

al diseño de un plan y la transición de cuidados, especialmente en aquellos que van a ser dados de alta directamente desde urgencias.

Por ello, tras la demostración de la efectividad de la intervención por parte de la EGC en los pacientes mayores frágiles dados de alta desde las unidades de corta estancia de los servicios de urgencias, indistintamente de la identificación o previa como PCC, se está llevando a cabo la implantación progresiva de programas de intervención de la Enfermería de Práctica Avanzada en los SUH, y más específicamente en las unidades de observación y de corta estancia<sup>5</sup>. De forma resumida, se lleva a cabo un despistaje sistemático de la fragilidad por parte de la enfermera responsable de la atención del paciente en aquellos sujetos de 75 o más años que van a ser dados de alta directamente desde dichas unidades asistenciales. Tanto en los pacientes identificados como PCC como en los pacientes mayores frágiles, no previamente categorizados como tales, se realiza una lista comprobación para conocer la necesidad de activación de los diferentes recursos hospitalarios, en función de la afectación de los diferentes dominios (cognitivo, funcional, social, nutricional y polifarmacia) durante la planificación de alta. En estos casos, las competencias de la EGC se resumen en coordinar la intervención de los distintos profesionales necesarios y asegurar la continuidad asistencial con atención primaria.

Desde nuestro punto de vista, pensamos que esta experiencia es muy positiva, ya que anticipa la detección de un paciente mayor con alto riesgo de eventos adversos, y por tanto que debería trasladarse al resto de SUH. Por otro lado, somos conscientes de que aumentar la sensibilidad de la herramienta de detección del caso y la adaptación de la EGC al modelo de atención 24/7/365 de los SUH conllevaría una mayor necesidad de recursos y, por tanto, es necesaria mayor evidencia sobre esta estrategia de intervención. En espera de estos resultados, compartir que el rol de la EGC en las áreas asistenciales, como las unidades vinculadas a urgencias, donde la frecuencia de pacientes mayores frágiles es muy elevada, se hace aún más imprescindible para la consecución con éxito del proceso agudo de estos pacientes.

## Bibliografía

1. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, María Antonia 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 Clin.* 2019;29.
2. Morales Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin.* 2014;24:23–34.
3. Rivero-Santana A, del Pino-Sedeño T, Ramallo-Fariña Y, Vergara I, Serrano-Aguilar P. Valor de los instrumentos ISAR y TRST para predecir resultados adversos en población general geriátrica asistida en los servicios de urgencias: metanálisis. *Emergencias.* 2017;29:49–60.
4. Martín-Sánchez FJ, Perdigones J, Ferré Losa C, Llopis F, Navarro Bustos C, Borraz Ordas C, et al. Modelo de riesgo de mortalidad a 180 días en los pacientes ancianos ingresados en unidades de corta estancia: 6M UCE-SCORE. *Emergencias.* 2018;30:315–20.
5. Fernández Alonso C, Fuentes Ferrer M, Jiménez Santana MI, Fernández Hernández L, de la Cruz García M, González Armengol JJ, et al. Intervención multidimensional que mejora el pronóstico a corto plazo entre los ancianos frágiles dados de alta desde una unidad de corta estancia: estudio cuasiexperimental. *Rev Clin Esp.* 2018;28:163–9.

María del Mar Suarez Cadenas<sup>a,\*</sup>, Luz María Delgado Pavon<sup>b</sup> e Isabel de Castro<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Grupo de Investigación de Urgencias y Emergencias, Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Clínico, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Urgencias, Unidad de Corta Estancia, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España

<sup>c</sup> Servicio de Urgencias y Unidad de Corta Estancia, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mmsuca12@gmail.com](mailto:mmsuca12@gmail.com)

(M.d.M. Suarez Cadenas).

