del PES-NWI que obtuvieron un mayor porcentaje de “máximo acuerdo” (31,9%) fueron “Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada” perteneciente a la dimensión “Fundamento enfermero y calidad de los cuidados” y “La responsable de Enfermería es comprensiva y asesora y da apoyo a las enfermeras”, incluido en la dimensión “Capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por los gestores enfermeros” (Tabla 2).

El ítem que mayor porcentaje de respuesta obtuvo en el “mínimo acuerdo” fue “los servicios de apoyo (celadores, administrativos...) son adecuados y facilitan estar más tiempo con los pacientes” perteneciente al factor “Dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos”. El ítem menos contestado (n=68) fue “los directivos enfermeros están al mismo nivel en poder y autoridad que el resto de los directivos del centro” incluido en la dimensión “Participación de la Enfermería en los asuntos del centro” (Tabla 2).

La puntuación media global en el PES- NWI fue 73,5. Los valores promedio de las puntuaciones sumarias de cada dimensión se reflejan en la Tabla 3. Atendido al diagrama de cajas para las puntuaciones medias de cada dimensión, el valor más alto correspondió a la dimensión: “Capacidad, liderazgo y apoyo de los gestores”, y el más

bajo a las dimensiones “Participación en los asuntos del centro” y “Recursos humanos” (Gráfico 1).

Tabla 1: descriptiva de la muestra

	<b>Media (DE*)</b>
<b>Edad (años)</b>	39,0 (10,621)
<b>Ejercicio profesional (años)</b>	16,3 (10,76)
<b>Antigüedad en el centro (años)</b>	8,0 (10,04)
	% (#)
<b>Sexo</b>	
Mujer	84,5 (60)
Hombre	15,5 (11)
Total	71
<b>Situación Laboral</b>	
Plaza en propiedad	31,9 (22)
Eventual interino	37,7 (26)
Eventual temporal	26,1 (18)
Media jornada	4,4 (3)
Total	69
<b>Servicio</b>	
Hospitalización Geriátrica/Neumología	36,2 (25)
Hospitalización Medicina Interna/Aislamiento Respiratorio	37,7 (26)
Hospitalización Trauma/Rehabilitación/Cirugía Ortopédica Hospitalización	7,3 (5)
Quirófano/URPA/Endoscopias	7,3 (5)
**Servicios de asistencia ambulatoria	11,6 (8)
Total	69
<b>Áreas de Enfermería</b>	
Hospitalización	81,2 (56)
Quirófano	7,3 (5)
Unidades especiales	11,6 (8)
Total	69
<b>Turno</b>	
Mañana	42,0 (29)
Tarde	23,2 (16)
Noche	26,1 (18)
<b>Turno rotatorio</b>	8,7 (6)
Total	69
<b>Nivel académico</b>	
Diplomatura	63,8 (44)
Licenciatura/Grado	13,0 (9)
Máster	11,6 (8)
Especialidad	11,6 (8)
Total	69

\*DE: Desviación

Estándar

\*\*Servicios de asistencia ambulatoria: extracciones/Unidad del sueño/Hospital de día



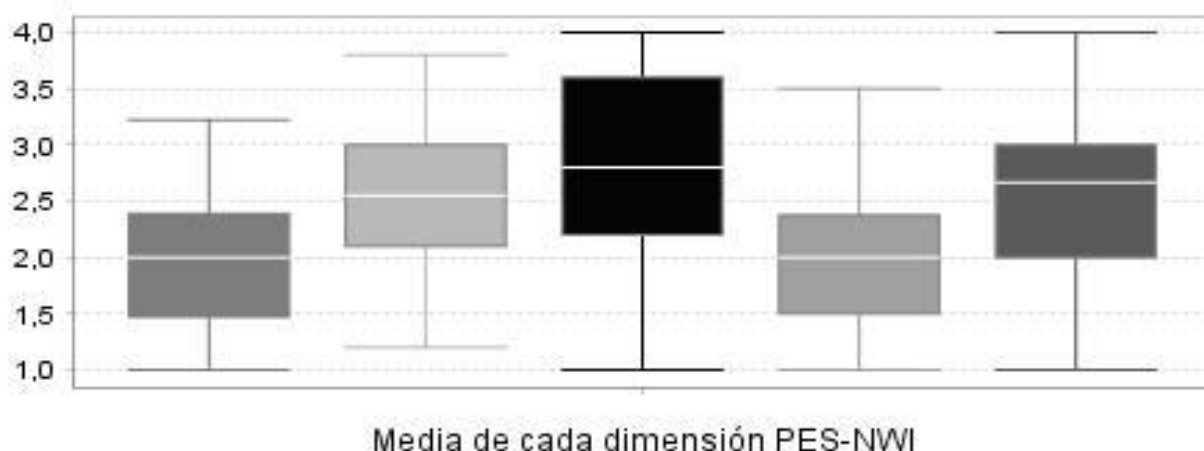
Tabla 2: Valoración de los ítems del PES-NWI (Practice Environment Scale of the Nursing Work Index)

Valoración de los ítems del PES-NWI (Practice Environment Scale of the Nursing Work Index)	n	Mínimo Acuerdo			Máximo acuerdo
		1 % (#)	2 % (#)	3 % (#)	4 % (#)
Ítem 1. Las enfermeras de plantilla están formalmente involucradas en la gestión del Centro (Juntas, Órganos de decisión)	73	45,2 (33)	38,3 (28)	15,1 (11)	1,4 (1)
Ítem 2. Las enfermeras del Centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo	73	46,6 (24)	30,1 (22)	21,9 (16)	1,4 (1)
Ítem 3. Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional de Enfermería	73	30,1 (22)	47,9 (35)	21,9 (16)	
Ítem 4. La dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus enfermeras	73	27,4 (20)	39,7 (29)	30,1 (22)	2,7 (2)
Ítem 5. La directora de Enfermería es accesible y fácilmente "visible"	73	27,4 (20)	20,6 (15)	41,1 (30)	10,9 (8)
Ítem 6. Se puede desarrollar una carrera profesional o hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica.	73	32,9 (24)	46,6 (34)	17,8 (13)	2,7 (2)
Ítem 7. Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día.	73	46,6 (34)	30,1 (22)	23,3 (17)	
Ítem 8. Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones del Centro, tales como la comisión de investigación, de ética, etc.	73	27,8 (21)	36,9 (27)	30,1 (22)	4,1 (3)
Ítem 9. Los directivos enfermeros están al mismo nivel en poder y autoridad que el resto de directivos del Centro	68	20,6 (14)	38,2 (26)	36,8 (25)	4,4 (3)
Ítem 10. Se usan los diagnósticos enfermeros.	72	13,9 (10)	20,8 (15)	44,4 (32)	20,8 (15)
Ítem 11. Hay un programa activo de garantía y mejora de la calidad.	72	15,3 (11)	37,5 (27)	38,9 (28)	8,3 (6)
Ítem 12. Existe un programa de acogida y tutelaje de enfermeras de nuevo ingreso.	72	45,8 (33)	27,8 (20)	22,2 (16)	4,2 (3)
Ítem 13. Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, más que en un modelo biomédico.	73	5,5 (4)	27,4 (20)	43,8 (32)	23,3 (17)
Ítem 14. Se promueve la continuidad de los cuidados con la asignación de pacientes (p.ej: la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo)	73	16,5 (12)	23,3 (17)	38,4 (28)	21,9 (16)
Ítem 15. Hay una filosofía común de Enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes.	73	15,1 (11)	36,9 (27)	36,9 (27)	10,9 (8)
Ítem 16. Existe un plan de cuidados escrito y actualizado para cada paciente.	72	8,4 (6)	30,6 (22)	43,1 (31)	18,1 (13)
Ítem 17. Los gestores del centro se preocupan de que los enfermeros proporcionen cuidados de alta calidad.	73	21,9 (16)	49,3 (36)	24,7 (18)	4,1 (3)
Ítem 18. Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras.	73	12,4 (9)	28,8 (21)	43,8 (32)	15,1 (11)
Ítem 19. Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada.	72	6,9 (5)	15,3 (11)	45,8 (33)	31,9 (23)
Ítem 20. La responsable de Enfermería es una buena gestora y líder.	71	14,1 (10)	26,8 (19)	32,4 (23)	26,8 (19)
Ítem 21. La responsable de Enfermería respalda a la plantilla en sus decisiones, incluso si el conflicto es con el personal médico.	71	14,1 (10)	16,9 (12)	40,9 (29)	28,2 (20)
Ítem 22. La responsable de Enfermería utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como crítica.	70	15,7 (11)	20,0 (14)	41,7 (29)	22,9 (16)
Ítem 23. La responsable de Enfermería es comprensiva y asesora y da apoyo a las enfermeras.	72	16,7 (12)	18,1 (13)	33,3 (24)	31,9 (23)
Ítem 24. Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho.	71	18,3 (13)	32,4 (23)	29,6 (21)	19,7 (14)
Ítem 25. Hay suficiente plantilla de empleados para realizar adecuadamente el trabajo.	72	27,8 (20)	41,7 (30)	22,2 (16)	8,3 (6)
Ítem 26. Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad.	72	22,2 (16)	34,7 (25)	31,9 (23)	11,1 (8)
Ítem 27. Los servicios de apoyo (celadores, administrativos...) son adecuados y facilitan estar más tiempo con los pacientes.	73	50,7 (37)	30,1 (22)	15,1 (11)	4,1 (3)
Ítem 28. Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con las otras enfermeras.	73	24,7 (18)	46,6 (34)	28,8 (21)	
Ítem 29. Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras.	73	27,4 (20)	39,73(29)	30,1 (22)	2,7 (2)
Ítem 30. Entre los médicos y las enfermeras se dan buenas relaciones de trabajo.	73	4,1 (3)	36,9 (27)	41,1 (30)	17,8 (13)
Ítem 31. La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada.	72	13,9 (10)	30,6 (22)	45,8 (33)	9,7 (7)

Tabla 3: Descriptiva de puntuación global de las dimensiones de la Percepción del Entorno de la Práctica Clínica: Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) y del Inventario para la Evaluación del Nivel competencial de Enfermería de Práctica Avanzada (IECEPA). Puntuación total.

	<b>Dimensiones</b>	<b>n</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desviación Estándar</b>	<b>Recorrido Intercuartílico</b>
<b>PES-NWI</b>	Participación en asuntos del centro	65	18,3	18	5,2	8,5
	Fundamento de la calidad de los cuidados	66	25,4	25	5,8	9
	Capacidad, liderazgo y apoyo de los gestores	66	16,7	18	5,3	8,4
	Recursos humanos	68	8,2	8	2,7	4
	Relaciones entre médicos y enfermeras	67	7,3	8	2,01	3
	Puntuación global	68	73,5	75,8	16,4	26,05
<b>IECEPA</b>	Investigación y práctica basada en la evidencia	67	20,7	21	6,04	9
	Liderazgo clínico y profesional	66	10,5	10	3,4	4,25
	Autonomía profesional	66	25,8	26	6,8	10
	Relaciones interprofesionales y mentoría	66	22,0	26	4,3	4
	Gestión de la calidad	67	12,4	12	3,2	5
	Gestión de cuidados	68	19,6	20	4,3	7
	Enseñanza y educación profesional	67	16,7	17	2,8	4
	Promoción de la salud	67	13,9	14	3,8	6
	Puntuación global	68	126,0	123,5	29,96	33

Gráfico 1: Diagrama de cajas de la puntuación media de las dimensiones del PES-NWI



■ Participación en asuntos del centro	■ Fundamento de la calidad del cuidado
■ Capacidad, liderazgo y apoyo de los gestores	■ Recursos humanos
■ Relaciones entre médicos y enfermeras	

	Participación en asuntos del centro	Fundamento de la calidad del cuidado	Capacidad, liderazgo y apoyo de los gestores	Recursos humanos	Relaciones entre médicos y enfermeras
<b>n</b>	68	68	68	67	68
<b>Media</b>	2,01	2,55	2,77	2,04	2,47
<b>Mediana</b>	2	2,55	2,8	2	2,667

La sumatoria global de las puntuaciones en el cuestionario PES-NWI en los hombres fue de 72,1 (DE:20,3) y en las mujeres de 73,7 (DE:15,8) ( $p=0,0734$ ). Atendiendo al servicio, en las personas que trabajaban en hospitalización fue de 75,1 (DE:16,5), un dato superior al de las Unidades especiales, con 62,8 (DE:14,5 ( $p=0,0873$ )). Las personas con situación laboral temporal y de media jornada, tuvieron un valor más alto (76,3; DE: 4,9), que quienes tenían un turno fijo (72,6; DE: 16,9), pero sin alcanzar esta diferencia la significación estadística. Con respecto al turno, el de mañana tenía el valor más alto con 80,4 (DE: 14,6), y el de noche el más bajo (61,6; DE: 14,9) ( $p=0,000$ ). En lo referente al nivel académico, las personas que poseían la diplomatura en Enfermería reflejaban un valor de 74,1 (DE:16:4), mayor con respecto al resto de titulaciones, pro sin diferencias estadísticamente significativas (Tabla 4).

