

# EL DESARROLLO DEL ROL AVANZADO EN EL ÁREA DE CARDIOLOGÍA A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN DE POSTGRADO

Autora:

**Mónica Vázquez Calatayud**

Responsable de Área de Desarrollo Profesional y Formación en Enfermería.

Clínica Universidad de Navarra.

Profesor Asociado. Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra.

mvazca@unav.es

## **Introducción.**

La enfermedad cardiovascular es una de las primeras causas de muerte y discapacidad en todo el mundo (OMS 2009). En los últimos años, el número de ingresos se ha duplicado aunque gracias a la efectividad de la cirugía cardíaca, la tasa de mortalidad ha disminuido (OMS 2008). Cabe señalar que este descenso no sólo depende de la cirugía sino también de un adecuado plan de alta del paciente y su familia (Tranmer & Parry 2004). No obstante, la disminución de la estancia hospitalaria ha supuesto que el profesional de enfermería posea menos tiempo para garantizar una preparación óptima del

paciente y su familia a casa (Theobald & McMurray 2004, Tranmer & Parry 2004).

Múltiples autores ponen de manifiesto que una adecuada planificación del alta favorece la disminución de los reingresos hospitalarios y de los costes, mejora la satisfacción del paciente con el cuidado y la adherencia del paciente al tratamiento<sup>1</sup> (Richards & Coast 2003, Shepperd *et al.* 2004, Lin *et al.* 2009). Por su parte, Tranmer & Parry (2004) apuntan que las enfermeras de práctica avanzada (EPAs) se encuentran en una posición única para coordinar e implementar la planificación del proceso de transición a casa, ya que tienen un conocimiento exhaustivo de la situación de los pacientes, son capaces de fomentar la comunicación entre una variedad de disciplinas, y están en condiciones de brindar un cuidado holístico. Asimismo, estos autores proponen futuros estudios para evaluar el rol de la EPA en la planificación del alta de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca (Tranmer & Parry 2004). Con esta perspectiva, y aún siendo consciente de la incipiente aparición de este perfil en España, en este capítulo se presenta cómo se ha desarrollado el rol avanzado durante la formación de postgrado y cuál ha sido su implicación en el área de hospitalización de Cardiología.

## Desarrollo del Rol Avanzado.

Cuando me incorporé en el área de Cardiología para desarrollar mi practicum, era una persona ajena para el personal de enfermería, ya que, trabajaba como enfermera asistencial en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Por este motivo, tuve que presentarme y tratar de explicar mi rol como enfermera clínica avanzada en formación. Les expliqué que el objetivo principal de una EPA no variaba del de un profesional de enfermería -el cuidado del paciente-, y que para ello debía desarrollar unas competencias dirigidas a promover la excelencia en dicho cuidado. Competencias de investigación, de liderazgo, un conocimiento clínico experto que permitiera realizar juicios clínicos avanzados, adquirir habilidades para la toma de decisio-

---

<sup>1</sup> Adherencia al tratamiento: "es el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria" (Sabaté 2004).

nes éticas, para el desempeño de funciones de consultor y para colaborar y trabajar con equipos multidisciplinares.

Debido al escepticismo percibido por parte del personal y a la necesidad de integrarme para poder desarrollar mis competencias, al principio, mi rol se centró principalmente en observar, escribir un memo reflexivo de lo observado y en identificar las necesidades que había en la unidad. Una de las necesidades identificadas durante el curso de mi practicum, y en la que me voy a centrar en este capítulo, fue la de elaborar e implementar un programa educativo para que los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca y sus familiares fueran capaces de manejar su condición crónica.

Para ello, me planteé liderar un proyecto, junto con el grupo de trabajo de Cardiología de la Clínica Universidad de Navarra, con el objetivo de desarrollar, implementar y evaluar una intervención de enfermería para la educación para la salud en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca.

No obstante, me encontraba con varias limitaciones. Por un lado, mi grado novel como EPA y por otro lado, la ausencia de un perfil de rol avanzado precedente en la unidad. Para poder solventar ambas barreras, me planteé seleccionar un modelo que pudiera orientar el desarrollo de mi practicum en el área de hospitalización de Cardiología.

## **El modelo conceptual PEPPA.**

El modelo conceptual seleccionado fue el modelo PEPPA (Proceso Participativo, para la Enfermería de práctica avanzada, centrado en el Paciente y basado en la Evidencia). Este modelo, propuesto por Bryant-Lukosius & Di Censo (2004), se escogió porque: (a) proporciona un enfoque sistémico y basado en la evidencia para el desarrollo del rol avanzado en base a las necesidades de los pacientes, (b) guía el desarrollo de una práctica avanzada centrada en el cuidado del paciente de una manera holística, (c) promueve el uso de los conocimientos, las habilidades y la *expertise* en cada una de las competencias de la EPA, (d) crea un entorno profesional óptimo para el desarrollo del rol avanzado y (e) porque permite la evaluación continua y rigurosa del rol avanzado en base a los resultados obtenidos con el nuevo plan de cuidado.