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.004>

1130-8621/

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Análisis crítico de la práctica avanzada de enfermería y las especialidades enfermeras

### A critical analysis of advanced practice nursing and nursing specialties

Sra. Editora:

La evolución de la profesión enfermera en nuestro país, en lo que va de siglo, ha protagonizado una confluencia



de factores que está provocando un contexto de desarrollo de servicios en plena efervescencia. Así, la cronicidad como imperativo al que todos los servicios de salud han de reorientar sus esfuerzos<sup>1,2</sup>, las transformaciones del sistema educativo con la adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior, la puesta en marcha de las especialidades enfermeras (con sus luces y sus sombras) y la regulación de algunas intervenciones como la prescripción enfermera (a pesar de la deplorable gestación y desarrollo legislativo por parte de políticos y organizaciones profesionales), han venido a situar a la enfermería española ante el desarrollo de nuevos servicios y niveles competenciales.

Como no podía ser de otra forma, la confusión y ambigüedad no escasean entre las propias enfermeras, los gestores y el resto de los profesionales. Posiblemente, sea la población la que menos confusión padezca en este entramado, en la medida en que lo que quiere es que sus demandas y necesidades se resuelvan de forma accesible y segura y quizás lo que menos lo preocupe es qué proveedor lo hace, o qué estatus posee en el organigrama.

Aunque las primeras experiencias de prácticas avanzadas se remontan al siglo pasado en EE.UU. y Canadá<sup>3</sup>, la implementación de estos roles ha venido produciéndose de forma desigual en el tiempo, geografía y contenido, existiendo fuerzas impulsoras muy dispares que podrían ir desde la respuesta a la escasez de médicos, a las transformaciones y cobertura de nuevas exigencias de los sistemas sanitarios<sup>4,5</sup>, pasando por la mejora del desarrollo profesional de las enfermeras.

El origen de la confusión está por un lado en el «qué» (concepto de práctica avanzada) y, por otro, en el «cómo» (justificación y articulación operativa de su desarrollo en los servicios de salud de nuestra geografía).

En cuanto al segundo aspecto, la justificación de los servicios de enfermería avanzada solo ha de obedecer a un propósito: dar respuesta a las necesidades y demandas de salud de la población que, con los modelos actuales de organización de los servicios y competencias, no estén plenamente garantizados en términos de accesibilidad, coordinación, continuidad, efectividad o eficiencia. No caben los supuestos que se han dado en otros países de respuesta a la escasez de médicos, puesto que tenemos una de las ratios de médico por habitante más altas del mundo<sup>6</sup>. La EPA es una fuente de soluciones para muchos problemas que acucian a los servicios de salud, como pueden ser las enfermedades cardiovasculares y diabetes, consiguiendo incluso reducciones en la mortalidad<sup>7-9</sup>, procesos de salud mental como la depresión o el trastorno mental grave<sup>10,11</sup>, cuidados avanzados en el cáncer y enfermedad terminal<sup>12</sup>, la demencia<sup>13</sup>, la atención a la demanda en atención primaria<sup>14</sup>, entre otras muchas áreas, algunas de ellas ya testadas en nuestro país<sup>15-17</sup>. Seguir ignorando estas evidencias por parte de políticos y gestores es solo una muestra de la perpetuación de apriorismos trasnochados.

Pero, no es fácil una aplicación «descontextualizada» de la enfermería de práctica avanzada (EPA), ya que tiene lugar en organizaciones que poseen sus culturas, roles y estatus, donde el desempoderamiento de las enfermeras a nivel organizacional es endémico y la EPA puede convertirse en un mero afán de superar modelos de práctica propios del siglo XX. Si en una organización sanitaria no se acometen profundas modificaciones de los modelos de práctica interprofesional y de empoderamiento de las enfermeras clínicas, la EPA no solucionará absolutamente nada y será una anécdota en la cartera de servicios que, incluso, puede generar tensiones entre las propias enfermeras, que verían cómo su escaso protagonismo en la organización persiste de forma generalizada a cambio de algunas experiencias de este tipo. Los directivos y gestores enfermeros son absolutamente clave para evitar esta situación que, por otra parte, conduciría a una sensación generalizada de que la práctica avanzada es simplemente una moda contagiosa.

Con respecto al «qué», es necesario buscar el consenso en los criterios que se han de emplear a la hora de definir los servicios de práctica avanzada. Las distintas propuestas conceptuales del Consejo Internacional de Enfermería (CIE)<sup>18</sup> u otras coinciden en la necesidad de que la práctica avanzada ha de sustentarse sobre tener conocimiento experto adquirido mediante mecanismos formales (en la mayoría de casos mediante nivel de máster), para tomar decisiones complejas.