En la sumatoria de las dimensiones del PES-NWI, la dimensión “Fundamento de la calidad de los cuidados”, presentaba una media mayor en hospitalización con respecto a unidades especiales (26,4 vs 21,7;  $p=0,0089$ ), al igual que en la dimensión “Capacidad, liderazgo y apoyo de los gestores” (17,44 vs 14,2;  $p=0,0466$ ). En lo que respecta al turno, en la dimensión “Participación en los asuntos del centro” los valores fueron más altos para el turno de mañana y tarde con respecto a la noche (19,2 vs 16;  $p= 0,0846$ ); y esto mismo acontecía para las dimensiones “Capacidad, liderazgo y apoyo de los gestores” (Mañana: 18,8 vs 13,5;  $p= 0,0018$ ), “Recursos humanos” (Mañana/tarde: 8,7 vs Noche: 6,9;  $p= 0,0401$ ) y “Relaciones entre médicos y enfermeras” (Mañana: 8,4 vs Noche: 5,7;  $p= 0,000$ ) (Tabla 5).

Para la dimensión “Participación en asuntos del centro”, aumentaba su puntuación sumaria a medida que disminuía la edad del profesional enfermero (coef. Correlación de Pearson: -0,358;  $p= 0,004$ ), tenía menos años de experiencia (coef. Correlación de Pearson: -0,0363;  $p= 0,010$ ), y tenía menos antigüedad en el centro (coef. Correlación de Pearson: -0,246;  $p= 0,054$ ) (Tabla 6).

Tabla 4: Sumatoria global de las puntuaciones de PES-NWI e IECEPA

	SUMATORIA GLOBAL NWI				SUMATORIA GLOBAL IECEPA			
	n	Media	DE	Valor p	n	Media	DE	Valor p
<b>SEXO</b>				0,0734				0,2625
Hombres	10	72,1	20,3		10	135,9	27,8	
Mujeres	58	73,7	15,8		58	124,3	30,2	
<b>SERVICIO</b>				0,0873				0,8508
Hospitalización	53	75,5	16,4		53	126,1	31,9	
Unidades especiales	14	67,2	14,6		14	124,4	22,8	
<b>ÁREAS DE ENFERMERÍA</b>				0,1743				0,6754
Hospitalización	54	75,1	16,5		54	126,6	31,8	
Quirófano-Un. Especiales	13	68,2	14,5		13	122,6	22,7	
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>				0,3843				0,6437
Fijo-Interino	45	72,6	16,9		45	125	26,7	
Temporal-Media jornada	22	76,3	14,9		22	121,9	21,7	
<b>TURNO</b>				0,0000				0,7510
Mañana	30	80,4	14,6		30	122,4	23,9	
Tarde	17	76,5	12,8		17	128	18,5	
Noche	20	61,6	14,9		20	123	31,6	
<b>NIVEL ACADÉMICO DE ENFERMERÍA</b>				0,5935				0,5996
Diplomado/Grado/Licenciado	53	74,1	16,4		53	124,1	31,9	
Especialidad/Máster/Doctorado	14	71,4	17,2		14	128,8	15,6	

DE\*: Desviación estándar

Tabla 5 Sumatoria de las dimensiones PES-NWI

SUMATORIA DE LAS DIMENSIONES PES-NWI																				
	Participación en asuntos del centro				Fundamento de la calidad de los cuidados				Capacidad, liderazgo y apoyo de los gestores				Recursos humanos				Relaciones entre médicos y enfermeras			
	n	$\bar{X}$	DE	Valor p	n	$\bar{X}$	DE	Valor p	n	$\bar{X}$	DE	Valor p	n	$\bar{X}$	DE	Valor p	n	$\bar{X}$	DE	Valor p
<b>SEXO</b>				0,5548				0,2276				0,6552				0,7286				0,5488
<b>Hombres</b>	9	19,2	5,9		9	27,6	7,3		9	16	5,5		10	7,9	2,7		10	7,7	1,5	
<b>Mujeres</b>	56	18,1	5,1		57	25,0	5,6		56	16,9	5,3		58	8,2	2,7		57	7,3	2,1	
<b>SERVICIO</b>				0,3994				0,0089				0,0466				0,4582				0,2609
<b>Hospitalización</b>	51	18,5	5,2		52	26,4	5,7		50	17,44	5,4		53	8,2	2,6		52	7,2	2,0	
<b>Unidades especiales</b>	14	17,2	5,3		13	21,7	5,0		14	14,2	4,6		14	7,6	2,9		14	7,9	1,8	
<b>ÁREAS DE ENFERMERÍA</b>				0,5794				0,0171				0,1587				0,4538				0,1694
<b>Hospitalización</b>	52	18,4	5,2		53	26,2	5,7		51	17,2	5,6		54	8,2	2,6		53	7,2	2,0	
<b>Quirófano-Un. Especiales</b>	13	17,5	5,3		12	21,8	5,2		13	14,9	4,1		13	7,6	3,1		13	8,1	1,8	
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>				0,5200				0,3944				0,9531				0,3901				0,6381
<b>Fijo-Interino</b>	42	18,1	5,4		44	25	6,1		43	16,9	5,3		45	7,9	2,5		44	7,3	2,0	
<b>Temporal-Media jornada</b>	22	18,9	4,7		21	26,3	5,4		21	16,9	5,1		22	8,6	3,1		22	7,5	1,9	
<b>TURNO</b>				0,0846				0,7315				0,0018				0,0401				0,0000
<b>Mañana</b>	30	19,2	5,4		29	26,1	5,9		30	18,9	4,0		30	8,7	2,9		30	8,4	1,6	
<b>Tarde</b>	17	19,2	4,1		17	25,1	5,1		16	17,1	4,8		17	8,7	2,4		17	7,4	1,73	
<b>Noche</b>	17	16	5,1		19	24,8	6,5		18	13,5	5,8		20	6,9	2,4		19	5,7	1,7	
<b>NIVEL ACADÉMICO</b>				0,8321				0,6507				0,6827				0,6838				0,9364
<b>Diplomat/Grad/Licenc</b>	52	18,1	5,06		52	25,3	5,5		50	16,8	5,8		53	8,2	2,8		53	7,4	2,0	
<b>Máster/Especiali/Doct</b>	13	18,5	5,9		13	24,5	6,5		14	16,1	4,3		14	8,5	2,2		13	7,3	1,9	

\*DE: Desviación Estándar

Tabla 6: Correlación entre la edad, años de experiencia y antigüedad en el centro y las puntuaciones sumarias globales y por dimensiones y PES-NWI e IECEPA

	Dimensiones	Edad		Años de experiencia		Antigüedad en el centro	
		Coef. de Correlación de Pearson	Valor p	Coef. de Correlación de Pearson	Valor p	Coef. de Correlación de Pearson	Valor p
<b>PES-NWI</b>	Participación en asuntos del centro	-0,358	0,004	-0,0363	0,010	-0,246	0,054
	Fundamento de la calidad de los cuidados	-0,155	0,218	-0,252	0,074	-0,199	0,115
	Capacidad, liderazgo y apoyo de los gestores	-0,005	0,969	-0,037	0,799	-0,017	0,896
	Recursos humanos	-0,007	0,955	-0,040	0,778	-0,029	0,819
	Relaciones entre médicos y enfermeras	-0,012	0,924	-0,044	0,759	0,036	0,778
	PES-NWI Global	-0,124	0,317	-0,173	0,220	-0,185	0,140
<b>IECEPA</b>	Investigación y práctica basada en la evidencia	-0,145	0,245	-0,062	0,666	-0,113	0,374
	Liderazgo clínico y profesional	-0,172	0,171	-0,062	0,669	-0,009	0,944
	Autonomía profesional	-,0217	0,083	-0,247	0,081	-0,206	0,102
	Relaciones interprofesionales y mentoría	0,083	0,511	0,171	0,235	-0,01	0,937
	Gestión de la calidad	0,158	0,205	0,116	0,418	0,056	0,660
	Gestión de cuidados	-0,194	0,116	-0,113	0,425	-0,173	0,168
	Enseñanza y educación profesional	-0,019	0,880	0,084	0,558	-0,094	0,456
	Promoción de la salud	-0,232	0,061	-0,147	0,298	-0,207	0,101
	IECEPA Global	0,006	0,962	0,156	0,269	-0,122	0,333

## **Evaluación de las competencias de Enfermería de Práctica Avanzada**

El ítem de IECEPA, el que obtuvo mayor porcentaje en el “siempre” (57,8%) fue “Utilizo la información obtenida en actividades formativas para mejorar el desempeño profesional”, perteneciente a la dimensión “Enseñanza y educación profesional”. El ítem que obtuvo mayor porcentaje en el “nunca” (37,5) fue “Lidero la promoción de colaboraciones interdisciplinarias para implementar programas de atención al paciente orientados al resultado que puedan cumplir con las necesidades clínicas de los pacientes, las familias, las poblaciones y las comunidades” perteneciente a la dimensión “Investigación y práctica basada en la evidencia (Tabla 7).

Los ítems menos contestados (contestaron 69 personas) correspondían “Selecciono, prescribo y superviso intervenciones terapéuticas, farmacológicas y no farmacológicas, medidas de diagnóstico, equipamiento, procedimientos y tratamientos dirigidos a la satisfacción de las necesidades de los pacientes, familias y grupos, de acuerdo con la preparación profesional, los privilegios institucionales, las leyes locales y estatales y reglamentos profesionales” y “Planifico y desarrollo visitas de seguimiento de forma apropiada para monitorizar a los pacientes y evaluar el proceso salud/enfermedad”, pertenecientes a la dimensión “Autonomía Profesional” (Tabla 7).

En lo relativo a la puntuación global de las dimensiones de IECEPA, se obtuvo información completa de 68 personas con una media de 126 puntos. Las puntuaciones sumarias de cada dimensión se pueden ver en la Tabla 3.

En el diagrama de cajas para las puntuaciones medias de cada, se observó que la media más alta correspondía a la dimensión “Enseñanza y educación profesional” (4,17) y las más baja a “Liderazgo clínico y profesional” (2,65) dimensión (Gráfico 2).