Este modelo, como se muestra en la figura 1 (véase la figura 1), comprende nueve pasos que pasaré a describir a continuación:

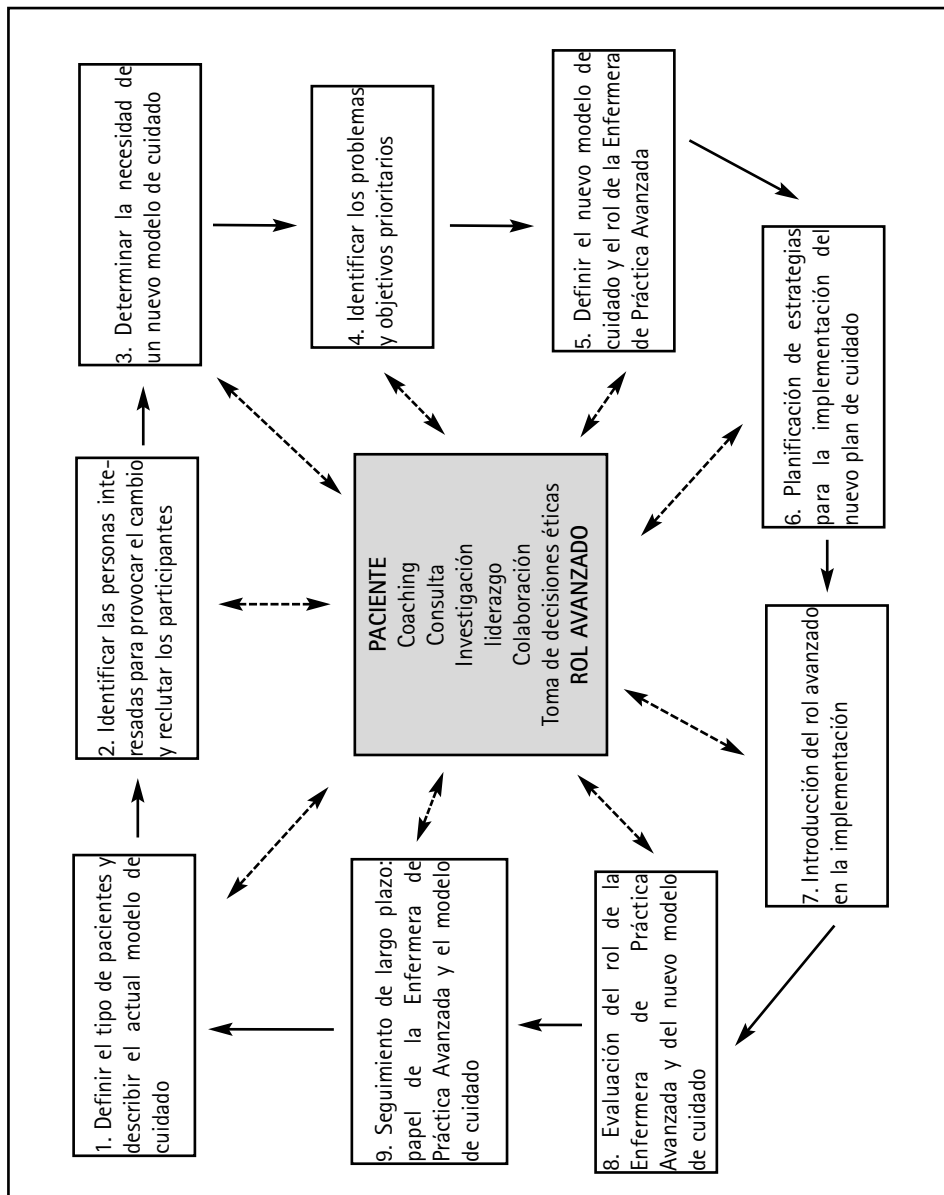


Figura 1. Modelo PEPPA.

Figura traducida y adaptada de Bryant-Lukosius & Di Censo (2004).

### **Paso 1. Definir el tipo de pacientes y describir el actual modelo de cuidado.**

Este paso preliminar consiste en identificar la población para la que el rol pretende desarrollarse, así como en definir cómo los pacientes y sus familias se introducen en el sistema de salud e interactúan con los profesionales durante el proceso de cuidado (Smith 1997, citado en Bryant-Lukosius & DiCenso 2004). En este caso, se dio prioridad a los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca, cuyo proceso de cuidado abarca desde que ingresan a la unidad hasta que se van de alta. Esta decisión fue compartida con la supervisora de la unidad, el subdirector del departamento y los profesionales de enfermería ejerciendo el liderazgo y la colaboración.

### **Paso 2. Identificar las personas interesadas para provocar el cambio ("Stakeholders") y reclutar a los participantes.**

La principal premisa de este modelo es que todos los "stakeholders", independientemente de sus funciones, tienen la capacidad de reflexionar, aprender, informar, y trabajar para mejorar el modelo de cuidado (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004). Para este proyecto, los "stakeholders" fueron los pacientes, los familiares, el equipo de enfermería y el equipo médico, todos ellos imprescindibles para garantizar el compromiso y apoyo en el proyecto de mejora previsto.

Los participantes se refieren a las personas implicadas en la aplicación del modelo. El término participante, más que "stakeholders" se emplea para reflejar el rol activo de los individuos implicados (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004). En este modelo de cuidado se incluyeron como participantes activos a los pacientes y familiares, ya que es un modelo centrado en el paciente. Asimismo, se identificaron como participantes potenciales la supervisora de enfermería de la unidad, el subdirector del departamento de cirugía cardíaca, las profesionales de enfermería y la EPA. Del mismo modo, la EPA facilitó el proceso. La EPA como facilitador es un participante activo que promueve la equidad y la participación valiosa de todos los participantes (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004).