Pero en nuestro entorno la controversia surge ante la presencia simultánea de las especialidades enfermeras y los roles de práctica avanzada. Algunos posicionamientos sin base conceptual sólida y sujetas a intereses parciales han pretendido avivar una confrontación que no hace sino aumentar la confusión, cuando en realidad en los grandes trazos conceptuales, este problema no debe existir. El propio CIE establece esta diferencia entre enfermera especialista y la EPA<sup>18</sup>.

Estos debates fútiles no hacen sino retrasar la puesta en práctica y el desarrollo de servicios de los que la población se beneficiará y necesita. Para aclarar este debate puede venir bien traer el ejemplo de cómo en otras áreas disciplinares, como es el caso de la medicina interna, se desarrollaron prácticas avanzadas en los años ochenta y noventa para hacer frente a un problema muy serio que desafiaba a los servicios de salud: el sida. Fueron determinados profesionales los que decidieron desarrollar competencias específicas para este reto (en muchos casos sin apoyo formal estructurado)<sup>19</sup> y, precisamente, por no resolver en su día este desarrollo competencial, a día de hoy existe un conflicto entre quienes pretenden que la Infectología sea una especialidad en sí misma, o un área de capacitación de la medicina interna.

La especialización otorga un amplio espectro de capacitación en el cuidado, por encima de la enfermera generalista, en áreas definidas como la atención a la mujer, a la población infantil y adolescente, la salud mental, la atención familiar y comunitaria, etc. La necesidad de avanzar en el conocimiento para la atención global a esas poblaciones o en determinados contextos obliga a poseer competencias especializadas que nuestro sistema sanitario ha operativizado mediante el sistema de especialista interno residente. La práctica avanzada implica el desarrollo de servicios específicos para demandas y necesidades de salud concretas (gestión de casos en pacientes crónicos multimórbidos, cuidados transicionales en personas con procesos oncológicos, realización de pruebas de cribado de cáncer colorrectal, etc.). Pero, también es importante no olvidar que no todos los servicios de práctica avanzada tienen el mismo alcance y que, en función de sus características (actuar como puerta de entrada o desarrollo de un servicio finalista o no, cartera de pacientes, nivel de autonomía, propósito del servicio...), existe un gradiente de desarrollo de prácticas avanzadas y de práctica especializada<sup>20</sup>. Es posible que haya que desarrollar servicios de práctica avanzada dentro del campo profesional de enfermeras especialistas y también es posible que haya desarrollos de EPA en áreas en las que no hay especialización enfermera (no debemos olvidar el exiguo desarrollo de las especialidades en nuestro país), o en los que la especialización no es un requisito para ello.

En nuestro país, tras haber revisado en profundidad el mapa competencial de las EPA a nivel internacional<sup>21</sup>, y estableciendo un consenso sobre estas competencias en nuestro entorno<sup>22</sup>, se han validado instrumentos que permiten abordar estos gradientes<sup>23</sup> y discernir estos niveles competenciales.

El éxito de la implementación de los servicios de EPA en nuestro país pasa por analizar y priorizar las necesidades de salud que se benefician de los servicios de EPA, identificar la capacidad de respuesta a estas necesidades, elaborar un proyecto de transformación competencial basado en un modelo existente o en la transformación justificada de alguno de los existentes, con un análisis de barreras y facilitadores, diseñando planes formativos bien definidos y financiados y con mecanismos de reconocimiento formal, acreditación y reacreditación de las EPA<sup>24,25</sup>.

Por último, proponemos el cambio de denominación y que empecemos a hablar de enfermería clínica avanzada, que es una denominación más acorde con las implicaciones conceptuales y asistenciales de esta figura.