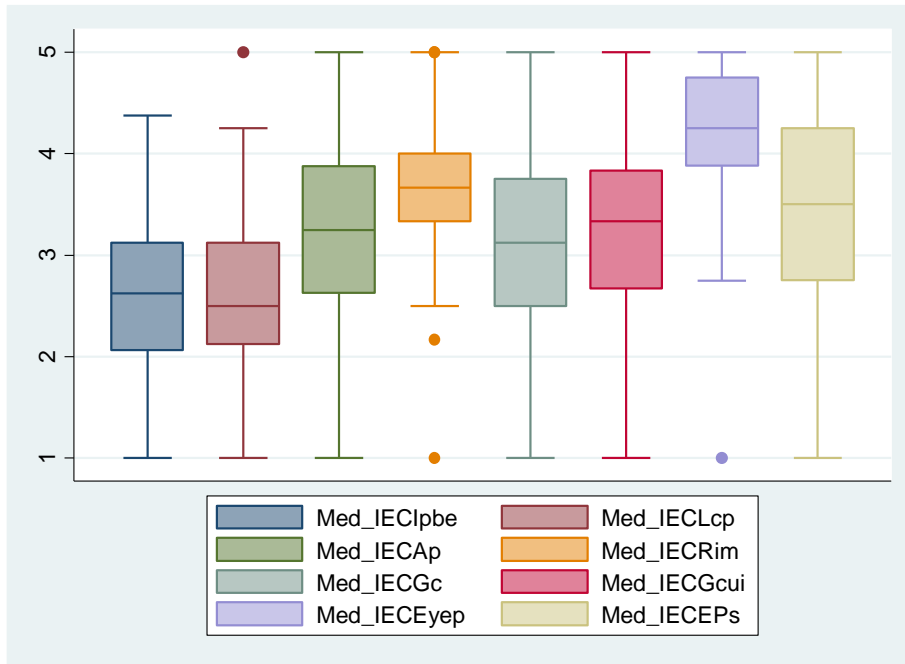
Tabla 7: Valoración de los ítems del Inventario para la Evaluación de Competencias de Enfermeras de práctica Avanzada (IECEPA)

Valoración de los ítems del Inventario para la Evaluación de Competencias en Enfermeras de Práctica Avanzada (IECEPA)	Nunca		Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
	n	%(#)	%(#)	%(#)	%(#)	%(#)
<b>1. Investigación y Práctica Basada en la Evidencia</b>						
1.1 Actúo o bien como investigador/a primario o como colaborador/a con otros profesionales sanitarios del equipo o del ámbito comunitario; identifiqué, conduzco y apoyo la investigación que potencia o beneficia a la atención sanitaria.	73	23,2 (17)	31,5 (23)	30,1 (22)	13,7 (10)	1,4 (1)
1.2 Evalué la práctica clínica actual, a nivel individual y sistémico en base a los últimos hallazgos en investigación.	73	15,1 (11)	24,7 (18)	36,9 (27)	20,6 (15)	2,7 (2)
1.3 Identifiqué las prioridades de investigación en mi área de práctica profesional.	73	13,7 (10)	26,0 (19)	35,6 (26)	21,9 (16)	2,7 (2)
1.4 Dirijo el desarrollo de planes basados en la evidencia para alcanzar las necesidades individuales, familiares, de la comunidad y de la población.	72	13,9 (10)	34,7 (25)	20,8 (15)	22,2 (16)	8,3 (6)
1.5 Utilizo estrategias efectivas para el cambio de conducta profesional y de trabajo en equipo para promocionar así la adopción de prácticas e innovaciones basadas en la evidencia en el ejercicio de la atención sanitaria.	72	6,9 (5)	23,6 (17)	37,5 (27)	27,8 (20)	4,2 (3)
1.6 Implemento algoritmos, guías clínicas, protocolos y vías de actuación para la población basadas en la evidencia.	72	22,2 (16)	26,4 (19)	30,6 (22)	16,7 (12)	4,2 (3)
1.7 Desarrollo e implemento mecanismos para la supervisión periódica y la evaluación de políticas que influyen en los servicios de atención sanitaria y los traduzco en planes de salud, estructuras y programas.	72	30,6 (22)	33,3 (24)	27,8 (20)	8,3 (6)	
1.8 Lidero la promoción de colaboraciones interdisciplinarias para implementar programas de atención al paciente orientados al resultado que puedan cumplir con las necesidades clínicas de los pacientes, las familias, las poblaciones y las comunidades.	72	37,5 (27)	31,9 (23)	22,2 (16)	8,3 (6)	
<b>2. Liderazgo clínico y profesional</b>						
2.1 Asumo posiciones de liderazgo avanzadas y complejas con el propósito de iniciar y encauzar la evolución del trabajo.	73	16,4 (12)	28,8 (21)	41,1 (30)	12,3 (9)	1,4 (1)
2.2 Contribuyo al avance de la práctica enfermera a través del desarrollo y la implementación de innovaciones.	73	10,9 (8)	19,2 (14)	43,8 (32)	23,3 (17)	2,7 (2)
2.3 Proporciono servicios de consultoría basándome en datos clínicos, marcos teóricos y práctica basada en la evidencia.	72	22,2 (16)	37,5 (27)	26,4 (19)	8,3 (6)	5,6 (4)
2.4 Emito recomendaciones en base al proceso de consultoría.	71	18,3 (13)	32,4 (23)	28,8 (20)	14,1 (10)	7,1(5)
<b>3. Autonomía Profesional</b>						
3.1 Prescribo, ordeno y/o implemento intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, tratamientos y procedimientos tal y como se definen en los planes de atención sanitaria dentro del contexto legislativo apropiado.	73	12,3 (9)	8,2 (6)	38,4 (28)	32,9 (24)	8,2 (6)
3.2 Diagnostico problemas de salud complejos e inestables mediante la colaboración y consulta con el equipo de atención sanitaria multidisciplinar, según lo indicado por el contexto, la especialidad y el conocimiento y experiencia individuales.	73	5,5 (4)	15,1 (11)	31,5 (23)	38,4 (28)	9,6 (7)
3.3 Proporciono a los usuarios la información necesaria sobre los efectos y potenciales efectos adversos esperados de las terapias prescritas. Ofrezco también información sobre los costes, además de los tratamientos y procedimientos alternativos, cuando sea preciso.	73	10,9 (8)	17,8 (13)	23,3 (17)	35,6 (26)	12,3 (9)

Valoración de los ítems del Inventario para la Evaluación de Competencias en Enfermeras de Práctica Avanzada (IECEPA)	Nunca		Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
	n	%(#)	%(#)	%(#)	%(#)	%(#)
3.4 Obtengo datos sobre el contexto y la etiología (incluyendo factores relacionados y no relacionados con la enfermedad) necesarios para formular diagnósticos diferenciales y planes de cuidados, y para identificar y evaluar los resultados.	71	7,0 (5)	8,5 (6)	33,8 (24)	38,1 (27)	12,7 (9)
3.5 Selecciono, prescribo y superviso intervenciones terapéuticas, farmacológicas y no farmacológicas, medidas de diagnóstico, equipamiento, procedimientos y tratamientos dirigidos a la satisfacción de las necesidades de los pacientes, familias y grupos, de acuerdo con la preparación profesional, los privilegios institucionales, las leyes locales y estatales y reglamentos profesionales.	69	8,7 (6)	13,1 (9)	40,6 (28)	24,7 (17)	13,1 (9)
3.6 Diagnostico y manejo enfermedades agudas y crónicas mientras atiendo las respuestas del paciente a su proceso de enfermedad.	71	8,5 (6)	12,7 (9)	19,7 (14)	39,4 (28)	19,7 (14)
3.7 Solicito, llevo a cabo e interpreto los resultados de pruebas y test habituales de screening y diagnóstico.	71	12,7 (9)	26,8 (19)	26,8 (19)	28,2 (20)	5,6 (4)
3.8 Planifico y desarrollo visitas de seguimiento de forma apropiada para monitorizar a los pacientes y evaluar el proceso salud/enfermedad.	69	30,4 (21)	21,7 (15)	11,6 (8)	26,1 (18)	10,1 (7)
<b>4. Relaciones interprofesionales y mentoría</b>						
4.1 Encuentro el tiempo para atender a las preocupaciones y peticiones profesionales de mis compañeros de profesión.	72	1,4 (1)	5,6 (4)	25,0 (18)	52,8 (38)	15,3 (11)
4.2 Animo al individuo a compartir conmigo cualquier asunto o problema que afecte a su desarrollo personal y cualquier idea o sugerencia relacionados con éste, asistiéndole en la resolución de sus problemas de forma objetiva y constructiva.	72	1,4 (1)	1,4 (1)	27,9 (20)	43,1 (31)	26,34 (19)
4.3 Colaboro con los miembros del equipo de atención sanitaria para proveer una atención sanitaria interprofesional y centrada en el paciente, familia y/o comunidad con las que trabajo. a niveles individual, organizacional y sistémico.	71	4,2 (3)	9,9 (7)	16,9 (12)	45,1 (32)	23,9 (17)
4.4 Superviso mi propia práctica profesional al mismo tiempo que participo en la supervisión y revisión de la práctica clínica a niveles inter e intradisciplinarios.	72	2,8 (2)	6,9 (5)	19,4 (14)	51,4 (37)	19,4 (14)
4.5 Actúo como vínculo (función mediadora) entre los distintos profesionales del ámbito sanitario implicados.	71	7,0 (5)	11,3 (8)	28,2 (20)	40,89 (29)	12,7 (9)
4.6 Tutorizo al personal sanitario, a los estudiantes universitarios y demás en la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades para ayudarles en el ejercicio de su profesión.	72	13,9 (10)	15,3 (11)	16,7 (12)	36,1 (26)	18,1 (13)
<b>5. Gestión de la Calidad</b>						
5.1 Anticipo la variabilidad de práctica clínica y actúo proactivamente en la implementación de intervenciones que garanticen la calidad.	72	2,8 (2)	11,1 (8)	34,7 (25)	38,9 (28)	12,5 (9)
5.2 Diseño innovaciones para efectuar cambios en la práctica clínica y mejoras en los resultados de la atención sanitaria.	71	11,3 (8)	28,2 (20)	30,9 (22)	23,9 (17)	5,6 (4)
5.3 Utilizo los resultados de la mejora de calidad para iniciar cambios en la práctica enfermera y el sistema de atención sanitaria.	71	4,3 (3)	15,5 (11)	36,6 (26)	33,80 (24)	9,9 (7)
5.4 Evalúo a otras/os enfermeras/os, a mi misma/o y al sistema a través de la gestión y control de la calidad como parte de un programa de mejora continua de calidad.	71	18,3 (13)	26,8 (19)	33,8 (24)	16,9 (12)	4,2 (3)