En este sentido, la EPA hizo de coach de los pacientes y familiares, del equipo médico y de enfermería. Además, en este segundo paso, la EPA ejerció el liderazgo en el ámbito clínico al identificar, coordinar y dar más poder a los "stakeholders". Asimismo, desarrolló la competencia de colaboración y de consulta, ya que ofreció y solicitó consejo para optimizar la atención al paciente.

### **Paso 3. Determinar la necesidad de un nuevo modelo de cuidado.**

Este paso tiene como objetivo analizar las fortalezas y debilidades del modelo de cuidado e investigar las necesidades del paciente y la familia, las necesidades de los "stakeholders", cuáles son las consecuencias de esas necesidades, así como de qué recursos y métodos disponen para adquirir esta información.

Para poder ilustrar cómo desarrollé esta fase voy a presentar un estudio de caso en el que se analiza el proceso de transición de un paciente intervenido de cirugía cardíaca y de su familiar durante su estancia hospitalaria en el área de Cardiología de un hospital privado.

Cabe señalar que emplearé el término "proceso de transición", en lugar de traslado, para enfatizar un proceso definido como "un paso o movimiento de un estado, condición o lugar, a otro" (Chick & Meleis 1986, p.239, Schumaker & Meleis 1994, p.119) que implica una adaptación y continuidad en la mejora de la calidad del cuidado (Chaboyer & Elliott 2007).

### **Estudio de caso.**

Este estudio de caso se sitúa en el área de Cardiología de un hospital privado. En este servicio de 35 camas, con un elevado índice de ocupación y una alta carga asistencial, aproximadamente el 35% de los pacientes están intervenidos de cirugía cardíaca, cirugía valvular y/o bypass aorto-coronario. Estos pacientes durante su estancia hospitalaria experimentan numerosas transiciones, desde su ingreso hospitalario, la intervención, pasando por la UCI, el traslado al área de hospitalización de Cardiología y el alta a casa. Durante esta estancia, cada vez más corta, el profesional de enfermería debe

facilitar la transición del paciente hacia su supervivencia. No obstante, la carga de trabajo de enfermería y la corta estancia hospitalaria propiciaron que la educación del paciente y de su familia en el área de Cardiología fuera deficitaria.

### **Descripción del caso.**

Jesús, un hombre de 72 años con antecedentes cardíacos que ingresa, en dos ocasiones durante el mismo mes, en el área de Cardiología para ser intervenido de cirugía cardíaca -de cirugía valvular y coronaria durante el primer ingreso y a los quince días de cirugía coronaria-. En ambos ingresos Jesús estuvo acompañado por su mujer, quién estuvo muy implicada e interesada por la recuperación de su marido.

Como EPA, durante el primer ingreso tuve varias entrevistas con Jesús y su mujer, en las que ambos expresaron su satisfacción con el cuidado y la atención prestada durante su estancia hospitalaria. Durante ese periodo, observé que la enfermera proporcionaba al paciente y a su familia información por escrito para facilitar su recuperación en casa.

Tras quince días, Jesús reingresó por dolor precordial y mal aspecto de la herida quirúrgica de la pierna derecha. Se le realizó un cateterismo en el que se visualizó una lesión importante de la arteria descendente anterior y de la circunfleja distal por lo que se le intervino de nuevo de bypass aorto-coronario. También, se inició tratamiento antibiótico por un cultivo positivo de la herida quirúrgica de la pierna derecha, intervenida en la anterior cirugía. En esta ocasión, durante las entrevistas, el paciente y su mujer expresaron su insatisfacción por la falta de información y atención recibida. Al contrario que en el primer ingreso, se mostraron apáticos, abatidos e impotentes con la situación.

### **Reflexión sobre el caso.**

Durante el primer ingreso ambos estuvieron satisfechos con la información y la atención recibida, debido a su favorable evolución tras la intervención y a la satisfacción de irse pronto a casa. No obstante, en el segundo ingre-

so tuvieron una percepción distinta, ya que su evolución fue más tórpida y su estancia más prolongada. Este hecho tuvo una repercusión psicosocial importante sobre ambos que pasó desapercibida por las enfermeras responsables.

De las entrevistas realizadas durante el segundo ingreso, se identificó que ambos, el paciente y el familiar, tenían ansiedad. Dicha ansiedad se incrementó conforme se acercaba el día del alta hospitalaria. Para mitigar dicha ansiedad y prevenir en un futuro su aparición, realicé más entrevistas, consulté la evidencia sobre el tema y lideré una tormenta de ideas con las enfermeras y médicos responsables del paciente. Las causas identificadas fueron la desinformación, el miedo a recaer y el reciente traslado a casa. Con respecto a la tercera causa, el reciente traslado a casa, se conoce con el término "transfer anxiety" o síndrome de estrés del traslado (Carpenito 2003). Este síndrome se ha definido como "el estado en el que un individuo experimenta trastornos fisiológicos, psicológicos, o ambos, como resultado del traslado de un ambiente a otro" (Carpenito 2003, p.1016).