## Bibliografía

- Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin.* 2014;24:23–34, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.002>.
- Morilla Herrera JC, Morales Asencio JM, Kaknani S, García Mayor S. Situaciones de cronicidad compleja y coordinación sociosanitaria. *Enferm Clin.* 2016;26:55–60, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.08.001>.
- Mantzoukas S, Watkinson S. Review of advanced nursing practice: The international literature and developing the generic features. *J Clin Nurs.* 2007;16:28–37, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01669.x>.
- Delamaire M, Lafortune G. *Nurses in advanced roles: A description an evaluation of experiences in 12 developed countries.* Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Committee. 2010.
- Morales Asencio JMM. Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. *Metas Enferm.* 2012;15:26–32.
- OECD. *OECD Factbook 2015-2016: Economic, Environmental and Social Statistics.* 2016.
- Takeda A, Taylor SJ, Taylor RS, Khan F, Krum H, Underwood M, The Cochrane Collaboration. *Clinical service organisation for heart failure.* En: Taylor SJ, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012.
- Al-Mallah MH, Farah I, Al-Madani W, Bdeir B, Al Habib S, Bigelow ML, et al. The Impact of Nurse-Led Clinics on the Mortality and Morbidity of Patients with Cardiovascular Diseases: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Cardiovasc Nurs.* 2016;31:89–95, <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0000000000000224>.
- Driscoll A, Currey J, Tonkin A, Krum H. Nurse-led titration of angiotensin converting enzyme inhibitors, beta-adrenergic blocking agents, and angiotensin receptor blockers for people with heart failure with reduced ejection fraction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;12, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009889.pub2>. CD009889.
- Ekers D, Murphy R, Archer J, Ebenezer C, Kemp D, Gilbody S. Nurse-delivered collaborative care for depression and long-term physical conditions: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2013;149:14–22, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.032>.
- Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;1, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007906.pub3>. CD007906.
- Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: The Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA.* 2009;302:741–9, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.1198>.
- Reilly S, Miranda-Castillo C, Malouf R, Hoe J, Toot S, Challis D, et al. Case management approaches to home support for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008345.pub2>. CD008345.
- Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M, et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:214, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-214>.
- Aragonès E, López-Cortacans G, Badia W, Hernández JM, Caballero A, Labad A, et al. Improving the role of nursing in the treatment of depression in primary care in Spain. *Perspect Psychiatr Care.* 2008;44:248–58, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6163.2008.00184.x>.
- Iglesias B, Ramos F, Serrano B, Fàbregas M, Sánchez C, García MJ, et al. A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. *J Adv Nurs.* 2013;69:2446–57, <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12120>.
- Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdraán-Mañas M, Carrasco AM, et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:193, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-193>.
- NP and AP Roles - ICN Nurse Practitioner /Advanced Practice Nursing Network. [consultado 13 May 2018] Disponible en: <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>
- Pulido CO. *Los infectólogos reclaman ser una especialidad médica.* Cinco Días. 2017.
- Daly WM, Carnwell R. Nursing roles and levels of practice: A framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *J Clin Nurs.* 2003;12:158–67.
- Sastre-Fullana P, de Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M, Serrano-Gallardo P, Morales-Asencio JM. Competency frameworks for advanced practice nursing: A literature review. *Int Nurs Rev.* 2014;61:534–42, <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12132>.
- 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 [Article in Spanish]. *Enferm Clin.* 2015;25:267–75, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.007>.
- 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 (APN-CAI): Clinimetric validation. *BMJ Open.* 2017;7:e013659, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013659>.
- Bryant-Lukosius D, Spichiger E, Martin J, Stoll H, Kellerhals SD, Fliedner M, et al. Framework for Evaluating the

- Impact of Advanced Practice Nursing Roles. *J Nurs Scholarsh.* 2016;48:201–9, <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12199>.
25. Sastre Fullana P, de Pedro Gómez JE, Hernández Serra RM, Blanco Mavillard I, Bennisar Veny M. Desarrollo competencial y clima organizacional para el desempeño de una práctica avanzada de los profesionales de Enfermería. *Metas Enferm.* 2017;20:55–60.

Joan de Pedro Gómez<sup>a</sup> y Jose Miguel Morales Asencio<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> *Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universitat de les Illes Balears, Palma, Illes Balears, España*

<sup>b</sup> *Departamento de Enfermería, Universidad de Málaga, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Málaga, España*

\* Autor para correspondencia.  
*Correo electrónico:* [jmmasen@uma.es](mailto:jmmasen@uma.es)  
(J.M. Morales Asencio).

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.006>  
1130-8621/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.