Valoración de los ítems del Inventario para la Evaluación de Competencias en Enfermeras de Práctica Avanzada (IECEPA)	Nunca		Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
	n	%(#)	%(#)	%(#)	%(#)	%(#)
<b>6. Gestión de Cuidados</b>						
6.1 Organizo los componentes del plan de cuidados y coordino la atención sanitaria.	72	9,7 (7)	15,2 (11)	31,9 (23)	36,1 (26)	6,9 (5)
6.2 Mantengo un conocimiento actualizado sobre la organización para la que trabajo, así como sobre la financiación de los sistemas de atención sanitaria y el modo en que éstos afectan a la actividad asistencial.	72	12,5 (9)	19,4 (14)	33,3 (24)	25,0 (18)	9,7 (7)
6.3 Facilito la continuidad de los cuidados y valoro el estado de los usuarios a la hora de ajustarse a sus problemas de salud en su propio contexto vital.	72	2,8 (2)	5,6 (4)	19,4 (14)	51,4 (37)	20,8 (15)
6.4 Superviso los resultados de los programas de atención sanitaria y aconsejo sobre la gestión clínica y las intervenciones apropiadas.	72	11,1 (8)	26,4 (19)	40,3 (29)	18,1 (13)	4,2 (3)
6.5 Contribuyo al desarrollo del sistema de atención sanitaria global y adopto modelos enfermeros utilizados en el sistema para obtener los resultados óptimos.	72	9,7 (7)	19,4 (14)	34,7 (25)	29,2 (21)	6,9 (5)
6.6 Promuevo la capacidad del paciente, familiares y/o comunidades con las que trabajo para participar en las decisiones relacionadas con el proceso de atención y el manejo de sus necesidades de salud, de acuerdo con la evaluación de las preferencias del paciente, familiares y/o comunidades con las que trabajo y los recursos disponibles.	72	5,6 (4)	5,6 (4)	29,2 (21)	36,1 (26)	23,6 (17)
<b>7. Enseñanza y educación profesional</b>						
7.1 Asumo la responsabilidad de una formación continuada para mi propio desarrollo profesional y el mantenimiento de mis competencias profesionales.	72	2,8 (2)		12,5 (9)	44,4 (32)	40,3 (29)
7.2 Promociono y abogo por programas que apoyen la educación interdisciplinaria en la atención sanitaria.	72	2,8 (2)	5,6 (4)	22,2 (16)	44,4 (32)	25,0 (18)
7.3 Promociono y potencio un ambiente que favorezca el aprendizaje efectivo.	71	2,8 (2)		19,7 (14)	49,3 (35)	28,2 (20)
7.4 Utilizo la información obtenida en actividades formativas para mejorar el desempeño profesional.	71	1,4 (1)		5,6 (4)	35,2 (25)	57,8 (41)
<b>8. Promoción de la Salud</b>						
8.1 Participo en el desarrollo y la implementación de programas de promoción de la salud en adolescentes y adultos.	71	14,1 (10)	30,9 (22)	26,8 (19)	16,9 (12)	11,27(8)
8.2 Proporciono prevención secundaria y terciaria a adolescentes y adultos con problemas de salud múltiples o crónicos.	71	8,5 (6)	16,90 (12)	22,5 (16)	33,8 (24)	18,31(13)
8.3 Promuevo los autocuidados en adolescentes y adultos dentro del conjunto de la familia y/o los sistemas de soporte y facilito su participación en la atención sanitaria cuando sea apropiado.	71	4,3 (3)	12,7 (9)	35,2 (25)	15,5 (11)	32,4 (23)
8.4 Actúo para empoderar al individuo, los grupos y las comunidades sobre la adopción de estilos de vida saludables y los autocuidados.	71	2,8 (2)	2,3 (2)	29,6 (21)	29,6 (21)	35, 1(25)

Gráfico 2 : Diagrama de cajas de las puntuaciones medias de las dimensiones del Inventario para la Evaluación de Competencias en Enfermeras de Práctica Avanzada



	Investigación y PBE (pbe)	Liderazgo clínico y profesional (Lcp)	Autonomía profesional (Ap)	Relaciones interprofesionales y mentoría (Rim)	Gestión de la calidad (Gc)	Gestión de cuidados (Gcui)	Enseñanza y educación profesional (Eyep)	Promoción de la salud (Ps)
<b>n</b>	68	68	67	67	68	68	68	67
<b>Media</b>	2,59	2,65	3,23	3,67	3,11	3,28	4,17	3,46
<b>Mediana</b>	2,625	2,5	3,25	3,667	3,125	3,333	4,25	3,5

\*PBE: Práctica Basada en la Evidencia

La media de la sumatoria global de las puntuaciones en IECEPA en los hombres era de 135,9 (DE: 27,8) y en las mujeres de 124,3 (DE:30,2). En el servicio de hospitalización se observaba una media mayor 126,1 (DE:31,9) con respecto al resto. Atendiendo al tipo de contrato, la media obtenida en el personal fijo-interino fue 125 (DE:26,7). En lo relativo al turno, la media que tuvo un valor mayor fue para el turno de tarde (128; DE:18,5); la mayor puntuación en la sumatoria global del IECEPA la tenían aquellas personas que poseían especialidad, máster o doctorado, con un 128,8 (DE:15,6). Ninguna de las diferencias señaladas fue estadísticamente significativa (Tabla 4).

Respecto a las puntuaciones sumarias de cada dimensión del IECEPA y su relación con las variables sociolaborales, sólo se obtuvo significación estadística con la dimensión “liderazgo clínico y profesional” para el sexo (hombres: 13,5 vs mujeres: 10,1;  $p=0,005$ ) y el nivel académico (diplomatura/grado/licenciatura: 9,2 vs máster/especialidad/doctorado: 12,5;  $p= 0,01$ ) (Tabla 8). Tampoco las variables edad, años de experiencia y antigüedad en el centro mostraron asociación estadísticamente significativa con ninguna de las dimensiones del IECEPA (tabla 6).

El coeficiente de correlación entre PES-NWI e IECEPA fue 0,095 ( $p= 0,441$ ), no siendo estadísticamente significativo, si bien el gráfico 3 muestra la nube de puntos entre las dos variables, que permite vislumbrar una discreta tendencia.

Gráfico 3: Gráfico de dispersión entre el PES-NWI y el IECEPA

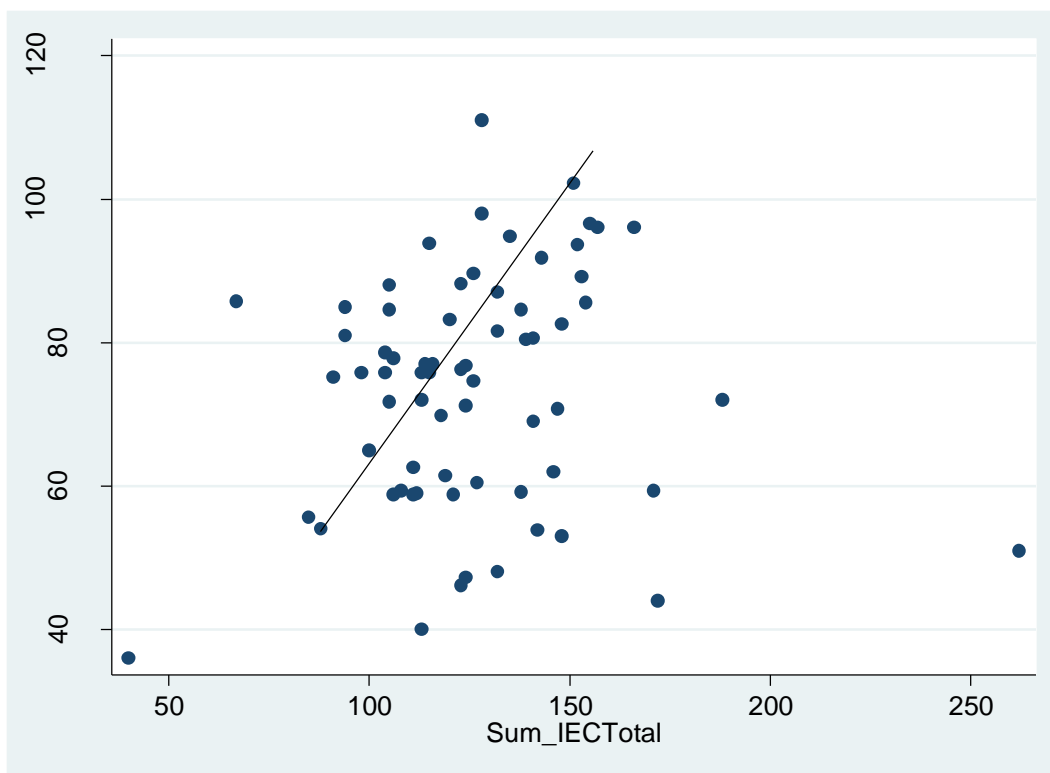


Tabla 8: Sumatoria de las dimensiones IECEPA

DIMENSIONES IECEPA																																
	Investigación y práctica basada en la evidencia				Liderazgo clínico y profesional				Autonomía profesional				Relaciones interprofesionales y mentoría				Gestión de la calidad				Gestión de cuidados				Enseñanza y educación profesional				Promoción de la salud			
	n	$\bar{x}$	DE	p <sup>~</sup>	n	$\bar{x}$	DE	p	n	$\bar{x}$	DE	p	n	$\bar{x}$	DE	p	n	$\bar{x}$	DE	p	n	$\bar{x}$	DE	p	n	$\bar{x}$	DE	p				
<b>SEXO</b>				0,26				0,005				0,126				0,772				0,783				0,322				0,783				0,396
<b>Hombres</b>	10	22,7	5,7		9	13,4	4,1		10	28,8	6,6		10	22,4	4,2		10	12,7	4,4		10	20,9	4,1		10	16,9	1,8		10	14,8	4,0	
<b>Mujeres</b>	57	20,3	6,0		57	10,1	3,1		56	25,2	6,7		56	21,9	4,4		57	12,4	3,08		58	19,4	4,3		57	16,6	2,96		57	13,7	3,8	
<b>SERVICIO</b>				0,56				0,42				0,51				0,99				0,56				0,82				0,38				0,17
<b>Hospitalización</b>	52	20,6	5,9		52	10,3	3,6		51	25,9	6,4		51	21,9	4,6		52	12,2	3,0		53	19,7	4,6		52	16,4	2,9		52	14,2	3,7	
<b>Unidades especiales</b>	14	21,6	6,6		13	11,2	2,9		14	24,6	8,2		14	21,9	3,3		14	12,8	3,8		14	19,4	3,4		14	17,2	2,1		14	12,6	4,1	
<b>ÁREAS DE ENFERMERÍA</b>				0,82				0,75				0,37				0,94				0,72				0,63				0,52				0,15
<b>Hospitalización</b>	53	20,7	5,9		53	10,4	3,6		52	26,0	6,4		52	21,9	4,5		53	12,3	3,1		54	19,8	4,5		53	16,5	2,9		53	14,2	3,7	
<b>Quirófano-Un. Especiales</b>	13	21,2	6,6		12	10,8	2,6		13	24,2	8,4		13	22	3,4		13	12,6	3,9		13	19,1	3,4		13	17,1	2,2		13	12,5	4,2	
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>				0,72				0,33				0,78				0,19				0,53				0,82				0,28				0,62
<b>Fijo-Interino</b>	44	20,5	6,5		43	10,9	3,5		44	25,8	7,4		44	22,6	4,5		44	12,6	3,6		45	19,8	4,4		45	16,9	2,8		44	14,0	3,9	
<b>Temporal-Media jornada</b>	22	21,1	5,3		22	10	3,2		21	26,3	5,0		21	21,0	3,9		22	12,0	2,5		22	19,5	4,1		22	16,1	2,7		22	13,6	3,4	
<b>TURNO</b>				0,90				0,94				0,99				0,49				0,95				0,69				0,72				0,61
<b>Mañana</b>	29	20,8	6,6		28	10,5	2,9		28	25,9	6,6		29	22,2	4,0		30	12,5	2,9		30	19,3	4,2		30	16,9	2,4		29	13,4	4,2	
<b>Tarde</b>	17	21,1	5,4		17	10,4	3,1		17	26,1	5,5		17	22,9	3,2		17	12,4	2,4		17	20,4	3,4		17	16,7	2,4		17	14,6	3,3	
<b>Noche</b>	20	20,3	6,1		20	10,8	4,4		20	25,8	7,8		19	21,2	5,6		19	12,2	4,5		20	19,6	5,1		20	16,25	3,7		20	14,0	3,6	
<b>NIVEL ACADÉMICO</b>				0,52				0,01				0,73				0,71				0,14				0,77				0,19				0,68
<b>Diplomat/Grad/Licenc</b>	52	20,3	5,7		52	9,9	3,2		51	25,7	7,12		51	21,8	4,5		52	12,0	3,1		53	19,4	4,3		52	16,4	2,9		52	13,6	3,9	
<b>Máster/Especiali/Doct</b>	14	21,5	7,0		13	12,5	2,7		14	25	4,0		14	22,3	3,5		14	13,4	3,2		14	19,8	3,6		14	17,5	2,5		14	14,1	3,2	

## DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos del cuestionario PES-NWI se extrae que la puntuación media global fue 73,5 con una media de ejercicio profesional de 16,3 años y una antigüedad en el centro de 8 años. Este valor es inferior al reflejado en otros estudios realizados en el entorno hospitalario y atención primaria que utilizaron la misma herramienta (67-69), donde se obtuvieron valores de 80,4 y 81,4 puntos respectivamente. Nuestros resultados, en comparación con los estudios citados, ponen de manifiesto que los profesionales de Enfermería encuestados tienen peor percepción del entorno en el que se desarrolla su práctica asistencial.