Asimismo, el paciente y su mujer manifestaron miedo a recaer, disminución de la capacidad para la toma de decisiones, pérdida de control y sentimientos de inseguridad, así como desconfianza hacia los profesionales, que son también característicos del síndrome de estrés del traslado (Carpenito 2003, p.1018). Cabe resaltar este último aspecto por su impacto potencial sobre la recuperación, ya que si el paciente confía en los profesionales es más probable que siga sus consejos (Dunkley *et al.* 2007).

En base a los temas emergentes de las entrevistas realizadas se identificó que la preparación para facilitar la transición del paciente y su familiar desde esa área de hospitalización de Cardiología a casa no estaba siendo adecuada. Esta necesidad también se constató a través de un cuestionario de satisfacción del paciente<sup>2</sup> que, adaptado y con dos preguntas añadidas, también se entregó a los profesionales de enfermería. En un primer análisis de los resultados de ambos cuestionarios se detectó que la información al alta fue el aspecto menos valorado por enfermeras y pacientes.

---

2 Cuestionario elaborado en base a la bibliografía y pilotado en 11 pacientes de la planta de Cardiología.



Por tanto, en esta fase se desarrolló la competencia de consultora, utilizando la enfermería basada en la evidencia, intentando, a la vez, transmitir esta cultura investigadora al resto del equipo. Además, se emplearon como estrategias para determinar la necesidad de un nuevo modelo, la auto-reflexión, la comunicación con el paciente intervenido de cirugía cardíaca (Munro & Taylor-Panek 2007), con su familia y con los profesionales implicados en su cuidado. También, se emplearon estrategias de negociación con los profesionales de enfermería, como la estrategia normativa-re-educativa participativa, en la que el agente de cambio negocia con el grupo la toma de decisiones (Wright p.15). Por último, cabe señalar que se fomentó la comunicación, la cooperación, el respeto y la confianza con el paciente, la familia y el equipo de trabajo para actuar como agente de cambio en la mejora del cuidado del paciente, de acuerdo con la misión de la organización<sup>3</sup>.

#### **Paso 4. Identificar los problemas y objetivos prioritarios.**

Este paso busca una comprensión más profunda de las necesidades de los pacientes y de los puntos fuertes y débiles del actual modelo de cuidado (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004). Se intenta llegar a un consenso con los principales "stakeholders", establecer prioridades y fijar metas para lograr la máxima mejora. De este modo, se proporciona la base sobre la que se identificarán y se evaluarán los resultados para el nuevo modelo de cuidado.

Para ello, se empleó un cuestionario de satisfacción de los pacientes con la información recibida al alta (traducido y adaptado de Forbes 1995) y entrevistas semi-estructuradas en base a una guía elaborada en base a la mejor evidencia disponible. De este modo, se obtuvo una comprensión más profunda de las necesidades de los pacientes y se planteó implementar un nuevo modelo de cuidado para planificar el alta del paciente intervenido de cirugía cardíaca y así mejorar los conocimientos, la adherencia al tratamiento y el nivel de satisfacción del paciente y su familia. Asimismo, se preten-

---

<sup>3</sup> La misión de la Clínica Universidad de Navarra es prestar una excelente atención a los pacientes a través de una práctica clínica innovadora, que integra la investigación y la docencia al más alto nivel científico, humano y profesional con espíritu cristiano de servicio a la persona y a la sociedad (<http://www.cun.es/la-clinica/identidad-institucional/mision/>)

de que mejore la calidad y la continuidad del cuidado proporcionado en el área de cardiología.

### **Paso 5. Definir el nuevo modelo de cuidado y el rol de la EPA.**

Esta es la etapa de acción del modelo, donde se determinan los cambios a realizar (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004). A este respecto, se plantean las siguientes preguntas: ¿Qué prácticas y estrategias nuevas de cuidado se pueden emplear para lograr los objetivos identificados? ¿Existe evidencia que avale dichos cambios?

En respuesta a estas preguntas, cabe señalar que ante la necesidad de mejorar la educación prestada al paciente y a la familia durante su estancia hospitalaria en el área de cardiología, se diseñó un libreto de autoayuda para los pacientes intervenidos de cirugía cardiaca con los aspectos más importantes a educar<sup>4</sup>: cuidado de las heridas, recomendaciones nutricionales, medicación, actividad física y descanso, aspectos psicosociales y otras indicaciones. Esta educación se iniciará en el período preoperatorio (Stern & Lockwood 2005) y, como se apunta en múltiples revisiones sistemáticas (Shepperd *et al.* 2004, Fernandez *et al.* 2007, Johnson *et al.* 2008, Fredericks *et al.* 2010), se transmitirá por vía verbal y escrita asegurándose de que el paciente y/o su familia la asimilan. Este nuevo modelo de cuidado, por tanto, se ha considerado una herramienta sencilla y efectiva para incrementar el conocimiento, la adherencia al tratamiento y la satisfacción del paciente y su familia (Shepperd *et al.* 2004, Fernandez *et al.* 2007, Johnson *et al.* 2008, Fredericks *et al.* 2010).

Asimismo, cabe preguntarse ¿cómo una EPA puede desarrollar su rol en esta fase del proceso? En este caso, desarrollé este perfil a través de las siguientes competencias: práctica clínica directa, *coaching*, consulta, investigación, liderazgo, colaboración y toma de decisiones éticas, descritas en la tabla 1.

---

<sup>4</sup> Se ha diseñado en base a las necesidades del paciente, la experiencia de las enfermeras y la mejor evidencia existente.

Tabla 1. Descripción de los atributos del rol avanzado en la práctica.

Práctica clínica directa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Con el paciente en colaboración con la enfermera y el médico responsable, al tratar de identificar sus necesidades, valorando al paciente de manera holística y continuada y estableciendo prioridades de cuidado para implementar en el nuevo modelo educativo.</li> <li>▪ Evaluación del modelo de cuidado actual (cuestionarios y entrevistas semi-estructuradas) con los ajustes necesarios.</li> <li>▪ <i>Empowerment</i> a las enfermeras de la planta involucrándoles en el diseño del folleto de autoayuda.</li> </ul>
"Expert Coaching" y orientación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El coaching<sup>5</sup> al paciente, a la familia y al personal de enfermería en relación a la planificación del alta (motivación a aprender y a enseñar, respectivamente).</li> <li>▪ Valorar las aportaciones del personal de enfermería y su forma de educar.</li> <li>▪ Se facilita la práctica reflexiva al personal de enfermería.</li> </ul>
Consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consulta a otras EPAs del Reino Unido<sup>6</sup>, al equipo de enfermería de la consulta de Cardiología, al profesional docente de la Escuela Universitaria de Enfermería y al equipo médico.</li> <li>▪ Utilizando la EBE.</li> </ul>
Investigación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Preparación de la EBE para la definición del nuevo modelo de cuidado.</li> </ul>

<sup>5</sup> Se ha empleado el término *coaching* en lugar del de educación porque implica la existencia de una relación interpersonal, esencial para una enseñanza eficaz (Hamric *et al.* 2009).

<sup>6</sup> A través de varias videoconferencias con Dorothy Jones y un seminario con Julienne Meyer.

### Liderazgo

- Revisión de la evidencia, facilitando la información encontrada a la enfermera. Transmisión de una cultura investigadora.
- Previsión de la participación en un proyecto de investigación en base al proyecto de mejora planificado.
- Liderazgo para que la enfermera de planta reflexione sobre la necesidad de un nuevo modelo de cuidado para la planificación del alta.
- Liderazgo transformacional: coordinación del proyecto de mejora con la supervisora. Se ejercen: habilidades de comunicación, un claro compromiso con los pacientes y la disposición a colaborar con otros profesionales.
- Se lidera tormenta de ideas en la toma de decisiones compartida.
- Como agente de cambio.

### Colaboración

- Se trabaja en estrecha colaboración con los "stakeholders" para la planificación del alta durante todo el proceso, aportando información adicional-

### Toma de decisiones éticas

- A través de una práctica reflexiva constante.
- Toma la decisión de forma autónoma de facilitar las herramientas necesarias a la enfermera de planta para que perciba la necesidad de mejorar los cuidados del paciente, comenzando por conocer la percepción del propio paciente y su familia. De este modo, la enfermera de planta podrá actuar de forma similar en otros casos.

EBE: Enfermería Basada en la Evidencia.

Además, es necesario enfatizar la existencia de una visión compartida, en la que todos contribuyeron de manera óptima con el fin de ofrecer la excelencia en el cuidado del paciente y su familia. Por otro lado, la comunicación que forma parte intrínseca de la colaboración y de la consulta, fueron clave para que pudiera interaccionar con otros profesionales y para garantizar la continuidad en el cuidado del paciente durante su estancia hospitalaria y tras el alta a casa.

### **Paso 6 y 7. Planificación de estrategias para la implementación del nuevo plan de cuidado e introducción del rol avanzado en la implementación.**

Ambas fases corresponden también a la etapa de acción del modelo, en la que se planifican estrategias dirigidas a maximizar los facilitadores y minimizar las barreras identificadas previamente para la implementación del rol avanzado y del nuevo modelo de cuidado: facilitar el proceso de transición del paciente y su familia a casa (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004). El detalle de las estrategias planificadas en relación a las barreras y facilitadores que identifiqué se muestran en la tabla 2.

**Tabla 2. Estrategias de la EPA\* en relación a las barreras identificadas.**

	<b>Barreras y facilitadores</b>	<b>Estrategias</b>
<b>Barreras</b>	Desconocimiento del entorno, del equipo de enfermería y la dinámica de trabajo de la unidad.	Observación y proceso de socialización para facilitar la integración en la unidad.
	Ausencia de un perfil precedente en la unidad.	Transmisión del rol a través de la práctica.
	Falta de respuesta del equipo de enfermería en la identificación de áreas de mejora en la práctica clínica.	1. Elaboración de una encuesta para el personal de enfermería (sin éxito); 2. Entrevistas personales con cada enfermera.