La relación entre un entorno laboral satisfactorio y una mejora en la práctica enfermera aumenta la satisfacción de los profesionales (70) y está relacionada con una disminución del estrés y un mayor compromiso institucional (71). A su vez, peores entornos laborales se asocian a mortalidades más altas (72) y favorecen una mala práctica, altamente relacionada con resultados negativos en el trabajo y peor calidad de la atención recibida (73).

Lake en el año 2002, manifestó la relación entre un buen entorno laboral y una serie de factores como son: la imagen de los profesionales de Enfermería, la calidad de la atención prestada y las relaciones con los supervisores y los médicos (62). En nuestro estudio, una de las dimensiones con mayor porcentaje de respuesta en mínimo acuerdo fueron: “Relaciones entre médicos y enfermeras”. Los resultados encontrados en la literatura indican que una relación positiva entre estos profesionales de la salud da lugar a un entorno de trabajo favorable y a una mejor calidad asistencial (74,75).

Los resultados de nuestro estudio, los valores medios de las dimensiones “Fundamento de la calidad del cuidado” y “Capacidad, liderazgo y apoyo de los gestores” fueron los más elevados, lo que está en concordancia con lo reflejado en los estudios de De Pedro y Parro-Moreno (67-69), donde se podría asociar el vínculo existente entre los cargos de gestión y supervisión y el fomento de un entorno laboral adecuado, con un mejor desarrollo de la actividad enfermera y un aumento de la calidad en el cuidado. Las dos dimensiones implican una participación de los profesionales en las intervenciones de la organización. El apoyo de la supervisión y otros gestores, la inclusión en las intervenciones llevadas a cabo en el hospital y una mayor dotación de enfermeras, podrían impulsar a una mejora de la percepción del entorno laboral.



En relación con el análisis de los resultados obtenidos de la variable (IECEPA), el ítem con más porcentaje de respuesta en el “siempre” fue: “Utilizo la información obtenida en actividades formativas para mejorar el desempeño profesional” englobado en la dimensión “Enseñanza y educación profesional”. Además, esta dimensión es la que obtuvo un valor medio más alto. La formación, como ya se ha detallado anteriormente, es un factor clave para el desarrollo de competencias de Enfermería. En 2013 se llevó a cabo un estudio en el que se analizaban competencias de Enfermería, y se puso de manifiesto que, en el ámbito clínico (76), los profesionales de Enfermería reconocen que necesitan información para una práctica efectiva. Sin embargo, según manifiestan, no están capacitados para usar los recursos que ofrece la Enfermería basada en la evidencia (EBE) a pesar de ser los apropiados para la toma de decisiones clínicas. En su formación recibieron muy poca o nula capacitación en recuperación de información, lectura crítica, planteamiento de hipótesis o toma de decisiones y desarrollaron su práctica asistencial sin preparación para una correcta aplicación de la EBE (76). Los profesionales de Enfermería participantes en el estudio reconocen que con frecuencia necesita información para su práctica asistencial y se sienten más seguros consultando a otros profesionales que buscando la evidencia en distintos recursos bibliográficos. Se podría pensar que no valoran ni entienden la investigación y su importancia en la toma de decisiones clínicas y en la existencia de barreras con respecto al uso de la investigación en la práctica a nivel institucional e individual (77).

Siguiendo con el análisis de los resultados de IECEPA, los ítems menos contestados están englobados en la dimensión de la autonomía profesional. El que más tasa de respuesta obtuvo en el “nunca” fue: “lidero la promoción de colaboraciones interdisciplinarias para implementar programas de atención al paciente orientados al resultado que puedan cumplir con las necesidades clínicas de los pacientes, familias, poblaciones y las comunidades”. Estos hacen alusión a intervenciones no recogidas en la cartera de servicios de la unidad de hospitalización en la que se ha realizado el estudio, y el alto porcentaje de respuesta puede estar relacionada con el no desarrollo de esa intervención en la práctica habitual (55).

Un estudio de la Universidad de California describe que la autonomía en la práctica de Enfermería influye en la toma de decisiones y se refleja a través del comportamiento del profesional y en la manifestación de su independencia, los

profesionales de Enfermería que se centraron en aumentar la independencia del paciente y su bienestar psicosocial fueron los que más satisfechos se mostraron (78).

Sólo en la dimensión “Liderazgo clínico y profesional” se observaron diferencias estadísticamente significativas para el sexo, siendo los hombres quienes muestran más perfil competencial, cuestión con alta probabilidad relacionada con la brecha de género que promueve estas actitudes más en hombres que en mujeres (79). Así mismo, quienes para el nivel académico tienen nivel de especialidad, máster o doctorado también mostraron mayor competencia en esta dimensión, lo que es acorde a lo esperado según lo que contempla el concepto de práctica avanzada (1).

La mayor puntuación global obtenida en la herramienta IECEPA fue en profesionales con especialidad, máster o doctorado. Estos resultados, que coinciden con los publicados en un estudio sobre competencias y características de EPA, en el que se evidencia que una de las características es el alto desarrollo de su formación posgraduada y académica (80).

Se podría esperar que un mayor nivel de experiencia profesional estuviera relacionado con una mayor adquisición de competencias. Sin embargo, en un estudio publicado en la *Journal Clinical Nursing* se describe un aumento de competencia en la etapa inicial de desarrollo profesional y un enlentecimiento en etapas posteriores (81). Estos resultados permiten a las direcciones de Enfermería adoptar enfoques proactivos para mejorar la competencia de las profesionales mediante la identificación de cuándo y cómo desarrollar programas formativos específicos que faciliten el desarrollo de competencias de EPA en los profesionales de Enfermería y aumente su motivación en la adquisición de las mismas.

La principal limitación del estudio es el carácter transversal del mismo, que no permite demostrar relación de causalidad. Como fortaleza, se puede destacar la escasa aplicación de la herramienta IECEPA en el entorno español y la oportunidad para desarrollar investigaciones futuras que versen sobre las competencias más relevantes de los profesionales que desarrollan práctica avanzada.

Existen pocos estudios disponibles en los que la herramienta IECEPA haya sido utilizada para medir la competencia enfermera en práctica avanzada, situación que limita la comparación de los resultados obtenidos en nuestro estudio, y que ahonda en la necesidad de incentivar el uso de la herramienta para conocer las competencias de las

enfermeras asistenciales en distintos ámbitos de la práctica clínica y así favorecer el desarrollo de estrategias y capacitación a profesionales con el fin de que estos adquieran la práctica avanzada.

Los resultados obtenidos nos aportan nuevas líneas de investigación futuras, orientadas al desarrollo de nuevas estrategias a nivel institucional y académico, de gran utilidad para mejorar la práctica clínica. El aumento de conocimiento permitirá conocer las carencias en materia de formación a nivel institucional y académico, dando lugar a más profesionales que desarrollen práctica avanzada en el ámbito asistencial.

## CONCLUSIONES

1. El estudio realizado presenta una percepción del entorno laboral inferior a los manifestados en estudios realizados en el contexto español, asemejándose a ellos en la relación existente entre mayor experiencia laboral y peor percepción del entorno de la práctica clínica.
2. Dentro de la percepción del entorno de la práctica, la dimensión sobre la relación entre médicos y enfermeras obtuvo una respuesta mayoritaria de mínimo acuerdo.
3. Las dimensiones de “fundamentos de calidad del cuidado” y “liderazgo y apoyo de gestores” fueron las que obtuvieron valores más altos.
4. Los y las profesionales de hospitalización valoran mejor la dimensión “Fundamento de la calidad de los cuidados” y la de “Capacidad, liderazgo y apoyo de los gestores”.
5. En el turno de mañana se evidencia un mejor en todas las dimensiones excepto en “Fundamento de la calidad de los cuidados”.
6. La edad, la experiencia profesional y la antigüedad en el centro se comportan inversamente para la dimensión “Participación en asuntos del centro”.
7. Respecto a las competencias de EPA, la dimensión “Enseñanza y educación profesional” fue la mejor valorada, y la “Gestión de cuidados” la peor. La “Autonomía profesional” fue la dimensión menos contestada lo que refleja que hay deficiencias en este campo.
8. En la dimensión “Liderazgo clínico y profesional” del IECEPA, los hombres muestran más perfil competencial y quienes especialidad, máster o doctorado.
9. De manera global, el mayor perfil competencial en EPA se observa en profesionales con un nivel académico de especialidad, máster o doctorado.
10. Los resultados obtenidos no ponen de manifiesto la relación entre la percepción del entorno de la práctica clínica y las competencias de Enfermería de práctica avanzada, si bien se requiere profundizar en estos hallazgos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. International Council of Nurses. Definition and characteristics of the role. [Internet] 2008. Ginebra, Switzerland. [citado 5 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>
2. Ramírez-García P, Hernández-Vián O, Sáenz-De Ormijana-Hernández A, Reguera-Alonso AI, Meneses-Jiménez MT. Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. *Enferm Clin* 2002; 12 (6) 286-289.
3. Sánchez- Martín I. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico*. *Enferm Clin*.2014; 24: 79-89.
4. 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;24:90-98.
5. Gardner G, Duffield C, Doubrovsky A, Adams M. Identifying advanced practice: A national survey of a nursing workforce. *Int J Nurs Stud*. 2016;55:60-70.
6. Alexander MF, Runciman PJ, Consejo Internacional de Enfermeras. Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista: informe del proceso de elaboración y de las consultas. Ginebra. 2003.[Internet] [citado 5 de agosto de 2019].
7. Sevilla-Guerra S, Zabalegui A. Instrumentos de análisis para el desempeño de la enfermera de práctica avanzada. *Enferm Clínica*;29(2):90-8.
8. Sastre-Fullana P, de Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M, Serrano-Gallardo P, Morales-Asencio JM. Competency frameworks for advanced nursing practice: a literature review. *Int Nurs Rev*. 2014;61(4):534-42.
9. Sastre-Fullana P, de Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M, Fernández-Domínguez JC, Sesé-Abad AJ, Morales-Asencio JM. Consensus on competencies for advanced nursing practice in Spain. *Enferm Clín*. 2015;25(5):267-75.