	<p>En algunos casos, falta de motivación de enfermería para el diseño del nuevo modelo de cuidado.</p>	<p>Estrategia normativa-re-educativa participativa: el agente de cambio negocia e implica al equipo de enfermería en el diseño del plan del alta -respuesta a varias preguntas: qué, porqué, cómo, dónde, cuándo y quién- (Wright 2003, p.15).</p> <p>Desarrollo de una visión compartida con el personal de enfermería, esencial para liderar el cambio. <i>Coaching</i> del equipo de enfermería.</p>
Barreras	<p>Ausencia en la evidencia de un modelo de cuidado en el paciente intervenido de cirugía cardiaca.</p> <p>Falta de tiempo del personal de enfermería y estancia hospitalaria corta de los pacientes.</p> <p>Falta de trabajo en equipo en el área de hospitalización de cardiología.</p>	<p>Diseño del modelo de cuidado en base a las necesidades de los pacientes y familiares de la unidad de cardiología (entrevistas), <i>expertise</i> de las enfermeras y bibliografía en colaboración con la supervisora y el equipo médico y a través de la consulta (con otras EPAs, docentes y expertos).</p> <p>Elaboración de un organigrama con el equipo de enfermería para facilitar la planificación del alta (véase apéndice 4).</p> <p>Implicación al equipo de enfermería y al equipo médico en el proyecto de cambio (colaboración, consulta, comunicación).</p>
Facilitadores	<p>Apoyo institucional</p> <p>Apoyo de la supervisora de la unidad de cardiología.</p>	<p>Proyecto de mejora congruente con la misión de la organización. El plan del alta es uno de los estándar de calidad para asegurar la continuidad o seguimiento del cuidado del paciente (JCI 2007).</p> <p>Identificación como "stakeholder". Liderazgo del proyecto de cambio con la supervisora. Coordinación del proceso. Desarrollo de habilidades: comunicación constante, confianza, compromiso. Desarrollo de competencias: colaboración, consulta, investigación, <i>coaching</i>.</p>

Características personales y del perfil (confianza, asertividad, *expertise*, habilidades de negociación, etc.

Potenciación de las habilidades y competencias del perfil.

Asimismo, para la implementación de este nuevo modelo de cuidado, planifiqué las siguientes estrategias: a) elaboración de una breve guía explicativa del protocolo para el personal de enfermería, b) introducción del protocolo en el sistema informático de cuidados para su uso en la práctica diaria, en él se podrá valorar la necesidad de reforzar cualquier aspecto de la educación del paciente de manera individualizada, b) programación de sesiones formativas para el personal de enfermería y c) seguimiento de la utilización del protocolo en la práctica diaria.

#### **Paso 8. Evaluación del rol de EPA y del nuevo modelo de cuidado.**

Este paso consiste en evaluar el impacto potencial del rol avanzado en enfermería a través del nuevo modelo de cuidado. Para ello, en base al modelo PEPPA se pueden evaluar los siguientes elementos: a) *la estructura* -los recursos, el entorno y las características de la EPA-, b) *el proceso* -tipo de servicios, cómo se proporcionan los servicios y cómo se relaciona la EPA con la práctica, la educación, la investigación, la gestión, la organización y los profesionales- y por último, c) *los resultados* -efectos derivados del cuidado que están asociados a los anteriores factores, estructura y proceso- (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004).

Cabe señalar que ante la complejidad de medir estos tres elementos, se ha considerado oportuno centrarse en la evaluación de los resultados, que están estrechamente relacionados con la estructura y el proceso. Estos resultados serán evaluados a través del impacto del nuevo modelo de cuidado sobre la satisfacción del paciente y su familia al alta (Forbes 1995) y la adherencia al tratamiento del paciente en el momento del alta, al mes y a los 3 meses de la intervención, mediante la comparación de parámetros fisiológicos y analíticos (presión arterial, índice de masa corporal, triglicéridos).

dos, colesterol y glucosa) y la utilización de un cuestionario<sup>7</sup>. Para ello, se plantea la realización de un estudio cuasi-experimental en la unidad de cardiología, en el que se compararán los resultados antes (grupo control) y después de la intervención (grupo experimental), con un seguimiento al mes, coincidiendo con la consulta post-alta<sup>8</sup>.

Por otro lado, también se podrá medir el impacto potencial del plan del alta del paciente intervenido de cirugía cardíaca y su familia en la práctica diaria a más largo plazo, en cuanto a la disminución de los reingresos hospitalarios, la mejoría de la calidad de los cuidados y la seguridad de los pacientes, el descenso de complicaciones, o el incremento coste-efectividad, con el consiguiente beneficio para el paciente, la familia y la organización. Cabe señalar que la mayoría de estos resultados se han evaluado en otros estudios incluidos en la tabla 3 (n= 7), de los que cuatro son estudios valorados como estudios de alta calidad metodológica.

En esta fase de evaluación se desarrollaron las siguientes competencias: *coaching*, consulta, investigación, liderazgo, colaboración y toma de decisiones éticas, descritas en la tabla 4.

### Tabla 3. Resultados (pacientes) evaluados en los artículos seleccionados\*

ECA: Ensayo control aleatorizado; EC: Ensayo control; n.s: no significativo.

\*NOTA: los resultados más evaluados fueron la satisfacción y la adherencia al tratamiento.

---

7 Este cuestionario está siendo adaptado del facilitado por Lin *et al.* (2009).

8 Para la realización del estudio se está solicitando el consentimiento informado al paciente, habiendo obtenido previamente la aprobación del comité ético.



	Tipo de estudio	Bypass Ao-Co	Valvular	Intervención	Instrumentos de evaluación	Mejor auto-cuidado	Menos complicaciones	Mayor satisfacción	Calidad de vida	Reingresos / Emergencia	Empowerment	Adherenci al tratamiento	Recuperación		
													Física	Social	Psicología
Johansson <i>et al.</i> 2004	Revisión sistemática	<input type="checkbox"/>		Sí	-----			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Tranmer & Parry 2004	ECA		<input type="checkbox"/>	Sí	Health-related quality of life Cuestionario de satisfacción Utilización de los recursos sanitarios			<input type="checkbox"/>	ns	ns					
Cebeci & Celik 2007	Cuasi-experimental	<input type="checkbox"/>		Si	Self-Care Agency Scale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Lopez <i>et al.</i> 2007	Prospectivo	<input type="checkbox"/>		Cirugía	The sickness Impact Profile The Chinese version of the Centre for epidemiologic studies-depression								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krannich <i>et al.</i> 2008	EC	<input type="checkbox"/>		Sí	Cuestionario de motivación						<input type="checkbox"/>				
Frederick <i>et al.</i> 2009	Revisión sistemática	<input type="checkbox"/>		Sí	-----		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>			
Lin <i>et al.</i> 2009	Cuasi-experimental	<input type="checkbox"/>		Sí	Cuestionario de adherencia al tratamiento Parámetros clínicos							<input type="checkbox"/>			

**Tabla 4. Descripción de los atributos del rol avanzado en la fase de evaluación\*.**

"Expert Coaching" y orientación	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Observación de los planes de cuidados y promoción del juicio clínico de los profesionales en la valoración de la educación facilitada.</li><li>▪ Apoyo a otros profesionales en la práctica clínica (experiencia y EBE).</li><li>▪ Formación de las enfermeras para mantener el contenido, el enfoque y la integridad de la intervención.</li></ul>
Consulta	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Consulta a otras EPAs del Reino Unido, al equipo de enfermería de la consulta de Cardiología, al profesional docente de la Escuela Universitaria de Enfermería y al equipo médico para mejorar la atención del paciente y / o las habilidades y la confianza de la EPA.</li><li>▪ Utilizando la EBE.</li></ul>
Investigación	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Diseño de un estudio para testar la eficacia del nuevo modelo de cuidado e indirectamente del rol de la EPA.</li><li>▪ Pilotaje del folleto de autoayuda para evaluar su comprensión.</li><li>▪ Evidencia de los resultados potenciales de un nuevo modelo de cuidado.</li><li>▪ Apoyo en las guías prácticas más actualizadas y promoción de la formación de otros profesionales.</li><li>▪ Modelo conceptual como guía para la evaluación del nuevo modelo de cuidado.</li></ul>
Liderazgo	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Exposición de un plan de mejora realista, planteando los posibles resultados y cómo evaluarlos.</li></ul>

## Colaboración

- Se tiene en cuenta la duración y permanencia de los cambios propuestos y los factores y personas que influirán en el proceso.

- Importancia de evaluar el impacto del nuevo modelo para planificar el alta como un estándar de calidad de la atención del paciente.

- Se aboga por el desarrollo y crecimiento de la disciplina adoptando un rol de líder en la gestión de los cuidados.

- Se trabaja en estrecha colaboración con los "stakeholders" para la planificación de la evaluación del nuevo modelo de cuidado.

- Implicación de otros profesionales de la misma o de otras disciplinas para optimizar el plan de mejora y los resultados planteados, y para mejorar la salud y bienestar de los pacientes y familiares.

## Toma de decisiones éticas

- Fomento de la toma de decisiones compartida que facilite la autonomía del personal de enfermería durante la evaluación de su práctica.

- Toma decisiones sobre la mejor forma de evaluar el nuevo modelo de cuidado consultando a otros profesionales de la misma u otras disciplinas.

- Agente moral: la creación de un entorno ético siguiendo los principios de beneficencia (el deber de hacer el bien y evitar el daño) y fidelidad (el deber de honrar los compromisos). Consentimiento informado para la participación en el estudio (véase apéndice 6).

\* El estudio publicado por *Cooke et al.* 2008 ha servido de guía para el desarrollo de algunas de estas competencias.

### **Paso 9. Seguimiento a largo plazo: papel de la EPA y el modelo de cuidado.**

El seguimiento a largo plazo del perfil del rol avanzado y del modelo de cuidado son también aspectos importantes del rol de la EPA, ya que la unidad de hospitalización es un entorno en constante evolución y el rol de la EPA debe evolucionar para satisfacer las necesidades cambiantes de dichos pacientes (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004). En este sentido, sería recomendable que en un futuro se evaluara de manera iterativa el proceso de desarrollo, implementación y evaluación del nuevo modelo de cuidado.

### **Conclusiones.**

La implementación del rol avanzado en enfermería en la práctica ha sido una experiencia muy positiva que me ha dado la posibilidad de desarrollar cada una de las competencias del rol avanzado en la práctica. También he podido desarrollar e implementar un plan de mejora que se prevé evaluar próximamente. Para ello, he contando con el apoyo y la participación activa de los pacientes, los familiares, el equipo de enfermería así como el equipo médico, todos ellos imprescindibles para garantizar el compromiso y apoyo en el proyecto de mejora previsto.