10. Castledine G. Castledine column. Clarifying and defining nursing role developments. Br J Nurs [Internet] 1996 [citado 5 de septiembre de 2019] Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=107330834&lang=es&site=ehost-live>
11. Russell AM, Olive S, Lines S, Murphy A, Hocking J, Newell K, et al. Contemporary challenges for specialist nursing in interstitial lung disease. Breathe [Internet] 2018 [citado 5 de agosto de 2019];14(1):36-41. Disponible en: <http://breathe.ersjournals.com/lookup/doi/10.1183/20734735.014917>
12. Lafuente-Robles N, Fernández-Salazar S, Rodríguez-Gómez S, Casado-Mora MI, Morales-Asencio JM, Ramos-Morcillo AJ. Desarrollo competencial de las enfermeras en el sistema sanitario público de Andalucía. Enferm Clin. 2019;2 (2):83-89
13. Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre especialidades de Enfermería (Boletín Oficial del Estado, núm.108 de 6 de mayo 2005).
14. Morilla-Herrera JC, García-Mayor S, Martín-Santos FJ, Kaknani Uttumchandani S, León Campos Á, Caro Bautista J, et al. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. Int J Nurs Stud. 2016;53:290-307.
15. Servicio Andaluz de Salud: Consejería de Salud y familias. Prácticas avanzadas [Internet] 2019 [citado 4 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/planes-y-estrategias/estrategia-de-cuidados-de-andalucia/practicas-avanzadas>
16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid:[Internet] 2012 [citado 5 de agosto 2019].Disponible en <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf>

17. Instituto Nacional de Estadística. Población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años. [Internet] 2017 [citado 5 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2017/p04/10/&file=02001.px>
18. Instituto Nacional de Estadística. Estado de salud (estado de salud percibido, enfermedades crónicas, dependencia funcional). 2018 [Internet] [citado 4 de agosto de 2019]. Disponible en: [http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926692949&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888)
19. World Health Organization. Noncommunicable diseases. [Internet] [citado 5 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
20. World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet] 2018 [citado 5 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
21. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria. [Internet] 2019 [citado 6 de agosto de 2019]. Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176778&menu=resultados&secc=1254736194704&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176778&menu=resultados&secc=1254736194704&idp=1254735573175)
22. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de defunciones según la causa de muerte. [Internet] 2018 [citado 5 de agosto de 2019]. Disponible en: [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175)
23. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de Vida al Nacimiento según sexo [Internet] 2017 [citado 6 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1414>

24. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Información y estadísticas sanitarias 2017. Indicadores2017. [Internet] 2017 [citado 5 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2017.pdf>
25. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida en buena salud. [Internet] 2016 [citado 5 de agosto de 2019]. Disponible en: [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259944484675&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleFichaIndicador&param3=1259937499084](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259944484675&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleFichaIndicador&param3=1259937499084)
26. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health- final report. [Internet] 2005-2008 [citado 5 de agosto de 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)
27. Irwin SO. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and practice). Ginebra: OMS; 2010.
28. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid 2015.
29. Morales-Asencio JM. Cronicidad: sinfonía de estrategias y liderazgos. Metas Enferm. 2015; (18)1:3
30. Espallargues M, Serra-Sutton V, Solans-Domènech M, Torrente E, Moharra M, Benítez D, et al. Desarrollo de un marco conceptual para la evaluación de la atención a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Rev Esp Salud Pública 2016;(90) e1-e16.



31. Mármol-López MI, Montoya IM, Lozoya RM, Pérez AE, Gea-Caballero V. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión Sistemática. Rev Esp Salud Pública. 92:15
32. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. [Internet] [citado 7 de agosto de 2019] Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PlanAtencEECC.pdf>
33. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. [Internet] 2010 [citado 7 de agosto de 2019]. Disponible en: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/documentos\\_cronicos/eu\\_cronic/adjuntos/EstrategiaCronicidad.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/documentos_cronicos/eu_cronic/adjuntos/EstrategiaCronicidad.pdf)
34. Servicio de salud de Islas Baleares. Consejería de Salud. Plan de Atención a las personas con enfermedades crónicas 2016-2021. El reto del sistema sanitario. [Internet] 2018 [citado 7 de agosto de 2019].
35. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad De Madrid. [Internet] 2013 [citado 5 de agosto de 2019]. Disponible en: [http://www.madrid.org/es/transparencia/sites/default/files/plan/document/432\\_474\\_libro\\_estratpac\\_enfcroniccommadrid\\_ip\\_0.pdf](http://www.madrid.org/es/transparencia/sites/default/files/plan/document/432_474_libro_estratpac_enfcroniccommadrid_ip_0.pdf)
36. Rodríguez-Calero MA, Villafáfila-Gomila CJ, Sastre-Fullana P. Enfermeras de práctica avanzada y práctica basada en evidencias. Una oportunidad para el cambio. Enferm Clin. 2019; 29 (2): 119-24.
37. Fencel JI, Matthews C. Translating Evidence Into Practice: How Advanced Practice RNs Can Guide Nurses in Challenging Established Practice to Arrive at Best Practice. AORN J. 2017; 106 (5):378-92.

38. García Manchón Paula. Eficacia de las Enfermeras de Práctica Avanzada (EPA) en centros de atención a personas mayores. [Internet] [citado 27 de agosto de 2019]. Disponible en: [http://www.evidenciaencuidados.es/BPIS/PDF/2010\\_14\\_19\\_BestPrac.pdf](http://www.evidenciaencuidados.es/BPIS/PDF/2010_14_19_BestPrac.pdf)
39. Small V. EL desarrollo de un rol de práctica avanzada en Enfermería de urgencias y emergencias: reflexiones desde la experiencia en Irlanda. *Revista de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias*. 2010;22:220-225.
40. Hamid S, Dunsiger S, Seiden A, Nu'usolia O, Tuitele J, Deupe JD, et al. Impact of a diabetes control and management intervention on health care utilization in American Samoa. *Chronic Illn*. 2014;10 (2):122-34.
41. Bruce ML, Lohman MC, Greenberg RL, Bao Y, Raue PJ. Integrating Depression Care Management into Medicare Home Health Reduces Risk of 30- and 60-Day Hospitalization: The Depression Care for Patients at Home Cluster-Randomized Trial. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(11):2196-203.
42. Suijker JJ, MacNeil-Vroomen JL, van Rijn M, Buurman BM, de Rooij SE, Moll van Charante EP, et al. Cost-effectiveness of nurse-led multifactorial care to prevent or postpone new disabilities in community-living older people: Results of a cluster randomized trial. *PloS One*. 2017;12(4):1-16.
43. Martín-Lesende I, Orruño E, Bilbao A, Vergara I, Cairo MC, Bayón JC, et al. Impact of telemonitoring home care patients with heart failure or chronic lung disease from primary care on healthcare resource use (the TELBIL study randomised controlled trial). *BMC Health Serv Res* 2013;13(1):118.
44. Brotons C, Falces C, Alegre J, Ballarín E, Casanovas J, Catá T, et al. Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of a Home-Based Intervention in Patients With Heart Failure: The IC-DOM Study. *Rev Esp Cardiol*. 2009 ; 62 (4): 400-8. doi: 10.1016/S1885-5857 (09) 71667-6.

45. de Pedro Gómez J, Morales Asencio JM. Análisis crítico de la práctica avanzada de Enfermería y las especialidades enfermeras. *Enferm Clín* 2019;29(2):138-41.
46. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Desarrollo competencial de las enfermeras y enfermeros en el sistema sanitario público de Andalucía. Estrategia de cuidados de Andalucía. 2018 [Internet] [ citado 4 de agosto de 2019] Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/701/pdf/desarrollo\\_competencial\\_enfermeras\\_y\\_enfermeros.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/701/pdf/desarrollo_competencial_enfermeras_y_enfermeros.pdf)
47. López Vallejo M, Puente Alcaraz J. El proceso de institucionalización de la enfermera gestora de casos en España. Análisis comparativo entre los sistemas autonómicos de salud. *Enferm Clín*.2019;29(2):107-18.
48. Servicio Canario de Salud. Perfil de la Enfermería Comunitaria de Enlace. [Internet] [citado 7 de septiembre de 2019]. Disponible en: [https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/9f355583-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Perfil\\_ECE.pdf](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/9f355583-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Perfil_ECE.pdf)
49. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina Isabel I. Enfermería de Práctica Avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. *Enferm Clín*. 2019;29(2):99-106.
50. Servicio Murciano de Salud. Enfermera Gestora de Casos en el Servicio Murciano de Salud. Pilotaje 2010 [Internet] 2009 [citado 7 de septiembre de 2019]. Disponible en: [https://www.ffis.es/ups/taller\\_gestion\\_casos\\_2010/triptic\\_formacion\\_harvard\\_2009\\_4.pdf](https://www.ffis.es/ups/taller_gestion_casos_2010/triptic_formacion_harvard_2009_4.pdf)
51. Estrategia para la atención de pacientes crónicos en la Comunidad Valenciana. Atención de pacientes crónicos de alta complejidad y con necesidades paliativas: gestión de casos. Anexo III [Internet] 2014 [citado 7 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.2792-2014.pdf>

52. Gallud J, Soler P, Cuevas D. New nursing roles for the integrated management of complex chronic and palliative care patients in the region of Valencia. *Int J Integr Care Internet* 2012 [citado 7 de septiembre de 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3571226/>
53. Sevilla-Guerra S, Risco-Vilarasau E, Galisteo-Giménez M, Zabalegui A. Spanish version of the modified Advanced Practice Role Delineation tool, adaption and psychometric properties. *Int J Nurs pract.* 2018; 24:1-10.
54. Serrano Gallardo P, Martínez Marcos M. Tipologías en el Trabajo Fin de Grado. En: Serrano Gallardo P. *El Trabajo Fin de Grado en Ciencias de la Salud*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE, SL); 2012.
55. Hospital Universitario La Paz. Memoria 2017. [Internet] 2017 [citado 10 de agosto de 2019]. Disponible en: [http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/memo/memoria-2017\\_la\\_paz\\_ok.pdf](http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/memo/memoria-2017_la_paz_ok.pdf).
56. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Unidades acreditadas de tuberculosis. [ Internet] 2019 [citado 10 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.separ.es/?q=node/475>
57. ORDEN 1232/2005, de 18 de julio, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se adscribe a la Gerencia del Área 5 las competencias, funciones y servicios del Hospital de Cantoblanco. BOCM 4 de agosto de 2005. [Internet] 2005 [ citado 11 de agosto 2019]. Disponible en: [http://www.madrid.org/wleg\\_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=3083#no-back-button](http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=3083#no-back-button)
58. Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. [Internet] 2003 [citado 26 de agosto 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2003/10/10/1277/con/20100518>

59. Hospital Universitario La Paz. Servicio de Geriátría. Memoria de actividad año 2018. [Internet] 2018 [citado 26 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.segg.es/media/mir/MemoriaLaPaz2018.pdf>
60. Real Decreto 521/1987 de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. [Internet] 1999 [citado 26 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1987/BOE-A-1987-9351-consolidado.pdf>
61. de Pedro Gómez J, Morales-Asencio JM, Sese-Abad A, Bennasar-Veny M, Artigues-Vives. G, Pericas-Beltrán J. Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. *Metas de Enferm.* 2009; 12(7):65-73.
62. Lake ET. Development of the practice environment scale of the nursing work index *Res In Nurs & Health* 2002; 25:176-88.
63. Swiger PA, Patrician PA, Miltner RS (Susie), Raju D, Breckenridge-Sproat S, Loan LA. The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: An updated review and recommendations for use. *Int J Nurs Stud* [Internet]. septiembre de 2017 [citado 11 de agosto de 2019];74:76-84. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748917301281>
64. Sastre-Fullana P, Morales-Asencio JM, Sesé-Abad A, Bennasar-Veny M, Fernández-Domínguez JC, De Pedro-Gómez J. Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI): clinimetric validation. *BMJ Open* [Internet]. febrero de 2017 [citado 11 de agosto de 2019];7(2):e013659. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2016-013659>
65. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal (LODP).) [Internet] 1999 [citado 10 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>.