De este modo, se ayudará a percibir los beneficios de la incorporación del rol avanzado y a favorecer su implantación en la realidad española de la disciplina enfermera. Una realidad, en la que los cuidados son cada vez más complejos y en la que se presta una especial atención a criterios como la calidad o la eficiencia, la práctica avanzada en enfermería puede ser la piedra angular sobre la que construir el futuro de la enfermería española.

## Referencias.

Bryant-Lukosius D. & DiCenso A. (2004) A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing* 48(5), 530-540.

Carpenito L.J. (2003) *Diagnósticos de enfermería: aplicación a la práctica clínica*. 9ª ed., 4ª ed. en español. ed. Madrid, McGraw-Hill Interamericana.

Cebeci F. & Celik S.S. (2008) Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. *Journal of Clinical Nursing* 17(3), 412-20.

Chaboyer W. & Elliott D. (2007) Care across the continuum. In Elliott D., Aitken L. & Chaboyer W. *ACCCN's Critical Care Nursing*. Australia, Mosby Elsevier, pp. 71-85.

Chick N. & Meleis A.I. (1986) Transitions: A nursing concern. In Chinn P.L. *Nursing research methodology*. Boulder, CO, Aspen Publication, pp. 237-257.

Cooke L, Gemmill R. & Grant M. (2008) Advanced practice nurses core competencies: a framework for developing and testing an advanced practice nurse discharge intervention. *Clinical Nurse Specialist* 22(5), 218-225.

Dunkley M., Ellard D., Quinn T. & Barlow J. (2007) Recovery after coronary artery bypass grafting: patients' and health professionals' views of the hospital experience. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 6(3), 200-207.

Fernandez R., Griffiths R., Everett B., Davidson P., Salamonson Y. & Andrew S. (2007). Effectiveness of brief structured interventions on risk factor modification for patients with coronary heart disease: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 5(4), 370-405.

Forbes ML. & Brown HN. (1995) Developing an instrument for measuring patient satisfaction. *AORN Journal* 61(4), 737-743.

Fredericks S, Beanlands H., Spalding K. & Da Silva M. (2010) Effects of the characteristics of teaching on the outcomes of heart failure patient education interventions: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 9(1), 30-37.

Hamric A.B., Spross J.A. & Hanson, C. M. (2009). *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach*. Elsevier Saunders, St. Louis.

Johansson K., Salanterä S., Heikkinen K., Kuusisto A., Virtanen H. & Leino-Kilpi H. (2004) Surgical patient education: assessing the interventions and exploring the outcomes from experimental and quasiexperimental studies from 1990 to 2003. *Clinical Effectiveness in Nursing* 8(2), 81-92.

Johnson A., Sanford J. & Tyndall J. (2008) *Información verbal y escrita versus información verbal solamente para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas*. Obtenido de <http://www.update-software.com>.

Joint Commission International. Assessment of Patients (2007) In: Joint Commission International. Accreditation standards for hospitals. Illinois: Joint Commission Resources. p.80.

Krannich J.H., Weyers P., Lueger S., Schimmer C., Faller H. & Elert O. (2008) The effectiveness of a motivation programme for lifestyle change in the course of aortocoronary bypass graft surgery. *Clinical Rehabilitation* 22(1), 3-13.

Lin H.H., Tsai Y.F., Lin P.J. & Tsay P.K. (2009) Effects of a therapeutic lifestyle-change programme on cardiac risk factors after coronary artery bypass graft. *Journal of Clinical Nursing* 19, 60-68.

Lopez V., Sek Ying C., Poon C.Y. & Wai Y. (2007) Physical, psychological and social recovery patterns after coronary artery bypass graft surgery: a prospective repeated measures questionnaire survey. *Nursing Studies* 44(8), 1304-15.

Munro N. & Taylor-Panek S. (2007) The Nurse Practitioner Role: The communication link for cardiac surgery patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 19(4), 385-394.

OMS: Organización Mundial de la Salud (2008). On line version. [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/).

OMS: Organización Mundial de la Salud (2009) On line version. <http://www.who.int/es/>.

Richards S. & Coast J. (2003) Interventions to improve access to health and social care after discharge from hospital: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy* 8(3), 171-179.

Sabaté E. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. Organización Mundial de la Salud OMS; 2004. Obtenido en Febrero de 2009, desde <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>.

Shepperd S., Parkes J., McClaren J. & Phillips C. (2004) Discharge planning from hospital to home. *The Cochrane database of systematic reviews* issue 1, CD000313.

Stern C. & Lockwood C. (2005) Knowledge retention from preoperative patient information. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 3(3), 45-63.

Schumacher K.L. & Meleis A.I. (1994) Transitions: a central concept in nursing. *Image-The Journal of Nursing Scholarship* 26(2), 119-127.

Theobald K. & McMurray A. (2004) Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery. *Journal of Advanced Nursing* 47(5), 483-491.

Tranmer J.E. & Parry M.J. (2004) Enhancing postoperative recovery of cardiac surgery patients: a randomized clinical trial of an advanced practice nursing intervention. *Western Journal of Nursing Research* 26(5), 515-532.

Wright L.M. & Leahey M. (2009). How to do a 15-minute family interview. *In Nurses and families. A guide to family assessment and intervention* (Wright L.M. & Leahey M., eds), Davis Company, Philadelphia: F.A, pp. 245-259.

Wright S.G. (2003) *Changing nursing practice* (2nd ed ed.). Arnold, London.