66. Real Decreto Ley 5/2018 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos. [Internet] 2018[ citado 10 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-10751>.
67. de Pedro-Gomez J, Morales-Asencio JM, Sese Abad A, Bennasar Veny M, Artigues Vives G, Perello Campaner C. Nursing practice setting and competence to incorporate evidence into decisions: analysis of the situation in the Balearic Islands (Spain). *Gac Sanit* 2011 May-Jun; 25 (3): 191-197.
68. Parro-Moreno A, Serrano-Gallardo P, Ferrer-Arnedo C, Serrano-Molina L, De la Puerta-Calatayud ML, Barbera Martín A, de Pedro Gómez J. Influence of sociodemographic, labour and profesional factor son nursing perception concerning practice environment in Primary Helth Car. *Aten. Primaria*. 2013; 45 (9): 476-485.
69. Parro-Moreno A, Santiago-Perez IM, Abraira V, Aréjula-Torres JL, Gandarillas-Grande A, Díaz Holgado A, Morales-Asencio JM, Serrano-Gallardo P. Control de la diabetes mellitus en población adulta según las características del personal de Enfermería de atención primaria de la comunidad de Madrid: análisis multinivel. *Rev Esp de Salud Pública*. 2016; 90 (4 de marzo).
70. Wang Y, Dong W, Mauk K, Li P, Wan J, Yang G, Hao M. Nurses' practice environment and their job satisfaction: a study on nurses caring for older adults in shangai. *Plos One* 2015 10 (9), e0138035.
71. Aiken LH, Clarke SP, Solane DM, Lake E, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. 2008 *J Nurs Admin* 32 (5) 223.229/
72. Patrician PA, Shang J, Lake ET. Organizational determinants of work outcomes and quality care ratings among army medical department registered nurses. *Res Nurs Health*. Abril 2010; 33 (2):99-100.
73. Choi SE, Kim SD. A meta-analysis of the variables related to job satisfaction among Korean Nurses. *Contemporary Nurse*. 2016. 52:4,462-76.
74. Friese CR, Manojlovich M Nurse-physician relationships in ambulatory oncology settings. *J.Nurs. Scholarsh*, 2012; 44 (3), 258-265.

75. Manojlovich M, DeCicco B. Healthy work environments nurse-physician communication and patients' outcomes. *Am j.Crit.Care* 2007. 16 (6) 536-543
76. Pravikoff DS, Tanner A, Pierce S. Readiness of U.S Nurses for evidence-based practice. Many don't understand or value research and have had little or no training to help them find evidence on which to base their practice. *AJN*, septiembre 2005; 105 (9): 40-51.
77. Hayner RB. Some problems in applying evidence in clinical practice. *Ann N Y Acad Scie* 1993; 703. 210-24.
78. Nibbelink C, Brewer B. Decision-making in Nursing Practice: An Integrative Literature Review. *J Clin Nurs*. 2018; 27 (5-6): 917-928.
79. Bernabeu-Mestre J, Carrillo-García C, Galiana-Sánchez ME, García-Paramio P, Trescastro-López EM. Género y profesión en la evolución histórica de la Enfermería Comunitaria en España. *Enf Clin*. 2013; 23:284-9.
80. Takase M. Relationship between the levels of nurses' competence and the length of their clinical experience: a tentative model for nursing competence development. *J Clin Nurs*. 2013; (22); 1400-1410.

## ANEXOS

### Anexo I. PES-NWI

El siguiente cuestionario ha sido diseñado para recoger información y opiniones relacionadas con su entorno de trabajo. No hay respuestas correctas o incorrectas. Lo importante es su opinión. Señale con una X el grado de acuerdo o desacuerdo en los aspectos que de su entorno de trabajo se le presentan. Muchas gracias por su colaboración.

<b>Cuestionario NURSING WORK INDEX</b>				
<b>Participación de la enfermera en asuntos del Centro</b>				
acuerdo:4	Mínimo acuerdo:1 Máximo			
	1	2	3	4
1. Las enfermeras de plantilla están formalmente involucradas en la gestión del Centro (Juntas, Órganos de decisión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Las enfermeras del Centro tienen oportunidades para participar en las decisiones que afectan a las distintas políticas que desarrolla el mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Existen muchas oportunidades para el desarrollo profesional del personal de Enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La Dirección escucha y da respuesta a los asuntos de sus enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La directora de Enfermería es accesible y fácilmente "visible"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se puede desarrollar una carrera profesional o hay oportunidades de ascenso en la carrera clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Los gestores enfermeros consultan con las enfermeras los problemas y modos de hacer del día a día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Las enfermeras de plantilla tienen oportunidades para participar en las comisiones del Centro, tales como la comisión de investigación, de ética, de infecciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Los directivos enfermeros están al mismo nivel en poder y autoridad que el resto de directivos del Centro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fundamento enfermero de la calidad de los cuidados</b>				
acuerdo:4	Mínimo acuerdo:1 Máximo			
	1	2	3	4
10. Se usan los diagnósticos enfermeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hay un programa activo de garantía y mejora de la calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Existe un programa de acogida y tutelaje de enfermeras de nuevo ingreso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Los cuidados de las enfermeras están basados en un modelo enfermero, más que en un modelo biomédico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Se promueve la continuidad de los cuidados con la asignación de pacientes (p. ej.:la misma enfermera cuida al paciente a lo largo del tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hay una filosofía común de enfermería, bien definida, que impregna el entorno en el que se cuida a los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Existe un plan de cuidados escrito y actualizado para cada paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<b>Capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por los gestores enfermeros</b>				
acuerdo:4				Mínimo acuerdo:1 Máximo
	1	2	3	4
20. La responsable de Enfermería es una buena gestora y líder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. La responsable de Enfermería respalda a la plantilla en sus decisiones, incluso si el conflicto es con el personal médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. La responsable de Enfermería utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora, no como crítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. La responsable de enfermería es comprensiva y asesora y da apoyo a las enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Se reconoce y elogia el trabajo bien hecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dimensión de la plantilla y adecuación de los recursos humanos</b>				
acuerdo:4				Mínimo acuerdo:1 Máximo
	1	2	3	4
25. Hay suficiente plantilla de empleados para realizar adecuadamente el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hay suficiente número de enfermeras diplomadas para proveer cuidados de calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Los servicios de apoyo (celadores, administrativos...) son adecuados y facilitan estar más tiempo con los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Hay tiempo suficiente y oportunidad para discutir los problemas de cuidados con las otras enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Relaciones entre médicos y enfermeras</b>				
acuerdo:4				Mínimo acuerdo:1 Máximo
	1	2	3	4
29. Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Entre los médicos y las enfermeras se dan buenas relaciones de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. La práctica entre enfermeras y médicos está basada en una colaboración apropiada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Los gestores del centro se preocupan de que los enfermeros proporcionen cuidados de alta calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Se desarrollan programas de formación continuada para las enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Las enfermeras del centro tienen una competencia clínica adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anexo II.IECEPA

### INVENTARIO PARA LA EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS EN ENFERMERAS DE PRÁCTICA AVANZADA (IECEPA) Versión de Autoevaluación

Indique, marcando con una cruz, la frecuencia con que desempeña las siguientes conductas en su práctica profesional. Cada grupo de conductas está asociado a una dimensión específica de la profesión enfermera, aunque sólo deben tenerse en cuenta las conductas a la hora de realizar la autoevaluación.

DIMENSIÓN	CONDUCTAS PROFESIONALES	NEUNCA	CASI NEUNGA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1- Investigación y Práctica Basada en La Evidencia	1.1 Actúo o bien como investigador/a primario o como colaborador/a con otros profesionales sanitarios del equipo o del ámbito comunitario; Identifico, conduzco y apoyo la investigación que potencia o beneficia a la atención sanitaria.					
	1.2 Evalúo la práctica clínica actual, a nivel individual y sistémico en base a los últimos hallazgos en investigación.					
	1.3 Identifico las prioridades de investigación en mi área de práctica profesional.					
	1.4 Dirijo el desarrollo de planes basados en la evidencia para alcanzar las necesidades individuales, familiares, de la comunidad y de la población.					
	1.5 Utilizo estrategias efectivas para el cambio de conducta profesional y de trabajo en equipo para promocionar así la adopción de prácticas e innovaciones basadas en la evidencia en el ejercicio de la atención sanitaria.					
	1.6 Implemento algoritmos, guías clínicas, protocolos y vías de actuación para la población basadas en la evidencia.					
	1.7 Desarrollo e implemento mecanismos para la supervisión periódica y la evaluación de políticas que influyen en los servicios de atención sanitaria y los traduzco en planes de salud, estructuras y programas.					
	1.8 Lidero la promoción de colaboraciones interdisciplinarias para implementar programas de atención al paciente orientados al resultado que puedan cumplir con las necesidades clínicas de los pacientes, las familias, las poblaciones y las comunidades.					
2- Liderazgo Clínico y Profesional	2.1 Asumo posiciones de liderazgo avanzadas y complejas con el propósito de iniciar y encauzar la evolución del trabajo.					
	2.2 Contribuyo al avance de la práctica enfermera a través del desarrollo y la implementación de innovaciones.					
	2.3 Proporciono servicios de consultoría basándome en datos clínicos, marcos teóricos y práctica basada en la evidencia.					
	2.4 Emito recomendaciones en base al proceso de consultoría.					
DIMENSIÓN	CONDUCTAS PROFESIONALES	NEUNCA	CASI NEUNGA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
3- Autonomía Profesional	3.1 Prescribo, ordeno y/o implemento intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, tratamientos y procedimientos tal y como se definen en los planes de atención sanitaria dentro del contexto legislativo apropiado.					
	3.2 Diagnostico problemas de salud complejos e inestables mediante la colaboración y consulta con el equipo de atención sanitaria multidisciplinar, según lo indicado por el contexto, la especialidad y el conocimiento y experiencia individuales.					
	3.3 Proporciono a los usuarios la información necesaria sobre los efectos y potenciales efectos adversos esperados de las terapias prescritas. Ofrezco también información sobre los costes, además de los tratamientos y procedimientos alternativos, cuando sea preciso.					
	3.4 Obtengo datos sobre el contexto y la etiología (Incluyendo factores relacionados y no relacionados con la enfermedad) necesarios para formular diagnósticos diferenciales y planes de cuidados, y para identificar y evaluar los resultados.					

	3.5 Selecciono, prescribo y superviso intervenciones terapéuticas, farmacológicas y no farmacológicas, medidas de diagnóstico, equipamiento, procedimientos y tratamientos dirigidos a la satisfacción de las necesidades de los pacientes, familias y grupos, de acuerdo con la preparación profesional, los privilegios institucionales, las leyes locales y estatales y reglamentos profesionales.					
	3.6 Diagnostico y manejo enfermedades agudas y crónicas mientras atiendo las respuestas del paciente a su proceso de enfermedad.					
	3.7 Solicito, llevo a cabo e interpreto los resultados de pruebas y tests habituales de screening y diagnóstico.					
	3.8 Planifico y desarrollo visitas de seguimiento de forma apropiada para monitorizar a los pacientes y evaluar el proceso salud/enfermedad.					
<b>DIMENSIÓN</b>	<b>CONDUCTAS PROFESIONALES</b>	<b>NUNCA</b>	<b>CASI NUNGA</b>	<b>A VECES</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>	<b>SIEMPRE</b>
4- <i>Relaciones interprofesionales y mentofia</i>	4.1 Encuentro el tiempo para atender a las preocupaciones y peticiones profesionales de mis compañeros de profesión.					
	4.2 Animo al individuo a compartir conmigo cualquier asunto o problema que afecte a su desarrollo personal y cualquier idea o sugerencia relacionados con éste, asistiéndole en la resolución de sus problemas de forma objetiva y constructiva.					
	4.3 Colaboro con los miembros del equipo de atención sanitaria para proveer una atención sanitaria interprofesional y centrada en el paciente, familia y/o comunidad con las que trabajo. a niveles individual, organizacional y sistémico.					
	4.4 Superviso mi propia práctica profesional al mismo tiempo que participo en la supervisión y revisión de la práctica clínica a niveles inter e intradisciplinarios.					
	4.5 Actúo como vinculo (función mediadora) entre los distintos profesionales del ámbito sanitario implicados.					
	4.6 Tutorizo al personal sanitario, a los estudiantes universitarios y demás en la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades para ayudarles en el ejercicio de su profesión.					
5- <i>Gestión de la Calidad</i>	5.1 Anticipo la variabilidad de práctica clínica y actúo proactivamente en la implementación de intervenciones que garanticen la calidad.					
	5.2 Diseño innovaciones para efectuar cambios en la práctica clínica y mejoras en los resultados de la atención sanitaria.					
	5.3 Utilizo los resultados de la mejora de calidad para iniciar cambios en la práctica enfermera y el sistema de atención sanitaria.					
	5.4 Evalúo a otras/os enfermeras/os, a mi misma/o y al sistema a través de la gestión y control de la calidad como parte de un programa de mejora continua de calidad.					
<b>DIMENSIÓN</b>	<b>CONDUCTAS PROFESIONALES</b>	<b>NUNCA</b>	<b>CASI NUNGA</b>	<b>A VECES</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>	<b>SIEMPRE</b>
6- <i>Gestión de Cuidados</i>	6.1 Organizo los componentes del plan de cuidados y coordino la atención sanitaria.					
	6.2 Mantengo un conocimiento actualizado sobre la organización para la que trabajo así como sobre la financiación de los sistemas de atención sanitaria y el modo en que éstos afectan a la actividad asistencial.					
	6.3 Facilito la continuidad de los cuidados y valoro el estado de los usuarios a la hora de ajustarse a sus problemas de salud en su propio contexto vital.					
	6.4 Superviso los resultados de los programas de atención sanitaria y aconsejo sobre la gestión clínica y las intervenciones apropiadas.					

	6.5 Contribuyo al desarrollo del sistema de atención sanitaria global y adopto modelos enfermeros utilizados en el sistema para obtener los resultados óptimos.					
	6.6 Promuevo la capacidad del paciente, familiares y/o comunidades con las que trabajo para participar en las decisiones relacionadas con el proceso de atención y el manejo de sus necesidades de salud, de acuerdo con la evaluación de las preferencias del paciente, familiares y/o comunidades con las que trabajo y los recursos disponibles.					
<b>DIMENSIÓN</b>	<b>CONDUCTAS PROFESIONALES</b>	<b>NUNCA</b>	<b>CASI NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>	<b>SIEMPRE</b>
<i>7- Enseñanza y educación profesional</i>	7.1 Asumo la responsabilidad de una formación continuada para mi propio desarrollo profesional y el mantenimiento de mis competencias profesionales.					
	7.2 Promociono y abogo por programas que apoyen la educación interdisciplinaria en la atención sanitaria.					
	7.3 Promociono y potencio un ambiente que favorezca el aprendizaje efectivo.					
	7.4 Utilizo la información obtenida en actividades formativas para mejorar el desempeño profesional.					
<i>8- Promoción de la Salud</i>	8.1 Participo en el desarrollo y la implementación de programas de promoción de la salud en adolescentes y adultos.					
	8.2 Proporciono prevención secundaria y terciaria a adolescentes y adultos con problemas de salud múltiples o crónicos.					
	8.3 Promuevo los autocuidados en adolescentes y adultos dentro del conjunto de la familia y/o los sistemas de soporte y facilito su participación en la atención sanitaria cuando sea apropiado.					
	8.4 Actúo para empoderar al individuo, los grupos y las comunidades sobre la adopción de estilos de vida saludables y los autocuidados.					

## Anexo III. Resolución de la Subcomisión académica del Máster

ju. 20/12/2018 11:52  
Marta Miret <marta.miret@uam.es>  
**Resolución subcomité de ética**

Para  Carmen Bautista Reina;  Pilar Serrano  
CC  Subcomité de Ética de Medicina

**Seguimiento.**  
Respondió a este mensaje el 25/12/2018 20:32.




El Subcomité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, en su reunión del día 18 de diciembre de 2018, ha considerado las circunstancias que concurren al trabajo fin de máster "Evaluación de las competencias de enfermería de práctica avanzada en la plantilla de enfermería de un hospital público de la Comunidad de Madrid" y considera que el estudio debe ser evaluado por el CEI del Hospital la Paz.

Una vez obtenida la aprobación por parte del CEI del hospital la Paz rogamos nos remitan copia al subcomité de ética de la UAM.

**Atentamente,**

**Marta Miret, PhD**  
Department of Psychiatry  
WHO Collaborating Centre for Mental Health Services Research and Training

*School of Medicine*  
Universidad Autónoma de Madrid  
Arzobispo Morcillo 4 - 28029, Madrid (Spain)  
Tel.: (+34) 914972716 - [www.uam.es](http://www.uam.es)

## Anexo IV. Resolución del CEIm



HOJA DE EVALUACION

Estudio TFG

**EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN LA PLANTILLA DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID.**

PROTOCOLO VERSIÓN 1 DE 25 ENERO 2019

HOJA INFORMACIÓN PARTICIPANTE/CONSENTIMIENTO INFORMADO VERSIÓN 1 DE 25 ENERO 2019

INVESTIGADOR PRINCIPAL: la investigadora Pilar Serrano Gallardo del Departamento de Enfermería de la UAM

CEIM: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

TIPO DE ESTUDIO: No-EPA

CÓDIGO HULP: PI-3579

ACTA: 5/2019

			Asistencia
Presidenta	ALMUDENA CASTRO CONDE	Médico Adjunto. Servicio de Cardiología	<input checked="" type="checkbox"/>
Vicepresidente	JESÚS FRIAS INIESTA	Jefe de Servicio. Farmacología Clínica	<input checked="" type="checkbox"/>
Secretario Técnico	EMMA FERNÁNDEZ DE UZQUIANO	Jefe de la Secretaría Técnica	<input type="checkbox"/>
Vocal	JOSÉ MANUEL AÑÓN ELIZALDE	Jefe de Sección. Servicio de Medicina Intensiva	<input type="checkbox"/>
Vocal	IGNACIO BERNARDINO DE LA SERNA	Médico Adjunto. Servicio de Medicina Interna	<input type="checkbox"/>
Vocal	ANTONIO BUÑO SOTO	Jefe de Servicio. Servicio de Análisis Clínicos	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	NORA BUTTA COLL	Jefe de Laboratorio de Coagulopatías. IdiPAZ	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	FERNANDO CABAÑAS GONZÁLEZ	Investigador IdiPAZ.	<input type="checkbox"/>
Vocal	FILIBERTO CHILJA FERNÁNDEZ	Abogado. Jefe de Servicio. Asesoría Jurídica.	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	MARIANA DÍAZ ALMIRÓN	Investigadora IdiPAZ. Sección de Bioestadística.	<input type="checkbox"/>
Vocal	MARIA DOLORES DIESTRO TEJEDA	Médico Adjunto. Servicio de Ginecología y Obstetricia	<input type="checkbox"/>
Vocal	JAIME FERNÁNDEZ-BUJARRABAL	Médico Adjunto. Servicio de Neumología	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	ELENA GARCÍA HIGUERA	Médico Adjunto. Servicio de Anestesia y Reanimación	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	PEDRO HERRANZ PINTO	Jefe de Servicio. Servicio de Dermatología	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	CARLOS LAHOZ RALLO	Médico Adjunto. Servicio de Medicina Interna	<input type="checkbox"/>
Vocal	Mª JUSTA GARCÍA-MATRES CORTÉS	Médico Adjunto. Servicio de Urología	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	JOSÉ EVARISTO MOLINE JORQUES	Representante de Pacientes. Miembro no sanitario	<input type="checkbox"/>
Vocal	EVA PRIETO UTIEL	Farmacéutica. Atención Primaria del Área Norte	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	NURIA RODRÍGUEZ SALAS	Médico Adjunto. Servicio de Oncología Médica	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	MIRIAM ROMERO PORTALES	Médico Adjunto. Servicio de Aparato Digestivo	<input checked="" type="checkbox"/>
Vocal	FILOMENA TROCOLI GONZÁLEZ	Enfermera. Servicio de Nefrología	<input type="checkbox"/>
Vocal	ELENA VILLAMAÑÁN BUENO	Farmacéutica Adjunta. Servicio de Farmacia	<input type="checkbox"/>
Vocal	ROSA VILLANUEVA PEÑA	Médico Adjunto. Servicio Psiquiatría	<input checked="" type="checkbox"/>

RESOLUCIÓN:

Aprobación  
 Denegación

Condicionada  
 Se ratifica la aprobación

**ACLARACIONES SOLICITADAS**

El Comité estima, que dadas las características del trabajo, no precisa de la aprobación del CEIm ya que no existe intervención sobre pacientes ni maneja datos de carácter personal.

PI-3579

Madrid, a 7 de marzo de 2019

## Anexo V. Permiso institucional de la Dirección de Enfermería del Hospital La Paz



Hospital Cantoblanco, 04 de Abril de 2019

### **AUTORIZACIÓN PARA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO**

**“EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN LA PLANTILLA DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID”, EN EL HOSPITAL DE CANTOBLANCO.**

D<sup>a</sup> Esther Rey Cuevas DNI: 51639390-C , como Directora de Enfermería del Hospital Universitario La Paz, autorizo a M<sup>a</sup> Carmen Bautista Reina, con DNI: 75143329Y, co-investigadora y bajo la dirección como Investigadora principal de la Dra Pilar Serrano Gallardo (coordinadora del Máster en Investigación y cuidados de enfermería en poblaciones vulnerables de la facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid) a realizar en el mencionado hospital el trabajo de investigación de fin de máster “Evaluación de las competencias de Enfermería de Práctica Avanzada en la plantilla de Enfermería de un hospital público de la Comunidad de Madrid”.

El mencionado estudio tiene como propósito evaluar las competencias de Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) en la plantilla de Enfermería de un hospital público de la Comunidad de Madrid, determinar el perfil competencial de EPA en función de factores sociodemográficos de los y las profesionales de Enfermería, y determinar el perfil competencial de EPA en función de factores laborales de los y las profesionales de Enfermería.


Para llevar a cabo el mencionado estudio, es preciso administrar un cuestionario a la plantilla de Enfermería, garantizándose absoluta confidencialidad sobre los datos que se recojan, especialmente los de carácter personal, que no podrá copiar o utilizar con fin distinto al que esté determinado, ni tampoco ceder a otros ni siquiera a efectos de conservación.

## Anexo V. Permiso institucional de la Dirección de Enfermería del Hospital La Paz

Firmo esta autorización para la realización del estudio mencionado , a petición de la Universidad Autónoma de Madrid para la co-investigadora, M<sup>a</sup> Carmen Bautista Reina, enfermera de este hospital en el Servicio de Geriátría y Neumología, Unidad de Enfermería CBQ2 del Hospital Cantoblanco, y pongo en copia a la Dirección de Enfermería y al Servicio de Innovación e Investigación de Enfermería del Hospital Universitario La Paz.

Madrid, 04 de Abril de 2019

Fdo:

  
SaludMadrid **La Paz** Hospital Carlos III  
Hospital Cantoblanco  
**DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA**  
Dña. Esther Rey Cuevas





## Anexo VI. Modelo de consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título:** Evaluación de las competencias de Enfermería de Práctica Avanzada en la plantilla de Enfermería de un hospital público de la Comunidad de Madrid.

**Investigador Principal:** Pilar Serrano Gallardo Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

**Coinvestigador:** M<sup>a</sup> del Carmen Bautista Reina. Pabellón Quirúrgico II. Servicio de Geriátrica y Neumología. Hospital de Cantoblanco.

**Promotor/financiador:**  
**Nº de versión y fecha:**

**Consentimiento**

Yo (nombre y apellido) \_\_\_\_\_ en mi propio nombre y representación,

o en nombre y representación de D./Dña. \_\_\_\_\_, (se debe acreditar tal condición)

- He leído la hoja de información que se me ha entregado y he podido hacer preguntas y recibido suficiente información sobre el estudio. Además comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Al facilitar sus datos usted garantiza haber leído y aceptado expresamente el tratamiento de los mismos conforme a lo indicado.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Y para que así conste lo firmó en Madrid a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_.

Firma:.....

Firma:.....

Investigador: \_\_\_\_\_

Paciente o familiar \_\_\_\_\_